



PROFIL KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR TAHUN 2011



DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR
Jl. A. Yani 118 Surabaya
Website : <http://dinkes.jatimprov.go.id>
Email : info@dinkesjatim.go.id

SURABAYA 2012

SAMBUTAN KEPALA DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah Subhanahu Wa Ta'ala, pada akhirnya buku Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2011 dapat diterbitkan setelah beberapa lama berproses dalam penyusunannya. Disadari sepenuhnya bahwa penyusunan buku Profil Kesehatan ini membutuhkan waktu yang tidak sebentar karena proses pengumpulannya belum sepenuhnya memanfaatkan sarana elektronik/teknologi informasi.

Atas terbitnya Buku Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2011, kami memberikan apresiasi dan ucapan terima kasih kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Tim Penyusun Profil Kesehatan yang telah berupaya memberikan kontribusinya serta kepada semua pihak yang telah membantu memberikan data dan informasi guna penyusunan buku Profil ini.

Di tahun mendatang kiranya dapat diterbitkan lebih awal dengan memuat data dan informasi dengan kualitas yang lebih baik dalam hal konsistensi datanya maupun analisisnya, sehingga buku Profil Kesehatan ini dapat dijadikan referensi penting dan utama dalam proses manajemen pembangunan kesehatan khususnya di Jawa Timur.

Semoga Profil Kesehatan Jawa Timur Tahun 2011 ini bermanfaat terutama bagi yang membutuhkannya. Kritik dan saran dari para pembaca guna penyempurnaan Profil Kesehatan dimasa datang tetap kami harapkan.

KEPALA DINAS KESEHATAN
PROVINSI JAWA TIMUR



dr. BUDI RAHARDI, MPH
Pembina Utama Muda
NIP. 19551011 198210 2 001

DAFTAR ISI

SAMBUTAN KEPALA DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR	i		
DAFTAR ISI	ii		
DAFTAR GAMBAR	iii		
DAFTAR TABEL	v		
BAB I	PENDAHULUAN	1	
	1.1	LATAR BELAKANG	1
	1.2	SISTEMATIKA PENYAJIAN	2
BAB II	GAMBARAN UMUM JAWA TIMUR	3	
	2.1	KONDISI GEOGRAFIS	3
	2.2	TOPOGRAFI	4
	2.3	HIDROGRAFI	5
	2.4	IKLIM	5
	2.5	WILAYAH ADMINISTRASI	6
	2.6	KEPENDUDUKAN	6
BAB III	SITUASI DERAJAT KESEHATAN	7	
	3.1	ANGKA KEMATIAN (MORTALITAS)	7
	3.2	ANGKA HARAPAN HIDUP (AHH)	11
	3.3	ANGKA KESAKITAN (MORBIDITAS)	11
	3.4	STATUS GIZI MASYARAKAT	28
BAB IV	SITUASI UPAYA KESEHATAN	30	
	4.1	PELAYANAN KESEHATAN DASAR	30
	4.2	PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN DAN KHUSUS	43
	4.3	KETERSEDIAAN OBAT	45
	4.4	KEJADIAN LUAR BIASA (KLB) DAN KERACUNAN MAKANAN	47
	4.5	PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT	48
	4.6	PERILAKU MASYARAKAT	55
	4.7	PELAYANAN KESEHATAN LINGKUNGAN DAN SANITASI DASAR	59
BAB V	SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN	61	
	5.1	SARANA KESEHATAN	61
	5.2	TENAGA KESEHATAN	68
	5.3	ANGGARAN KESEHATAN	69
BAB VI	PENUTUP	70	
LAMPIRAN	TABEL PROFIL		

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Peta Provinsi Jawa Timur	3
Gambar 2.2	Peta Topografi Provinsi Jawa Timur	4
Gambar 2.3	Beberapa Gunung Berapi di Provinsi Jawa Timur	5
Gambar 2.4	Piramida Penduduk Menurut Golongan Umur di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	6
Gambar 3.1	Persentase Penyebab Kematian Ibu Maternal di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	8
Gambar 3.2	Angka Kematian Bayi (AKB) di Provinsi Jawa Timur Tahun 2005 – 2011	10
Gambar 3.3	Angka Harapan Hidup (AHH) di Provinsi Jawa Timur Tahun 2005 – 2011	11
Gambar 3.4	Perkembangan Cakupan Case Detection Rate (CDR) di Provinsi Jawa Timur Tahun 2009-2011	12
Gambar 3.5	Penemuan Kasus TB di Provinsi Jawa Timur Tahun 2004 – 2011	13
Gambar 3.6	Success Rate di Provinsi Jawa Timur Tahun 2009 – 2011	13
Gambar 3.7	Peta Prevalensi Rate Kusta per 10.000 Penduduk di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	14
Gambar 3.8	Penemuan Penderita Kusta Baru di Provinsi Jawa Timur Tahun 2001– 2011	14
Gambar 3.9	Jumlah Kasus AIDS di Provinsi Jawa Timur Tahun 1989 – 2011	16
Gambar 3.10	Jumlah Kasus AIDS Berdasarkan Resiko di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	17
Gambar 3.11	Trend Penderita Diare di Provinsi Jawa Timur Tahun 2007 – 2010	19
Gambar 3.12	Peta Insiden DBD di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	20
Gambar 3.13	Peta Sebaran Penyakit Malaria di Provinsi Jawa Timur Tahun 2009 - 2011	21
Gambar 3.14	Sebaran Penderita Filariasis Kronis di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	22
Gambar 3.15	Trend Kasus Campak di Provinsi Jawa Timur Tahun 2008 – 2011	23
Gambar 3.16	Perkembangan Penyakit Difteri di Provinsi Jawa Timur Tahun 2000 – 2010	24
Gambar 3.17	Distribusi Difteri di Provinsi Jawa Timur Tahun 2007 – 2011	25
Gambar 3.18	Distribusi Penderita Difteri Berdasarkan Kelompok Umur di Provinsi Jawa Timur Tahun 2005 – 2010	26
Gambar 3.19	Trend Kasus dan Kematian Tetanus Neonatorum (TN) di Provinsi Jawa Timur Tahun 2008 – 2011	27
Gambar 3.20	Sebaran Kasus Tetanus Neonatorum (TN) di Provinsi Jawa Timur Tahun 2008 – 2011	27
Gambar 3.21	Trend Penemuan Kasus AFP per Bulan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	28
Gambar 3.22	Masalah Gizi Dalam Siklus Manusia	29
Gambar 3.23	Penyebab Kematian Neonatal di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	29

Gambar 4.1	Cakupan K1 di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	31
Gambar 4.2	Cakupan K4 di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	32
Gambar 4.3	Cakupan Komplikasi Kebidanan Ditangani di di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	32
Gambar 4.4	Pertolongan Persalinan Tenaga Kesehatan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	33
Gambar 4.5	Cakupan Persalinan Dukun di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	34
Gambar 4.6	Cakupan Ibu Nifas di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	35
Gambar 4.7	Cakupan KN Lengkap di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	36
Gambar 4.8	Cakupan Neonatal Komplikasi Ditangani di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	37
Gambar 4.9	Cakupan Kunjungan Bayi di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	38
Gambar 4.10	Cakupan Anak Balita di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	38
Gambar 4.11	Hasil Program UKGS di Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 – 2011	41
Gambar 4.12	Hasil Pemeriksaan Gigi di Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 – 2011	42
Gambar 4.13	Kunjungan Rawat Jalan dan Rawat Inap Puskesmas di Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 – 2011	42
Gambar 4.14	Kunjungan Rawat Jalan dan Rawat Inap Rumah Sakit di Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 – 2011	44
Gambar 4.15	Status Gizi Balita Berdasarkan Indeks BB/U di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	48
Gambar 4.16	Data BGM/D di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	49
Gambar 4.17	Kasus Gizi Buruk di Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 – 2011	50
Gambar 4.18	Pencapaian Cakupan D/S di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	51
Gambar 4.19	Cakupan Fe-1 dan Fe-3 di Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 – 2011	53
Gambar 4.20	Cakupan Pemberian Kapsul Vitamin A pada Bayi, Anak Balita dan Ibu Nifas di Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 – 2011	54
Gambar 4.21	Cakupan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin di Puskesmas dan Rumah Sakit di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	59
Gambar 4.22	Cakupan Sanitasi Rumah Sehat di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	60
Gambar 5.1	Jumlah Poskesdes di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	63
Gambar 5.2	Tingkat Perkembangan Posyandu di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	64
Gambar 5.3	Strata Posyandu di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	65
Gambar 5.4	Desa Siaga di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	65
Gambar 5.5	Strata Desa Siaga di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	66

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Pencapaian Indikator Program Pengendalian Penyakit Kusta di Provinsi Jawa Timur Tahun 2007 – 2011	15
Tabel 3.2	Hasil Cakupan Diare di Provinsi Jawa Timur Tahun 2009 – 2011	18
Tabel 3.3	Capaian Program Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue di Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 – 2011	20
Tabel 3.4	Capaian Indikator Program Pengendalian Penyakit Malaria di Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 – 2011	22
Tabel 4.1	Hasil Pelaksanaan Program Keluarga Berencana (KB) di Provinsi Jawa Timur Tahun 2008 – 2011	39
Tabel 4.2	Nilai Indikator Pemakaian Tempat Tidur Rumah Sakit di Provinsi Jawa Timur Tahun 2009 – 2011	44
Tabel 4.3	Persentase Ketersediaan Obat di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	45
Tabel 4.4	Tingkat Ketersediaan Obat Menurut Jenis Obat di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	46
Tabel 4.5	Distribusi Kejadian Luar Biasa (KLB) Menurut Jenis Kejadian di Provinsi Jawa Timur Tahun 2009 – 2011	47
Tabel 5.1	Sarana Kesehatan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	61
Tabel 5.2	Jumlah Sarana Farmasi dan Perbekalan Kesehatan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	67
Tabel 5.3	Rekapitulasi Tenaga Kesehatan Berdasarkan Jenis Tenaga dan Rasio per 100.000 Penduduk di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	68
Tabel 5.4	Anggaran Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2011	69

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Pembangunan bidang kesehatan diarahkan untuk mencapai komitmen internasional, yang dituangkan dalam *Millennium Development Goals* (MDGs) dengan tujuan yang terkait langsung dengan bidang kesehatan yaitu menurunkan angka kematian anak, meningkatkan kesehatan ibu, memerangi HIV-AIDS, TB dan Malaria serta penyakit lainnya dan yang tidak terkait langsung yaitu menanggulangi kemiskinan dan kelaparan serta mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan.

Untuk mendukung keberhasilan pembangunan kesehatan tersebut dibutuhkan adanya ketersediaan data dan Informasi yang akurat bagi proses pengambilan keputusan dan perencanaan program, karena dengan data yang akurat maka keputusan dan perencanaan yang dibuat juga menghasilkan dampak yang baik. Salah satu produk informasi yang dapat digunakan untuk memantau dan mengevaluasi pencapaian program adalah Profil Kesehatan.

