



UNIVERSITAS
INDONESIA
Yudha Pratika, Sakti

FAKULTAS
**KESEHATAN
MASYARAKAT**



Analisis Situasi

Masalah Kesehatan
Di Provinsi Riau Tahun 2022

Said Mardani
Helda
Tri Yunis Miko Wahyono
Rajunitrigo



**ANALISIS SITUASI
MASALAH KESEHATAN
DI PROVINSI RIAU
TAHUN 2022**

**Said Mardani
Helda
Tri Yunis Miko Wahyono
Rajunitrigo**

**Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia**

ANALISIS SITUASI MASALAH KESEHATAN DI PROVINSI RIAU TAHUN 2022

Penulis:

Said Mardani

Program Magister Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat,
Universitas Indonesia

Helda

Ketua Departemen Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat,
Universitas Indonesia

Tri Yunis Miko Wahyono

Staf Pengajar Departemen Epidemiologi, Fakultas Kesehatan
Masyarakat, Universitas Indonesia

Rajunitrigo

Epidemiolog Ahli Muda, Bidang Pencegahan dan Pengendalian
Penyakit, Dinas Kesehatan Provinsi Riau

ISSN: *on process*

Penerbit

Fakultas Kesehatan Masyarakat

Universitas Indonesia

Kampus UI Depok, 16424

Telp +62 21 7864975, Fax +62 21 7863472

Email: fkmui@ui.ac.id

Website: <http://fkm.ui.ac.id>

Cetakan I. Depok, 2023

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan karuniaNya sehingga buku yang berjudul Analisis Situasi Masalah Kesehatan Di Provinsi Riau Tahun 2022 ini dapat diselesaikan. Buku ini merupakan hasil dari kegiatan analisis situasi yang dilakukan penulis di Dinas Kesehatan Provinsi Riau sebagai rangkaian dari kegiatan praktik lapangan mahasiswa FETP Universitas Indonesia. Kegiatan analisis situasi sangat bermanfaat bagi mahasiswa FETP karena selain menambah pengetahuan juga mendapat pengalaman langsung yang sangat berguna kelak ketika terjun langsung berkarya di bidang epidemiologi.

Selama pelaksanaan kegiatan analisis situasi dan penyusunan buku ini, penulis telah banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu dengan hati yang tulus penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada Bapak H. Zainal Arifin, SKM, M.Kes, selaku Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Riau, Tim Analisis Situasi dan staf Dinas Kesehatan Provinsi Riau, staf akademik Departemen Epidemiologi UI, serta semua pihak yang telah berkontribusi dan memberikan bantuan dalam pelaksanaan kegiatan analisis situasi dan penyusunan buku ini.

Melalui buku ini penulis berharap pembaca mendapat manfaat keilmuan yang menginspirasi untuk pengembangan pengetahuan kedepannya. Penulis juga berharap semoga tulisan ini dapat menjadi masukan bagi Dinas Kesehatan Provinsi Riau dalam penyusunan perencanaan program yang berbasis bukti kedepannya.

Akhir kata, meskipun buku ini masih jauh dari sempurna, namun mudah-mudahan dapat mudah dipahami dan menambah informasi bagi seluruh pembaca.

Depok, Januari 2023

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR SINGKATAN	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	5
1.3. Tujuan	5
1.4. Manfaat	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1. Masalah Kesehatan	7
2.2. Determinan Kesehatan	8
2.2.1. Teori Klasik Hendrik L. Blum (1974)	8
2.2.2. Konsep Determinan Kesehatan Evans dan Stoddart (1990)	10
2.2.3. Model Pelangi Determinan Sosial Kesehatan Dahlgren dan Whitehead (1991).....	12
2.3. Konsep Analisis Situasi	14
2.3.1. Definisi Analisis Situasi.....	14
2.3.2. Tujuan Analisis Situasi.....	15
2.3.3. Karakteristik Analisis Situasi yang baik	15
2.3.4. Langkah-langkah Pelaksanaan Analisis Situasi	16
2.3.5. Analisis Situasi Dalam Siklus Perencanaan	18
2.4. Penentuan Prioritas Masalah Kesehatan	20
2.4.1. Konsep dan Metode Penentuan Prioritas Masalah	20
2.4.2. Metode Hanlon	22
2.4.3. Metode PAHO (<i>Adapted Hanlon</i>).....	23
2.4.4. Metode Delbeque dan Delphi.....	24
2.4.5. Diamond Model of Prioritization	25

2.4.6. Multivoting Technique	27
2.5. Identifikasi Penyebab Akar Masalah Kesehatan.....	28
2.5.1. Root Cause Analysis (RCA).....	28
2.5.2. Fishbone Diagram (Ishikawa Diagram).....	28
2.5.3. Logical Framework Analysis (LFA).....	30
2.6. Kerangka Teori	31
 BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	32
3.1. Kerangka Konsep	32
3.2. Definisi Operasional	33
 BAB 4 METODOLOGI.....	35
4.1. Desain Studi	35
4.2. Tempat dan Waktu Studi	35
4.3. Sumber dan Jenis Data	35
4.3.1. Sumber Data	35
4.3.2. Jenis Data	36
4.4. Manajemen Data	36
4.4.1. Pengumpulan Data.....	36
4.4.2. Pengolahan Data dan Analisis Data	37
4.4.3. Penyajian Data.....	37
4.5. Tahapan Pelaksanaan Analisis Situasi.....	37
4.5.1. Identifikasi dan Perumusan Masalah Kesehatan..	37
4.5.2. Penetapan Prioritas Masalah	38
4.5.3. Identifikasi Akar Masalah Kesehatan Utama	41
4.6. Jadwal Kegiatan.....	42
 BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN	43
5.1. Gambaran Umum.....	43
5.1.1. Letak dan Kondisi Geografis.....	43
5.1.2. Kondisi Demografi.....	45
5.2. Situasi Kesehatan	51
5.2.1. Pelayanan Kesehatan.....	51
5.2.2. Sarana Kesehatan	51
5.2.3. Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM).....	53
5.2.4. Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK)	55

5.3. Identifikasi Masalah Kesehatan.....	61
5.3.1. Perdarahan Maternal	62
5.3.2. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR).....	65
5.3.3. Penyakit COVID-19.....	70
5.3.4. Penyakit Tuberkulosis (TBC).....	72
5.3.5. Penyakit Malaria	75
5.3.6. Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)	78
5.3.7. Penyakit Difteri.....	80
5.3.8. Penyakit Campak	83
5.3.9. Tetanus Neonatorum (TN)	86
5.3.10. Penyakit HIV/AIDS	90
5.3.11. Penyakit Hipertensi.....	91
5.3.12. Penyakit Diabetes Melitus (DM)	95
5.3.13. Penyakit Jantung	100
5.3.14. Penyakit Stroke	102
5.3.15. Penyakit Kanker	104
5.3.16. Stunting Pada Balita	108
5.4. Penentuan Prioritas Masalah	111
5.5. Identifikasi Akar Penyebab Masalah dan Solusi Alternatif	114
5.5.1. Identifikasi Akar Penyebab Masalah.....	114
5.5.2. Solusi Alternatif	116
 BAB 6 PENUTUP.....	 122
6.1. Kesimpulan.....	122
6.2. Saran.....	123
 DAFTAR PUSTAKA.....	 125

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Definisi Operasional Analisis Situasi Masalah Kesehatan.....	33
Tabel 2. Jadwal Kegiatan Analisis Situasi Kesehatan di Provinsi Riau.....	42
Tabel 3. Jumlah dan Laju Pertumbuhan Penduduk di Provinsi Riau.....	46
Tabel 4. Sarana Kesehatan di Provinsi Riau Tahun 2021	52
Tabel 5. Jumlah UKBM di Provinsi Riau Tahun 2021	54
Tabel 6. Sumber Daya Manusia Kesehatan di Provinsi Riau Tahun 2021	55
Tabel 7. Persentase Hasil Deteksi Dini Ca Cervix & Ca Mamae di Provinsi Riau Tahun 2021	106
Tabel 8. Hasil Penyusunan Prioritas Masalah.....	112

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.	Peta Letak Geografis Provinsi Riau	3
Gambar 2.	Determinan Kesehatan Menurut Hendrik L. Blum	9
Gambar 3.	Determinan Kesehatan Menurut Evans dan Stoddart.....	11
Gambar 4.	Determinan Kesehatan Menurut Dahlgren dan Whitehead	12
Gambar 5.	Siklus Perencanaan	19
Gambar 6.	Model Prioritas Berlian (Diamond Model of Prioritization)	26
Gambar 7.	Skema Dasar Fishbone Diagram (Ishikawa Diagram).....	29
Gambar 8.	Kerangka Teori.....	31
Gambar 9.	Kerangka Konsep Analisis Situasi Masalah Kesehatan di Provinsi Riau Tahun 2022.....	32
Gambar 10.	Letak Geografis dan Pembagian Wilayah Administrasi Kabupaten/Kota di Provinsi Riau...	44
Gambar 11.	Piramida Penduduk Provinsi Riau	47
Gambar 12.	Kepadatan Penduduk Provinsi Riau	48
Gambar 13.	Tingkat Pendidikan Tertinggi Ditamatkan Penduduk Usia 15 Tahun Keatas yang Termasuk Angkatan Kerja di Provinsi Riau.....	49
Gambar 14.	Tren Persentase Penduduk Miskin di Provinsi Riau.....	50
Gambar 15.	Rasio Dokter Spesialis per 100.000 Penduduk di Provinsi Riau	56

Gambar 16. Rasio Dokter Umum per 100.000 Penduduk di Provinsi Riau	57
Gambar 17. Rasio Dokter Gigi per 100.000 Penduduk di Provinsi Riau	58
Gambar 18. Rasio Perawat per 100.000 Penduduk di Provinsi Riau.....	58
Gambar 19. Rasio Bidan per 100.000 Penduduk di Provinsi Riau.....	59
Gambar 20. Rasio Tenaga Kesling per 100.000 Penduduk di Provinsi Riau	60
Gambar 21. Rasio Tenaga Gizi per 100.000 Penduduk di Provinsi Riau	60
Gambar 22. Jumlah Kematian dan Angka Kematian Ibu yang Dilaporkan di Provinsi Riau Tahun 2017-2021....	62
Gambar 23. Penyebab Kematian Ibu di Provinsi Riau Tahun 2021	63
Gambar 24. Jumlah Kematian Ibu Disebabkan Perdarahan Maternal Di Provinsi Riau Tahun 2017-2021.....	63
Gambar 25. Distribusi Kematian Ibu disebabkan Perdarahan Maternal di Provinsi Riau Tahun 2021 Berdasarkan Kabupaten/Kota	64
Gambar 26. Jumlah Kematian Neonatus dan Angka Kematian Neonatus yang Dilaporkan di Provinsi Riau Tahun 2017-2021	66
Gambar 27. Penyebab Kematian Neonatus di Provinsi Riau Tahun 2021	67
Gambar 28. Kasus dan Kematian BBLR Provinsi Riau Tahun 2017-2021	67
Gambar 29. Distribusi Kasus BBLR di Provinsi Riau Tahun 2021 Berdasarkan Kabupaten/Kota	68
Gambar 30. Perkembangan Kasus COVID-19 di Provinsi Riau Tahun 2020-2022.....	70

Gambar 31. Perkembangan Kasus Mingguan COVID-19 Provinsi Riau Tahun 2022	71
Gambar 32. Assesmen Situasi COVID-19 Riau Per 14 Desember 2022.....	71
Gambar 33. Perkembangan Kasus TBC di Provinsi Riau Tahun 2017-2021.....	73
Gambar 34. Persentase Treatment Coverage TBC di Provinsi Riau Tahun 2021 Menurut Kabupaten/Kota.....	74
Gambar 35. Perkembangan Kasus dan Annual Parasite Incidence (API) Malaria Di Provinsi Riau Tahun 2017-2021	76
Gambar 36. Daerah KLB dan Daerah Endemis (Belum Eliminasi) Malaria Di Provinsi Riau Tahun 2021	76
Gambar 37. Perkembangan Jumlah Kasus dan Case Fatality Rate (CFR) DBD Di Provinsi Riau Tahun 2017-2021	78
Gambar 38. Distribusi Kasus dan CFR DBD Di Provinsi Riau Tahun 2021	79
Gambar 39. Perkembangan Kasus Difteri di Riau Tahun 2017-2021	80
Gambar 40. Cakupan Imunisasi DPT-HB-Hib3 dan DPT-HB-Hib4 Di Provinsi Riau Tahun 2017-2021.....	81
Gambar 41. Daerah KLB Difteri di Provinsi Riau Tahun 2021	82
Gambar 42. Perkembangan Kasus Campak di Provinsi Riau Tahun 2017-2021.....	84
Gambar 43. Cakupan Imunisasi Campak dan MR di Provinsi Riau Tahun 2017-2021	84
Gambar 44. Daerah KLB Campak di Provinsi Riau Tahun 2021.....	85

Gambar 45. Perkembangan Kasus TN di Riau Tahun 2017-2021	87
Gambar 46. Distribusi Kasus TN di Provinsi Riau Tahun 2021	87
Gambar 47. Cakupan Status TT/Td2+, Persalinan di Fasilitas Kesehatan, Kunjungan Neonatus (KN) Lengkap di Provinsi Riau Tahun 2017-2021	88
Gambar 48. Tren Perkembangan Kasus HIV/AIDS di Provinsi Riau Tahun 2017-2021	90
Gambar 49. Prevalensi Hipertensi di Provinsi Riau dan Indonesia.....	92
Gambar 50. Prevalensi Hipertensi pada Kabupaten/Kota di Riau.....	93
Gambar 51. Cakupan Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi di Provinsi Riau Tahun 2021	94
Gambar 52. Prevalensi Diabetes di Provinsi Riau dan Indonesia Tahun 2013 dan 2018	96
Gambar 53. Prevalensi Diabetes pada Kabupaten/Kota di Provinsi Riau	97
Gambar 54. Cakupan Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes di Provinsi Riau Tahun 2021.....	98
Gambar 55. Prevalensi Penyakit Jantung di Provinsi Riau dan Indonesia Tahun 2013 dan 2018.....	100
Gambar 56. Prevalensi Penyakit Stroke di Provinsi Riau dan Indonesia Tahun 2013 dan 2018	102
Gambar 57. Prevalensi Penyakit Kanker di Provinsi Riau dan Indonesia Tahun 2013 dan 2018.....	104
Gambar 58. Perkembangan Jumlah Pasien Ca Mamae dan Ca Cervix Di RS Arifin Achmad Pekanbaru Tahun 2020 dan 2021.....	105
Gambar 59. Prevalensi Stunting di Provinsi Riau dan Indonesia.....	108

Gambar 60. Distribusi Prevalensi Stunting di Provinsi Riau Tahun 2021	109
Gambar 61. Fishbone/Ishikawa Diagram Rendahnya Treatment Coverage TBC di Provinsi Riau	116

DAFTAR SINGKATAN

AHM	: Angka Melek Huruf
AIDS	: <i>Acquired Immuno Deficiency Syndrom</i>
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
AKN	: Angka Kematian Neonatus
Alkes	: Alat Kesehatan
APBD	: Anggaran Pendapatan Belanja Daerah
API	: <i>Annual Parasite Incidence</i>
BABS	: Buang Air Besar Sembarangan
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
BPR	: <i>Basic Priority Rating</i>
BPS	: Badan Pusat Statistik
BT	: Bujur Timur
Ca	: Cancer
CCG	: <i>Countries's Consultative Group</i>
CDR	: <i>Case Detection Rate</i>
CFR	: <i>Case Fatality Rate</i>
CHW	: <i>Community Health Worker</i>
CSO	: <i>Civil Society Organization</i>
CSR	: <i>Corporate Social Responsibility</i>
DALYs	: <i>Disability-adjusted life years</i>
DBD	: Demam Berdarah Dengue
DM	: Diabetes Melitus
DPPM	: <i>District-based Public-Private Mix</i>
DPT	: Difteri, Pertusis, Tetanus
FGD	: <i>Focus Discuccion Group</i>
HALE	: <i>Healthy Adjusted Life Expectancy</i>
HB	: Hepatitis B
HCU	: <i>High Care Unit</i>
HiB	: Haemofilus Influenza Tipe B
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
IR	: <i>Incidence Rate</i>
IVA	: Inspeksi Visual Asam asetat

Kepmenkokesra	: Keputusan Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat
KH	: Kelahiran Hidup
KLB	: Kejadian Luar Biasa
KMK	: Kecil Masa Kehamilan
KOPI TB	: Koalisi Organisasi Profesi Indonesia untuk Penanggulangan TBC
LFA	: Logical Framewok Analysis
LS	: Lintang Selatan
LU	: Lintang Utara
MR	: Measles, Rubella
ODHA	: Orang Dengan HIV AIDS
PAHO	: <i>Pan American Health Organization</i>
PASB	: <i>Portsmouth Adult Safeguarding Board</i>
PEARL	: <i>Propriety, Economic feasibility, Acceptability, Resources availability, Legality</i>
PHBS	: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PIRT	: Produk Industri Rumah Tangga
PMO	: Pengawas Minum Obat
Posbindu PTM	: Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular
Posyandu PURI	: Pos Pelayanan Terpadu Purnama dan Mandiri
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
PPM	: <i>Public-Private Mix</i>
PRB	: Program Rujuk Balik
PTM	: Penyakit Tidak Menular
RAD	: Rencana Aksi Daerah
RCA	: <i>Root Cause Analysis</i>
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
RPJMD	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
RPJMN	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RS	: Rumah Sakit
Sadanis	: Pemeriksaan Payudara Klinis
Sadari	: Pemeriksaan Payudara Sendiri
SDGs	: <i>Sustainable Development Goals</i>
SDMK	: Sumber Daya Manusia Kesehatan
SIPTM	: Sistem Informasi Penyakit Tidak Menular

SMA	: Sekolah Menengah Atas
SMK	: Sesuai Masa Kehamilan
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
SSGBI	: Survei Status Gizi Balita Indonesia
SSGI	: Survei Status Gizi Indonesia
STBM	: Sanitasi Total Berbasis Masyarakat
TBC	: Tuberculosis
TN	: Tetanus Neonatorum
TPM	: Tempat Pengelolaan Makanan
TTU	: Tempat-tempat Umum
UHH	: Umur Harapan Hidup
UKBM	: Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat
WHO	: World Health Organization

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pandemi Covid-19 yang berlangsung lebih dari 3 tahun hingga saat ini menjadi salah satu periode berat yang dihadapi masyarakat global termasuk Indonesia. Situasi pandemi ini telah mempengaruhi segala aspek kehidupan bermasyarakat dan menguras banyak sumber daya dalam upaya penanggulangannya. Sektor kesehatan menjadi sektor paling besar terdampak pandemi ini. Sebagian besar sumber daya sektor kesehatan termasuk anggaran terkonsentrasi pada upaya penanggulangan COVID-19 sehingga berdampak pada capaian program kesehatan lainnya. Namun demikian, beragam program kesehatan harus tetap dijalankan optimal dengan segala keterbatasan yang dihadapi. Untuk itu perlu dilakukan analisis situasi untuk mengidentifikasi berbagai permasalahan kesehatan dan menentukan permasalahan yang menjadi prioritas untuk ditanggulangi.

Terjadinya pandemi COVID-19 menjadikan Indonesia saat ini mengalami tiga beban penyakit (*triple burden disease*) yaitu beban penyakit menular yang belum tuntas, beban penyakit tidak menular yang semakin meningkat, ditambah lagi oleh beban penyakit yang baru muncul khususnya COVID-19. Beban kesehatan ini sangat mempengaruhi status derajat kesehatan masyarakat yang tercermin dari Angka Kematian Ibu, indikator kematian anak, status gizi, dan jumlah tahun hidup berkualitas / *Healthy Adjusted*

Life Expectancy. AKI di Indonesia saat ini mencapai 305 kematian per 100.000 KH, tertinggi di Asia Tenggara dan masih jauh dari target global *Sustainable Development Goals* yang menargetkan penurunan AKI menjadi 183 per 100.000 KH pada tahun 2024 [1]. AKB saat ini sebesar 32 per 1.000 KH, dan AKN 15 per 1.000 KH, relatif tinggi dan masih jauh dari target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2020-2024 yang menetapkan penurunan AKB menjadi 16 per 1.000 KH dan AKN 10 per 1.000 KH pada tahun 2024 [1]. Status gizi tercermin dari prevalensi stunting di Indonesia yang masih tinggi mencapai 27,7%, masih jauh dari target tahun 2024 yang ditetapkan maksimal 14% [2]. Sedangkan HALE orang Indonesia secara rerata baru mencapai 62,65, dibandingkan dengan Umur Harapan Hidup 71,5 tahun, artinya masih terdapat 8,85 tahun yang hilang karena kualitas hidup yang buruk akibat menderita penyakit dan disabilitas [1].

Beragam permasalahan kesehatan di Indonesia merupakan refleksi dari permasalahan kesehatan di daerah yang sangat bervariasi. Provinsi Riau sebagai bagian tak terpisahkan dari Indonesia juga tidak terbebas dari problematika kesehatan. Letak geografis Riau yang berbatasan langsung dengan dunia internasional ibarat pisau bermata dua. Di satu sisi dapat memberi manfaat ekonomis bagi masyarakatnya, namun di sisi lain dapat menjadi pintu masuk berbagai penyakit yang berasal dari negara-negara lain seperti penyakit COVID-19 yang dihadapi saat ini. Selain itu kondisi geografis daerah pesisir dan perairan yang didominasi dataran rendah, menjadikan Riau tempat potensial

untuk berkembangnya penyakit berbasis lingkungan dan vektor seperti malaria dan diare.



Gambar 1. Peta Letak Geografis Provinsi Riau

Status derajat kesehatan masyarakat Riau tercermin dari berbagai indikator derajat kesehatan seperti mortalitas, morbiditas, aspek lingkungan, dan status gizi. Pada tahun 2021 AKI yang dilaporkan di Provinsi Riau sebesar 138 per 100.000 KH, AKN 3,8 per 1.000 KH, AKB 4,5 per 1.000 KH, dan AKBa 4,8 per 1.000 KH. Selain itu, kematian akibat beberapa penyakit juga mengkhawatirkan diantaranya *Case Fatality Rate* penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) 1% (masih diatas target sebesar 0,7%) dan COVID-19 sebesar 3,2%. Morbiditas beberapa penyakit di Provinsi Riau juga relatif tinggi. Pada tahun 2021, kasus AIDS dilaporkan sebanyak 2.907 kasus dan kasus baru HIV sebanyak 476 kasus, penyakit TBC 9.244 kasus, penyakit kusta 83 kasus (*Incidence Rate* 0,12 per 10.000 penduduk), suspek Campak 11 kasus, penyakit difteri 1 kasus, kronis filariasis 133 kasus, dan COVID-19 128.939

kasus. Permasalahan aspek lingkungan adalah persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap air minum layak hanya 89,76% (dibawah persentase nasional 90,78%), persentase desa/kelurahan stop Buang Air Besar Sembarangan 45,8% (dibawah persentase nasional 48,7%) [3,4]. Permasalahan aspek gizi masyarakat tercermin dari prevalensi Balita stunting sebesar 22,3%, jauh lebih tinggi dari target nasional yang ditetapkan paling tinggi 14% pada tahun 2024 [2].

Untuk mendapatkan gambaran holistik permasalahan kesehatan di Riau maka perlu dilakukan analisis situasi lebih lanjut dan menyeluruh, terlebih lagi analisis situasi kesehatan secara holistik ini belum pernah dilakukan sebelumnya di Provinsi Riau. Melalui analisis situasi menyeluruh berbasis fakta dan data ini diharapkan akan dapat mengidentifikasi berbagai permasalahan kesehatan dan menemukan akar permasalahannya. Disamping itu, keterbatasan sumber daya yang tersedia menyebabkan sulitnya menyelesaikan seluruh permasalahan secara tuntas sehingga perlu menetapkan prioritas masalah berdasarkan kebutuhan masyarakat dan konsensus pemangku kepentingan dalam pengambilan keputusan. Hasil analisis situasi ini dapat menjadi masukan dalam penyusunan perencanaan program yang tepat guna dan tepat sasaran di Provinsi Riau sebagai bagian dari siklus perencanaan yang berkesinambungan.

1.2. Rumusan Masalah

Mortalitas yang dicerminkan AKI di Provinsi Riau sebesar 138 per 100.000 KH menunjukkan bahwa masih banyak terjadi kematian ibu di Provinsi Riau. Morbiditas penyakit diantaranya AIDS 2.907 kasus, kasus baru HIV 476 kasus, TBC 9.244 kasus, kusta 83 kasus, suspek Campak 11 kasus, dan difteri 1 kasus mengindikasikan bahwa morbiditas beberapa penyakit menjadi permasalahan di Provinsi Riau. Terdapatnya rumah tangga yang belum memiliki akses terhadap air minum yang layak dan masih terdapat masyarakat yang belum stop BABS mencerminkan permasalahan dari aspek lingkungan. Selain itu tingginya prevalensi Balita stunting (22,3%) mencerminkan permasalahan kesehatan dari aspek gizi di Provinsi Riau. Permasalahan kesehatan akan selalu berkembang seiring berjalannya waktu sehingga perlu dilakukan analisis situasi secara berkesinambungan sebagai bagian dari siklus perencanaan untuk mengidentifikasi dan menemukan masalah sesuai kondisi saat ini. Berdasarkan hal tersebut, maka rumusan masalah studi ini adalah bagaimana situasi masalah kesehatan di Provinsi Riau tahun 2022.

1.3. Tujuan

Tujuan umum analisis situasi ini adalah untuk memperoleh gambaran masalah kesehatan di Provinsi Riau tahun 2022 secara holistik pada berbagai aspek kesehatan. Sedangkan tujuan khususnya adalah:

- a. Mengetahui gambaran umum dan situasi kesehatan di Provinsi Riau tahun 2022.
- b. Mengidentifikasi permasalahan kesehatan di Provinsi Riau tahun 2022.
- c. Menentukan prioritas masalah kesehatan di Provinsi Riau tahun 2022.
- d. Mengidentifikasi penyebab masalah kesehatan prioritas di Provinsi Riau tahun 2022 dan solusi alternatif.

1.4. Manfaat

Diharapkan hasil analisis situasi kesehatan di Provinsi Riau tahun 2022 ini dapat memberikan manfaat kepada:

1. Masyarakat

Dapat menjadi informasi mengenai gambaran masalah kesehatan yang terdapat di Provinsi Riau.

2. Dinas Kesehatan Provinsi Riau

Sebagai masukan dalam menyusun perencanaan yang berbasis bukti, tepat guna, dan tepat sasaran di masa akan datang.

3. Mahasiswa

Meningkatkan pengetahuan, wawasan, dan pengalaman belajar dalam melakukan analisis situasi kesehatan di suatu daerah khususnya di Provinsi Riau.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Masalah Kesehatan

Masalah adalah adanya kesenjangan (*gap*) antara harapan dengan kenyataan (realitas). Masalah kesehatan adalah selisih antara harapan dan kenyataan yang dirasakan dan ingin diperbaiki oleh semua *stakeholder* yang terkait dengan pelayanan kesehatan tersebut. Masalah kesehatan dapat diidentifikasi melalui kegiatan analisis terhadap capaian program kesehatan, survei kesehatan, atau hasil kunjungan lapangan (*supervisi*) dan dibandingkan dengan target indikator kesehatan yang ditetapkan. Bila hasil penghitungan terjadi kesenjangan, maka dinyatakan sebagai masalah kesehatan. Ada tiga cara pendekatan yang dilakukan dalam mengidentifikasi masalah kesehatan yaitu:

1. Pendekatan logis, identifikasi masalah kesehatan dilakukan mengukur mortalitas, morbiditas, dan cacat yang timbul dari penyakit-penyakit yang ada di masyarakat.
2. Pendekatan pragmatis, pada umumnya setiap orang ingin bebas dari rasa sakit dan rasa tidak aman yang ditimbulkan penyakit atau kecelakaan. Dengan demikian, ukuran pragmatis suatu masalah adalah gambaran upaya masyarakat untuk memperoleh pengobatan dan pelayan kesehatan. Contoh: jumlah orang yang datang berobat ke suatu fasilitas kesehatan.

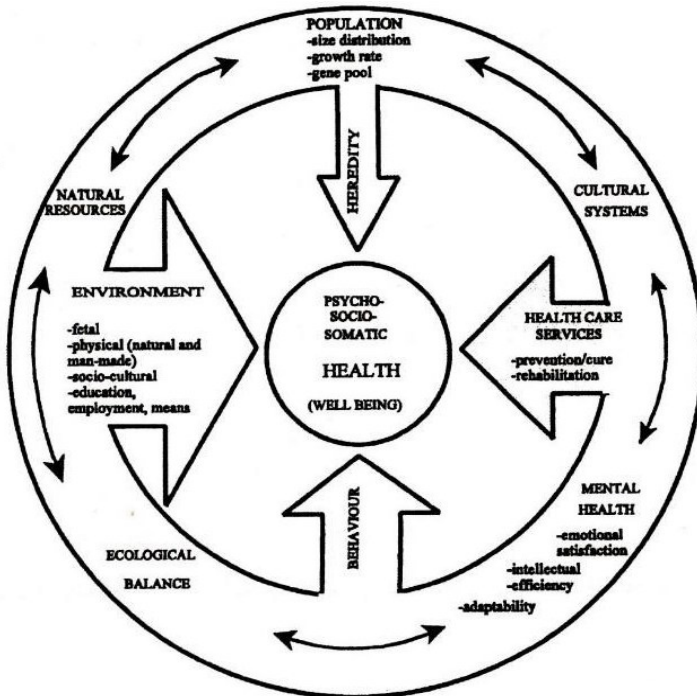
3. Pendekatan politis, pada pendekatan ini, masalah kesehatan diukur atas dasar pendapat orang-orang penting dalam suatu masyarakat (pemerintah/tokoh masyarakat).

2.2. Determinan Kesehatan

Kesehatan adalah bidang yang kompleks sehingga permasalahannya sangat beragam. Untuk mengidentifikasi permasalahan kesehatan maka perlu dilakukan analisis terhadap aspek-aspek determinan kesehatan. Terdapat beberapa konsep determinan kesehatan yang telah dikemukakan beberapa ahli, diantara pendekatan yang paling sering digunakan adalah konsep klasik status kesehatan *Hendrik L. Blum* (1974), konsep determinan kesehatan menurut *Evans dan Stoodart* (1990), dan model pelangi determinan sosial kesehatan oleh *Dahlgren dan Whitehead* (1991) [5].

