



**PEMERINTAH PROVINSI
PAPUA BARAT
DINAS KESEHATAN**



PROFIL KESEHATAN TAHUN 2024



<https://dinkes.papuabaratprov.go.id>



dinkes_pabar



Humas_DinkesPB



Dinas Kesehatan Papua Barat

TIM PENYUSUN

Pembina

dr. ALWAN RIMOSAN, Sp.B.FINACS
Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat

Penanggung Jawab

THOMAS O. SAGHAWARI, SKM, M.Kes
Plt. Sekretaris Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat

Ketua

MERSI KATRINA MANURUNG, SKM., MPH
Kasubbag. Program Informasi dan Humas Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat

Anggota

ALBERT H. RISAMASSU, SE
SAMUEL DOWANSIBA, S.IP
RAHMA WATI SAMIUN, SE
JUAN PEREZ PUTRATAMA, S.T
DESBERTH LEWAKABESSY
NATALIA KOSAMAH, A.Md.Keb
EKO BUDI UTOMO AGUNG MEINARSO, ST
DINA MARSELLA KURUBE, A.Md

Kontributor

Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan, Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat, Kepala Bidang Pencegahan Pengendalian Penyakit, Kepala Bidang Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kasubbag. Hukum, Umum dan Kepegawaian, Kasubbag. Kuenagan dan Aset, Kasie. Kesehatan Primer, Kasie. Kesehatan Rujukan, Kasie. Kesehatan Tradisional, Kasie. Kesehatan Keluarga dan Gizi, Kasie. Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat, Kasie. Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Kesehatan Olah Raga, Kasie. Surveillance dan Imunisasi, Kasie. Pencegahan dan Pendalian Penyakit Menular, Kasie. Pencegahan dan Pendalian Penyakit Tidak Menular, Kasie. Kefarmasian, Kasie. Alat Kesehatan dan PKRT, Kasie. Sumber Daya Manusia Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat, Badan Pusat Statistik Papua Barat.



DINAS KESEHATAN PROVINSI PAPUA BARAT

KATA PENGANTAR



PROFIL KESEHATAN TAHUN 2024

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa karena dengan Rahmat-Nya Buku Profil Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2022 dapat diterbitkan. Profil Kesehatan Provinsi Papua Barat merupakan salah satu hasil kinerja pengelolaan data dan informasi yang terkait dengan situasi dan kondisi kesehatan secara komprehensif.

Sumber data Profil Kesehatan Provinsi Papua Barat berasal dari pengelola program di lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, serta institusi lain yang memiliki data terkait bidang kesehatan seperti Badan Pusat Statistik (BPS).

Data yang ditampilkan pada Profil Kesehatan Provinsi Papua Barat dapat membantu kita dalam membandingkan capaian pembangunan kesehatan antara satu kabupaten/kota dengan kabupaten/kota lainnya, mengukur capaian pembangunan kesehatan di Papua Barat, serta sebagai dasar untuk perencanaan program pembangunan kesehatan selanjutnya.

Penyusunan Profil Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2022 mengacu pada Pentunjuk Teknis Penyusunan Profil Kesehatan Tahun 2022.

Buku Profil Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2022 ini disajikan dalam bentuk *softfile* dan dapat diunduh di *website* www.dinkes.papuabaratprov.go.id. Semoga Publikasi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak baik pemerintah, organisasi profesi, akademisi, sektor swasta, dan masyarakat, serta berkontribusi secara positif bagi pembangunan kesehatan di Provinsi Papua Barat khususnya dan di Indonesia pada umumnya. Kritik dan saran kami harapkan untuk penyempurnaan profil yang akan datang.

Kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan Profil Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2022, disampaikan terimakasih.

Manokwari, 10 Oktober 2025
KEPALA DINAS KESEHATAN
PROVINSI PAPUA BARAT



dr. ALWAN RIMOSAN, Sp.B.FINACS
Pembina Tk.I
NIP. 196910272000121004



DINAS KESEHATAN PROVINSI PAPUA BARAT

DAFTAR ISI



PROFIL KESEHATAN TAHUN 2024

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Tim Penyusun	ii
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	vi
Daftar Tabel	vii
Daftar Grafik	x
BAB I GAMBARAN UMUM PROVINSI PAPUA BARAT	1
A. Keadaan Geografi.....	2
B. Jumlah Desa/Kelurahan Menurut Kabupaten/Kota dan Letak Geografis di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	3
C. Keadaan Penduduk.....	3
D. Keadaan Pendidikan.....	8
BAB II SARANA KESEHATAN	9
A. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).....	10
B. Sarana Pelayanan Kesehatan Rujukan (Rumah Sakit).....	11
C. Sarana Kefarmasian.....	14
D. Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM).....	17
BAB III SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN	21
A. Jumlah Tenaga Kesehatan.....	22
BAB IV PEMBIAYAAN KESEHATAN	27
A. Alokasi dan Realisasi Anggaran Kesehatan (APBD Provinsi Papua Barat Tahun Anggaran 2024).....	28
B. Cakupan Jaminan Kesehatan Penduduk Menurut Jenis Kepesertaan.....	29
BAB V KESEHATAN KELUARGA	31
A. Kesehatan Ibu.....	33
B. Kesehatan Anak.....	41
BAB VI PENGENDALIAN PENYAKIT	59
A. Penyakit Menular Langsung.....	60
B. Penyakit Yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I).....	85
C. Pengendalian Penyakit Tidak Menular.....	90
D. Pelayanan Kesehatan Jiwa.....	96
BAB VII KESEHATAN LINGKUNGAN	98
A. Akses Penduduk Terhadap Air Minum Memenuhi Syarat.....	99
B. Akses Penduduk Terhadap Fasilitas Sanitasi Layak.....	100
C. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM).....	101
D. Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) Memenuhi Syarat Kesehatan.....	102
E. Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) Memenuhi Syarat Kesehatan.....	103



DINAS KESEHATAN PROVINSI PAPUA BARAT

DAFTAR TABEL



PROFIL KESEHATAN TAHUN 2024

DAFTAR TABEL

BAB I	GAMBARAN UMUM PROVINSI PAPUA BARAT	
I.1	Total Luas Wilayah Kabupaten/Kota (Km ²).....	2
I.2	Jumlah Desa/Kelurahan Menurut Kabupaten/Kota dan Letak Geografis...	3
I.3	Jumlah Penduduk Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	4
I.4	Kepadatan Penduduk Tahun 2020 dan 2024.....	5
I.5	Rasio Beban Tanggungan Tahun 2024.....	5
I.6	Angka Melek Aksara Provinsi Papua Barat.....	8
BAB II	SARANA KESEHATAN	
II.1	Jumlah Posyandu di Papua Barat.....	18
BAB III	SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN	
III.1	Jumlah Tenaga Kesehatan di Provinsi Papua Barat Menurut Kabupaten Tahun 2024.....	23
BAB IV	PEMBIAYAAN KESEHATAN	
IV.1	Pembiayaan APBD Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2024...	29
IV.2	Cakupan Jaminan Kesehatan Penduduk Menurut Jenis Kepesertaan Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	30
BAB V	KESEHATAN KELUARGA	
V.1	Pengertian Kategori Masalah Gizi Masyarakat.....	56
BAB VI	PENGENDALIAN PENYAKIT	
VI.1	Penemuan Kasus TBC Papua Barat Tahun 2024.....	61
VI.2	Angka Kesembuhan Tuberkulosis Sensitif Obat (So) Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten, Dan Puskesmas 2024.....	63
VI.3	Angka Pengobatan Lengkap Serta Keberhasilan Pengobatan Tuberkulosis Sensitif Obat (So) Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten, Dan Puskesmas 2024.....	64
VI.4	Angka Keberhasilan Pengobatan Tuberkulosis Sensitif Obat (So) Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten, Dan Puskesmas 2024.....	64
VI.5	Angka Kematian Tuberkulosis Sensitif Obat (So) Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten, Dan Puskesmas 2024.....	65
VI.6	Penemuan Kasus Pneumonia Balita Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten, Dan Puskesmas 2024.....	70
VI.7	Penemuan Kasus Pneumonia Balita Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten, Dan Puskesmas 2024.....	71
VI.8	Cakupan Pemberian Oralit dan Zink pada Balita Diare Papua Barat 2024.	74
VI.9	Cakupan Pemeriksaan Deteksi Dini Hepatitis B pada Ibu Hamil Reaktif Menurut Kabupaten/Kota di Papua Barat Tahun 2024.....	75
VI.10	Bayi yang mendapatkan Vasin HBIG dan Penatauan 9-12 Bulan Papua Barat Tahun 2024.....	77

VI.11	Jumlah Kasus dan Angka Kematian Karena DBD 2024.....	78
VI.12	Kasus Baru Kusta Menurut Jenis Kelamin, Kecamatan, Dan Puskesmas 2024.....	80
VI.13	Kasus Baru Kusta Cacat Tingkat 0, Cacat Tingkat 2, Penderita Kusta Anak<15 Tahun Papua Barat 2024.....	81
VI.14	Konfirmasi Laboratorium Pemerisaan Malaria Papua Barat 2024.....	83
VI.15	Kasus Posistf , Pengobatan, dan Angka Kematian Malaria 2024.....	84
VI.16	Capaian program/kegiatan Hypertensi.....	90
VI.17	Capaian program/kegiatan Diabethes Militus.....	91
VI.18	Capaian program/kegiatan Obesitas.....	92
VI.19	Capaian program/kegiatan Deteksi Dini Indera Pendengaran.....	93
VI.20	Capaian kegiatan Indera Penglihatan.....	94
VI.21	Capaian program/kegiatan Kanker Payudara.....	95
VI.22	Deteksi Dini Kanker Servix tahun 2024.....	96





DINAS KESEHATAN PROVINSI PAPUA BARAT

DAFTAR GRAFIK



PROFIL KESEHATAN TAHUN 2024

DAFTAR GRAFIK

BAB II SARANA KESEHATAN

II.1	Jumlah Puskesmas Provinsi Papua Barat Tahun 2023-2024.....	11
II.2	Jumlah Rumah Sakit di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	12
II.3	Proporsi Klasifikasi Rumah Sakit di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	12
II.4	Proporsi Akreditasi Rumah Sakit di Provinsi Papua Barat Tahun 2024..	13
II.5	Jumlah sarana Distribusi Kefarmasian di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	14
II.6	Persentase ketersediaan obat di Puskesmas Tahun 2024.....	16
II.7	Persentase ketersediaan obat di Kabupaten Tahun 2024.....	17
II.8	Presentase Posyandu aktif per Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	18
II.9	Distribusi Posbindu PTM Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	20

BAB V KESEHATAN KELUARGA

V.1	Jumlah Kematian Ibu di Provinsi Papua barat Tahun 2020 – 2024.....	34
V.2	Persentase Kematian Ibu Menurut Penyebab Tahun 2024.....	34
V.3	Jumlah Kematian Ibu Berdasarkan Kabupaten/Kota Tahun 2024.....	35
V.4	Cakupan K1, K4 dan K6 Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	37
V.5	Cakupan Imunisasi Td 2+ pada Ibu Hamil Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	38
V.6	Cakupan Persentase Persalinan Ibu Hamil di Fasyankes Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	39
V.7	Cakupan Pelayanan Ibu Nifas (KF Lengkap) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	40
V.8	Cakupan Ibu Nifas Mendapatkan Kapsul Vitamin A Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2022.....	41
V.9	Jumlah kematian Bayi Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	42
V.10	Cakupan Kunjungan Neonatal Lengkap (KN Lengkap) Di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	43
V.11	Cakupan Bayi Baru Lahir Mendapatkan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan Asi Eksklusif Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	44
V.12	Cakupan Balita Memiliki Buku KIA Provinsi Papua Barat Tahun 2024	47
V.13	Cakupan Pelayanan Balita Dipantau Pertumbuhan dan Perkembangan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	47
V.14	Cakupan Pemberian Vitamin A pada Balita 6 - 59 Bulan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	49
V.15	Cakupan Desa/Kelurahan UCI di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	50
V.16	Cakupan Imunisasi pada Bayi di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	52
V.17	Cakupan Balita Ditimbang Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	55
V.18	Prevalensi Balita <i>Underweight</i> (BB/U) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	57
V.19	Prevalensi Balita <i>Stunting</i> (TB/U) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	57

V.20	Prevalensi Balita <i>Wasting</i> (BB/TB) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	58
BAB VI PENGENDALIAN PENYAKIT		
VI.1	Analisis Kaskade Layanan Konseling Tes dan Pengobatan HIV.....	66
VI.2	Analisis Kaskade Layanan Tes dan Pengobatan HIV Januari-Desember 2024.....	67
VI.3	Analisis Kaskade IMS Januari-Desember 2024.....	68
VI.4	Jumlah Kasus AFP (Non Polio) di Papua Barat Tahun 2025.....	86
VI.5	Jumlah Kasus Difteri di Papua Barat Tahun 2024.....	87
VI.6	Jumlah Kasus Tetanus Neonatorum di Papua Barat Tahun 2025.....	88
VI.7	Jumlah Kasus Campak di Papua Barat Tahun 2025.....	89
VI.8	Persentase Cakupan Pelayanan Kesehatan ODGJ Berat Menurut Kabupaten/Kotadi Papua Barat Tahun 2022.....	97
BAB VII KESEHATAN LINGKUNGAN		
VII.1	Cakupan (%) Sarana Air Minum yang diawasi/diperiksa Kualitas Air Minumnya sesuai Standar diKabupaten/Kota di Papua Barat Tahun 2024.....	99
VII.2	Keluarga dengan Akses Terhadap Fasilitas Sanitasi Yang Layak dan Aman Menurut Kabupaten Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024...	100
VII.3	Desa/Kelurahan yang sudah Stop Buang Air Besar Sembarangan Menurut Kabupaten Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	101
VII.4	Persentase Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) Yang Dilakukan Pengawasan Sesuai Standar Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	102
VII.5	Persentase Jasa Boga yang Memenuhi Syarat Kesehatan Menurut Kabupaten Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	103
VII.6	Persentase Restoran yang Memenuhi Syarat Kesehatan (Laik Sehat) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	104
VII.7	Persentase TPP tertentu yang Memenuhi Syarat Kesehatan (Laik Sehat) Menurut Kabupaten Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024..	105
VII.8	Persentase Depot Air Minum yang Memenuhi Syarat Kesehatan (Laik Sehat) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024..	105
VII.9	Persentase Rumah Makan yang Memenuhi Syarat Kesehatan (Laik Sehat) Menurut Kabupaten Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024..	106
VII.10	Persentase Kelompok Gerai Pangan Jajanan yang Memenuhi Syarat Kesehatan (Laik Sehat) Menurut Kabupaten Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	107
VII.11	Persentase Sentra Pangan Jajanan/Kantin yang Memenuhi Syarat Kesehatan (Laik Sehat) Menurut Kabupaten Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024.....	108
VII.12	Persentase TPP Memenuhi Syarat yang Memenuhi Syarat Kesehatan (Laik Sehat) Menurut Kabupaten Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2022.....	109



DINAS KESEHATAN PROVINSI PAPUA BARAT

BAB I



PROFIL KESEHATAN TAHUN 2024

BAB I

GAMBARAN UMUM

PROVINSI PAPUA BARAT

A. KEADAAN GEOGRAFI

Provinsi Papua Barat salah satu Provinsi yang terletak pada ; 0°- 4° Lintang Selatan dan 124° - 132° Bujur Timur, resmi berdiri pada bulan Februari 2003, dengan nama awal Irian Jaya Barat. Letak geografis Provinsi Papua Barat berbatasan langsung dengan :

- Samudera Pasifik di arah utara,
- Sebelah barat berbatasan dengan Laut Banda dan Provinsi Maluku,
- Laut Banda dan Provinsi Maluku dan Provinsi Papua Barat Daya diarah selatan,
- Dan sebelah timur berbatasan dengan Provinsi Papua Tengah dan Teluk Cendrawasih.

Provinsi Papua Barat terbagi menjadi 7 Kabupaten. Luas wilayah Provinsi Papua Barat adalah 60.275,33 km². Kabupaten dengan wilayah terluas adalah Kabupaten Teluk Bintuni dengan luas wilayah sebesar 19.943,29 km². Sedangkan Kabupaten dengan luas paling kecil adalah Kabupaten Manokwari Selatan dengan luas wilayah 1.837,10 km².

Tabel I.1. : Total Luas Wilayah Kabupaten/Kota (Km²)

No	Kabupaten	Luas Wilayah (Km ²)
1	Fakfak	9.736,55
2	Kaimana	17.849,22
3	Teluk Wondama	4.847,34
4	Teluk Bintuni	19.943,29
5	Manokwari	2.763,02
6	Manokwari Selatan	1.837,10
7	Pegunungan Arfak	3.298,81
Papua Barat		60.275,33

Sumber : BPS Prov. Papua Barat Tahun 2024

B. JUMLAH DESA/KELURAHAN MENURUT KABUPATEN/KOTA DAN LETAK GEOGRAFIS DI PROVINSI PAPUA BARAT TAHUN 2024

Tabel I.2 : Jumlah Desa/Kelurahan Menurut Kabupaten/Kota dan Letak Geografis

No	Kabupaten/Kota	Tepi Laut	Bukan Tepi Laut	Jumlah Desa
1	Fakfak	107	42	149
2	Kaimana	60	26	86
3	Teluk Wondama	64	13	77
4	Teluk Bintuni	37	225	262
5	Manokwari	70	103	173
6	Manokwari Selatan	17	40	57
7	Pegunungan Arfak	0	166	166
Jumlah		355	615	970

Sumber : BPS Prov. Papua Barat Tahun 2024

C. KEADAAN PENDUDUK

1. Jumlah Penduduk

Kependudukan dapat diartikan sebagai segala hal yang berhubungan dengan jumlah, umur, perkawinan, agama, jenis kelamin, kelahiran, kematian, jenis kelamin, kualitas, mobilitas dan juga ketahanan yang berkaitan dengan ekonomi, sosial, budaya, dan politik.

Perubahan jumlah penduduk merupakan fenomena kompleks yang dipengaruhi oleh berbagai faktor. Peningkatan jumlah penduduk tidak selalu berdampak positif, seperti meningkatnya kebutuhan akan sumber daya dan pekerjaan. Di sisi lain, penurunan jumlah penduduk juga bisa berdampak negatif, seperti menciutkan pasar tenaga kerja dan memperlambat pertumbuhan ekonomi.

Penyajian data kependudukan berskala provinsi (pasal 6 UU NO. 24 Tahun 2013) dan penyajian data kependudukan berskala kabupaten/kota (pasal 7 UU NO. 24 Tahun 2013) berasal dari data kependudukan yang telah dikonsolidasikan dan dibersihkan oleh Kementerian Dalam Negeri. Data Kependudukan diterbitkan secara berkala, untuk skala Nasional, skala Provinsi dan Kabupaten/Kota diterbitkan per semester yaitu semester pertama diterbitkan tiap tanggal 30 Juni dan semester kedua diterbitkan tanggal 31 Desember setiap tahun kelender (penjelasan pasal 5 s/d 7 UU No. 24 Tahun 2013).

Jumlah penduduk Provinsi Papua Barat pada tahun 2025 berdasarkan hasil proyeksi penduduk Papua Barat 2020-2035 berjumlah sekitar 587 ribu jiwa dengan

rasio jenis kelamin sebesar 110,46. Dari total penduduk di Provinsi Papua Barat tahun 2025, kelompok umur dengan jumlah terbanyak adalah kelompok umur 0-4 tahun dengan jumlah 58 ribu jiwa. Kabupaten dengan jumlah penduduk terbanyak adalah Kabupaten Manokwari dengan jumlah penduduk sebesar 208 ribu jiwa, dan Kabupaten dengan jumlah penduduk paling sedikit adalah Kabupaten Manokwari selatan dengan jumlah penduduk 39 ribu jiwa.

Tabel I.3 : Jumlah Penduduk Menurut Kabupaten/Kota Provinsi Papua Barat Tahun 2024

No	Kabupaten/Kota	Tahun 2020	Tahun 2024
1	Fakfak	85,2	90,17
2	Kaimana	62,26	66,66
3	Teluk Wondama	41,64	45,56
4	Teluk Bintuni	87,08	91,06
5	Manokwari	192,66	204,96
6	Manokwari Selatan	35,95	38,82
7	Pegunungan Arfak	38,21	41,47
Papua Barat		543,00	578,70

Sumber : BPS Prov. Papua Barat Tahun 2024

2. Rata-rata Jiwa/Rumah Tangga

Rata-rata banyaknya anggota rumah tangga di Provinsi Papua Barat pada tahun 2024 adalah 4,5 jiwa per rumah tangga. Ini berarti, secara rata-rata, setiap rumah tangga di Papua Barat memiliki 4,5 orang anggota.

Lebih detail, data dari [Badan Pusat Statistik \(BPS\) Provinsi Papua Barat](#) menunjukkan bahwa pada tahun 2024, jumlah rumah tangga di Papua Barat mencapai 211.900, dengan rata-rata banyaknya anggota rumah tangga adalah 4,5 orang.

Perlu diperhatikan bahwa angka ini adalah angka rata-rata, dan bisa berbeda di setiap kabupaten/kota di Papua Barat. Misalnya, Kabupaten Manokwari dan Manokwari Selatan memiliki rata-rata anggota rumah tangga yang sama yaitu 4,4, sementara Kabupaten Pegunungan Arfak sedikit lebih tinggi yaitu 4,5.

3. Kepadatan Penduduk (per KM2)

Tabel I.4 : Kepadatan Penduduk Tahun 2020 dan 2024

No	Kabupaten/Kota	Tahun 2020	Tahun 2024
1	Fakfak	5,95	9,26
2	Kaimana	3,83	3,73
3	Teluk Wondama	10,54	9,40
4	Teluk Bintuni	4,18	4,57
5	Manokwari	60,47	74,18
6	Manokwari Selatan	12,78	21,13
7	Pegunungan Arfak	13,77	12,57
Papua Barat		111,52	134,84

Sumber : BPS Prov. Papua Barat Tahun 2024

4. Rasio Beban Tanggungan

Tabel I.5 : Rasio Beban Tanggungan Tahun 2024

NO	KELOMPOK UMUR (TAHUN)	JUMLAH PENDUDUK			RASIO JENIS KELAMIN
		LAKI-LAKI	PEREMPUAN	LAKI-LAKI + PEREMPUAN	
1	2	3	4	5	6
1	0 - 4	28.839	27.769	56.608	103,9
2	5 - 9	24.847	23.934	48.781	103,8
3	10 - 14	24.311	23.131	47.442	105,1
4	15 - 19	26.906	24.523	51.429	109,7
5	20 - 24	27.488	25.110	52.598	109,5
6	25 - 29	28.462	25.618	54.080	111,1
7	30 - 34	26.591	23.800	50.391	111,7
8	35 - 39	25.442	22.353	47.795	113,8
9	40 - 44	22.804	19.741	42.545	115,5
10	45 - 49	19.998	16.944	36.942	118,0
11	50 - 54	16.295	13.916	30.211	117,1
12	55 - 59	12.175	10.553	22.728	115,4
13	60 - 64	8.896	7.543	16.439	117,9
14	65 - 69	5.590	4.907	10.497	113,9
15	70 - 74	3.254	2.837	6.091	114,7
16	75+	2.243	1.876	4.119	119,6
KABUPATEN/KOTA		304.141,00	274.555,00	578.696	110,78
ANGKA BEBAN TANGGUNGAN (DEPENDENCY RATIO)				42,83	

Sumber : BPS Prov. Papua Barat Tahun 2024

Tabel tersebut menyajikan gambaran struktur penduduk Provinsi Papua Barat pada tahun 2024 berdasarkan kelompok umur dan jenis kelamin. Data dibagi menjadi dua kategori utama, yaitu penduduk laki-laki dan perempuan, kemudian dijumlahkan untuk mendapatkan total populasi per kelompok umur. Selain itu, tabel memuat rasio jenis kelamin (sex ratio), yaitu perbandingan jumlah laki-laki terhadap perempuan pada setiap kelompok umur.

Secara umum, total penduduk Provinsi Papua Barat pada tahun 2024 berjumlah 578.696 jiwa, terdiri atas 304.141 laki-laki dan 274.555 perempuan, menghasilkan rasio jenis kelamin 110,78, artinya terdapat sekitar 110 laki-laki untuk setiap 100 perempuan. Penduduk usia muda (0–14 tahun) masih menunjukkan proporsi yang cukup besar. Kelompok umur 0–4 tahun memiliki jumlah 56.608 jiwa, sedangkan kelompok 5–9 tahun dan 10–14 tahun masing-masing 48.781 jiwa dan 47.442 jiwa. Hal ini menunjukkan bahwa Papua Barat masih memiliki struktur penduduk usia muda yang relatif besar.

Pada kelompok umur produktif (15–64 tahun), jumlah penduduk cenderung stabil dan meningkat pada rentang usia 15–34 tahun. Kelompok umur 15–19 tahun mencapai 51.429 jiwa, dan kelompok umur 25–29 tahun memiliki populasi terbesar di usia produktif, yaitu 54.080 jiwa. Kelompok umur produktif selanjutnya secara bertahap menurun pada usia di atas 40 tahun.

Untuk kelompok usia lanjut (65 tahun ke atas), jumlah penduduk relatif kecil. Kelompok umur 65–69 tahun hanya berjumlah 10.497 jiwa, sedangkan penduduk berumur 75 tahun ke atas hanya mencapai sekitar 4.119 jiwa.

Maka Nilai angka beban tanggungan ditunjukkan sebesar 42,83, yang berarti bahwa setiap 100 orang usia produktif menanggung sekitar 42 orang yang berada pada usia tidak produktif (0–14 tahun dan 65+). Nilai ini menunjukkan tingkat ketergantungan yang relatif moderat.

5. Rasio Jenis Kelamin

Rasio jenis kelamin (sex ratio) di Provinsi Papua Barat pada tahun 2024 adalah 110,78, artinya terdapat 110 laki-laki untuk setiap 100 perempuan. Ini berdasarkan data kependudukan yang dirilis oleh Badan Pusat Statistik (BPS) Papua Barat. Secara lebih rinci, pada tahun 2024, jumlah penduduk laki-laki di Papua Barat adalah 304.141 jiwa, sedangkan penduduk perempuan berjumlah 274.555 jiwa. Ini menghasilkan rasio jenis kelamin 110,78 ($304.141 / 274.555 * 100$).

Perlu dicatat bahwa rasio jenis kelamin ini berbeda-beda di setiap wilayah di Papua Barat, dengan beberapa daerah memiliki rasio yang lebih tinggi atau lebih rendah dari angka provinsi secara keseluruhan.

Struktur penduduk Provinsi Papua Barat dapat diketahui dari komposisi penduduk menurut kelompok umur. Piramida penduduk memperlihatkan struktur penduduk yang dibagi menurut kelompok umur dan jenis kelamin. Dari komposisi struktur penduduk menurut kelompok umur pada piramida tersebut, terlihat bahwa bentuk piramida berbentuk piramida *ekspansive* atau piramida muda. Hal ini tampak dari bentuk piramida penduduk yang lebih terdistribusi ke dalam kelompok umur usia muda atau piramida yang memiliki alas yang lebar, dicirikan dengan tingkat kelahiran yang masih tinggi. Selain itu dilihat dari besarnya median umur, penduduk Provinsi Papua Barat tahun 2024 tergolong ke dalam penduduk umur *intermediate* atau menengah.

Implikasi dari struktur penduduk muda adalah besarnya persentase penduduk yang bersiap memasuki batas penduduk usia kerja (*economically active population*) dan besarnya rasio ketergantungan (*dependency ratio*). Batas bawah usia kerja di Indonesia adalah umur 15 tahun. Setelah memasuki usia tersebut, maka mereka disebut sebagai penduduk usia kerja. Penduduk usia kerja dibagi menjadi angkatan kerja dan bukan angkatan kerja. Bila penduduk usia kerja tidak melakukan salah satu aktivitas dalam kelompok bukan angkatan kerja maka termasuk ke dalam kriteria angkatan kerja. Dan bila dalam angkatan kerja tidak melakukan aktivitas kerja maka kelompok ini termasuk ke dalam kriteria pengangguran (*unemployment*). Dengan jumlah penduduk muda yang besar tentu potensi jumlah penduduk yang akan terjun ke dalam angkatan kerja juga menjadi besar, untuk itu pemerintah harus bersiap menyediakan lapangan pekerjaan untuk menampung jumlah angkatan kerja yang besar ini. Bila permintaan akan tenaga kerja lebih kecil dari jumlah pencari kerja, maka yang akan terjadi adalah terciptanya pengangguran.

Salah satu implikasi lain dari struktur penduduk muda adalah tingkat beban ketergantungan yang tinggi. Rasio ketergantungan (*dependency ratio*) digunakan sebagai indikator yang secara kasar dapat menunjukkan keadaan ekonomi suatu daerah apakah tergolong daerah maju atau daerah yang sedang berkembang. Semakin tinggi persentase beban ketergantungan menunjukkan semakin tingginya beban yang harus ditanggung penduduk yang produktif untuk menanggung hidup penduduk yang belum produktif dan tidak produktif lagi. Demikian pula sebaliknya.

D. Pendidikan

Pada tahun 2024, Angka Partisipasi Murni (APM) di Provinsi Papua Barat yang paling tinggi ada pada jenjang SD/MI/Sederajat yaitu sebesar 95,15 persen. Sedangkan Angka Partisipasi Kasar (APK) tertinggi juga ada pada jenjang SD/MI/Sederajat yaitu sebesar 108,57 persen. Angka Melek Aksara pada penduduk berusia 15 tahun ke atas di Provinsi Papua Barat adalah sebesar 97,89 persen. Bila melihat berdasarkan Klasifikasi Desa/Perkotaan, Angka Melek Aksara di perkotaan adalah sebesar 99,56 persen dan di pedesaan adalah sebesar 97,14 persen.

1. Angka Melek Aksara Provinsi Papua Barat Menurut Jenis Kelamin, Klasifikasi Desa dan Kelompok Umur, 2023 dan 2024.

Tabel I.6 : Angka Melek Aksara Provinsi Papua Barat

Jenis Kelamin, Klasifikasi Desa, dan Kelompok Umur	2023	2024
Laki-laki		
15-24	99,90	99,56
15-59	98,77	98,83
15+	98,05	98,20
60+	90,44	91,75
Perempuan		
15-24	99,65	99,98
15-59	97,65	98,44
15+	96,91	97,54
60+	88,37	88,22
Perkotaan		
15-24	100,00	99,99
15-59	99,55	99,68
15+	99,55	99,56
60+	99,47	98,39
Perdesaan		
15-24	99,68	99,66
15-59	97,66	98,18
15+	96,61	97,14
60+	84,80	86,35
Jumlah		
15-24	99,78	99,76
15-59	98,24	98,64
15+	97,51	97,89
60+	89,49	90,10

Sumber : BPS Prov. Papua Barat Tahun 2024



DINAS KESEHATAN PROVINSI PAPUA BARAT

BAB II



PROFIL KESEHATAN TAHUN 2024

BAB II

SARANA KESEHATAN

Derajat kesehatan masyarakat suatu daerah salah satunya dipengaruhi oleh keberadaan sarana kesehatan. Sarana kesehatan yang akan di ulas pada bagian ini terdiri dari sarana fasilitas pelayanan kesehatan, sarana kefarmasian, serta Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM). Fasilitas pelayanan kesehatan yang dibahas pada bagian ini terdiri dari puskesmas dan rumah sakit.

Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan menyatakan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan adalah tempat dan/atau alat yang digunakan untuk menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan kepada perseorangan ataupun masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.

A. PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT (PUSKESMAS)

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat menyebutkan bahwa puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan dan mengoordinasikan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif di wilayah kerjanya. Puskesmas mempunyai tugas menyelenggarakan dan mengoordinasikan Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif dengan mengutamakan promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Selain melaksanakan tugas tersebut, puskesmas memiliki fungsi penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan primer di wilayah kerjanya sebagai pelayanan kesehatan yang terdekat dengan masyarakat sebagai kontak pertama pelayanan kesehatan yang diselenggarakan secara terintegrasi dengan tujuan:

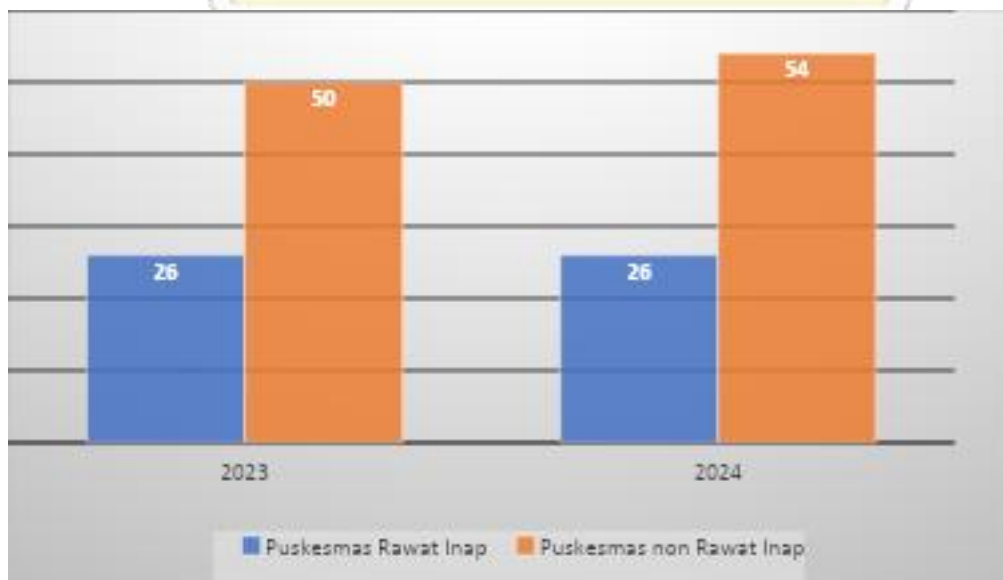
1. pemenuhan kebutuhan kesehatan dalam setiap fase kehidupan;
2. perbaikan determinan kesehatan atau faktor yang mempengaruhi kesehatan yang terdiri atas determinan sosial, ekonomi, komersial, dan lingkungan; dan
3. penguatan kesehatan perseorangan, keluarga, dan masyarakat.

Upaya kesehatan masyarakat adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat. Upaya kesehatan perseorangan

adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.

Jumlah Puskesmas di Provinsi Papua Barat Tahun 2024 tercatat sebanyak 80 puskesmas, yang terdiri dari 26 Puskesmas rawat inap dan 54 Puskesmas Non-rawat inap. Berdasarkan profil Dinas Kesehatan Tahun 2023, Jumlah Puskesmas di Papua Barat adalah 76 puskesmas, artinya terdapat peningkatan jumlah Puskesmas dari Tahun 2023 ke Tahun 2024. Hal ini mengindikasikan adanya upaya peningkatan pemberdayaan masyarakat dalam upaya promotif dan preventif. Pada grafik II.1 merupakan gambaran jumlah puskesmas di Papua Barat dari Tahun 2023-2024.

Grafik II.1 : Jumlah Puskesmas Provinsi Papua Barat Tahun 2023-2024



Sumber : Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2024

B. SARANA PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN (RUMAH SAKIT)

1. Jumlah Rumah Sakit

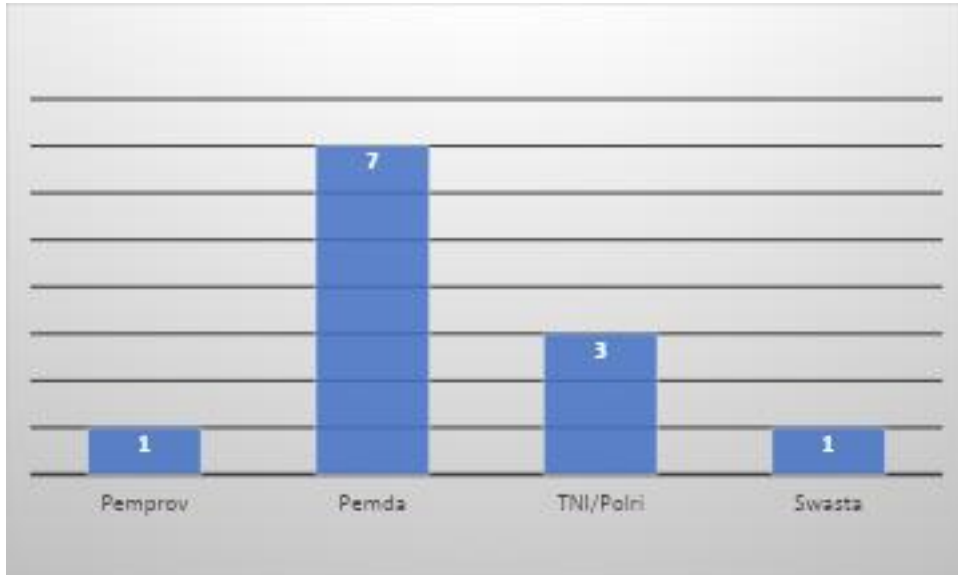
Rumah Sakit adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui Pelayanan Kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan atau paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan Gawat Darurat.