Profil Kesehatan disusun untuk memberikan gambaran kinerja sektor kesehatan yang ada di suatu wilayah, baik pemerintah maupun swasta selama satu tahun dan seringkali juga dibandingkan dengan pencapaian tahun-tahun sebelumnya. Profil Kesehatan juga merupakan salah satu indikator dari Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2011-2014 yaitu tersedianya buku Profil baik Pusat, Provinsi maupun Kabupaten/Kota dalam upaya mendukung pelaksanaan manajemen kesehatan dan pengembangan upaya kesehatan melalui pemantapan dan pengembangan Sistem Informasi Kesehatan.

Akhirnya dengan pembangunan yang lebih intensif, berkesiambungan dan merata dengan didukung oleh informasi yang tepat, maka diharapkan pembangunan kesehatan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan optimal.

1.2 SISTEMATIKA PENYAJIAN

Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2011 terdiri dari beberapa bagian sebagai berikut :

Bab 1 : Pendahuluan

Bab ini berisi penjelasan tentang maksud dan tujuan Profil Kesehatan dan sistematika dari penyajiannya.

Bab 2 : Gambaran Umum

Bab ini menyajikan tentang gambaran umum Provinsi Jawa Timur meliputi keadaan geografis, data kependudukan dan informasi umum lainnya.

Bab 3 : Situasi Derajat Kesehatan

Bab ini berisi uraian tentang indikator mengenai angka kematian, angka kesakitan, angka harapan hidup dan status gizi masyarakat.

Bab 4 : Situasi Upaya Kesehatan

Bab ini menguraikan tentang pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kesehatan rujukan dan penunjang, pemberantasan penyakit menular, pembinaan kesehatan lingkungan dan sanitasi dasar, perbaikan gizi masyarakat, pelayanan kefarmasian dan alat kesehatan.

Bab 5 : Situasi Sumber Daya Kesehatan

Bab ini menguraikan tentang sarana kesehatan, tenaga kesehatan, anggaran kesehatan dan sumber daya kesehatan lainnya.

Bab 6 : Penutup

Lampiran

BAB II

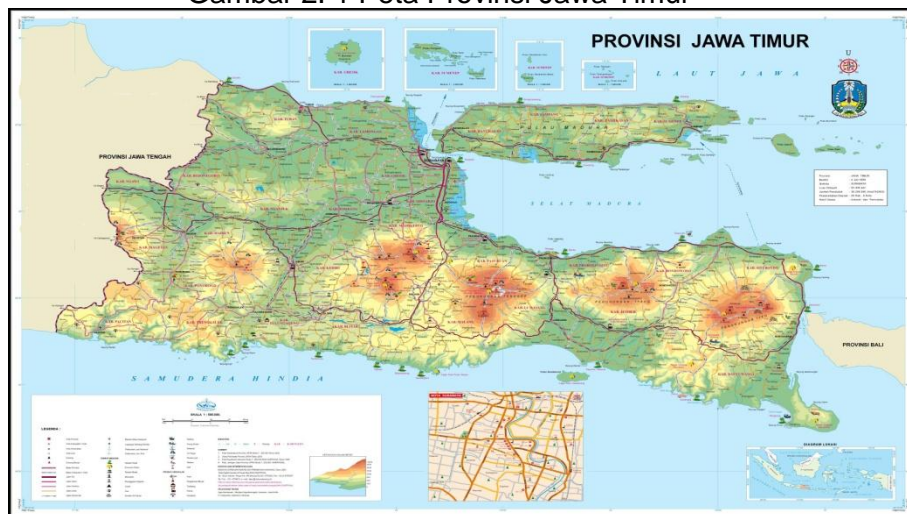
GAMBARAN UMUM JAWA TIMUR

2.1 KONDISI GEOGRAFIS

Jawa Timur adalah sebuah provinsi di bagian timur Pulau Jawa yang memiliki wilayah terluas di antara 6 provinsi di Pulau Jawa dan memiliki jumlah penduduk terbanyak kedua di Indonesia setelah Jawa Barat. Letak Provinsi Jawa Timur pada 111.0 hingga 114.4 bujur timur dan 7.12 hingga 8.48 lintang selatan dengan batas wilayah:

- ✚ Sebelah utara : Laut Jawa
- ✚ Sebelah timur : Pulau Bali
- ✚ Sebelah selatan : Samudera Hindia
- ✚ Sebelah barat : Provinsi Jawa Tengah

Gambar 2. 1 Peta Provinsi Jawa Timur



Luas wilayah Provinsi Jawa Timur sebesar 47,156 km yang secara umum terbagi menjadi dua bagian utama, yaitu wilayah daratan dengan proporsi hampir 90% dan wilayah Kepulauan Madura hanya sekitar 10%. Provinsi Jawa Timur mempunyai 229 pulau terdiri dari 162 pulau bernama dan 67 pulau tidak bernama, dengan panjang pantai sekitar 2.833,85 km. Pulau Madura merupakan pulau terbesar di Jawa Timur dan saat ini sudah terhubung dengan wilayah daratan melalui jembatan Suramadu. Di sebelah timur Madura terdapat gugusan pulau-pulau, yang paling timur adalah Kepulauan Kangean

dan yang paling utara adalah Kepulauan Masalembu. Di bagian selatan terdapat dua pulau kecil yakni Nusa Barung dan Pulau Sempu (pulau kecil di Laut Jawa dan Samudera Hindia) serta Pulau Bawean sekitar 150 km sebelah utara pulau Jawa.

2.2. TOPOGRAFI

Letak ketinggian wilayah di Jawa Timur dari permukaan laut terbagi menjadi 3 (tiga) bagian yaitu :

- ✚ Daratan tinggi (> 100 meter) meliputi 5 kabupaten dan 3 kota yaitu :
Kabupaten Trenggalek, Kabupaten Blitar, Kabupaten Malang, Kabupaten Bondowoso, Kabupaten Magetan, Kota Blitar, Kota Malang, Kota Batu.
- ✚ Dataran sedang (45-100 meter) meliputi 9 kabupaten dan 2 kota yaitu :
Kabupaten Ponorogo, Kabupaten Lumajang, Kabupaten Jember, Kabupaten Tulungagung, Kabupaten Bangkalan, Kabupaten Kediri, Kabupaten Madiun, Kabupaten Ngajuk, Kabupaten Ngawi, Kota Kediri dan Kota Madiun.
- ✚ Dataran rendah (< 45 meter) meliputi 15 Kabupaten dan 4 kota.

Gambar 2.2 Peta Topografi Provinsi Jawa Timur



Ada 4 daerah terluas di Provinsi Jawa Timur yaitu Kabupaten Malang, Kabupaten Banyuwangi, Kabupaten Jember dan Kabupaten Bojonegoro.

Gambar 2.3 Beberapa Gunung Berapi di Provinsi Jawa Timur



Terdapat beberapa gunung berapi yang masih aktif di Jawa Timur antara lain gunung Bromo, Welirang, gunung Arjuno dan gunung Semeru (gunung tertinggi di pulau Jawa).

2.3 HIDROGRAFI

Dua sungai terpenting di Jawa Timur adalah Sungai Brantas dan Bengawan Solo. Sungai Brantas memiliki mata air di daerah Malang dan sampai di Mojokerto pecah menjadi dua yaitu Kali Mas dan Kali Porong, keduanya bermuara di Selat Madura. Sementara sungai Bengawan Solo berasal dari Jawa Tengah dan bermuara di Gresik.

Di lereng Gunung Lawu di dekat perbatasan dengan Jawa Tengah terdapat Telaga Sarangan, sebuah danau alami. Selain itu ada Bendungan utama di Jawa Timur antara lain Bendungan Sutami dan Bendungan Selorejo, yang digunakan untuk irigasi, pemeliharaan ikan, dan pariwisata.

2.4 IKLIM

Jawa Timur memiliki iklim tropis basah. Dibandingkan dengan wilayah Pulau Jawa bagian barat, Jawa Timur pada umumnya memiliki curah hujan yang lebih sedikit. Curah hujan rata-rata 1.900 mm per tahun, dengan musim hujan selama 100 hari. Suhu rata-rata berkisar antara 21-34 °C. Suhu di daerah pegunungan lebih rendah, dan bahkan di daerah Ranu Pani (lereng Gunung Semeru), suhu mencapai minus 4 °C, yang menyebabkan turunnya salju lembut.

2.5 WILAYAH ADMINISTRASI

Wilayah administrasi di Jawa Timur terbagi menjadi :

Kabupaten : 29 Kabupaten

Kota : 9 Kota

Kecamatan : 662 Kecamatan

Desa/Kelurahan : 8.504 Desa/Kelurahan

Kabupaten Malang dengan kecamatan terbanyak (33 kecamatan) dan Kabupaten Lamongan dengan kelurahan/desa terbanyak (474 kelurahan/desa).

2.6 KEPENDUDUKAN

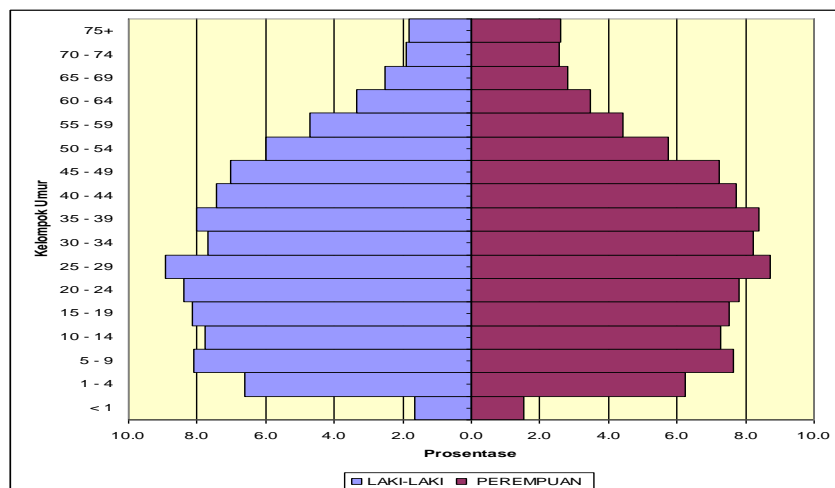
Data kependudukan merupakan salah satu data pokok yang sangat diperlukan dalam perencanaan dan evaluasi pembangunan karena penduduk selain merupakan obyek juga merupakan subyek pembangunan.

Berdasarkan hasil proyeksi BPS Provinsi, jumlah penduduk Jawa Timur tahun 2011 sebesar 38.026.550 jiwa. Daerah dengan jumlah penduduk terbanyak adalah Kota Surabaya (2.912.197 jiwa), Kabupaten Malang (2.485.665 jiwa) dan Jember (2.395.319 jiwa), sedangkan jumlah penduduk paling sedikit di Kota Mojokerto (120.271 jiwa) dan Kota Blitar (130.429 jiwa).