2.2.1. Teori Klasik Hendrik L. Blum (1974)

Teori paling populer tentang determinan kesehatan adalah *Environment of Health Model* atau disebut juga *Force Field Well Being Paradigms of Health* dari Hendrik L. Blum yang dikeluarkan pada tahun 1974. Blum mengemukakan bahwa keadaan sehat dipengaruhi oleh lingkungan, perilaku hereditas dan sistem kesehatan. Determinan yang paling menentukan keadaan sehat pada saat itu menurut Blum adalah faktor lingkungan, sementara faktor yang paling sedikit pengaruhnya adalah hereditas [5].



Gambar 2. Determinan Kesehatan Menurut Hendrik L. Blum

1. Lingkungan

Determinan lingkungan dapat dibedakan menjadi dua kelompok, yakni lingkungan fisik (cuaca, iklim, sarana dan prasarana, perumahan, dan sebagainya), dan lingkungan non fisik (sosial, budaya, ekonomi, politik, pendidikan, pekerjaan, dan sebagainya).

2. Perilaku

Merupakan gaya hidup dari masyarakat itu sendiri. Perilaku sehat tentu akan mendukung terjaganya kesehatan, sedangkan perilaku tidak sehat akan membawa masyarakat

kepada penyakit. Perilaku masyarakat dipengaruhi dengan kebiasaan atau adat istiadat yang ada pada lingkungan. Perilaku yang mendasar yang harus dimiliki oleh individu adalah Perilaku Hidup Bersih dan Sehat.

3. Pelayanan kesehatan

Pelayanan kesehatan merupakan fasilitas kesehatan yang berada disekitar kita. Akses terhadap pelayanan kesehatan menjadi kunci keberhasilan dalam mencegah, mengobati, dan merawat kesehatan. Pelayanan kesehatan pada masyarakat juga dipengaruhi dengan kuantitas yang dapat menjangkau masyarakat dan kualitas yang dapat meningkatkan kesehatan. Kualitas pelayanan kesehatan dapat berupa keterampilan tenaga kesehatan, kelengkapan alat kesehatan, obat yang mujarab, dan lainnya.

4. Keturunan

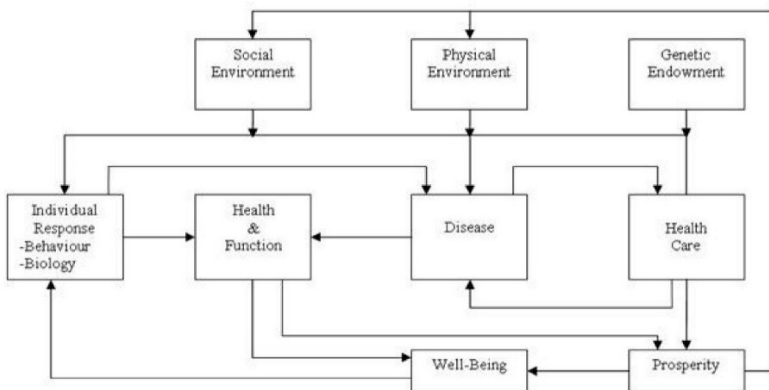
Keturunan merupakan faktor determinan kesehatan yang didasarkan pada keluarga yang dibawa individu dari lahir. Contoh buta warna, leukemia, diabetes, hipertensi, dan lain-lain. Faktor keturunan merupakan faktor yang sulit untuk dihilangkan karena melekat, dengan memiliki perilaku yang sehat dan seimbang maka individu yang memiliki penyakit turunan dapat hidup sehat.

2.2.2. Konsep Determinan Kesehatan Evans dan Stoddart (1990)

Konsep determinan kesehatan menurut Evans dan Stoddart merupakan sebuah kerangka intelektual interaksi antara

penentu kesehatan dengan tujuan untuk memahami kesehatan populasi di luar dari sistem perawatan kesehatan. Evans dan Stoddart (1990) berusaha mengembangkan kerangka kerja analitik dimana bukti dapat dicocokkan dan akan menyoroiti cara-cara dimana berbagai jenis faktor dan kekuatan dapat berinteraksi untuk menghasilkan konseptualisasi kesehatan yang berbeda.

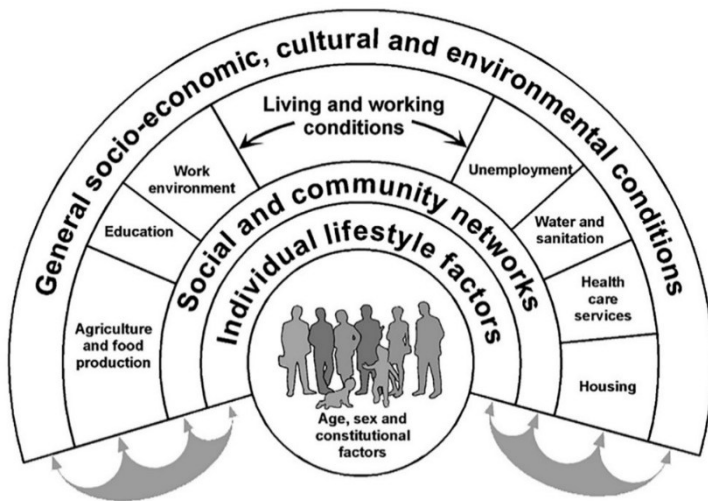
Konsep ini menjelaskan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kesehatan seseorang yaitu interaksi faktor sosial, faktor fisik dan genetik turut mempengaruhi determinan biologis dan perilaku kesehatan individu. Poin pentingnya adalah perilaku bukan merupakan pilihan individual, tapi terbentuk dari berbagai tekanan dari berbagai lebel organisasi. Individu dipengaruhi oleh keluarga, hubungan sosial, organisasi tempat mereka berinteraksi (tempat bekerja, sekolah, organisasi keagamaan), komunitas tempat mereka tinggal, dan lingkungan sosial disekitar mereka [6].



Gambar 3. Determinan Kesehatan Menurut Evans dan Stoddart

2.2.3. Model Pelangi Determinan Sosial Kesehatan Dahlgren dan Whitehead (1991)

Model determinan kesehatan oleh Dahlgren dan Whitehead menjelaskan bahwa tingkat kesehatan individu dan distribusi kesehatan dalam populasi ditentukan oleh banyak faktor yang berada di berbagai level. Kesehatan/penyakit dipengaruhi oleh faktor-faktor yang berada di lapisan lingkungan, sebagian besar termasuk determinan yang dapat diubah (*modifiable factors*). Pada Bagan 4 terlihat bahwa individu yang kesehatannya ingin ditingkatkan berada di pusat, dengan faktor konstitusional (gen) dan sistem lingkungan mikro pada level sel/molekul.



Gambar 4. Determinan Kesehatan Menurut Dahlgren dan Whitehead

Penjelasan dari masing-masing lapisan pada konsep Determinan Kesehatan Dahlgren dan Whitehead:

1. Lapisan pertama (level mikro, hilir/*downstream*) determinan kesehatan terdiri dari perilaku dan gaya hidup individu, yang meningkatkan ataupun merugikan kesehatan, seperti pilihan merokok atau tidak merokok. Pada level mikro, berinteraksinya antara faktor konstitusional genetik dengan paparan lingkungan dan memberikan perbedaan apakah individu lebih rentan atau lebih kuat menghadapi paparan lingkungan yang merugikan. Perilaku dan karakteristik individu dipengaruhi oleh pola keluarga, pola pertemanan, dan norma-norma di dalam komunitas.
2. Lapisan kedua (level meso) merupakan pengaruh sosial dan komunitas, yang meliputi norma komunitas, nilai-nilai sosial, lembaga komunitas, model sosial, jejaring sosial, dan sebagainya. Faktor sosial pada tingkatan komunitas dapat memberikan dukungan bagi anggota komunitas pada keadaan menguntungkan bagi kesehatan. Sebaliknya faktor yang ada pada tingkatan komunitas dapat juga memberikan efek negatif bagi individu dan tidak memberikan dukungan sosial yang diperlukan bagi kesehatan anggota komunitas.
3. Lapisan ketiga (level ekso) terdiri dari faktor-faktor struktural berupa lingkungan pemukiman/perumahan/papan yang baik, ketersediaan pangan, ketersediaan energi, kondisi tempat kerja, kondisi sekolah, penyediaan air bersih, sanitasi lingkungan, akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu, akses terhadap pendidikan yang berkualitas, serta lapangan kerja yang layak.

4. Lapisan terluar (level makro, hulu/*upstream*) terdiri dari kondisi-kondisi dan kebijakan makro sosial ekonomi, budaya, dan politik pada umumnya, serta lingkungan fisik. Termasuk faktor-faktor makro yang terletak di lapisan luar diantaranya kebijakan publik, stabilitas sosial, ekonomi dan politik, hubungan antar bangsa, kemitraan global, investasi pembangunan ekonomi, peperangan/perdamaian, perubahan iklim, ekosistem, bencana alam maupun buatan seperti kebakaran hutan dan pencemaran oleh asap kendaraan [7].

2.3. Konsep Analisis Situasi

2.3.1. Definisi Analisis Situasi

Menurut WHO analisis situasi adalah suatu penilaian terhadap situasi kesehatan saat ini yang melandasi rancangan dan pembaharuan kebijakan, strategi, dan rencana nasional. Sedangkan *World Bank* menggunakan istilah analisis sistem kesehatan yang mencakup bukti tentang masukan (*input*), proses (*process*), dan keluaran (*output*) dari sistem kesehatan dan analisis tentang bagaimana semuanya dapat dikombinasikan untuk menghasilkan *outcome*. Analisis sistem kesehatan ini juga mempertimbangkan aspek politik, sejarah, dan pengaturan institusi. Analisis sistem kesehatan memaparkan penyebab kinerja sistem kesehatan yang buruk dan menyarankan bagaimana kebijakan reformasi dan strategi penguatan untuk meningkatkan kinerja [8].

2.3.2. Tujuan Analisis Situasi

Berdasarkan definisi maka tujuan analisis situasi kesehatan:

1. Menilai secara realistis situasi sektor kesehatan saat ini, dengan semua kekuatan, kelemahan, peluang dan ancamannya, termasuk akar penyebab dan dampaknya;
2. Memberikan dasar informasi-bukti untuk menanggapi kebutuhan sektor kesehatan dan harapan masyarakat;
3. Memberikan dasar informasi-bukti untuk merumuskan arah strategis masa depan untuk sektor kesehatan [8].

2.3.3. Karakteristik Analisis Situasi yang baik

Analisis situasi sektor kesehatan dapat dimulai sebagai kegiatan satu kali, tetapi bagian dari analisis dapat diperbarui dan ditinjau kembali secara teratur untuk tujuan perencanaan dan pemantauan. Beberapa karakteristik direkomendasikan untuk memastikan analisis situasi sektor kesehatan yang baik, yaitu:

1. Partisipatif dan inklusif – melibatkan semua pemangku kepentingan relevan di sektor kesehatan dan masyarakat.
2. Analitis – berdasarkan pada kerangka kausal tentang bagaimana input, proses, dan output berinteraksi satu sama lain dan dengan faktor lingkungan penting lainnya. Sangat penting untuk membuat perbedaan di sini antara menjadi deskriptif, yaitu menceritakan keadaan situasi saat ini, dan analitis, yaitu mencoba untuk memahami situasi saat ini berdasarkan keputusan, pilihan, dan rencana masa lalu, serta faktor penyebab yang mendasarinya.

3. Relevan – yaitu fokus pada isu-isu yang pada akhirnya mempengaruhi status kesehatan masyarakat, dan mempertimbangkan solusi untuk tantangan yang dihadapi.
4. Komprehensif – mencakup semua aspek yang terkait sektor kesehatan, termasuk sistem kesehatan, program, rangkaian lengkap layanan kesehatan (perorangan maupun masyarakat), tindakan lintas sektor untuk kesehatan, dan lain-lain.
5. Berbasis bukti – memanfaatkan berbagai informasi dan data, baik kuantitatif maupun kualitatif, serta jika relevan dari pengalaman negara lain [8].

2.3.4. Langkah-langkah Pelaksanaan Analisis Situasi

1. Menentukan sebuah kerangka

Kerangka kerja menyediakan struktur untuk menyajikan informasi dengan cara yang logis. Kerangka kerja ini dapat disesuaikan dengan kebutuhan, beberapa bagian mungkin perlu dikecualikan dan yang lain ditambahkan sesuai dengan keadaan khusus suatu daerah. Jika analisis situasi sedang dilakukan di beberapa daerah dalam satu wilayah atau provinsi, akan berguna jika menggunakan format standar untuk mempermudah perbandingan. Namun, harus ada cukup ruang untuk mencerminkan fitur unik dari setiap daerah.

Kerangka kerja yang baik harus didasari oleh kerangka konsep yang relevan dengan situasi kesehatan. Bila analisis bersifat umum atau melakukan analisis situasi masalah kesehatan secara umum, maka kerangka konsep dapat menggunakan

konsep status kesehatan umum seperti konsep *Blum, Mosley and Chen* atau *Health Field Concept*. Bila analisis situasi kesehatan yang akan dilakukan bersifat spesifik, maka kerangka konsep yang akan digunakan disesuaikan dengan masalah kesehatan yang akan dilakukan analisis situasi.

2. Mengidentifikasi informasi apa yang sudah tersedia

Saat melakukan analisis situasi, akan berguna untuk membuat daftar semua informasi yang tersedia dan semua sumber informasi potensial. Seringkali, lebih banyak informasi tersedia daripada yang disadari kebanyakan orang pada awalnya. Saat melakukan analisis situasi, penting untuk memperhatikan dengan cermat data apa yang tersedia dan informasi apa yang diberikan. Selain data yang bersumber dari dinas kesehatan, data dan informasi lain juga dapat diperoleh dari dinas atau lembaga lain terkait, seperti hasil sensus BPS daerah, hasil survei Kementerian Kesehatan, profil kesehatan provinsi, data hasil penelitian Badan Pembangunan dan Penelitian Pembangunan Daerah, serta dari lembaga maupun organisasi non-pemerintah dan berbasis masyarakat.

3. Mengidentifikasi informasi apa yang masih diperlukan

Ketika informasi yang tersedia dimasukkan ke dalam kerangka kerja, akan segera terlihat di mana ada kesenjangan sehingga perlu diidentifikasi informasi apa saja yang masih diperlukan untuk analisis tersebut. Selanjutnya diidentifikasi bagaimana informasi tersebut akan didapatkan dan pihak mana saja yang akan terlibat pada pengumpulan informasi tersebut.

4. Mengumpulkan informasi yang diperlukan

Setelah informasi yang masih diperlukan telah diidentifikasi, selanjutnya dibuat rencana untuk mengumpulkan informasi. Tugas harus didelegasikan dengan jelas kepada orang yang tepat dengan kerangka waktu yang jelas.

5. Menyusun dan menulis laporan

Setelah informasi dikumpulkan, analisis situasi dapat dilakukan dan hasilnya dapat disusun dan ditulis dalam bentuk laporan hasil analisis. Hal ini paling baik dilakukan dengan menggunakan komputer karena memungkinkan informasi dapat dengan mudah dikoreksi atau diperbarui.

6. Mendistribusikan dan menyebarkan laporan

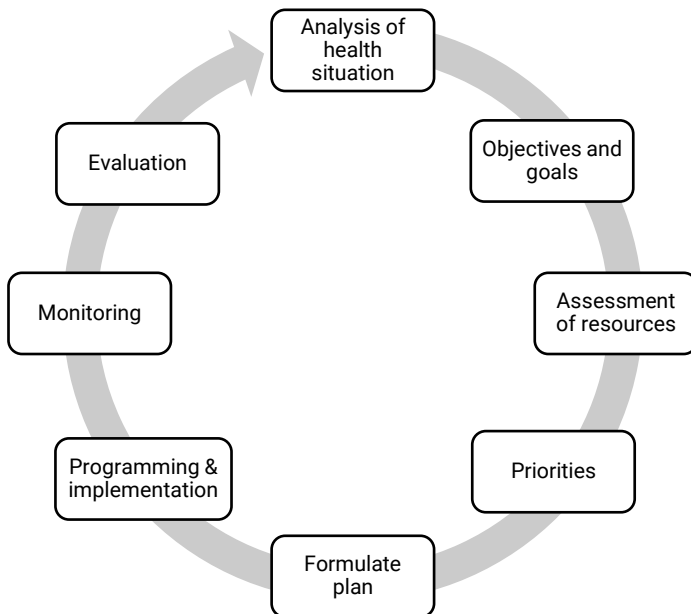
Setelah analisis situasi selesai, hasilnya didistribusikan ke semua orang atau organisasi yang relevan. Ini mencakup semua fasilitas dan penyedia layanan kesehatan (baik pemerintah maupun swasta), pengelola di tingkat regional dan provinsi, sektor lain dan perwakilan pemerintah daerah. Mekanisme harus tersedia untuk memungkinkan umpan balik ke dinas kesehatan mengenai analisis situasi [9].

2.3.5. Analisis Situasi Dalam Siklus Perencanaan

Perencanaan adalah proses memutuskan bagaimana masa depan harus berbeda dari masa sekarang, perubahan apa yang diperlukan, dan bagaimana perubahan ini harus dilakukan. Perencanaan melibatkan penetapan tujuan, mengembangkan strategi, dan menguraikan tugas dan jadwal untuk mencapai

tujuan. Perencanaan kesehatan bertujuan untuk menjembatani kesenjangan antara di mana sistem kesehatan berada dan ke mana arah pembangunan kesehatan hendak dituju. Perencanaan kesehatan adalah proses yang teratur dari mendefinisikan masalah kesehatan, mengidentifikasi kebutuhan yang tidak terpenuhi dan mensurvei sumber daya untuk memenuhinya, menetapkan tujuan prioritas, yang realistis dan layak dan memproyeksikan tindakan administratif untuk mencapai tujuan program yang diusulkan [10].

Proses perencanaan merupakan siklus kegiatan berkesinambungan yang meliputi elemen-elemen yang sifatnya berurutan seperti yang ditunjukkan pada Gambar 5 [11].



Gambar 5. Siklus Perencanaan

Siklus perencanaan berkeseinambungan seperti tergambar pada Gambar 5 menunjukkan bahwa analisis situasi kesehatan merupakan tahap awal dari setiap siklus perencanaan kesehatan. Aspek-aspek yang dianalisis pada tahap awal siklus perencanaan ini mencakup populasi atau situasi masyarakat, statistik morbiditas dan mortalitas, epidemiologi, fasilitas kesehatan, sumber daya manusia, serta sikap dan keyakinan masyarakat [11].

Kesehatan masyarakat adalah bidang yang kompleks, namun terdapat kesamaan dalam masalah, metode, dan praktiknya sehingga kerangka perencanaan umum menjadi mungkin digunakan dan diperlukan [12]. Kompleksitas dunia kesehatan masyarakat membutuhkan kemitraan antara pemerintah, masyarakat dan organisasi, dan kolaborasi lintas sektor yang berbeda sehingga perencanaan kesehatan perlu melibatkan banyak pihak. Keahlian dari berbagai disiplin ilmu perlu dimanfaatkan dalam perencanaan kesehatan sehingga program yang telah direncanakan dapat berjalan efektif dan efisien.

2.4. Penentuan Prioritas Masalah Kesehatan

2.4.1. Konsep dan Metode Penentuan Prioritas Masalah

Penetapan prioritas adalah proses di mana nilai dan tujuan masyarakat menjadi penting, dan prioritas yang dihasilkan mencerminkan kompromi di antara para pemangku kepentingan. Tujuan dari proses ini adalah untuk memilih di antara pilihan yang berbeda untuk menangani kebutuhan kesehatan yang paling

penting, seperti yang disoroti dalam analisis situasi sektor kesehatan [8]. Berdasarkan definisi tersebut, maka penentuan prioritas masalah kesehatan merupakan suatu proses yang dilakukan oleh sekelompok orang dengan menggunakan metode tertentu untuk menentukan urutan masalah dari yang paling penting sampai yang kurang penting. Penentuan prioritas merupakan hasil konsensus berdasarkan pemikiran pihak-pihak terkait yang dilakukan dengan penuh kehati-hatian pada persepsi sendiri yang mungkin berbeda dari anggota yang lain.

Penetapan prioritas masalah menjadi bagian penting dalam proses pemecahan masalah dikarenakan terbatasnya sumber daya yang tersedia sehingga tidak mungkin menyelesaikan semua masalah dan adanya hubungan antara satu masalah dengan masalah lainnya sehingga itu tidak perlu semua masalah diselesaikan. Untuk itu perlu dilakukan penentuan prioritas masalah dengan menggunakan salah satu metode atau mengkombinasikan beberapa metode penentuan prioritas masalah. Beberapa metode yang dapat digunakan dalam penetapan prioritas masalah adalah Metode Hanlon, Metode PAHO *Adopted Hanlon, Diamond Model of Prioritization*, Metode Delbeque dan Delphi, *Multivoting Technique*, dan beberapa metode lainnya yang dapat dipertimbangkan [13]. Masing-masing metode tersebut menggunakan pendekatan dari aspek yang berbeda sehingga tidak ada metode yang dapat dikatakan terbaik. Misalnya beberapa metode dipercaya mendorong keterlibatan kelompok, sebaliknya metode lain memerlukan sedikit partisipasi dan lebih

berfokus pada data dasar isu kesehatan. Selain itu, cara menilai masalah juga bisa berbeda, ada beberapa metode menggunakan teknik skoring sementara metode lain menggunakan teknik non skoring.

2.4.2. Metode Hanlon

Metode Hanlon adalah sebuah pendekatan untuk penentuan prioritas, sebagian besar didasarkan pada metode kuantitatif, diusulkan oleh Hanlon dan Pickett dan dielaborasi lebih lanjut oleh Vilnius dan Dandoy dan Simoes dan rekan (di Amerika Serikat dan di Eropa) [13]. Metode Hanlon menunjukkan peringkat dari ukuran atau besarnya masalah (*size of the problem*), keseriusan masalah (*seriousness of the problem*), efektivitas intervensi (*Effectiveness of the intervention*), dan faktor *Propriety, Economics, Acceptability, Resources, and Legality* (PEARL). Dasar prioritas penilaian skor dihitung dengan menggunakan rumus berikut [13].

$$BPR = \frac{(A + B) \times C}{3} \times D$$

BPR = *Basic Priority Rating* (Peringkat Prioritas Dasar)

A = *Size of the problem* (ukuran/besar masalah)

B = *Seriousness of the problem* (keseriusan masalah)

C = *Effectiveness of the intervention* (efektifitas intervensi)

D = *Propriety, Economics, Acceptability, Resources, and Legality* (PEARL)

2.4.3. Metode PAHO (*Adapted Hanlon*)

Pengulangan pertama Metode Hanlon yang dikembangkan oleh PAHO dikembangkan dan diuji oleh tim ahli perencanaan dan kesehatan masyarakat dari PASB dan CCG yang dibentuk untuk pengembangan Rencana Strategis PAHO 2014-2019. Latihan stratifikasi prioritas terprogram dilakukan sebagai bagian dari nasional konsultasi untuk Rencana Strategis PAHO 2014-2019, menggunakan Metode Hanlon yang disesuaikan dengan PAHO metode. Sebanyak 43 negara dan wilayah, melibatkan partisipasi lebih dari 1.000 kesehatan masyarakat pejabat di seluruh wilayah Amerika.

Pengaturan prioritas merupakan komponen penting dalam perencanaan strategis dan pengambilan keputusan. Rencana Strategis PAHO 2014-2019 memasukkan pendekatan yang kuat dan ilmiah untuk stratifikasi bidang program Rencana menggunakan literasi pertama dari Metode Hanlon yang disesuaikan dengan PAHO yang mungkin memberi bobot lebih tinggi pada peringkat ke area program yang berorientasi pada penyakit. Perhatian khusus muncul tentang keterbatasan dan bias yang dirasakan dari metodologi ini, yang dirancang untuk memberi peringkat penyakit masalah dan tidak memperhitungkan perubahan dalam masyarakat regional dan global paradigma kesehatan. Rencana Strategis PAHO dan kebutuhan untuk memperbaiki kriteria dan definisi penerapan metodologi yang konsisten.

2.4.4. Metode Delbeque dan Delphi

Metoda Delbeque adalah metoda kualitatif dimana prioritas masalah penyakit ditentukan secara kualitatif oleh panel expert. Caranya sekelompok pakar diberi informasi tentang masalah penyakit yang perlu ditetapkan prioritasnya termasuk data kuantitatif yang ada untuk masing-masing penyakit tersebut. Dalam penentuan prioritas masalah kesehatan disuatu wilayah pada dasarnya kelompok pakar melalui langkah-langkah (1) Penetapan kriteria yang disepakati bersama oleh para pakar (2) Memberikan bobot masalah (3) menentukan skoring setiap masalah. Dengan demikian dapat ditentukan masalah mana yang menduduki peringkat prioritas tertinggi.

Penetapan kriteria berdasarkan seriusnya permasalahan menurut pendapat para pakar dengan contoh kriteria persoalan masalah kesehatan berupa (1) Kemampuan menyebar/menular yang tinggi (2) mengenai daerah yang luas (3) mengakibatkan penderitaan yang lama (4) mengurangi penghasilan penduduk (5) mempunyai kecendrungan menyebar meningkat dan lain sebagainya sesuai sepakatan para pakar. Para expert kemudian menuliskan urutan prioritas masalah dalam kertas tertutup. Kemudian dilakukan semacam perhitungan suara. Hasil perhitungan ini disampaikan kembali kepada para expert dan setelah itu dilakukan penilaian ulang oleh para expert dengan cara yang sama. Diharapkan dalam penilaian ulang ini akan terjadi kesamaan/konvergensi pendapat, sehingga akhirnya diperoleh suatu konsensus tentang penyakit atau masalah mana yang perlu

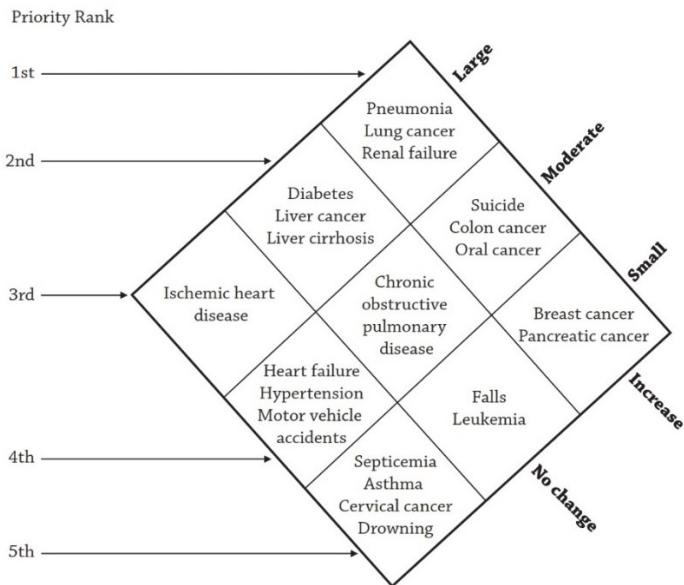
diprioritaskan. Jadi metoda ini adalah suatu mekanisme untuk mencapai suatu konsensus. Kelemahan cara ini adalah sifatnya yang lebih kualitatif dibandingkan dengan metoda matematik yang disampaikan sebelumnya. Juga dipertanyakan kriteria penentuan pakar yang terlibat pada penilaian tertutup tersebut. Kelebihannya adalah mudah dan dapat dilakukan dengan cepat. Penilaian prioritas secara tertutup memberi kebebasan kepada masing-masing pakar untuk memberi nilai, tanpa terpengaruh oleh hirarki hubungan yang mungkin ada antara para pakar tersebut.

Metoda lain yang mirip dengan Delbeque adalah metoda Delphi. Dalam metoda Delphi sejumlah pakar (*panel expert*) melakukan diskusi terbuka dan mendalam tentang masalah yang dihadapi dan masing-masing mengajukan pendapatnya tentang masalah yang perlu diberikan prioritas. Diskusi berlanjut sampai akhirnya dicapai suatu kesepakatan (konsensus) tentang masalah kesehatan yang menjadi prioritas. Kelemahan cara ini adalah waktunya yang relative lebih lama dibandingkan dengan metoda Delbeque serta kemungkinan pakar yang dominan mempengaruhi pakar yang tidak dominan. Kelebihannya metoda ini memungkinkan telaahan yang mendalam oleh masing-masing pakar yang terlibat.

2.4.5. Diamond Model of Prioritization

Model Prioritas Berlian (*Diamond Model of Prioritization*) merupakan proses yang mengandalkan data yang ada. Model ini mempertimbangkan dua dimensi kuantitatif yaitu besaran

laju/rata-rata dan tren laju/rata-rata. Masing-masing dimensi tersebut diklasifikasikan ke dalam tiga kelompok yang menghasilkan kisi-kisi 9 sel (3x3). Misalnya pada Gambar 5, model berlian diterapkan untuk 30 penyebab kematian di Taiwan. Model berlian memungkinkan perbandingan negara, negara bagian, dan lokal dari berbagai titik akhir, berdasarkan tingkat morbiditas dan mortalitas. Prioritas awal ini hanya didasarkan pada data kuantitatif dan tidak memasukkan faktor kualitatif. Salah satu keuntungan utama model ini adalah didasarkan pada kumpulan data yang ada sehingga relatif mudah untuk dilakukan. Kerugiannya adalah sering kali didasarkan pada tingkat kematian, yang tidak terlalu menjelaskan beberapa penyebab morbiditas [13].