Jumlah Rumah Sakit di Papua Barat tahun 2024 berjumlah 12 RS, yang mencakup Rumah Sakit Umum dan Khusus Milik Pemerintah Daerah Provinsi atau Kabupaten/Kota, TNI/Polri, BUMN dan Swasta.

Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat selain upaya promotif dan preventif, diperlukan juga upaya kuratif dan rehabilitatif. Upaya

kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif dapat diperoleh melalui rumah sakit yang juga berfungsi sebagai penyedia pelayanan kesehatan rujukan.

Grafik II.2 : Jumlah Rumah Sakit di Provinsi Papua Barat Tahun 2024

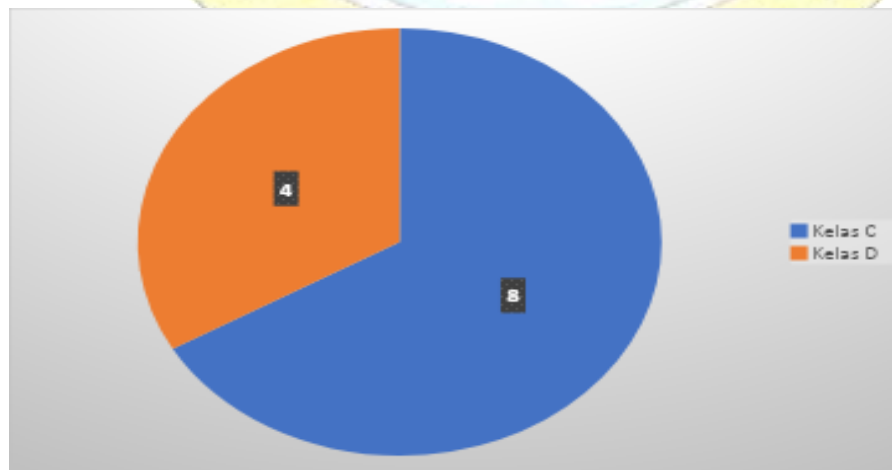


Sumber : Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2024

2. Kelas Rumah Sakit

Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, dan Rumah Sakit umum diklasifikasikan berdasarkan kriteria bangunan dan prasarana, kemampuan pelayanan, sumber daya manusia, dan peralatan. Klasifikasi Rumah Sakit terdiri atas RS kelas C, RS kelas D, dan RS kelas D Pratama. Klasifikasi RS di Provinsi Papua Barat Tahun 2024 dapat dilihat pada gambar II.3 berikut.

Grafik II.3 : Proporsi Klasifikasi Rumah Sakit di Provinsi Papua Barat Tahun 2024



Sumber : Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2024

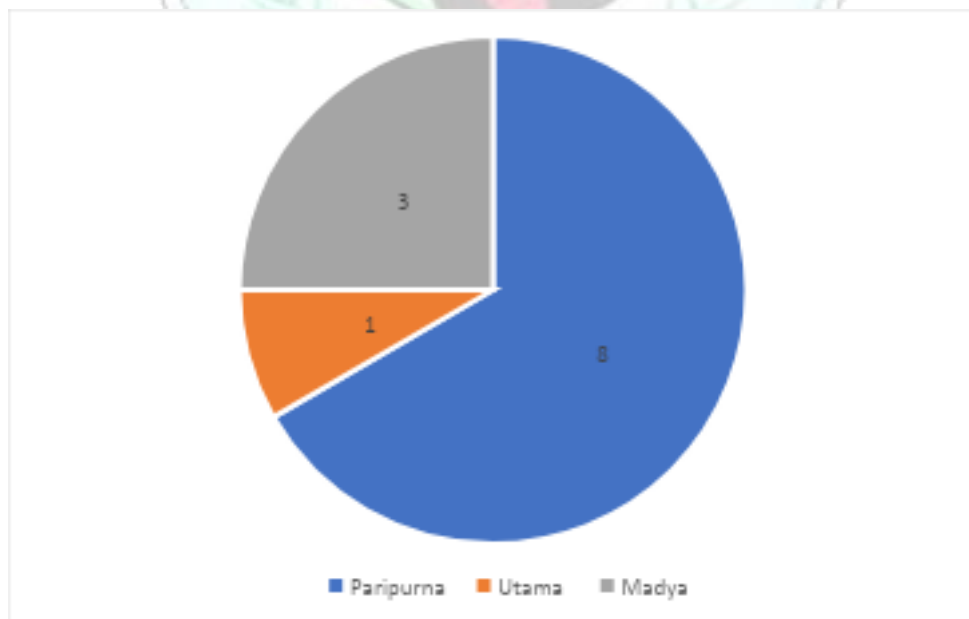
Jumlah Rumah Sakit Kelas C ada 8 yaitu RSUD Fakkaf, RSUD Kaimana, RSUD dr. Alberth H. Torey, RSUD Teluk Bintuni, RSUD Manokwari, RSAL dr. Azhar Zahir, RSUD Provinsi Papua Barat, dan RSUD Elia Waran. Jumlah Rumah Sakit Kelas D ada 4 yaitu, RS Tingkat IV 18.07.02 J.A Dimara, RS Pratama Warmare, RS Bhayangkara Lodewijk Mandatjan dan RS Divari Medical Center.

3. Akreditasi Rumah Sakit

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit disebutkan bahwa Akreditasi Rumah Sakit adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan Rumah Sakit. Pengaturan Akreditasi bertujuan untuk (a) meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit dan melindungi keselamatan pasien Rumah Sakit; (b) meningkatkan perlindungan bagi masyarakat, sumber daya manusia di Rumah Sakit dan Rumah Sakit sebagai institusi; (c) mendukung program Pemerintah di bidang kesehatan; dan (d) meningkatkan profesionalisme Rumah Sakit Indonesia di mata Internasional.

Setiap Rumah Sakit wajib terakreditasi. Akreditasi diselenggarakan secara berkala paling sedikit setiap 4 (empat) tahun. Akreditasi dilakukan oleh Rumah Sakit paling lama setelah beroperasi 2 (dua) tahun sejak memperoleh izin operasional untuk pertama kali. Akreditasi dilaksanakan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang berasal dari dalam atau luar negeri.

Grafik II.4 : Proporsi Akreditasi Rumah Sakit di Provinsi Papua Barat Tahun 2024



Sumber : Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Rumah Sakit di Provinsi Papua Barat yang sudah terakreditasi ada 12 Rumah Sakit. Akreditasi Madya ada 3 yaitu RSUD Fakfak, RS Pratama Warmare, dan RSUD Elia Waran. Akreditasi Utama ada 1 yaitu RS Divari Medical Center. Akreditasi Paripurna ada 8 yaitu RSUD Kaimana, RSUD dr. Alberth H. Torey, RSUD Teluk Bintuni, RSUD Manokwari, RS Tingkat IV 18.07.02 J.A Dimara, RSAL dr. Azhar Zahir, RS Bhayangkara Lodewijk Mandatjan, dan RSUD Provinsi Papua Barat.

C. SARANA KEFARMASIAN

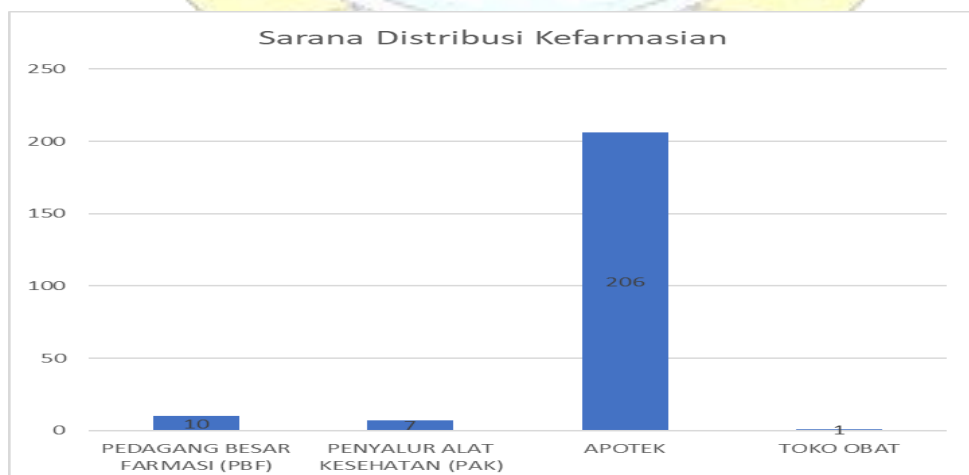
1. Sarana Produksi dan Distribusi Bidang Kefarmasian

Salah satu kebijakan pelaksanaan dalam Program Obat dan Perbekalan Kesehatan adalah pengendalian obat dan perbekalan kesehatan diarahkan untuk menjamin keamanan, khasiat dan mutu sediaan farmasi dan alat kesehatan. Hal ini bertujuan untuk melindungi masyarakat dari bahaya yang disebabkan oleh penyalahgunaan sediaan farmasi atau penggunaan yang salah/tidak tepat serta tidak memenuhi mutu keamanan dan pemanfaatan yang dilakukan sejak proses produksi, distribusi hingga penggunaannya di masyarakat.

Cakupan sarana produksi bidang kefarmasian dan menggambarkan tingkat ketersediaan sarana pelayanan kesehatan yang melakukan upaya produksi di bidang kefarmasian. Papua Barat tidak terdapat sarana produksi bidang kefarmasian.

Tahun 2024 terdapat 224 sarana distribusi di Provinsi Papua Barat. Rincian jumlah sarana distribusi kefarmasian berdasarkan jenis pada tahun 2024 terdapat pada Gambar II.5 berikut.

Grafik II.5 : Jumlah sarana Distribusi Kefarmasian di Provinsi Papua Barat Tahun 2024



Sumber : Bidang Sumber Daya Kesehatan Dinas Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Cakupan sarana distribusi bidang kefarmasian menggambarkan tingkat ketersediaan sarana pelayanan kesehatan yang melakukan upaya distribusi di bidang kefarmasian. Yang termasuk sarana distribusi di bidang kefarmasian di Papua Barat antara lain penyalur alat kesehatan (PAK), pedagang besar farmasi (PBF), Toko Obat dan Apotek.

2. Ketersediaan Obat

Obat merupakan salah satu komoditi kesehatan yang memiliki peranan penting dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan pada masyarakat. Obat harus tersedia secara cukup, baik item dan jumlahnya sesuai dengan kebutuhan masyarakat akan obat, sehingga pelayanan kesehatan tidak terhambat.

Salah satu indikator sasaran strategis Kementerian Kesehatan yaitu terwujudnya pelayanan kesehatan primer yang komprehensif dan berkualitas melalui pemenuhan sarana, prasarana, obat, BMHP, dan alat kesehatan pelayanan kesehatan primer. Tingkat keberhasilan pemenuhan obat diukur berdasarkan jumlah kab/kota yang memiliki minimal 80% puskesmas dengan ketersediaan minimal 80% dari 40 item obat indikator

Pemantauan ketersediaan di Puskesmas dilakukan terhadap 40 item obat indikator yang merupakan obat pendukung Program Kesehatan Ibu dan Anak, Program Gizi, Program TB Paru, Program Malaria, Program Kesehatan Jiwa, Program HIV-AIDS, serta obat pelayanan kesehatan dasar esensial dan terdapat di dalam Formularium Nasional.

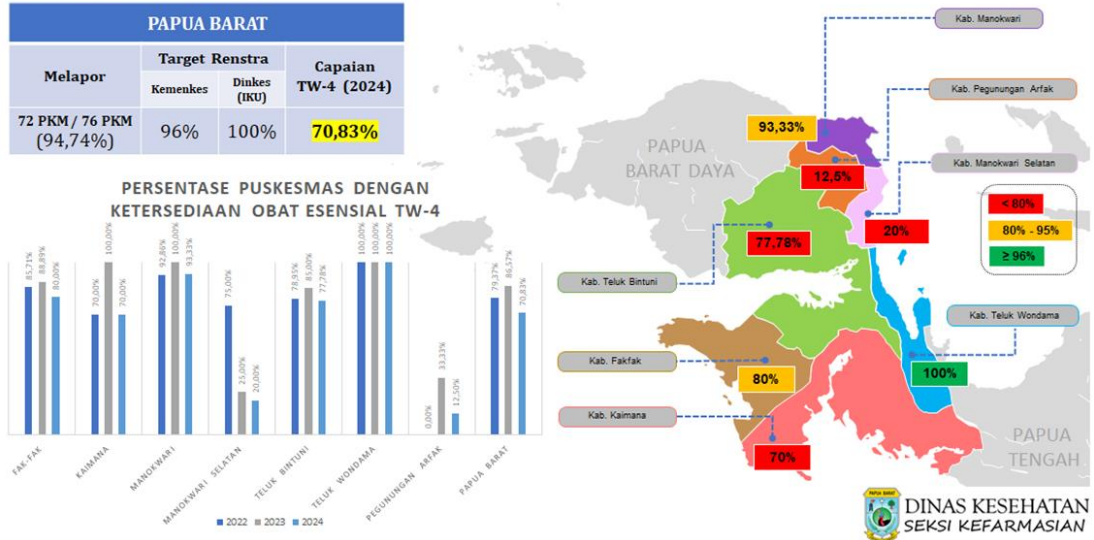
Dari hasil evaluasi pelaporan melalui aplikasi e-monev obat pada triwulan-4 tahun 2024 terdapat 72 puskesmas yang melapor dari 76 puskesmas di Provinsi Papua Barat. Diperoleh jumlah puskesmas yang memiliki 80% obat esensial adalah sebesar 51 puskesmas dari 72 puskesmas yang melapor sehingga Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat Esensial di Provinsi Papua Barat triwulan-4 tahun 2024 sebesar **70,83%**.

Grafik II.6 : Persentase ketersediaan obat di Puskesmas Tahun 2024

Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat Esensial

"Jumlah Puskesmas yang memiliki 80% Obat Esensial dari 40 item obat indikator pada saat dilakukan pemantauan"

Update e-Manev Obat per 16 Januari 2025

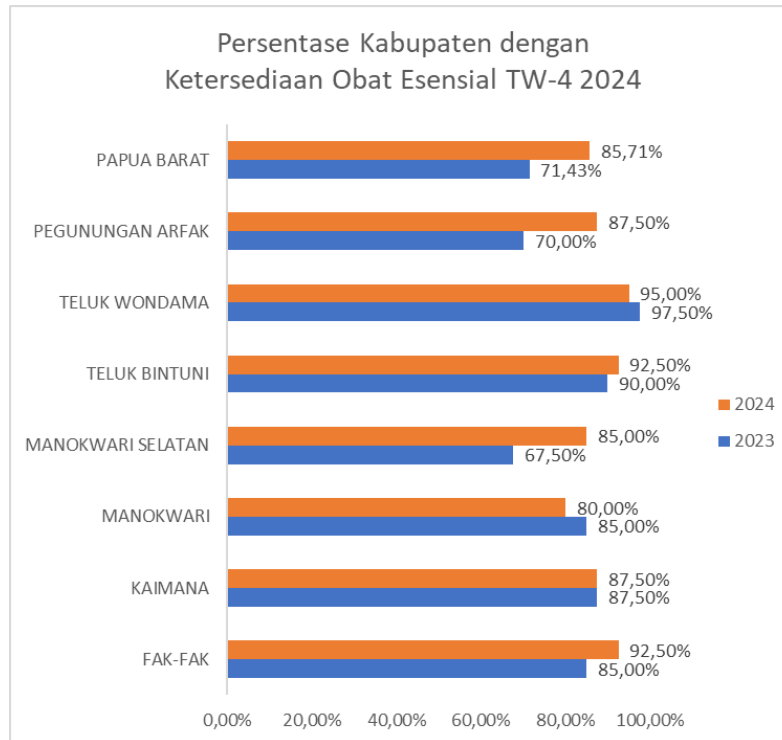


Sumber : Bidang Sumber Daya Kesehatan Dinas Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Selain Puskesmas, kabupaten juga dipantau ketersediaan obat esensialnya, melalui aplikasi Bank Data e-logistik, kabupaten dipantau terhadap 40 item obat esensial sesuai dengan formularium nasional. Pada triwulan-4 tahun 2024 diperoleh hasil terdapat 6 kabupaten yang memiliki $\geq 85\%$ ketersediaan obat esensial diantaranya : Kab. Teluk Wondama (95%), Kab. Fakfak (92,50%), Kab. Teluk Bintuni (92,50%), Kab. Kaimana (87,50%), Kab. Pegunungan Arfak (87,50%), dan Kab. Manokwari Selatan (85%), sementara yang tidak memenuhi 85% ketersediaan obat esensial adalah Kab. Manokwari (80%).

Sehingga diperoleh persentase kabupaten dengan ketersediaan obat esensial di Provinsi Papua Barat triwulan-4 tahun 2024 adalah **85,71%**, lebih tinggi dibandingkan hasil triwulan-4 tahun 2023 dan memenuhi target Renstra Kementerian Kesehatan (85%) namun belum memenuhi target Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat (100%) di tahun 2024.

Grafik II.7 : Persentase ketersediaan obat di Kabupaten Tahun 2024



Sumber : Bidang Sumber Daya Kesehatan Dinas Provinsi Papua Barat Tahun 2024

D. UPAYA KESEHATAN BERSUMBERDAYA MASYARAKAT (UKBM)

Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) merupakan bentuk partisipasi/peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Bentuk peran serta masyarakat dapat diwujudkan dalam berbagai bentuk yaitu manusianya, pendanaannya, aktivitasnya dan kelembagaannya seperti posyandu, pos lansia, polindes, PKD, pos UKK, poskestren, KP-KIA, Toga, BKB, posbindu, Pos malaria desa, Pos Tb desa dan masih banyak lainnya. Upaya kesehatan bersumber daya masyarakat yang dibahas pada bagian ini adalah Posyandu dan Posbindu.

1. Posyandu

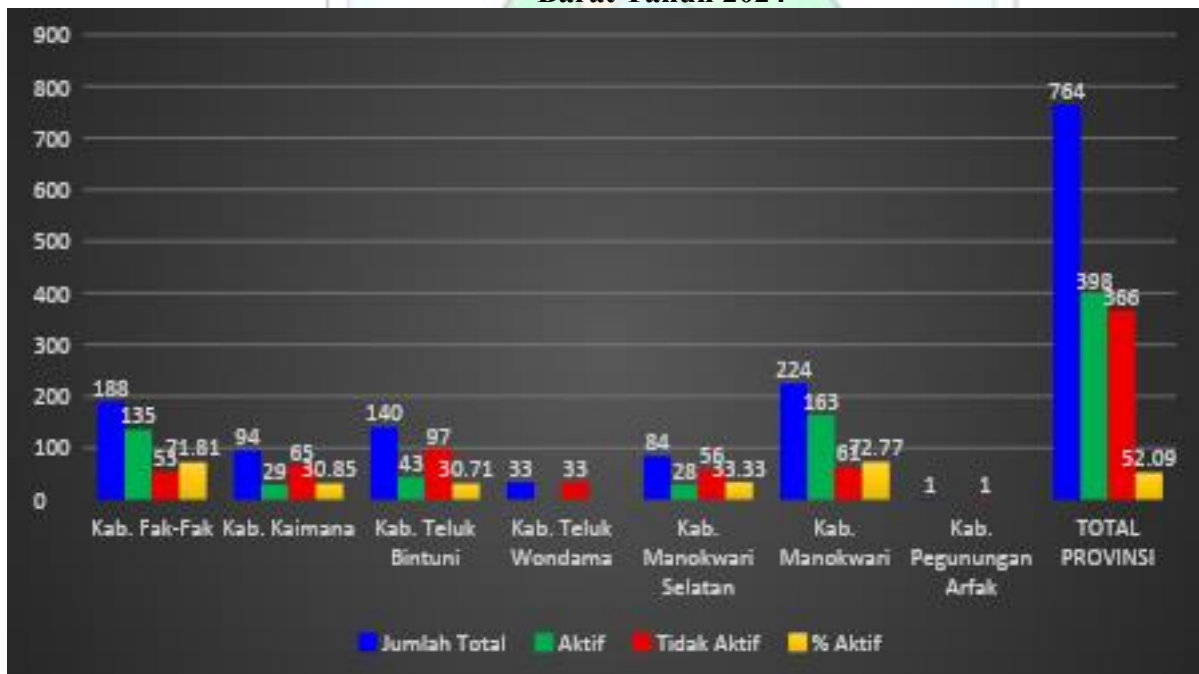
Posyandu merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar, utamanya lima program prioritas yang meliputi (KIA; KB; Gizi; Imunisasi; penanggulangan diare dan ISPA) dengan tujuan mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi.

Tabel II.1 : Jumlah Posyandu di Papua Barat

No	Kabupaten	Jumlah Posyandu
1	Kab. Fak-Fak	188
2	Kab. Kaimana	94
3	Kab. Teluk Bintuni	140
4	Kab. Teluk Wondama	33
5	Kab. Manokwari Selatan	84
6	Kab. Manokwari	224
7	Kab. Pegunungan Arfak	1
	TOTAL PROVINSI	764

Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Grafik II.8 : Presentase Posyandu aktif per Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Berdasarkan data rekapitulasi pelayanan kesehatan dasar di Provinsi Papua Barat tahun 2024, terdapat total 764 unit Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) yang tersebar di tujuh kabupaten. Data ini memberikan gambaran krusial mengenai

aksesibilitas dan keberlanjutan layanan kesehatan berbasis masyarakat di wilayah tersebut.

Secara agregat, kinerja operasional Posyandu di tingkat provinsi menunjukkan tantangan yang signifikan. Dari total 764 unit, tercatat hanya 398 Posyandu yang berstatus Aktif (52,09%), sementara mayoritas sisanya, yakni 366 Posyandu, berstatus Tidak Aktif (47,91%). Angka ini mengindikasikan bahwa lebih dari separuh infrastruktur kesehatan masyarakat di tingkat akar rumput tidak beroperasi secara optimal.

Analisis Data per kabupaten menunjukkan adanya disparitas kinerja yang jelas:

1. Kabupaten Kaimana: memiliki jumlah Posyandu (94 Posyandu), kabupaten ini memiliki beban operasional cukup besar dengan Geografis yang sulit. Namun, tingkat keaktifannya masih di bawah 50%, dengan 29 Posyandu aktif berbanding 65 tidak aktif.
2. Kabupaten Manokwari & Fakfak: Kedua kabupaten ini menjadi benchmark kinerja positif. Kabupaten Manokwari mencatat tingkat keaktifan sebesar 72,77% (163 aktif dari 224 total), sedangkan Kabupaten Fakfak mencatat tingkat keaktifan tertinggi sebesar 71,81% (135 aktif dari 188 total).
3. Kabupaten Teluk Bintuni: memiliki wilayah yang luas ini berada pada performa rendah. Teluk Bintuni memiliki sedikit Posyandu aktif (43 Posyandu) dibandingkan yang tidak aktif (97 Posyandu).
4. Kabupaten Manokwari Selatan: memiliki sedikit Posyandu aktif (28 Posyandu) dibandingkan yang tidak aktif (56 Posyandu),
5. Pegunungan Arfak & Teluk Wondama: Data menunjukkan kondisi kritis di ketiga wilayah ini. Kabupaten Kabupaten Teluk Wondama mencatat 0% keaktifan 33 Posyandu berstatus tidak aktif. Serupa dengan itu, Kabupaten, Pegunungan Arfak yang hanya memiliki 1 Posyandu juga tidak aktif..

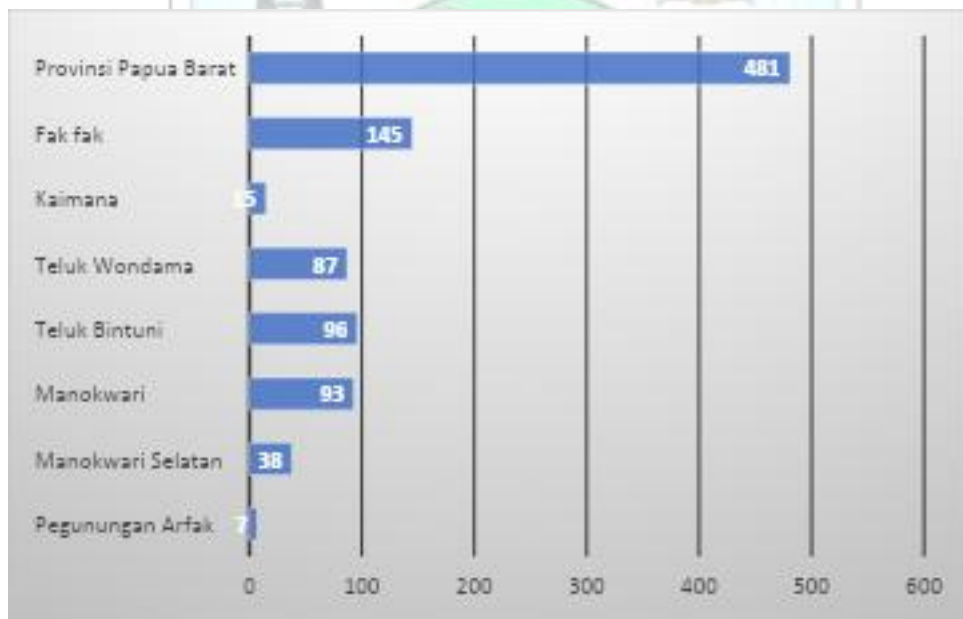
Kesimpulan: Ketimpangan status operasional Posyandu antar-kabupaten ini menuntut adanya evaluasi kebijakan yang spesifik. Intervensi mendesak diperlukan khususnya bagi Kabupaten Teluk Wondama dan Pegunungan Arfak untuk merevitalisasi fungsi Posyandu sebagai garda terdepan pelayanan kesehatan ibu dan anak.

2. Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM)

Posbindu PTM yang mulai dikembangkan pada tahun 2011 merupakan wujud peran serta masyarakat dalam melakukan kegiatan deteksi dini dan pemantauan faktor risiko PTM utama yang dilaksanakan secara terpadu, rutin, dan periodik. Kegiatan Posbindu PTM juga terintegrasi secara rutin di masyarakat, seperti di lingkungan tempat tinggal dalam wadah desa/kelurahan siaga aktif. Tujuan Posbindu PTM adalah meningkatkan peran serta masyarakat dalam pencegahan dan penemuan dini faktor risiko PTM. Sasaran utama kegiatan adalah kelompok masyarakat sehat, berisiko dan penyandang PTM berusia 15 tahun ke atas.

Jumlah Posbindu PTM Tahun 2024 di Provinsi Papua Barat sebanyak 481 Posbindu, jika dilihat menurut Kabupaten/kota, kabupaten Fakfak merupakan kabupaten/kota dengan jumlah Posbindu PTM terbanyak (145 Posbindu) dan terendah di Kab. Pegunungan Arfak (7 Posbindu).

Grafik II.9 : Distribusi Posbindu PTM Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Papua Barat Tahun 20



DINAS KESEHATAN PROVINSI PAPUA BARAT

BAB III



PROFIL KESEHATAN TAHUN 2024

BAB III

SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) merupakan salah satu subsistem dalam Sistem Kesehatan Nasional yang mempunyai peranan penting dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan sebagai pelaksana upaya dan pelayanan kesehatan. Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, sumber daya manusia kesehatan adalah tenaga kesehatan (termasuk tenaga kesehatan strategis) dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan. Penyelenggaraan subsistem sumber daya manusia kesehatan terdiri dari perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu sumber daya manusia kesehatan.

Pengembangan dan pemberdayaan SDMK merupakan salah satu program teknis sehingga memerlukan perhatian yang sama dengan program-program kesehatan lainnya. Pada bab ini, akan dibahas mengenai SDMK terutama fokus kepada jumlah tenaga kesehatan dan rasio tenaga kesehatan.

A. JUMLAH TENAGA KESEHATAN

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan menyatakan bahwa tenaga kesehatan memegang peranan penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat sehingga akan terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi serta sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum sebagaimana dimaksud dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. 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. Tenaga di bidang kesehatan terdiri atas tenaga kesehatan dan asisten tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan dikelompokkan kedalam beberapa jenis, yang terdiri dari: tenaga medis, tenaga fisiologis klinis, tenaga keperawatan, tenaga bidan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan

masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, tenaga keteknisan medis, tenaga teknik biomedika, tenaga kesehatan tradisional, dan tenaga kesehatan lainnya.

Data jumlah tenaga kesehatan sangat diperlukan saat ini untuk menentukan penempatan dan pengadaan tenaga sesuai kebutuhan. Berdasarkan data tersebut, diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan dalam kabupaten/kota di provinsi Papua Barat.

Tabel III.1 : Jumlah Tenaga Kesehatan di Provinsi Papua Barat Menurut Kabupaten Tahun 2024

No	Kabupaten	Medis	Keperawatan	Kebidanan	Kefarmasian	Kesehatan Masyarakat	Kesehatan Lingkungan	Gizi	Keterampilan Fisik	Keteknisan Medis	Teknik Biomedika
1	Fakfak	80	608	242	39	65	19	38	7	29	67
2	Kaimana	61	358	222	48	42	14	34	6	20	62
3	Teluk Bintuni	63	418	219	52	56	25	38	3	15	59
4	Teluk Wondama	40	255	134	28	25	11	25	2	9	24
5	Manokwari	157	720	393	118	87	21	51	4	20	94
6	Manokwari Selatan	24	158	107	20	33	6	13	0	2	19
7	Pegunungan Arfak	12	65	83	5	11	0	1	0	0	4
Papua Barat		437	2582	1400	310	319	96	200	22	95	329

Sumber : Data SDM Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2024

1. Dokter Umum

Jumlah dokter umum yang tersedia di seluruh unit kerja/fasilitas pelayanan kesehatan di Provinsi Papua Barat tahun 2024 adalah 289.

Yang dimaksud Dokter adalah lulusan pendidikan kedokteran baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

2. Dokter Gigi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.2052/MENKES/PER/X/2011 tentang Ijin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, yang dimaksud Dokter adalah lulusan pendidikan kedokteran baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundang-

undangan. Jumlah dokter gigi yang tersedia di seluruh unit kerja/fasilitas pelayanan kesehatan di Provinsi Papua Barat tahun 2024 adalah 64 Orang.

3. Dokter Spesialis

Regulasi dokter spesialis sama dengan dokter dan dokter gigi. Jumlah spesialis yang tersedia di seluruh unit kerja/fasilitas pelayanan kesehatan di Provinsi Papua Barat tahun 2024 sebanyak 82 Orang.

4. Perawat

Regulasi yang mengatur penyelenggaraan pelayanan keperawatan diatur dalam Undang-Undang RI Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan dan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 26 tahun 2021 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. Jumlah perawat yang tersedia di seluruh unit kerja/fasilitas pelayanan kesehatan di Papua Barat adalah 2.582 orang.

5. Bidan

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Bidan. Berdasarkan pemetaan SDM Kesehatan, jumlah bidan yang tersedia di seluruh unit kerja/fasilitas pelayanan kesehatan di Provinsi Papua Barat adalah 1.400 Orang.

6. Tenaga Teknis Kefarmasian

Regulasi yang mengatur tentang pekerjaan pelayanan tenaga kefarmasian ada dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 31 tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/MENKES/PER/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian. Jumlah tenaga teknis kefarmasian yang tersedia di seluruh unit kerja/fasilitas pelayanan kesehatan di Provinsi Papua Barat adalah 310 Orang.

7. Tenaga Kesehatan Masyarakat

Dibandingkan dengan jenis tenaga kesehatan lainnya, regulasi yang khusus mengatur tentang pelayanan tenaga kesehatan masyarakat belum ada. Jenis tenaga

kesehatan masyarakat yang masuk dalam rumpun tenaga tersebut adalah epidemiolog kesehatan, tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, tenaga biostatistik dan kependudukan serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga. Dalam pelaksanaan pelayanan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan masyarakat berpedoman pada Undang-Undang RI nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 46 tahun 2013 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan.

Jumlah tenaga kesehatan masyarakat yang tersedia di seluruh unit kerja/fasilitas pelayanan kesehatan di Provinsi Papua Barat tahun 2024 adalah 319 orang.

8. Tenaga Kesehatan Lingkungan

Regulasi yang mengatur tentang pekerjaan pelayanan tenaga kesehatan lingkungan diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 32 tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Tenaga Sanitarian. Jumlah tenaga kesehatan lingkungan/sanitarian yang tersedia di seluruh unit kerja/fasilitas pelayanan kesehatan di Provinsi Papua Barat tahun 2024 adalah 96 orang.

9. Tenaga Gizi

Regulasi yang mengatur tentang pekerjaan pelayanan tenaga gizi ada dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 26 tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Tenaga Gizi. Jumlah tenaga gizi yang tersedia di seluruh unit kerja/fasilitas pelayanan kesehatan adalah 200 orang.

10. Tenaga Keterampilan Fisik

Berdasarkan Undang-Undang RI Nomor 36 tahun 2014 yang termasuk dalam rumpun tenaga keterampilan fisik adalah fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara dan akupunktur. Jumlah tenaga keterampilan fisik di Papua Barat tahun 2024 adalah 22 orang.

11. Tenaga Keteknisian Medis

Berdasarkan Undang-Undang RI Nomor 36 tahun 2014 yang termasuk dalam rumpun tenaga keteknisian medis adalah refraksionis optisien, teknisi gigi, perekam

medis dan informasi kesehatan, teknisi pelayanan darah, teknisi kardiovaskuler, terapis gigi dan mulut, serta penata anestesi. Jumlah tenaga keteknisan medis di Provinsi Papua Barat tahun 2024 adalah 95 orang.

12. Tenaga Teknik Biomedika

Berdasarkan Undang-Undang RI Nomor 36 tahun 2014 yang termasuk dalam rumpun Teknik Biomedika adalah radiografer, elektromedis, ahli teknologi laboratorium medik, fisikawan medik, radioterapis dan ortotik prostetik.

Regulasi yang mengatur tentang pekerjaan pelayanan ahli teknologi laboratorium medik ada dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 42 tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Izin Praktik Ahli Teknologi Laboratorium Medik. Ahli teknologi laboratorium medik di Provinsi Papua Barat Tahun 2024 berjumlah 329 Orang.





DINAS KESEHATAN PROVINSI PAPUA BARAT

BAB IV



PROFIL KESEHATAN TAHUN 2024

BAB IV

PEMBIAYAAN KESEHATAN

Salah satu sub sistem dalam kesehatan nasional adalah sub sistem pembiayaan kesehatan. Pembiayaan kesehatan sendiri merupakan besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Pembiayaan keuangan dapat dijadikan gambaran bagaimana kinerja efektifitas dan efisiensi pelaksanaan kegiatan dan anggaran di lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat sesuai dengan tujuan organisasi.

A. Alokasi dan Realisasi Anggaran Kesehatan (APBD Provinsi Papua Barat Tahun Anggaran 2024)

Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat mendapatkan Pendanaan Prioritas Pembangunan Kesehatan Tahun Anggaran 2024 yang bersumber dari Anggaran Pendapatan Belanja Daerah Provinsi Papua Barat (APBD), Dana Alokasi Khusus (DAK). Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) Provinsi Papua Barat Tahun 2024 dirincikan dalam Belanja Operasi sebesar Rp. 58.351.014.296,00 dan Belanja Modal Rp. 9.359.463.750,00 pada APBD murni. Sedangkan pada APBD perubahan, anggaran Belanja Operasi adalah Rp. 82.648.703.994,00 dan Belanja Modal sebesar Rp. 19.643.302.273,00 sehingga total APBD perubahan Provinsi Papua Barat Tahun 2024 adalah sebesar Rp. 102.292.006.267,00 dan realisasi anggarannya adalah Rp. 83.336.331.488,00 (81,47%).