Kepadatan penduduk Jawa Timur tahun 2011 sebesar 806 jiwa/km. Kepadatan penduduk di kota umumnya lebih tinggi dibandingkan dengan kabupaten dan Surabaya dengan kepadatan penduduk tertinggi 8.203 jiwa/km.

Berdasarkan komposisi penduduk, kelompok umur produktif (usia 15 - 64 tahun) masih mendominasi presentase dengan jumlah terbanyak di kelompok usia 25–29 tahun (8.8%), sedangkan kelompok bayi merupakan yang terkecil.

Gambar 2.4 Piramida Penduduk Menurut Golongan Umur Provinsi Jawa Timur Tahun 2011



Sumber : BPS Provinsi Jawa Timur

BAB III

SITUASI DERAJAT KESEHATAN

Untuk menggambarkan situasi derajat kesehatan di Provinsi Jawa Timur, digunakan empat indikator pembangunan kesehatan yaitu angka kematian, angka kesakitan, angka harapan hidup dan status gizi.

3.1 ANGKA KEMATIAN (MORTALITAS)

Peristiwa kematian pada dasarnya merupakan proses akumulasi akhir (**outcome**) dari berbagai penyebab kematian langsung maupun tidak langsung. Kejadian kematian di suatu wilayah dari waktu ke waktu dapat memberikan gambaran perkembangan derajat kesehatan masyarakat, disamping seringkali digunakan sebagai indikator dalam penilaian keberhasilan program pembangunan dan pelayanan kesehatan.

Data kematian di komunitas pada umumnya diperoleh melalui data survei karena sebagian besar kejadian kematian terjadi di rumah, sedangkan data kematian yang ada di fasilitas kesehatan hanya memperlihatkan kasus rujukan. Perkembangan tingkat kematian dan penyakit-penyakit penyebab utama kematian yang terjadi pada tahun 2011 akan diuraikan di bawah ini.

3.1.1 Angka Kematian Ibu (AKI)

Kematian ibu yang dimaksud adalah kematian seorang ibu yang disebabkan kehamilan, melahirkan atau nifas, bukan karena kecelakaan. Angka Kematian Ibu (AKI) dihitung per 100.000 kelahiran hidup.

Berdasarkan data Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 menyebutkan bahwa AKI di Indonesia sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut masih jauh dari target RPJMN tahun 2014 sebesar 118 per 100.000 kelahiran hidup dan target MDG's sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup tahun 2015.

Berdasarkan Laporan Kematian Ibu (LKI) Kabupaten/Kota se Jawa Timur, AKI di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2006 sampai dengan tahun 2011 ada kecenderungan meningkat. Kalau pada tahun 2006 ada 72 per 100.000 kelahiran hidup sedangkan pada tahun 2011 pada posisi 104,3 per 100.000 kelahiran hidup. Bila dibandingkan dengan target MDG's

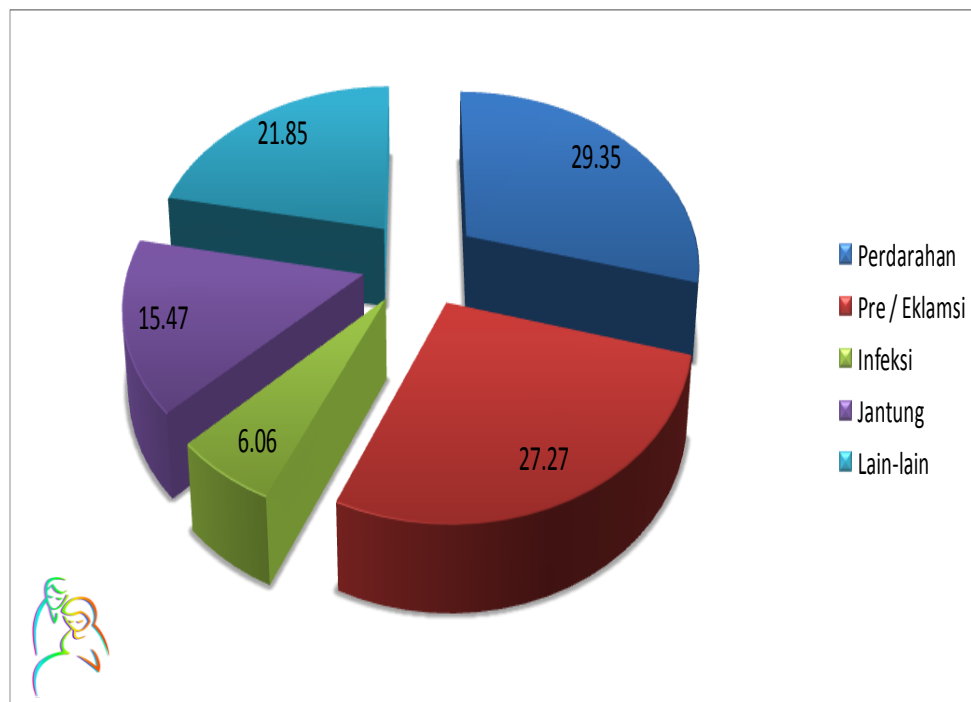
sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup, maka kondisi tersebut sudah mendekati target.

Berdasarkan Laporan Kematian Ibu (LKI) Kabupaten/Kota se Jawa Timur jumlah kematian ibu adalah 627 kasus. Masa kematian terbesar pada masa nifas 48,17 %, sedangkan masa hamil dan masa persalinan masing-masing 22,49% dan 29,35 %.

Penyebab langsung kematian ibu antara lain pendarahan, pre/eklamsia, partus lama, komplikasi aborsi dan infeksi (Kementerian Kesehatan RI, 2009). Sementara itu yang menjadi penyebab kematian tidak langsung pada ibu adalah “Empat Terlalu” dan “Tiga Terlambat”. Maksud dari “Empat terlalu” adalah hamil terlalu muda usia (≤ 16 tahun), hamil terlalu sering (jumlah anak lebih dari 3), hamil terlalu tua usia (≥ 35 tahun) dan hamil terlalu dekat (jarak anak < 2 tahun). Sedangkan “Tiga Terlambat” adalah terlambat mendeteksi adanya risiko tinggi ibu hamil, terlambat mengambil keputusan untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan (RS) dan terlambat transportasi.

Penyebab kematian langsung ibu maternal di Jawa Timur tahun 2011 terlihat pada gambar dibawah ini :

Gambar 3.1 Persentase Penyebab Kematian Ibu Maternal di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011



Sumber : Laporan Kematian Ibu (LKI) Kabupaten/Kota se Jawa Timur Tahun 2011

Dari gambar diatas terlihat bahwa penyebab kematian terbesar adalah perdarahan sebesar 29,35 %, sedangkan penyebab penyerta yang perlu mendapat perhatian adalah jantung sebesar 15,47 %.

3.1.2 Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA)

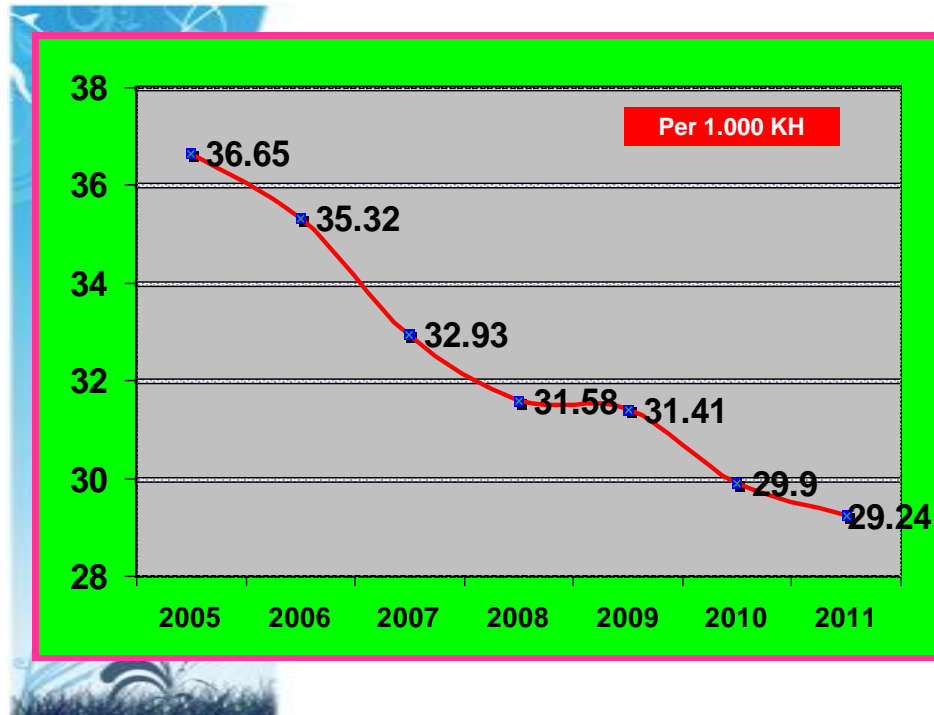
Kematian bayi adalah kematian yang terjadi antara saat bayi lahir sampai satu hari sebelum ulang tahun pertama. Dari sisi penyebabnya, kematian bayi dibedakan faktor endogen dan eksogen.

Kematian bayi endogen (kematian neonatal) adalah kejadian kematian yang terjadi pada bulan pertama setelah bayi dilahirkan, umumnya disebabkan oleh faktor bawaan. Sedangkan kematian eksogen (kematian post neonatal) adalah kematian bayi yang terjadi antara usia satu bulan sampai satu tahun, umumnya disebabkan oleh faktor yang berkaitan dengan pengaruh lingkungan.

Angka Kematian Bayi (AKB) atau Infan Mortality Rate adalah banyaknya bayi yang meninggal sebelum mencapai usia satu tahun per 1.000 kelahiran hidup (KH). AKB dapat menggambarkan kondisi sosial ekonomi masyarakat setempat, karena bayi adalah kelompok usia yang paling rentan terkena dampak dari perubahan lingkungan maupun sosial ekonomi. Indikator AKB terkait langsung dengan target kelangsungan hidup anak dan merefleksikan kondisi sosial-ekonomi, lingkungan tempat tinggal dan kesehatannya. Menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 1995, penyebab utama kematian bayi adalah infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), komplikasi perinatal dan diare. Gabungan ketiga penyebab ini memberi andil 75% kematian bayi.

Berdasarkan data BPS, AKB Jawa Timur tahun 2005-2011 turun dari 36.65 (tahun 2005) menjadi 29.24 per 1.000 kelahiran hidup (tahun 2011). Angka tersebut masih jauh dari target MDG's tahun 2015 sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup. Penurunan AKB mengindikasikan peningkatan derajat kesehatan masyarakat sebagai salah satu wujud keberhasilan pembangunan di bidang kesehatan.