Gambar 6. Model Prioritas Berlian (*Diamond Model of Prioritization*)

2.4.6. Multivoting Technique

Teknik multivoting memungkinkan sebuah kelompok untuk memilih prioritas dengan mengambil daftar prioritas yang panjang dan mempersempit ke satu atau beberapa item dalam serangkaian voting terstruktur (mirip dengan pemilihan putaran kedua dalam politik). Metode ini memungkinkan semua anggota tim mendapatkan masukan yang sama dalam proses penentuan prioritas, mengurangi tekanan di antara anggota, dan memungkinkan tim untuk dengan cepat menentukan apakah ada konsensus dalam grup. Teknik multivoting dimulai dengan *brainstorming* atau tinjauan literatur untuk mengembangkan daftar masalah kesehatan untuk diprioritaskan. Daftar ditinjau di antara grup untuk memastikan setiap orang memahami opsi dan menggabungkan ide serupa. Pemungutan suara putaran 1 memungkinkan setiap peserta untuk memilih ide sebanyak yang dia inginkan. Dalam beberapa kasus, tergantung pada jumlah item dalam daftar, jumlah suara maksimum per orang dapat ditentukan. Daftar tersebut selanjutnya diperbarui berdasarkan peraih suara terbanyak. Masalah dengan penghitungan suara yang setara dengan sekitar setengah jumlah peserta tetap ada dalam daftar. Selanjutnya, putaran kedua pemungutan suara terjadi. Di babak ini, peserta hanya dapat memilih beberapa kali setara dengan setengah jumlah item dalam daftar. Kelompok terus memberikan suara dan mempersempit daftar sampai jumlah prioritas yang diinginkan ditentukan. Seringkali ini adalah kisaran tiga sampai lima item. Kelompok kemudian dapat mendiskusikan pro dan

kontra dari item yang tersisa, baik dalam kelompok kecil atau di antara kelompok secara keseluruhan.

2.5. Identifikasi Penyebab Akar Masalah Kesehatan

2.5.1. *Root Cause Analysis (RCA)*

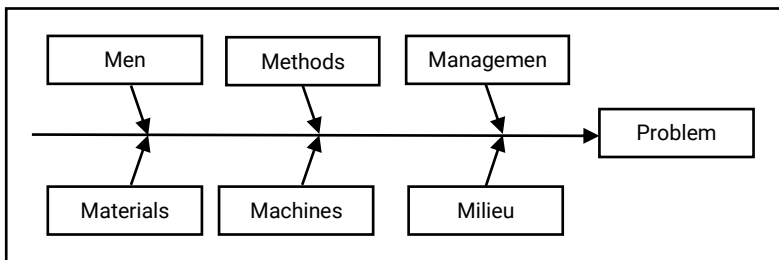
Root Cause Analysis atau Analisis Akar Penyebab adalah alat pengukur kualitas yang digunakan untuk membedakan sumber cacat atau masalah. Merupakan pendekatan terstruktur berfokus pada asal penyebab atau penyebab yang pasti dari masalah atau kondisi. RCA dilakukan untuk membantu organisasi mengidentifikasi titik-titik risiko atau titik-titik kelemahan dalam proses, penyebab yang mendasari atau yang terkait sistem, dan tindakan perbaikan. Organisasi secara teratur melakukan RCA bagi proses yang sedang berlangsung dan proaktif melakukan kajian sistem dan proses sehingga secara signifikan mengurangi kemungkinan kesalahan yang serupa. RCA dapat digolongkan dalam 4 kelompok yang didefinisikan secara luas yaitu RCA berbasis keamanan, RCA berbasis produksi, RCA berbasis proses, dan RCA berbasis sistem [14].

2.5.2. *Fishbone Diagram (Ishikawa Diagram)*

Fishbone diagram (diagram tulang ikan) atau biasa juga disebut *Ishikawa Diagram* merupakan konsep analisis sebab akibat yang dikembangkan oleh Dr. Kaoru Ishikawa seorang ahli pengendali statistik dari Jepang untuk mendeskripsikan suatu permasalahan dan penyebabnya dalam sebuah kerangka tulang

ikan. Diagram ini pertama kali digunakan pada tahun 1960-an untuk manajemen kualitas di perusahaan Kawasaki, yang selanjutnya diakui sebagai salah satu pionir pembangunan dari proses manajemen modern [15].

Fishbone diagram merupakan alat yang menggambarkan sebuah cara yang sistematis dalam memandang berbagai dampak atau akibat dan penyebab yang membuat atau berkontribusi dalam berbagai dampak tersebut. Karena fungsinya tersebut, diagram ini biasa disebut dengan diagram sebab-akibat. Representasi dari diagram ini sederhana, yakni sebuah garis horizontal yang melalui berbagai garis sub penyebab permasalahan [15].



Gambar 7. Skema Dasar *Fishbone Diagram* (*Ishikawa Diagram*)

Diagram ini dapat digunakan juga untuk mempertimbangan risiko dari berbagai penyebab dan sub penyebab dari dampak tersebut, termasuk risikonya secara global. Beberapa keuntungan dari konstruksi diagram tulang ikan antara lain membantu untuk mempertimbangkan akar berbagai penyebab dari permasalahan dengan pendekatan struktur, mendorong adanya partisipasi kelompok dan meningkatkan pengetahuan

anggota kelompok terhadap proses analisis penyebab masalah, dan mengidentifikasi wilayah dimana data seharusnya dikumpulkan untuk penelitian lebih lanjut [15].

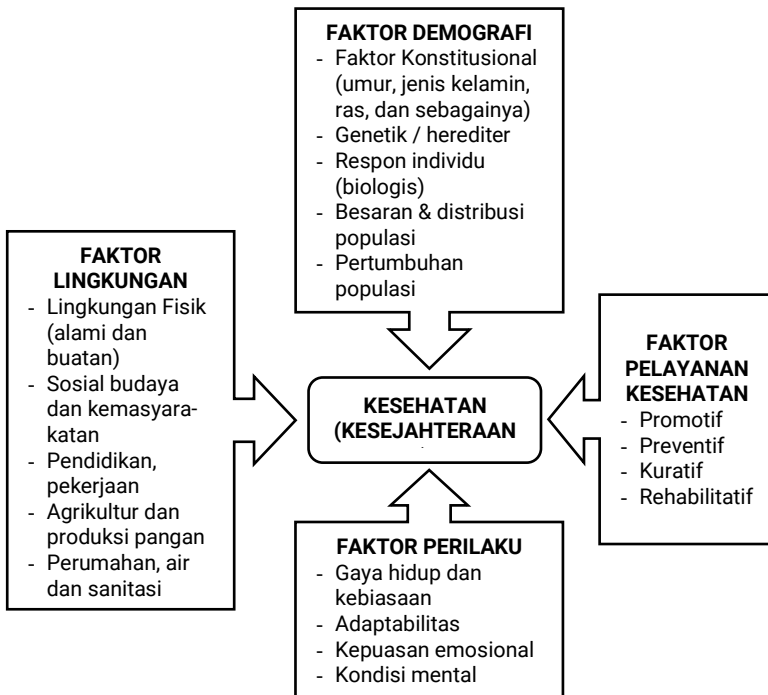
2.5.3. *Logical Framework Analysis (LFA)*

Logical Framework Analysis adalah instrumen analisis, presentasi dan manajemen yang dapat membantu perencana untuk menganalisis situasi eksisting, membangun hirarki logika dari tujuan yang akan dicapai, mengidentifikasi resiko potensial yang dihadapi dalam pencapaian tujuan dan hasil, membangun cara untuk melakukan monitoring dan evaluasi terhadap tujuan (output) dan hasil (outcomes), menyajikan ringkasan aktivitas suatu kegiatan serta membantu upaya monitoring selama pelaksanaan implementasi proyek [16].

Teknik ini memerlukan keterlibatan seluruh stakeholder terkait dalam suatu rencana/program untuk menentukan prioritas dan rencana implementasi. LFA merupakan alat bantu analisis dan manajemen yang dapat menjelaskan analisis situasi yang menjadi alasan atau argumentasi penting suatu program, kaitan logis sebab-akibat secara hirarki hubungan antara tujuan yang akan dicapai dengan proses yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan, identifikasi potensi-potensi resiko yang akan dihadapi dalam pelaksanaan program, mekanisme bagaimana hasil-hasil kerja (output) dan dampak program (outcome) akan dimonitor dan dievaluasi dan penyajian ringkasan program dalam suatu format standard [16].

2.6. Kerangka Teori

Beberapa teori dan konsep determinan kesehatan menurut Hendrik L Blum, Evans dan Stoddart, serta Dahlgren dan Whitehead dirangkum menjadi suatu kerangka teori seperti digambarkan pada Gambar 8 berikut ini.

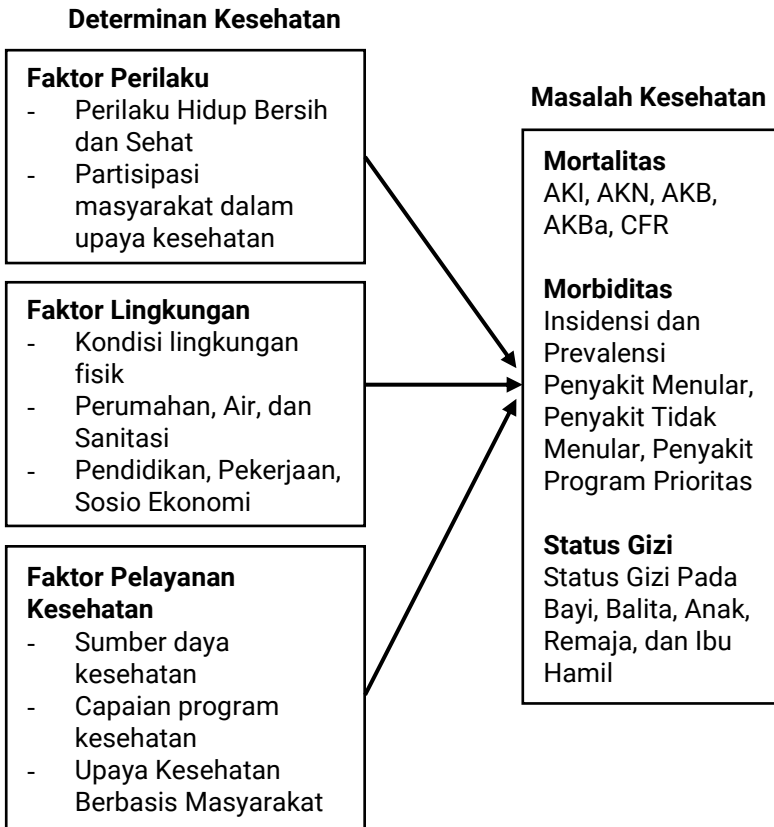


Gambar 8. Kerangka Teori

BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Konsep



Gambar 9. Kerangka Konsep Analisis Situasi Masalah Kesehatan di Provinsi Riau Tahun 2022

3.2. Definisi Operasional

Tabel 1. Definisi Operasional Analisis Situasi Masalah Kesehatan

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur
1	Faktor Perilaku	Perilaku masyarakat terhadap program dan pelayanan kesehatan yang dapat mempengaruhi status kesehatannya, tercermin dari capaian rumah tangga ber-PHBS dan partisipasi masyarakat dalam program upaya kesehatan	Observasi pada berbagai data sekunder	0 = Bukan determinan kesehatan, jika capaian indikator sudah mencapai target 1 = Determinan kesehatan, jika capaian indikator belum mencapai target
2	Faktor Lingkungan	Kondisi berbagai aspek lingkungan yang dapat mempengaruhi status kesehatan masyarakat, mencakup kondisi lingkungan fisik, perumahan, air, sanitasi, pendidikan, pekerjaan, sosial, dan ekonomi	Observasi pada berbagai data sekunder	0 = Bukan determinan kesehatan, jika capaian indikator sudah mencapai target 1 = Determinan kesehatan, jika capaian indikator belum mencapai target
3	Faktor Pelayanan Kesehatan	Kondisi berbagai aspek pelayanan kesehatan yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat, mencakup ketersediaan sumber daya kesehatan, capaian program kesehatan, dan UKBM	Observasi pada berbagai data sekunder	0 = Bukan determinan kesehatan, jika capaian indikator sudah mencapai target 1 = Determinan kesehatan, jika capaian belum mencapai target

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur
4	Mortalitas	Angka Kematian pada kelompok tertentu atau disebabkan oleh suatu penyakit atau masalah kesehatan lain dan merupakan fokus utama untuk dilakukan upaya pencegahan dan kontrol segera, yang mencakup AKI, AKN, AKB, AKBa, dan CFR beberapa penyakit di Provinsi Riau	Observasi pada berbagai data sekunder	0 = Bukan Masalah 1 = Masalah, jika mortalitas menunjukkan tren meningkat atau belum mencapai target program atau mengancam pada banyak populasi berisiko
5	Morbiditas	Ukuran angka kesakitan (insidens, prevalens, dan sebagainya) yang disebabkan oleh penyakit yang masuk dalam program pencegahan dan pengendalian di Dinas Kesehatan Provinsi Riau mencakup penyakit menular maupun tidak menular	Observasi pada berbagai data sekunder	0 = Bukan Masalah 1 = Masalah, jika morbiditas menunjukkan tren meningkat atau belum mencapai target program atau ancaman terhadap populasi berisiko meningkat
6	Status Gizi	Hasil penilaian ukuran keberhasilan dalam pemenuhan nutrisi pada bayi, balita, anak, remaja, dan ibu hamil.	Observasi pada berbagai data sekunder	0 = Bukan Masalah 1 = Masalah, jika status gizi belum mencapai target program atau ancaman terhadap populasi berisiko meningkat

BAB 4 METODOLOGI

4.1. Desain Studi

Desain studi pada kegiatan analisis situasi kesehatan ini adalah deskriptif observasional menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pendekatan kuantitatif dilakukan melalui penelusuran data berupa angka sebagai alat menganalisis keterangan mengenai apa yang ingin diketahui yang diperoleh dari berbagai sumber yang menyediakan data berupa angka seperti Profil Kesehatan, Laporan Program, dan sumber terkait lainnya. Pendekatan kualitatif dilakukan untuk menetapkan prioritas masalah secara konsensus melalui FGD oleh Tim Ahli Dinas Kesehatan Provinsi Riau.

4.2. Tempat dan Waktu Studi

Kegiatan analisis situasi ini dilaksanakan di Dinas Kesehatan Provinsi Riau pada bulan Oktober 2022 - Januari 2023.

4.3. Sumber dan Jenis Data

4.3.1. Sumber Data

Sumber data berupa data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dari hasil diskusi dengan narasumber yang memiliki informasi yang diperlukan terkait analisis situasi kesehatan yaitu pejabat struktural dan pengelola program di Dinas Kesehatan Provinsi Riau. Data sekunder diperoleh melalui

observasi dan penelusuran dokumen terkait berupa Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Riau, Profil Kesehatan 2021, hasil capaian SPM, data program, laporan survei, Laporan Tahunan RS Arifin Achmad Pekanbaru, dan dokumen atau laporan lintas sektor terkait seperti RPJMD Provinsi Riau, data BPS, dan lain sebagainya.

4.3.2. Jenis Data

Berbagai jenis data yang dapat menjadi bahan untuk kegiatan analisis situasi ini akan digunakan, secara umum jenis data dapat dikelompokkan menjadi:

- a. Data situasi wilayah (geografis, demografis, dan sosioekonomi)
- b. Data status derajat kesehatan (angka kematian, angka kesakitan, dan status gizi).
- c. Data upaya kesehatan (tenaga kesehatan, sarana dan logistik kesehatan, data layanan kesehatan, data output capaian program kesehatan, dan peran serta masyarakat)
- d. Data perilaku kesehatan (rumah tangga ber PHBS, desa siaga, dan pemanfaatan puskesmas).
- e. Data kondisi lingkungan (lingkungan fisik, perumahan, air, sanitasi, pendidikan, pekerjaan, sosial, dan ekonomi).

4.4. Manajemen Data

4.4.1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan langkah awal manajemen data. Berbagai data yang berkaitan dengan kesehatan di Provinsi

Riau dikumpulkan dari berbagai sumber, baik data primer maupun data sekunder. Hal ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran kesehatan secara holistik sebagai bahan utama dalam melakukan analisis dan mendalami permasalahan-permasalahan kesehatan yang ditemukan di Provinsi Riau saat ini.

4.4.2. Pengolahan Data dan Analisis Data

Pengolahan data merupakan bagian dari rangkaian kegiatan yang dilakukan setelah pengumpulan data. Pengolahan data yang bersifat kuantitatif akan dilakukan menggunakan bantuan program komputer seperti Microsoft Excel, SPSS, atau program pemetaan Mapinfo. Data kualitatif yang diperoleh dari hasil wawancara atau diskusi akan dinarasikan secara tekstual menggunakan program Microsoft Word. Data yang telah diolah selanjutnya dianalisis secara deskriptif menggunakan pendekatan epidemiologi berdasarkan variabel orang, tempat, dan waktu.

4.4.3. Penyajian Data

Data yang telah diolah dan dianalisis selanjutnya disajikan dalam bentuk tabel, grafik, peta tematik, dan narasi berdasarkan variabel epidemiologi (orang, tempat, dan waktu).

4.5. Tahapan Pelaksanaan Analisis Situasi

4.5.1. Identifikasi dan Perumusan Masalah Kesehatan

Data yang telah terkumpul selanjutnya dianalisis untuk mengidentifikasi berbagai permasalahan kesehatan. Proses

identifikasi ini dilakukan dengan melihat tren kasus, sebaran kasus atau masalah, populasi berisiko, dan membandingkan hasil capaian atau kondisi senyatanya dengan berbagai indikator baku seperti target capaian nasional, target SPM, target Renstra, target RPJMD, target SDGs, atau target indikator baku lainnya. Jika berbagai aspek identifikasi tersebut tidak berada pada keadaan ideal, tidak sesuai harapan, tidak mencapai target, atau tidak pada kondisi seharusnya, maka dinyatakan sebagai masalah kesehatan. Hasil identifikasi masalah kesehatan selanjutnya disusun dalam daftar rumusan masalah untuk selanjutnya ditetapkan prioritas.

4.5.2. Penetapan Prioritas Masalah

Penetapan prioritas masalah dilakukan menggunakan Metode Hanlon. Langkah-langkah penentuan prioritas masalah menggunakan Metode Hanlon dijelaskan sebagai berikut:

1. Menetapkan kriteria A (ukuran/besar masalah)

Masing-masing anggota Tim memberikan penilaian terhadap ukuran/besar masalah. Besar masalah dapat dipertimbangkan misalnya berdasarkan:

- a. Besarnya persentase atau prevalensi penduduk yang menderita langsung karena penyakit tersebut;
- b. Besarnya pengeluaran biaya yang diperlukan perorang rata-rata perbulan untuk mengatasi masalah kesehatan;
- c. Besarnya kerugian yang diderita.

Skala penilaian pada rentang 1 - 10, semakin besar nilai menunjukkan semakin besar masalah.

2. Menetapkan kriteria B (keseriusan masalah)

Langkah ini berbeda dengan langkah pertama dimana banyak menggunakan data kuantitatif untuk menentukan nilai. Menentukan tingkat kegawatan lebih bersifat subjektif. Pada langkah ini masing-masing anggota Tim memberikan penilaian terhadap keseriusan masalah misalnya dengan melihat faktor-faktor berikut ini:

- a. Tingkat urgensinya;
- b. Kecendrungannya;
- c. Tingkat keganasannya.

Berdasarkan 3 faktor ini tim menentukan nilai dengan skala 1 – 5, semakin besar nilai semakin serius masalah tersebut.

3. Menetapkan kriteria C (efektifitas intervensi)

Masing-masing anggota tim memberikan nilai pada rentang skala 1-5 berdasarkan prakiraan kemudahan penanggulangan masing-masing masalah. Angka 1 berarti bahwa masalah tersebut sulit ditanggulangi dan angka 5 berarti masalah tersebut mudah dipecahkan.

4. Menetapkan kriteria D yaitu Faktor PEARL

Kriteria ini terdiri dari beberapa faktor yang saling menentukan dapat atau tidaknya suatu program dilaksanakan, meliputi:

P = Kesesuaian (*Propriety*)

E = Secara ekonomi murah (*Economic feasibility*)

A = Dapat diterima (*Acceptability*)

R = Tersedia sumber daya (*Resources availability*)

L = Legalitas terjamin (*Legality*)

Masing-masing masalah harus diuji dengan faktor PEARL. Tujuannya adalah untuk menjamin terselenggaranya program dengan baik. Jawaban hanya dua yaitu ya atau tidak. Jawaban ya nilai 1 dan jawaban tidak nilainya 0. Dengan cara aklamasi atau voting maka tiap faktor dapat diperoleh angka 1 atau 0 untuk masing-masing masalah.

5. Menghitung Nilai *Basic Priority Rating* (BPR)

Setelah skor masing-masing kriteria diperoleh, maka dapat dihitung nilai BPR menggunakan rumus. Prioritas masalah yang utama adalah masalah dengan skor BPR tertinggi.

Prioritas masalah disusun dan ditetapkan melalui *Focus Discussion Group* (FGD) oleh para pihak yang telah ditetapkan sebagai Tim Analisis Situasi Dinas Kesehatan Provinsi Riau terdiri dari Kepala Dinas Kesehatan sebagai Pembina, 1 orang ketua, dan 15 orang anggota (SK Tim terlampir). Penentuan nilai dari masing-masing kriteria masalah dilakukan melalui polling suara terbanyak menggunakan aplikasi Mentimeter.

FGD diawali dengan pemaparan hasil identifikasi masalah kesehatan kepada seluruh peserta FGD untuk memberikan gambaran situasi permasalahan sebagai pertimbangan dalam menilai masing-masing kriteria. Selain itu peserta FGD juga diberikan penjelasan tentang Metode Hanlon dan tutorial penggunaan Mentimeter. Setelah hasil polling Mentimeter diperoleh dan dipaparkan secara transparan ke seluruh peserta FGD, peserta FGD menyepakatinya sebagai konsensus untuk selanjutnya diinput ke dalam template perhitungan BRP yang telah

disiapkan. Hasil perhitungan nilai BRP yang didapatkan menjadi penentu ranking prioritas dari setiap masalah. Hasil penyusunan urutan prioritas masalah selanjutnya disepakati oleh seluruh peserta FGD sebagai hasil konsensus.

4.5.3. Identifikasi Akar Masalah Kesehatan Utama

Setelah prioritas masalah ditentukan, selanjutnya dilakukan identifikasi penyebab/akar masalah prioritas untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi terjadinya permasalahan kesehatan prioritas. Akar permasalahan ini penting diidentifikasi untuk menjadi dasar dalam mencari solusi dan rekomendasi yang tepat sesuai dengan kemungkinan penyebab permasalahan kesehatan. Pada kegiatan analisis situasi ini, identifikasi penyebab/akar masalah kesehatan prioritas dilakukan menggunakan metode *Fishbone Diagram* /Diagram Ishikawa. *Fishbone diagrams* merupakan alat (*tool*) yang menggambarkan sebuah cara yang sistematis dalam memandang berbagai dampak atau akibat dan penyebab yang membuat atau berkontribusi dalam berbagai dampak tersebut. Kategori penyebab yang dapat menimbulkan dampak (efek) terhadap masalah kesehatan prioritas digali berdasarkan kerangka teori unsur-unsur manajemen yaitu men, material, method, machine, money (5M) yang sesuai situasi di lapangan.

4.6. Jadwal Kegiatan

Jadwal kegiatan yang dilakukan pada analisis situasi kesehatan di Provinsi Riau secara terinci dijabarkan pada tabel di berikut ini.

Tabel 2. Jadwal Kegiatan Analisis Situasi Kesehatan di Provinsi Riau

No	Kegiatan	2022												2023	
		Okt			Nop				Des				Jan		
		II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	
1	Persiapan Proposal														
2	Seminar Proposal														
3	Pengumpulan Data														
4	Analisis Data														
5	Identifikasi Masalah														
6	Penyusunan Prioritas Masalah														
7	Analisis Akar Masalah														
8	Seminar Hasil														

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1. Gambaran Umum

5.1.1. Letak dan Kondisi Geografis

Provinsi Riau secara geografis terletak sangat strategis karena berada pada jalur perdagangan regional dan internasional. Luas wilayah Provinsi Riau sebesar 87.023,66 km², membentang dari lereng Bukit Barisan di sisi barat sampai Selat Malaka di pesisir timur. Secara geografis Provinsi Riau terletak antara 01°05'00" LS sampai 02°25'00" LU dan antara 100°00'00" BT sampai 105°05'00" BT. Provinsi Riau berbatasan langsung dengan 4 Provinsi dan berhadapan langsung dengan 2 negara tetangga yaitu Singapura dan Malaysia. Kondisi ini secara ekonomi memberikan keuntungan bagi Provinsi Riau apabila bisa memanfaatkan setiap peluang yang ada. Berikut ini batas-batas wilayah Provinsi Riau.

- Sebelah Utara : Selat Malaka dan Provinsi Sumatera Utara
- Sebelah Selatan : Provinsi Jambi dan Provinsi Sumatera Barat
- Sebelah Timur : Provinsi Kepulauan Riau dan Selat Malaka
- Sebelah Barat : Provinsi Sumatera Barat dan Provinsi Sumatera Utara

Secara administratif Provinsi Riau terbagi menjadi 12 kabupaten/kota, 172 kecamatan, dan 1.876 desa/kelurahan. Kabupaten/kota di Provinsi Riau terdiri dari Kabupaten Bengkalis, Kabupaten Indragiri Hilir, Kabupaten Indragiri Hulu, Kabupaten

Kampar, Kabupaten Kepulauan Meranti, Kabupaten Kuantan Singingi, Kabupaten Pelalawan, Kabupaten Rokan Hilir, Kabupaten Rokan Hulu, Kabupaten Siak, Kota Dumai, dan Kota Pekanbaru.



Gambar 10. Letak Geografis dan Pembagian Wilayah Administrasi Kabupaten/Kota di Provinsi Riau

Kondisi geografis Provinsi Riau cukup bervariasi. Di sisi barat terbentang lereng bukit barisan sehingga wilayah ini lebih didominasi perbukitan dan dataran tinggi, sedangkan di sisi timur adalah daerah pesisir yang lebih didominasi oleh perairan, kepulauan, dan dataran rendah, termasuk juga daerah rawa. Selain itu terdapat 4 sungai besar di Provinsi Riau yang menjadi urat nadi perekonomian dan pusat perkembangan peradaban dan

kehidupan masyarakat di Provinsi Riau yaitu Sungai Indragiri (Batang Kuantan), Sungai Kampar, Sungai Rokan, dan Sungai Siak. Kondisi geografis ini selain memberi dampak positif terhadap perkembangan perekonomian dan kehidupan masyarakat, juga dapat memberi dampak negatif terhadap kesehatan masyarakat karena dapat menjadi tempat potensial untuk berkembangnya penyakit berbasis lingkungan dan vektor seperti malaria, DBD, chikungunya, dan diare.

5.1.2. Kondisi Demografi

Kondisi demografi yang dipaparkan disini mencakup jumlah dan laju pertumbuhan penduduk, rasio jenis kelamin dan komposisi penduduk, kepadatan penduduk, tingkat pendidikan, dan kondisi sosio-ekonomi. Sumber data berasal dari Provinsi Riau dalam Angka Tahun 2022 yang dipublikasikan oleh BPS Provinsi Riau.

5.1.2.1. Jumlah dan Laju Pertumbuhan Penduduk

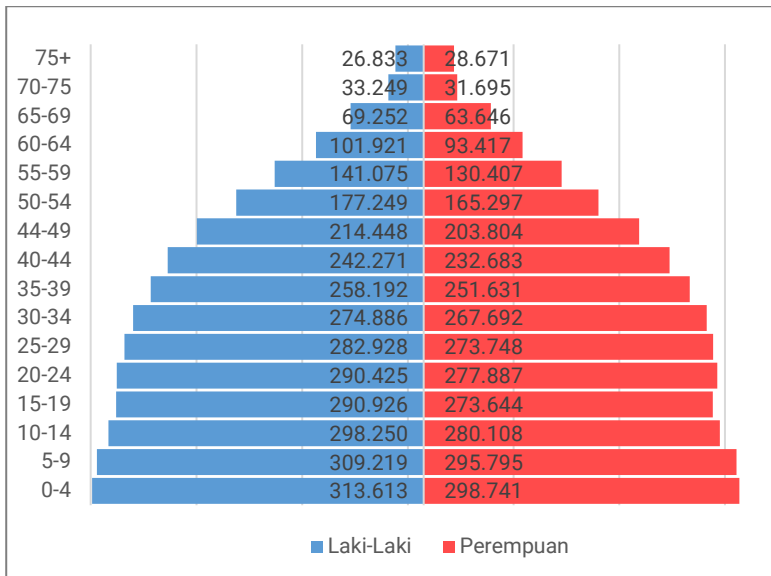
Penduduk Provinsi Riau menurut data BPS tahun 2022 berjumlah 6.493.603 jiwa, yang terdiri dari 3.324.737 laki-laki dan 3.168.866 perempuan. Laju pertumbuhan penduduk Provinsi Riau tahun 2020-2021 mencapai 2,08% per tahun, meningkat dibandingkan laju pertumbuhan pada periode sebelumnya (2019-2020) sebesar 1,40% [17]. Penjelasan terperinci tentang jumlah dan laju pertumbuhan penduduk di Provinsi Riau dipaparkan pada Tabel 3 berikut ini.

Tabel 3. Jumlah dan Laju Pertumbuhan Penduduk di Provinsi Riau

No.	Kabupaten/Kota	Jumlah Penduduk (jiwa)		Laju Pertumbuhan (%)	
		Tahun 2020	Tahun 2021	2019-2020	2020-2021
1	Kuantan Singingi	334.943	339.894	1,33	1,98
2	Indragiri Hulu	444.548	453.241	1,97	2,62
3	Indragiri Hilir	654.909	658.025	-0,1	0,63
4	Pelalawan	390.046	399.264	2,51	3,16
5	Siak	457.940	466.683	1,91	2,55
6	Kampar	841.332	857.752	1,96	2,61
7	Rokan Hulu	561.385	570.952	1,63	2,28
8	Bengkalis	565.569	573.504	1,23	1,88
9	Rokan Hilir	637.161	646.791	1,38	2,02
10	Kepulauan Meranti	206.116	209.460	1,52	2,17
11	Pekanbaru	983.356	994.585	0,89	1,53
12	Dumai	316.782	323.452	2,17	2,82
RIAU		6.394.087	6.493.603	1,4	2,08

5.1.2.2. Rasio Jenis Kelamin dan Komposisi Penduduk

Rasio jenis kelamin (*Sex Ratio*) penduduk Provinsi Riau pada tahun 2021 sebesar 104,92 atau mendekati 105, ini berarti bahwa terdapat 105 penduduk laki-laki dari setiap 100 penduduk perempuan atau dengan kata lain penduduk laki-laki di Provinsi Riau lebih banyak dibandingkan penduduk Perempuan. Komposisi penduduk Provinsi Riau berdasarkan kelompok umur dan jenis kelamin dapat terlihat dari piramida penduduk seperti digambarkan berikut ini.