Untuk rincian belanja anggaran pembiayaan untuk belanja operasi pada APBD Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2024 adalah Rp. 82.648.703.994,00, Belanja modal sebesar Rp. 19.643.302.273,00 dan untuk dana Alokasi khusus (DAK) atau Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) adalah Rp. 1.918.133.000,00.

Tabel IV.1 : Pembiayaan APBD Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Kode Rekening	URAIAN	ANGGARAN 2024	REALISASI 2024	% 2024
1	2	3	4	5 = (4 / 3) * 100
5	BELANJA DAERAH	102.292.006.267,00	83.336.331.488,00	81,47
5.1	BELANJA OPERASI	82.648.703.994,00	73.910.513.488,00	89,43
5.1.01	Belanja Pegawai	36.929.926.048,00	34.491.658.885,00	93,40
5.1.02	Belanja Barang dan Jasa	44.718.777.946,00	38.418.854.603,00	85,91
5.1.05	Belanja Hibah	1.000.000.000,00	1.000.000.000,00	100,00
	JUMLAH BELANJA OPERASI	82.648.703.994,00	73.910.513.488,00	89,43
5.2	BELANJA MODAL	19.643.302.273,00	9.425.818.000,00	47,98
5.2.02	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	2.722.061.750,00	2.326.618.000,00	85,47
5.2.03	Belanja Modal Gedung dan Bangunan	15.335.081.850,00	5.514.890.000,00	35,96
5.2.04	Belanja Modal Jalan, Jaringan, dan Irigasi	1.460.618.673,00	1.458.770.000,00	99,87
5.2.06	Belanja Modal Aset Lainnya	125.540.000,00	125.540.000,00	100,00
	JUMLAH BELANJA MODAL	19.643.302.273,00	9.425.818.000,00	47,98
	JUMLAH BELANJA	102.292.006.267,00	83.336.331.488,00	81,47
	SURPLUS/DEFISIT	(102.292.006.267,00)	(83.336.331.488,00)	81,47

Sumber : Sistem Informasi Pemerintahan Daerah Tahun 2024

B. Cakupan Jaminan Kesehatan Penduduk Menurut Jenis Kepesertaan

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai reformasi pembiayaan kesehatan dan pelayanan kesehatan ini telah banyak memberi manfaat kepada berbagai komponen yang terlibat di dalamnya, terutama masyarakat sebagai penerima manfaat. Hal ini sesuai dengan tujuan diselenggarakannya Program JKN, yakni mendekatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan memberikan perlindungan finansial, seperti pada kasus penyakit katastropis yang membutuhkan biaya yang sangat tinggi.

JKN merupakan gambaran bagaimana sistem pembiayaan kesehatan karena menitikberatkan pada pembiayaan pengobatan bagi masyarakat yang sakit (kuratif). Idealnya pembiayaan kesehatan juga dapat berfokus pada tindakan preventif dan promotif sehingga dapat menurunkan jumlah kesakitan dan kematian dan berkontribusi terhadap penurunan jumlah orang sakit dan pemngalokasian anggaran JKN yang lebih efisien. Pembiayaan kesehatan harus dapat diselenggarakan secara efektif, efisien, akuntabel dan evidence based sehingga menghasilkan kebijakan yang tepat. Salah satu prasyarat adalah bahwa perencanaan dan pengalokasian pembiayaan kesehatan tersebut harus dapat dievaluasi sehingga dapat diketahui ketepatannya.

Pada tahun 2024, Capaian UHC atau kepesertaan Penduduk Papua Barat yang mendapatkan jaminan kesehatan adalah sebesar 102,11 % dari jumlah penduduk dengan rincian PBI APBN sebanyak 377.674 jiwa, PBI APBD sebanyak 106.354 jiwa, PPU sebanyak 41.494 jiwa, PBPU sebanyak 22.776 jiwa dan BP sebanyak 9.923 jiwa.

Tabel IV.2 : Cakupan Jaminan Kesehatan Penduduk Menurut Jenis Kepesertaan Provinsi Papua Barat Tahun 2024

NO	JENIS KEPESERTAAN	PESERTA JAMINAN KESEHATAN	
		JUMLAH	%
1	2	3	4
PENERIMA BANTUAN IURAN (PBI)			
1	PBI APBN	377,674	0.7
2	PBI APBD	106,354	0.2
SUB JUMLAH PBI		484,028	0.8
NON PBI			
1	Pekerja Penerima Upah (PPU)	41,494	0.1
2	Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)/mandiri	22,776	0.0
3	Bukan Pekerja (BP)	9,923	0.0
SUB JUMLAH NON PBI		74,193	0.1
JUMLAH (KAB/KOTA)		558,221	1.0

Sumber : Dashboard JKN Per 1 Januari 2024





DINAS KESEHATAN PROVINSI PAPUA BARAT

BAB V



PROFIL KESEHATAN TAHUN 2024

BAB V

KESEHATAN KELUARGA

Masalah kesehatan merupakan masalah multidimensi yang memiliki banyak faktor penentu (determinan) dan sebagian besar faktor penentunya berada di luar sektor kesehatan. Oleh karena itu, perlu diupayakan secara menyeluruh dan bersama-sama dengan masyarakat untuk mengatasinya.¹ Pemerintah mencanangkan Program Indonesia Sehat yang merupakan program utama yang ingin dicapai melalui Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan 2020 - 2024. Sasarannya adalah meningkatnya derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Pemerintah menetapkan strategi operasional dalam pembangunan kesehatan melalui Program Indonesia Sehat.

Kesehatan keluarga menurut Kemenkes adalah kondisi di mana setiap anggota keluarga berada dalam kondisi yang sejahtera, baik dari segi fisik maupun mental, sehingga dapat hidup normal secara sosial dan ekonomi. Untuk mencapai kesehatan keluarga yang baik, terdapat **12 indikator** yang perlu dipenuhi, antara lain:

1. Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB).
2. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan.
3. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap.
4. Bayi mendapatkan Air Susu Ibu (ASI) eksklusif.
5. Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan.
6. Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar.
7. Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur.
8. Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan.
9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok.
10. Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
11. Keluarga mempunyai akses sarana air bersih.

12. Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat. Indikator-indikator ini penting untuk memastikan kesehatan dan kesejahteraan keluarga.

Keluarga yang berfungsi dengan baik mendorong individu yang ada di dalam keluarga untuk meraih potensi dirinya. Keluarga yang sehat memberikan kebebasan yang dibutuhkan anggota keluarga untuk mengeksplorasi dan menemukan jati diri, sementara pada saat yang sama memberikan perlindungan dan keamanan yang mereka butuhkan untuk meraih potensi dirinya (Indriyani et al., 2023).

Keberhasilan pembangunan kesehatan di Indonesia berdampak terhadap peningkatan Umur Harapan Hidup (UHH) saat lahir. Meningkatnya UHH saat lahir mengakibatkan peningkatan jumlah penduduk lanjut usia secara signifikan di masa yang akan datang. Makin bertambah usia, makin besar kemungkinan seseorang mengalami permasalahan fisik, jiwa, spiritual, ekonomi dan sosial. Untuk itu dibutuhkan upaya pemeliharaan kesehatan bagi lanjut usia yang ditujukan untuk menjaga agar para lanjut usia tetap sehat, mandiri, aktif dan produktif secara sosial dan ekonomi.

Dukungan gizi terutama dalam masa tumbuh kembang berpengaruh besar dalam perkembangan anggota keluarga dan masyarakat. Kekurangan gizi pada usia dini akan berimplikasi pada perkembangan anak dan selanjutnya perkembangan potensi diri pada usia produktif. Kurang gizi yang dialami saat awal kehidupan juga akan berdampak pada peningkatan risiko gangguan metabolik yang berujung pada kejadian penyakit tidak menular seperti diabetes, stroke, penyakit jantung, dan penyakit lainnya saat memasuki usia dewasa.

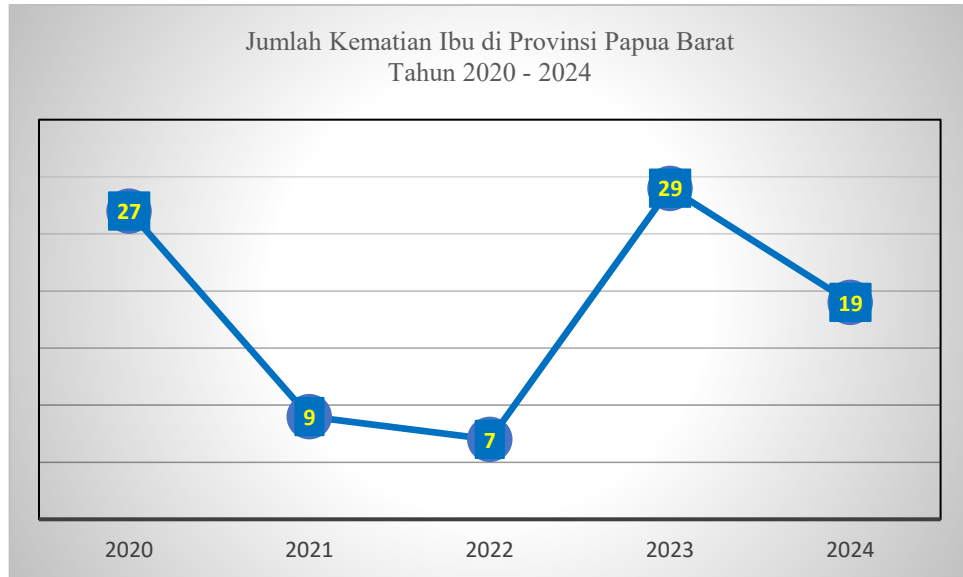
A. KESEHATAN IBU

Ibu adalah anggota keluarga inti yang merupakan prioritas dalam penyelenggaraan Upaya Kesehatan dalam keluarga. Kesehatan Ibu sangat penting karena seorang Ibu yang sehat akan mampu menunjang Kesehatan Anak dan anggota keluarga lainnya. Status Kesehatan Ibu sangat penting untuk dilakukan pemantauan karena Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator dalam menggambarkan kesejahteraan dan untuk melihat keberhasilan upaya kesehatan ibu. AKI adalah rasio kematian ibu selama masa kehamilan, persalinan dan nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan nifas atau pengelolaannya tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan atau terjatuh di setiap 100.000 kelahiran hidup.

Indikator Angka Kematian ibu Maternal Mortality Rate (MMR) menggambarkan berapa besarnya risiko kematian ibu akibat semua sebab yang terkait dengan atau

diperberat oleh kehamilan atau penanganannya pada setiap 100.000 kelahiran hidup dalam satu wilayah pada kurun waktu tertentu. Jumlah kematian Ibu tahun 2022 adalah 13 kasus atau 62,82 per 100.000 KH.

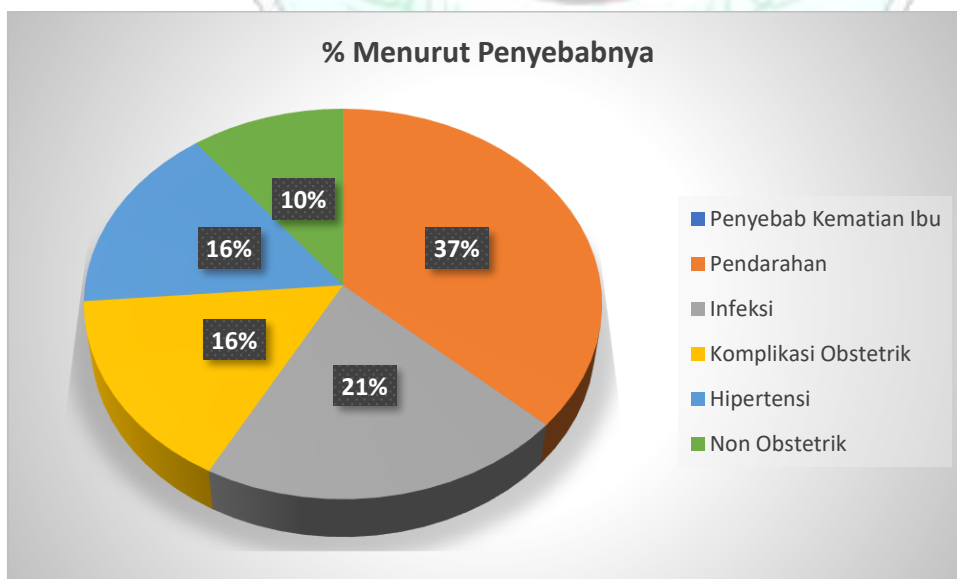
**Grafik V.1 : Jumlah Kematian Ibu di Provinsi Papua barat
Tahun 2020 – 2024**



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Papua Barat Tahun 2024

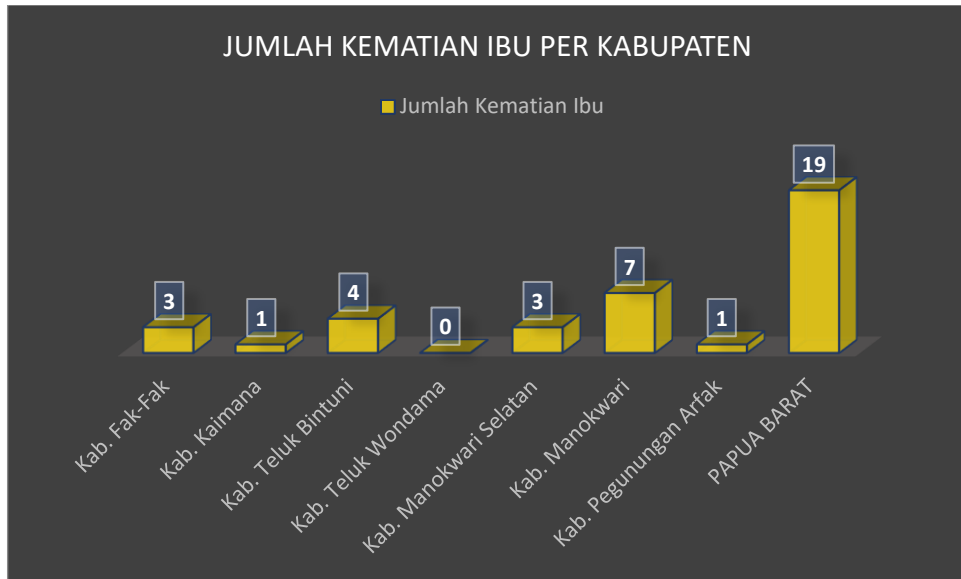
Penyebab kematian Ibu pada Tahun 2024 didominasi oleh Pendarahan sebesar 36,8 %, Infeksi sebesar 21,1% dan Komplikasi Obstetrik-Hipertensi sama-sama diangka 15,8%, serta 10,5% oleh penyebab lainnya.

Grafik V.2 : Persentase Kematian Ibu Menurut Penyebab Tahun 2024



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Grafik V.3 : Jumlah Kematian Ibu Berdasarkan Kabupaten/Kota Tahun 2024



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Berdasarkan data yang diperoleh dari Bidang kesehatan Masyarakat, diketahui Kabupaten Manokwari memiliki jumlah kematian ibu tertinggi. Kabupaten Teluk Wondama tidak ada jumlah kematian (tidak ada laporan/mengirim laporan atau tidak ada angka kematian ibu).

Strategi penurunan Angka Kematian Ibu dapat dilakukan dengan berbagai cara antara lain dengan melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan ibu sesuai standar dan berkualitas termasuk kegiatan pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil, persalinan di fasilitas kesehatan dengan bantuan tenaga kesehatan yang terlatih, perawatan bagi ibu dan bayi pasca persalinan, perawatan lanjutan jika terjadi komplikasi, dan pelayanan keluarga berencana.

Pada bagian berikut, akan disajikan data terkait upaya peningkatan kesehatan ibu yang terdiri atas : pelayanan kesehatan ibu hamil, pelayanan imunisasi Tetanus bagi wanita usia subur dan ibu hamil, pelayanan kesehatan ibu bersalin, pelayanan kesehatan ibu di masa nifas, Pelaksanaan kelas ibu hamil dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) oleh Puskesmas, dan pelayanan Keluarga Berencana (KB) atau kontrasepsi.

Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

Pelayanan kesehatan ibu hamil diupayakan agar memenuhi standar 11 T berkualitas, yaitu;

- a. Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan;
- b. Pengukuran tekanan darah;
- c. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA);
- d. Pengukuran tinggi puncak rahim (*fundus uteri*);
- e. Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toxoid sesuai status imunisasi;
- f. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan;
- g. Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ);
- h. Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk KB pasca persalinan);
- i. Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb);
- j. pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya);
- k. Tatalaksana kasus sesuai indikasi.

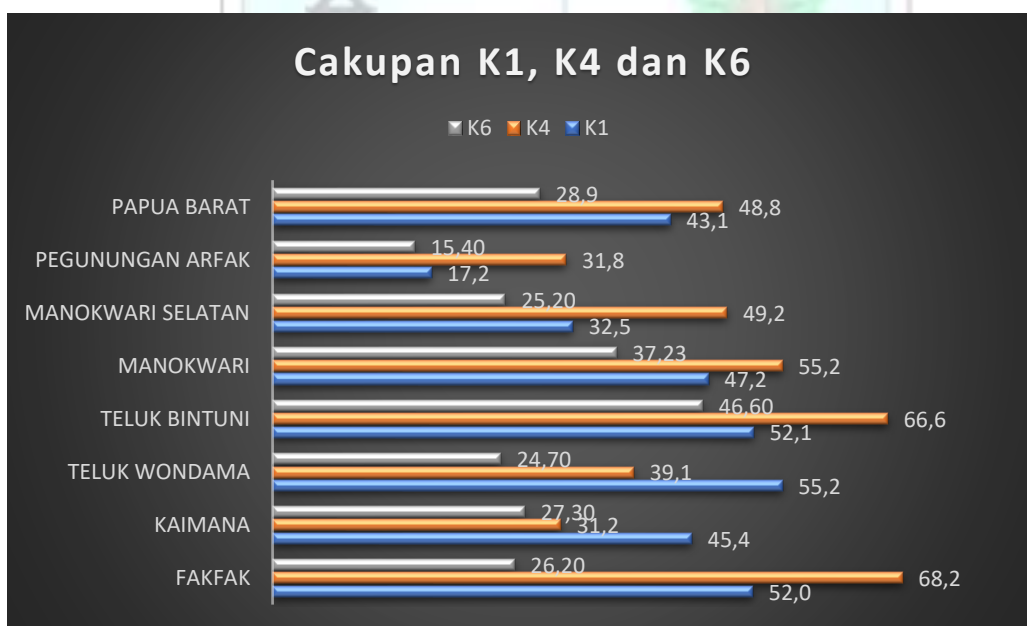
Pelayanan kesehatan ibu hamil diberikan kepada ibu hamil yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan terlatih selama masa kehamilan. Tujuan pelayanan antenatalcare adalah mendeteksi secara dini jika terdapat kelainan atau komplikasi pada saat kehamilan, membantu ibu hamil agar dapat bersalin dengan aman dan sehat sehingga menghasilkan bayi yang juga sehat. Hasil pelayanan antenatalcare dapat dilihat pada cakupan kunjungan pelayanan antenatal sesuai standar oleh tenaga kesehatan pada masa kehamilan trimester pertama (K1), dan kunjungan ibu hamil empat kali (K4), dan kunjungan ibu hamil paling sedikit enam kali (K6).

Indikator pelayanan kesehatan K1 adalah indikator untuk memberikan gambaran bagaimana akses pelayanan kesehatan pada ibu hamil atau bagaimana ibu hamil dapat mengakses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan saat kehamilan. Indikator kunjungan ibu hamil empat kali (K4) merupakan indikator tersedianya atau dilangsungkannya akses/kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan dengan syarat melakukan kontak pertama minimal satu kali kontak pada trimester pertama,

satu kali kontak yang dilaksanakan pada triwulan kedua, dan minimal dua kali kontak saat ibu hamil di masa kehamilan triwulan ketiga.

Indikator K6 merupakan indikator cakupan pelayanan antenatalcare sesuai standar paling sedikit enam kali, dengan paling sedikit 1 kali dilaksanakan pada trimester pertama (K1) oleh dokter, dua kali pada saat trimester kedua, dan tiga kali pada trimester ketiga, dan dengan kunjungan pertama dan kunjungan kelima dilakukan pemeriksaan Ultrasonografi (USG) oleh dokter. K6 merupakan salah satu strategi dalam peningkatan upaya preventif di layanan primer untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak khususnya ibu hamil selama masa kehamilan.

Grafik V.4 : Cakupan K1, K4 dan K6 Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Papua Barat tahun 2024

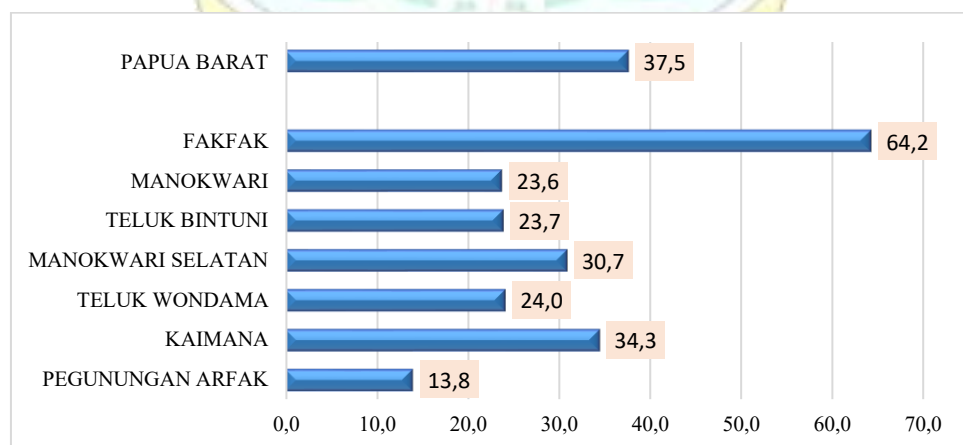
Pada Tahun 2024, jumlah Kunjungan Ibu Hamil pertama pada trimester pertama sebesar 43,1%, kunjungan ibu hamil pada pelayanan K4 adalah 48% dan untuk pelayanan K6 28,9%. Sebagai acuan perbandingan, dalam indikator RPJMN 2020 – 2024, target untuk cakupan K4 tahun 2024 adalah sebesar 90% sehingga capaian pelayanan K4 di Papua Barat masih cukup rendah dibandingkan target yang dicapai. Di kabupaten/kota, cakupan tertinggi untuk pelayanan K1 adalah di

Kabupaten Teluk Bintuni (52,1%) dan terendah di Kabupaten Pegunungan Arfak sebesar 17,2%. Pelayanan K6 tertinggi berada di Kabupaten Teluk Bintuni (46,6%) dan terendah adalah Kabupaten Pegunungan Arfak (15,4). Terlihat bahwa cakupan pelayanan ibu hamil masih tergolong rendah dan perlu adanya upaya - upaya untuk meningkatkan kepatuhan, pemahaman dan awareness/kesadaran dari ibu hamil tentang pentingnya melakukan pemeriksaan selama kehamilan mulai dari K1 hingga K6 sehingga di tahun selanjutnya terdapat peningkatan jumlah cakupan pelayan K1, K4 hingga K6, dan juga pentingnya komunikasi, informasi dan edukasi dari petugas kesehatan tentang pentingnya pemeriksaan pada masa kehamilan.

Salah satu faktor resiko kematian pada ibu dalam proses kehamilan atau persalinan yaitu infeksi tetanus yang disebabkan oleh bakteri Clostridium tetani. Upaya pengendalian infeksi tetanus ini adalah dengan dilaksanakannya program Imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bagi Wanita Usia Subur (WUS) dan Ibu Hamil.

Imunisasi Td2+ ibu hamil merupakan imunisasi wajib untuk wanita usia subur terutama ibu hamil untuk mencegah kasus Tetanus Neonatorum/Tetanus Bayi Baru Lahir. Tetanus Neonatorum umumnya terjadi pada bayi baru lahir yang dapat menyebabkan kematian bayi. Antibodi dari ibu kepada bayinya juga mencegah neonatal tetanus. Oleh karena itu salah satu upaya untuk mencegah dengan imunisasi Tetanus Toksoid (Td2+) bagi wanita usia subur.

Grafik V.5 : Cakupan Imunisasi Td 2+ pada Ibu Hamil Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024



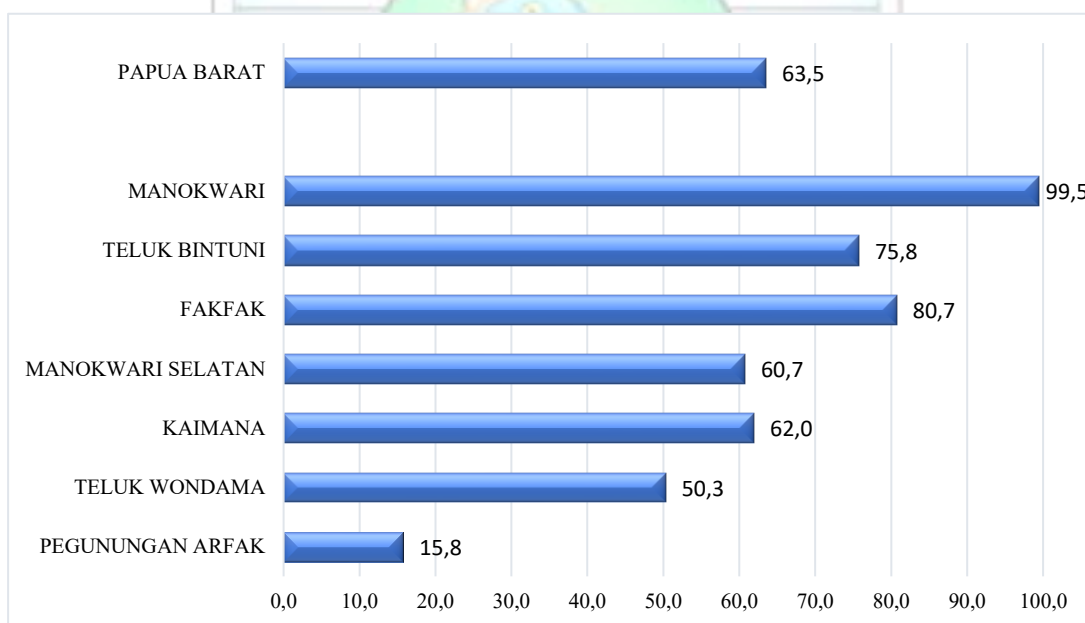
Sumber : Bidang kesehatan Masyarakat Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Cakupan Td2+ tertinggi terdapat di Kabupaten Fakfak (64,2%) dan terendah di Kabupaten Pegunungan Arfak (13,8%). Perlu peningkatan pelaporan dan pelayanan imunisasi Td2+ di seluruh Kabupaten/Kota khususnya pada kabupaten-kabupaten dengan capaian masih rendah karena hampir capaian T2+ capaiannya masih sangat rendah.

Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin

Persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan adalah salah satu indikator program kesehatan masyarakat dengan sasaran terwujudnya peningkatan kesehatan masyarakat. Upaya yang dilakukan untuk menurunkan kematian ibu dan kematian bayi yaitu dengan mendorong agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih dengan tim penolong persalinan minimal dua orang terdiri dari dokter dan bidan, atau dua orang bidan, atau bidan dan perawat di fasilitas pelayanan kesehatan sesuai standar seperti Rumah sakit, Puskesmas serta jejaringnya.

Grafik V.6 : Cakupan Persentase Persalinan Ibu Hamil di Fasyankes Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Tahun 2024, cakupan persentase persalinan ibu hamil di fasilitas pelayanan kesehatan adalah 63,5% dari target nasional 91% dari sasaran ibu bersalin. Jika

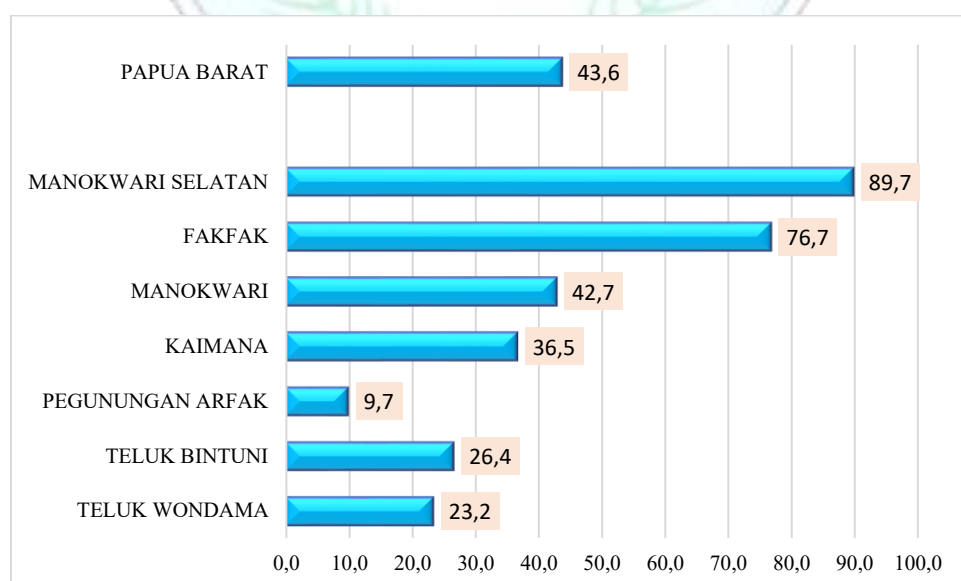
dijabarkan per Kabupaten/Kota, maka terlihat bahwa Kabupaten Manokwari adalah Kabupaten dengan persentase tertinggi dan terendah di Kabupaten pegunungan Arfak

Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

Pelayanan kesehatan pada Ibu pasca persalinan masih perlu mendapat perhatian penting karena beresiko mengalami komplikasi. Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar, yang dilakukan 6 jam sampai dengan 42 hari pasca bersalin sesuai standar paling sedikit 4 kali dengan distribusi waktu 6 jam sampai hari ke-2 (KF1), hari ke-3 sampai hari ke-7 (KF2), hari ke 8 sampai ke-28 (KF3) dan hari ke-29 sampai ke-42 (KF4) setelah bersalin/ Jenis pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan terdiri dari :

- pemeriksaan tanda vital (tekanan darah, nadi, nafas, dan suhu);
- pemeriksaan tinggi puncak rahim (fundus uteri);
- pemeriksaan lokhia dan cairan per vaginam lain;
- pemeriksaan payudara dan pemberian anjuran ASI eksklusif;
- pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) kesehatan ibu nifas dan bayi baru lahir, termasuk keluarga berencana;
- pelayanan keluarga berencana pasca persalinan.

Grafik V.7 : Cakupan Pelayanan Ibu Nifas (KF Lengkap) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024

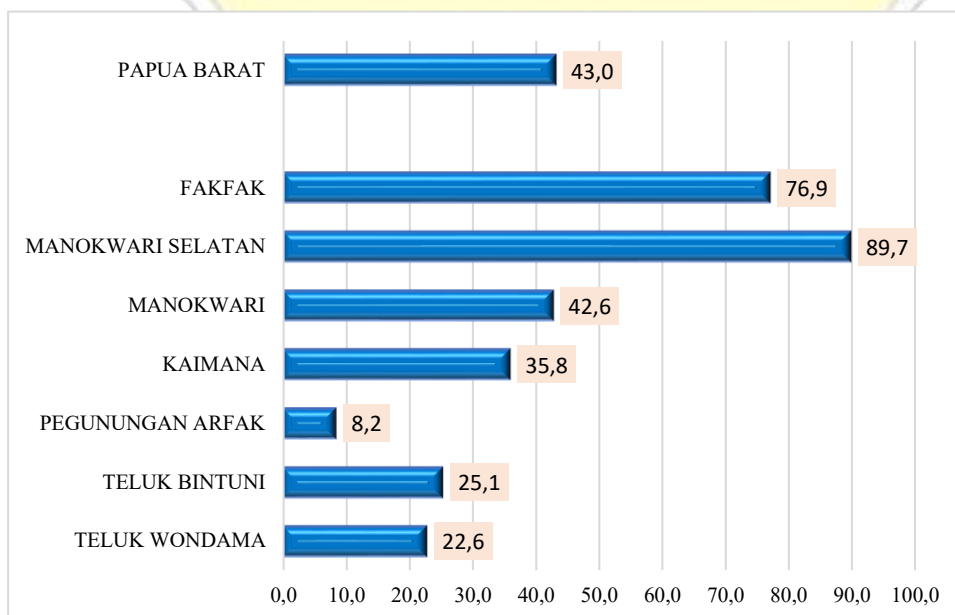


Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2022

Cakupan pelayanan ibu nifas KF Lengkap di Provinsi Papua Barat Barat Tahun 2024 adalah sebesar 43,6% . Secara cakupan kabupaten/Kota, pelayanan ibu nifas KF Lengkap tertinggi terdapat di Kabupaten Manokwari Selatan (89,7%) dan terendah di Kabupaten Pegunungan Arfak.

Berikut adalah gambaran cakupan persentase ibu nifas yang mendapatkan kapsul vitamin A di Papua Barat tahun 2024. Capaian persentase Papua Barat secara umum adalah 43,0 %..

Grafik V.8 : Cakupan Ibu Nifas Mendapatkan Kapsul Vitamin A Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2022



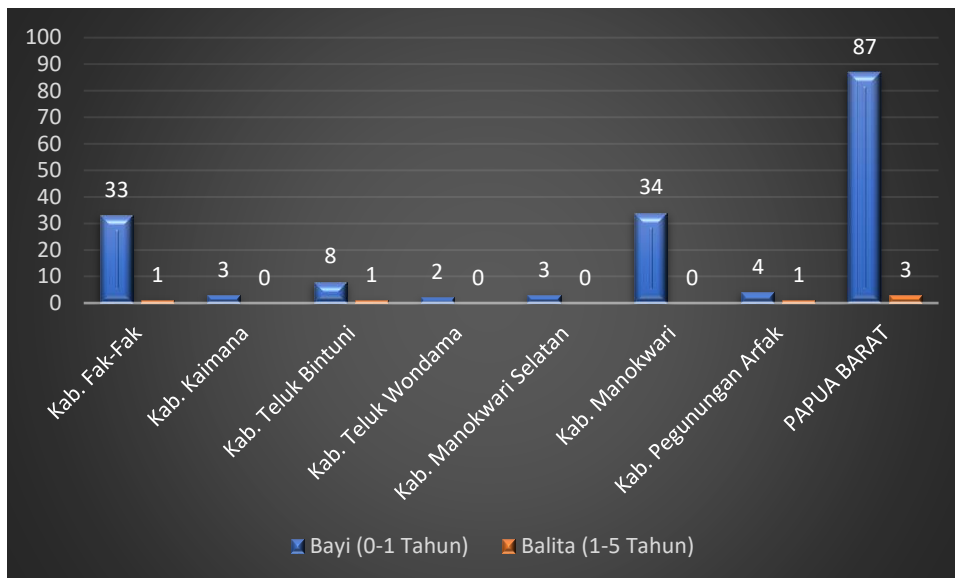
Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2024

B. KESEHATAN ANAK

Upaya pemeliharaan kesehatan anak ditujukan untuk mempersiapkan generasi emas yang sehat, cerdas, dan berkualitas serta untuk menurunkan angka kematian anak. Upaya pemeliharaan kesehatan anak dilakukan sejak janin masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan, dan sampai berusia 18 tahun. Dengan upaya kesehatan anak antara lain diharapkan mampu menurunkan angka kematian anak.

Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan indikator yang menggambarkan besarnya risiko kematian bayi <1 tahun dalam 1.000 kelahiran hidup. Indikator ini sangat penting terhadap upaya pelayanan kesehatan khususnya bayi baru lahir perinatal dan neonatal.