Gambar 3.2 Angka Kematian Bayi (AKB) di Provinsi Jawa Timur Tahun 2005 – 2011



Sumber : BPS Provinsi Jawa Timur

Dari laporan rutin yaitu LB3-KIA tahun 2011 di Jawa Timur terjadi 6.099 kematian bayi dari 601.136 kelahiran hidup. Jumlah kematian bayi terbanyak di Kota Surabaya sebesar 465 bayi dan kematian bayi terendah di Kota Mojokerto dan Kota Madiun masing-masing sebesar 23 bayi. Untuk melihat angka per Kabupaten/Kota dapat dilihat pada tabel 7. Karena kematian bayi yang tertangkap melalui laporan sangat kecil maka belum dapat menggambarkan angka kematian bayi yang ada di Jawa Timur. Meningkatnya kematian bayi disebabkan karena masih adanya persalinan oleh dukun sebesar 2,4 % dan 45,04 % bidan belum terlatih APN (Asuhan Persalinan Normal) serta 43,05 % tidak memiliki bidan KIT dari alokasi pemerintah juga rasio tenaga kesehatan dan penduduk yang masih cukup besar.

Angka Kematian Balita (AKABA) adalah jumlah anak yang meninggal sebelum usia 5 tahun, dinyatakan sebagai angka per 1.000 kelahiran hidup. AKABA menggambarkan tingkat permasalahan kesehatan anak dan faktor-faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap kesehatan anak balita seperti gizi, sanitasi, penyakit menular dan kecelakaan. Dari laporan rutin pada tahun 2011 di Jawa Timur terjadi 6.499 kematian balita

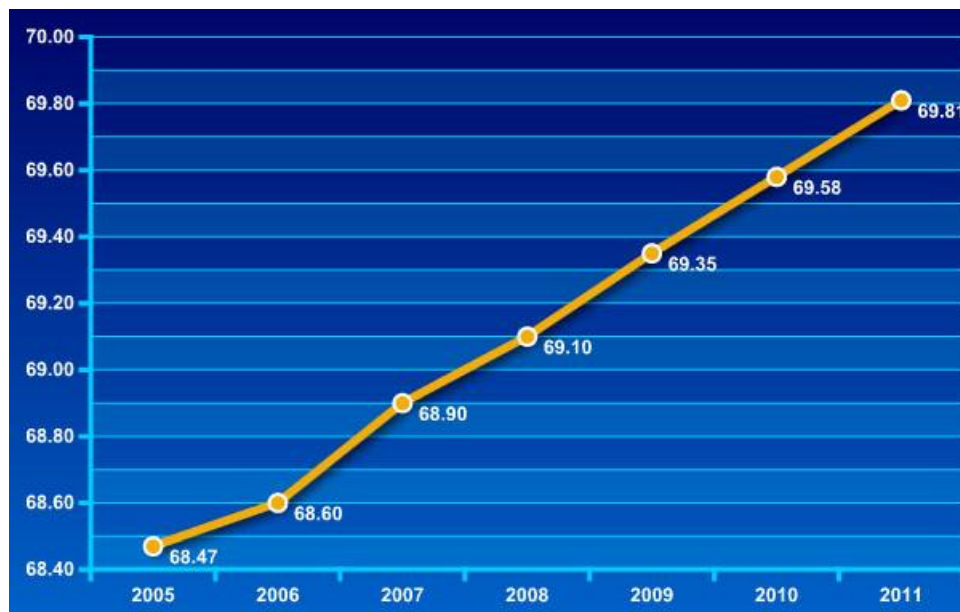
dengan AKABA 10,81 per 1.000 kelahiran hidup. Jumlah kematian balita terbanyak di Kota Surabaya sebesar 484 balita dan kematian balita terendah Kota Madiun sebesar 25 balita. Untuk melihat angka per Kabupaten/Kota dapat dilihat pada tabel 7.

3.2 ANGKA HARAPAN HIDUP (AHH)

Angka harapan hidup waktu lahir adalah rata-rata tahun hidup yang masih akan dijalani bayi yang baru lahir pada tahun tertentu. Angka harapan hidup dapat dijadikan salah satu alat untuk mengevaluasi kinerja pemerintah pada keberhasilan pembangunan kesehatan serta sosial ekonomi di suatu wilayah termasuk di dalamnya derajat kesehatan masyarakat. Data umur harapan hidup diperoleh melalui survei yang dilakukan Badan Pusat Statistik.

Berdasarkan data BPS, angka harapan hidup masyarakat Jawa Timur tahun 2011 sebesar 69,81 tahun. Data yang tersedia menunjukkan peningkatan dari tahun ke tahun sebagaimana yang terlihat pada gambar dibawah ini .

Gambar 3.3 Angka Harapan Hidup (AHH) di Provinsi Jawa Timur Tahun 2005 – 2011



Sumber : BPS Provinsi Jawa Timur

3.3 ANGKA KESAKITAN (MORBIDITAS)

Selain menghadapi transisi demografi, Indonesia juga menghadapi transisi epidemiologi yang menyebabkan beban ganda. Di satu sisi kasus gizi kurang serta penyakit-penyakit infeksi, baik *re-emerging* maupun *new-emerging disease* masih tinggi, namun disisi lain penyakit degeneratif, gizi lebih dan gangguan

kesehatan akibat kecelakaan juga meningkat. Selain itu masalah perilaku yang tidak sehat, rupanya menjadi faktor utama yang harus dirubah terlebih dahulu agar beban ganda masalah kesehatan teratasi.

Angka kesakitan pada penduduk berasal dari community based data yang diperoleh melalui pengamatan (surveilans) terutama yang diperoleh dari fasilitas pelayanan kesehatan melalui sistem pencatatan dan pelaporan rutin dan insidental.

Sementara untuk kondisi penyakit menular, berikut ini akan diuraikan situasi beberapa penyakit menular yang perlu mendapat perhatian termasuk penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) dan penyakit potensial KLB/ wabah.

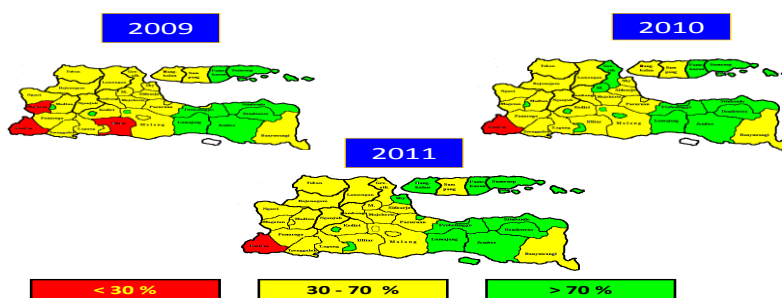
3.3.1 Penyakit Menular Langsung

a. Tuberkulosis

Provinsi Jawa Timur adalah salah satu provinsi dengan jumlah kasus TB yang besar. Jawa Timur telah menjalankan strategi Directly Observed Treatment Short Course (DOTS) sejak tahun 1995. Untuk peningkatan pengetahuan petugas TB dan dokter Puskesmas telah dilaksanakan Pelatihan TB DOTS untuk Puskesmas dan tahun 2004 semua Puskesmas di Jawa Timur sudah dilatih. Kemudian program ini dikembangkan ke rumah sakit dan unit pelayanan kesehatan lainnya. Pengembangan tersebut diimbangi dengan perluasan layanan laboratorium dengan dibentuknya laboratorium intermediate untuk rujukan cross check.

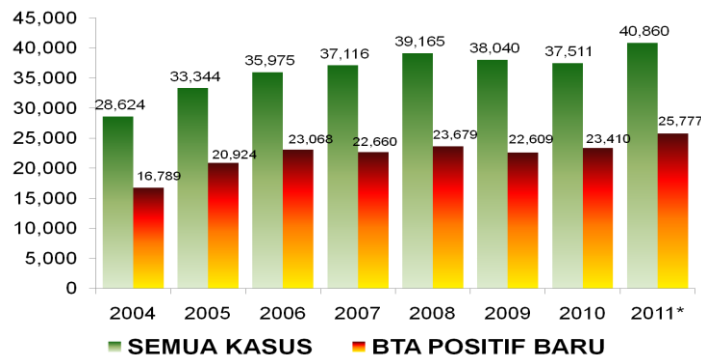
Case Detection Rate (CDR) pada tahun 2011 adalah 65%, dengan jumlah kasus TB BTA positif sebanyak 21.477 penderita. Target CDR yang ditetapkan adalah minimal 70%. Perkembangan CDR tahun 2009 - 2011 dilihat pada gambar dibawah ini.

Gambar 3.4. Perkembangan Cakupan Case Detection Rate (CDR) di Provinsi Jawa Timur tahun 2009-2011



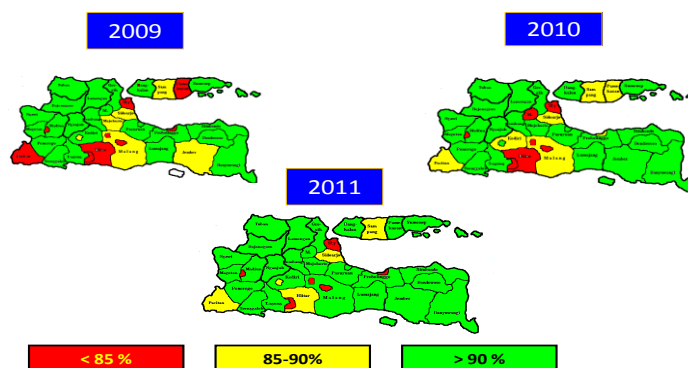
Dari sisi kesembuhan penderita yang diobati, angka yang didapatkan adalah 85,33%. Angka tersebut merupakan data pasien yang diobati pada tahun 2010 yang telah menyelesaikan keseluruhan pengobatannya. Target kesembuhan yang ditetapkan adalah 85%.

Gambar 3.5 Penemuan kasus TB di Provinsi Jawa Timur Tahun 2004-2011



Sedangkan angka keberhasilan (Success Rate) penderita TB BTA positif kasus baru di Jawa Timur pada tahun 2011 sudah sebesar 93,46 %, sedangkan target yang ditetapkan adalah lebih dari 90%.