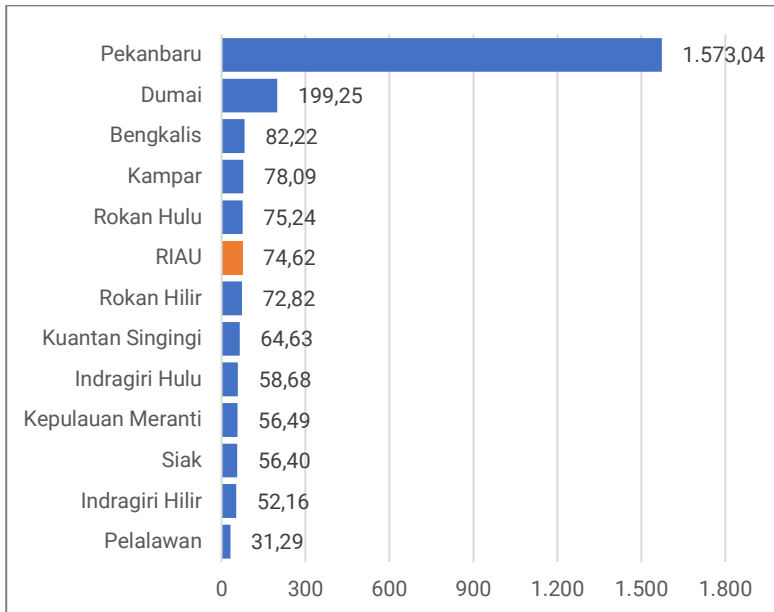
Gambar 11. Piramida Penduduk Provinsi Riau

Komposisi penduduk Provinsi Riau seperti terlihat pada Gambar 11 menunjukkan piramida penduduk bertipe ekspansif. Piramida ekspansif mengindikasikan bahwa penduduk di suatu wilayah sedang mengalami pertumbuhan dengan angka kematian yang relatif rendah sehingga jumlah penduduk yang berusia muda lebih banyak dibandingkan penduduk berusia tua. Selain itu terlihat juga badan piramida membesar yang mengindikasikan jumlah penduduk usia kerja/usia produktif yang besar.

5.1.2.3. Kepadatan Penduduk

Kepadatan penduduk adalah rasio banyaknya jumlah penduduk (jiwa) per kilometer persegi (KM^2) wilayah. Dalam 2

dekade terakhir wilayah Provinsi Riau semakin padat. Berdasarkan data BPS Provinsi Riau, pada tahun 2000 kepadatan penduduk di Provinsi Riau hanya 43 jiwa per KM² dan terus meningkat hingga mencapai 74,62 jiwa per KM² pada tahun 2021. Berikut gambaran kepadatan penduduk di Provinsi Riau tahun 2021.

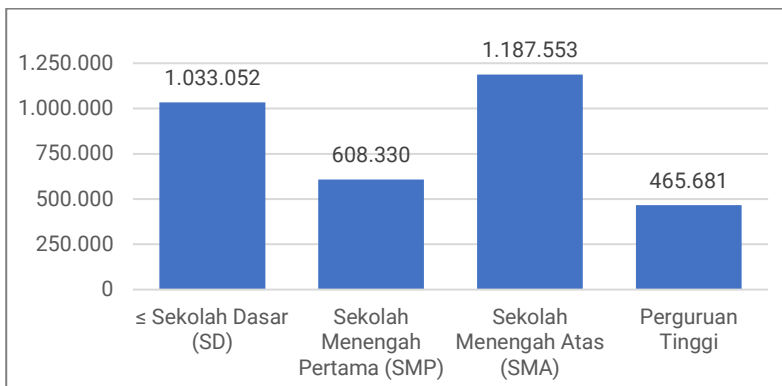


Gambar 12. Kepadatan Penduduk Provinsi Riau

Gambar 12 memperlihatkan bahwa dari 12 wilayah Kabupaten/Kota yang ada di Provinsi Riau, Kota Pekanbaru paling terpadat dengan kepadatan penduduk mencapai 1.573,04 jiwa per KM². Wilayah dengan kepadatan penduduk terendah adalah Kabupaten Pelalawan dengan kepadatan penduduk sebesar 31,29 per KM².

5.1.2.4. Tingkat Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu aspek penting dan penentu dalam keberhasilan pembangunan disuatu wilayah termasuk dalam pembangunan kesehatan dan pembangunan kualitas manusia. Indikator keberhasilan di bidang pendidikan dapat tergambar dari Angka Melek Huruf (AMH) dan tingkat pendidikan penduduk usia 15 tahun keatas yang termasuk angkatan kerja. Menurut data BPS Provinsi Riau, AMH penduduk Provinsi Riau berusia 15 tahun ke atas pada tahun 2021 mencapai 96,63%, angka ini meningkat dibandingkan tahun sebelumnya (2020) yang mencapai 96,59% [17]. Tingkat pendidikan tertinggi yang ditamatkan penduduk usia 15 tahun keatas yang termasuk angkatan kerja di Provinsi Riau tahun 2021 tergambar berikut ini.



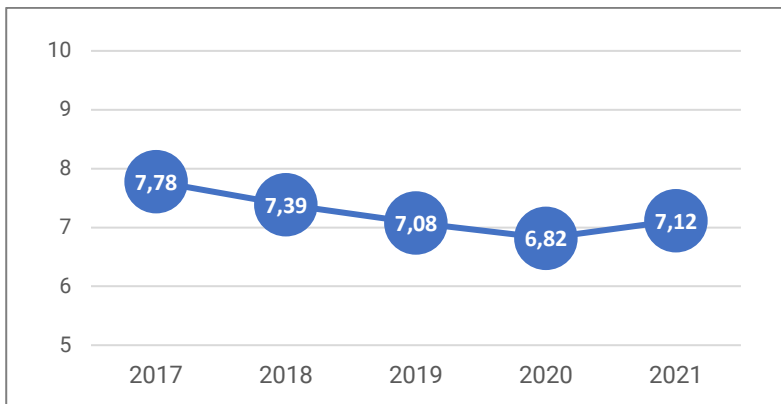
Gambar 13. Tingkat Pendidikan Tertinggi Ditamatkan Penduduk Usia 15 Tahun Keatas yang Termasuk Angkatan Kerja di Provinsi Riau

Gambar 13 menunjukkan bahwa Tingkat pendidikan tertinggi ditamatkan penduduk usia 15 tahun keatas di Provinsi

Riau sebagian besar tamat SMA berjumlah 1.187.553 orang, sedangkan tingkat pendidikan dengan jumlah paling sedikit adalah perguruan tinggi berjumlah 465.681 orang.

5.1.2.5. Kondisi Ekonomi

Salah satu indikator ekonomi yang erat kaitannya dengan permasalahan kesehatan masyarakat adalah persentase penduduk miskin di suatu wilayah. Berdasarkan data BPS Provinsi Riau, persentase penduduk miskin di Provinsi Riau menunjukkan tren berfluktuasi dalam 5 tahun terakhir. Tren persentase penduduk miskin di Provinsi Riau dalam 5 tahun terakhir digambarkan pada Gambar 14 berikut ini.



Gambar 14. Tren Persentase Penduduk Miskin di Provinsi Riau

Persentase penduduk miskin di Provinsi Riau seperti terlihat pada Gambar 14 menunjukkan tren berfluktuasi dalam 5 tahun terakhir. Pada tahun 2017 persentase penduduk miskin di

Provinsi Riau sebesar 7,78% dan terus mengalami penurunan hingga mencapai 6,82% pada tahun 2020, namun pada tahun 2021 persentasenya kembali meningkat menjadi 7,12%.

5.2. Situasi Kesehatan

5.2.1. Pelayanan Kesehatan

Beragam bentuk pelayanan kesehatan telah dilaksanakan di Provinsi Riau, baik dalam bentuk pelayanan langsung yang ditujukan kepada individu maupun pelayanan tidak langsung berupa berbagai program kesehatan yang ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Secara umum pelayanan kesehatan itu mencakup 4 aspek yaitu upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Keberhasilan program pelayanan kesehatan dapat diketahui dari hasil capaian indikator program. Pada laporan ini capaian indikator program kesehatan yang dipaparkan lebih difokuskan pada capaian program yang berkaitan atau sebagai determinan permasalahan kesehatan yang berhasil diidentifikasi sebagaimana dijelaskan secara terperinci pada Sub Bab 5.3. Identifikasi Masalah Kesehatan.

5.2.2. Sarana Kesehatan

Ketersediaan sarana kesehatan merupakan salah satu faktor penting yang menentukan keberhasilan pelayanan kesehatan dan capaian program kesehatan. Terdapat beragam sarana kesehatan di Provinsi Riau meliputi rumah sakit, Puskesmas dan jaringannya, dan sarana pelayanan kesehatan

lainnya seperti klinik pratama, klinik utama, praktik dokter perorangan, praktik dokter gigi perorangan, praktik dokter spesialis perorangan, unit transfusi darah dan laboratorium kesehatan, serta sarana produksi dan distribusi kefarmasian seperti apotek, toko alat kesehatan dan toko obat. Berikut ini rincian sarana kesehatan yang terdapat di Provinsi Riau.

Tabel 4. Sarana Kesehatan di Provinsi Riau Tahun 2021

Fasilitas Kesehatan	Pemilik/Pengelola						Jumlah
	Kemen kes	Pem prov	Pemkab/ Pemko	TNI/ Polri	BU MN	Swasta	
Rumah Sakit							
1. Rumah Sakit Umum	1	3	16	4	2	36	62
2. Rumah Sakit Khusus	0	1	0	0	0	11	12
Puskesmas dan Jaringannya							
1. Puskesmas Rawat Inap	0	106	0	0	0	0	106
2. Puskesmas Non Rawat Inap	0	122	0	0	0	0	122
3. Puskesmas Keliling	0	202	130	0	0	0	322
4. Puskesmas Pembantu	0	981	1.000	0	0	0	1.981
Sarana Pelayanan Lain							
1. Rumah Bersalin	0	0	1	0	0	6	7
2. Klinik Pratama	0	0	0	0	0	566	566
3. Klinik Utama	0	0	0	0	0	29	29
4. Balai Pengobatan	0	0	0	0	0	11	11
5. Praktik Dokter Bersama	0	0	0	0	0	6	6
6. Praktik Dokter Umum	0	0	0	0	0	964	964
7. Praktik Dokter Gigi	0	0	0	0	0	350	350
8. Praktik Dokter Spesialis	0	0	0	0	0	65	65
9. Praktik Batra	0	0	0	0	0	332	332
10. Bank Darah RS	0	0	2	0	0	3	5
11. UTD	0	0	8	0	0	1	9
12. Laboratorium Kesehatan	0	0	0	0	0	11	11

Fasilitas Kesehatan	Pemilik/Pengelola						Jumlah
	Kemen kes	Pem prov	Pemkab/ Pemko	TNI/ Polri	BU MN	Swasta	
Sarana Produksi dan Distribusi Kefarmasian							
1. Industri Pengobatan Tradisional	0	0	0	0	0	2	2
2. Usaha Mikro Pengobatan Tradisional	0	0	0	0	0	1	1
3. Pedagang Besar Farmasi	0	0	0	0	4	42	46
4. Apotek	0	0	0	0	17	682	699
5. Apotek PRB	0	0	0	0	14	0	14
6. Toko Obat	0	0	0	0	0	473	473
7. Toko Alat Kesehatan	0	0	0	0	0	11	11
8. PIRT	0	0	0	0	0	1.819	1.819
9. Kosmetik	0	0	0	0	0	2	2
10. Penyalur Alat Kesehatan	0	0	0	0	3	43	46

5.2.3. Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM)

Wujud peran aktif masyarakat dalam upaya kesehatan dapat tercermin dari pengembangan sarana UKBM di desa dan kelurahan, seperti adanya Posyandu dan Posbindu PTM. UKBM yang ada di desa dan kelurahan menjadi ciri khas bahwa desa dan kelurahan tersebut telah menjadi Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. Melalui UKBM, masyarakat dapat berperan aktif dalam kegiatan surveilans berbasis masyarakat (pemantauan penyakit, kesehatan ibu dan anak, gizi, lingkungan dan perilaku), kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana, serta penyehatan lingkungan sehingga masyarakat mampu menerapkan PHBS. Berikut ini data UKBM di Provinsi Riau tahun 2021.

Tabel 5. Jumlah UKBM di Provinsi Riau Tahun 2021

No.	Kabupaten/Kota	Posyandu			Posbindu PTM
		Jumlah	Aktif PURI	% Aktif PURI	
1	Kuantan Singingi	384	258	67,2	209
2	Indragiri Hulu	408	76	18,6	198
3	Indragiri Hilir	622	266	42,8	63
4	Pelalawan	415	149	35,9	129
5	Siak	425	268	63,1	96
6	Kampar	654	463	70,8	237
7	Rokan Hulu	614	472	76,9	157
8	Bengkalis	518	173	33,4	144
9	Rokan Hilir	563	148	26,3	193
10	Kepulauan Meranti	255	218	85,5	107
11	Pekanbaru	653	481	73,7	82
12	Dumai	196	196	100	38
	RIAU	5.707	3.168	55,5	1.653

UKBM di Provinsi Riau seperti dipaparkan pada Tabel 5 menunjukkan bahwa Posyandu di Provinsi Riau berjumlah 5.707 Posyandu, 3.168 diantaranya (55,5%) adalah Posyandu aktif dengan strata Purnama dan Mandiri (PURI). Jumlah Posyandu terbanyak berada di Kabupaten Kampar berjumlah 654 Posyandu, namun Posyandu aktif PURI di Kabupaten Kampar hanya mencapai 70,8%. Persentase Posyandu aktif PURI tertinggi berada di Kota Dumai mencapai 100%, sedangkan terendah di Kabupaten Indragiri Hulu hanya mencapai 18,6%. Posbindu PTM di Provinsi Riau berjumlah 1.653 Posbindu, terbanyak berada di Kabupaten Kampar berjumlah 237 Posbindu dan paling sedikit berada di Kota Dumai sebanyak 38 Posbindu.

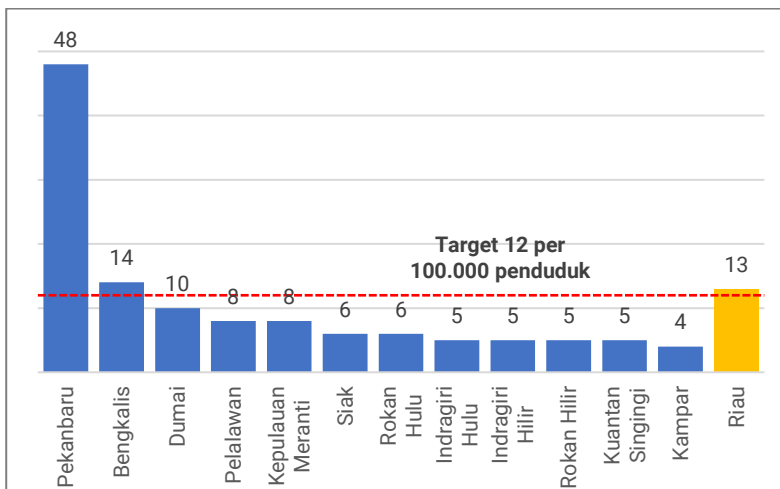
5.2.4. Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK)

Ketersediaan tenaga kesehatan yang memadai dan berkompeten merupakan salah satu faktor penting yang mendukung tersedianya pelayanan kesehatan berkualitas. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan menyatakan bahwa tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Kecukupan ketersediaan tenaga kesehatan yang berkualitas dan memadai merupakan salah satu determinan status derajat kesehatan masyarakat. Berikut ini ketersediaan SDM Kesehatan di Provinsi Riau Tahun 2021.

Tabel 6. Sumber Daya Manusia Kesehatan di Provinsi Riau Tahun 2021

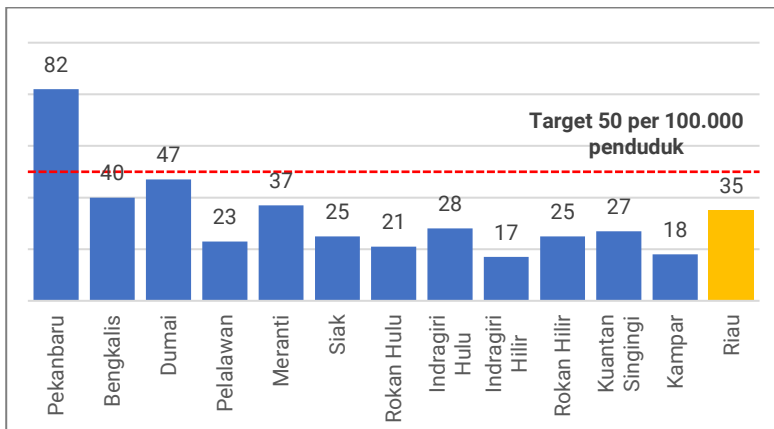
No.	Jenis SDM Kesehatan	Jumlah (orang)	Rasio per 100.000 Penduduk	Target Rasio (Kepmen kokesra 54 Thn 2013)	Kondisi
1	Dokter Spesialis	946	13,4	12	Sesuai target
2	Dokter Umum	2.458	34,8	50	Dibawah target
3	Dokter Gigi	566	8	14	Dibawah target
4	Perawat	10.571	149,6	200	Dibawah target
5	Bidan	7.556	106,9	130	Dibawah target
6	Kesmas	905	12,8	-	-
7	Kesling	298	4,2	20	Dibawah target
8	Gizi	555	7,9	18	Dibawah target
9	Ahli Lab Medik	932	13,2	-	-
10	Keterampilan Fisik	285	4,0	-	-
11	Teknisi Medis	696	9,8	-	-
12	Teknik Kefarmasian	956	13,5	-	-
13	Apoteker	602	8,5	-	-
14	Kefarmasian	1.558	22,0	-	-
15	Penunjang Kesehatan	9.623	136,2	-	-

Ketersediaan berbagai jenis tenaga kesehatan di Provinsi Riau seperti dipaparkan pada Tabel 6 cukup bervariasi dan secara umum hampir semua jenis tenaga kesehatan tersedia. Namun jika mengacu pada Kepmenkokesra nomor 54 tahun 2013, maka target rasio 7 jenis tenaga kesehatan per 100.000 penduduk masih banyak dibawah target yang hendak dicapai pada tahun 2025. Dari 7 jenis tenaga kesehatan yang ditetapkan target rasionya, hanya rasio dokter spesialis yang telah memenuhi target, sedangkan 6 jenis tenaga kesehatan lainnya yaitu dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, kesehatan lingkungan dan gizi masih jauh dibawah target. Berikut ini penjelasan rasio ketersediaan 7 jenis tenaga kesehatan di Provinsi Riau mengacu pada Kepmenkokesra nomor 54 tahun 2013.



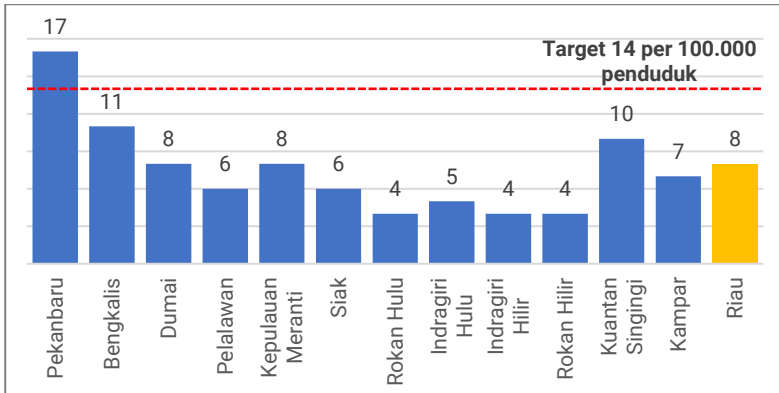
Gambar 15. Rasio Dokter Spesialis per 100.000 Penduduk di Provinsi Riau

Rasio dokter spesialis per 100.000 penduduk di Provinsi Riau seperti terlihat pada Gambar 15 sebesar 13 per 100.000 penduduk, rasio ini telah mencapai target tahun 2025 yang ditetapkan sebesar 12 per 100.000 penduduk. Namun demikian, distribusinya belum merata pada seluruh kabupaten/kota, hanya 2 kabupaten/kota yang telah memiliki dokter spesialis yang memadai yaitu Kota Pekanbaru dengan rasio 48 dokter spesialis per 100.000 penduduk dan Kabupaten Bengkalis dengan rasio 14 dokter spesialis per 100.000 penduduk.



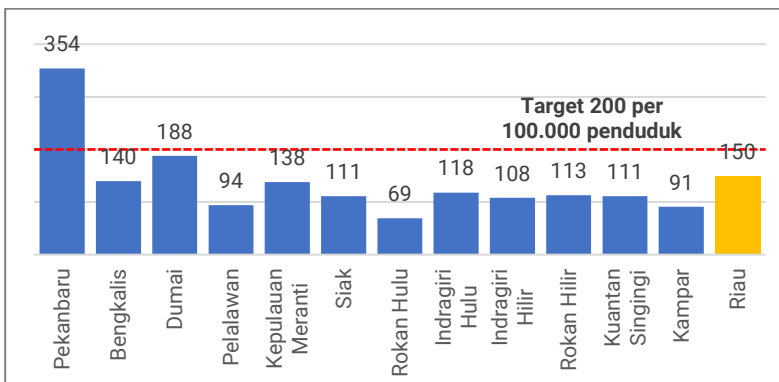
Gambar 16. Rasio Dokter Umum per 100.000 Penduduk di Provinsi Riau

Gambar 16 menunjukkan rasio dokter umum di Provinsi Riau hanya mencapai 35 dokter umum per 100.000 penduduk atau masih jauh dibawah target yang ditetapkan sebesar 50 dokter umum per 100.000 penduduk. Dari 12 kabupaten/kota yang ada di Provinsi Riau, hanya Kota Pekanbaru yang memiliki dokter umum yang memadai dengan rasio 82 dokter per 100.000 penduduk.



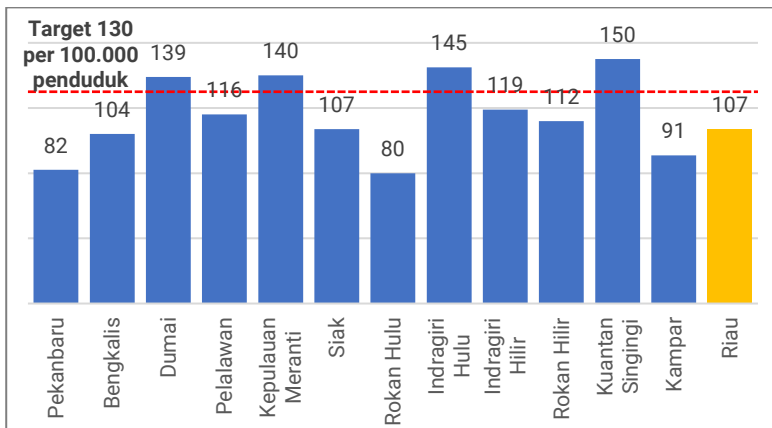
Gambar 17. Rasio Dokter Gigi per 100.000 Penduduk di Provinsi Riau

Rasio dokter gigi per 100.000 penduduk di Provinsi Riau seperti ditunjukkan Gambar 17 hanya sebesar 8 dokter gigi per 100.000 penduduk, rasio ini masih jauh dibawah target yang ingin dicapai pada tahun 2025 sebesar 14 dokter gigi per 100.000 penduduk. Kota Pekanbaru merupakan satu-satunya kabupaten/kota di Provinsi Riau yang memiliki rasio dokter gigi yang memadai yaitu sebesar 17 dokter gigi per 100.000 penduduk.



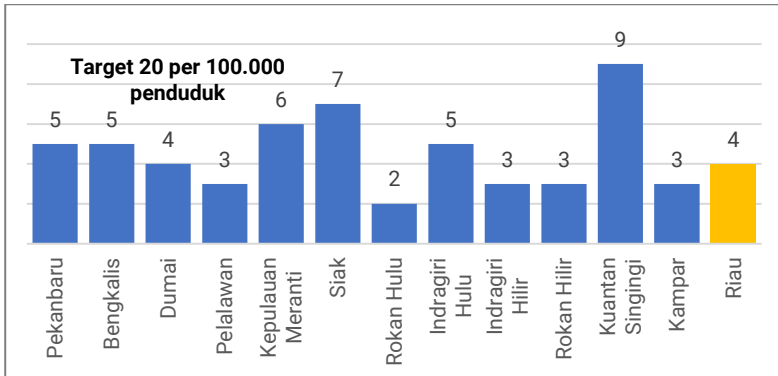
Gambar 18. Rasio Perawat per 100.000 Penduduk di Provinsi Riau

Gambar 18 menunjukkan rasio perawat per 100.000 penduduk di Provinsi Riau hanya mencapai 150 atau masih jauh dibawah target yang ditetapkan sebesar 200 perawat per 100.000 penduduk. Dari 12 kabupaten/kota yang ada di Provinsi Riau, hanya Kota Pekanbaru yang memiliki rasio perawat yang memadai sebesar 354 perawat per 100.000 penduduk.



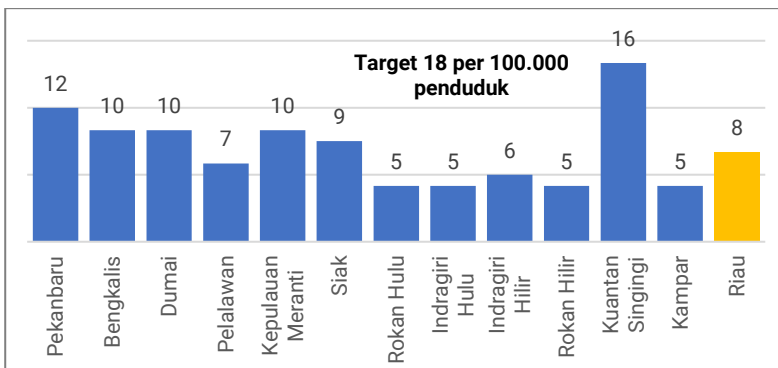
Gambar 19. Rasio Bidan per 100.000 Penduduk di Provinsi Riau

Dapat terlihat pada Gambar 19 bahwa rasio bidan per 100.000 penduduk di Provinsi Riau sebesar 107, rasio ini masih jauh dibawah target yang ingin dicapai pada tahun 2025 sebesar 130 bidan per 100.000 penduduk. Namun demikian, terdapat 4 kabupaten/kota di Provinsi Riau yang memiliki rasio bidan yang memadai yaitu Kota Dumai (139 bidan per 100.000 penduduk), Kabupaten Kepulauan Meranti (140 bidan per 100.000 penduduk), Kabupaten Indragiri Hulu (145 bidan per 100.000 penduduk), dan Kabupaten Kuantan Singingi (150 bidan per 100.000 penduduk).



Gambar 20. Rasio Tenaga Kesling per 100.000 Penduduk di Provinsi Riau

Rasio Tenaga Kesling di Provinsi Riau seperti terlihat pada Gambar 20 sebesar 4 per 100.000 penduduk, masih jauh dibawah target rasio tahun 2025 yang ditetapkan sebesar 20 tenaga kesling per 100.000 penduduk. Belum ada kabupaten/kota di Provinsi Riau memiliki rasio sesuai target, rasio tertinggi di Kabupaten Kuantan Singingi sebesar 9 per 100.000 penduduk dan terendah di Kabupaten Rokan Hulu sebesar 2 per 100.000 penduduk.



Gambar 21. Rasio Tenaga Gizi per 100.000 Penduduk di Provinsi Riau

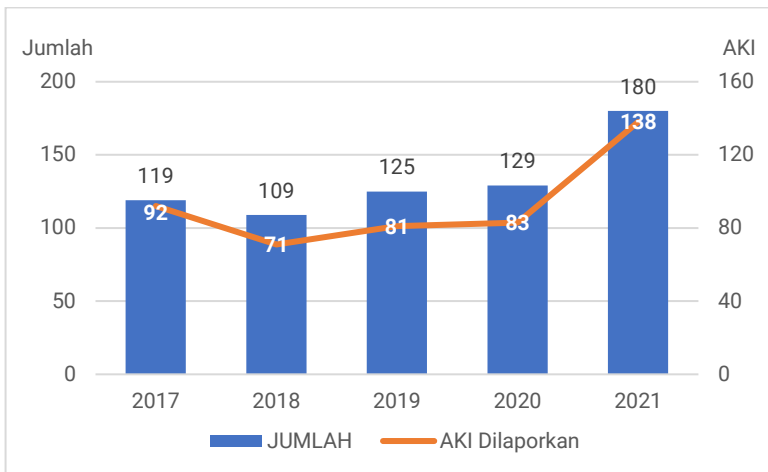
Dapat terlihat pada Gambar 21 bahwa rasio tenaga gizi di Provinsi Riau sebesar 8 per 100.000 penduduk, rasio ini masih jauh dibawah target yang ingin dicapai pada tahun 2025 sebesar 18 tenaga gizi per 100.000 penduduk. Rasio tenaga gizi tertinggi berada di Kabupaten Kuantan Singingi sebesar 16 tenaga gizi per 100.000 penduduk, namun rasio ini belum memadai karena masih dibawah target.

5.3. Identifikasi Masalah Kesehatan

Identifikasi masalah kesehatan di Provinsi Riau dilakukan melalui penelusuran dokumen Profil Kesehatan Provinsi Riau Tahun 2017-2021, Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017-2021, Laporan Riskesdas Tahun 2013, Laporan Riskesdas Tahun 2018, Laporan Tahunan RS Arifin Achmad Pekanbaru, dan dokumen lain yang terkait. Berbagai data dan informasi yang dihimpun dari hasil penelusuran beragam dokumen tersebut selanjutnya dianalisis untuk mengetahui adanya kesenjangan antara harapan dan kenyataan. Berdasarkan hasil analisis data, teridentifikasi 16 permasalahan kesehatan yaitu perdarahan maternal, Bayi Berat Lahir Rendah, penyakit COVID-19, penyakit TBC, penyakit malaria, penyakit DBD, penyakit difteri, penyakit campak, Tetanus Neonatorum (TN), penyakit HIV/AIDS, penyakit hipertensi, penyakit diabetes, penyakit jantung, penyakit stroke, penyakit kanker, dan stunting pada Balita. Penjelasan masing-masing permasalahan kesehatan dipaparkan berikut ini.