**Grafik V.9 : Jumlah kematian Bayi
Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024**



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Jumlah kematian bayi di Papua Barat Tahun 2024 adalah 87 kasus sehingga Angka kematian bayi di Papua Barat Tahun 2024 adalah 3,7 per 1000 kelahiran hidup, dimana jumlah total kematian bayi adalah 87 kasus dengan jumlah tertinggi berada di kabupaten Manokwari (34 kasus) dan Kabupaten Fakfak (33 kasus). Penyebab kematiannya paling banyak disebabkan oleh Respiratory and cardiovascular disorders, BBLR, Infeksi dan penyebab lain yang belum diketahui (tabel 35 profil kesehatan Tahun 2024).

1. Pelayanan Kesehatan Neonatal

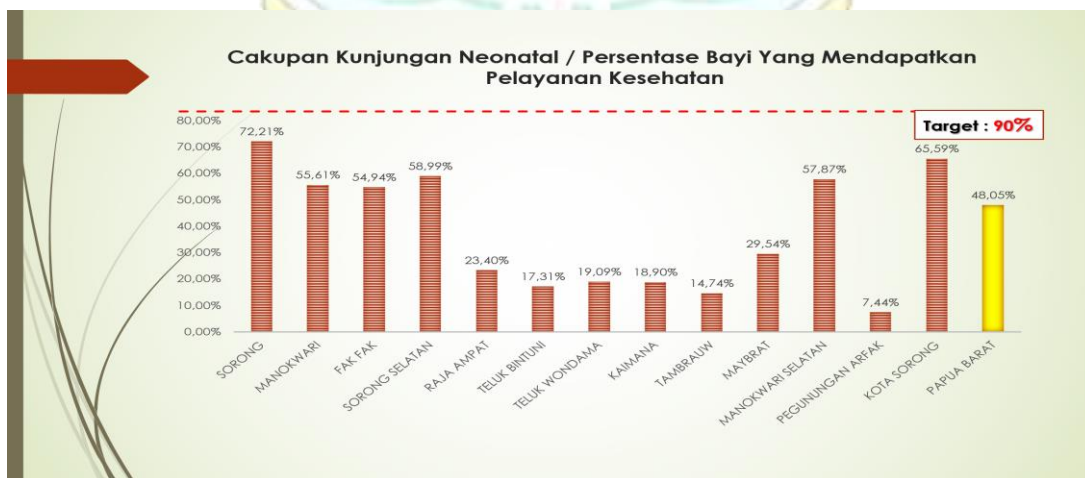
Pelayanan kesehatan neonatal (usia 0 – 28 hari) adalah pelayanan yang diberikan dengan tujuan mencegah kecacatan dan atau kematian pada neonatal seperti asfiksia, ikterus, hipotermia, tetanus neonatorum, infeksi/sepsis, trauma lahir, BBLR, sindroma gangguan pernafasan, dan kelainan kongenital maupun yang termasuk klasifikasi kuning dan merah pada pemeriksaan dengan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM). Salah satu Komplikasi yang menjadi penyebab kematian terbanyak pada neonatal yaitu BBLR yang merupakan juga salah satu penyebab kematian terbanyak pada bayi di papua Barat. Komplikasi ini harusnya dapat dicegah dan ditangani, namun biasanya terkendala oleh beberapa faktor antara lain adalah akses ke pelayanan kesehatan, kemampuan tenaga kesehatan, keadaan sosial ekonomi, sistem rujukan yang belum

berjalan optimal, terlambatnya deteksi dini, dan masih kesadaran orang tua untuk mencari pertolongan kesehatan.

Kunjungan neonatal pada fasyankes (KN) dari KN1, KN2, KN3 atau KN Lengkap merupakan upaya mengurangi kematian pada usia neonatal. KN1 merupakan cakupan neonatal yang mendapatkan pelayanan sesuai standar pada usia 6 jam - 48 jam setelah lahir. Sedangkan KN Lengkap adalah cakupan bayi baru lahir usia 0 - 28 hari yang mendapatkan pelayanan sesuai standar paling sedikit tiga kali dengan distribusi waktu 1 kali pada 6-48 jam, 1 kali pada hari ke 3 hingga hari ke 7, dan 1 kali pada hari ke 8 – hari ke 28 setelah lahir.

Pelayanan neonatal esensial sesuai standar meliputi 1) Standar kuantitas adalah kunjungan minimal 3 kali selama periode neonatal, dengan ketentuan : kunjungan neonatal 1 (KN 1) pada 6-48 jam, kunjungan neonatal 2 (KN 2) pada 3-7 hari, dan kunjungan neonatal 3 (KN 3) pada 8-28 hari; 2) Standar kualitas adalah pelayanan neonatal esensial setelah lahir (6 jam-28 hari) yang meliputi konseling perawatan bayi baru lahir dan ASI eksklusif, memeriksa kesehatan dengan pendekatan MTBM, pemberian vitamin K1 bagi yang lahir tidak di fasyankes atau belum mendapatkan injeksi vitamin K1, Imunisasi Hepatitis B injeksi untuk bayi usia <24 jam yang lahir tidak ditolong oleh tenaga kesehatan, dan penanganan dan rujukan kasus neonatal komplikasi.

**Grafik V.10 : Cakupan Kunjungan Neonatal Lengkap (KN Lengkap)
Di Provinsi Papua Barat Tahun 2024**



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Papua Barat Tahun 2024

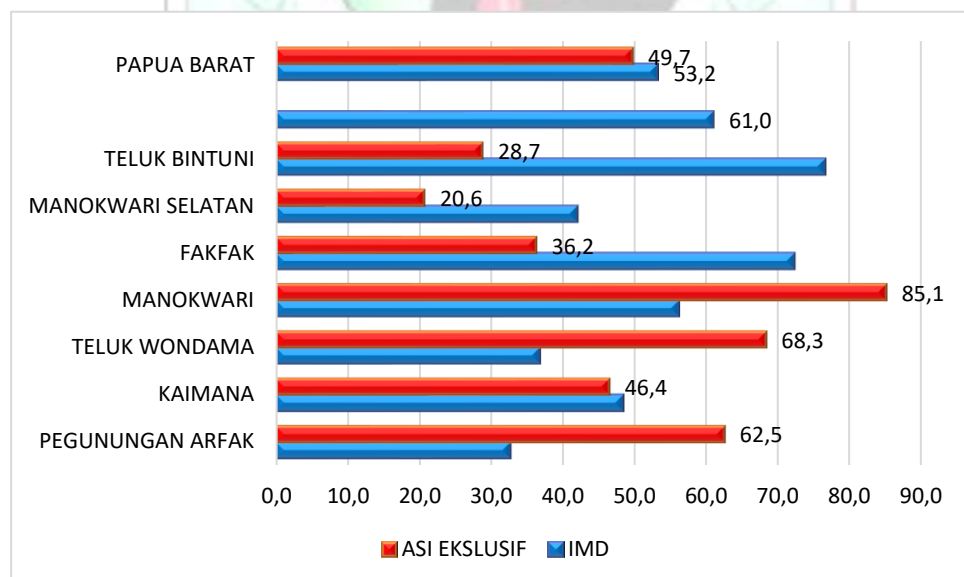
Pada gambar diatas terlihat bahwa cakupan kunjungan neonatal di Provinsi Papua Barat selama tahun 2024 adalah 48,05%, masih cukup rendah dibandingkan target indikator RPJMN 2020 – 2024 yaitu 90%. Belum ada Kabupaten/Kota yang mencapai target 90% namun persentase tertinggi berada pada kabupaten Sorong dan terendah adalah Kabupaten Pegunungan Arfak.

2. Pelayanan kesehatan Bayi

Bayi merupakan salah satu kelompok yang rentan terhadap gangguan kesehatan maupun serangan penyakit. Kesehatan bayi harus dipantau untuk memastikan kesehatan mereka selalu dalam kondisi optimal. Pelayanan kesehatan bayi termasuk salah satu dari beberapa indikator yang bisa menjadi ukuran keberhasilan upaya peningkatan kesehatan bayi dan balita.

Cakupan pelayanan kesehatan bayi dapat menggambarkan upaya pemerintah dalam meningkatkan akses bayi untuk memperoleh pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin adanya kelainan atau penyakit, pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit serta peningkatan kualitas hidup bayi.

Grafik V.11 : Cakupan Bayi Baru Lahir Mendapatkan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan Asi Eksklusif Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Inisiasi Menyusui Dini (IMD) adalah bagian dari pelayanan kesehatan pada bayi. IMD adalah proses menyusui yang dimulai sesaat setelah bayi lahir dengan cara kontak kulit kulit antara bayi dengan ibunya dan berlangsung minimal 1 jam setelah bayi dilahirkan. Cara melakukan IMD adalah dengan meletakkan bayi yang baru lahir di dada/perut ibu dengan kulit ibu dilekatkan pada kulit bayi secara langsung tanpa penghalang apapun, kemudian bayi akan merangkak sendiri untuk mencari payudara ibunya. Di Papua Barat Tahun 2024, cakupan bayi baru lahir yang mendapat IMD sebesar 87,8 %. Cakupan IMD tertinggi berada di Kabupaten teluk Bintuni (99,5%).

Pelayanan lainnya adalah dengan pemberian Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012, pemberian ASI eksklusif adalah ASI yang diberikan kepada bayi sejak dilahirkan selama enam bulan, tanpa menambahkan dan/atau mengganti dengan makanan atau minuman lain (kecuali obat, vitamin dan mineral). Pengaturan pemberian ASI eksklusif bertujuan untuk menjamin pemenuhan hak bayi untuk mendapatkan ASI eksklusif sejak dilahirkan sampai dengan berusia enam bulan dengan memperhatikan pertumbuhan dan perkembangannya; Memberikan perlindungan kepada ibu dalam memberikan ASI eksklusif kepada bayinya; dan Meningkatkan peran dan dukungan keluarga, masyarakat, pemerintah daerah, dan pemerintah terhadap ASI eksklusif. Di Papua Barat Tahun 2024, cakupan bayi baru lahir yang mendapat Asi Eksklusif sebesar 49,7 %, dimana Kabupaten dengan cakupan tertinggi adalah Kabupaten Manokwari (85,1%).

3. Pelayanan Kesehatan Balita

Anak Balita adalah anak umur 12 bulan sampai dengan 59 bulan. Usia Balita sering disebut "masa keemasan" anak karena merupakan landasan yang membentuk masa depan bagi kesehatan, kebahagiaan, pertumbuhan, perkembangan, dan hasil pembelajaran anak di sekolah, keluarga, masyarakat dan kehidupan secara umum. Kesehatan balita harus dipantau untuk memastikan kesehatan mereka selalu dalam kondisi optimal. Untuk itu dipakai indikator-indikator yang bisa menjadi ukuran keberhasilan dalam upaya untuk meningkatkan kesehatan balita, diantaranya adalah pelayanan kesehatan anak balita. Pelayanan kesehatan pada anak balita yang dilakukan oleh tenaga kesehatan meliputi :

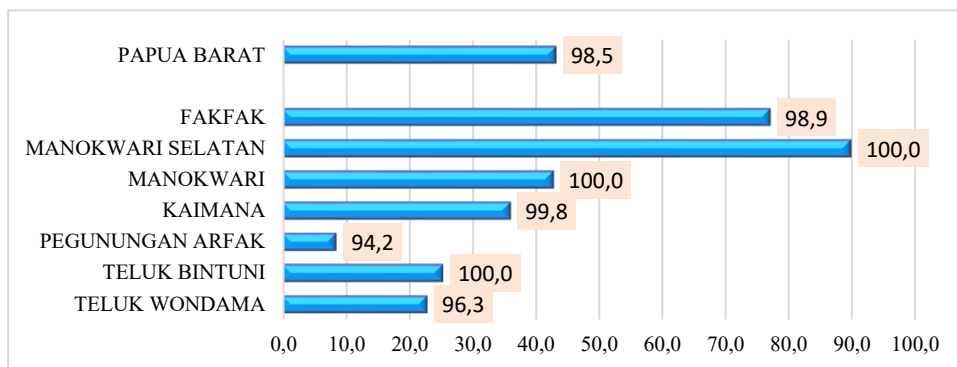
1. Pelayanan pemantauan pertumbuhan minimal delapan kali setahun (penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan minimal delapan kali dalam setahun);
2. Pemberian vitamin A dua kali dalam setahun yakni setiap bulan Februari dan Agustus;
3. Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) balita minimal dua kali dalam setahun;
4. Pelayanan Anak Balita Sakit sesuai standar menggunakan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

Kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan balita memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Seluruh Puskesmas melaksanakan kelas ibu balita sedikitnya 50% desa/kelurahan, yaitu tenaga kesehatan mendampingi kelompok ibu/keluarga yang memiliki anak usia balita untuk mendiskusikan materi kesehatan anak dalam buku KIA;
2. Seluruh Puskesmas melaksanakan pendekatan MTBS, yaitu menggunakan algoritma MTBS (formulir pencatatan MTBS) untuk melayani kunjungan bayi muda dan balita sakit;
3. Seluruh Puskesmas melaksanakan SDIDTK, yaitu menindaklanjuti rujukan balita dengan kemungkinan gangguan perkembangan sebagaimana Pedoman Pelaksanaan SDIDTK di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar (Stimulasi/Intervensi/Rujukan).

Untuk menurunkan terjadinya kematian bayi dan balita, pemantauan pelayanan kesehatan perlu dioptimalkan dengan penggunaan buku KIA melalui pemberdayaan keluarga dan masyarakat. Buku KIA adalah pencatatan dan panduan bagi keluarga dan tenaga kesehatan untuk mendeteksi masalah kesehatan melalui kegiatan pemantauan kesehatan. Berikut data balita yang memiliki buku KIA di Provinsi Papua Barat, diketahui bahwa Capaian papua Barat adalah sebesar 98,5%, untuk kepemilikan Buku KIA bagi Bayi dan Balita, capaian tertinggi adalah Kabupaten Teluk Bintuni, Kabupaten Manokwari Selatan dan Kabupaten Manokwari (100,0%), capaian terendah adalah Kabupaten Pegunungan Arfak. Ini berarti bahwa dalam hal kepemilikan Buku KIA sudah sangat tinggi walaupun masih ada beberapa Kabupaten yang belum mencapai hasil 100%.

**Grafik V.12 : Cakupan Balita Memiliki Buku KIA
Provinsi Papua Barat Tahun 2024**

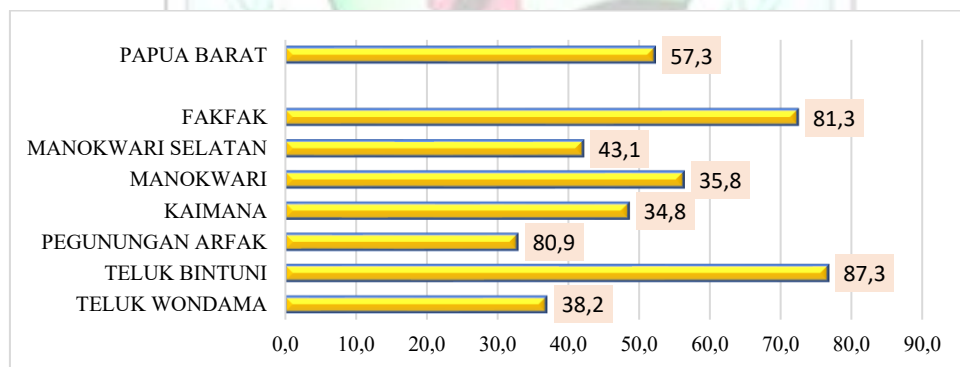


Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Balita yang dipantau pertumbuhan dan perkembangannya mendapatkan pelayanan:

1. Penimbangan sedikitnya 8 kali dalam satu tahun;
2. Pengukuran panjang badan atau tinggi badannya sedikitnya 2 kali dalam satu tahun;
3. Pemantauan perkembangan sedikitnya 2 kali dalam satu tahun (dengan cek list buku KIA atau KPSP atau instrumen lainnya).

Grafik V.13 : Cakupan Pelayanan Balita Dipantau Pertumbuhan dan Perkembangan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Pemantauan pertumbuhan Balita dilakukan secara berjenjang mulai dari tingkat keluarga dengan menggunakan daftar checklist perkembangan Buku KIA. Hasil pemeriksaan ditindaklanjuti dengan pemeriksaan pertumbuhan dan perkembangan melalui kegiatan Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak (SDIDTK) di Puskesmas. Capaian balita yang dipantau pertumbuhan dan

perkembangannya di Provinsi Papua Barat adalah 57,3% dengan capaian tertinggi di Kabupaten Teluk Bintuni (87,3%).

4. Cakupan Pemberian Vitamin A Pada Balita Usia 6 – 59 Bulan

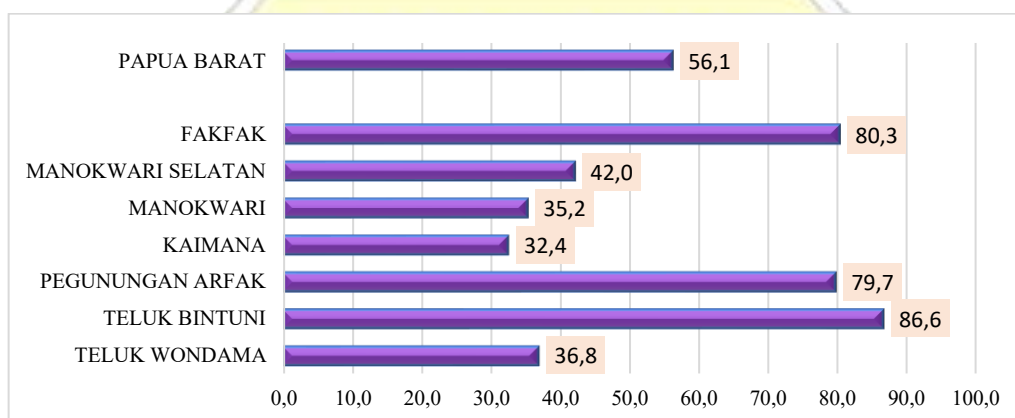
Pemberian suplemen kapsul Vitamin A pada anak umur 6-59 bulan dan ibu nifas bertujuan tidak hanya untuk mencegah kebutaan tetapi juga untuk mencegah Kurang Vitamin A (KVA). Vitamin A adalah salah satu zat gizi penting yang larut dalam lemak disimpan dalam hati, dan tidak dapat diproduksi oleh tubuh sehingga harus dipenuhi dari luar tubuh. Manfaat vitamin A diantaranya:

1. Meningkatkan daya tahan tubuh terhadap penyakit dan infeksi seperti campak dan diare,
2. Membantu proses penglihatan dalam adaptasi terang ke tempat yang gelap,
3. Mencegah kelainan pada sel-sel epitel termasuk selaput lendir mata,
4. Mencegah terjadinya proses metaplasia sel-sel epitel sehingga kelenjar tidak memproduksi cairan yang dapat menyebabkan kekeringan mata,
5. Mencegah terjadinya kerusakan mata hingga kebutaan, dan
6. Vitamin A esensial untuk membantu proses pertumbuhan dan perkembangan, yang berpengaruh terhadap sintesis protein untuk perkembangan tulang dan sel epitel untuk pertumbuhan gigi
7. Mencegah kanker dan penyakit jantung karena kemampuan retinoid mempengaruhi perkembangan sel epitel dan meningkatkan aktivasi sistem kekebalan

Kekurangan Vitamin A (KVA) biasa terjadi pada anak yang menderita kurang energi protein atau gizi buruk namun dapat juga terjadi karena gangguan penyerapan pada usus. Tahap awal KVA ditandai dengan gejala rabun senja atau kurang jelas melihat pada malam hari atau menurunnya kadar serum retinol dalam darah. Selanjutnya terdapat kelainan jaringan epitel pada paru-paru, usus, kulit, dan mata. Upaya untuk menanggulangi masalah kekurangan vitamin A dilaksanakan melalui distribusi kapsul vitamin A di Posyandu setiap enam bulan yaitu bulan Februari dan Agustus dan peningkatan komunikasi informasi dan edukasi (promosi kesehatan) tentang konsumsi makanan sumber vitamin A.

Kapsul vitamin A yang digunakan dalam kegiatan suplementasi vitamin A adalah kapsul yang mengandung vitamin A dosis tinggi. Standar kapsul vitamin A bagi bayi 6-11 bulan, Anak Balita dan Ibu Nifas mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan No 21 Tahun 2015. Ada 2 (dua) jenis vitamin A yang diberikan, yaitu yang kapsul berwarna biru (100.000 IU) untuk bayi usia 6-11 bulan dan yang kapsul berwarna merah (200.000 IU) untuk anak usia 12-59 bulan.

Grafik V.14 : Cakupan Pemberian Vitamin A pada Balita 6 - 59 Bulan Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Cakupan Pemberian Vitamin A pada Balita usia 6 – 59 bulan di Provinsi Papua Barat Tahun 2024 sebesar 56,1%. Cakupan tertinggi berada di Kabupaten Teluk Bintuni (86,6%), sementara masih ada Kabupaten dengan capaian yang masih rendah. Masih rendahnya cakupan balita menerima suplemen vitamin A ini mengindikasikan bahwa manajemen dan pemberdayaan dalam program suplementasi vitamin A pada tingkat Kabupaten belum berjalan optimal. Strategi yang dapat dilaksanakan adalah dengan melakukan sweeping. Sweeping adalah salah satu upaya untuk menjangkau sasaran untuk meningkatkan pemberian kapsul vitamin A pada sasaran yang belum menerima kapsul vitamin A pada waktu pemberian yang telah ditentukan. Kekurangan Vitamin A (KVA) di dalam tubuh yang berlangsung lama dapat meningkatkan risiko kesakitan dan kematian pada balita. Hal lainnya yang perlu menjadi perhatian adalah karena penyakit campak dan kecacingan sebagai salah satu penyakit yang masih menjadi ancaman bagi balita menimbulkan risiko malnutrisi yang bersifat kronis yang pada akhirnya juga menimbulkan risiko kesakitan dan kematian bagi Balita. Pemberian kapsul vitamin A akan membantu meningkatkan daya tahan tubuh sehingga dapat mengurangi komplikasi

campak. Pemberian kapsul vitamin A dan imunisasi campak serta imunisasi lainnya secara bersama - sama akan meningkatkan cakupan program yang lebih optimal.

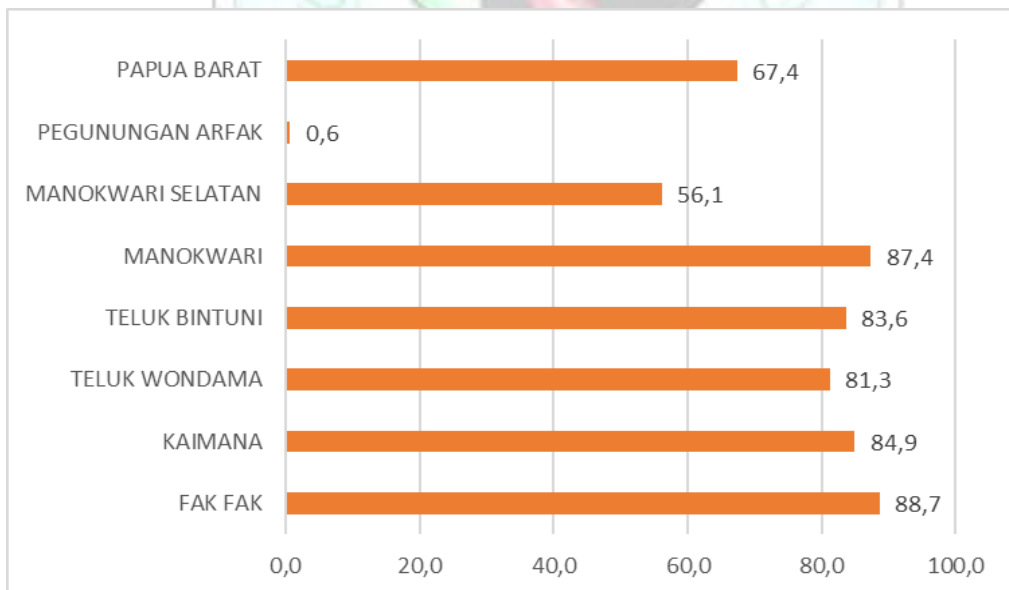
5. Imunisasi

Program imunisasi merupakan salah satu program yang sangat penting dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi akibat penyakit-penyakit yang dapat dicegah oleh imunisasi. Imunisasi sendiri merupakan suatu strategi untuk meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit. Penyakit menular yang termasuk ke dalam Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) diantaranya yaitu, TBC, Difteri, Tetanus, Hepatitis B, Pertusis, Campak dan Polio. Program imunisasi diberikan kepada populasi yang dianggap rentan terjangkit penyakit menular, yaitu bayi, balita, anak-anak, wanita subur dan wanita hamil.

a. Cakupan UCI Desa/ Kelurahan

Salah satu indikator program imunisasi adalah Persentase Desa/Kelurahan yang mencapai “Universal Child Immunization” (UCI). Desa yang mencapai UCI adalah desa/kelurahan yang cakupan imunisasi dasar $\geq 80\%$.

Grafik V.15 : Cakupan Desa/Kelurahan UCI di Provinsi Papua Barat Tahun 2024



Sumber : Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2024

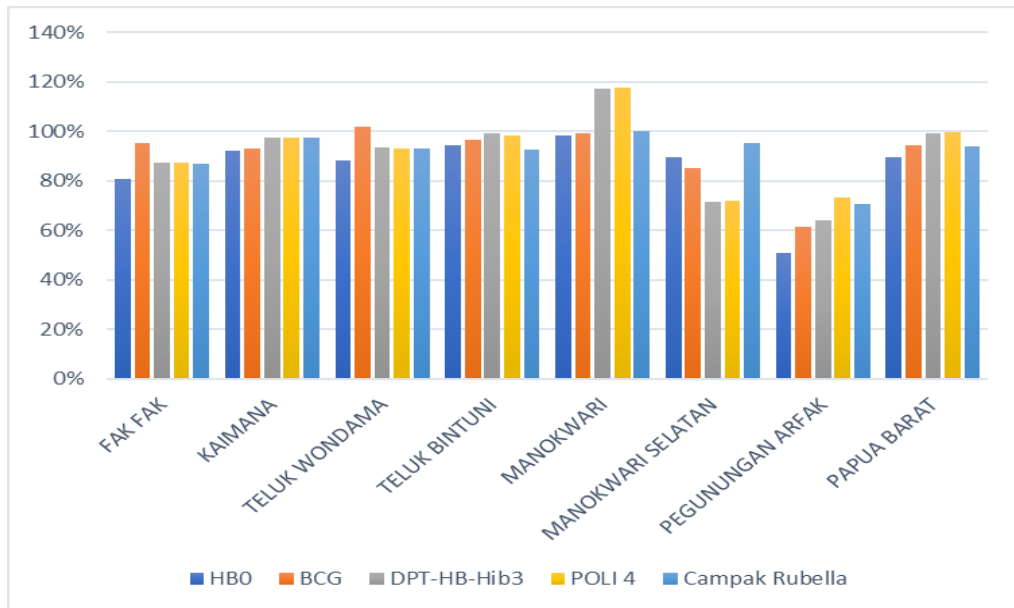
Pada tahun 2024 cakupan desa/kelurahan UCI di Papua Barat sebanyak 583 dari 865 desa/kelurahan atau sebesar 67,4 %. Kabupaten dengan cakupan desa/kelurahan UCI tertinggi adalah di Kabupaten FakFak (88,7%), Kabupaten Manokwari (87,4%), Kabupaten Kaimana (84,9%) sedangkan cakupan terendah berada di Kabupaten Pegunungan Arfak (0,6%).

b. Imunisasi Bayi

Imunisasi melindungi anak terhadap Penyakit-Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) seperti difteri, pertusis, tetanus neonatorum, polio dan campak. Bayi merupakan salah satu kelompok yang menjadi sasaran program imunisasi dan wajib mendapatkan imunisasi dasar lengkap yang terdiri dari bayi usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar lengkap yang terdiri dari satu dosis Imunisasi Hepatitis B (HbO), satu dosis imunisasi BCG, empat dosis imunisasi Polio oral, satu dosis imunisasi IPV, tiga dosis imunisasi DPT-HB-Hib, dan satu dosis imunisasi Campak Rubella dalam kurun waktu satu tahun. Imunisasi dengan cakupan yang tinggi akan mampu untuk mencegah/menurunkan kejadian penyakit yang dapat dicegah imunisasi pada bayi balita, seperti difteri, tetanus neonatorum, campak dan pertusis.

Berikut adalah hasil capaian cakupan imunisasi dasar bayi di Provinsi Papua Barat Tahun 2024, yaitu cakupan HB0, BCG, DPT-HB3-HiB 3, Polio 4 dan Campak. Pemberian imunisasi HB0 (Haemophilus influenza type B) diberikan satu kali kepada bayi usia baru lahir sampai <1 bulan yang bertujuan memberikan kekebalan tubuh bayi terhadap kemungkinan adanya infeksi virus Haemophilus influenza type B, yang bisa menyebabkan meningitis, pneumonia, dan epiglottitis (infeksi pada katup pita suara dan tabung suara).

**Grafik V.16 : Cakupan Imunisasi pada Bayi di Provinsi Papua Barat
Tahun 2024**



Sumber : Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Cakupan imunisasi HB0 di Papua Barat yaitu sebesar 89,5%. Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat yang mempunyai cakupan tinggi Imunisasi HB0 yaitu Kabupaten Manokwari dengan (98,2%), Teluk Bintuni (94,2%), dan Kabupaten Kaimana (92,3%). Sedangkan Kabupaten/Kota dengan cakupan terendah yaitu Kabupaten Pegunungan Arfak (50,8%).

Imunisasi BCG bertujuan untuk melindungi bayi terhadap kemungkinan risiko tuberkulosis dan diberikan satu kali pada bayi berusia satu bulan. Cakupan imunisasi BCG di Papua Barat yaitu sebesar 94,4%. Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat dengan cakupan imunisasi BCG tertinggi yaitu Kabupaten Teluk Wondama (101,9%), Kabupaten Manokwari (99,3%) dan Kabupaten Teluk Bintuni (96,7%). Sedangkan Kabupaten/Kota dengan cakupan terendah yaitu Kabupaten Pegunungan Arfak (61,6%). Imunisasi DPT-HB3-HiB merupakan upaya menurunkan risiko bayi dari kemungkinan infeksi penyakit difteri, pertusis, tetanus neonatorum dan hepatitis B. Dosis imunisasi DPT-HB3-HiB diberikan sebanyak 3 kali, masing-masing pada saat bayi berusia 1 bulan hingga 4 bulan. Cakupan Imunisasi DPT-HB3-HiB di Provinsi Papua Barat adalah sebesar 99,6%. Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat yang mempunyai cakupan tinggi Imunisasi DPT-HB3-HiB yaitu Kabupaten Kaimana

(117,3%), Kabupaten Teluk Bintuni (99,2%) dan Kabupaten Kaimana (97,3%). Sedangkan Kabupaten/Kota dengan cakupan terendah yaitu Kabupaten Pegunungan Arfak (64,2%).

Pemberian imunisasi polio diberikan kepada bayi dengan dosis sebanyak 4 kali. Vaksin polio diberikan secara oral. Diberikan mulai umur 1 bulan sampai 4 bulan. Tujuan imunisasi polio adalah memberikan kekebalan pada bayi terhadap infeksi virus polio liar penyebab polio (kelumpuhan). Pemberian imunisasi polio rutin, pemberian imunisasi massal (PIN) dan surveilans AFP merupakan strategi untuk mencapai sertifikasi bebas polio. Cakupan Polio 4 di Papua Barat yaitu sebesar 99,6% dengan cakupan tertinggi yaitu Kabupaten Manokwari (117,3%), Kabupaten Teluk Bintuni (98,3%) dan Kabupaten Kaimana (97,3%), sedangkan cakupan terendah berada di Kabupaten Pegunungan Arfak (73,1%).

Capaian Imunisasi Campak Rubela di Papua Barat adalah sebesar 93,9%. Cakupan tertinggi berada di Kabupaten Manokwari (100%), Kabupaten Kaimana (97,3%), dan Kabupaten Manokwari Selatan (95,1%). Sedangkan cakupan terendah berada di Kabupaten Pegunungan Arfak (70,6%).

6. Perbaiki Gizi

Kesehatan dan pertumbuhan anak merupakan indikator utama dari keberhasilan pembangunan sosial dan ekonomi suatu bangsa. Secara global, masalah kekurangan gizi pada anak usia di bawah lima tahun (balita) masih menjadi tantangan utama yang berdampak terhadap kualitas sumber daya manusia. Di Indonesia, prevalensi

stunting masih menunjukkan angka yang cukup tinggi meskipun mengalami penurunan dalam satu dekade terakhir. Berdasarkan data survei nasional, prevalensi stunting mencapai 37,6% pada tahun 2013, menurun menjadi 19,8% pada tahun 2024.

Kekurangan gizi pada balita bersifat multidimensional dan merupakan indikator utama ketidakmandirian pertumbuhan dan perkembangan anak. Kekurangan gizi baik secara akut (seperti *underweight* dan *wasting*) maupun kronis (*stunting*) berkontribusi terhadap peningkatan angka kejadian penyakit, kematian, serta gangguan perkembangan fisik dan kognitif. Dampaknya tidak hanya terbatas pada tingkat individu, tetapi juga meluas ke aspek ekonomi nasional melalui peningkatan biaya layanan kesehatan dan penurunan produktivitas masa depan. Oleh karena itu,

pengendalian dan pencegahan masalah gizi harus dilakukan secara komprehensif dan berkelanjutan.

Stunting menggambarkan defisiensi gizi kronis yang terjadi dalam periode kritis kehidupan, mulai dari masa kehamilan hingga dua tahun pertama kehidupan anak. Kondisi ini mampu menimbulkan gangguan perkembangan fisik dan kognitif yang bersifat permanen, serta berpotensi meningkatkan risiko penyakit metabolik seperti resistensi insulin dan penyakit kardiovaskular di masa dewasa. Faktor penyebab utama dari stunting meliputi ketidakcukupan asupan nutrisi, infeksi berulang, serta faktor sosial ekonomi dan lingkungan yang tidak memadai. Kondisi ini diperparah oleh tingkat pendidikan keluarga yang rendah, pendapatan yang tidak stabil, serta akses terbatas terhadap sanitasi dan layanan kesehatan yang berkualitas. Indonesia mempunyai tiga permasalahan gizi (triple load of malnutrition) dan di satu sisi Indonesia mempunyai permasalahan gizi buruk (malnutrition, stunting dan wasting), namun di sisi lain Indonesia juga mempunyai permasalahan overnutrition yaitu obesitas atau kelebihan berat badan dan masalah kekurangan gizi mikro. Gizi penduduk merupakan masalah tersembunyi yang berkontribusi terhadap tingginya angka kesakitan dan kematian. Asupan dan penyerapan zat gizi mikro yang tidak memadai dapat mempengaruhi kesehatan, pertumbuhan, kesehatan mental dan fungsi lainnya (kognitif, kekebalan tubuh, reproduksi, dll). Masalah gizi dapat disebabkan oleh kualitas dan kuantitas pangan (terutama energi dan protein) yang secara kronis bersama dengan faktor penyebab lainnya dapat menyebabkan terjadinya kekurangan gizi.

Sebenarnya banyak upaya telah dilakukan untuk mengatasi masalah gizi, namun keberhasilan upaya tersebut masih belum optimal. Salah satu upaya dengan diberikannya Kartu Menuju Sehat dan Buku KIA bagi Balita sebagai pemantauan untuk ibu dan petugas kesehatan. terungkap bahwa hasil Riskesdas tahun 2018 menunjukkan tingkat kepemilikan buku KIA untuk anak usia 0-59 bulan hanya mencapai 47,9%, selebihnya hilang dan tidak mempunyai buku KIA.

Selain itu, upaya yang dilakukan antara lain pemberian Makanan Tambahan Tambahan (PMTP), peningkatan kapasitas petugas pelatihan penatalaksanaan gizi buruk, pelatihan konseling menyusui, asesmen tumbuh kembang, pelatihan konseling pemberian makan bayi dan anak (PMBA) dan pemberian Makanan Pendamping ASI, serta kerjasama lintas sektor.