Gambar 3.6 Success Rate di Provinsi Jawa Timur tahun 2009-2011



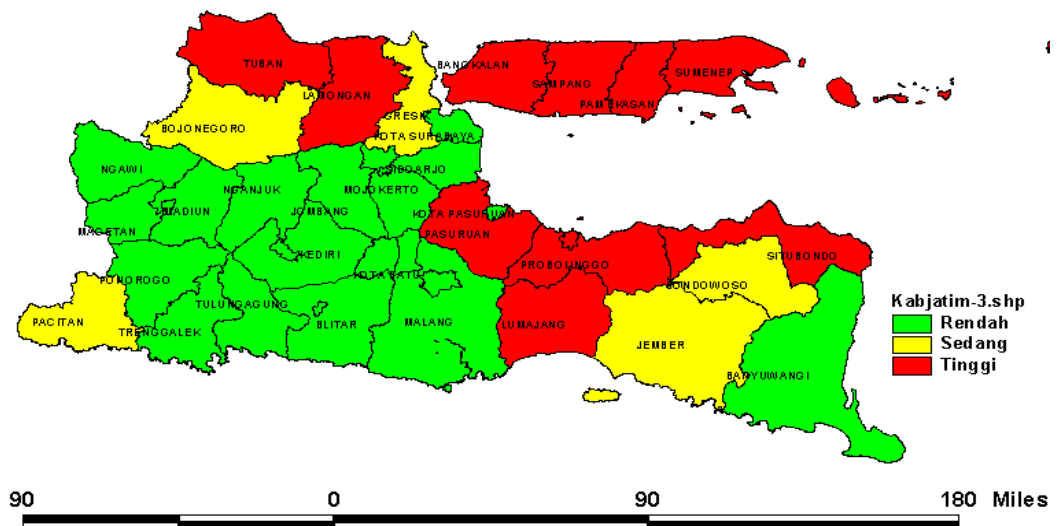
b. Kusta

Penyakit usta atau sering disebut penyakit Lepra adalah penyakit infeksi kronis yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Leprae* yang menyerang saraf tepi. Indonesia merupakan penyumbang penderita kusta terbesar ketiga di dunia setelah India dan Brasil, sementara Provinsi Jawa

Timur sendiri menduduki peringkat pertama di Indonesia sebagai penyumbang kasus kusta.

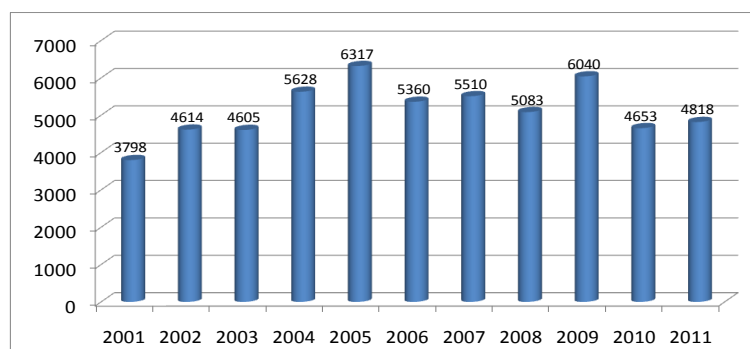
Penemuan penderita baru di Jawa Timur sebanyak 5.284 kasus pada tahun 2011 yang merupakan 1/3 dari jumlah penderita Kusta di Indonesia. Penderita penyakit kusta tersebar terutama di Pulau Madura dan pantai utara Pulau Jawa. Penemuan penderita baru tahun 2011 meningkat sekitar 10 % dibandingkan penemuan penderita baru tahun 2010, hal ini disebabkan karena adanya kegiatan penemuan penderita baru secara aktif yaitu Gerakan Penemuan Penderita (GPP) di Kabupaten Sumenep, Pamekasan, Sampang, Bangkalan, Pasuruan, Probolinggo, Situbondo dan Bondowoso dengan dana dari APBD Provinsi.

Gambar 3.7 Peta Prevalensi Rate Kusta per 10.000 Penduduk di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011



Adapun penemuan kusta baru di Jawa Timur dari tahun ke tahun dapat dilihat pada gambar berikut ini.

Gambar 3.8 Penemuan Penderita Kusta Baru di Provinsi Jawa Timur Tahun 2001 - 2011



Upaya pencegahan dan penanggulangan penyakit kusta dilakukan melalui penemuan penderita dan pengobatan dengan MDT (*Multi Drug Therapy*), sedangkan untuk mencegah kecacatan penderita dilakukan pemeriksaan POD (*Prevention of disability*) setiap bulan selama masa pengobatan dan rehabilitasi medis.

Indikator Pelaksanaan Program Kusta di Provinsi Jawa Timur 5 tahun terakhir sebagai berikut:

Tabel 3.1 Pencapaian Indikator Program Pengendalian Penyakit Kusta di Provinsi Jawa Timur Tahun 2007 – 2011

No	Indikator Program	Target Nasional	Pencapaian				
			2007	2008	2009	2010	2011
1	Prev. Rate / 10.000 pddk	< 1	1.65	1.83	1.81	1.48	1.8
2	Penemuan penderita baru		5.511	5.083	6.040	4.653	4.818
3	CDR / 10.000 penduduk	< 0,5	1.48	1.31	1.60	1.25	1.9
4	Proporsi anak	5%	12%	12%	12%	11%	10%
5	Proporsi cacat II	5%	10%	11%	11%	13%	13%
6	Proporsi MB	-	85%	88%	84%	85%	85%
7	RFT Rate :						
	a. PB	95%	93%	96%	95%	93%	
	b. MB	90%	92%	92%	91%	90%	

c. HIV/AIDS dan Infeksi Menular Sexual

AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) merupakan kumpulan gejala penyakit yang disebabkan menurunnya imunitas tubuh sebagai akibat dari serangan Human Immunodeficiency Virus. Akibat dari penurunan daya tahan tersebut adalah penderita mudah diserang berbagai macam penyakit infeksi (Infeksi Oportunistik).

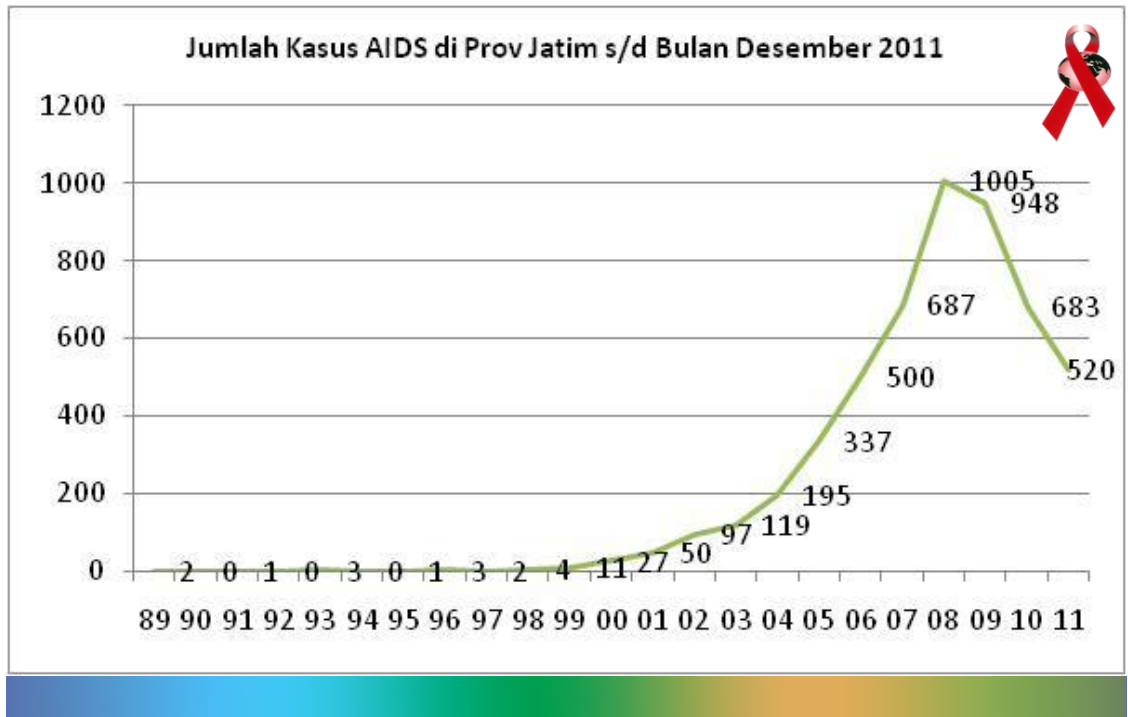
Penyakit HIV/AIDS merupakan *new emerging diseases* dan menjadi pandemi di semua kawasan beberapa tahun terakhir ini. Penyakit ini terus menunjukkan peningkatan yang signifikan meskipun berbagai pencegahan dan penanggulangan terus dilakukan. Makin tingginya mobilitas penduduk antar wilayah, menyebarnya sentra pembangunan ekonomi di Indonesia, meningkatnya perilaku seksual yang tidak aman, serta meningkatnya penyalahgunaan NAPZA melalui jarum suntik merupakan faktor yang secara simultan memperbesar risiko dalam penyebaran HIV/AIDS.

Sejak tahun 2006 Indonesia sudah dikategorikan sebagai negara dalam tahap “epidemi terkonsentrasi” HIV/AIDS, yaitu suatu keadaan yang mengindikasikan bahwa tingkat penularan HIV sudah cukup tinggi pada subpopulasi berisiko, dan Provinsi Jawa Timur merupakan salah satu diantara

6 Provinsi lainnya yang masuk daerah endemi yaitu DKI Jakarta, Jawa Barat, Riau, Papua

Berdasarkan waktu, maka nampak sekali pesatnya peningkatan jumlah penderita HIV/AIDS dari waktu ke waktu. Kalau tahun 1989 hanya 1 orang penderita yang dilaporkan maka mulai tahun 1999 meningkat tajam sekali dari tahun ke tahun dan jumlahnya terus bertambah hingga Desember 2011, seperti grafik di bawah ini.

Gambar 3.9 Jumlah Kasus AIDS di Provinsi Jawa Timur Tahun 1989 - 2011



Penambahan kasus AIDS dari tahun ke tahun sebagian besar berasal dari faktor seksual. Sampai Desember 2011 secara kumulatif kasus AIDS yang dilaporkan sebanyak 5.195 kasus dimana 1.245 (25%) diantaranya sudah meninggal. Sedangkan Kasus HIV yang ditemukan melalui VCT sebanyak 11.585 kasus.

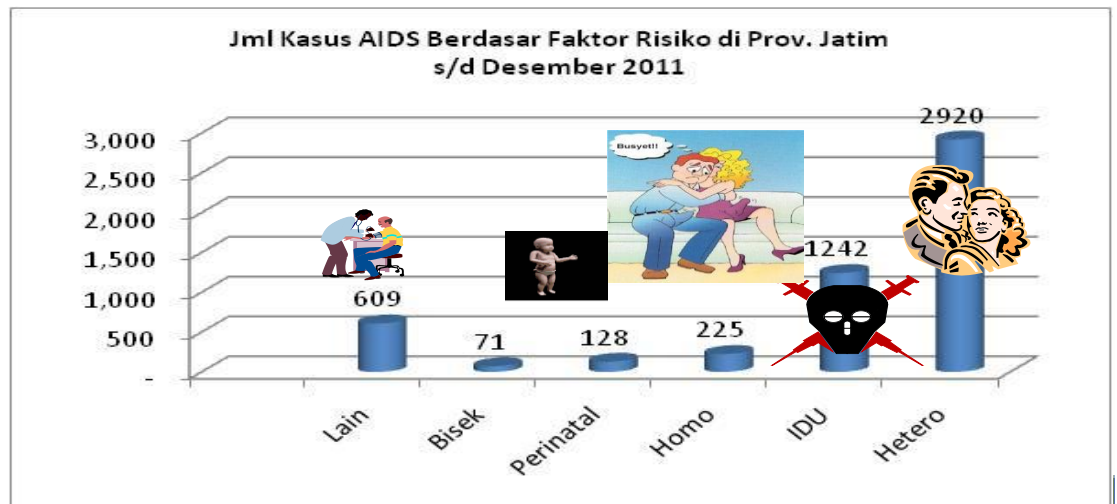
Dari 38 Kabupaten/Kota semua sudah melaporkan adanya kasus AIDS dan berdasarkan tempat asal penderita di seluruh Kabupaten/Kota sudah ada kasus AIDS. Berdasarkan tempat tinggal, sebagian besar ditemukan di Surabaya, Sidoarjo, Malang, Pasuruan, Kabupaten Malang.