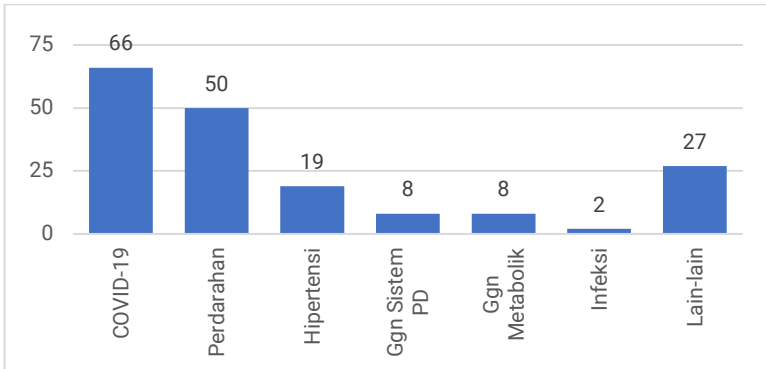
5.3.1. Perdarahan Maternal

Perdarahan maternal adalah perdarahan pada masa kehamilan, persalinan, dan nifas. Perdarahan maternal merupakan salah satu penyebab utama kematian Ibu di Indonesia termasuk di Provinsi Riau. Gambaran tentang perkembangan kematian Ibu di Provinsi Riau dapat diketahui dengan melihat tren kematian Ibu dalam kurun waktu 5 tahun terakhir (2017-2021) yang dipaparkan pada Gambar 22 berikut ini.



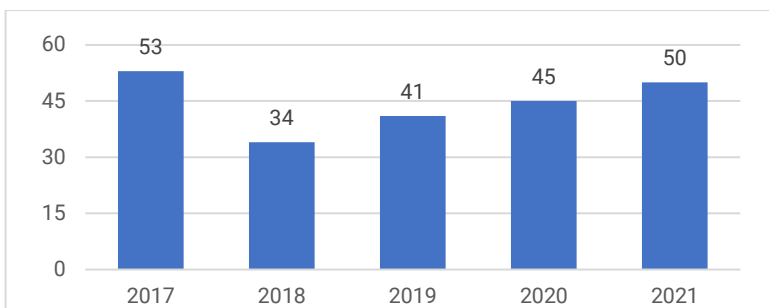
Gambar 22. Jumlah Kematian dan Angka Kematian Ibu yang Dilaporkan di Provinsi Riau Tahun 2017-2021

Berdasarkan Gambar 22 dapat diketahui bahwa jumlah kasus kematian Ibu di Provinsi Riau menunjukkan tren peningkatan dalam 5 tahun terakhir (2017-2021) dan puncaknya terjadi pada tahun 2021 dengan jumlah kematian sebanyak 180 kasus. Penyebab kematian ibu di Provinsi Riau pada tahun 2021 dapat diketahui pada Gambar 23 berikut ini.



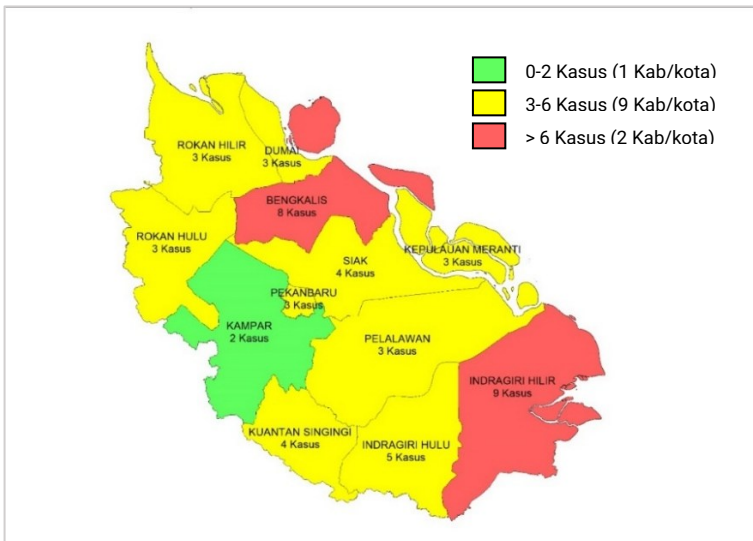
Gambar 23. Penyebab Kematian Ibu di Provinsi Riau Tahun 2021

Gambar 23 menunjukkan bahwa penyebab kematian ibu terbanyak pada tahun 2021 adalah COVID-19 berjumlah 66 kasus. Meskipun menjadi penyebab terbanyak kematian Ibu tahun 2021, namun kematian akibat COVID-19 pada Ibu baru terjadi pada tahun 2021 seiring dengan puncak kasus COVID-19 pada tahun tersebut. Sebelumnya penyebab utama kematian ibu terbanyak adalah perdarahan maternal. Berikut ini gambaran Tren kematian Ibu disebabkan perdarahan di Provinsi Riau dalam 5 tahun terakhir.



Gambar 24. Jumlah Kematian Ibu Disebabkan Perdarahan Maternal Di Provinsi Riau Tahun 2017-2021

Pada Gambar 24 terlihat bahwa pada tahun 2017 jumlah kematian ibu karena perdarahan maternal mencapai 53 kasus, jumlah ini mengalami penurunan menjadi 34 kasus pada tahun 2018. Namun setelah tahun 2018, kematian ibu karena perdarahan maternal menunjukkan tren peningkatan yang cukup signifikan hingga mencapai 50 kasus pada tahun 2021. Untuk mengetahui sebaran kasus kematian ibu karena perdarahan dapat dilihat dari distribusi kasusnya pada kabupaten/kota di Provinsi Riau yang dipaparkan pada Gambar 25 berikut ini.



Gambar 25. Distribusi Kematian Ibu disebabkan Perdarahan Maternal di Provinsi Riau Tahun 2021 Berdasarkan Kabupaten/Kota

Gambar 25 menunjukkan bahwa kematian ibu karena perdarahan maternal terjadi diseluruh kabupaten kota di Provinsi Riau. Terdapat 2 Kabupaten/kota dengan kasus kematian tertinggi

(>1 Standar Deviasi) yaitu Indragiri Hilir (9 kasus) dan Bengkalis (8 kasus). Hanya 1 kabupaten dengan kasus kematian tergolong rendah (< 1 Standar Deviasi) yaitu Kabupaten Kampar (2 kasus).

Berdasarkan data dan fakta yang ditemukan, perdarahan maternal merupakan salah satu permasalahan kesehatan di Provinsi Riau. Beberapa hal yang dapat menjadi pertimbangan dalam menentukan prioritas masalah (Metode Hanlon) terkait perdarahan ante, intra, dan post partum pada Ibu sebagai berikut:

- Kriteria A (ukuran/besar masalah)

Kasus ditemukan di seluruh wilayah Provinsi Riau, biaya yang dikeluarkan untuk perawatan dan pengobatan cukup besar sehingga dapat berdampak terhadap ekonomi keluarga.

- Kriteria B (keseriusan masalah)

Perkembangan kasus menunjukkan tren peningkatan khususnya dalam 4 tahun terakhir.

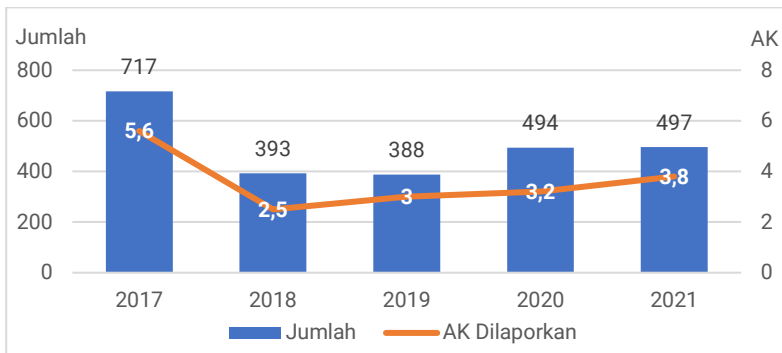
- Kriteria C (efektifitas intervensi)

Pelayanan kesehatan pada ibu hamil, bersalin dan nifas merupakan salah satu indikator SPM dan terdapat beberapa program dan kegiatan yang telah dilaksanakan beserta dukungan anggaran bersumber dari pusat dan daerah berpotensi untuk dioptimalkan.

5.3.2. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

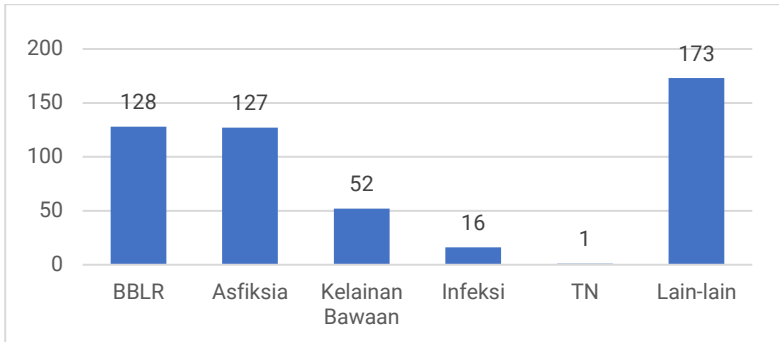
BBLR didefinisikan sebagai bayi dengan berat lahir kurang dari 2.500 gram. BBLR dapat disebabkan oleh kelahiran prematur (kelahiran sebelum usia gestasi 37 minggu) dengan berat badan

yang sesuai masa kehamilan, atau karena bayi yang beratnya kurang dari berat yang semestinya atau kecil masa kehamilan, atau keduanya (WHO, 2011). Saat ini BBLR menjadi penyebab utama kematian neonatus di Indonesia termasuk di Provinsi Riau. Berikut ini gambaran perkembangan kematian neonatus di Provinsi Riau dalam kurun waktu 5 tahun terakhir (2017-2021).



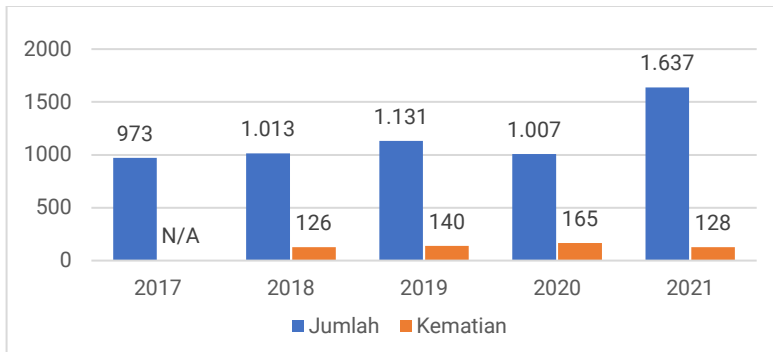
Gambar 26. Jumlah Kematian Neonatus dan Angka Kematian Neonatus yang Dilaporkan di Provinsi Riau Tahun 2017-2021

Perkembangan kematian neonatus di Provinsi Riau pada Gambar 26 menunjukkan bahwa pada tahun 2017 kematian neonatus relatif tinggi hingga mencapai 717 kasus. Tahun berikutnya terlihat penurunan kematian neonatus yang sangat signifikan hingga sebanyak 393 kasus. Namun pada tahun 2019 kematian neonatus kembali menunjukkan tren peningkatan yang signifikan hingga mencapai puncaknya pada tahun 2021 dengan jumlah kematian 497 kasus. Beberapa penyebab utama kematian neonatus di Provinsi Riau pada tahun 2021 dapat dilihat pada Gambar 26 berikut ini.



Gambar 27. Penyebab Kematian Neonatus di Provinsi Riau Tahun 2021

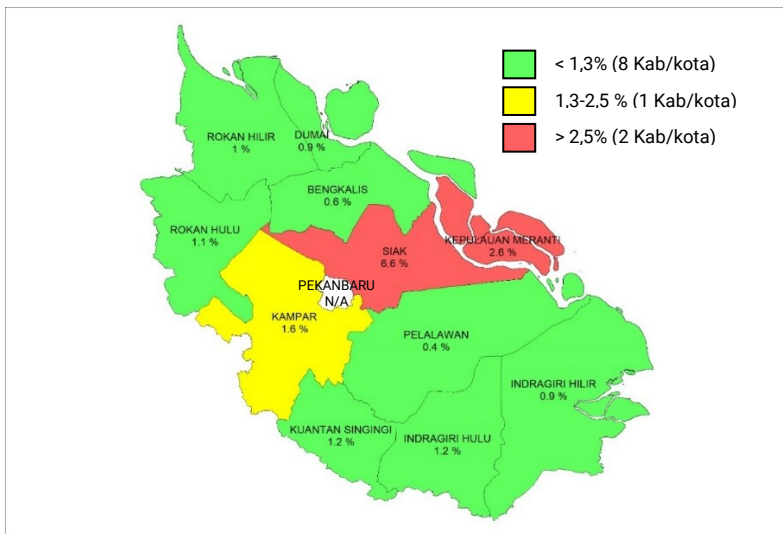
Berdasarkan Gambar 27 terlihat bahwa BBLR menjadi penyebab utama kematian neonatus di Provinsi Riau pada tahun 2021 dengan jumlah 128 kasus. Hasil penelusuran data 4 tahun terakhir, BBLR selalu menjadi penyebab utama kematian neonatus di Provinsi Riau. Tren perkembangan kasus BBLR di Provinsi Riau dalam 5 tahun terakhir dapat diketahui pada Gambar 27 berikut ini.



Gambar 28. Kasus dan Kematian BBLR Provinsi Riau Tahun 2017-2021

Gambar 28 menunjukkan perkembangan kasus dan kematian BBLR di Provinsi Riau tahun 2017-2021. Terlihat dalam 5

tahun terakhir jumlah kasus BBLR menunjukkan tren peningkatan yang sangat signifikan. Pada tahun 2017 jumlah kasus BBLR sebanyak 973 kasus dan terus mengalami peningkatan hingga mencapai 1.637 kasus pada tahun 2021. Sebaran kasus BBLR di Provinsi Riau pada tahun 2021 berdasarkan kabupaten/kota dapat dilihat pada Gambar 29 berikut ini.



Gambar 29. Distribusi Kasus BBLR di Provinsi Riau Tahun 2021 Berdasarkan Kabupaten/Kota

Untuk mendapatkan perbandingan yang setara dalam menggambarkan sebaran kasus BBLR di Provinsi Riau, maka data yang digunakan adalah persentase kasus BBLR berdasarkan jumlah kelahiran hidup. Berdasarkan gambar 29 dapat diketahui bahwa terdapat 2 kabupaten/kota dengan persentase kasus BBLR tinggi (diatas persentase nasional 2,3%) yaitu Kabupaten Siak

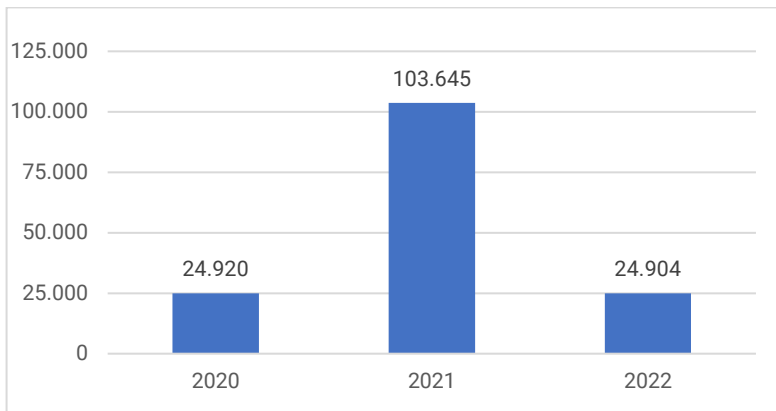
(6,6%) dan Kepulauan Meranti (2,6%), 1 kabupaten termasuk kategori sedang (diatas persentase Provinsi 1,3% namun dibawah persentase nasional) yaitu Kabupaten Kampar (1,6%), dan terdapat 8 kabupaten/kota dengan persentase kasus relatif rendah (dibawah persentase provinsi). Meskipun data yang tersedia dapat menggambarkan hampir secara menyeluruh kondisi di Riau, namun kondisi BBLR di Kota Pekanbaru belum dapat digambarkan karena tidak ada data di Profil Kesehatan Provinsi Riau tahun 2021.

Berdasarkan data dan fakta yang ada, maka BBLR merupakan salah satu permasalahan kesehatan di Provinsi Riau. Beberapa hal yang dapat menjadi pertimbangan dalam menentukan prioritas masalah (Metode Hanlon) terkait BBLR sebagai berikut:

- Kriteria A (ukuran/besar masalah)
Kasus ditemukan di seluruh wilayah Provinsi Riau dengan persentase yang bervariasi, biaya yang dikeluarkan untuk perawatan dan pengobatan BBLR relatif cukup besar sehingga dapat berdampak terhadap ekonomi keluarga.
- Kriteria B (keseriusan masalah)
Perkembangan kasus menunjukkan tren peningkatan khususnya dalam 5 tahun terakhir.
- Kriteria C (efektifitas intervensi)
Pelayanan kesehatan bayi baru lahir merupakan salah satu indikator SPM, terdapat program dan kegiatan yang telah dilaksanakan beserta dukungan anggaran bersumber dari pusat dan daerah berpotensi untuk lebih dioptimalkan.

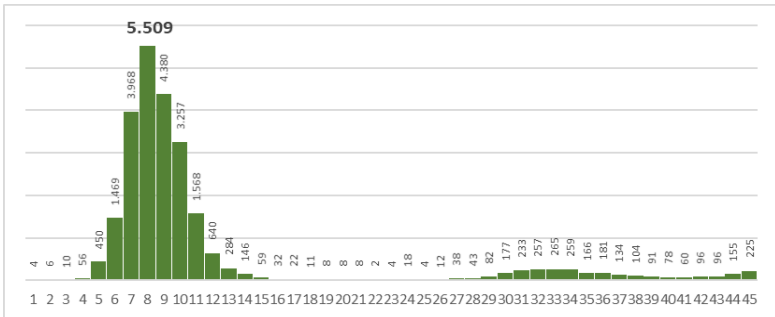
5.3.3. Penyakit COVID-19

Penyakit COVID-19 hingga saat ini masih merupakan permasalahan global dan nasional, termasuk juga di Provinsi Riau. Perkembangan kasus COVID-19 dalam 3 tahun terakhir sejak kasus awal ditemukan di Provinsi Riau dapat digambarkan pada Gambar 30 berikut ini.



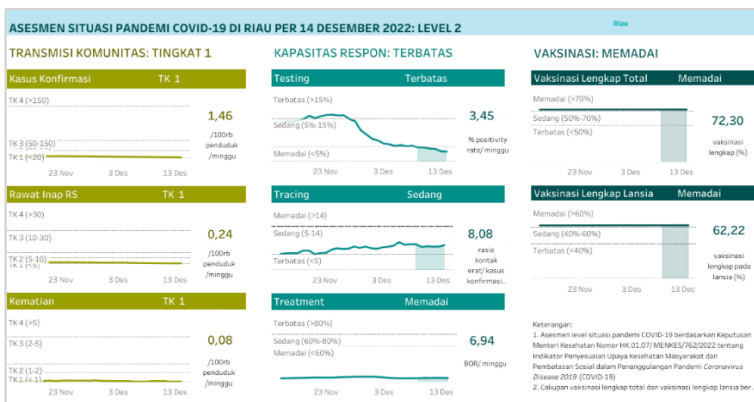
Gambar 30. Perkembangan Kasus COVID-19 di Provinsi Riau Tahun 2020-2022

Gambar 30 menunjukkan perkembangan kasus COVID-19 sejak kasus awal dilaporkan ada di Provinsi Riau. Pada tahun 2020 jumlah kasus COVID-19 dilaporkan sebanyak 24.920 kasus, mengalami peningkatan signifikan mencapai 4 kali lipatnya pada tahun 2021 dengan jumlah 103.645 kasus, hingga akhir November 2022 kasus kembali menurun menjadi 24.904 kasus. Perkembangan mingguan COVID-19 tahun 2022 dapat diketahui pada Gambar 31 di bawah ini.



Gambar 31. Perkembangan Kasus Mingguan COVID-19 Provinsi Riau Tahun 2022

Perkembangan kasus mingguan COVID-19 di Provinsi Riau (Gambar 31) mulai meningkat pada Minggu ke 5 sebanyak 450 kasus. Kasus terus meningkat hingga mencapai puncaknya pada Minggu Ke-8 sebanyak 5.509 kasus. Setelahnya tren kasus menurun tajam dan sedikit meningkat pada paruh kedua tahun 2022 namun jumlah kasus jauh di bawah periode puncak. Berikut hasil Assesmen situasi COVID-19 di riau per 14 desember 2022.



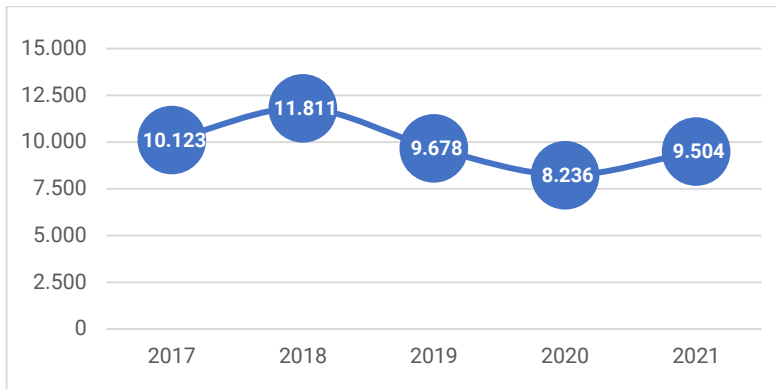
Gambar 32. Assesmen Situasi COVID-19 Riau Per 14 Desember 2022

Berdasarkan data dan fakta yang ada, maka penyakit COVID-19 menjadi salah satu permasalahan kesehatan di Provinsi Riau. Beberapa hal yang dapat menjadi pertimbangan dalam menentukan prioritas masalah penyakit COVID-19 sebagai berikut:

- Kriteria A (ukuran/besar masalah)
Status masih pandemi dan kasus tersebar di seluruh wilayah Provinsi Riau, biaya pengobatan dan perawatan penyakit COVID-19 relatif cukup besar sehingga dapat berdampak terhadap ekonomi.
- Kriteria B (keseriusan masalah)
Meskipun perkembangan kasus menunjukkan tren penurunan, namun kematian akibat penyakit COVID-19 terutama pada mereka yang memiliki komorbid relatif tinggi.
- Kriteria C (efektifitas intervensi)
Penanggulangan penyakit COVID-19 saat ini masih menjadi perhatian dan fokus nasional dan upaya-upaya penanggulangannya mendapat dukungan dari lintas program maupun lintas sektoral.

5.3.4. Penyakit Tuberkulosis (TBC)

Berdasarkan perkembangan jumlah kasus TBC dan persentase *treatment Coverage* TBC di Provinsi Riau Tahun 2021, maka penyakit TBC teridentifikasi menjadi salah satu permasalahan kesehatan di Provinsi Riau tahun 2022. Perkembangan jumlah kasus TBC di Provinsi Riau dalam 5 tahun terakhir (2017-2021) dapat dilihat pada Gambar 33 berikut ini.

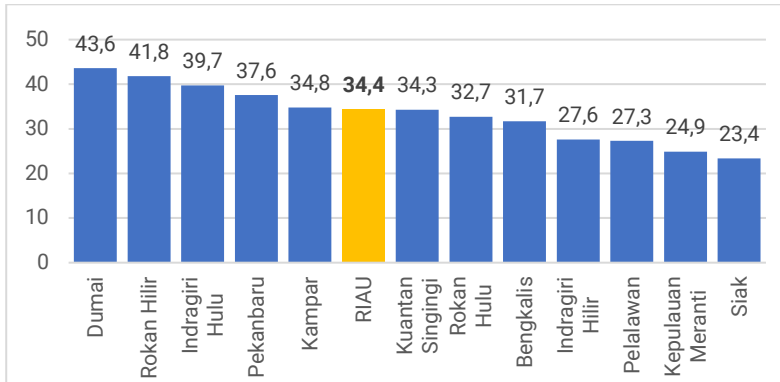


Gambar 33. Perkembangan Kasus TBC di Provinsi Riau Tahun 2017-2021

Gambar 33 menunjukkan bahwa perkembangan kasus TBC di Provinsi Riau dalam 5 tahun terakhir berfluktuasi dengan kasus tertinggi pada tahun 2018 sebanyak 11.811 kasus dan tertendah pada tahun 2020 dengan 8.236 kasus. Jumlah kasus TBC pada tahun 2021 dilaporkan sebanyak 9.504 kasus, mengalami peningkatan dibandingkan kasus tahun sebelumnya.

Selain jumlah kasus, masalah TBC juga dapat dinilai dari capaian indikator *treatment coverage* TBC. *Treatment Coverage* TBC adalah indikator yang menggambarkan persentase cakupan pasien TBC yang ditemukan dan mendapatkan pengobatan dari seluruh estimasi jumlah kasus TB pada tahun tertentu di suatu wilayah tertentu. Semakin tinggi cakupan, maka semakin banyak kasus TBC yang ditemukan dan diobati sehingga semakin sedikit populasi berisiko yang terancam penularan kasus TBC. Strategi penanggulangan TB nasional telah menetapkan target treatment

coverage TB pada tahun 2024 sebesar 90%. Berikut ini Gambaran *treatment coverage* TBC di Provinsi Riau pada tahun 2021.



Gambar 34. Persentase Treatment Coverage TBC di Provinsi Riau Tahun 2021 Menurut Kabupaten/Kota

Berdasarkan Gambar 34 dapat diketahui bahwa *Treatment Coverage* TBC di Provinsi Riau pada tahun 2021 hanya mencapai 34,4%, masih jauh di bawah target nasional (90%). Pada tahun 2021 belum ada kabupaten/kota di Provinsi Riau yang mencapai target nasional. Capaian tertinggi Kota Dumai sebesar 43,6%, sedangkan terendah Kabupaten Siak sebesar 23,4%.

Berdasarkan data dan fakta yang ada, maka penyakit TBC menjadi salah satu permasalahan kesehatan di Provinsi Riau. Beberapa hal yang dapat menjadi pertimbangan dalam menentukan prioritas masalah penyakit TBC sebagai berikut:

- Kriteria A (ukuran/besar masalah)

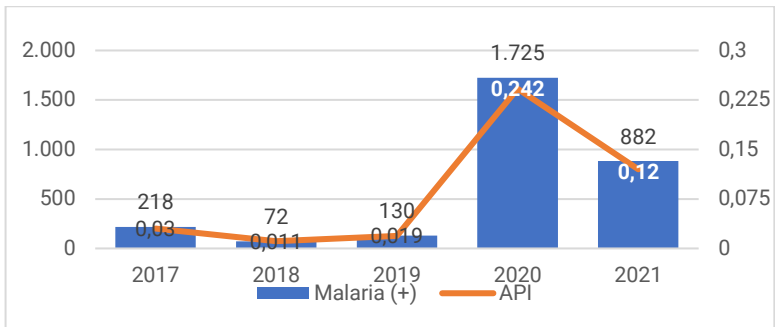
Kasus TBC tersebar di seluruh wilayah Riau dan persentase *treatment coverage* TBC Riau pada tahun 2021 (34,4%),

tergolong rendah sehingga masih banyak kasus yang belum terdeteksi dan diobati (*iceberg phenomenon*) dan meningkatkan populasi berisiko yang dapat tertular TBC di Provinsi Riau.

- Kriteria B (keseriusan masalah)
Perkembangan kasus TBC menunjukkan tren yang masih berfluktuasi, namun jumlah kasus TBC pada tahun 2021 (9.504 kasus) mengalami sedikit peningkatan dibandingkan jumlah kasus tahun sebelumnya (8.236 kasus).
- Kriteria C (efektifitas intervensi)
Pelayanan kesehatan pada orang terduga TBC merupakan salah satu indikator SPM dan sudah tersedia akun kegiatan tersendiri pada APBD kabupaten/kota sehingga potensi optimalisasi capaian program semakin besar.

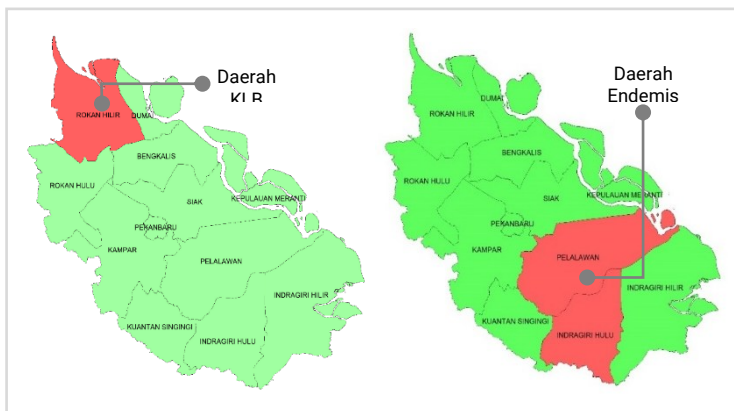
5.3.5. Penyakit Malaria

Malaria merupakan penyakit menular yang masih menjadi masalah kesehatan di beberapa wilayah Indonesia termasuk di Provinsi Riau. Kementerian Kesehatan telah menetapkan target Indonesia bebas Malaria pada tahun 2030 dan untuk mencapainya maka eliminasi malaria harus sudah dicapai di tingkat provinsi dan kabupaten/kota terlebih dahulu. Pada tahun 2021 masih terdapat daerah endemis (belum eliminasi) malaria di Provinsi Riau dan juga telah terjadi KLB Malaria di Provinsi Riau. Berikut ini gambaran penyakit malaria di Provinsi Riau.



Gambar 35. Perkembangan Kasus dan *Annual Parasite Incidence* (API) Malaria Di Provinsi Riau Tahun 2017-2021

Perkembangan kasus malaria di Provinsi Riau dalam 5 tahun terakhir berfluktuasi dengan kasus tertinggi pada tahun 2020 sebanyak 1.725 kasus. Meskipun terjadi penurunan kasus pada tahun 2021 berjumlah 882 kasus, namun terjadi KLB Malaria di tahun 2021. Gambaran daerah KLB dan daerah endemis malaria di Provinsi Riau dipaparkan pada Gambar 36 berikut ini.