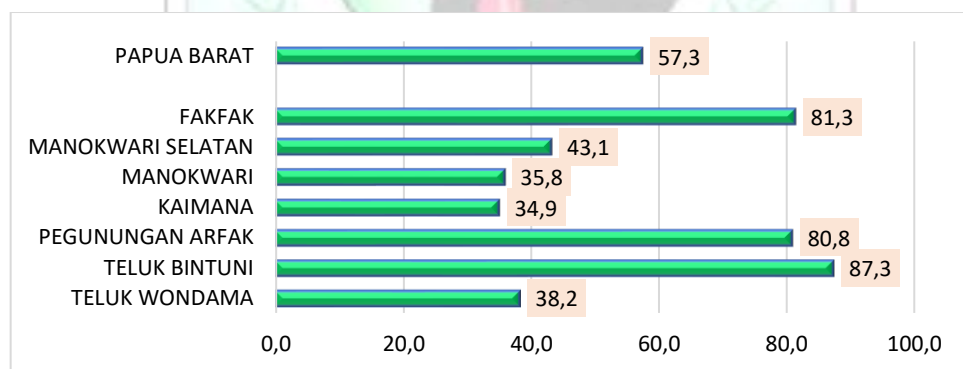
Penimbangan merupakan salah satu kegiatan penting dalam program perbaikan gizi yang fokus pada pencegahan dan peningkatan status gizi anak. Menimbang berat badan bayi dan balita merupakan upaya masyarakat untuk memantau tumbuh kembang anak. Partisipasi masyarakat dalam penimbangan digambarkan dengan membandingkan jumlah balita yang ditimbang (D) dengan jumlah balita keseluruhan (S). Semakin besar partisipasi masyarakat dalam penimbangan, maka semakin banyak pula informasi yang dapat diberikan untuk menggambarkan status gizi balita.

Banyak hal yang dapat mempengaruhi tingkat pencapaian partisipasi masyarakat dalam penimbangan, antara lain tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan masyarakat tentang kesehatan dan gizi, faktor ekonomi dan sosial budaya.

a. Penimbangan Balita (Usia 0 – 59 Bulan)

Partisipasi masyarakat dalam penimbangan bayi usia 0 – 59 bulan (Balita) tahun 2022 sebanyak 13.455 Balita dari total sasaran 50.180 balita (26,81 %). Pada grafik V.15 berikut disajikan gambaran balita yang ditimbang menurut kabupaten/kota tahun 2022.

Grafik V.17 : Cakupan Balita Ditimbang Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Dilaporkan dari 7 Kabupaten, cakupan tertinggi berada di Kabupaten Teluk Bintuni (87,3%) dan yang terendah ada di Kabupaten Kaimana (34,9%).

b. Status Gizi Balita Berdasarkan Indeks BB/U, TB/U, DAN BB/TB

Status gizi adalah keadaan tubuh akibat asupan makanan dan pemanfaatan zat gizi. Status gizi memberikan gambaran keseimbangan antara asupan dan kebutuhan zat gizi tubuh yang tercermin dari pertumbuhan fisik, ukuran tubuh, dan antropometri.

Status gizi balita dinilai menurut 3 indeks, yaitu Berat Badan Menurut Umur (BB/U), Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U), Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/TB).

1. BB/U adalah berat badan anak yang dicapai pada umur tertentu.
2. TB/U adalah tinggi badan anak yang dicapai pada umur tertentu.
3. BB/TB adalah berat badan anak dibandingkan dengan tinggi badan yang dicapai.

Ketiga nilai indeks status gizi diatas dibandingkan dengan baku pertumbuhan WHO. Z-score adalah nilai simpangan BB atau TB dari nilai BB atau TB normal menurut baku pertumbuhan WHO. Contoh perhitungan Z score BB/U: $(BB \text{ anak} - BB \text{ standar}) / \text{standar deviasi BB standar}$. Batasan untuk kategori status gizi balita menurut indeks BB/U, TB/U, BB/TB menurut WHO dapat dilihat pada tabel “pengertian kategori status gizi balita”.

Status gizi masyarakat merupakan salah satu indikator kemajuan program pembangunan kesehatan. Gizi merupakan salah satu faktor yang menentukan tingkat kesejahteraan dan kesehatan manusia.

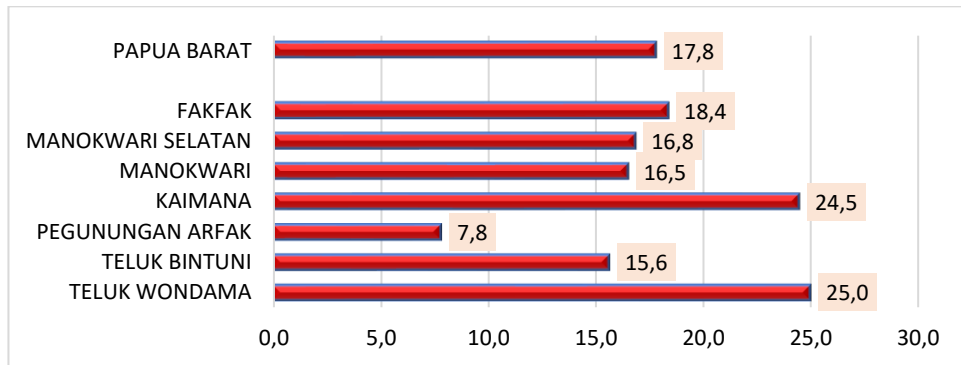
Tabel V.1 : Pengertian Kategori Masalah Gizi Masyarakat

Masalah Gizi Masyarakat	Prevalensi Pendek	Prevalensi Kurus
Baik	Kurang dari 20%	Kurang dari 5%
Akut	Kurang dari 20%	5% atau lebih
Kronis	20% atau lebih	Kurang dari 5%
Akut + Kronis	20% atau lebih	5% atau lebih

Sumber : Modifikasi WHO, 1997

Sesuai dengan standar WHO, suatu wilayah dikatakan kategori baik bila prevalensi balita pendek kurang dari 20% dan prevalensi balita kurus kurang dari 5%. Suatu wilayah dikatakan mengalami masalah gizi akut bila prevalensi balita pendek kurang dari 20% dan prevalensi balita kurus 5% atau lebih. Sumber: Modifikasi WHO, 1997

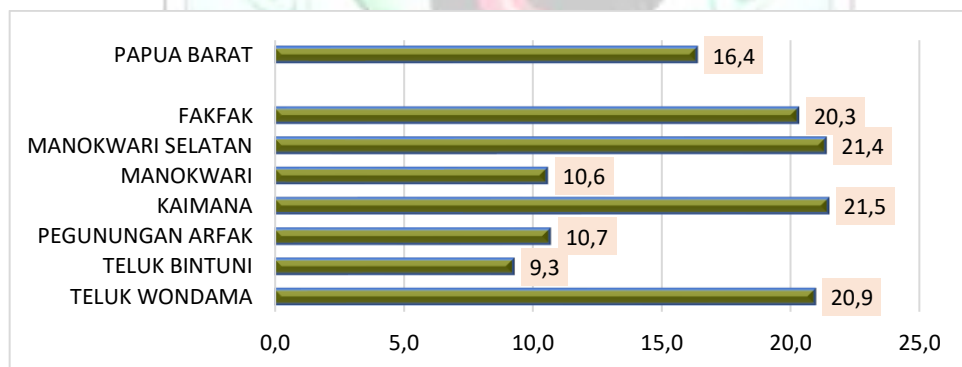
Grafik V.18 : Prevalensi Balita *Underweight* (BB/U) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Prevalensi balita gizi kurang berdasarkan indeks BB/U di Papua Barat tahun 2024 sebesar 17,79%. Besaran prevalensi di Papua Barat mencapai 5 % sehingga dalam kategori akut berdasarkan kategori masalah gizi masyarakat. Berdasarkan cakupan Kabupaten, prevalensi tertinggi berada di Kabupaten Teluk Wondama 24,97%, Kabupaten Kaimana 24,45%, Kabupaten Fakfak 18,36%, Kabupaten Manokwari Selatan 16,83% dan Kabupaten Manokwari 16,48%. Sedangkan prevalensi terendah berada di Kabupaten Pegunungan Arfak 7,79%.

Grafik V.19 : Prevalensi Balita *Stunting* (TB/U) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024

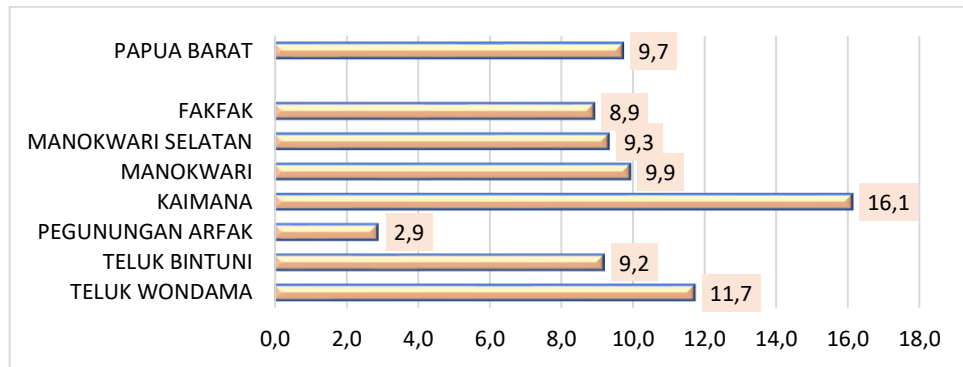


Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Papua Barat tahun 2024

Prevalensi balita pendek berdasarkan indeks tinggi badan per umur (TB/U) di Papua Barat tahun 2024 sebesar 16,4%. Besaran prevalensi di Papua Barat kurang dari 20 % sehingga masih dalam kategori baik berdasarkan kategori masalah gizi masyarakat. Berdasarkan cakupan Kabupaten, prevalensi tertinggi berada di Kabupaten Kaimana 21,5%, Kabupaten Manokwari Selatan 21,4% , Kabupaten Teluk Wondama 20,9%, dan

Kabupaten Fakfak 20,3%. Sedangkan prevalensi terendah berada di Kabupaten Teluk Bintuni 9,3%.

Grafik V.20 : Prevalensi Balita *Wasting* (BB/TB) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Prevalensi balita *Wasting* di Papua Barat tahun 2024 sebesar 9,7%. Besaran prevalensi di Papua Barat lebih dari 5 % sehingga masih dalam kategori kurang baik sehingga ini sebagai warning bagi petugas kesehatan dan juga keluarga untuk melakukan tatalaksana anak *wasting*, berdasarkan kategori masalah gizi masyarakat. Cakupan Kabupaten/Kota dengan prevalensi tertinggi berada di Kabupaten Kaimana (16,1%), Kabupaten Teluk Wondama (11,7%) dan Kabupaten Manokwari (9,9%). Sedangkan prevalensi terendah berada Kabupaten Pegunungan Arfak (2,9%)

Berdasarkan undang-undang No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 141, dimana upaya perbaikan gizi masyarakat ditujukan untuk meningkatkan mutu gizi perseorangan dan masyarakat yang dapat ditempuh melalui perbaikan pola konsumsi makanan, sesuai dengan 13 Pesan Umum Gizi Seimbang (PUGS) dan perbaikan perilaku Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi).

Pemberian makanan tambahan (PMT) adalah suplemen gizi dengan komposisi khusus dan dilengkapi dengan vitamin dan mineral, ditujukan bagi sekelompok anak usia dini untuk mencapai kesembuhan atau status gizi (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Alasan anak 6-59 bulan mendapatkan makanan tambahan, yaitu (1) gizi buruk; (2) gizi kurang/BGM; (3) kurus; (4) berat badan tidak pernah naik; (5) sakit-sakitan; (6) ikut penimbangan di posyandu; (7) keluarga miskin; dan (8) lainnya.



DINAS KESEHATAN PROVINSI PAPUA BARAT

BAB VI



PROFIL KESEHATAN TAHUN 2024

BAB VI

PENGENDALIAN PENYAKIT

Pengendalian penyakit adalah upaya penurunan insidens, prevalens, morbiditas atau mortalitas dari suatu penyakit hingga level yang dapat diterima secara lokal. Angka kesakitan dan kematian penyakit merupakan indikator dalam menilai derajat kesehatan suatu masyarakat.

Pengendalian penyakit yang akan dibahas pada bab ini yaitu pengendalian penyakit menular dan tidak menular. Penyakit menular meliputi penyakit menular langsung, penyakit menular bersumber binatang, penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) Sedangkan penyakit tidak menular meliputi upaya pencegahan dan deteksi dini faktor risiko penyakit tidak menular.

A. PENYAKIT MENULAR LANGSUNG

1. Tuberkulosis

Tuberkulosis disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium tuberculosis*. Sumber penularannya adalah tetesan lendir yang dikeluarkan oleh penderita tuberkulosis bakteri tahan asam positif (BTA positif). Jika seseorang mengidap TBC dengan BTA negatif, orang tersebut tetap dapat menularkan TBC meskipun tingkat penularannya rendah.

Tuberkulosis merupakan penyakit yang menjadi perhatian dunia. Sejalan dengan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan tahun 2030, WHO bertujuan untuk mengurangi kematian akibat tuberkulosis sebesar 90% dan kejadian tuberkulosis sebesar 80% pada tahun 2030.

Indonesia telah berkomitmen untuk memberantas Tuberkulosis pada tahun 2030 jika penemuan dan pengobatan (Treatment Coverage) $\geq 90\%$, keberhasilan pengobatan (Success Rate) $\geq 90\%$, dan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) kontak serumah $\geq 80\%$. Indikator tersebut dapat menurunkan insiden sebesar 80% yaitu 65 orang per 100.000 penduduk dan kematian akibat tuberkulosis sebesar 90% yaitu 6 kasus kematian per 100.000 penduduk. Hal tersebut mendorong program pengendalian Tuberkulosis nasional untuk mempercepat eliminasi Tuberkulosis 2030. Selain itu, dengan tantangan ko-infeksi TBC-HIV, TBC Resistensi Obat (TBC-RO), TBC komorbid, TBC pada anak dan pemberian TPT dalam penanggulangan TBC di Indonesia

a. Insidens Tuberkulosis

Menurut Global Tuberculosis Report 2024 dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), Indonesia tetap berada pada peringkat kedua tertinggi di dunia dalam beban TBC, setelah India. Pada tahun 2024 diperkirakan terdapat ±1.090.000 kasus tuberkulosis di Indonesia, dengan ≈885.000 kasus terdeteksi dan dilaporkan melalui sistem kesehatan nasional. Dari total kasus terdeteksi, mayoritas terjadi pada laki-laki, diikuti perempuan, serta kasus yang signifikan pada anak usia 0–14 tahun. Estimasi jumlah kematian akibat TBC mencapai ±125.000 jiwa per tahun, menunjukkan bahwa TBC masih menjadi tantangan utama kesehatan masyarakat di Indonesia. Meskipun terdapat peningkatan penemuan kasus dibandingkan tahun-tahun sebelumnya, cakupan penemuan kasus masih di bawah target nasional, sehingga memerlukan penguatan upaya penemuan, diagnosis, penatalaksanaan, dan pelacakan kontak secara komprehensif

b. Penemuan Kasus Tuberkulosis

Jumlah terduga TBC pada tahun pelaporan tercatat sebanyak 8.688 orang. Dari jumlah tersebut, sebanyak 8.654 orang (99,6%) telah mendapatkan pelayanan tuberkulosis sesuai standar. Capaian ini menunjukkan bahwa akses dan mutu pelayanan bagi terduga TBC sudah sangat baik dan hampir menjangkau seluruh sasaran.

Tabel VI. 1 : Penemuan Kasus TBC Papua Barat Tahun 2024

	Kabupaten	JUMLAH TERDUGA TUBERKULOSIS YANG MENDAPATKAN PELAYANAN SESUAI STANDAR	JUMLAH SEMUA KASUS TUBERKULOSIS					KASUS TUBERKULOSIS ANAK 0-14 TAHUN	
			LAKI-LAKI		PEREMPUAN		LAKI-LAKI + PEREMPUAN		
			JUMLAH	%	JUMLAH	%			
1	FAKFAK	1.472	206	57,7	151	42,3	357	53	
2	KAIMANA	970	192	54,4	161	45,6	353	61	
3	TELUK WONDAMA	815	137	53,7	118	46,3	255	18	
4	TELUK BINTUNI	2.104	291	52,2	267	47,8	558	65	
5	MANOKWARI	2.835	738	56,0	581	44,0	1.319	194	
6	MANOKWARI SELATAN	243	48	50,5	47	49,5	95	12	
7	PEGUNGAN ARFAK	215	8	50,0	8	50,0	16	0	
JUMLAH (KAB/KOTA)		8.654	1.620	54,9	1.333	45,1	2.953	403	
JUMLAH TERDUGA TUBERKULOSIS		8.688							
% ORANG TERDUGA TUBERKULOSIS (TBC) MENDAPATKAN PELAYANAN TUBERKULI					99,6				
						3.260			
CAKUPAN PENEMUAN KASUS TUBERKULOSIS (%)						90,6			
CAKUPAN PENEMUAN KASUS TUBERKULOSIS ANAK (%)								103,0	

Sumber data : SITB 2024

Jumlah seluruh kasus TBC yang ditemukan sebanyak 2.953 kasus, dengan distribusi menurut jenis kelamin menunjukkan bahwa laki-laki masih mendominasi kasus TBC, yaitu sebanyak 1.620 kasus (54,9%), sedangkan perempuan sebanyak 1.333 kasus (45,1%). Pola ini sejalan dengan kecenderungan epidemiologi TBC secara nasional, di mana risiko TBC pada laki-laki relatif lebih tinggi.

Berdasarkan wilayah kabupaten/kota, jumlah kasus TBC tertinggi terdapat di Kabupaten Manokwari, diikuti oleh Kabupaten Teluk Bintuni, Kabupaten Fakfak, dan Kabupaten Kaimana. Sementara itu, jumlah kasus relatif lebih rendah ditemukan di Kabupaten Teluk Wondama, Kabupaten Manokwari Selatan, dan Kabupaten Pegunungan Arfak. Perbedaan distribusi ini dipengaruhi oleh variasi jumlah penduduk, kepadatan wilayah, serta intensitas penemuan kasus.

Cakupan penemuan kasus TBC mencapai 90,6%, menunjukkan bahwa sebagian besar estimasi kasus TBC telah berhasil ditemukan dan dilaporkan, meskipun masih diperlukan penguatan upaya penemuan kasus untuk mencapai target optimal.

Pada kelompok usia anak (0–14 tahun), jumlah kasus TBC yang ditemukan sebanyak 403 kasus, dengan cakupan penemuan kasus TBC anak sebesar 103,0%. Capaian ini menunjukkan keberhasilan upaya penemuan aktif kasus TBC anak, terutama melalui pelacakan kontak serumah dan peningkatan kewaspadaan klinis terhadap TBC pada anak.

c. Angka Kesembuhan (Cure Rate)

Upaya pengendalian tuberkulosis (TBC) tidak hanya difokuskan pada penemuan kasus, tetapi juga pada keberhasilan pengobatan untuk memutus rantai penularan dan mencegah kematian akibat TBC. Indikator utama yang digunakan untuk menilai kinerja pengobatan TBC meliputi angka kesembuhan (cure rate), angka pengobatan lengkap (complete rate), angka keberhasilan pengobatan (success rate), serta angka kematian selama pengobatan.

Pada tahun pelaporan, jumlah kasus tuberkulosis paru terkonfirmasi bakteriologis yang diobati dan dilaporkan sebanyak 1.505 kasus, terdiri dari 857 kasus pada laki-laki dan 648 kasus pada perempuan. Sementara itu, jumlah seluruh kasus TBC yang diobati dan

dilaporkan mencapai 2.953 kasus, dengan distribusi 1.620 kasus pada laki-laki dan 1.333 kasus pada perempuan.

Angka kesembuhan TBC paru terkonfirmasi bakteriologis secara keseluruhan mencapai 28,2%, dengan proporsi 28,2% pada laki-laki dan 28,1% pada perempuan. Capaian ini menunjukkan bahwa sebagian pasien TBC paru terkonfirmasi telah menyelesaikan pengobatan dengan hasil pemeriksaan bakteriologis akhir yang negatif. Variasi angka kesembuhan antar kabupaten/kota cukup lebar, yang dapat dipengaruhi oleh kepatuhan pasien, akses pemeriksaan ulang dahak, serta kesinambungan pemantauan selama masa pengobatan.

Tabel VI.2 : Angka Kesembuhan Tuberkulosis Sensitif Obat (So) Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten, Dan Puskesmas 2024

No	KABUPATEN	PUSKESMAS DAN FASYANKES LAINNYA	JUMLAH KASUS TUBERKULOSIS PARU TERKONFIRMASI BAKTERIOLOGIS YANG DIOBATI DAN DILAPORKAN*)			JUMLAH SEMUA KASUS TUBERKULOSIS YANG DIOBATI DAN DILAPORKAN*)			ANGKA KESEMBUHAN (CURE RATE) TUBERKULOSIS PARU TERKONFIRMASI BAKTERIOLOGIS					
			L	P	L + P	L	P	L + P	LAKI-LAKI		PEREMPUAN		LAKI-LAKI + PEREMPUAN	
									JUMLAH	%	JUMLAH	%	JUMLAH	%
1	FAKFAK	10	136	75	211	206	151	357	66	48,5	45	60,0	111	52,6
2	KAIMANA	15	95	83	178	192	161	353	33	34,7	29	34,9	62	34,8
3	TELUK WONDAMA	20	81	78	159	137	118	255	11	13,6	12	15,4	23	14,5
4	TELUK BINTUNI	6	118	112	230	291	267	558	27	22,9	25	22,3	52	22,6
5	MANOKWARI	10	384	256	640	738	581	1.319	103	26,8	69	27,0	172	26,9
6	MANOKWARI SELATAN	6	35	37	72	48	47	95	0	0,0	0	0,0	0	0,0
7	PEGUNGAN ARFAK	9	8	7	15	8	8	16	2	25,0	2	28,6	4	26,7
JUMLAH (KAB/KOTA)		76	857	648	1.505	1.620	1.333	2.953	242	28,2	182	28,1	424	28,2

Sumber data : SITB 2024

d. Angka Pengobatan Lengkap (Complete Rate)

Angka pengobatan lengkap seluruh kasus TBC mencapai 45,5%, dengan capaian 43,9% pada laki-laki dan 47,5% pada perempuan. Hal ini menunjukkan bahwa hampir setengah dari pasien TBC telah menyelesaikan pengobatan sesuai standar meskipun tanpa konfirmasi hasil bakteriologis akhir. Kabupaten dengan angka pengobatan lengkap relatif tinggi menunjukkan fungsi pemantauan pengobatan dan pendampingan pasien yang lebih optimal.

Tabel VI.3 : Angka Pengobatan Lengkap Serta Keberhasilan Pengobatan Tuberkulosis Sensitif Obat (So) Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten, Dan Puskesmas 2024

No	KABUPATEN	PUSKESMAS DAN FASYANKES LAINNYA	JUMLAH KASUS TUBERKULOSIS PARU TERKONFIRMASI BAKTERIOLOGIS YANG DIOBATI DAN DILAPORKAN*)			JUMLAH SEMUA KASUS TUBERKULOSIS YANG DIOBATI DAN DILAPORKAN*)			ANGKA PENGOBATAN LENGKAP (COMPLETE RATE) SEMUA KASUS TUBERKULOSIS					
			L	P	L + P	L	P	L + P	LAKI-LAKI		PEREMPUAN		LAKI-LAKI + PEREMPUAN	
									JUMLAH	%	JUMLAH	%	JUMLAH	%
1	FAKFAK	10	136	75	211	206	151	357	93	45,1	76	50,3	169	47,3
2	KAIMANA	15	95	83	178	192	161	353	92	47,9	74	46,0	166	47,0
3	TELUK WONDAMA	20	81	78	159	137	118	255	78	56,9	54	45,8	132	51,8
4	TELUK BINTUNI	6	118	112	230	291	267	558	145	49,8	135	50,6	280	50,2
5	MANOKWARI	10	384	256	640	738	581	1.319	270	36,6	256	44,1	526	39,9
6	MANOKWARI SELATAN	6	35	37	72	48	47	95	32	66,7	36	76,6	68	71,6
7	PEGUNGAN ARFAK	9	8	7	15	8	8	16	1	12,5	2	25,0	3	18,8
JUMLAH (KAB/KOTA)		76	857	648	1.505	1.620	1.333	2.953	711	43,9	633	47,5	1.344	45,5

Sumber data : SITB 2024

e. Angka Keberhasilan Pengobatan (Success Rate)

Angka keberhasilan pengobatan TBC (success rate), yang merupakan gabungan antara angka kesembuhan dan angka pengobatan lengkap, tercatat sebesar 59,9%. Keberhasilan pengobatan pada perempuan (61,1%) lebih tinggi dibandingkan laki-laki (58,8%). Perbedaan ini dapat dipengaruhi oleh tingkat kepatuhan berobat, dukungan keluarga, serta faktor sosial dan perilaku pasien.

Tabel VI.4 : Angka Keberhasilan Pengobatan Tuberkulosis Sensitif Obat (So) Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten, Dan Puskesmas 2024

No	KABUPATEN	PUSKESMAS DAN FASYANKES LAINNYA	JUMLAH KASUS TUBERKULOSIS PARU TERKONFIRMASI BAKTERIOLOGIS YANG DIOBATI DAN DILAPORKAN*)			JUMLAH SEMUA KASUS TUBERKULOSIS YANG DIOBATI DAN DILAPORKAN*)			ANGKA KEBERHASILAN PENGOBATAN (SUCCESS RATE/SR) SEMUA KASUS TUBERKULOSIS					
			L	P	L + P	L	P	L + P	LAKI-LAKI		PEREMPUAN		LAKI-LAKI + PEREMPUAN	
									JUMLAH	%	JUMLAH	%	JUMLAH	%
1	FAKFAK	10	136	75	211	206	151	357	159	77,2	121	80,1	280	78,4
2	KAIMANA	15	95	83	178	192	161	353	125	65,1	103	64,0	228	64,6
3	TELUK WONDAMA	20	81	78	159	137	118	255	89	65,0	66	55,9	155	60,8
4	TELUK BINTUNI	6	118	112	230	291	267	558	172	59,1	160	59,9	332	59,5
5	MANOKWARI	10	384	256	640	738	581	1.319	373	50,5	325	55,9	698	52,9
6	MANOKWARI SELATAN	6	35	37	72	48	47	95	32	66,7	36	76,6	68	71,6
7	PEGUNGAN ARFAK	9	8	7	15	8	8	16	3	37,5	4	50,0	7	43,8
JUMLAH (KAB/KOTA)		76	857	648	1.505	1.620	1.333	2.953	953	58,8	815	61,1	1.768	59,9

Sumber data : SITB 2024

f. Kematian Selama Pengobatan

Tabel VI.5 : Angka Kematian Tuberkulosis Sensitif Obat (So) Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten, Dan Puskesmas 2024

No	KABUPATEN	PUSKESMAS DAN FASYANKES LAINNYA	JUMLAH KASUS TUBERKULOSIS PARU TERKONFIRMASI BAKTERIOLOGIS YANG DIOBATI DAN DILAPORKAN*)			JUMLAH SEMUA KASUS TUBERKULOSIS YANG DIOBATI DAN DILAPORKAN*)			JUMLAH KEMATIAN SELAMA PENGOBATAN TUBERKULOSIS	
			L	P	L + P	L	P	L + P	JUMLAH	%
1	FAKFAK	10	136	75	211	206	151	357	17	4,8
2	KAIMANA	15	95	83	178	192	161	353	11	3,1
3	TELUK WONDAMA	20	81	78	159	137	118	255	17	6,7
4	TELUK BINTUNI	6	118	112	230	291	267	558	37	6,6
5	MANOKWARI	10	384	256	640	738	581	1.319	47	3,6
6	MANOKWARI SELATAN	6	35	37	72	48	47	95	2	2,1
7	PEGUNGAN ARAFAK	9	8	7	15	8	8	16	1	6,3
JUMLAH (KAB/KOTA)		76	857	648	1.505	1.620	1.333	2.953	132	4,5

Sumber data : SITB 2024

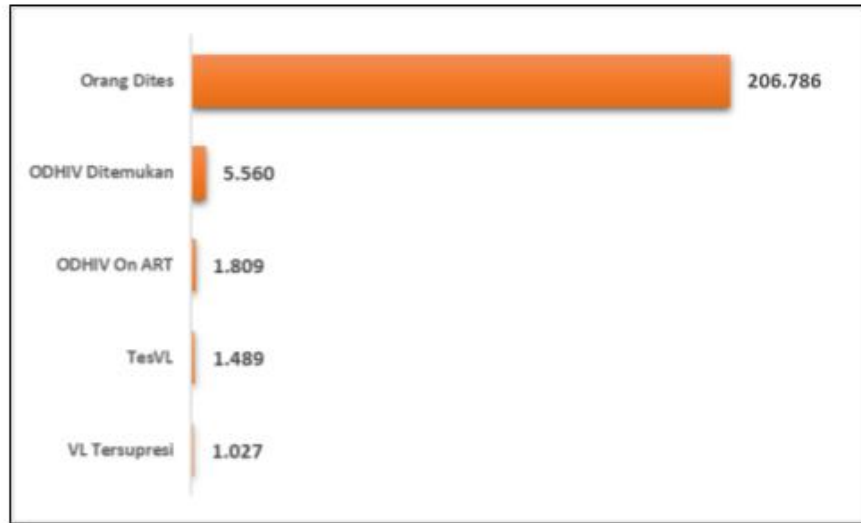
Jumlah kematian selama pengobatan TBC tercatat sebanyak 132 kasus, atau sebesar 4,5% dari seluruh kasus TBC yang diobati. Angka kematian ini menunjukkan masih adanya tantangan dalam pengelolaan pasien TBC, terutama pada kasus dengan komorbid, keterlambatan diagnosis, serta kondisi klinis yang berat saat memulai pengobatan.

2. Kasus HIV/AIDS di Papua Barat Tahun 2024

Prevalensi kasus HIV AIDS di Tanah Papua dan lebih khusus di Provinsi Papua Barat secara umum berdasarkan hasil Survei Terpadu Biologi dan Perilaku (STBP) tahun 2013 yaitu 2,3% pada populasi umum. Dari hasil survei ini juga ada situasi yang sangat mengkhawatirkan karena jika dilihat berdasarkan suku lebih banyak orang asli Papua yang terinfeksi HIV (2,9%) dibandingkan non Papua (0,4%). Jika dilihat berdasarkan jenis kelamin tidak berbeda jauh antara laki-laki (2,3%) dan perempuan (2,2%). Jika dilihat berdasarkan umur maka prevalensi tertinggi ada pada kelompok umur 15-24 tahun (3,1%) dan umur 25-49 tahun (1,8%).

Cakupan program sampai dengan tahun 2024 Provinsi Papua Barat dapat dilihat pada grafik cascade dibawah ini:

Grafik VI.1 : Analisis Kaskade Layanan Konseling Tes dan Pengobatan HIV

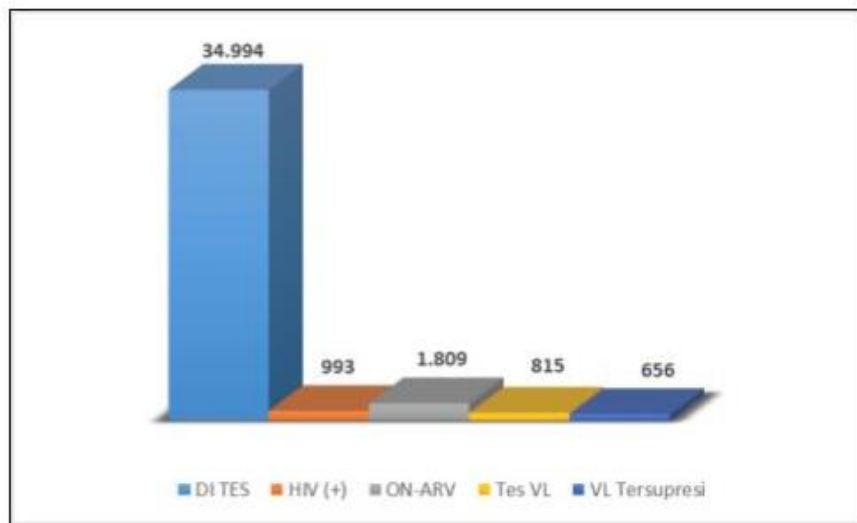


Sumber: SIHA 1.7 dan SIHA 2.1 per Desember 2024

Cascade tes dan pengobatan HIV sampai dengan bulan Desember 2024 tercatat sebanyak 206.786 orang yang sudah dites HIV, ODHIV yang ditemukan sebanyak

5.560 (3%) dari jumlah orang yang dites dan ODHIV yang masih dalam pengobatan, tercatat sebanyak 1.809 orang (33%) dari jumlah ODHIV yang ditemukan, sebanyak 1,489 ODHIV (82%) telah melakukan pemeriksaan viral load dari jumlah ODHIV dalam pengobatan, ODHIV dalam pengobatan yang virusnya tersupresi sebanyak 1.027 orang (69%) dari ODHIV yang mendapatkan pengobatan ARV. Terlihat pada grafik diatas masih terdapat gap yang cukup besar antara ODHIV yang ditemukan dengan ODHIV mulai ART, hal ini terjadi karena banyaknya kasus Lost to Follow Up baik setelah terdiagnosis HIV, pada saat masuk perawatan dan setelah mendapatkan pengobatan ARV yang disebabkan oleh berbagai factor, beberapa diantaranya yaitu adanya pengobatan herbal, berpindah tempat tinggal tanpa komunikasi ke petugas layanan, bosan minum obat, merasa diri sudah sehat dan lain sebagainya. Selain itu juga masih terbatasnya akses layanan PDP di beberapa Kabupaten.

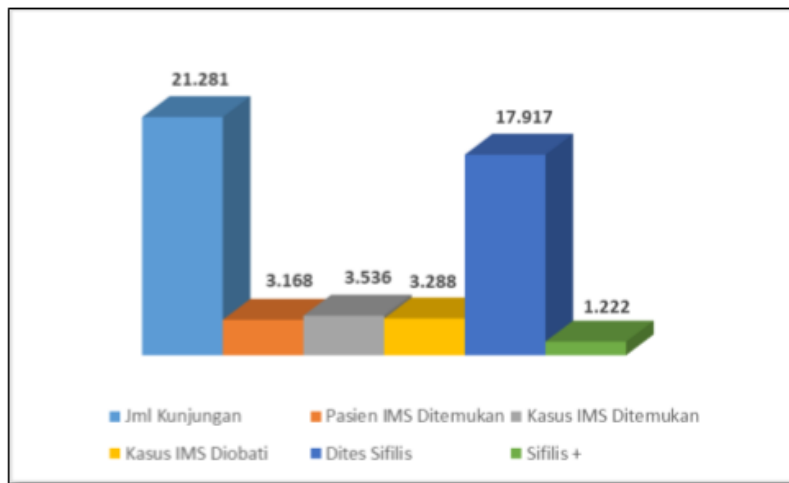
Grafik VI.2 : Analisis Kaskade Layanan Tes dan Pengobatan HIV Januari-Desember 2024



Sumber: SIHA 1.7 dan SIHA 2.1 per Desember 2024

Cascade tes dan pengobatan HIV periode bulan Januari sampai Desember 2024 tercatat sebanyak 34.994 orang yang di tes HIV, dari jumlah tersebut ada 993 ODHIV (3%) yang ditemukan, dan kumulatif ODHIV yang masih dalam pengobatan tercatat sebanyak 1.809 orang. Dari 1.809 ODHIV yang masih dalam pengobatan tercatat sebanyak 815 ODHIV yang melakukan pemeriksaan viral load dengan hasil tersupresi sebanyak 656 (80%) ODHIV. Hal ini mengindikasikan bahwa pengobatan ARV yang selama ini dikonsumsi oleh ODHIV secara rutin mempunyai dampak yang cukup baik dalam menekan jumlah virus. Tetapi masih ada 20% ODHIV yang hasil pemeriksaan viral load jumlah virus belum tersupresi dan perlu perhatian khusus dari petugas layanan PDP terkait dengan penyebabnya. Dari capaian tersebut diatas masih belum maksimal, salah satu penyebabnya adalah layanan tes dan pengobatan di beberapa fasilitas layanan kesehatan belum berjalan optimal dalam melakukan tes HIV baik layanan dalam gedung dengan penerapan PTIC maupun kegiatan luar gedung melalui mobile VCT dan juga pelaporan ke aplikasi SIHA 2.1 belum terlaporkan seluruhnya. Selain itu juga masih terbatasnya akses layanan PDP di beberapa Kabupaten.