Namun sangat disadari bahwa kasus AIDS tersebut masih jauh lebih sedikit dibandingkan kasus yang sesungguhnya mengingat tidak seluruh kasus AIDS yang ada/ baru sebagian kecil yang dilaporkan. (*under reported*.)

Ditinjau dari cara penularan pada kasus AIDS dari data laporan Surveilans nampak bahwa, faktor risiko yang tertinggi adalah hetero seksual

2.920 kasus disusul penggunaan narkoba suntik (IDU) 1.242 kasus dan homoseksual 225 kasus yang selama ini mendominasi sebagai faktor risiko. Yang perlu mendapat perhatian adalah kasus AIDS sudah nampak penularan dari ibu ke janinnya sebesar 128 kasus, seperti gambar di bawah.

Gambar 3.10. Jumlah Kasus AIDS Berdasarkan Resiko di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011



Dari segi jenis kelamin, maka pada kasus AIDS didominasi kelompok laki-laki : 3.471 kasus (66,8 %) dan wanita : 1.724 kasus (33,2 %). Namun proporsi perempuan cenderung mengalami peningkatan secara tajam dari tahun ke tahun

Dari segi kelompok umur, maka kasus AIDS didominasi oleh kelompok umur seksual aktif, yang tertinggi adalah kelompok usia 25-29 tahun 1127 kasus disusul kelompok usia 30-34 tahun dengan 853 kasus, serta kelompok usia remaja 35-39 tahun dengan 551 kasus. Disamping itu kasus HIV sudah ada yang manifestasi menjadi AIDS di kalangan anak-anak dengan 110 kasus usia 0-9 tahun.

d. Pneumonia

Pneumonia merupakan penyakit utama penyebab kematian bayi dan balita terbesar di Indonesia. Berdasarkan hasil Susenas tahun 2001 diketahui bahwa 80-90% dari kasus kematian ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Atas) disebabkan oleh Pneumonia. Kondisi tersebut umumnya terjadi pada balita terutama pada kasus gizi kurang dengan kondisi lingkungan yang tidak sehat (asap rokok, polusi).

Upaya pemerantasan penyakit pneumonia difokuskan pada upaya penemuan dini dan tatalaksana kasus yang cepat dan tepat pada penderita. Kecepatan keluarga dalam membawa penderita ke pelayanan kesehatan serta ketrampilan petugas dalam menegakkan diagnosa merupakan kunci keberhasilan penanganan penyakit pneumonia.

Pada tahun 2011, seluruh Kabupaten/Kota (100%) telah melaksanakan program pengendalian ISPA. Dimana penemuan dan tatalaksana kasus Pneumonia Balita di Jawa Timur tahun 2011 sebanyak 75.721 balita (25,24 % dari 300.029 perkiraan kasus Pneumonia Balita yang harus ditemukan). Kabupaten Gresik menduduki peringkat pertama pencapaian cakupan Pneumonia Balita sebesar 100,22 %.. Hasil lengkap per Kabupaten/Kota dapat dilihat pada tabel 13.

e. Diare

Penyakit diare sampai saat ini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat. Penyakit ini sering menimbulkan KLB dan kematian serta merupakan salah satu penyebab utama kematian bayi dan balita. Dari hasil SDKI 2002-2003 diketahui proporsi diare anak balita yaitu laki-laki 10.8% dan perempuan 11.2%, sementara berdasarkan umur prevalensi tertinggi di usia 6-11 bulan (19,4%) dan 12-23 bulan (14,8%).

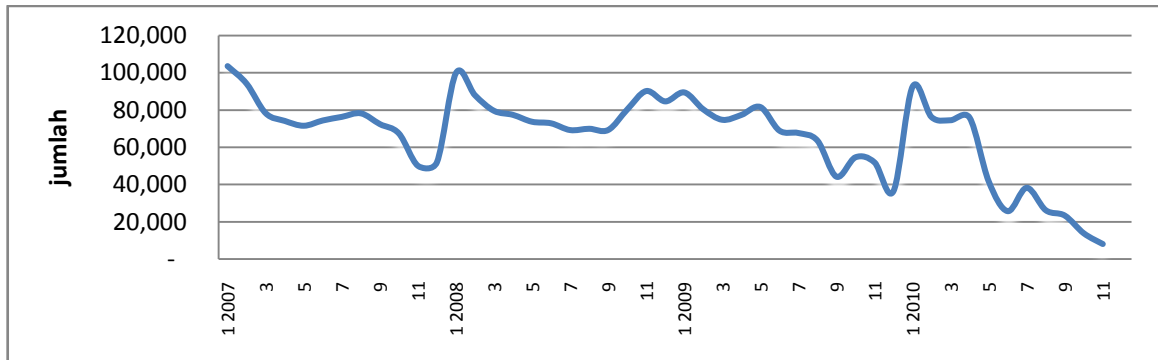
Pada tahun 2010, angka kesakitan diare (semua umur) secara Nasional sebesar 411/1000 penduduk, sedangkan angka kesakitan Provinsi Jawa Timur 3 tahun terakhir cenderung menurun, tahun 2009 sebesar 16/1000 penduduk, tahun 2010 sebesar 28/10000 penduduk, tahun 2011 sebesar 26/1000 penduduk. Hasil cakupan Diare dalam 3 (tiga) tahun dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 3.2. Hasil Cakupan Diare di Provinsi Jawa Timur Tahun 2009-2011

Indikator	Tahun					
	2009		2010		2011	
	target	hasil	target	hasil	target	hasil
Target penemuan(%)	10	5	10	5		
Cakupan pelayanan (%)	80	56	90	65	100	60
Realisasi (absolut)	-	791.221	-	1.068.070	-	931.013
Angka penggunaan oralit (%)	100	86,5	100	90.4	100	70,3
Angka penggunaan infus (%)	<1,6	4,5	<1	5,2	<1	3,6
ortalitas Ba(%0)	1,1	1,8	1	4,8	<1	
	0,67	8		69	-	17
		0,01				

Sedangkan trend penderita diare mulai tahun 2007 – 2010 adalah seperti pada gambar berikut ini :

Gambar 3.11 Trend Penderita Diare di Provinsi Jawa Timur Tahun 2007- 2010



Dari gambar diatas terlihat trend peningkatan kasus Diare terjadi pada bulan Mei, September dan Nopember. Puncak kasus terjadi pada awal tahun yaitu bulan Januari..

Sejak 2 tahun terakhir dilaporkan terjadi beberapa KLB diare di Jawa Timur yaitu pada tahun 2010 KLB diare dilaporkan di 9 Kabupaten/Kota yaitu Kabupaten, Trenggalek, Pasuruan, Magetan, Sampang, Tuban, Jember, Bondowoso , Malang) dan Kota Madiun, sedangkan tahun 2011 terjadi di 8 Kabupaten yaitu Pacitan, Tulungagung, Trenggalek, Magetan, Madiun, Blitar, Malang dan Pasuruan dengan Case Fatality Rate (CFR) sebesar 1,6%.

3.3.2. Penyakit Menular Bersumber Binatang

a. Demam Berdarah Dengue (DBD)

Penyakit Demam Berdarah Dengue atau *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) merupakan salah satu penyakit menular yang sampai saat ini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat. Sering muncul sebagai Kejadian Luar Biasa (KLB) karena penyebarannya yang cepat dan berpotensi menimbulkan kematian. Penyakit ini disebabkan oleh virus Dengue yang penularannya melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypti* dan *Aedes Albopictus* yang hidup digenangan air bersih di sekitar rumah. Nyamuk ini mempunyai kebiasaan menggigit pada saat pagi dan sore hari, umumnya kasus mulai meningkat saat musim hujan.

Dalam rangka meningkatkan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat dan untuk melindungi penduduk dari malapetaka yang ditimbulkan penyakit DBD sedini mungkin, maka Provinsi Jawa Timur telah menerbitkan Peraturan Gubernur Jawa Timur tentang Pengendalian DBD, Nomor : 20 Tahun 2011, tanggal 25 Pebruari 2011. Dan telah dilaksanakan Sosialisasi Peraturan

Gubernur tersebut tersebut ke lintas sektor terkait di 38 Kabupaten/Kota dan sektor terkait di Provinsi Jawa Timur.

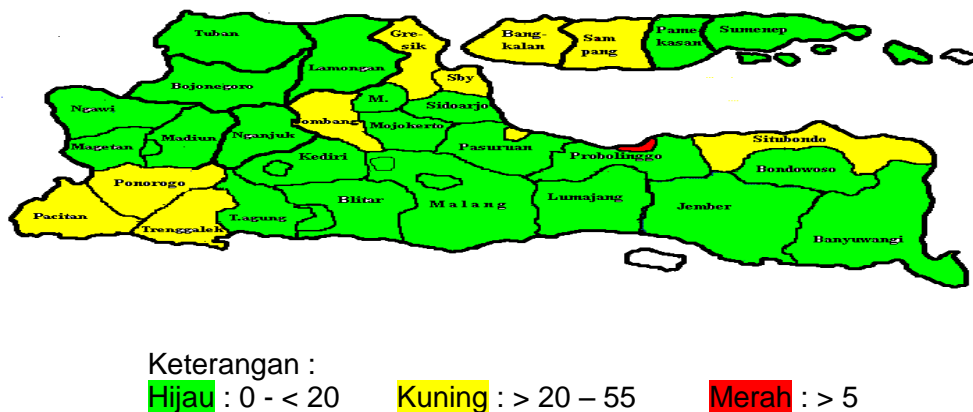
Hasil capaian program penendalian penyakit Demam Berdarah Dengue mulai tahun 2010 – 2011 seperti terlihat pada tabel di bawah ini

Tabel 3.3 Capaian Program Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue di Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 dan 2011

Uraian	Target	2010	2011
Jumlah Penderita	-	26.059	5.741
Jumlah Kematian	-	234	63
Insiden per 100 rb pddk	≤ 55	69,94	14,21
CFR (%)	≤ 1	0,90	1,10
ABJ (%)	≥ 95	84	84
Wilayah KLB (Kab/Kota)	5	5	0

Untuk melihat peta insiden DBD provinsi Jawa Timur Tahun 2011 dapat dilihat pada gambar dibawah ini

Gambar 3.12 Peta Insiden DBD di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011