Gambar 36. Daerah KLB dan Daerah Endemis (Belum Eliminasi) Malaria Di Provinsi Riau Tahun 2021

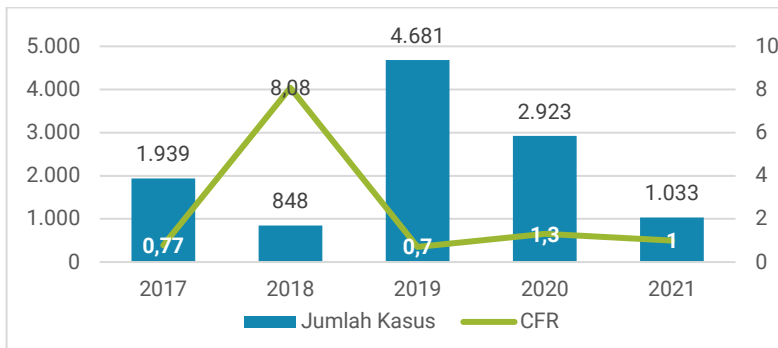
Berdasarkan Gambar 36 dapat diketahui bahwa KLB Malaria pada tahun 2021 terjadi di Kabupaten Rokan Hilir dan daerah endemis yang belum dinyatakan eliminasi malaria berada di 2 kabupaten yaitu Kabupaten Indragiri Hulu dan Kabupaten Pelalawan.

Berdasarkan data dan fakta yang ada, maka penyakit malaria menjadi salah satu permasalahan kesehatan di Provinsi Riau. Beberapa hal yang dapat menjadi pertimbangan dalam menentukan prioritas masalah penyakit malaria sebagai berikut:

- Kriteria A (ukuran/besar masalah)
Kasus malaria masih tersebar di seluruh kabupaten/kota di Provinsi Riau dan masih terdapat 2 kabupaten yang belum dinyatakan eliminasi malaria.
- Kriteria B (keseriusan masalah)
Meskipun tren kasus malaria pada tahun 2021 menunjukkan penurunan dibandingkan tahun sebelumnya, namun jumlah kasus malaria tahun 2021 masih relatif tinggi dan masih jauh diatas kasus minimum dalam 5 tahun terakhir, selain itu telah terjadi KLB malaria di wilayah Kabupaten Rokan Hilir pada tahun 2021.
- Kriteria C (efektifitas intervensi)
Untuk mencapai Indonesia bebas malaria, maka penyakit ini menjadi perhatian serius pemerintah sehingga potensi untuk optimalisasi capaian program semakin besar termasuk juga dalam dukungan anggaran.

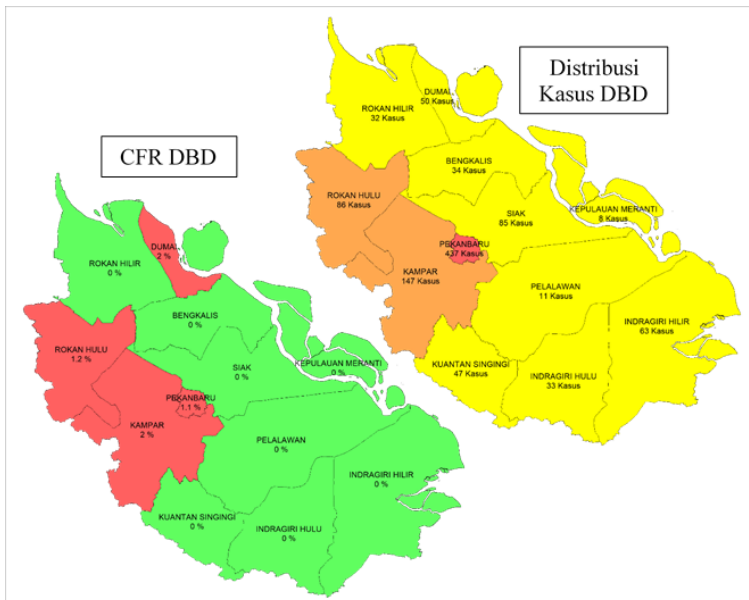
5.3.6. Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)

DBD merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh virus Dengue dan ditularkan melalui vektor nyamuk dari spesies *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus*. Kondisi iklim yang berada di daerah tropis mengakibatkan penyakit DBD saat ini masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia termasuk juga di Provinsi Riau. Berikut ini gambaran perkembangan kasus DBD di Provinsi Riau dalam 5 tahun terakhir.



Gambar 37. Perkembangan Jumlah Kasus dan Case Fatality Rate (CFR) DBD Di Provinsi Riau Tahun 2017-2021

Gambar 37 menunjukkan bahwa jumlah kasus dan CFR DBD di Provinsi Riau sangat berfluktuasi dalam 5 tahun terakhir. Meskipun jumlah kasus tahun 2021 menunjukkan tren penurunan dibandingkan tahun sebelumnya, namun CFR DBD sebesar 1% masih diatas ambang batas CFR dalam strategi penanggulangan DBD nasional yang ditetapkan maksimal sebesar 0,7%. Sebaran kasus DBD dan CFR DBD di Provinsi Riau digambarkan pada Gambar 38 berikut ini.



Gambar 38. Distribusi Kasus dan CFR DBD Di Provinsi Riau Tahun 2021

Distribusi kasus DBD seperti terlihat pada Gambar 38 tersebar di seluruh wilayah Riau, kasus terbanyak dilaporkan di Kota Pekanbaru sebanyak 437 kasus dan paling sedikit di Kepulauan Meranti sebanyak 8 kasus. Wilayah dengan CFR diatas batas maksimal (0,7%) yaitu Dumai (2%), Kampar (2%), Rokan Hulu (1,2%), dan Pekanbaru (1,1%).

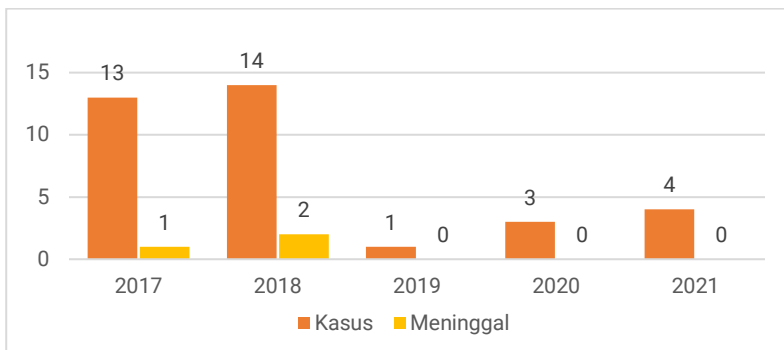
Dari data dan fakta yang ada, maka penyakit DBD menjadi salah satu masalah kesehatan di Provinsi Riau. Beberapa hal yang dapat menjadi pertimbangan dalam menentukan prioritas masalah penyakit DBD sebagai berikut:

- Kriteria A (ukuran/besar masalah)
Kasus DBD tersebar di seluruh kabupaten/kota di Riau.

- Kriteria B (keseriusan masalah)
CFR DBD di Provinsi Riau sebesar 1% masih diatas batas maksimal strategi nasional penanggulangan DBD (0,7%).
- Kriteria C (efektifitas intervensi)
DBD merupakan salah satu penyakit yang termasuk Program Penanggulangan Penyakit Menular sehingga berpotensi untuk dioptimalkan capaiannya.

5.3.7. Penyakit Difteri

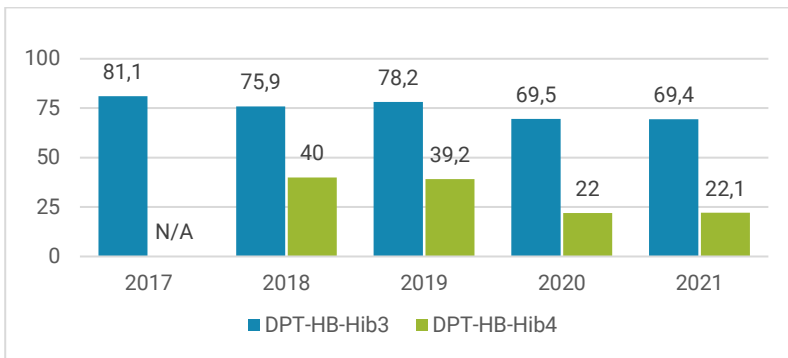
Penyakit difteri saat ini masih menjadi permasalahan kesehatan di Indonesia yang terbukti dengan ditemukannya kasus difteri di beberapa wilayah bahkan diantaranya telah menjadi KLB. Demikian halnya di Provinsi Riau, dalam 5 tahun terakhir kasus difteri masih ditemukan di beberapa wilayah kabupaten/kota. Berikut gambaran situasi penyakit difteri di Provinsi Riau.



Gambar 39. Perkembangan Kasus Difteri di Riau Tahun 2017-2021

Perkembangan kasus difteri di Provinsi Riau dalam 5 tahun terakhir (Gambar 39) menunjukkan tren berfluktuasi. Pada

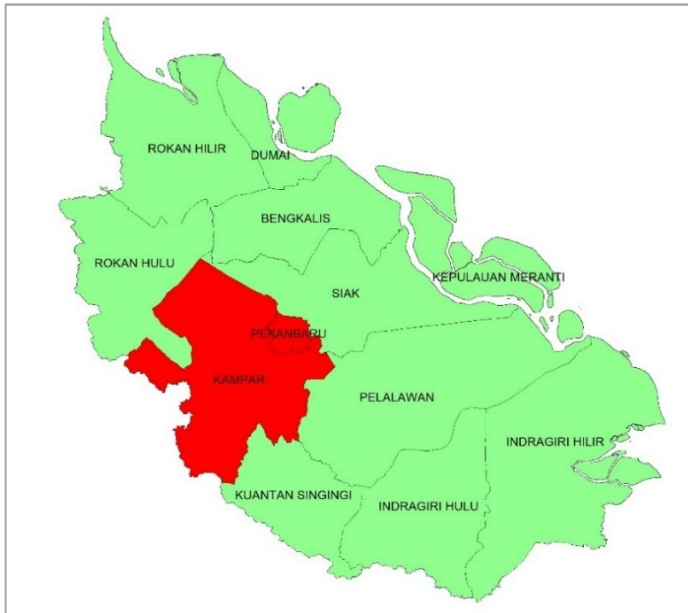
tahun 2017 kasus difteri dilaporkan sebanyak 13 kasus dengan 1 kematian dan meningkat menjadi 14 kasus dengan 2 kematian pada tahun 2018. Kasus difteri menurun drastis menjadi 1 kasus di tahun 2019 dan kembali meningkat menjadi 4 kasus pada tahun 2021. Pengendalian penyakit difteri erat kaitannya dengan keberhasilan program imunisasi yang tercermin dari capaian cakupan imunisasi. Berikut gambaran cakupan imunisasi difteri (DPT-HB-Hib) di Provinsi Riau dalam 5 tahun terakhir.



Gambar 40. Cakupan Imunisasi DPT-HB-Hib3 dan DPT-HB-Hib4 Di Provinsi Riau Tahun 2017-2021

Cakupan imunisasi DPT-HB-Hib di Provinsi Riau sebagaimana terlihat pada Gambar 40 menunjukkan tren menurun dalam 5 tahun terakhir. Pada tahun 2017 cakupan imunisasi DPT-HB-Hib3 mencapai 81,1%, menurun hingga mencapai 69,4% pada tahun 2021. Demikian halnya dengan cakupan imunisasi DPT-HB-Hib4, menurun dari 40% pada tahun 2018 menjadi 22,1% pada tahun 2021. Capaian tersebut masih jauh dibawah target Kemenkes RI yang menetapkan cakupan minimal 92%. Kondisi ini

meningkatkan jumlah populasi berisiko yang dapat tertular difteri di masyarakat. Kondisi ini diperberat lagi dengan terjadinya KLB difteri di Provinsi Riau pada tahun 2021. Berikut ini gambaran daerah KLB difteri di Provinsi Riau pada tahun 2021.



Gambar 41. Daerah KLB Difteri di Provinsi Riau Tahun 2021

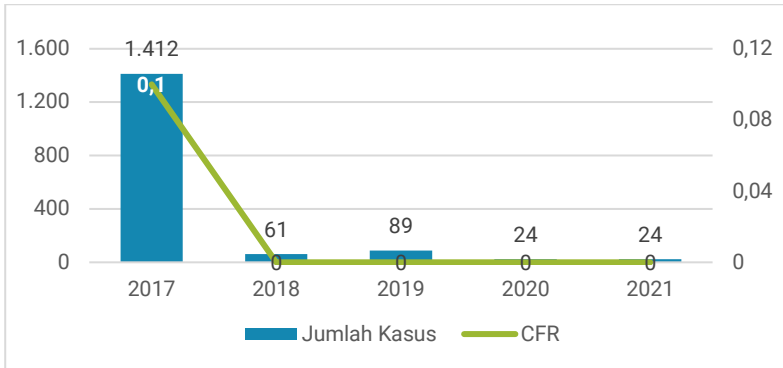
Berdasarkan Gambar 41 dapat terlihat bahwa KLB difteri yang terjadi di Riau pada tahun 2021 berada pada daerah yang berdekatan dan berbatasan langsung yaitu Kabupaten Kampar (3 kasus) dan Kota Pekanbaru (1 kasus). Daerah KLB ini merupakan daerah dengan populasi besar dan padat sehingga meningkatkan jumlah populasi berisiko tertular difteri di daerah tersebut.

Dari data dan fakta yang ada, maka penyakit difteri menjadi salah satu masalah kesehatan di Provinsi Riau. Beberapa hal yang dapat menjadi pertimbangan dalam menentukan prioritas masalah terkait penyakit difteri sebagai berikut:

- Kriteria A (ukuran/besar masalah)
Meskipun sebaran kasus terbatas, namun cakupan imunisasi yang rendah dan terjadinya KLB menyebabkan populasi berisiko semakin besar dan terdistribusi di seluruh kabupaten/kota di Provinsi Riau.
- Kriteria B (keseriusan masalah)
Penyakit difteri sangat menular dengan tingkat kematian relatif tinggi, kombinasi rendahnya cakupan imunisasi dan KLB yang terjadi menyebabkan terjadinya potensi ledakan kasus di masa akan datang.
- Kriteria C (efektifitas intervensi)
Terdapat program imunisasi dan Surveilans PD3I yang dapat dioptimalkan untuk mengatasi masalah penyakit ini.

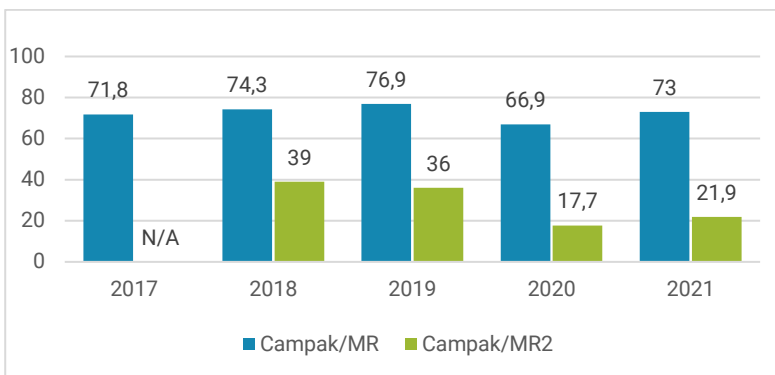
5.3.8. Penyakit Campak

Penyakit campak merupakan penyakit sangat menular dan menjadi penyebab penting kematian anak-anak di seluruh dunia. Pengendalian penyakit campak sangat ditentukan keberhasilan program imunisasi. Penyakit campak saat ini masih menjadi masalah kesehatan di Provinsi Riau. Berikut gambaran penyakit campak di Provinsi Riau tahun 2017-2021.



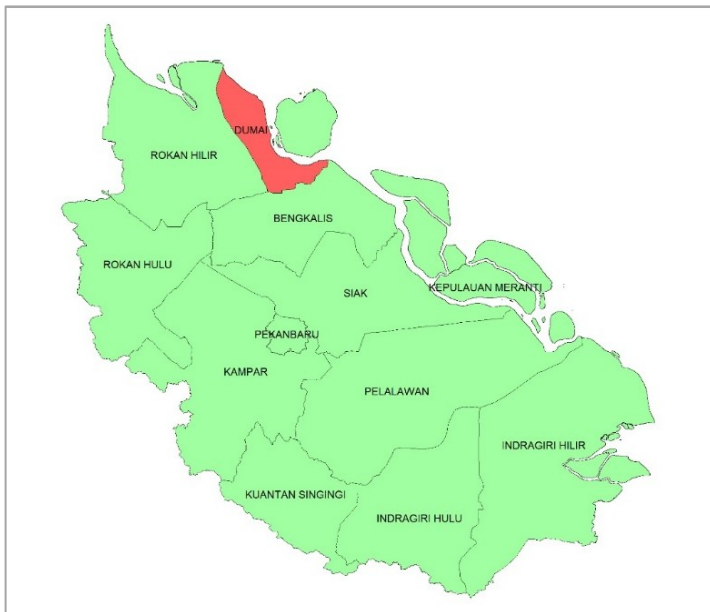
Gambar 42. Perkembangan Kasus Campak di Provinsi Riau Tahun 2017-2021

Dalam 5 tahun terakhir kasus campak di Provinsi Riau seperti terlihat pada Gambar 42 menunjukkan tren penurunan dari 1.412 kasus dengan CFR 0,1% pada tahun 2017 menjadi 24 kasus tanpa kematian pada tahun 2021. Meskipun tren kasus menurun, namun cakupan imunisasi campak masih relatif rendah. Berikut gambaran cakupan imunisasi campak di Riau tahun 2017-2021.



Gambar 43. Cakupan Imunisasi Campak dan MR di Provinsi Riau Tahun 2017-2021

Cakupan imunisasi campak/MR di Provinsi Riau (Gambar 43) berfluktuasi dalam 5 tahun terakhir namun belum mencapai target yang ditetapkan Kemenkes minimal 92%. Cakupan imunisasi Campak/MR tertinggi hanya 76,9% dan Campak/MR2 39%. Kondisi ini mengakibatkan kekebalan kelompok (*herd immunity*) menjadi rendah sehingga meningkatkan populasi berisiko yang dapat tertular penyakit campak di masyarakat. Kondisi ini diperberat lagi dengan terjadinya KLB campak di Kota Dumai pada tahun 2022 seperti tergambar berikut ini.



Gambar 44. Daerah KLB Campak di Provinsi Riau Tahun 2021

Kombinasi cakupan imunisasi campak yang rendah dan terjadinya KLB campak dengan jumlah kasus yang signifikan

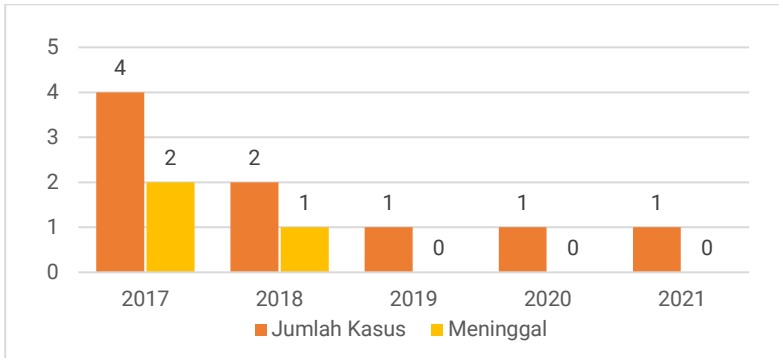
merupakan situasi yang sangat mengkhawatirkan karena dapat berpotensi terjadi ledakan kasus campak di kemudian hari.

Berdasarkan data dan fakta yang ada, maka penyakit campak menjadi salah satu masalah kesehatan di Provinsi Riau. Beberapa hal dapat menjadi pertimbangan dalam menentukan prioritas masalah penyakit campak sebagai berikut:

- Kriteria A (ukuran/besar masalah)
Kasus campak dilaporkan di hampir seluruh kabupaten/kota di Riau dan cakupan imunisasi yang rendah mengakibatkan populasi berisiko tertular campak menjadi semakin besar.
- Kriteria B (keseriusan masalah)
Penyakit campak sangat menular dengan tingkat kematian relatif tinggi khususnya pada anak, kombinasi rendahnya cakupan imunisasi dan kasus yang tersebar menyebabkan terjadinya potensi ledakan kasus di masa akan datang.
- Kriteria C (efektifitas intervensi)
Terdapat program imunisasi dan Surveilans PD3I yang dapat dioptimalkan untuk mengatasi masalah penyakit ini.

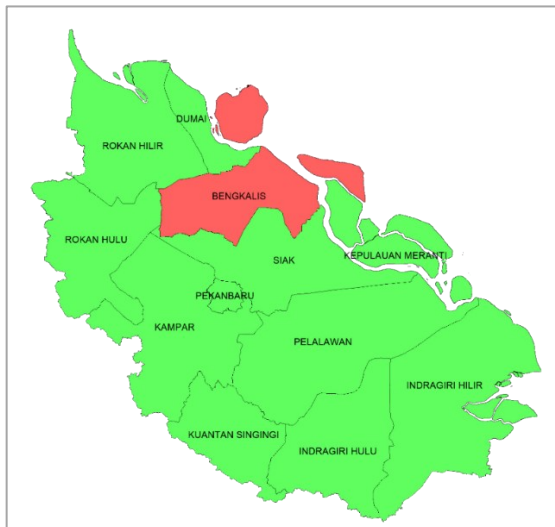
5.3.9. Tetanus Neonatorum (TN)

Tetanus neonatorum merupakan penyakit tetanus yang menyerang bayi baru lahir yang masuk melalui luka akibat pemotongan tali pusat dengan alat tidak steril. Dalam 5 tahun terakhir kasus TN masih ditemukan di Provinsi Riau seperti tergambar berikut ini.



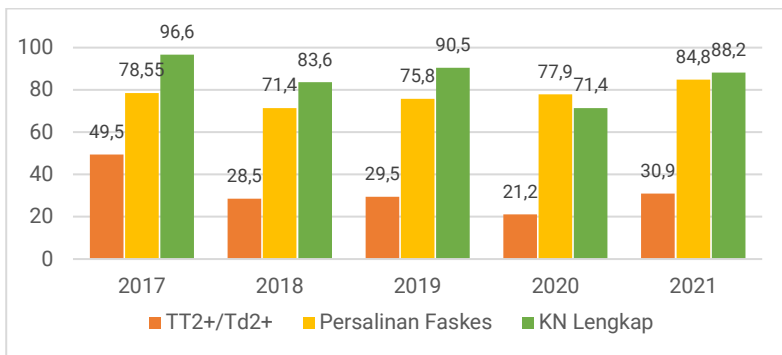
Gambar 45. Perkembangan Kasus TN di Riau Tahun 2017-2021

Perkembangan kasus TN di Provinsi Riau seperti terlihat pada Gambar 45 meskipun menunjukkan tren penurunan, namun hingga tahun 2021 kasus masih ditemukan. Kondisi ini mengindikasikan bahwa TN masih menjadi masalah kesehatan di Provinsi Riau. Berikut ini gambaran distribusi kasus TN di Riau.



Gambar 46. Distribusi Kasus TN di Provinsi Riau Tahun 2021

Gambar 46 menunjukkan bahwa kasus TN terjadi di wilayah Kabupaten Bengkalis dengan jumlah 1 kasus. Meskipun kasus TN dilaporkan pada wilayah terbatas, namun beberapa determinan terjadinya TN belum mencapai hasil yang optimal. Kondisi ini meningkatkan jumlah populasi berisiko khususnya ibu hamil yang berpotensi meningkatkan kasus TN di masa akan datang. Determinan TN adalah status imunisasi TT ibu hamil, persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan, dan kunjungan neonatus. Berikut ini cakupan beberapa faktor risiko TN di Provinsi Riau dalam 5 tahun terakhir.



Gambar 47. Cakupan Status TT/Td2+, Persalinan di Fasilitas Kesehatan, Kunjungan Neonatus (KN) Lengkap di Provinsi Riau Tahun 2017-2021

Berdasarkan Gambar 47 dapat diketahui bahwa capaian determinan TN di Provinsi Riau dalam 5 tahun terakhir sangat berfluktuasi. Pada aspek status imunisasi TT/Td2+ ibu hamil, pada tahun 2017 cakupannya mencapai 49,5%, terus menurun menjadi 21,2% pada tahun 2020, dan sedikit meningkat menjadi 30,9% pada tahun 2021. Cakupan ini masih jauh dari yang diharapkan sehingga

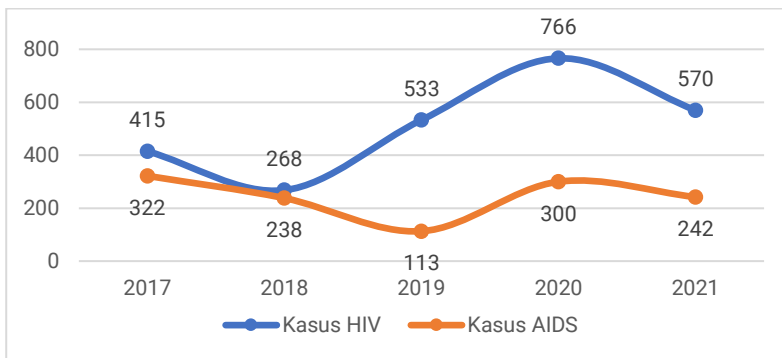
masih banyak ibu hamil yang belum memiliki kekebalan yang cukup untuk melindungi bayinya dari TN. Persalinan di fasilitas kesehatan juga berfluktuasi dengan cakupan tertinggi hanya mencapai 84,8% pada tahun 2021. Capaian ini masih jauh di bawah target RPJMN (91%), artinya masih banyak persalinan ibu dilakukan di luar fasilitas kesehatan sehingga berisiko terjadinya kasus TN. Aspek pelayanan kunjungan neonatal (KN) lengkap capaiannya juga berfluktuasi dengan cakupan tertinggi pada tahun 2021 mencapai 88,2%, capaian ini masih di bawah target RPJMN (95%). Kondisi ini mengindikasikan bahwa masih banyak neonatus yang belum mendapatkan pelayanan sesuai standar khususnya dalam perawatan tali pusat untuk mencegah terjadinya TN.

Dari data dan fakta yang ada, maka TN menjadi salah satu masalah kesehatan di Provinsi Riau. Beberapa hal yang dapat menjadi pertimbangan dalam menentukan prioritas masalah terkait TN sebagai berikut:

- Kriteria A (ukuran/besar masalah)
Penyebaran kasus terbatas namun faktor risiko TN meningkat dan tersebar di seluruh wilayah di Riau.
- Kriteria B (keseriusan masalah)
TN merupakan salah satu penyakit dengan CFR sangat tinggi.
- Kriteria C (efektifitas intervensi)
Pelayanan kesehatan pada ibu hamil dan pada bayi baru lahir merupakan target SPM bidang kesehatan sehingga berbagai program terkait neonatus dan ibu hamil dapat dioptimalkan untuk mengatasi masalah TN.

5.3.10. Penyakit HIV/AIDS

Hingga saat ini HIV/AIDS ditetapkan sebagai epidemi oleh WHO dan menjadi permasalahan kesehatan masyarakat global termasuk di Indonesia. Meskipun program pengendalian HIV/AIDS telah dilaksanakan sejak beberapa dekade yang lalu, namun hingga saat ini kasus baru HIV/AIDS masih terus terjadi termasuk juga di Provinsi Riau. Pada tahun 2021 kasus HIV/AIDS di Provinsi Riau sebanyak 570 kasus, sebagian besar pada laki-laki berjumlah 454 kasus (79,6%) dan perempuan 116 kasus (20,4%). Perkembangan kasus HIV/AIDS di Provinsi Riau dalam 5 tahun terakhir dapat terlihat pada Gambar 48 berikut ini.



Gambar 48. Tren Perkembangan Kasus HIV/AIDS di Provinsi Riau Tahun 2017-2021

Perkembangan kasus HIV/AIDS di Provinsi Riau dalam 5 tahun terakhir seperti terlihat pada Gambar 48 menunjukkan tren berfluktuasi. Hal ini mengindikasikan bahwa setiap tahunnya masih ditemukan kasus baru HIV/AIDS di Provinsi Riau. Kondisi ini menjadi ancaman serius bagi masyarakat karena banyak populasi

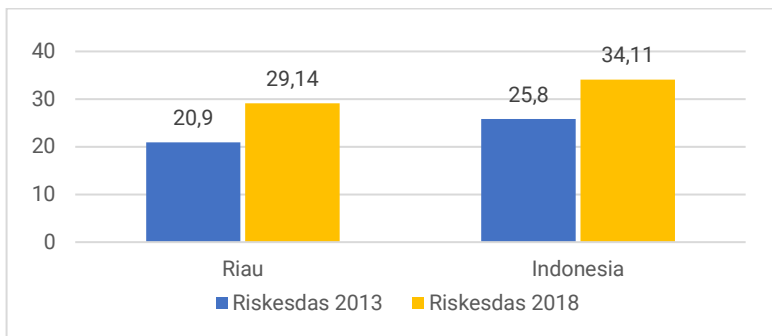
berisiko di masyarakat yang berpotensi tertular penyakit ini. Menurut data Profil Kesehatan Provinsi Riau tahun 2021, hanya 21,2% (59.128) orang dengan risiko terinfeksi HIV yang telah mendapatkan pelayanan deteksi dini HIV sesuai standar dan sisanya 79,8% (219.846 orang) belum mendapatkan pelayanan deteksi dini HIV sesuai standar. Selain itu, cakupan pengobatan ARV bagi ODHA hanya mencapai 25%, masih jauh dibawah target RPJMN dan Indikator Kinerja Utama (IKU) Dinas Kesehatan yang ditetapkan sebesar 45%.

Berdasarkan data tersebut maka penyakit HIV/AIDS diidentifikasi sebagai salah satu masalah kesehatan di Provinsi Riau. Beberapa hal yang dapat menjadi pertimbangan dalam menentukan prioritas masalah terkait penyakit HIV/AIDS sebagai berikut:

- Kriteria A (ukuran/besar masalah)
Kasus tersebar di seluruh Provinsi Riau, populasi berisiko tertular HIV/AIDS tinggi dan merupakan fenomena gunung es.
- Kriteria B (keseriusan masalah)
Kematian dan risiko penularan penyakit HIV/AIDS sangat tinggi.
- Kriteria C (efektifitas intervensi)
Pelayanan kesehatan pada ODHA merupakan salah satu indikator SPM dan sudah tersedia akun kegiatan tersendiri pada APBD kabupaten/kota sehingga potensi optimalisasi capaian program semakin besar.