Grafik VI.3 : Analisis Kaskade IMS Januari-Desember 2024



Sumber: SIHA 1.7 dan SIHA 2.1 per Desember 2024

Data kaskade diatas terlihat pada tahun 2024 ada sebanyak 21.281 orang yang berkunjung ke layanan dan melakukan pemeriksaan IMS dan ada 3.168 (15%) pasien IMS yang ditemukan dengan jumlah kasus IMS yang ditemukan sebanyak 3.536 kasus, jumlah kasus IMS yang ditemukan lebih tinggi dari jumlah pasien IMS yang ditemukan karena ada kemungkinan satu orang mengalami dua atau lebih kasus IMS, dan jumlah kasus IMS yang diobati sebanyak 3.288 (93%) kasus.

Jumlah orang yang dites sifilis sebanyak 17.917 dan yang positif sifilis sebanyak 1.222 (7%) orang. Kasus IMS yang ditemukan yaitu: duh tubuh vagina, duh tubuh uretra, ulkus genital, sifilis, gonore, urethritis gonore, urethritis non-GO, servisitits/proctitis, trikomoniasis, herpes genital.

3. Pneumonia

Pneumonia merupakan salah satu penyebab utama kesakitan dan kematian pada balita, sehingga deteksi dini dan tatalaksana sesuai standar menjadi indikator penting dalam pelayanan kesehatan anak. Salah satu pendekatan utama adalah penilaian balita dengan batuk atau

kesukaran bernapas melalui penghitungan frekuensi napas dan pengamatan tarikan dinding dada ke dalam (TDDK).

Berdasarkan data penemuan kasus pneumonia per bulan, terlihat adanya fluktuasi jumlah kasus sepanjang tahun dengan kecenderungan penurunan pada paruh akhir tahun.. Pada awal tahun, jumlah kasus pneumonia relatif tinggi, dengan 151 kasus pada Januari, menurun sedikit pada Februari (137 kasus), kemudian mencapai puncak tertinggi pada Maret sebanyak 162 kasus. Tingginya penemuan kasus pada triwulan pertama diduga berkaitan dengan faktor musim hujan, peningkatan kasus infeksi saluran pernapasan akut, serta intensitas kunjungan masyarakat ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Grafik VI.4 : Penemuan Penderita Pneumonia Per Bulan Provinsi Papua Barat Tahun 2024



Sumber: SIHA 1.7 dan SIHA 2.1 per Desember 2024

Memasuki April hingga Juni, jumlah kasus menunjukkan tren menurun, dari 102 kasus pada April, naik kembali pada Mei (119 kasus), lalu turun signifikan pada Juni (88 kasus). Penurunan ini dapat dipengaruhi oleh perubahan musim, menurunnya transmisi infeksi, maupun berkurangnya aktivitas penemuan aktif kasus.

Pada Juli hingga September, jumlah kasus relatif stabil dengan fluktuasi ringan, masing-masing 101 kasus pada Juli, 99 kasus pada Agustus, dan kembali meningkat menjadi 119 kasus pada September. Kondisi ini menunjukkan bahwa pneumonia masih terjadi secara konsisten dan memerlukan kewaspadaan berkelanjutan di layanan kesehatan primer.

Penurunan yang cukup tajam terjadi pada Oktober, dengan hanya 56 kasus yang ditemukan. Selanjutnya pada November terjadi kenaikan kembali menjadi 117 kasus, sebelum kembali turun pada Desember menjadi 55 kasus, yang merupakan jumlah terendah sepanjang tahun. Penurunan kasus pada akhir tahun dapat disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain berkurangnya kunjungan pelayanan kesehatan, keterbatasan pelaporan, atau menurunnya aktivitas penemuan kasus di fasilitas kesehatan.

Secara keseluruhan, pola penemuan kasus pneumonia menunjukkan pola musiman, dengan kasus cenderung lebih tinggi pada awal tahun dan menurun pada akhir tahun. Fluktuasi ini mengindikasikan perlunya penguatan surveilans pneumonia secara konsisten sepanjang tahun, khususnya pada periode dengan kecenderungan peningkatan kasus. Selain itu, peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam deteksi dini pneumonia, penguatan pencatatan dan pelaporan, serta edukasi masyarakat terkait gejala pneumonia perlu terus dilakukan untuk mencegah keterlambatan diagnosis dan penanganan.

Tabel VI.6 : Penemuan Kasus Pneumonia Balita Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten, Dan Puskesmas 2024

NO	KABUPATEN	JUMLAH BALITA	BALITA BATUK ATAU KESUKARAN BERNAPAS		
			JUMLAH KUNJUNGAN	DIBERIKAN TATALAKSANA STANDAR (DIHITUNG NAPAS / LIHAT TDDK*)	PERSENTASE YANG DIBERIKAN TATALAKSANA STANDAR
1	3	4	5	6	7
1	FAKFAK	8.498	3.759	3.564	94,8
2	KAIMANA	7.025	73	73	100,0
3	WONDAMA	3.095	330	0	0,0
4	BINTUNI	6.679	6.927	6.761	97,6
5	MANOKWARI	1.687	8.494	8.235	97,0
6	MANSEL	2.634	1.290	606	47,0
7	PEG ARFAK	3.547	1	1	100,0
JUM	7	33.165	20.874	19.240	92,2
Prevalensi pneumonia		945			
Jumlah Puskesmas yang melakukan tatalaksana Standar minimal 60%					5
Persentase Puskesmas yang melakukan tatalaksana standar minimal 60%					71,4%

Sumber: Bidang P2P Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat

Jumlah balita di wilayah kabupaten/kota tercatat sebanyak 33.165 balita. Dari jumlah tersebut, terdapat 20.874 kunjungan balita dengan keluhan batuk atau kesukaran bernapas ke fasilitas pelayanan kesehatan. Sebanyak 19.240 balita (92,2%) telah mendapatkan tatalaksana sesuai standar, menunjukkan bahwa secara umum mutu pelayanan pneumonia balita sudah tergolong baik.

Capaian tatalaksana standar menunjukkan variasi antar wilayah: Kabupaten Fakfak mencapai cakupan tatalaksana standar sebesar 94,8%, menunjukkan pelaksanaan MTBS/MTBM yang relatif optimal. Kabupaten Kaimana dan Kabupaten Pegunungan Arfak masing-masing mencapai 100%, meskipun jumlah kunjungan relatif rendah, sehingga tetap memerlukan kewaspadaan dalam keberlanjutan pencatatan dan pelaporan. Kabupaten Teluk Bintuni dan Kabupaten Manokwari menunjukkan capaian tinggi, masing-masing 97,6% dan 97,0%, mencerminkan kapasitas layanan yang baik dalam penanganan pneumonia balita. Kabupaten Manokwari Selatan menunjukkan capaian yang masih rendah, yaitu 47,0%, mengindikasikan perlunya penguatan kapasitas tenaga kesehatan dan penerapan tatalaksana standar secara konsisten. Kabupaten Teluk Wondama belum menunjukkan pelaksanaan tatalaksana standar pada balita batuk atau kesukaran bernapas (0%), yang mengindikasikan kemungkinan masalah pada implementasi layanan, pencatatan, atau pelaporan.

Tabel VI.7 : Penemuan Kasus Pneumonia Balita Menurut Jenis Kelamin, Kabupaten, Dan Puskesmas 2024

NO	KABUPATEN	JUMLAH BALITA	PERKIRAAN PNEUMONIA BALITA	REALISASI PENEMUAN PENDERITA PNEUMONIA PADA BALITA								BATUK BUKAN PNEUMONIA		
				PNEUMONIA		PNEUMONIA BERAT		JUMLAH			%	L	P	L + P
				L	P	L	P	L	P	L + P				
1	3	4	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	FAKFAK	8.498	245	253	185	8	8	261	193	454	185,3	1.739	1.601	3.340
2	KAIMANA	7.025	202	41	41	0	0	41	41	82	40,6	2.563	2.377	4.940
3	WONDAMA	3.095	89	3	0	0	0	3	0	3	3,4	792	663	1.455
4	BINTUNI	6.679	192	199	141	21	6	220	147	367	191,1	3.484	3.276	6.760
5	MANOKWARI	1.687	486	188	190	12	16	200	206	406	83,5	4.703	4.446	9.149
6	MANSEL	2.634	76	1	0	0	0	1	0	1	1,3	678	642	1.320
7	PEGARFAK	3.547	102	0	0	0	3	0	3	3	2,9	258	243	501
JUM	7	33.165	1.392	685	557	41	33	726	590	1.316	94,5	14.217	13.248	27.465

Sumber: Bidang P2P Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat

Jumlah balita di seluruh kabupaten/kota tercatat sebanyak 33.165 balita. Berdasarkan estimasi epidemiologis, perkiraan kasus pneumonia balita adalah sebanyak 1.392 kasus. Dari estimasi tersebut, realisasi penemuan penderita pneumonia pada balita tercatat sebanyak 1.316 kasus, yang terdiri dari 726 kasus pada balita laki-laki dan 590 kasus pada balita perempuan. Dengan demikian, cakupan penemuan kasus pneumonia balita mencapai 94,5%, menunjukkan bahwa sebagian besar estimasi kasus pneumonia telah berhasil ditemukan dan ditangani oleh fasilitas pelayanan kesehatan.

Distribusi dan Tingkat Keparahan Kasus

Dari total kasus pneumonia balita yang ditemukan, terdapat 74 kasus pneumonia berat, yang terdiri dari 41 kasus pada balita laki-laki dan 33 kasus pada balita perempuan. Temuan kasus pneumonia berat ini menunjukkan masih adanya balita yang datang ke fasilitas kesehatan dalam kondisi klinis yang berat, sehingga memerlukan penanganan cepat dan rujukan sesuai standar.

Analisis Per Kabupaten/Kota

Capaian penemuan kasus pneumonia balita menunjukkan variasi antar wilayah:

- Kabupaten Fakfak dan Kabupaten Teluk Bintuni menunjukkan capaian penemuan kasus yang melebihi estimasi, masing-masing sebesar 185,3% dan 191,1%, yang mengindikasikan pelaksanaan penemuan aktif kasus yang baik atau kemungkinan estimasi yang lebih rendah dibandingkan kondisi aktual.
- Kabupaten Manokwari mencatat cakupan penemuan sebesar 83,5%, masih di bawah target optimal, sehingga memerlukan penguatan penemuan kasus di masyarakat.
- Kabupaten Kaimana menunjukkan capaian 40,6%, sementara Kabupaten Teluk Wondama, Kabupaten Manokwari Selatan, dan Kabupaten Pegunungan Arfak mencatat capaian yang sangat rendah (di bawah 5%). Kondisi ini mengindikasikan kemungkinan masih adanya kasus pneumonia balita yang belum terdeteksi, keterbatasan akses pelayanan kesehatan, atau permasalahan pencatatan dan pelaporan.

Batuk Bukan Pneumonia

Selain pneumonia, tercatat sebanyak 27.465 kasus balita dengan batuk bukan pneumonia, yang terdiri dari 14.217 balita laki-laki dan 13.248 balita perempuan. Jumlah ini menunjukkan bahwa keluhan batuk pada balita masih sangat tinggi dan menegaskan pentingnya skrining

pneumonia secara konsisten untuk mencegah salah klasifikasi dan keterlambatan penanganan kasus pneumonia.

4. Diare

Diare merupakan penyakit yang ditandai dengan frekuensi buang air besar lebih dari tiga kali sehari dan konsistensi encer.

a. Cakupan Pelayanan Penderita Diare

Target cakupan pelayanan penderita Diare Balita yang datang ke sarana kesehatan adalah 10% dari perkiraan jumlah penderita Diare Balita (Insidens Diare Balita dikali jumlah Balita di satu wilayah kerja dalam waktu satu tahun). Insiden diare semua umur secara nasional adalah 270/1.000 penduduk (Rapid Survey Diare tahun 2015).

Tabel : Penemuan kasus Diare Pada balita Papua Barat 2024

b. Penggunaan Oralit dan Zink

Pada tahun pelaporan, 2024 jumlah penduduk tercatat sebanyak 363.770 jiwa, dengan jumlah balita sebesar 50.945 balita. Target penemuan kasus diare pada balita ditetapkan sebanyak 2.033 kasus. Berdasarkan hasil pencatatan dan pelaporan, jumlah kasus diare balita yang ditemukan sebanyak 3.588 kasus, sehingga cakupan penemuan kasus diare balita mencapai 176,0%. Capaian ini menunjukkan bahwa penemuan kasus diare balita telah melampaui target yang ditetapkan.

Distribusi Kasus Diare Balita

Berdasarkan kelompok umur, sebagian besar kasus diare balita ditemukan pada kelompok usia 1–<5 tahun, yang mencerminkan tingginya risiko diare pada usia tersebut. Sementara itu, kasus pada kelompok usia <6 bulan dan 6–<12 bulan tetap ditemukan, meskipun dengan jumlah yang lebih rendah, sehingga tetap memerlukan kewaspadaan terhadap praktik pemberian ASI, kebersihan makanan pendamping, dan sanitasi lingkungan.

Secara wilayah, jumlah kasus diare balita tertinggi ditemukan di Kabupaten Manokwari dan Kabupaten Teluk Bintuni, sejalan dengan jumlah balita yang relatif besar di wilayah

tersebut. Kabupaten Fakfak dan Kabupaten Kaimana juga menunjukkan jumlah kasus yang cukup tinggi dengan cakupan penemuan kasus yang melebihi target. Sementara itu, jumlah kasus diare balita relatif rendah ditemukan di Kabupaten Pegunungan Arfak. Beberapa kabupaten tidak melaporkan data balita secara lengkap sehingga capaian penemuan kasus tidak dapat dihitung.

Tabel VI.8 : Cakupan Pemberian Oralit dan Zink pada Balita Diare Papua Barat 2024

No	Nama Kabupaten	Jumlah Penduduk	Jumlah Balita	Target Penemuan Kasus		Balita Diare										Cakupan Penemuan Kasus Diare Balita
				Semua Umur	Balita	< 6 Bulan		6 - <12 Bulan		1 - <5 Tahun		Jumlah Balita Diare				
						L	P	L	P	L	P	L	P	Jumlah		
1	FAKFAK	65940	4282	613	171	30	18	52	43	184	136	266	197	463	270,76	
2	KAIMANA	39379	7930	366	316	21	10	46	42	118	122	185	174	359	113,61	
3	TELUK WONDAMA	25194	0	234	0	5	5	22	11	71	56	98	72	170	-	
4	TELUK BINTUNI	61969	7748	576	309	57	48	92	64	397	376	546	488	1034	334,63	
5	MANOKWARI	165796	24431	1,542	975	77	62	135	98	643	539	855	699	1554	159,38	
6	MANOKWARI SELATAN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	
7	PEGUNUNGAN ARFAK	5492	6554	51	262	0	0	0	0	4	4	4	4	8	3,05	
Total		363770	50945	3,383	2,033	190	143	347	258	1417	1233	1954	1634	3588	176,00	

Sumber : Sihepi Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Pada tahun pelaporan, jumlah kasus diare balita yang terdiagnosis sebanyak 5.374 kasus, yang sebagian besar merupakan diare akut. Selain itu, masih ditemukan kasus disentri (12 kasus), kolera (2 kasus), diare berkepanjangan (3 kasus), diare persisten/kronik (15 kasus), diare pada balita dengan gizi buruk (15 kasus), serta diare dengan penyakit penyerta (362 kasus). Temuan ini menunjukkan bahwa sebagian kasus diare telah disertai komplikasi atau kondisi penyerta yang berpotensi memperberat keadaan klinis balita.

Tatalaksana Diare Balita

Dalam hal tatalaksana, pemberian terapi diare pada balita meliputi oralit, zinc, kombinasi oralit dan zinc, serta cairan rehidrasi lain (RL) sesuai indikasi. Dari seluruh kasus diare balita yang tercatat: Sebagian besar balita mendapatkan kombinasi oralit dan zinc, yaitu sebanyak 3.523 balita. Pemberian oralit saja dan zinc saja masih ditemukan dalam jumlah terbatas. Terdapat 110 balita yang mendapatkan terapi RL, yang umumnya diberikan pada kondisi diare dengan dehidrasi sedang hingga berat.

Cakupan Pemberian Terapi

Cakupan pemberian terapi diare balita menunjukkan variasi antar kabupaten/kota. Beberapa kabupaten telah menunjukkan cakupan pemberian oralit dan zinc yang tinggi, seperti Kabupaten Teluk Bintuni dan Kabupaten Fakfak, yang mencerminkan penerapan tatalaksana diare sesuai standar. Namun demikian, di beberapa wilayah cakupan pemberian oralit dan zinc masih rendah atau belum dilaporkan secara optimal, sehingga memerlukan penguatan implementasi dan pencatatan program.

5. Hepatitis B

Skrining Hepatitis B pada ibu hamil (HBsAg) merupakan intervensi penting untuk mencegah penularan vertikal (ibu ke bayi). Deteksi dini memungkinkan pemberian tata laksana yang tepat, termasuk imunoprofilaksis pada bayi baru lahir.

Tabel VI.9 : Cakupan Pemeriksaan Deteksi Dini Hepatitis B pada Ibu Hamil Reaktif Menurut Kabupaten/Kota di Papua Barat Tahun 2024

No	Kabupaten	Jumlah Bumil diperiksa HBsAg			Jumlah Ibu Melahirkan		
		R	NR	Jumlah	Tahun N	Tahun N+1	Jumlah
1	2	3	4	5	6	7	8
1	FAKFAK	77	1235	1312	41	4	45
2	KAIMANA	6	96	102	7	0	7
3	MANOKWARI	99	1957	2056	2	1	3
4	MANOKWARI SELATAN	0	0	0	0	0	0
5	PEGUNUNGAN ARFAK	2	28	30	0	0	0
6	TELUK BINTUNI	53	1082	1135	28	1	29
7	TELUK WONDAMA	20	658	678	34	0	34
DALAM WILAYAH		257	5056	5313	112	6	118
TOTAL		257	5056	5313	112	6	118

Sumber : Sihepi Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Skrining Hepatitis B pada ibu hamil (HBsAg) merupakan intervensi penting untuk mencegah penularan vertikal (ibu ke bayi). Deteksi dini memungkinkan pemberian tata laksana yang tepat, termasuk imunoprofilaksis pada bayi baru lahir.

Pada periode pelaporan, jumlah ibu hamil yang diperiksa HBsAg di seluruh kabupaten/kota tercatat sebanyak 5.313 orang, dengan rincian:

- HBsAg reaktif (R): 257 orang
- HBsAg non-reaktif (NR): 5.056 orang

Dengan demikian, proporsi ibu hamil HBsAg reaktif sebesar $\pm 4,8\%$ dari seluruh ibu hamil yang diperiksa.

Capaian Skrining

Skrining HBsAg ibu hamil telah dilakukan di hampir seluruh kabupaten/kota, dengan jumlah pemeriksaan tertinggi di:

- Kabupaten Manokwari: 2.056 ibu hamil
- Kabupaten Fakfak: 1.312 ibu hamil
- Kabupaten Teluk Bintuni: 1.135 ibu hamil
- Kabupaten Teluk Wondama: 678 ibu hamil

Kabupaten Manokwari Selatan belum melaporkan skrining HBsAg ibu hamil pada periode ini, yang perlu menjadi perhatian program.

Temuan Ibu Hamil HBsAg Reaktif

Jumlah ibu hamil dengan hasil HBsAg reaktif (R) terbanyak ditemukan di:

- Manokwari: 99 orang
- Fakfak: 77 orang
- Teluk Bintuni: 53 orang
- Teluk Wondama: 20 orang

Temuan ini menunjukkan bahwa beban potensi penularan Hepatitis B dari ibu ke bayi masih ada dan nyata, terutama di kabupaten dengan jumlah ibu hamil besar.

Kaitan dengan Ibu Melahirkan

Jumlah ibu melahirkan dari ibu dengan status HBsAg reaktif tercatat sebanyak 118 orang, dengan rincian:

- Melahirkan pada Tahun N: 112 orang
- Melahirkan pada Tahun N+1: 6 orang

Distribusi ibu melahirkan terbanyak berasal dari:

- Fakfak: 45 orang
- Teluk Wondama: 34 orang
- Teluk Bintuni: 29 orang
- Kaimana: 7 orang
- Manokwari: 3 orang

Data ini menunjukkan bahwa sebagian ibu hamil HBsAg reaktif telah memasuki fase persalinan, sehingga intervensi pencegahan penularan ke bayi menjadi sangat krusial.

Tabel VI.10 : Bayi yang mendapatkan Vasin HBIG dan Penatauan 9-12 Bulan Papua Barat 2024

No	Kabupaten	Bayi yang lahir dari ibu yang DDHB Tahun N							Pemantauan Bayi 9-12 Bulan											
		Tahun N		Tahun N+1		Jumlah		% Bayi dapat HBIG	N			N+1			N+2			Jumlah		
		Σ Lahir	Dapat HBIG	Σ Lahir	Dapat HBIG	Σ Lahir	Dapat HBIG		R	NR	Jumlah	R	NR	Jumlah	R	NR	Jumlah	R	NR	Jumlah
1	2	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	##	20	21	##	23	24	##	26	27
1	FAKFAK	42	38	4	4	46	42	91	0	1	1	0	5	5	0	0	0	0	6	6
2	KAIMANA	13	6	0	0	13	6	46	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	MANOKWARI	2	2	1	1	3	3	100	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1
4	MANOKWARI SELATA	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	PEGUNUNGAN ARFAK	0	0	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	TELUK BINTUNI	31	16	1	1	32	17	53	0	1	1	0	3	3	0	0	0	0	4	4
7	TELUK WONDAMA	36	6	0	0	36	6	17	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	DALAM WILAYAH	124	68	6	6	130	74	57	0	3	3	0	9	9	0	0	0	0	12	12
	TOTAL	124	68	6	6	130	74	57	0	3	3	0	9	9	0	0	0	0	12	12

Sumber : Bidang P2P Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Pada periode pelaporan, jumlah bayi yang lahir dari ibu dengan Hepatitis B (DDHB) tercatat sebanyak 130 bayi, yang terdiri dari 124 bayi lahir pada Tahun N dan 6 bayi lahir pada Tahun N+1. Dari jumlah tersebut, sebanyak 74 bayi (57%) telah mendapatkan HBIG, sementara 56 bayi (43%) belum mendapatkan HBIG. Cakupan pemberian HBIG ini menunjukkan bahwa upaya pencegahan penularan vertikal Hepatitis B belum optimal secara menyeluruh.

Cakupan pemberian HBIG menunjukkan variasi antar kabupaten/kota. Kabupaten Manokwari telah mencapai cakupan 100%, diikuti Kabupaten Fakfak dengan cakupan 91%. Sementara itu, cakupan HBIG masih rendah di Kabupaten Teluk Bintuni (53%), Kabupaten Kaimana (46%), dan Kabupaten Teluk Wondama (17%). Perbedaan capaian ini mencerminkan adanya kesenjangan dalam ketersediaan layanan dan kesinambungan tata laksana pencegahan penularan Hepatitis B pada bayi baru lahir.

Pemantauan bayi usia 9–12 bulan sebagai indikator keberhasilan pencegahan penularan vertikal Hepatitis B masih sangat terbatas. Dari total 130 bayi, hanya 12 bayi (9,2%) yang tercatat telah menjalani pemantauan. Seluruh bayi yang dipantau menunjukkan hasil non-reaktif, yang menandakan bahwa intervensi pencegahan Hepatitis B pada bayi berjalan efektif apabila dilaksanakan sesuai standar.

Secara umum, hasil ini menunjukkan bahwa pencegahan penularan Hepatitis B dari ibu ke anak efektif secara klinis, namun masih menghadapi tantangan pada aspek cakupan layanan dan pemantauan lanjutan. Oleh karena itu, diperlukan penguatan integrasi layanan KIA, imunisasi, dan program P2PM untuk memastikan seluruh bayi dari ibu dengan Hepatitis B mendapatkan perlindungan lengkap serta pemantauan berkelanjutan, guna mendukung pencapaian eliminasi penularan Hepatitis B dari ibu ke anak

6. Demam Berdarah Dengue (DBD)

Demam Berdarah Dengue merupakan masalah kesehatan masyarakat yang memerlukan perhatian serius karena penyakit ini dapat menyebabkan kematian dengan angka CFR yang cukup tinggi terutama pada kondisi wabah. Penyakit DBD yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes*, khususnya *Aedes aegypti* atau *Aedes albopictus*, dapat terjadi sepanjang tahun dan dapat menyerang semua kelompok umur, baik pria maupun wanita. Penyakit ini berkaitan dengan kondisi lingkungan, iklim, kepadatan penduduk dan perilaku masyarakat.

a. Angka Kejadian DBD di Kabupaten/Kota

Tabel VI.11 : Jumlah Kasus dan Angka Kematian Karena DBD 2024

NO	KABUPATEN	PUSKESMAS	DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD)								
			JUMLAH KASUS			MENINGGAL			CFR (%)		
			L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Fakfak	10	69	51	120			0	0,0	0,0	0,0
2	Kaimana	15	90	70	260	2		2	2,2	0,0	0,8
3	teluk Wondama	20	14	10	24			0	0,0	0,0	0,0
4	Bintuni	6	80	70	150	0	0	0	0,0	0,0	0,0
5	Manokwari	10	115	100	215			0	0,0	0,0	0,0
6	manokwari Selatan	6	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0
7	Pegunungan Arfak	9	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0
JUMLAH KASUS (KAB/KOTA)			368	301	769	2	0	2	0,5	0,0	0,3
ANGKA KESAKITAN DBD PER 100.000 PENDUL			153,8								

Sumber data: Laporan DBD Papua Barat 2024

Pada tahun pelaporan, jumlah kasus DBD yang tercatat di seluruh kabupaten/kota sebanyak 769 kasus, terdiri dari 368 kasus pada laki-laki dan 301 kasus pada perempuan. Angka kesakitan

DBD tercatat sebesar 153,8 per 100.000 penduduk, yang menunjukkan bahwa DBD masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang perlu mendapatkan perhatian serius.

Distribusi Kasus per Kabupaten/Kota

Jumlah kasus DBD tertinggi ditemukan di Kabupaten Kaimana sebanyak 260 kasus, diikuti oleh Kabupaten Manokwari sebanyak 215 kasus, Kabupaten Teluk Bintuni sebanyak 150 kasus, dan Kabupaten Fakfak sebanyak 120 kasus. Sementara itu, Kabupaten Teluk Wondama mencatat 24 kasus, dan Kabupaten Manokwari Selatan serta Kabupaten Pegunungan Arfak tidak melaporkan kasus DBD pada tahun pelaporan.

Kematian dan Case Fatality Rate (CFR)

Selama periode pelaporan, tercatat 2 kematian akibat DBD, yang seluruhnya terjadi di Kabupaten Kaimana. Dengan demikian, Case Fatality Rate (CFR) DBD secara keseluruhan sebesar 0,3%, dengan CFR pada laki-laki sebesar 0,5% dan pada perempuan 0,0%. CFR ini masih berada dalam batas yang dapat diterima, namun tetap menunjukkan bahwa DBD berpotensi menyebabkan kematian apabila terjadi keterlambatan penanganan.

7. Kusta

Mycobacterium leprae merupakan bakteri penyebab penyakit kusta. Penyakit infeksi kronis ini menyerang kulit, saraf tepi, mukosa saluran pernafasan atas dan mata. Penatalaksanaan kasus kusta yang buruk dapat menyebabkan kusta menjadi progresif, menyebabkan kerusakan permanen pada kulit, saraf, anggota gerak, dan mata.

a. Angka Prevalensi dan Angka Penemuan Kasus Baru (NCDR – New Case Detection Rate)

Klasifikasi kusta berdasarkan tipe penyakit, yaitu Pausi Basiler (PB/kusta kering) dan Multi Basiler (MB/kusta basah), merupakan indikator penting untuk menggambarkan tingkat keparahan penyakit serta potensi penularan di masyarakat. Kusta tipe MB umumnya memiliki beban kuman lebih tinggi dan berisiko lebih besar terhadap penularan serta terjadinya kecacatan. Pada tahun pelaporan, jumlah kasus baru kusta yang ditemukan di seluruh kabupaten/kota tercatat sebanyak 391 kasus. Dari jumlah tersebut, 105 kasus (26,9%) merupakan kusta tipe PB, sedangkan 286 kasus (73,1%) merupakan kusta tipe MB. Dominasi

kasus kusta tipe MB menunjukkan bahwa sebagian besar penderita baru ditemukan pada stadium penyakit yang lebih lanjut.

Tabel VI.12 : Kasus Baru Kusta Menurut Jenis Kelamin, Kecamatan, Dan Puskesmas 2024

NO	KABUPATEN	KASUS BARU								
		PAUSI BASILER (PB)/ KUSTA KERING			MULTI BASILER (MB)/ KUSTA BASAH			PB + MB		
		L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P
1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	MANOKWARI	15	39	54	67	41	108	82	80	162
2	TELUK BINTUNI	6	6	12	18	15	33	24	21	45
3	FAKFAK	5	4	9	21	8	29	26	12	38
4	KAIMANA	10	10	20	59	26	85	69	36	105
5	TELUK WONDAMA	3	5	8	15	8	23	18	13	31
6	PEGAF	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	MANOKWARI SELATAN	1	1	2	6	2	8	7	3	10
JUMLAH (KAB/KOTA)		40	65	105	186	100	286	226	165	391
PROPORSI JENIS KELAMIN		38,1	61,9		65,0	35,0		57,8	42,2	
ANGKA PENEMUAN KASUS BARU (NCDR/NEW CASE DETECTION RATE) PER 100.000 PENDUDUK								45,2	33,0	78,2

Sumber : Bidang P2P Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Distribusi Menurut Jenis Kelamin

Berdasarkan jenis kelamin, kasus kusta menunjukkan dominasi laki-laki. Pada kusta tipe PB, proporsi kasus pada laki-laki sebesar 38,1% dan perempuan 61,9%, sedangkan pada kusta tipe MB, laki-laki mendominasi sebesar 65,0% dibandingkan perempuan 35,0%. Secara keseluruhan (PB dan MB), proporsi kasus kusta pada laki-laki sebesar 57,8% dan perempuan 42,2%.

Distribusi Wilayah

Secara wilayah, jumlah kasus kusta tertinggi ditemukan di Kabupaten Manokwari sebanyak 162 kasus, diikuti oleh Kabupaten Kaimana sebanyak 105 kasus, Kabupaten Teluk Bintuni sebanyak 45 kasus, dan Kabupaten Fakfak sebanyak 38 kasus. Kabupaten Teluk Wondama dan Manokwari Selatan mencatat jumlah kasus yang lebih rendah, sedangkan Kabupaten Pegunungan Arfak tidak melaporkan kasus kusta baru pada tahun pelaporan.

Angka Penemuan Kasus Baru (NCDR)

Angka Penemuan Kasus Baru atau New Case Detection Rate (NCDR) kusta tercatat sebesar 78,2 per 100.000 penduduk, dengan rincian 45,2 per 100.000 penduduk pada laki-laki dan 33,0

per 100.000 penduduk pada perempuan. Angka ini menunjukkan bahwa penularan kusta di wilayah ini masih relatif tinggi dan memerlukan upaya pengendalian yang berkelanjutan.

b. Angka Cacat tingkat 2

Tabel VI.13 : Kasus Baru Kusta Cacat Tingkat 0, Cacat Tingkat 2, Penderita Kusta Anak<15 Tahun Papua Barat 2024

NO	KABUPATEN	JUMLAH PUSKESMAS	KASUS BARU							
			PENDERITA KUSTA	CACAT TINGKAT 0		CACAT TINGKAT 2		PENDERITA KUSTA ANAK <15 TAHUN		PENDERITA KUSTA ANAK <15 TAHUN DENGAN CACAT
				JUMLAH	%	JUMLAH	%	JUMLAH	%	
1	MANOKWARI	MANOKWARI	162	0	0,0		0,0	41	25,3	0
2	TELUK BINTUNI	TELUK BINTUNI	45	0	0,0		0,0	13	28,9	0
3	FAKFAK	FAKFAK	38	0	0,0	2	5,3	11	28,9	0
4	KAIMANA	KAIMANA	105	0	0,0		0,0	26	24,8	0
5	TELUK WONDAMA	TELUK WONDAMA	31	0	0,0		0,0	7	22,6	0
6	PEGAF	PEGAF	0	0	0,0		0,0	0	0,0	0
7	MANOKWARI SELATAN	MANOKWARI SELATAN	10	0	0,0		0,0	4	40,0	0
JUMLAH (KAB/KOTA)			391	0	0,0	2	0,5	102	26,1	0
ANGKA CACAT TINGKAT 2 PER 1.000.000 PENDUDUK						4,0				

Sumber : Bidang P2P Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Kusta masih menjadi salah satu penyakit menular yang memerlukan perhatian khusus karena berpotensi menimbulkan kecacatan permanen apabila tidak ditemukan dan ditangani secara dini. Indikator penting dalam pengendalian kusta meliputi penemuan kasus baru, proporsi kecacatan tingkat 2, serta penemuan kasus kusta pada anak sebagai indikator penularan aktif di masyarakat.

Pada tahun pelaporan, jumlah kasus baru kusta yang ditemukan di seluruh kabupaten/kota tercatat sebanyak 391 kasus. Jumlah kasus terbanyak ditemukan di Kabupaten Manokwari sebanyak 162 kasus, diikuti oleh Kabupaten Kaimana sebanyak 105 kasus, Kabupaten Teluk Bintuni sebanyak 45 kasus, dan Kabupaten Fakfak sebanyak 38 kasus. Sementara itu, jumlah kasus relatif lebih rendah ditemukan di Kabupaten Teluk Wondama dan Kabupaten Manokwari Selatan, serta tidak ditemukan kasus di Kabupaten Pegunungan Arfak.

Kecacatan Akibat Kusta

Berdasarkan tingkat kecacatan, sebagian besar kasus baru kusta ditemukan tanpa kecacatan (cacat tingkat 0). Namun demikian, masih ditemukan 2 kasus kusta dengan cacat tingkat 2, yang seluruhnya berasal dari Kabupaten Fakfak, dengan proporsi sebesar 0,5% dari total kasus baru.

Temuan ini menunjukkan bahwa masih terdapat keterlambatan dalam penemuan kasus di masyarakat, meskipun jumlahnya relatif kecil.

Angka kecacatan tingkat 2 akibat kusta tercatat sebesar 3.403,2 per 1.000.000 penduduk. Angka ini perlu mendapat perhatian karena mencerminkan dampak kusta yang berat terhadap kualitas hidup penderita.

Kusta pada Anak

Penemuan kasus kusta pada anak usia <15 tahun tercatat sebanyak 102 kasus, atau 26,1% dari total kasus baru kusta. Proporsi tertinggi kasus kusta anak ditemukan di Kabupaten Manokwari Selatan (40,0%), diikuti oleh Kabupaten Fakfak dan Kabupaten Teluk Bintuni masing-masing 28,9%, serta Kabupaten Manokwari (25,3%). Tidak ditemukan kasus kusta anak dengan kecacatan tingkat 2 pada tahun pelaporan.

Tingginya proporsi kusta pada anak menunjukkan bahwa penularan kusta masih aktif terjadi di masyarakat, sehingga upaya pemutusan rantai penularan perlu terus diperkuat melalui penemuan kasus secara dini, pelacakan kontak, dan pengobatan tuntas sesuai standar.