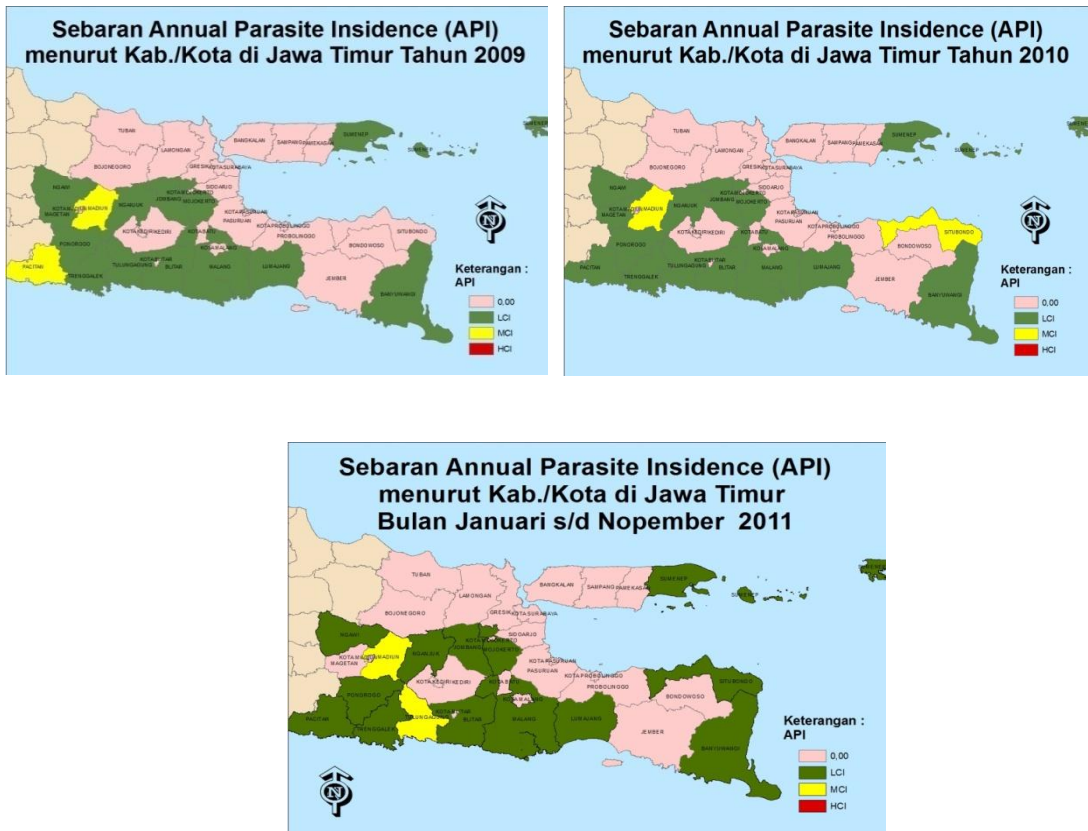


b. Malaria

Malaria adalah penyakit yang disebabkan parasit "Plasmodium" yang menyerang sel darah merah, ditularkan melalui gigitan nyamuk Anopheles. Sampai saat ini penyakit malaria masih merupakan ancaman di Indonesia dengan angka kesakitan dan kematian yang cukup tinggi serta sering menimbulkan KLB. Penyakit Malaria menyebar cukup merata di Indonesia, terutama diluar wilayah Jawa-Bali.

Sebaran Penyakit Malaria di Jawa Timur di beberapa daerah seperti terlihat pada gambar dibawah ini :

Gambar 3.13. Peta Sebaran Penyakit Malaria di Provinsi Jawa Timur Tahun 2009-2011



Di Tahun 2011 ada 15 Kabupaten di Jawa Timur yang melaporkan adanya kasus malaria (Kabupaten terjangkit), 2 Kabupaten dengan API > 1 yaitu Kabupaten Madiun dan Tuluagung, dan 13 Kabupaten terjangkit lainnya memiliki API < 1. Sedangkan 13 Kabupaten/Kota lainnya dinyatakan bebas penularan penyakit malaria.

Jumlah penderita positif malaria di Jawa Timur tahun 2011 sebanyak 1.208 kasus, menunjukkan trend meningkat dari tahun 2010. Angka kesakitan Malaria (API) juga menunjukkan trend meningkat dari 0.18 % tahun 2010 menjadi 0.22 % di tahun 2011. Penderita Malaria di Jawa Timur tahun 2011 sebagian besar (86%) adalah penderita import dari Kalimantan, Sumatera, Papua dan Nusa Tenggara Barat

Tabel 3.4 Capaian Indikator Program Pengendalian Penyakit Malaria di Jawa Timur

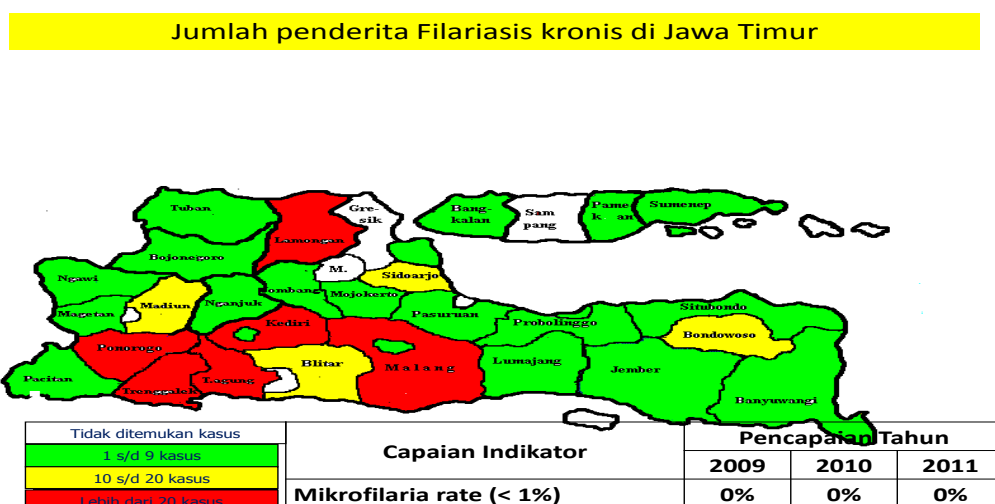
No	URAIAN	TAHUN 2010	TAHUN 2011	TREND
1.	Jumlah SD diperiksa	56,1 ribu	23,4 ribu	Turun
	ABER (Cakupan Pemeriksaan Sediaan Darah)	1,06 %	0.46%	Turun
2.	Jumlah penderita positif	946	1.208	Naik
	a. % Malaria falsipharum	46,5 %	48,4 %	Naik
	b. % penderita setempat	10,7 %	11.8%	Naik
	c.% penderita Import Luar Jawa	85,4 %	86,7%	Naik
	d. Penderita meninggal (orang)	2	8	Meningkat
3	API (Jml. Penderita /1000 pdk)	0,18 ‰	0.22 ‰	Naik
4	SPR (Slide Positivity Rate) : %	1,68 %	4,8 %	Naik
5	Desa HCI	3	2	

c. Filariasis (Penyakit Kaki Gajah)

Penyakit Filariasis adalah penyakit menular kronis yang disebabkan cacing filaria yang menyerang saluran dan kelenjar getah bening serta merusak sistem limfe. Penyakit filariasis menimbulkan pembengkakan tangan, kaki, granula mammae dan scrotum. Menyebabkan kecacatan seumur hidup serta stigma sosial bagi penderita dan keluarganya.

Kasus Filariasis/Klinis Limfadema kronis yang ada di Jawa Timur sampai dengan Desember 2011 sebanyak 318 kasus yang tersebar di 32 Kabupaten/Kota pada 163 kecamatan di 218 kelurahan/desa. Hasil lengkap per Kabupaten/Kota dapat di lihat pada tabel 25.

Gambar 3.14 Sebaran Penderita Filariasis kronis di Jawa Timur Tahun 2011



3.3.3 Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)

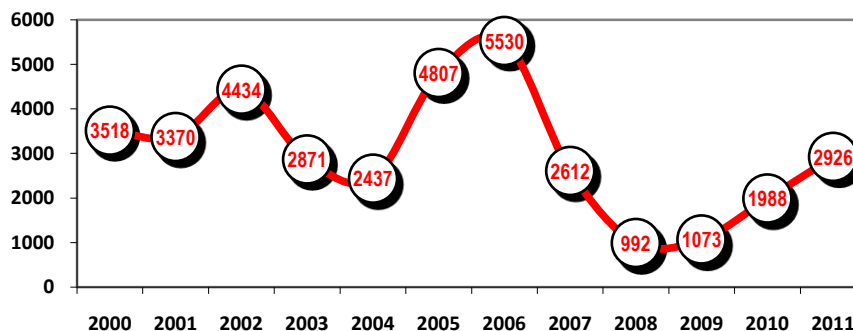
PD3I (Penyakit Menular yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi) merupakan penyakit yang diharapkan dapat diberantas atau ditekan dengan imunisasi. PD3I yang akan dibahas dalam bab ini mencakup penyakit Campak, Difteri, Pertusis, Tetanus Neonatorum dan Polio.

a. Campak

Campak adalah penyakit yang disebabkan virus morbili, disebarkan melalui droplet bersin/batuk dari penderita. Gejala awal penyakit adalah demam, bercak kemerahan, batuk-pilek, mata merah (conjunctivitis) selanjutnya timbul ruam di seluruh tubuh.

Penyakit Campak sering menyebabkan kejadian luar biasa (KLB) dan berdasarkan data dari Depkes menyebutkan frekuensi KLB campak menduduki urutan ke empat setelah DBD, diare dan chikungunya. Kematian akibat campak pada umumnya disebabkan kasus komplikasi seperti meningitis.

Gambar 3.15. Trend Kasus Campak di Provinsi Jawa Timur Tahun 2008 – 2011



Kasus campak mencapai tertinggi pada tahun 2005 dan 2006. Kasus mulai menurun setelah pada tahun 2007 (bulan Pebruari) dilakukan Kampanye Campak.