5.3.11. Penyakit Hipertensi

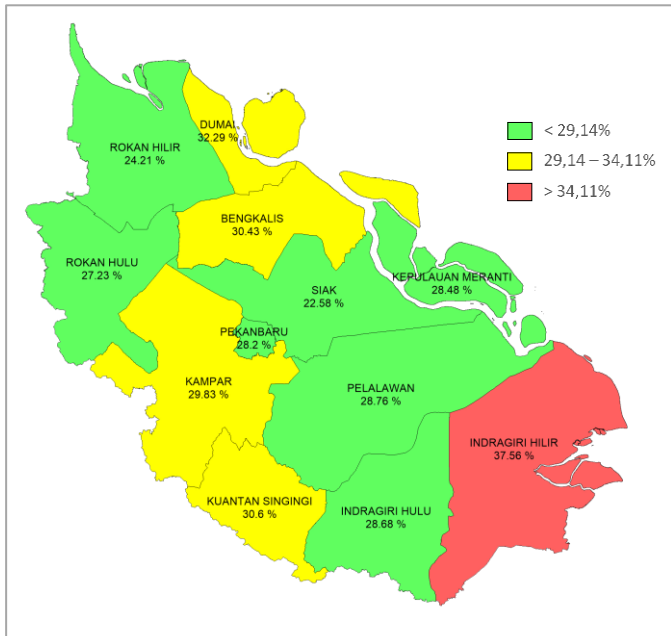
Hipertensi merupakan salah satu PTM dengan prevalensi sangat tinggi dan cenderung mengalami peningkatan dari waktu ke waktu. Pada negara berkembang seperti Indonesia, peningkatan prevalensi PTM termasuk hipertensi mengakibatkan beban ganda penyakit. Menurut Riskesdas tahun 2018 Prevalensi hipertensi di Indonesia mencapai 34,11%, meningkat bermakna dibandingkan Riskesdas tahun 2013 sebesar 25,8%. Hasil Riskesdas juga menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi di Provinsi Riau mengalami tren peningkatan. Berikut gambaran perkembangan prevalensi hipertensi di Provinsi Riau.



Gambar 49. Prevalensi Hipertensi di Provinsi Riau dan Indonesia

Perkembangan prevalensi hipertensi di Provinsi Riau seperti terlihat pada Gambar 49 menunjukkan tren peningkatan yang signifikan. Pada tahun 2013 prevalensi hipertensi di Provinsi Riau 20,9%, meningkat menjadi 29,14% pada tahun 2018. Bahkan berdasarkan data SIPTM deteksi dini hipertensi tahun 2022, prevalensi hipertensi di Provinsi Riau mencapai 31,7%. Kondisi ini mengakibatkan semakin banyak populasi berisiko mengalami

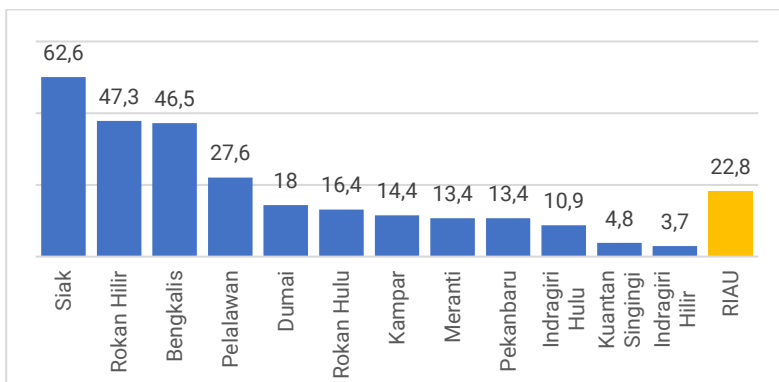
permasalahan kesehatan akibat hipertensi dan komplikasinya. Berikut gambaran distribusi hipertensi di Propinsi Riau.



Gambar 50. Prevalensi Hipertensi pada Kabupaten/Kota di Riau

Prevalensi hipertensi pada kabupaten/kota di Provinsi Riau (Gambar 50) menunjukkan sebaran yang bervariasi. Terdapat 1 Kabupaten dengan prevalensi hipertensi diatas prevalensi nasional yaitu Kabupaten Indragiri Hilir (37,56%). Terdapat juga 4 kabupaten/kota dengan prevalensi diatas rata-rata provinsi yaitu Kota Dumai (32,29%), Kabupaten Kuantan Singingi (30,6%), Kabupaten Bengkalis (30,43%), dan Kabupaten Kampar (29,83%).

Pelayanan kesehatan pada penderita hipertensi merupakan salah satu indikator SPM bidang kesehatan yang menargetkan semua penderita hipertensi mendapat pelayanan kesehatan sesuai standar. Cakupan pelayanan kesehatan pada penderita hipertensi di Provinsi Riau tahun 2021 hanya mencapai 22,8%. Berikut gambaran cakupan pelayanan kesehatan bagi penderita hipertensi di Provinsi Riau tahun 2021.



Gambar 51. Cakupan Pelayanan Kesehatan Penderita Hipertensi di Provinsi Riau Tahun 2021

Cakupan pelayanan kesehatan penderita hipertensi di Provinsi Riau sebagaimana terlihat pada Gambar 51 masih sangat rendah dengan persentase hanya mencapai 22,8%. Cakupan tertinggi di Kabupaten Siak sebesar 62,2% dan terendah di Kabupaten Indragiri Hilir sebesar 3,7%. Hal ini mengindikasikan bahwa masih banyak penderita hipertensi di Propinsi Riau yang belum terdeteksi dan belum mendapatkan pelayanan kesehatan hipertensi sesuai standar.

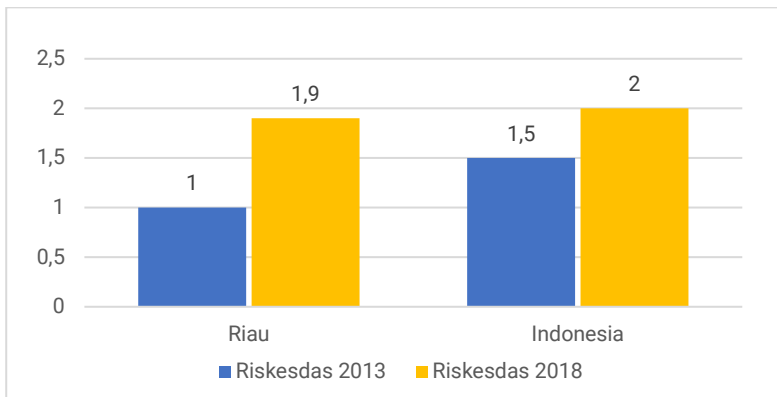
Dari data dan fakta yang ada, maka hipertensi menjadi salah satu masalah kesehatan di Provinsi Riau. Beberapa hal yang dapat menjadi pertimbangan dalam menentukan prioritas masalah terkait hipertensi sebagai berikut:

- Kriteria A (ukuran/besar masalah)
Penderita hipertensi tersebar di seluruh Propinsi Riau dengan prevalensi yang bervariasi.
- Kriteria B (keseriusan masalah)
Prevalensi hipertensi menunjukkan tren peningkatan, selain itu hipertensi merupakan faktor risiko utama beberapa PTM (seperti stroke, penyakit jantung, dan sebagainya) dengan komplikasi yang sangat fatal.
- Kriteria C (efektifitas intervensi)
Pelayanan kesehatan pada penderita hipertensi merupakan target SPM bidang kesehatan dan sudah tersedia akun kegiatan tersendiri untuk pengendalian hipertensi pada APBD kabupaten/kota sehingga program pengendalian hipertensi di masyarakat dapat dioptimalkan melalui dukungan anggaran.

5.3.12. Penyakit Diabetes Melitus (DM)

Penyakit Diabetes mengarah pada sekelompok penyakit yang ditandai dengan berbagai kelainan metabolisme termasuk metabolisme glukosa yang abnormal. Sedikitnya 1 dari 10 orang di dunia saat ini menderita diabetes terutama pada negara berkembang termasuk Indonesia. Prevalensi diabetes di Indonesia saat ini mengalami peningkatan yang signifikan. Hasil Riskesdas

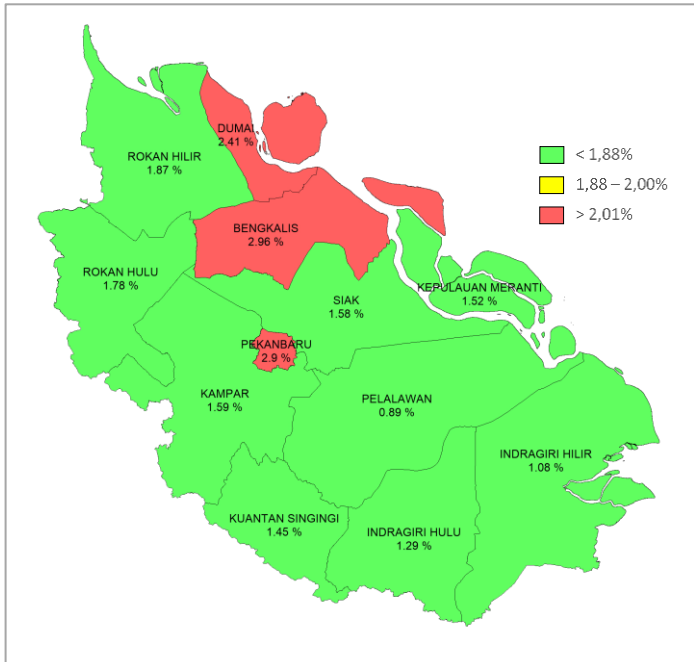
menunjukkan bahwa pada tahun 2013 prevalensi diabetes di Indonesia sebesar 1,5% dari penduduk usia >15 tahun, meningkat menjadi 2% pada tahun 2018. Kondisi sama juga terjadi di Provinsi Riau yang menunjukkan tren peningkatan. Berikut ini gambaran perkembangan prevalensi diabetes di Provinsi Riau.



Gambar 52. Prevalensi Diabetes di Provinsi Riau dan Indonesia Tahun 2013 dan 2018

Prevalensi diabetes di Provinsi Riau seperti terlihat pada Gambar 52 mengalami peningkatan yang sangat signifikan dari 1% pada tahun 2013 menjadi 1,9% pada tahun 2018. Laju peningkatan prevalensi diabetes di Provinsi Riau ini mencapai 0,9%, atau hampir dua kali lipat dibandingkan laju peningkatan secara nasional sebesar 0,5%. Bahkan berdasarkan data SIPTM deteksi dini diabetes tahun 2022, prevalensi hipertensi di Provinsi Riau mencapai 2,86%. Meningkatnya prevalensi diabetes ini menjadi masalah kesehatan di Provinsi Riau karena semakin banyak populasi berisiko mengalami permasalahan kesehatan akibat

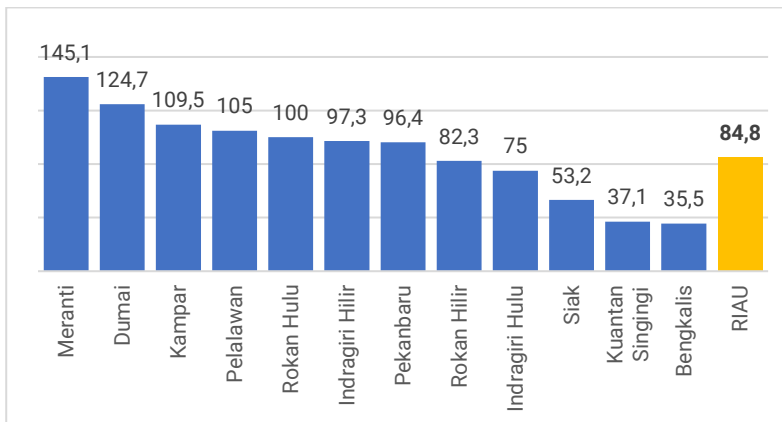
diabetes dan komplikasinya. Berikut ini gambaran prevalensi diabetes di kabupaten/kota dalam wilayah Provinsi Riau.



Gambar 53. Prevalensi Diabetes pada Kabupaten/Kota di Provinsi Riau

Prevalensi diabetes pada kabupaten/kota di Provinsi Riau yang terlihat pada Gambar 53 menunjukkan sebaran yang bervariasi. Terdapat 3 Kabupaten dengan prevalensi diabetes diatas prevalensi nasional yaitu Kota Pekanbaru (2,9%), Kabupaten Bengkalis (2,95%), dan Kota Dumai 2,41%. Berdasarkan data tersebut terlihat bahwa prevalensi diabetes lebih tinggi ditemukan di daerah perkotaan.

Pelayanan kesehatan pada penderita diabetes merupakan salah satu indikator SPM bidang kesehatan yang menargetkan semua penderita diabetes diberikan pelayanan kesehatan sesuai standar. Pada tahun 2021 cakupan pelayanan kesehatan pada penderita diabetes di Provinsi Riau mencapai 84,8%, meskipun relatif tinggi namun masih belum optimal. Berikut gambaran cakupan pelayanan kesehatan bagi penderita diabetes di Provinsi Riau tahun 2021.



Gambar 54. Cakupan Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes di Provinsi Riau Tahun 2021

Pada Gambar 54 terlihat bahwa cakupan pelayanan kesehatan penderita diabetes di Provinsi Riau sangat bervariasi dengan cakupan rata-rata Provinsi mencapai 84,8%. Cakupan tertinggi di Kabupaten Meranti mencapai 145,1% dan terendah di Kabupaten Bengkalis hanya sebesar 35,5%. Fakta ini mengindikasikan bahwa masih terdapat penderita diabetes di

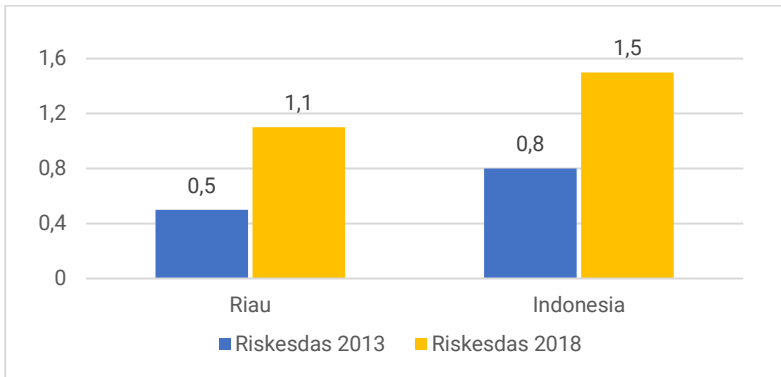
Propinsi Riau yang belum terdeteksi dan belum mendapatkan pelayanan kesehatan diabetes sesuai standar. Kondisi ini meningkatkan risiko pada penderita diabetes yang belum terdeteksi untuk mengalami kondisi diabetes yang lebih berat dengan komplikasi yang fatal.

Dari data dan fakta yang ada, maka diabetes menjadi salah satu masalah kesehatan di Provinsi Riau. Beberapa hal yang dapat menjadi pertimbangan dalam menentukan prioritas masalah terkait diabetes sebagai berikut:

- Kriteria A (ukuran/besar masalah)
Penderita diabetes tersebar di seluruh Propinsi Riau dengan prevalensi yang bervariasi. Selain itu diabetes merupakan salah satu penyakit yang membutuhkan biaya pengobatan yang tinggi dan komplikasinya dapat menimbulkan kecacatan dan mempengaruhi produktifitas sehingga dampak ekonominya menjadi lebih besar (DALYs meningkat).
- Kriteria B (keseriusan masalah)
Prevalensi diabetes menunjukkan tren peningkatan, selain itu komplikasi diabetes dapat menimbulkan kecacatan bahkan sampai pada kematian.
- Kriteria C (efektifitas intervensi)
Pelayanan kesehatan pada penderita diabetes merupakan target SPM bidang kesehatan dan sudah tersedia akun kegiatan tersendiri untuk pengendalian diabetes pada APBD kabupaten/kota sehingga program pengendalian diabetes di masyarakat dapat dioptimalkan melalui dukungan anggaran.

5.3.13. Penyakit Jantung

Penyakit jantung tergolong penyakit katastrofik yang menghabiskan banyak biaya untuk pengobatan dan perawatannya sehingga selain menjadi masalah kesehatan juga menjadi beban ekonomi yang cukup besar terutama pada negara berkembang seperti Indonesia. Prevalensi penyakit jantung di Indonesia saat ini menunjukkan tren peningkatan. Menurut hasil Riskesdas, prevalensi penyakit jantung di Indonesia meningkat dari 0,8% pada tahun 2013 menjadi 1,5% pada tahun 2018. Kondisi yang sama juga terjadi di Provinsi Riau yang mengalami tren peningkatan penyakit jantung. Berikut ini gambaran perkembangan prevalensi penyakit jantung di Provinsi Riau.



Gambar 55. Prevalensi Penyakit Jantung di Provinsi Riau dan Indonesia Tahun 2013 dan 2018

Prevalensi penyakit jantung di Provinsi Riau seperti digambarkan pada Gambar 55 menunjukkan tren peningkatan yang signifikan dari 0,5% pada tahun 2013 menjadi 1,1% pada

tahun 2018. Meningkatnya prevalensi penyakit jantung ini menjadi masalah dan beban kesehatan di Provinsi Riau karena semakin banyak populasi yang berisiko mengalami permasalahan kesehatan akibat penyakit jantung dan dampak ekonominya. Menurut Laporan Tahunan RS Arifin Achmad Pekanbaru sebagai rumah sakit rujukan di Provinsi Riau, jumlah kunjungan pasien jantung tahun 2021 sebanyak 11.781 kasus, sedikit meningkat dibandingkan kunjungan tahun 2020 sebanyak 11.780 kasus. Penyakit jantung khususnya *Atherosclerotic heart disease* menjadi penyakit terbanyak ke-4 di Poliklinik Rawat Jalan dengan jumlah 2.211 kasus. Selain itu *congestive heart failure* (CHF) menjadi penyebab kematian terbanyak ke-9 di instalasi gawat darurat.

Berdasarkan data dan fakta yang ada, maka penyakit jantung menjadi salah satu masalah kesehatan di Provinsi Riau. Beberapa hal yang dapat menjadi pertimbangan dalam menentukan prioritas masalah terkait penyakit jantung sebagai berikut:

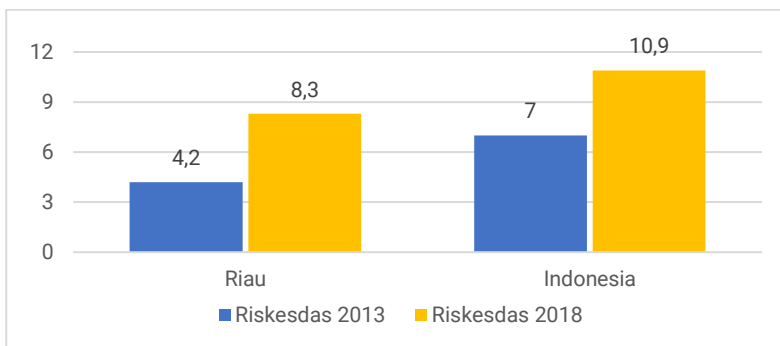
- Kriteria A (ukuran/besar masalah)
Penderita penyakit jantung tersebar di seluruh Propinsi Riau, selain itu penyakit jantung merupakan penyakit katastrofik yang menghabiskan biaya besar untuk pengobatannya dan menurunkan produktifitas penderitanya (DALYs meningkat) sehingga dampak ekonominya sangat besar.
- Kriteria B (keseriusan masalah)
Prevalensi penyakit jantung menunjukkan tren peningkatan dan kematian disebabkan penyakit jantung sangat tinggi.

- Kriteria C (efektifitas intervensi)

Belum tersedia program dan kegiatan khusus untuk pengendalian penyakit jantung di masyarakat, kegiatan yang ada masih terintegrasi dengan program pengendalian PTM.

5.3.14. Penyakit Stroke

Stroke merupakan suatu kondisi ketika pasokan darah ke otak mengalami gangguan atau berkurang akibat penyumbatan atau pecahnya pembuluh darah sehingga otak tidak mendapatkan asupan oksigen dan nutrisi yang mengakibatkan sel-sel pada sebagian area otak akan mati. Stroke menjadi masalah kesehatan di Indonesia karena prevalensinya terus meningkat dengan angka kematian dan kecatatan yang tinggi. Menurut hasil Riskesdas, prevalensi stroke di Indonesia meningkat dari 7% pada tahun 2013 menjadi 10,9% pada tahun 2018 dan tersebar di seluruh Indonesia termasuk di Provinsi Riau. Prevalensi stroke di Provinsi Riau juga menunjukkan tren peningkatan seperti digambarkan berikut ini.



Gambar 56. Prevalensi Penyakit Stroke di Provinsi Riau dan Indonesia Tahun 2013 dan 2018

Prevalensi stroke di Provinsi Riau seperti terlihat pada Gambar 56 meningkat tajam dari 4,2% pada tahun 2013 menjadi 8,3% pada tahun 2018. Kondisi ini menjadikan stroke sebagai salah satu permasalahan kesehatan di Provinsi Riau karena semakin banyak populasi berisiko mengalami permasalahan kesehatan akibat stroke, komplikasi, kecacatan dan dampak ekonominya. Berdasarkan data Laporan Tahunan RS Arifin Achmad Pekanbaru tahun 2021, stroke menempati peringkat ke-9 terbanyak kunjungan rawat jalan dengan 1.129 pasien, menjadi penyebab kematian terbanyak di ruangan ICU dan HCU, dan menempati peringkat ke-6 terbanyak dari seluruh kunjungan gawat darurat.

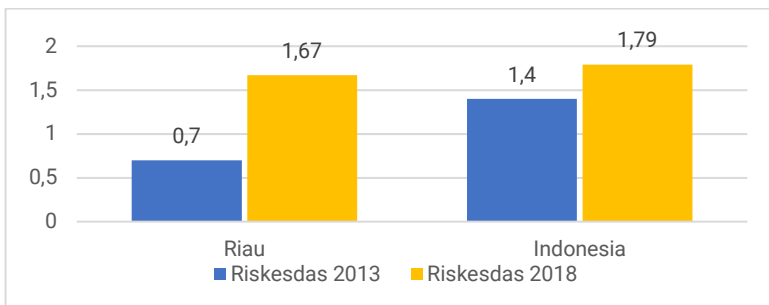
Fakta dan data yang ada menjadikan stroke sebagai salah satu masalah kesehatan di Provinsi Riau. Beberapa hal yang dapat menjadi pertimbangan dalam menentukan prioritas masalah terkait stroke sebagai berikut:

- Kriteria A (ukuran/besar masalah)
Penderita stroke tersebar di seluruh Propinsi Riau. Komplikasi dan kecacatan yang diakibatkan stroke dapat menurunkan produktifitas penderitanya (DALYs meningkat). Selain itu biaya pengobatan dan perawatan stroke sangat besar sehingga dampak ekonominya sangat besar.
- Kriteria B (keseriusan masalah)
Prevalensi stroke menunjukkan tren peningkatan dengan tingkat kematian yang sangat tinggi.
- Kriteria C (efektifitas intervensi)

Belum tersedia program dan kegiatan khusus untuk pengendalian stroke di masyarakat, kegiatan yang ada masih terintegrasi dengan program pengendalian PTM.

5.3.15. Penyakit Kanker

Saat ini kanker menjadi perhatian masyarakat global karena trennya terus meningkat dan variasi organ tubuh yang diserangnya semakin beragam. Di Indonesia, prevalensi kanker menunjukkan tren meningkat dalam beberapa tahun terakhir. Menurut hasil Riskesdas, prevalensi kanker di Indonesia meningkat dari 1,4% pada tahun 2013 menjadi 1,79% pada tahun 2018 dan tersebar di seluruh Indonesia termasuk di Provinsi Riau. Berikut gambaran prevalensi kanker di Provinsi Riau.

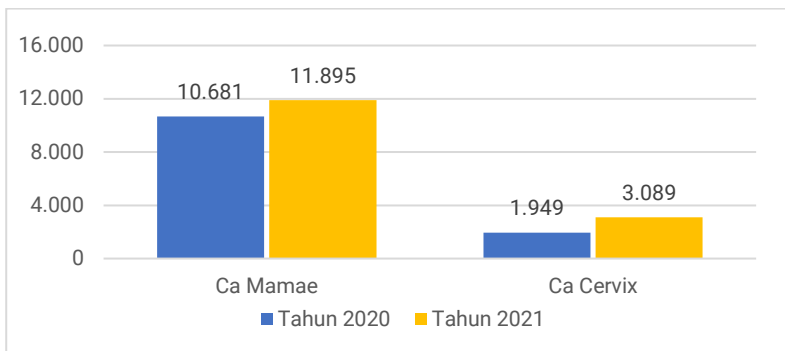


Gambar 57. Prevalensi Penyakit Kanker di Provinsi Riau dan Indonesia Tahun 2013 dan 2018

Prevalensi penyakit kanker di Provinsi Riau seperti terlihat pada Gambar 57 menunjukkan tren peningkatan yang signifikan dari 0,7% pada tahun 2013 menjadi 1,67% pada tahun 2018. Fakta ini diperkuat data kunjungan pasien di Instalasi Kanker Terpadu RS

Arifin Achmad yang menunjukkan peningkatan dari 32.578 pasien pada tahun 2020 menjadi 37.646 pasien pada tahun 2021.

Penyakit kanker sangat beragam tergantung dari organ atau bagian tubuh yang diserangnya, namun terdapat dua jenis kanker yang paling banyak penderitanya yaitu kanker payudara (Ca Mamae) dan kanker leher rahim (Ca Cervix). Menurut Laporan Tahunan RS Arifin Achmad Pekanbaru Tahun 2021, kanker payudara menempati peringkat terbanyak di Poli Onkologi Bedah dengan jumlah 11.895 pasien. Demikian pula dengan kanker serviks, juga menempati peringkat terbanyak di Poli Onkologi Obgyn berjumlah 3.089 pasien. Berikut ini gambaran perkembangan kanker payudara dan kanker serviks berdasarkan Laporan Tahunan RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau.



Gambar 58. Perkembangan Jumlah Pasien Ca Mamae dan Ca Cervix Di RS Arifin Achmad Pekanbaru Tahun 2020 dan 2021

Gambar 58 menunjukkan bahwa jumlah pasien Ca Mamae dan Ca Cervix di RS Arifin Achmad Pekanbaru menunjukkan tren meningkat. Pada tahun 2020 pasien Ca Mamae

berjumlah 10.681 pasien, meningkat menjadi 11.895 pasien pada tahun 2022. Sedangkan jumlah pasien Ca Cervix meningkat dari 1.949 pasien pada tahun 2020 menjadi 3.089 pada tahun 2021.

Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan telah memfokuskan upaya pengendalian Ca Mamae dan Ca Cervix menjadi program yang terintegrasi dengan Program PTM. Upaya pengendalian dititikberatkan pada skrining dan deteksi dini pada populasi berisiko khususnya wanita usia subur. Deteksi dini Ca Mamae dilakukan melalui Sadari dan sadanis. Sedangkan deteksi dini Ca Cervix dilakukan melalui pemeriksaan IVA tes. Berikut gambaran hasil deteksi dini kanker di Provinsi Riau tahun 2021.

Tabel 7. Persentase Hasil Deteksi Dini Ca Cervix & Ca Mamae di Provinsi Riau Tahun 2021

No. Kabupaten/ Kota	Perempuan Usia 30-50 Tahun	Pemeriksaan Serviks dan Payudara		IVA Positif		Curiga Kanker		Tumor/ Benjolan	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1 Kuantan Singingi	835	246	29,5	0	0	0	0	13	5,3
2 Indragiri Hulu	34.727	23	0,1	0	0	0	0	0	0
3 Indragiri Hilir	52.342	71	0,1	0	0	0	0	0	0
4 Pelalawan	3.255	440	13,5	11	2,5	1	0,2	13	3,0
5 Siak	70.319	15	0	0	0	1	6,7	13	6,7
6 Kampar	124.883	518	0,4	9	1,7	3	0,6	8	1,5
7 Rokan Hulu	84.592	1.271	1,5	7	0,6	0	0	24	1,9
8 Bengkalis	90.578	3.972	4,4	0	0	1	0	1	0
9 Rokan Hilir	39.823	73	0,2	38	52,1	0	0	4	5,5
10 Kepulauan Meranti	27.689	2	0	0	0	0	0	2	100
11 Pekanbaru	183.928	145	0,1	1	0,7	2	1,4	3	2,1
12 Dumai	49.512	140	0,3	17	12,1	1	0,7	0	0
RIAU	762.482	6.916	0,9	83	1,2	9	0,1	69	1,0

Hasil deteksi dini Ca cervix dan Ca mammae di Provinsi Riau Tahun 2021 (Tabel 7) didapatkan IVA positif 1,2% dari total sasaran yang diperiksa, ditemukan tumor atau benjolan di payudara 1%, dan dicurigai kanker 0,1%. Persentase IVA positif tertinggi di Kabupaten Rokan Hilir sebesar 52,1% dari total sasaran yang diperiksa, persentase tertinggi tumor/benjolan pada payudara di Kabupaten Siak sebesar 6,7%, Sedangkan persentase tertinggi di curigai kanker di Kabupaten siak sebesar 6,7%.