8. Malaria

a) Konfirmasi Laboratorium Malaria

Konfirmasi laboratorium merupakan komponen penting dalam pengendalian malaria untuk memastikan ketepatan diagnosis dan pengobatan. Pemeriksaan dilakukan melalui metode mikroskopis dan Rapid Diagnostic Test (RDT) terhadap seluruh kasus suspek malaria yang ditemukan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Tabel VI.14 : Konfirmasi Laboratorium Pemeriksaan Malaria Papua Barat 2024

No	KABUPATEN	SUSPEK	KONFIRMASI LABORATORIUM			% KONFIRMASI LABORATOR IUM
			MIKROSKOPI S	RAPID DIAGNOSTI C TEST (RDT)	TOTAL	
1	2	4	5	6	7	8
1	FAKFAK	12.590	7.714	4.876	12.590	100,0
2	KAIMANA	8.241	4.014	4.227	8.241	100,0
3	MANOKWARI	87.630	31.707	55.927	87.634	100,0
4	MANOKWARI SELATAN	24.485	4.469	20.016	24.485	100,0
5	PEGUNUNGAN ARFAK	942	226	716	942	100,0
6	TELUK BINTUNI	20.854	15.948	4.906	20.854	100,0
7	TELUK WONDAMA	48.404	11.832	36.572	48.404	100,0
JUMLAH (KAB/KOTA)		203.146	75.910	127.240	203.150	100,0
ANGKA KESAKITAN (ANNUAL PARASITE INCIDENCE) PER 1.000 PENDUDUK						

Sumber data : Sismal 2024

Pada tahun pelaporan, jumlah suspek malaria yang tercatat di seluruh kabupaten/kota sebanyak 203.146 suspek. Dari jumlah tersebut, seluruh suspek (100%) telah mendapatkan konfirmasi laboratorium, baik melalui pemeriksaan mikroskopis maupun RDT. Hal ini menunjukkan bahwa akses dan cakupan pemeriksaan laboratorium malaria sudah sangat baik dan merata di seluruh wilayah.

Metode Pemeriksaan Laboratorium

Dari total suspek malaria yang diperiksa:

- **75.910 suspek (37,4%)** diperiksa menggunakan metode **mikroskopis**.
- **127.240 suspek (62,6%)** diperiksa menggunakan **Rapid Diagnostic Test (RDT)**.

Dominasi penggunaan RDT menunjukkan bahwa metode ini menjadi pilihan utama dalam pelayanan malaria, terutama di wilayah dengan keterbatasan sumber daya laboratorium atau lokasi yang sulit dijangkau, sementara pemeriksaan mikroskopis tetap berperan penting sebagai standar diagnosis, khususnya di fasilitas dengan kemampuan laboratorium memadai.

Situasi Kasus Positif Malaria dan Penatalaksanaan

Malaria masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat yang memerlukan penanganan berkelanjutan, khususnya di wilayah endemis. Indikator utama dalam

pengendalian malaria meliputi jumlah kasus positif, cakupan pengobatan sesuai standar, angka kematian, serta Case Fatality Rate (CFR).

Tabel VI.15 : Kasus Positif, Pengobatan, dan Angka Kematian Malaria 2024

No	KABUPATEN	POSITIF			PENGOBATAN STANDAR	% PENGOBATAN STANDAR	MENINGGAL			CFR		
		L	P	L+P			L	P	L+P	L	P	L+P
1	FAKFAK	132	103	235	230	97,9	0	0	0	0,0	0,0	0,0
2	KAIMANA	211	122	333	287	86,2	0	0	0	0,0	0,0	0,0
3	MANOKWARI	2.782	1.595	4.377	3.962	90,5	0	1	1	0,0	0,1	0,0
4	MANOKWARI SELATAN	244	197	441	440	99,8	0	0	0	0,0	0,0	0,0
5	PEGUNUNGAN ARFAK	5	0	5	5	100,0	0	0	0	0,0	0,0	0,0
6	TELUK BINTUNI	216	115	331	331	100,0	0	0	0	0,0	0,0	0,0
7	TELUK WONDAMA	1.244	866	2.110	1.876	88,9	0	0	0	0,0	0,0	0,0
JUMLAH (KAB/KOTA)		4.834	2.998	7.832	7.131	91,0	0	1	1	0,0	0,0	0,0
ANGKA KESAKITAN (ANNUAL PARASITE INCIDENCE)				15,7								

Sumber data: Sismal 2024

Pada tahun pelaporan, jumlah kasus positif malaria yang ditemukan di seluruh kabupaten/kota tercatat sebanyak 7.832 kasus, terdiri dari 4.834 kasus pada laki-laki dan 2.998 kasus pada perempuan. Kasus terbanyak ditemukan di Kabupaten Manokwari (4.377 kasus) dan Kabupaten Teluk Wondama (2.110 kasus), sementara jumlah kasus terendah terdapat di Kabupaten Pegunungan Arfak (5 kasus).

Pengobatan Sesuai Standar

Dari total kasus positif malaria, sebanyak 7.131 kasus (91,0%) telah mendapatkan pengobatan sesuai standar. Capaian ini menunjukkan bahwa sebagian besar penderita malaria telah memperoleh tatalaksana yang tepat sesuai pedoman nasional.

Cakupan pengobatan standar per kabupaten/kota menunjukkan variasi, dengan capaian 100% di Kabupaten Pegunungan Arfak dan Kabupaten Teluk Bintuni, serta capaian sangat tinggi di Kabupaten Manokwari Selatan (99,8%) dan Kabupaten Fakfak (97,9%). Namun demikian, masih terdapat kabupaten dengan cakupan pengobatan standar di bawah rata-rata provinsi, yaitu Kabupaten Kaimana (86,2%) dan Kabupaten Teluk Wondama (88,9%), yang memerlukan perhatian dan penguatan tindak lanjut pengobatan.

Kematian dan Case Fatality Rate (CFR)

Selama periode pelaporan, tercatat 1 kematian akibat malaria, yang terjadi di Kabupaten Manokwari. Dengan demikian, Case Fatality Rate (CFR) malaria secara keseluruhan tetap

sangat rendah ($\approx 0,0\%$), mencerminkan efektivitas sistem pelayanan kesehatan dalam menangani kasus malaria secara cepat dan tepat

Angka Kesakitan Malaria

Angka Kesakitan Malaria yang diukur melalui Annual Parasite Incidence (API) tercatat sebesar 15,7 per 1.000 penduduk, yang menunjukkan bahwa malaria masih merupakan masalah kesehatan yang signifikan dan memerlukan upaya pengendalian yang konsisten.

B. PENYAKIT YANG DAPAT DICEGAH DENGAN IMUNISASI (PD3I)

Yang termasuk dalam PD3I yaitu Difteri, Pertusis, Tetanus Non Neonatorum, Tetanus Neonatorum, Campak, Polio, dan Hepatitis B. Dalam upaya untuk membebaskan Indonesia dari penyakit tersebut, diperlukan komitmen global untuk menekan turunnya angka kesakitan kematian yang lebih banyak dikenal dengan Eradikasi Polio (ERAPO), Reduksi Campak (Redcam) dan Eliminasi Tetanus Neonatorum (ETN).

Saat ini telah dilaksanakan Program Surveilans Integrasi PD3I, yaitu pengamatan penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (Difteri, Tetanus Neonatorum, dan Campak). Dalam waktu 5 tahun terakhir jumlah kasus PD3I yang dilaporkan adalah sebagai berikut :

1. Polio dan AFP (Acute Flaccid Paralysis/Lumpuh Layu Akut)

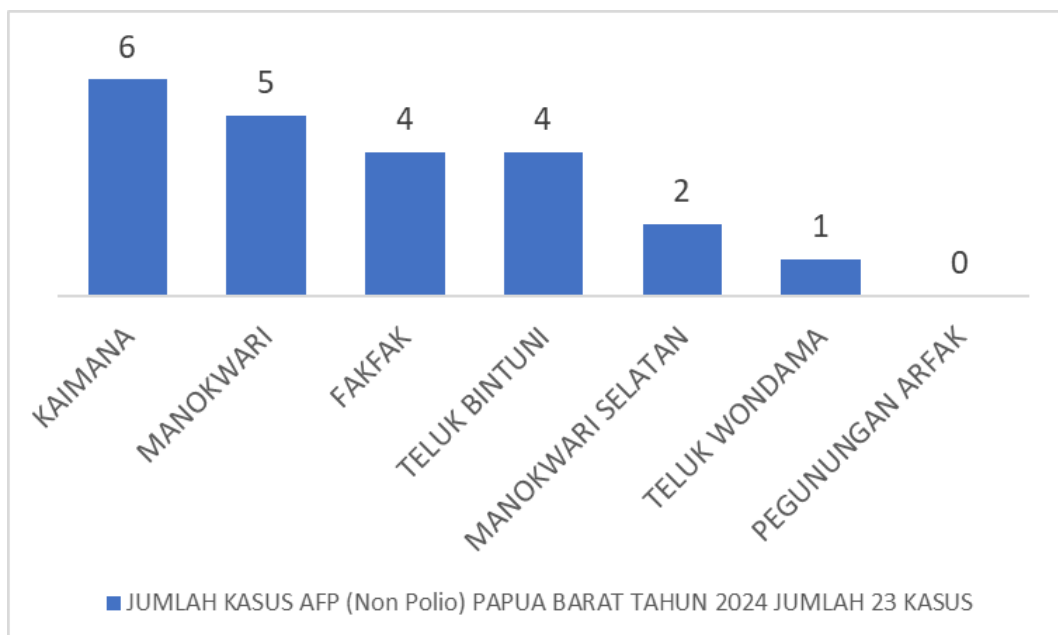
Polio merupakan penyakit yang sangat menular dan disebabkan oleh virus. Penyakit ini menyerang sistem syaraf, dan dapat menyebabkan kelumpuhan total hanya dalam hitungan jam. Virus ini terutama ditularkan dari orang ke orang melalui fekal-oral. Gejala awal yang terjadi adalah demam, kelelahan, sakit kepala, muntah, kekakuan pada leher, dan nyeri pada tungkai. 1 dari 200 infeksi menyebabkan kelumpuhan permanen (biasanya di bagian tungkai). Diantara mereka yang lumpuh, 5% hingga 10% akan berakhir pada kematian karena kelumpuhan terjadi pada otot-otot pernapasan mereka.

Pada pertemuan tahunan bulan Mei 1988, the *World Health Assembly* (WHA), suatu forum sidang tertinggi yang diselenggarakan oleh organisasi kesehatan dunia (*World Health Organization/WHO*), telah mengeluarkan resolusi untuk membasmi penyakit polio dari

dunia ini. Pada 27 Maret 2014, Indonesia telah berhasil mendapatkan sertifikasi bebas polio bersama negara-negara *South East Asia Region* (SEARO) lainnya. Namun, masih ada 2 negara, yaitu Afghanistan dan Pakistan yang masih endemik polio.

KLB polio akibat VDPV bisa terjadi di mana saja bila cakupan imunisasi polio rendah selama bertahun-tahun. Untuk menghindari kasus serupa, imunisasi polio harus dijaga tetap tinggi (lebih dari 95% anak diimunisasi) dan merata, dan semua kasus lumpuh layuh mendadak (AFP) harus ditemukan secara dini dan dilaporkan. Penemuan adanya transmisi virus polio liar dapat dilakukan melalui surveilans AFP, dimana semua kasus lumpuh layuh akut pada anak usia <15 tahun (yang merupakan kelompok rentan terhadap penyakit polio) diamati dan dilaporkan. Surveilans AFP merupakan indikator sensitivitas deteksi virus polio liar. Surveilans AFP juga penting untuk dokumentasi mengenai tidak adanya virus polio liar sebagai syarat sertifikasi bebas polio.

Grafik VI.4 : Jumlah Kasus AFP (Non Polio) di Papua Barat Tahun 2025



Sumber : Bidang P2P Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Dari Grafik VI.20. dapat dilihat Jumlah Kasus AFP (Non Polio) di Papua Barat Tahun 2024, Kasus tertinggi yang dilaporkan yaitu dari Kabupaten Kaimana dengan 6

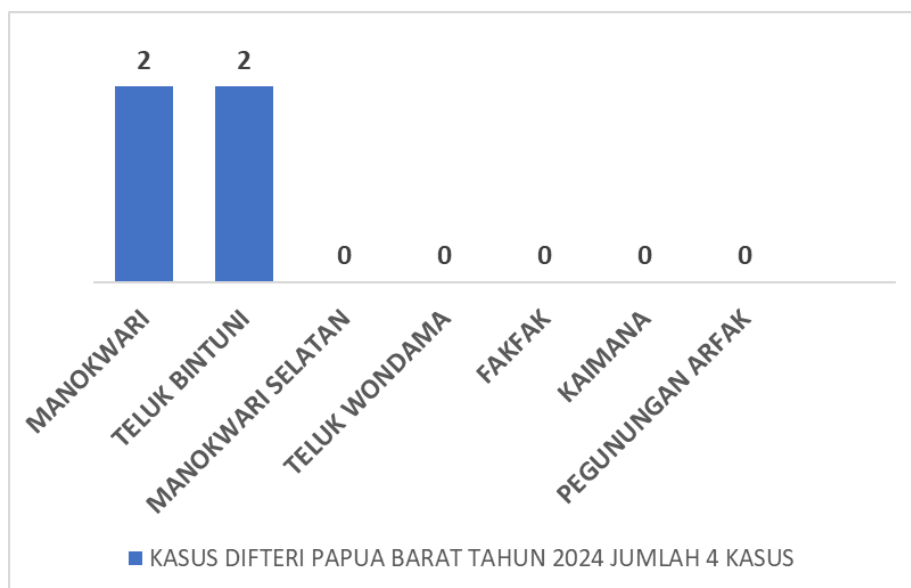
kasus, Kabupaten Manokwari 5 kasus Kabupaten Mnaokwari selatan 2 kasu, Kabupaten TI.Wondama 1 kasus dan terendah yaitu Kabupaten Pegunungan Arfak (tidak ada laporan AFP).

Kasus lumpuh layuh akut yang diduga kasus polio sampai dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium bukan kasus polio adalah definisi dari nonpolio AFP. Kementerian Kesehatan menetapkan non polio AFP rate minimal 2/100.000 populasi penduduk usia <15 tahun. Pada tahun 2022, non polio AFP rate di Provinsi Papua Barat sebesar 7,5 /100.000 populasi penduduk <15 tahun.. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 68 Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2024.

2. Difteri

Penyakit difteri merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Corynebacterium diphtheriae* yang terutama menginfeksi tenggorokan dan saluran udara bagian atas, dan menghasilkan racun yang mempengaruhi organ lain. Penyakit ini menyebar melalui kontak fisik langsung, atau melalui pernafasan di udara yang mengandung sekresi dari penderita yang batuk atau bersin. Penyakit difteri dapat menyerang orang yang tidak mempunyai kekebalan, terutama pada anak-anak (1-10 tahun).

Grafik VI.5 : Jumlah Kasus Difteri di Papua Barat Tahun 2024



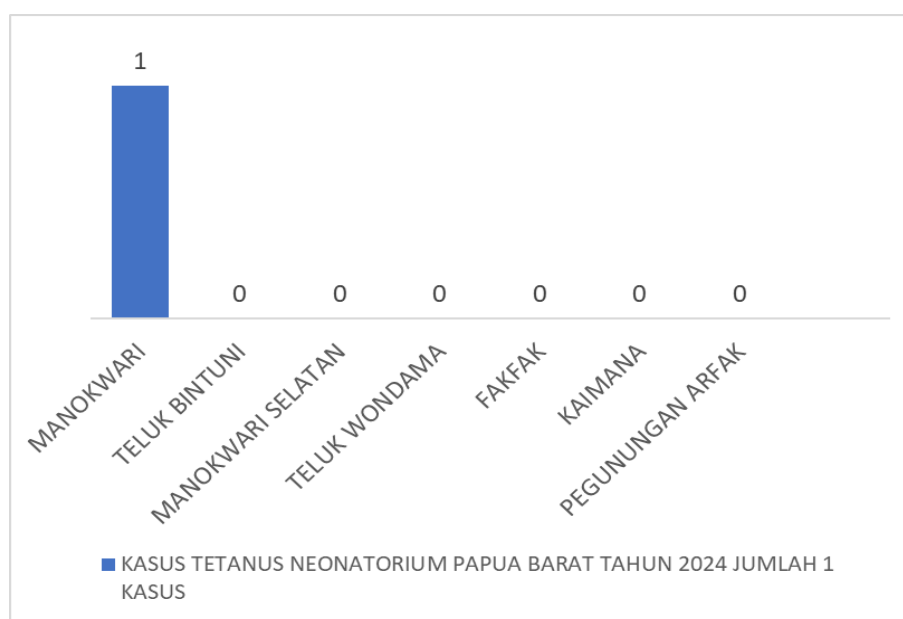
Sumber : Bidang P2P Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2022

Jumlah kasus Difteri di Provinsi Papua Barat pada tahun 2024 sebanyak 4 kasus yaitu di Manokwari dan Kabupaten Teluk Bintuni dengan masing-masing 1 Kasus dan tidak ada yang meninggal.

3. Tetanus Neonatorum

Tetanus Neonatorum umumnya terjadi pada bayi yang baru lahir. Tetanus Neonatorum menyerang bayi yang baru lahir karena dilahirkan di tempat yang tidak bersih dan steril, terutama jika tali pusar terinfeksi. Tetanus Neonatorum dapat menyebabkan kematian pada bayi dan banyak terjadi di negara berkembang. Sedangkan di negara-negara maju, dimana kebersihan dan teknik melahirkan yang sudah maju tingkat kematian akibat infeksi tetanus dapat ditekan.

Grafik VI.6 : Jumlah Kasus Tetanus Neonatorum di Papua Barat Tahun 2025



Sumber : Bidang P2P Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2025

Kasus Tetanus Neonatorum di Papua Barat Tahun 2025 terdapat 1 Kasus yaitu di Kabupaten Manokwari.

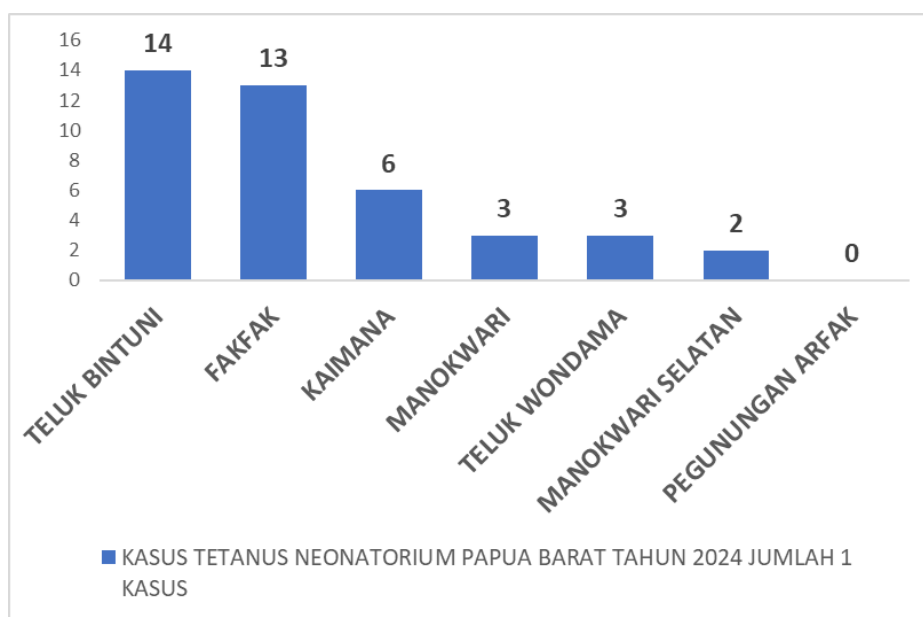
4. Campak

Penyakit campak merupakan penyakit yang sangat menular. Campak menjadi penyebab penting kematian anak-anak di seluruh dunia. Kelompok anak usia pra sekolah dan usia SD

merupakan kelompok rentan tertular penyakit campak. Penyakit campak disebabkan oleh virus dari genus Morbillivirus dan termasuk golongan Paramyxovirus. Campak disebut juga morbili atau measles. Campak ditularkan melalui udara yang terkontaminasi droplet dari hidung, mulut, atau tenggorokan orang yang terinfeksi. Gejala awal biasanya muncul 10-12 hari setelah infeksi, termasuk demam tinggi, pilek, mata merah, dan bintik-bintik putih kecil di bagian dalam mulut. Beberapa hari kemudian, ruam berkembang, mulai pada wajah dan leher bagian atas dan secara bertahap menyebar ke bawah. Campak berat mungkin terjadi pada anak-anak yang menderita kurang gizi, terutama pada mereka yang kekurangan vitamin A, atau yang sistem kekebalan tubuhnya telah dilemahkan oleh penyakit lain. Komplikasi yang paling serius termasuk kebutaan, ensefalitis (infeksi yang menyebabkan pembengkakan otak), diare berat dan dehidrasi, serta infeksi pernafasan berat seperti pneumonia.

Seseorang yang pernah menderita campak akan mendapatkan kekebalan terhadap penyakit tersebut seumur hidupnya.

Grafik VI.7 : Jumlah Kasus Campak di Papua Barat Tahun 2025



Sumber : Bidang P2P Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Di Provinsi Papua Barat terdapat suspek campak sebanyak 41 kasus, dengan penemuan terbanyak pada kabupaten Teluk Bintuni 14 kasus, Kabupaten FakFak 13 kasus sedangkan kabupaten dengan kasus terendah adalah kabupaten Pegunungan Arfak tidak laporan kasus Campak. Untuk data selengkapnya dapat dilihat pada lampiran tabel 69 Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Papua Bara Tahun 2024.

C. PENGENDALIAN PENYAKIT TIDAK MENULAR

1. Hipertensi

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah tekanan darah sistolik lebih dari 140 mmHg dan tekanan darah diastolik lebih dari 90 mmHg pada dua kali pengukuran setiap lima menit dalam keadaan cukup istirahat/tenang. Tekanan darah tinggi yang berkepanjangan (persisten) dapat merusak ginjal (gagal ginjal), jantung (penyakit jantung koroner), dan otak (menyebabkan stroke).

Jumlah Penderita Hipertensi di Provinsi Papua Barat adalah 8.262 penderita dengan persentase pengobatan.mendapatkan pelayanan kesehatan adalah 100% di setiap Kabupaten/Kota. Penderita Hipertensi tertinggi yaitu Kabupaten Fakfak dengan 2.865 penderita dan yang terendah yaitu Kabupaten Pegunungan Arfak dengan 48 penderita.

Tabel VI.16 : Capaian program/kegiatan Hipertensi

DETEKSI DINI HYPERTENSI .							
KOD E	KAB/KOTA	Jlh.Pddk Usia Produktif 15 TAHUN KEATAS	Jlh Kunjungan	Estimasi Sasaran Hypertensi	Hypertensi	Target	Capaian
9101	KAB. FAK FAK	63.386	14.676	5.97	2.954	100	49
9102	KAB. KAIMANA	48.827	7.647	3.047	1.211	100	40
9105	KAB. MANOKWARI	150.200	11.092	13.218	3.082	100	23
9111	KAB. MANOKWARI SELATAN	28.862	2.527	1.668	692	100	41
9104	KAB. TELUK BINTUNI	69.446	6.090	4.889	1.210	100	25
9193	KAB. TELUK WONDAMA	31.193	2.394	521	458	100	88
9112	KAB>PEGUNUNGAN ARFAK	33.351	765	1.874	67	100	4
	PAPUA BARAT	425.265	45.191	189.583	9.674	100	5

Sumber Data : Data bidang P2P tahun 2024.

Tabel diatas menunjukkan bahwa dari 46191 masyarakat di Papua Barat yang melakukan deteksi dini terhadap hipertensi, terdapat 9.674 orang yang mengalami tekanan darah tinggi (hipertensi), semua pasien yang ditemukan mempunyai factor resiko hipertensi, langsung diberikan edukasi, diobati ditempat pelayanan dan selanjutnya disarankan kepuskesmas untuk mendapatkan pengobatan selanjutnya karena setiap pasien yang sudah ditetapkan sebagai pasien dengan Hypertensi harus mendapatkan tatalaksana hipertensi dimana pasien-pasien setiap bulan harus periksa dan mendapatkan pengobatan (pasien dengan Hypertensi terkendali).

2. Diabetes

Capaian program/kegiatan Pendampingan Deteksi Dini Penyakit Tidak Menular (DD-FR PTM) Diabetes (DM) yang dilaksanakan pada tahun 2024 adalah sebagai berikut :

Tabel VI.17 : Capaian program/kegiatan Diabetes Militus

DETEKSI DINI DIABETES .							
KODE	KAB/KOTA	Jlh.Pddk Usia Produktif 15	Jlh Kunjungan	Estimasi Sasaran Diabetes	Diabetes	Target	Capaian %
9101	KAB. FAK FAK	63.386	14.676	1.014	322	100	32
9102	KAB. KAIMANA	48.827	7.647	781	165	100	21
9105	KAB. MANOKWARI	150.200	11.092	2.403	729	100	30
9111	KAB. MANOKWARI SELATAN	28.862	2.527	462	142	100	31
9104	KAB. TELUK BINTUNI	69.446	6.090	1.111	225	100	20
9193	KAB. TELUK WONDAMA	31.193	2.394	499	75	100	15
9112	KAB>PEGUNUNGAN ARFAK	33.351	765	534	28	100	5
	PAPUA BARAT	425.265	45.191	6.804	1.686	100	25

Sumber Data : Daa bidang P2P tahun 2024

Tabel 25 .Menerangkan bahwa dari 6.804 masyarakat di Papua Barat yang melakukan deteksi dini terhadap diabetes militus, terdapat 1.686 orang yang mengalami diabetes, semua pasien yang ditemukan mempunyai faktor resiko Diabete langsung diberi edukasi, diobati ditempat pelayanan dan selanjutnya disarankan/dirujuk kepuskesmas untuk mendapatkan pengobatan selanjutnya, karena pasien Diabetes sama dengan pasien hipertensi yang melakukan pemeriksaan ulang(kontrol)dan minum obat setiap bulan dipuskesmas untuk memantau keberhasilan pengobatan.

Untuk tujuh kabupaten yang mempunyai angka tertinggi dalam penanganan pasien dengan Diabetes adalah kabupaten Fak-Fak, Manokwari selatan dan manokwari.

Sumber : Bidang P2P Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2024.

3. Kegiatan Obesitas

Capaian program/kegiatan obesitas yang dilaksanakan pada tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel VI.18 : Capaian program/kegiatan Obesitas

DETEKSI DINI OBESITAS .							
KODE	KAB/KOTA	Jlh.Pddk Usia Produktif 15 TAHUN KEATAS	Jlh Kunjungan	Estimasi Sasaran Hypertensi	OBESITAS	Target	Capaian
9101	KAB. FAK FAK	63.386	14.676	9.128	4.087	100	45
9102	KAB. KAIMANA	48.827	7.647	7.031	2.531	100	36
9105	KAB. MANOKWARI	150.200	11.092	21.629	4.045	100	19
9111	KAB. MANOKWARI SELATAN	28.862	2.527	4.156	745	100	18
9104	KAB. TELUK BINTUNI	69.446	6.090	10.000	1.775	100	18
9193	KAB. TELUK WONDAMA	31.193	2.394	4.492	466	100	10
9112	KAB>PEGUNUNGAN ARFAK	33.351	765	4.803	59	100	1
	PAPUA BARAT	425.265	45.191	61.238	13.708	100	22

Sumber Data : Daa bidang P2P tahun 2024.

Tabel diatas menunjukkan bahwa dari 45.191 masyarakat di Papua Barat yang melakukan deteksi dini terhadapfaktor resiko Obesitas dengan melakukan pengukuran tinggi badan, berat badan untuk mengetahui Indeks masa tubuh seseorang adalah sebanyak 13.708 orang yang mengalami Obesitas, orang dengan faktor resiko obesitas sangat beresiko mengalami berbagai penyakit tidak menular apabila tidak melakukan pencegahan.

4. Kegiatan Indera Pendengaran

Capaian program/kegiatan indera pendengaran yang dilaksanakan pada tahun 2024 adalah sebagai berikut :

Tabel VI.19 : Capaian program/kegiatan Deteksi Dini Indera Pendengaran.

DETEKSI DINI INDERA PENDENGARAN.							
KODE	KAB/KOTA	Jlh.Pddk Usia Produktif 15 TAHUN KEATAS	Jlh Kunjungan	Estimasi Sasaran	Pendengaran	Target	Capaian
9101	KAB. FAK FAK	63.386	6.029	3.867	128	60	94
9102	KAB. KAIMANA	48.827	553	2.978	9	60	11
9105	KAB. MANOKWARI	150.200	1.308	9.162	99	60	9
9111	KAB. MANOKWARI SELATAN	28.862	1.011	1.761	4	60	34
9104	KAB. TELUK BINTUNI	69.446	4.135	4.236	69	60	59
9193	KAB. TELUK WONDAMA	31.193	1.315	1.903	282	60	41
9112	KAB>PEGUNUNGAN ARFAK	33.351	756	2.034	0	60	22
	PAPUA BARAT	425.265	15.107	25.941	591	60	35

Sumber Data : Daa bidang P2P tahun 2024.

Tabel diatas menunjukkan bahwa dari 15.107 masyarakat di Papua Barat yang melakukan deteksi dini terhadap indera pendengaran , terdapat 591 orang yang mengalami gangguan pendengaran, semua pasien yang ditemukan mempunyai factor resiko hipertensi, Diabetes, kelainan pendengaran, kelainan penglihatan, kanker, PPOK langsung diberi edukasi, diobati ditempat pelayanan dan selanjutnya disarankan/dirujuk ke puskesmas untuk mendapatkan pengobatan selanjutnya.

5. Kegiatan Indera Penglihatan

Tabel VI.20 : Capaian kegiatan Indera Penglihatan

DETEKSI DINI INDERA PENGLIHATAN .							
KODE	KAB/KOTA	Jlh.Pddk Usia Produktif 15 TAHUN KEATAS	Jlh Kunjungan	Estimasi Sasaran	Penglihatan	Target	Capaian
9101	KAB. FAK FAK	63.386	5.121	4.627	2.459	80	89
9102	KAB. KAIMANA	48.827	359	3.564	53	80	8
9105	KAB. MANOKWARI	150.200	1.266	10.965	810	80	9
9111	KAB. MANOKWARI SELATAN	28.862	929	2.107	496	80	35
9104	KAB. TELUK BINTUNI	69.446	2.541	5.070	1.180	80	40
9193	KAB. TELUK WONDAMA	31.193	613	2.277	613	80	22
9112	KAB>PEGUNUNGAN ARFAK	33.351	756	2.435	0	80	25
	PAPUA BARAT	425.265	11.585	31.044	5.611	80	30

Sumber Data : Daa bidang P2P tahun 2024.

Tabel diatas menunjukkan bahwa dari 11.585 masyarakat di Papua Barat yang melakukan deteksi dini terhadap hipertensi, terdapat 5.611 orang yang mengalami katarak , semua pasien yang ditemukan mempunyai factor resiko hipertensi,Diabetes,kelainan pendengaran, kelainan penglihatan,kanker, PPOK langsung diberi edukasi, diobati ditempat pelayanan dan selanjutnya disarankan/dirujuk kepuskesmas untuk mendapatkan pengobatan selanjutnya.

6. Kegiatan Kanker (Servix dan Mammae)

Capaian program/kegiatan yang dilaksanakan pada tahun 2024 adalah sebagai berikut :

Tabel VI.21 : Capaian program/kegiatan Kanker Payudara

DETEKSI DINI KANKER PAYUDARA							
KODE	KAB/KOTA	Wanita Usia 30-50 Thn	Jlh Kunjungan	Estimasi Sasaran	CURIGA KANKER PAYUDARA	Target	Capaian
9101	KAB. FAK FAK	12.865	705	192	4	60	0,3
9102	KAB. KAIMANA	9.718	354	145	0	60	-
9105	KAB. MANOKWARI	31.006	108	462	2	60	1,1
9111	KAB. MANOKWARI SELATAN	5.861	7	87	1	60	8,6
9104	KAB. TELUK BINTUNI	12.322	141	184	4	60	1,7
9193	KAB. TELUK WONDAMA	12.034	96	179	0	60	-
9112	KAB PEGUNUNGAN ARFAK	13.021	756	194	0	60	-
	PAPUA BARAT	96.827	2.167	1.443	11	60	0,3

Sumber Data : Daa bidang P2P tahun 2024

Berdasarkan tabel 5, jumlah masyarakat di Papua Barat yang melakukan deteksi dini terhadap kanker payudara adalah sebanyak 2.167 orang. 11 orang diantaranya positif terkena kanker payudara dan sisanya (6.576 orang) dinyatakan negatif. Semua pasien yang hasil deteksi dini ditemukan mempunyai gejala dirujuk kerumah sakit terdekat, selain diberikan edukasi perawatan, pencegahan dan perubahan gaya hidup.

Tabel VI.22 : Deteksi Dini Kanker Servix tahun 2024.

DETEKSI DINI KANKER SERVIX.							
KODE	KAB/KOTA	Wanita Usia 30-50 Thn	Jlh Kunjungan	Estimasi Sasaran	Kanker Serviks - Positif IVA	Target	Capaian
9101	KAB. FAK FAK	12.865	705	192	7	60	221
9102	KAB. KAIMANA	9.718	354	145	3	60	147
9105	KAB. MANOKWARI	31.006	108	462	4	60	14
9111	KAB. MANOKWARI SELATAN	5.861	7	87	0	60	5
9104	KAB. TELUK BINTUNI	12.322	141	184	29	60	46
9193	KAB. TELUK WONDAMA	12.034	96	179	0	60	32
9112	KAB. PEGUNUNGAN ARFAK	13.021	1	194	1	60	234
	PAPUA BARAT	96.827	1.727	1.443	44	60	90

Sumber Data : Daa bidang P2P tahun 2024.

Tabel diatas menunjukkan bahwa jumlah masyarakat di Papua Barat yang melakukan deteksi dini terhadap kanker serviks adalah 2167 orang dan yang dinyatakan positif sebanyak 44 orang sedangkan yang negatif adalah 1.093 orang, semua pasien kanker yang ditemukan positif kanker langsung diberikan rujukan kerumah sakit terdekat untuk mendapatkan penanganan selanjutnya.

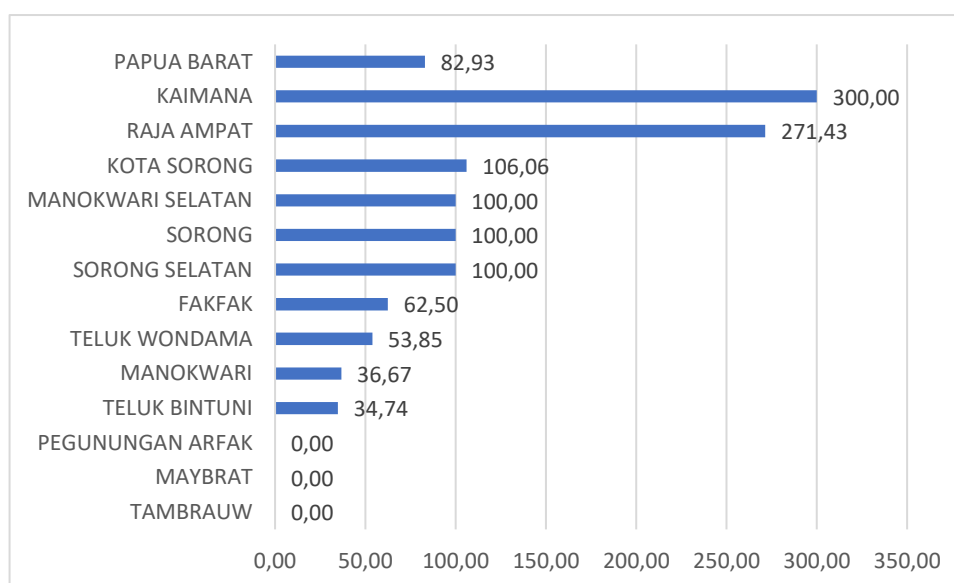
D. PELAYANAN KESEHATAN JIWA

Berdasarkan Undang-undang Nomor 18 Tahun 2014, Kesehatan jiwa adalah kondisi dimana seseorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan social sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Permasalahan yang terjadi saat ini adalah pelayanan kesehatan jiwa bagi semua dan jaminan hak-hak penyandang gangguan jiwa masih belum terlaksana secara optimal sehingga berdampak pada rendahnya produktivitas sumber daya manusia. Kategori kondisi kesehatan jiwa seseorang terbagi menjadi dua, meliputi Orang Dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) yaitu. orang yang mempunyai gangguan fisik, mental, sosial, tumbuh kembang dan/atau kualitas hidup, sehingga berisiko mengalaminya Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) yaitu. orang yang mengalami gangguan pikiran, perilaku, dan perasaan yang diwujudkan dengan

berbagai gejala dan/atau perubahan perilaku yang signifikan dan dapat menyebabkan penderitaan dan hambatan dalam pengobatan. aktivitas manusia sebagai manusia.