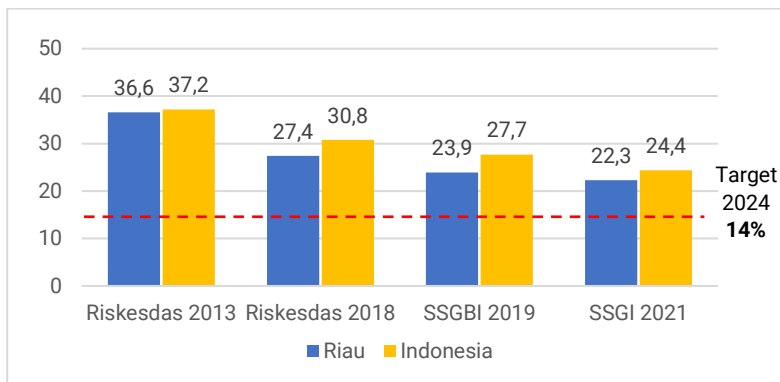
Berdasarkan data dan fakta yang ada, maka penyakit kanker khususnya Ca Mammae dan Ca Cervix menjadi salah satu masalah kesehatan di Provinsi Riau. Beberapa hal yang dapat menjadi pertimbangan dalam menentukan prioritas masalah terkait penyakit kanker sebagai berikut:

- Kriteria A (ukuran/besar masalah)
Penderita penyakit kanker khususnya Ca Mammae dan Ca Cervix tersebar di seluruh Propinsi Riau, selain itu pengobatan penyakit kanker membutuhkan biaya besar dan komplikasi yang disebabkan kanker dapat menurunkan produktifitas penderitanya (DALYs meningkat) sehingga dampak ekonominya sangat besar.
- Kriteria B (keseriusan masalah)
Jumlah kasus Ca Mammae dan Ca Cervix menunjukkan tren peningkatan dengan tingkat kematian yang tinggi.
- Kriteria C (efektifitas intervensi)
Terdapat perhatian khusus pemerintah dalam upaya pengendalian penyakit kanker khususnya Ca Mammae dan Ca

Cervix walaupun belum berbentuk Program yang berdiri sendiri namun terintegrasi dengan program pengendalian PTM.

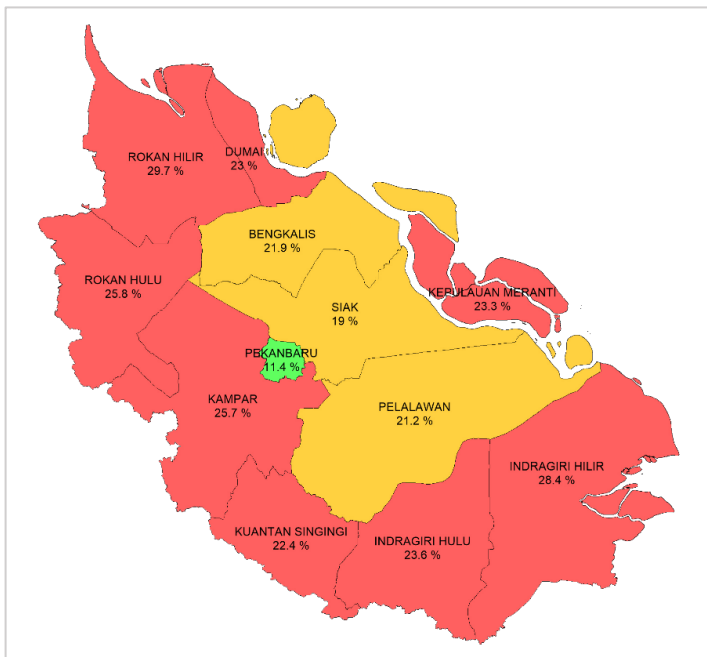
5.3.16. Stunting Pada Balita

Stunting adalah masalah kurang gizi kronis yang disebabkan oleh kurangnya asupan gizi dalam waktu yang cukup lama, sehingga mengakibatkan gangguan pertumbuhan pada anak yakni tinggi badan anak lebih rendah atau pendek (kerdil) dari standar usianya. Stunting merupakan salah satu permasalahan gizi yang menjadi perhatian utama dunia termasuk di Indonesia. Prevalensi stunting di Indonesia berdasarkan SSGBI tahun 2021 sebesar 24,4%, masih jauh diatas target nasional yang ditetapkan sebesar 14% pada tahun 2024. Kasus stunting tersebar di seluruh Indonesia termasuk di Provinsi Riau. Perkembangan prevalensi stunting di Provinsi Riau digambarkan pada Gambar 59 berikut ini.



Gambar 59. Prevalensi Stunting di Provinsi Riau dan Indonesia

Perkembangan stunting di Provinsi Riau dari tahun 2013 hingga 2021 seperti digambarkan pada Gambar 59 menunjukkan tren penurunan. Pada tahun 2013 prevalensi stunting di Provinsi Riau sebesar 36,6%, menurun menjadi 22,3% pada tahun 2021, namun masih jauh dari target nasional yang ditetapkan sebesar 14% pada tahun 2024. Kasus stunting tersebar di seluruh wilayah kabupaten/kota di Provinsi Riau seperti tergambar berikut ini.



Gambar 60. Distribusi Prevalensi Stunting di Provinsi Riau Tahun 2021

Prevalensi stunting di Provinsi Riau seperti terlihat pada Gambar 60 menunjukkan sebaran yang bervariasi. Terlihat bahwa prevalensi stunting pada sebagian besar kabupaten/kota di

Provinsi Riau masih tinggi (diatas prevalensi provinsi) yang meliputi Kabupaten Rokan Hilir (29,7%), Indragiri Hilir (28,4%), Rokan Hulu (25,8%), Kampar (25,7%), Indragiri Hulu (23,6%), Kepulauan Meranti (23,3%), dan Kuantan Singingi (22,4%). Prevalensi pada kabupaten/kota tersebut masih berada diatas target penurunan stunting tahun 2024 sebesar 14%. Hanya 1 kota yang telah mencapai target penurunan stunting yaitu Kota Pekanbaru dengan prevalensi stunting sebesar 11,4%.

Berdasarkan data dan fakta yang ada, maka stunting menjadi salah satu masalah kesehatan di Provinsi Riau. Beberapa hal yang dapat menjadi pertimbangan dalam menentukan prioritas masalah terkait stunting sebagai berikut:

- Kriteria A (ukuran/besar masalah)
Kasus stunting tersebar di seluruh Propinsi Riau dengan prevalensi tinggi dan masih jauh diatas target penurunan stunting tahun 2024.
- Kriteria B (keseriusan masalah)
Ancaman serius terhadap generasi penerus karena stunting berpotensi memperlambat perkembangan otak, dengan dampak jangka panjang berupa keterbelakangan mental, rendahnya kemampuan belajar, dan risiko serangan penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, hingga obesitas.
- Kriteria C (efektifitas intervensi)
Penurunan stunting menjadi salah satu program prioritas nasional dengan melibatkan seluruh sektor terkait (kerjasama lintas program dan lintas sektor) dan dukungan anggaran.

5.4. Penentuan Prioritas Masalah

Penentuan prioritas masalah pada kegiatan analisis situasi ini dilakukan menggunakan Metode Hanlon. Metode ini merupakan salah satu metode kuantitatif yang menentukan prioritas masalah berdasarkan ukuran/besar masalah, keseriusan masalah, efektifitas intervensi, dan faktor PEARL. Urutan prioritas masalah disusun berdasarkan nilai BPR masing-masing permasalahan. Permasalahan dengan nilai BPR lebih besar menempati peringkat lebih tinggi. Perhitungan nilai BPR menggunakan rumus dasar Metode Hanlon (halaman 15). Dengan rumus ini hasil BPR lebih besar ditentukan oleh efektifitas intervensi dibandingkan ukuran/besar dan keseriusan masalah, artinya semakin mudah intervensi untuk menyelesaikan masalah, maka akan semakin tinggi nilai BPR masalah tersebut.

Prioritas masalah disusun dan ditetapkan melalui *Focus Discussion Group* (FGD) yang dipimpin langsung oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Riau dan diikuti oleh 14 orang yang telah ditunjuk sebagai Tim Analisis Situasi Dinas Kesehatan Provinsi Riau, terdiri dari Kepala Bidang Sumber Daya Kesehatan, Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat, Kasubag Umum dan Kepegawaian, Sub Koordinator Surveilans dan Imunisasi, Sub Koordinator Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular, Epidemiolog Kesehatan 2 orang, Administrator Kesehatan 3 orang, Promotor Kesehatan 1 orang, dan Ahli Gizi 1 orang.

FGD diawali dengan pemaparan hasil identifikasi masalah kesehatan kepada seluruh peserta untuk memberikan gambaran

situasi masing-masing permasalahan dan penjelasan tentang Metode Hanlon. Penentuan nilai masing-masing kriteria masalah dilakukan melalui polling suara terbanyak menggunakan aplikasi Mentimeter. Sebelum menggunakan Mentimeter, peserta FGD diberikan penjelasan/tutorial tentang penggunaan Mentimeter. Setelah hasil polling Mentimeter diperoleh, selanjutnya dipaparkan secara transparan ke seluruh peserta FGD dan diinput ke dalam template perhitungan BPR yang telah disiapkan. Hasil perhitungan nilai BPR menjadi penentu rangking prioritas dari setiap masalah dan disepakati sebagai hasil konsensus oleh Tim. Berikut ini hasil penyusunan prioritas masalah berdasarkan nilai BPR.

Tabel 8. Hasil Penyusunan Prioritas Masalah

Masalah Kesehatan	Krite ria A	Krite ria B	Krite ria C	Kriteria D					Skor D	Nilai BPR	Rang king
Penyakit TBC	8	4	4	1	1	1	1	1	1	16	1
Penyakit Hipertensi	8	3	3	1	1	1	1	1	1	11	2
Penyakit Malaria	5	3	4	1	1	1	1	1	1	11	3
Perdarahan Maternal	5	4	3	1	1	1	1	1	1	9	4
Penyakit DBD	6	3	3	1	1	1	1	1	1	9	5
Penyakit Stroke	6	6	2	1	1	1	1	1	1	8	6
Penyakit Kanker	8	4	2	1	1	1	1	1	1	8	7
Penyakit Jantung	6	5	2	1	1	1	1	1	1	7	8
Bayi Berat Lahir Rendah	7	4	2	1	1	1	1	1	1	7	9
Tetanus Neonatorum	6	4	2	1	1	1	1	1	1	7	10
Penyakit HIV/AIDS	8	3	2	1	1	1	1	1	1	7	11
Stunting pada Balita	8	3	2	1	1	1	1	1	1	7	12
Penyakit Campak	4	3	3	1	1	1	1	1	1	7	13
Penyakit Difteri	5	4	2	1	1	1	1	1	1	6	14
Penyakit Diabetes	6	3	2	1	1	1	1	1	1	6	15
Penyakit COVID-19	5	3	2	1	1	1	1	1	1	5	16

Hasil penyusunan prioritas masalah seperti dipaparkan pada Tabel 8 didapatkan urutan prioritas masalah sebagai berikut:

1. Penyakit TBC (BPR = 16)
2. Penyakit Hipertensi (BPR = 11)
3. Penyakit Malaria (BPR = 11)
4. Perdarahan Maternal (BPR = 9)
5. Penyakit DBD (BPR = 9)
6. Penyakit Stroke (BPR = 8)
7. Penyakit Kanker (BPR = 8)
8. Penyakit Jantung (BPR = 7)
9. Bayi Berat Lahir Rendah (BPR = 7)
10. Tetanus Neonatorum (BPR = 7)
11. Penyakit HIV/AIDS (BPR = 7)
12. Stunting pada Balita (BPR = 7)
13. Penyakit Campak (BPR = 7)
14. Penyakit Difteri (BPR = 6)
15. Penyakit Diabetes (BPR = 6)
16. Penyakit COVID-19 (BPR = 5)

Urutan prioritas masalah yang telah disusun selanjutnya disepakati oleh seluruh peserta FGD sebagai hasil konsensus. Berdasarkan hasil konsensus, Penyakit TBC ditetapkan menjadi prioritas utama masalah kesehatan di Provinsi Riau tahun 2022 dengan hasil skoring Metode Hanlon sebagai berikut:

- Kriteria A (ukuran/besar masalah) skor 8
- Kriteria B (keseriusan masalah) skor 4
- Kriteria C (efektifitas intervensi) skor 4
- Kriteria D (faktor PEARL) skor 1
- Nilai BPR = 16

Penyakit TBC ditetapkan menjadi prioritas utama karena memperoleh nilai BPR tertinggi sebesar 16. Dilihat dari aspek besar masalah, kasus TBC tersebar di seluruh wilayah Provinsi Riau dengan *persentase treatment coverage* pada tahun 2021 hanya mencapai 34,4%, berada jauh dibawah target nasional (90%) sehingga masih banyak kasus yang belum terdeteksi dan diobati yang akan meningkatkan jumlah populasi berisiko dapat tertular TBC di Provinsi Riau (fenomena gunung es). Dari aspek keseriusan masalah, perkembangan kasus TBC di Provinsi Riau menunjukkan tren berfluktuasi, namun kasus TBC pada tahun 2021 berjumlah 9.504 kasus mengalami peningkatan dibandingkan tahun sebelumnya berjumlah 8.236 kasus. Dilihat dari aspek efektifitas intervensi, pelayanan kesehatan pada orang terduga TBC merupakan salah satu indikator SPM dan sudah tersedia akun kegiatan tersendiri untuk penyakit TBC pada APBD kabupaten/kota sehingga potensi untuk optimalisasi capaian program semakin besar.

5.5. Identifikasi Akar Penyebab Masalah dan Solusi Alternatif

5.5.1. Identifikasi Akar Penyebab Masalah

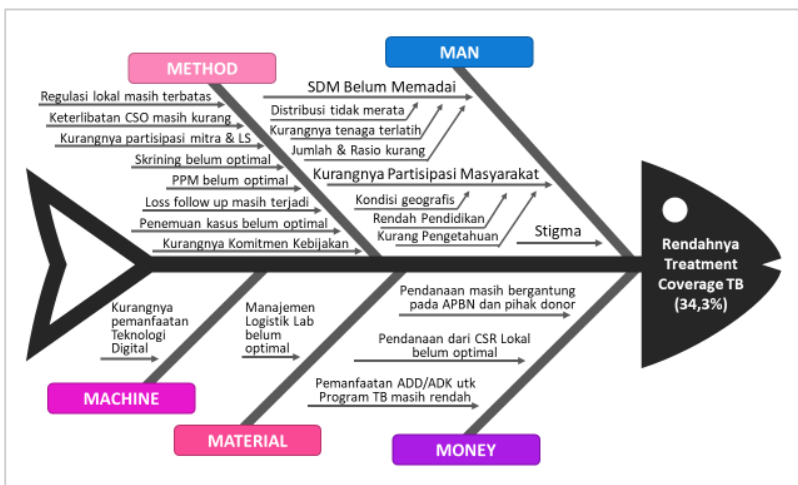
Salah satu indikator penting dalam program penanggulangan TBC adalah *Treatment Coverage* TBC. *Treatment Coverage* TBC merupakan indikator yang menggambarkan persentase cakupan pasien TBC yang ditemukan dan mendapatkan pengobatan dari seluruh estimasi jumlah kasus TBC pada tahun tertentu di suatu wilayah tertentu. Semakin tinggi

cakupan mengindikasikan semakin banyak kasus TBC yang ditemukan dan diobati sehingga semakin sedikit populasi berisiko yang terancam penularan kasus TBC.

Strategi penanggulangan TBC nasional telah menetapkan target *Treatment Coverage* TBC pada tahun 2024 sebesar 90%. Di Provinsi Riau, *Treatment Coverage* TBC pada tahun 2021 hanya mencapai 34,4%, berada jauh di bawah target nasional (90%). Pada tahun 2021 tidak ada kabupaten/kota di Provinsi Riau yang telah mencapai target nasional. Kabupaten/kota dengan capaian tertinggi adalah Kota Dumai sebesar 43,6%, sedangkan capaian terendah di Kabupaten Siak sebesar 23,4%.

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi rendahnya cakupan *Treatment Coverage* TBC di Provinsi Riau. Beberapa akar permasalahan yang berhasil digali melalui wawancara langsung kepada penanggung jawab Program TBC di provinsi, beberapa kabupaten, dan Puskesmas diantaranya adalah kurangnya partisipasi masyarakat dan masih adanya stigma di masyarakat, ketersediaan SDM kesehatan yang belum memadai secara jumlah maupun distribusinya, sumber anggaran yang masih bergantung pada APBN dan lembaga donor (dukungan APBD dan CSR lokal masih rendah), belum optimalnya manajemen logistik laboratorium, dan kurangnya pemanfaatan teknologi digital. Beberapa permasalahan dari aspek pelaksanaan program TBC juga masih ditemukan diantaranya adalah *case detection rate* (CDR) belum optimal (31,5%), *loss to follow up* masih terjadi, *Public-Private Mix* (PPM) belum optimal, dan skrining TBC belum

optimal. Selain itu terdapat pula faktor lain yang berkontribusi terhadap rendahnya *Treatment Coverage* TBC yaitu kurangnya komitmen kebijakan, kurangnya partisipasi mitra dan lintas sektor, kurangnya keterlibatan *Civil Society Organization* (CSO), dan dukungan regulasi lokal yang masih terbatas [18]. Beragam akar permasalahan tersebut telah dikelompokkan dalam beberapa kategori (*man, money, material, method, dan machine*) seperti diilustrasikan pada Fishbone/Ishikawa diagram berikut ini.



Gambar 61. Fishbone/Ishikawa Diagram Rendahnya Treatment Coverage TBC di Provinsi Riau

5.5.2. Solusi Alternatif

Berdasarkan hasil identifikasi akar penyebab permasalahan, maka beberapa solusi alternatif yang dapat dilakukan untuk meningkatkan *treatment coverage* TBC di Provinsi

Riau meliputi peningkatan peran dan partisipasi masyarakat; peningkatan, pemerataan SDMK dan tenaga kesehatan terlatih TBC; optimalisasi keterlibatan sektor swasta dan CSO; advokasi untuk penggalangan komitmen, dukungan kebijakan, dan regulasi; optimalisasi *Public-Private Mix* (PPM); dan peningkatan skrining TBC pada kelompok berisiko.

1. Peningkatan Peran dan Partisipasi Masyarakat

Peningkatan peran dan partisipasi aktif masyarakat dalam upaya pencegahan dan penanggulangan penyakit TBC khususnya dalam kegiatan skrining, deteksi dini, dan mempromosikan cara pencegahan penyakit TBC di rumah tangga maupun lingkungan sekitarnya. Strategi yang dapat dilakukan diantaranya:

- Kampanye atau sosialisasi masif tentang penyakit TBC dan pencegahannya yang dilakukan secara berkala atau pada momen hari-hari penting serta memanfaatkan media sosial dan teknologi kekinian.
- Peningkatan peran *community health worker* (CHW)/kader kesehatan dalam upaya penanggulangan TBC melalui pelatihan kader secara berkala dengan melibatkan lintas sektor terkait.
- Peningkatan pembinaan bagi Pengawas Minum Obat (PMO) agar mereka juga berperan sebagai agen perubahan (*agent of change*) dalam pemberantasan penyakit TBC.
- Peningkatan koordinasi dan kerjasama lintas sektor untuk meningkatkan pemberdayaan masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangan tuberkulosis diantaranya dengan Badan/

Dinas Pemberdayaan Masyarakat Desa, Pemberdayaan Kesehatan Keluarga (PKK), dan lembaga lain terkait.

2. Peningkatan, pemerataan SDMK dan tenaga terlatih TBC

Ketersediaan tenaga kesehatan khususnya dokter umum, analis kesehatan dan perawat di Provinsi Riau saat ini masih belum memadai dan belum tersebar merata di seluruh Puskesmas. Kondisi ini berpengaruh terhadap upaya penemuan kasus baru TBC dan upaya pengobatannya. Meskipun di beberapa daerah telah menerapkan sistem Puskesmas satelit rujukan pemeriksaan TBC untuk mengatasi kendala tersebut, namun upaya ini belum sepenuhnya mampu mengoptimalkan capaian penemuan kasus dan *treatment coverage* TBC. Untuk itu perlu dilakukan upaya peningkatan jumlah SDMK dan pemerataan distribusinya sehingga terpenuhi sesuai target rasio yang telah ditetapkan.

Disamping itu, masih terdapat beberapa Puskesmas yang belum memiliki tenaga kesehatan terlatih TBC. Untuk itu pelatihan TBC perlu dilakukan secara berkala dan merata dengan memprioritaskan pada Puskesmas yang belum memiliki tenaga kesehatan terlatih. Tersedianya SDMK yang memadai dan berkompeten dalam upaya penanggulangan TBC akan meningkatkan kualitas capaian program.

3. Optimalisasi keterlibatan sektor swasta dan CSO

Keterlibatan sektor swasta dalam upaya penanggulangan TBC di Provinsi Riau saat ini masih belum optimal, baik dari sisi dukungan program maupun pendanaan. Terdapatnya beberapa

perusahaan lokal berskala besar di Provinsi Riau merupakan potensi besar untuk bersinergi dalam upaya penanggulangan TBC. Strategi yang dapat dilakukan diantaranya dengan memanfaatkan dana *Corporate Social Responsibility* (CSR) untuk upaya penanggulangan TBC dan melibatkan peran aktif karyawan perusahaan misalnya menunjuk salah satu karyawan sebagai agen perubahan yang mampu melakukan skrining, deteksi dini, dan mempromosikan upaya pencegahan TBC di perusahaan tempatnya bekerja.

Disamping itu, keterlibatan CSO seperti ormas keagamaan, LSM kesehatan, karang taruna, perhimpunan pelajar, yayasan, dan lain sebagainya perlu ditingkatkan lagi khususnya dalam upaya skrining, deteksi dini, dan promosi pencegahan TBC di masyarakat.

4. Advokasi untuk penggalangan komitmen, dukungan kebijakan, dan regulasi

Upaya penanggulangan TBC dapat dilaksanakan optimal jika mendapat dukungan dan komitmen kuat dari pembuat kebijakan. Untuk itu pembuat kebijakan (Bupati/Walikota) perlu diadvokasi secara intens terkait upaya penanggulangan TBC yang dilakukan agar mendapat dukungan penuh. Selain itu advokasi juga perlu dilakukan kepada lintas sektor dan pihak-pihak terkait agar terwujud penggalangan komitmen bersama dalam upaya pemberantasan penyakit TBC di Provinsi Riau.

Dukungan komitmen yang didapat sebaiknya diperkuat lagi dengan regulasi dan payung hukumnya. Untuk itu perlu disusun suatu regulasi tentang Rencana Aksi Daerah (RAD) untuk

percepatan penanggulangan TBC di masing-masing kabupaten/kota. Saat ini kabupaten/kota di Provinsi Riau masih banyak yang belum membuat regulasi tersebut, baik dalam bentuk Peraturan Daerah maupun dalam bentuk peraturan Bupati/Walikota.

5. Optimalisasi *Public-Private Mix* (PPM)

PPM merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan akses layanan TBC yang bermutu. Konsep PPM di Indonesia diterapkan berbasis kabupaten/kota sehingga lebih dikenal dengan istilah *District-based Public-Private Mix* (DPPM). Penerapan DPPM TBC diharapkan mendorong semua fasilitas pelayanan kesehatan yang menangani TBC berpartisipasi dalam jejaring sehingga semua pasien TBC dapat ditemukan dan diobati sesuai standar dan tercatat dalam sistem informasi Program TBC Nasional. Untuk itu di setiap kabupaten/kota perlu dibentuk tim DPPM untuk memastikan berjalannya jejaring ini. Selain itu, untuk memperkuat konsep PPM, perlu juga dibentuk Koalisi Organisasi Profesi Indonesia untuk Penanggulangan TBC (KOPI TB) hingga ke tingkat kabupaten/kota.

6. Peningkatan skrining TBC pada kelompok berisiko

Faktor risiko tinggi terhadap kejadian TBC di Indonesia adalah merokok, malnutrisi, Diabetes Melitus, Lanjut Usia dan orang dengan HIV/AIDS. Karena itu skrining yang dilakukan terhadap kelompok berisiko tersebut diharapkan dapat meningkatkan penemuan dan penatalaksanaan kasus sesuai

standar yang berdampak pada peningkatan *treatment coverage* TBC. Strategi yang dapat dilakukan yaitu skrining intensif melalui layanan kesehatan ibu, anak dan geriatri; skrining pada tempat kerja tertentu, perkampungan kumuh perkotaan, *congregate setting* (lapas/rutan, barak pengungsi, asrama dan pondok pesantren); serta skrining pada jamaah haji dan pekerja migran Indonesia [18]. Untuk mendukung dan mempermudah kegiatan skrining ini dapat memanfaatkan teknologi kekinian dalam bentuk skrining online yang sederhana, tanpa biaya, dan mudah digunakan oleh semua pihak.

BAB 6

PENUTUP

6.1. Kesimpulan

1. Hasil analisis data teridentifikasi 16 permasalahan kesehatan di Provinsi Riau tahun 2022 yaitu perdarahan maternal, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), penyakit COVID-19, penyakit TBC, penyakit malaria, penyakit DBD, penyakit difteri, penyakit campak, Tetanus Neonatorum, penyakit HIV/AIDS, penyakit hipertensi, penyakit diabetes, penyakit jantung, penyakit stroke, penyakit kanker, dan stunting pada Balita.
2. Hasil skoring penetapan prioritas masalah menggunakan Metode Hanlon, disepakati secara konsensus urutan prioritas masalah kesehatan di Provinsi Riau tahun 2022 sebagai berikut: 1) Penyakit TBC (BPR=16); 2) Penyakit Hipertensi (BPR=11); 3) Penyakit Malaria (BPR=11); 4) Perdarahan Maternal (BPR=9); 5) Penyakit DBD (BPR=9); 6) Penyakit Stroke (BPR=8); 7) Penyakit Kanker (BPR=8); 8) Penyakit Jantung (BPR=7); 9) Bayi Berat Lahir Rendah (BPR=7); 10) Tetanus Neonatorum (BPR=7); 11) Penyakit HIV/AIDS (BPR=7); 12) Stunting pada Balita (BPR=7); 13) Penyakit Campak (BPR=7); 14) Penyakit Difteri (BPR=6); 15) Penyakit Diabetes (BPR=6); dan 16) Penyakit COVID-19 (BPR=5).
3. Penyakit TBC ditetapkan menjadi prioritas utama masalah kesehatan di Provinsi Riau tahun 2022 dengan hasil skoring Metode Hanlon kriteria A (ukuran/besar masalah) skor 8,

kriteria B (keseriusan masalah) skor 4, kriteria C (efektifitas intervensi) skor 4, kriteria D (faktor PEARL) skor 1, dan Nilai BPR = 16.

4. Akar masalah prioritas utama terkait rendahnya *treatment coverage* TB disebabkan multifaktor meliputi kurangnya partisipasi masyarakat dan masih adanya stigma di masyarakat, ketersediaan SDM kesehatan yang belum memadai secara jumlah maupun distribusinya, sumber anggaran yang masih bergantung pada APBN dan lembaga donor (dukungan APBD dan CSR lokal masih rendah), belum optimalnya manajemen logistik laboratorium, kurangnya pemanfaatan teknologi digital, *case detection rate* (CDR) belum optimal (31,5%), *loss to follow up* masih terjadi, *Public-Private Mix* (PPM) belum optimal, skrining TBC belum optimal, kurangnya komitmen kebijakan, kurangnya partisipasi mitra dan lintas sektor, kurangnya keterlibatan *Civil Society Organization* (CSO), dan dukungan regulasi lokal yang masih terbatas.

6.2. Saran

1. Bagi Masyarakat

Agar masyarakat lebih berpartisipasi aktif dalam setiap Program Kesehatan yang diselenggarakan di Provinsi Riau dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya serta berperan aktif menjadi agen

perubahan (*agent of change*) dan pelopor perilaku sehat khususnya di rumah tangga dan lingkungan sekitarnya.

2. Bagi Dinas Kesehatan Provinsi Riau

Agar Dinas Kesehatan Provinsi Riau dapat memanfaatkan hasil analisis situasi ini sebagai bahan masukan dalam menyusun perencanaan program kesehatan yang tepat guna dan tepat sasaran, serta mempertimbangkan beberapa solusi alternatif yang disampaikan dari hasil analisis situasi ini menjadi program inovasi di masa akan datang.

3. Bagi Mahasiswa

Agar mahasiswa dapat melakukan kegiatan analisis situasi masalah kesehatan lanjutan yang lebih mendalam dengan tidak hanya menggunakan data sekunder saja, namun juga menggunakan data primer melalui survei langsung ke masyarakat untuk mengetahui gambaran langsung situasi masalah kesehatan di masyarakat serta memberikan solusi alternatif yang tepat sesuai situasi dan kebutuhan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Kementerian Kesehatan RI. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2020-2024. Indonesia: 2020.
- [2] Kementerian Kesehatan RI. Buku Saku Hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) Tingkat Nasional, Provinsi, dan Kabupaten/Kota Tahun 2021. Jakarta: 2021.
- [3] Dinas Kesehatan Provinsi Riau. Profil Kesehatan Provinsi Riau Tahun 2021. Pekanbaru: 2022.
- [4] Dinas Kesehatan Provinsi Riau. Rencana Strategis Dinas Kesehatan Provinsi Riau Tahun 2019-2024 2019.
- [5] Respati T, Rathomi HS. Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Bandung: P2U LPPM-Unisba; n.d.
- [6] Institute of Medicine, Board on Health Promotion, Prevention D. Using performance monitoring to improve community health. Washington, D.C., DC: National Academies Press; 1996.
- [7] International Conference on Public Health. Determinan Kesehatan. [Http://TheicphCom/Id_ID/Id_ID/lcph/Health-Determinants/](http://TheicphCom/Id_ID/Id_ID/lcph/Health-Determinants/) 2022.
- [8] Rajan D. Chapter 3: Situation analysis of the health sector, 2016.
- [9] David McCoy, Lesley Bamford. How to Conduct a Rapid Situation Analysis. Durban: Health System Trust; 1998.
- [10] Oladimeji B, Muhamad A, Juni MH, Bolarinwa O, Juni M, Muhamad H, et al. Health Economics Evaluation in Health Planning 2015;2:2288–7757.

- [11] Qotba H. Health Care Planning.
[Http://WwwBibalexOrg/Supercourse/Supercourseppt/36011-37001/36671Ppt](http://WwwBibalexOrg/Supercourse/Supercourseppt/36011-37001/36671Ppt) 2022.
- [12] National Public Health Partnership. A Planning Framework for Public Health Practice. Melbourne: 2000.
- [13] Brownson RC, Baker EA, Deshpande Anjali D and Gillespie KN. Evidence-Based Public Health. London, England: Oxford University Press; 2017.
- [14] Barsalou MA. Root cause analysis. New York, NY: Productivity Press; 2014.
- [15] Dahlgaard JJ, Khanji GK, Kristensen K. Fundamentals of total quality management. London, England: Routledge; 2007.
- [16] AusAID. AusGUIDELines: The Logical Framework Approach. AusAID 2003.
- [17] BPS Provinsi Riau. Provinsi Riau Dalam Angka 2022. Pekanbaru: 2022.
- [18] Kementerian Kesehatan RI. Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2020.