Gangguan jiwa berat termasuk dalam kategori ODGJ, yaitu gangguan jiwa yang ditandai dengan gangguan persepsi atau penglihatan terhadap kenyataan yang disertai halusinasi, delusi, gangguan proses berpikir, gangguan berpikir, dan tingkah laku aneh. Salah satu contohnya adalah skizofrenia dan psikosis dalam keluarga, depresi, dan gangguan mental emosional.

Grafik VI.8 : Persentase Cakupan Pelayanan Kesehatan ODGJ Berat Menurut Kabupaten/Kotadi Papua Barat Tahun 2022



Sumber : Bidang P2P Dinas Kesehatan Provinsi Papua Barat Tahun 2022

Cakupan Tertinggi untuk pelayanan kesehatan ODGJ berat berada di Kabupaten Kaimana (300%), dan Kabupaten Raja Ampat (271,43%). Sedangkan cakupan terendah berada di Kabupaten Pegunungan Arfak (0%), Kabupaten Maybrat (0%), dan Kabupaten Tambrau (0%).



DINAS KESEHATAN PROVINSI PAPUA BARAT

BAB VII



PROFIL KESEHATAN TAHUN 2024

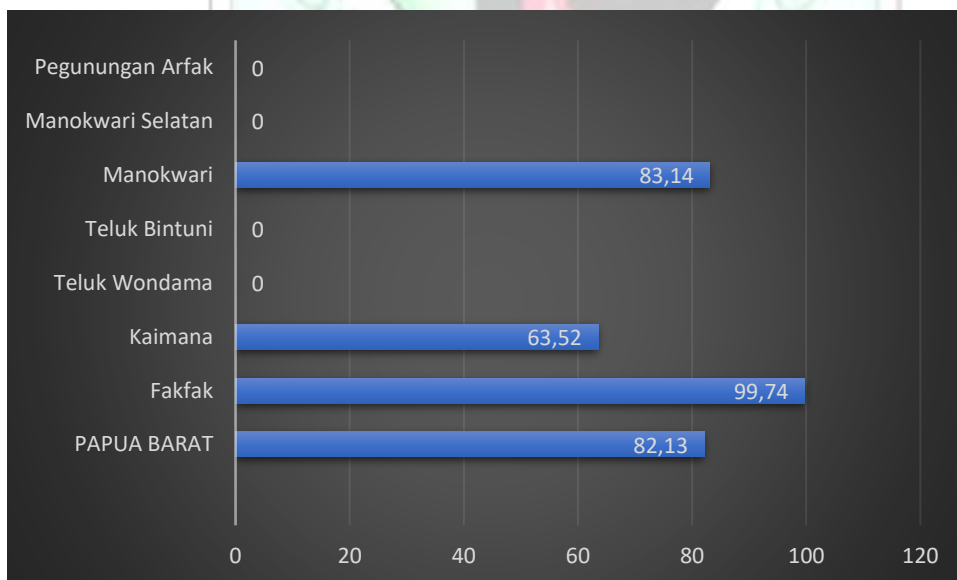
BAB VII

KESEHATAN LINGKUNGAN

A. Akses Penduduk Terhadap Air Minum Memenuhi Syarat

Sarana masyarakat untuk mendapatkan sumber air minum di Papua Barat bervariasi. Masyarakat perkotaan sebagian besar sudah menggunakan jasa PDAM untuk memenuhi kebutuhan sumber air minum. Sedangkan masyarakat di pedesaan relatif lebih bervariasi dari mulai yang menggunakan sumur gali, sumur pompa, mata air, air hujan sampai yang memanfaatkan badan air seperti danau, sungai untuk memenuhi kebutuhan sumber air minumannya. Berdasarkan Permenkes 492 Tahun 2010, yang dimaksud sumber air bersih yang terlindung adalah sumber air minum keluarga yang bersumber dari sarana air bersih yang telah memenuhi persyaratan baik biologis, kimia dan fisik.

Grafik VII.1 : Cakupan (%) Sarana Air Minum yang diawasi/diperiksa Kualitas Air Minumnya sesuai Standar di Kabupaten/Kota di Papua Barat Tahun 2024



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Papua Barat Tahun 2024

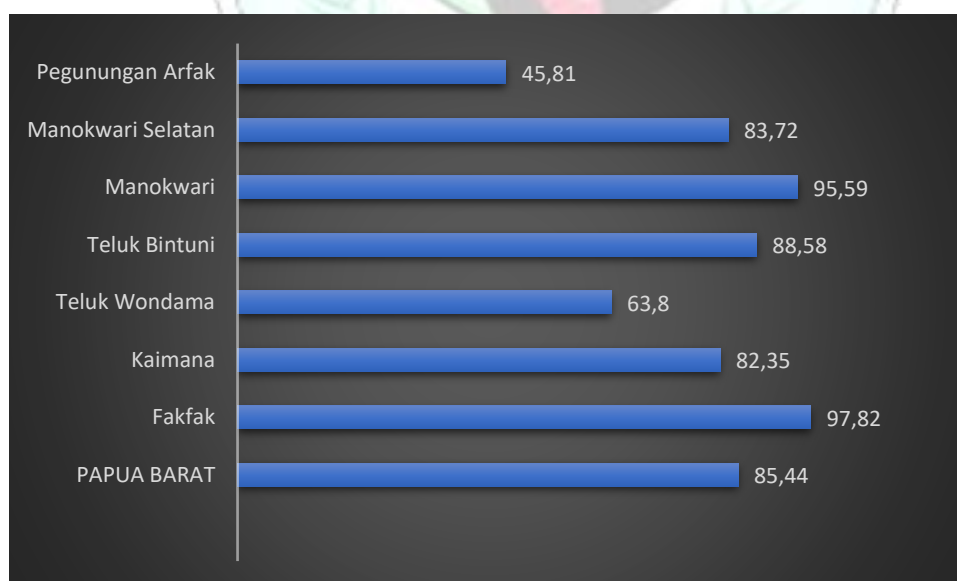
Cakupan sarana air minum memenuhi syarat (diawasi dan diperiksa kualitas air minumnya sesuai standar) Tahun 2024 berdasarkan jumlah sarana air minum sebanyak 4.843 adalah sebanyak 4203 sarana air minum (82,13%) memenuhi syarat baik fisik, bakteriologis maupun kimia. Berdasarkan kabupaten kota persentase capaian tertinggi berada di Kabupaten Fakfak (99,74%), Kabupaten Manokwari sebesar (83,14%) dan Kabupaten Kaimana Sebesar (63,52%) Kabupaten lainnya berada di angka 0% (tidak mengisi data). Hal ini menjadi perhatian bahwa perlunya peningkatan pemeriksaan sarana air minum yang memenuhi syarat dan pelaporan yang berkualitas.

B. Akses Penduduk Terhadap Fasilitas Sanitasi Layak

Sanitasi merupakan faktor penting dalam menunjang kesehatan manusia yang berhubungan dengan kesehatan lingkungan yang mempengaruhi derajat kesehatan. Penduduk yang memiliki akses sanitasi aman apabila fasilitas sanitasi yang digunakan memenuhi syarat kesehatan antara lain dilengkapi dengan leher angsa, tanki septik/ Sistem Pengolahan Air Limbah (SPAL) yang digunakan sendiri atau bersama serta dilakukan penyedotan tinja 3-5 tahun sekali.

Berdasarkan pencatatan dan pelaporan kabupaten/kota, cakupan keluarga dengan akses terhadap fasilitas sanitasi yang aman (Jamban Sehat) di Provinsi Papua Barat tahun 2024 adalah 85,44%.

Grafik VII.2 : Keluarga dengan Akses Terhadap Fasilitas Sanitasi Yang Layak dan Aman Menurut Kabupaten Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024



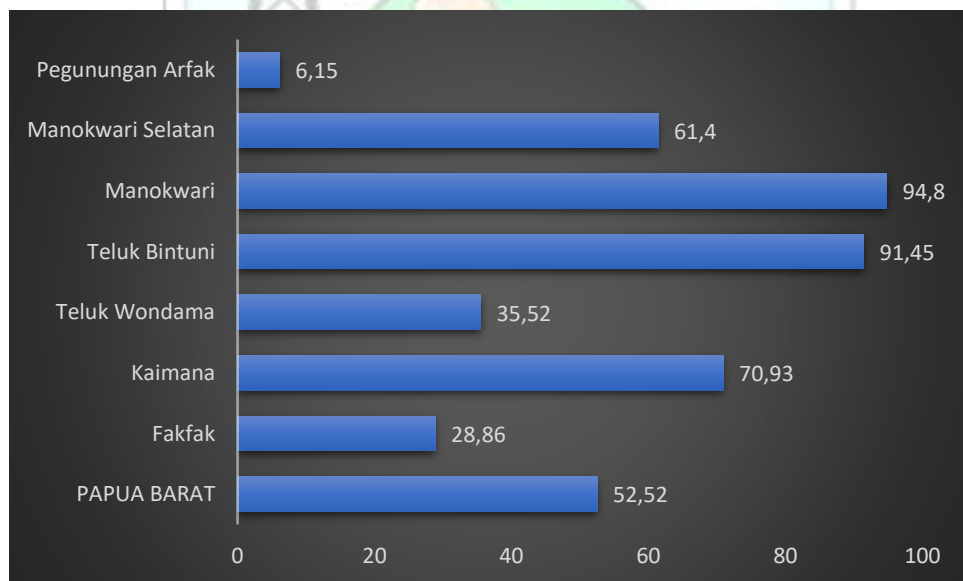
Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Kabupaten/Kota dengan akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak dan aman dengan cakupan yang tertinggi dicapai oleh Kabupaten Fakfak (97,82%). Sedangkan cakupan sanitasi aman terendah berada di Kabupaten Pegunungan Arfak (45,81%).

C. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat atau juga disebut sebagai STBM adalah Pendekatan untuk mengubah perilaku hygiene dan sanitasi meliputi 5 pilar yaitu tidak buang air besar (BAB) sembarangan, mencuci tangan pakai sabun, mengelola air minum dan makanan yang aman, mengelola sampah dengan benar, mengelola limbah cair rumah tangga dengan aman melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemucuan. Pada tahun 2022, Desa/Kelurahan yang sudah Stop Buang Air Besar Sembarangan adalah 493 Desa/Kelurahan dari 1.129 Desa/Kelurahan yang berada di Provinsi Papua Barat (43,67%).

Grafik VII.3 : Desa/Kelurahan yang sudah Stop Buang Air Besar Sembarangan Menurut Kabupaten Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Papua Barat Tahun 2024

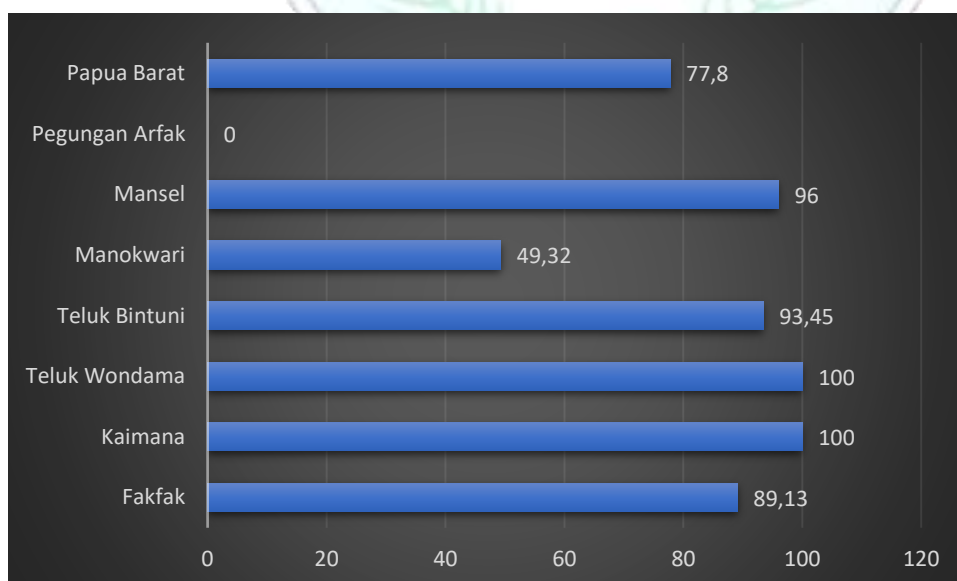
Desa/Kelurahan yang sudah Stop Buang Air Besar Sembarangan dengan cakupan yang tertinggi dicapai oleh Kabupaten Manokwari (94,8%). Sedangkan cakupan terendah berada di Kabupaten Pegunungan Arfak (6,25%).

D. Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) Memenuhi Syarat Kesehatan

Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) adalah tempat atau sarana umum yang digunakan untuk kegiatan masyarakat. Dalam upaya mengurangi risiko Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) menjadi tempat penularan/sumber penyakit, maka dilakukan pemantauan terhadap TFU tersebut, TFU yang wajib dilakukan pemantauan oleh kabupaten kota antara lain sarana pendidikan (SD dan SMP), sarana kesehatan dan pasar. Sarana pendidikan atau sekolah yang dimaksud adalah sekolah SD/MI dan SMP/MTs yang terdaftar di Kemendikbud/Dinas Pendidikan dan Kebudayaan dan Kantor Kementerian Agama Kabupaten/Kota sedangkan sarana kesehatan yaitu Puskesmas yang dimaksud adalah puskesmas yang terdaftar (terregistrasi) di Kemenkes.

Pasar yang dimaksudkan adalah pasar rakyat yang terdaftar di Kementerian Perdagangan/Dinas perdagangan Kabupaten/kota. Pasar Rakyat adalah tempat usaha yang ditata, dibangun dan dikelola, oleh pemerintah, pemerintah daerah, swasta, badan usaha milik negara, dan atau badan usaha milik daerah dapat berupa toko/kios, los, dan tenda yang dimiliki/dikelola oleh pedagang kecil dan menengah, swadaya masyarakat, atau koperasi serta UMKM dengan proses jual beli barang melalui tawar menawar. Ketentuan mengenai pasar rakyat diatur dalam Peraturan Menteri Perdagangan Nomor 21 Tahun 2021 Tentang Pedoman Pembangunan dan Pengelolaan Sarana Perdagangan.

Grafik VII.4 : Persentase Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) Yang Dilakukan Pengawasan Sesuai Standar Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024



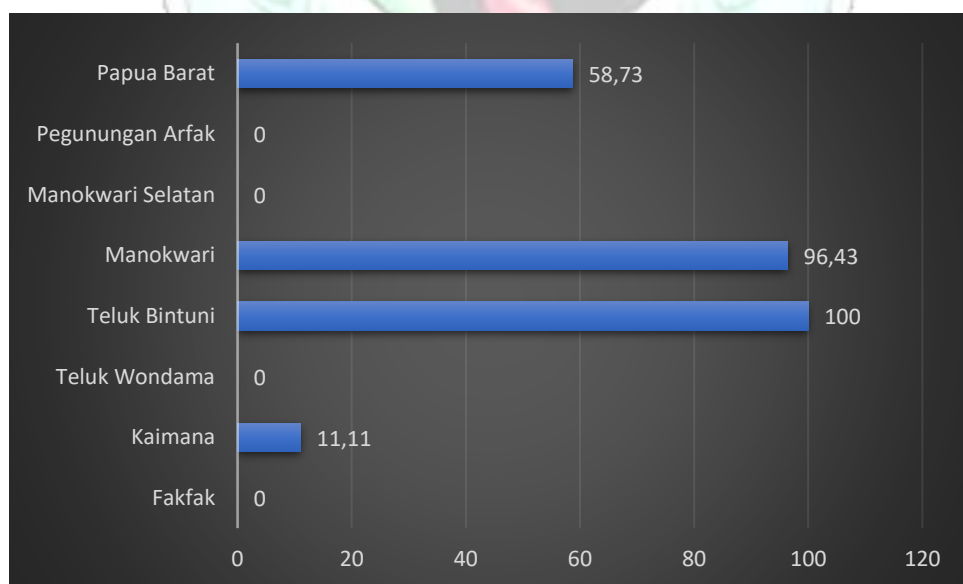
Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Cakupan Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) yang memenuhi syarat di Papua Barat sudah mencapai 77,8%. Cakupan tertinggi di Kabupaten Kaimana dan Kabupaten Teluk Wondama sebesar 100% dan terendah di Kabupaten Pegunungan Arfak, Kabupaten dengan jumlah laporan masih nihil.

E. Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) Memenuhi Syarat Kesehatan

Tempat Pengelolaan Pangan olahan siap saji yang selanjutnya disebut TPP adalah sarana produksi untuk menyiapkan, mengolah, mengemas, menyimpan, menyajikan dan atau mengangkut pangan olahan siap saji baik yang bersifat komersial maupun non komersial. TPP yang menjadi sasaran prioritas pengawasan dan pembinaan adalah TPP komersial. TPP komersial adalah usaha penyediaan pangan siap saji yang memperdagangkan produknya secara rutin, yaitu jasa boga/katering, restoran, TPP tertentu, depot Air Minum (DAM), rumah makan, kelompok gerai pangan jajanan, dan sentra gerai pangan jajanan/kantin. Jenis TPP mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 Tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan. Dalam upaya mengurangi risiko Tempat Penolahan Pangan (TPP) menjadi tempat penularan/sumber penyakit, maka dilakukan pemantauan terhadap TPP tersebut.

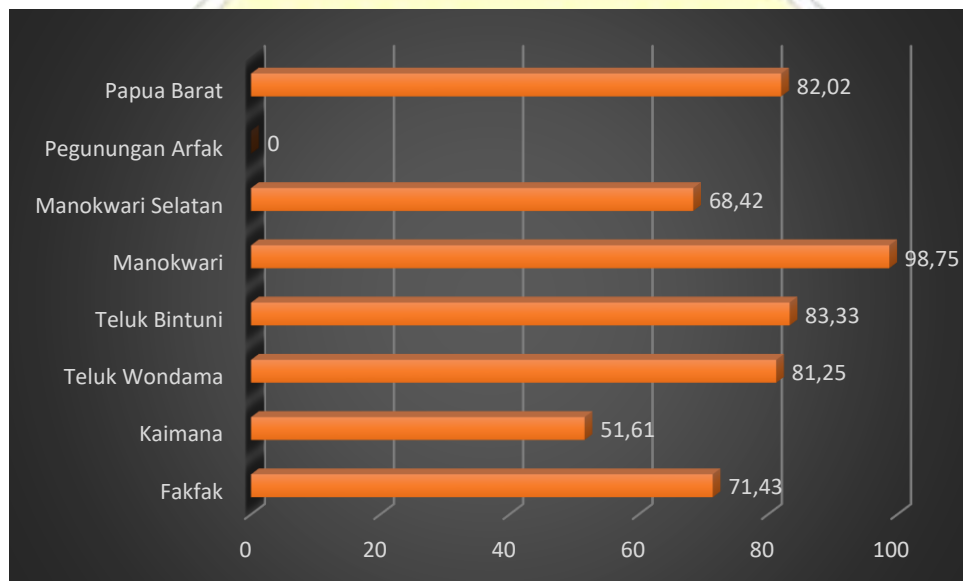
Grafik VII.5 : Persentase Jasa Boga yang Memenuhi Syarat Kesehatan Menurut Kabupaten Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Jasa Boga merupakan Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) yang produknya siap dikonsumsi bagi umum di luar tempat usaha atas dasar pesanan dan tidak melayani makan di tempat usaha. Persentase Jasa Boga yang memenuhi syarat kesehatan (Laik Sehat) di Papua Barat sebesar 58,73% dengan persentase tertinggi yaitu Kabupaten Teluk Bintuni (100%) dan masih banyak persentase nihil atau belum ada pelaporan di Kabupaten/Kota lainnya.

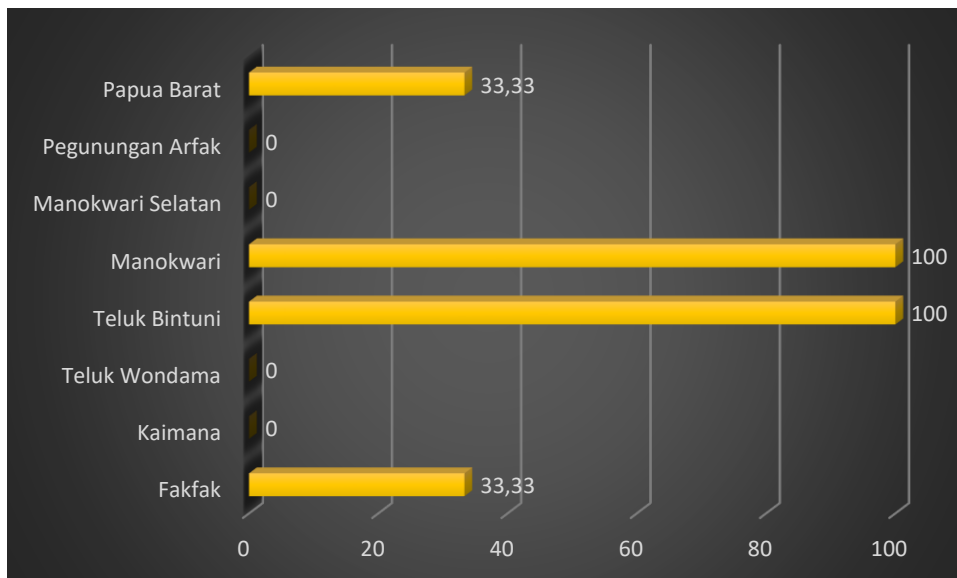
Grafik VII.6 : Persentase Restoran yang Memenuhi Syarat Kesehatan (Laik Sehat) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Restoran merupakan Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) yang produknya siap dikonsumsi bagi umum baik melayani makan langsung di tempat atau melayani pesanan di luar tempat usaha. Persentase Restoran yang memenuhi syarat Kesehatan (Laik Sehat) di Papua Barat sebesar 82,02% dengan persentase tertinggi yaitu Kabupaten Manokwari (98,75%) dan terendah di kabupaten Pegunungan Arfak (0%) dgn nihil laporan.

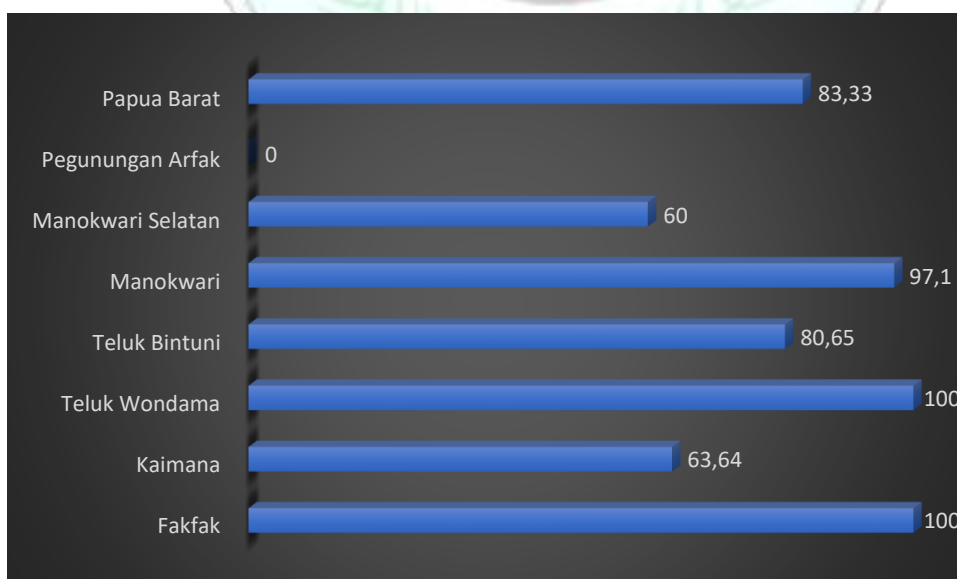
Grafik VII.7 : Persentase TPP tertentu yang Memenuhi Syarat Kesehatan (Laik Sehat) Menurut Kabupaten Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Papua Barat Tahun 2024

TPP tertentu merupakan TPP yang produknya memiliki umur simpan satu sampai kurang dari tujuh hari pada suhu ruang. Persentase TPP tertentu yang memenuhi syarat kesehatan (Laik Sehat) di Papua Barat adalah 33,33% dengan persentase tertinggi yaitu Kabupaten Manokwari dan Kabupaten Teluk Bintuni (100%) dan terendah di 4 Kabupaten/kota belum ada laporan (0).

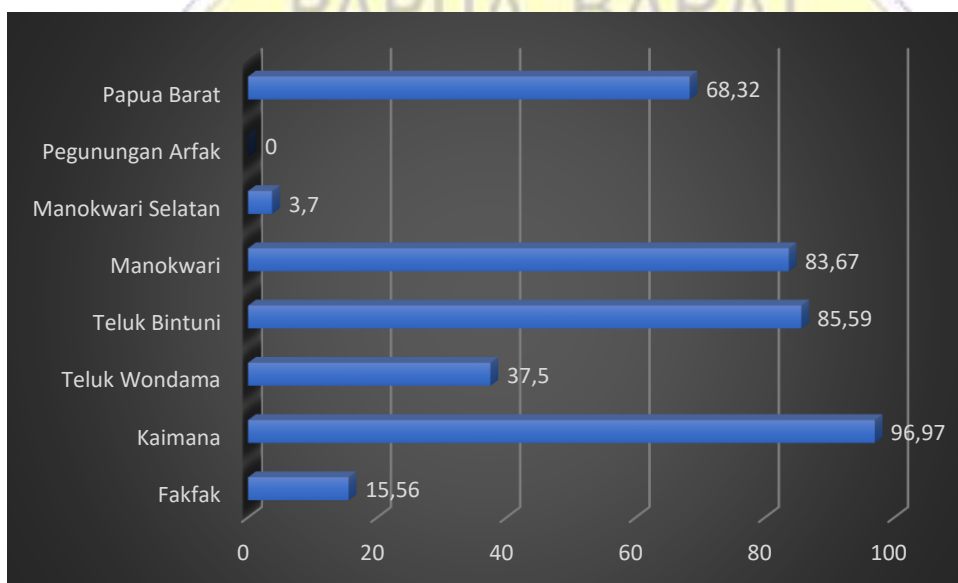
Grafik VII.8 : Persentase Depot Air Minum yang Memenuhi Syarat Kesehatan (Laik Sehat) Menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Depot Air Minum (DAM) merupakan Usaha industri yang melakukan proses pengolahan air baku menjadi air minum dalam bentuk curah dan menjual langsung kepada konsumen. Persentase DAM yang memenuhi syarat kesehatan (Laik Sehat) di Papua Barat sebesar 83,33% dengan persentase tertinggi yaitu 2 Kabupaten yakni Kabupaten Fakfak dan Kabupaten Teluk Wondama , Kab. Tambrauw dan Kab. Teluk Bintuni (100%) dan terendah di Kabupaten Pegunungan Arfak sesuai grafik (0%).

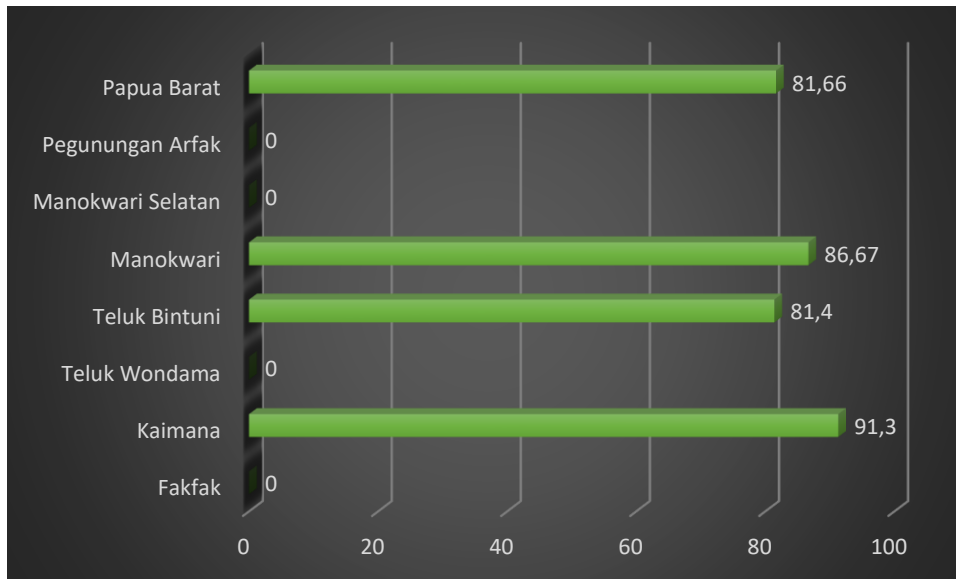
Grafik VII.9 : Persentase Rumah Makan yang Memenuhi Syarat Kesehatan (Laik Sehat) Menurut Kabupaten Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Rumah Makan merupakan Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) yang produknya siap dikonsumsi bagi umum di dalam tempat usaha/melayani makan di tempat. Persentase Rumah Makan yang memenuhi syarat kesehatan (Laik Sehat) di Papua Barat sebesar 68,6% dengan persentase tertinggi yaitu Kabupaten Kaimana (96,97%) dan terendah di Kabupaten Pegunungan Arfak dengan jumlah pelaporan masih nihil.

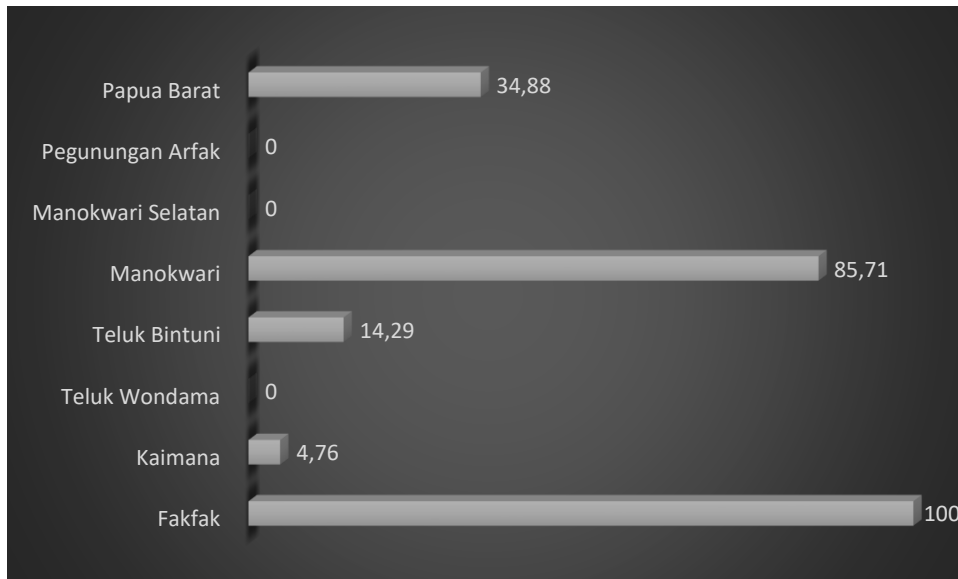
Grafik VII.10 : Persentase Kelompok Gerai Pangan Jajanan yang Memenuhi Syarat Kesehatan (Laik Sehat) Menurut Kabupaten Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Kelompok gerai pangan jajanan merupakan TPP yang produknya siap dikonsumsi (tanpa pengolahan) bagi umum dan dikelola menggunakan perlengkapan permanen maupun semi permanen seperti tenda, gerobak, meja, kursi, keranjang, kendaraan dengan atau tanpa roda atau dengan sarana lain yang sesuai. TPP ini tidak memiliki proses pemasakan, tetapi hanya menjual pangan yang sudah siap dikonsumsi (contoh: menjual nasi kuning, kue, dll). Persentase kelompok gerai pangan yang memenuhi syarat kesehatan (Laik Sehat) di Papua Barat adalah 81,66% dengan persentase tertinggi yaitu Kabupaten Kaimana (91,3%) dan terendah di 4 Kabupaten/Kota (0%) atau belum terdapat laporan.

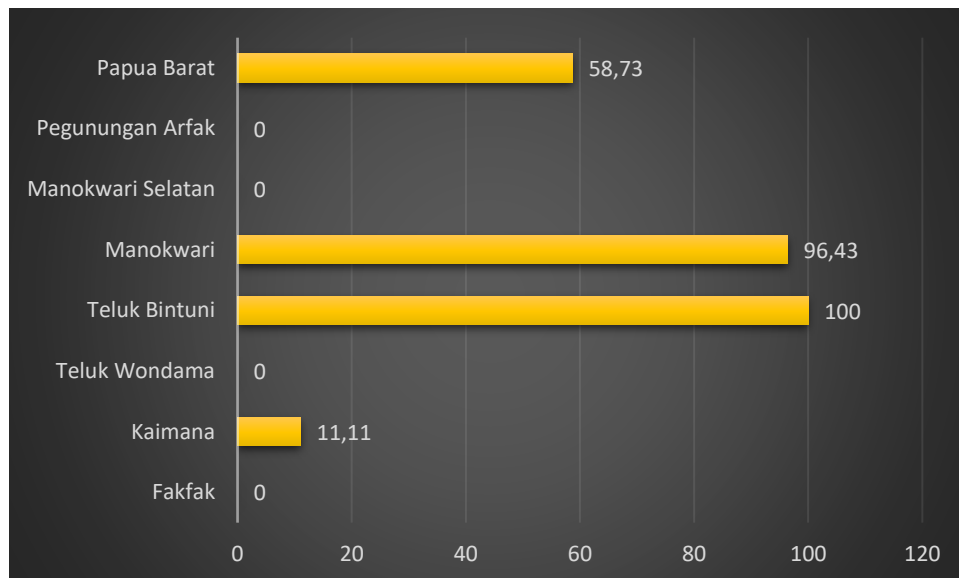
Grafik VII.11 : Persentase Sentra Pangan Jajanan/Kantin yang Memenuhi Syarat Kesehatan (Laik Sehat) Menurut Kabupaten Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2024



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Sentra Pangan Jajanan/Kantin merupakan TPP bagi sekumpulan gerai pangan jajanan dengan ataupun tanpa proses pemasakan yang dikelola oleh pemerintah/pemerintah daerah/swasta/ institusi lain dan memiliki struktur pengelola/penanggung jawab. Contoh sentra pangan jajanan/kantin di pusat perbelanjaan, perkantoran, institusi, kantin satuan Pendidikan dan sentra Usaha Mikro Kecil Menengah (UMKM). Persentase Sentra Pangan Jajanan/Kantin yang memenuhi syarat kesehatan (Laik Sehat) di Papua Barat adalah 34,88% dengan persentase tertinggi yaitu Kabupaten Fakfak (100%) dan 3 (tiga) Kabupaten dengan Pelaporan 0%.

Grafik VII.12 : Persentase TPP Memenuhi Syarat yang Memenuhi Syarat Kesehatan (Laik Sehat) Menurut Kabupaten Kota di Provinsi Papua Barat Tahun 2022



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat Provinsi Papua Barat Tahun 2024

Persentase TPP Memenuhi Syarat yang memenuhi syarat kesehatan (Laik Sehat) di Papua Barat adalah 58,73% dengan persentase tertinggi yaitu Kabupaten Teluk Bintuni (100%) dan terendah di 4 (empat) Kabupaten/Kota (0%) atau belum ada laporan.