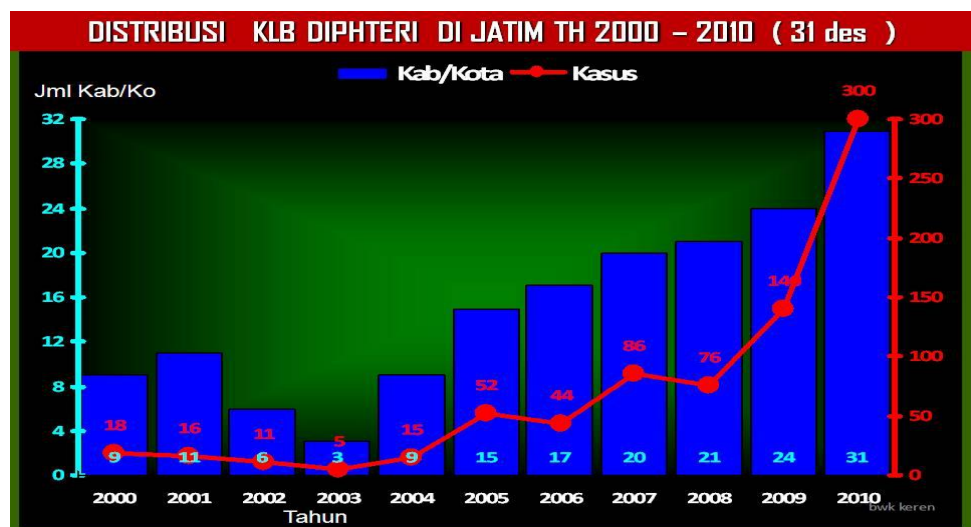
Empat tahun kemudian (tahun 2011) dilakukan kampanye campak kembali, diharapkan kasus campak akan terus menurun dan cakupan imunisasi >95%. Bila ini tercapai maka program penanggulangan campak akan memasuki tahap “eliminasi”.

b. Difteri

Difteri adalah penyakit menular akut yang disebabkan oleh bakteri *Corynebacterium diphtheriae* dengan gejala awal adalah demam 38 C, pseudomembrane (selaput tipis) putih keabuan pada tenggorok (laring, faring, tonsil) yang tak mudah lepas dan mudah berdarah. Dapat disertai nyeri menelan, leher bengkak seperti leher sapi (bullneck) dan sesak nafas disertai bunyi (stridor).

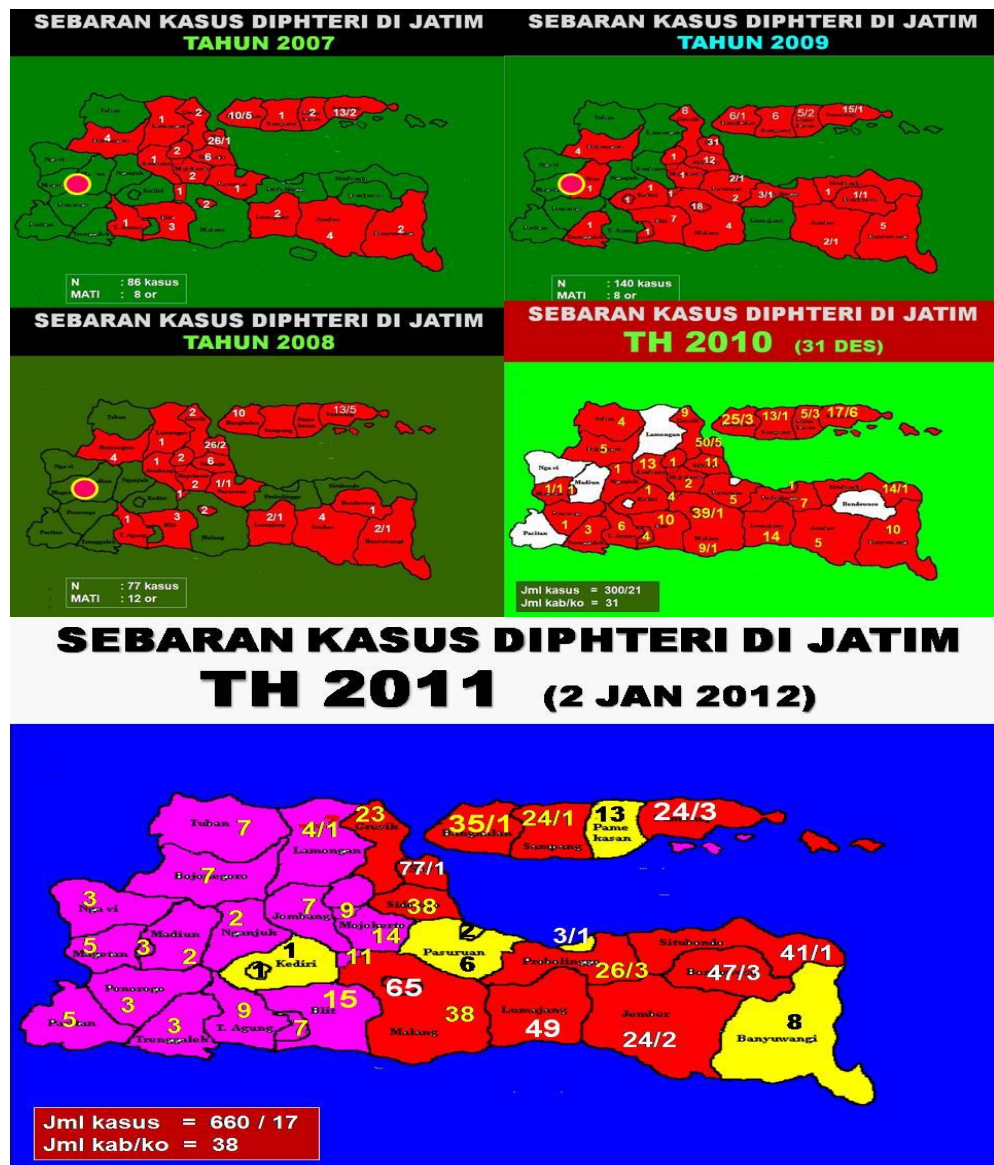
Difteri merupakan kasus “ Re Emerging Disease” di Jawa Timur karena kasus Difteri sebenarnya sudah menurun pada tahun 1985, namun kembali meningkat pada tahun 2005 saat terjadi KLB di Bangkalan. Dan sejak itu, penyebaran Difteri semakin meluas dan mencapai puncaknya pada tahun 2010 sebanyak 300 kasus dengan 21 kematian dan Provinsi Jawa Timur merupakan penyumbang kasus Difteri terbesar di Indonesia (74%) bahkan di dunia.

Gambar 3.16 Perkembangan Penyakit Difteri di Provinsi Jawa Timur tahun 2000 – 2010



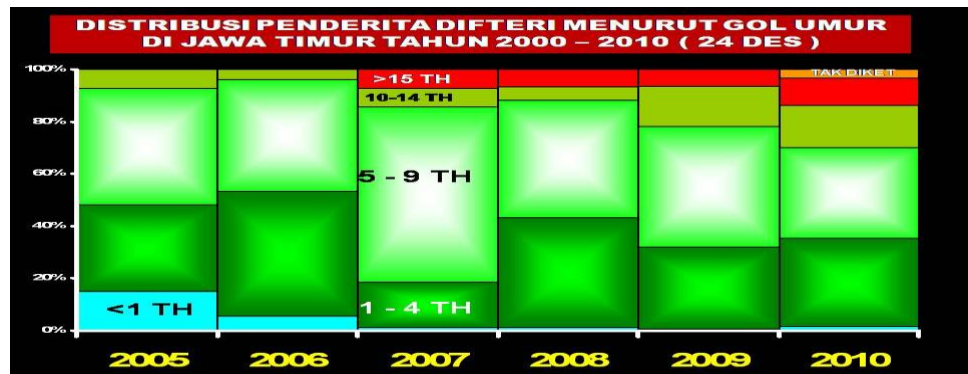
Penyebaran kasus Difteri menurut Kabupaten/Kota selama empat tahun terakhir dapat diamati pada gambar dibawah ini, dan bila diperhatikan ada beberapa Kabupaten/Kota selalu punya kasus Difteri setiap tahunnya.

Gambar 3.17 Distribusi Difteri di Provinsi Jawa Timur tahun 2007 – 2011



Berdasarkan kelompok umur, penyakit difteri meningkat pada kelompok usia 10-14 tahun dan usia > 15 tahun, sementara pada kelompok usia < 1 tahun dan usia 5-9 tahun cenderung menurun seperti gambar dibawah ini.

Gambar 3.18. Distribusi Penderita Difteri Berdasarkan Kelompok Umur di Provinsi Jawa Timur Tahun 2005 – 2010



Upaya menekan kasus Difteri, dilakukan melalui imunisasi dasar pada bayi dengan vaksin DPT+HB. Vaksin tersebut diberikan 3 kali yakni pada usia 2 bulan, 3 bulan dan 4 bulan. Selain itu karena terjadi lonjakan kasus pada usia sekolah maka imunisasi tambahan TD juga diberikan untuk anak SD/ sederajat kelas 4-6 dan SMP di 10 Kabupaten dan 1 Kota yaitu Gresik, Sidoarjo, Bangkalan, Sampang, Pamekasan, Sumenep, Blitar, Banyuwangi, Pasuruan, Mojokerto dan Kota Surabaya. Adapun cakupan imunisasi DPT3+HB3 di Jawa Timur tahun 2011 sebesar 99,72%.

c. Pertusis/Batuk Rejan

Pertusis adalah penyakit yang disebabkan bakteri *Bordetella pertusis* dengan gejala batuk beruntun disertai tarikan nafas hup (whoop) yang khas dan muntah. Lama batuk bisa 1-3 bulan sehingga disebut batuk 100 hari. Penyakit ini biasanya terjadi pada anak berusia dibawah 1 tahun dan penularannya melalui droplet atau batuk penderita .

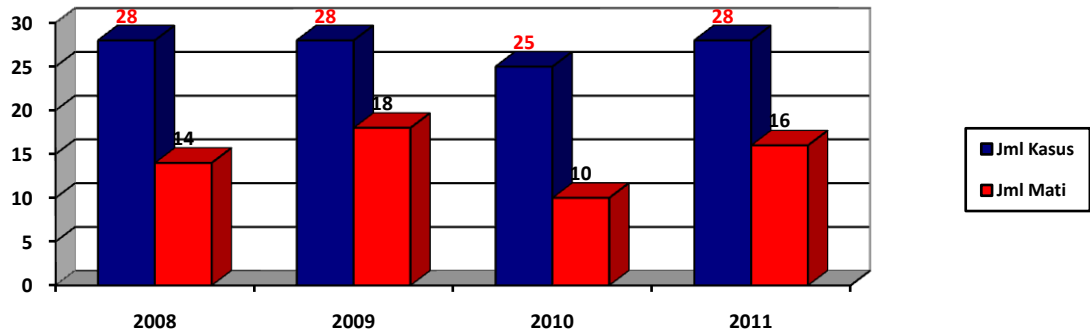
Pada tahun 2011 ada 6 Kabupaten di Jawa Timur yang melaporkan kasus pertusis dengan jumlah penderita 23 orang, kasus terbanyak ada di Kabupaten Pacitan (12 kasus). Upaya pencegahan kasus Pertusis dilakukan melalui imunisasi DPT+HB sebanyak 3 kali yaitu saat usia 2 bulan, 3 bulan dan 4 bulan atau usia yang lebih dari itu tetapi masih dibawah 1 tahun (usia s/d 11 bulan).

d. Tetanus Neonatorum (TN)

Tetanus neonatorum (TN) adalah penyakit yang disebabkan *Clostridium tetani* pada bayi (umur < 28 hari) yang dapat menyebabkan kematian. Penanganan Tetanus neonatorum tidak mudah, sehingga yang terpenting adalah upaya pencegahan melalui pertolongan persalinan yang

higienis dan imunisasi Tetanus Toxoid (TT) ibu hamil serta perawatan tali pusat.

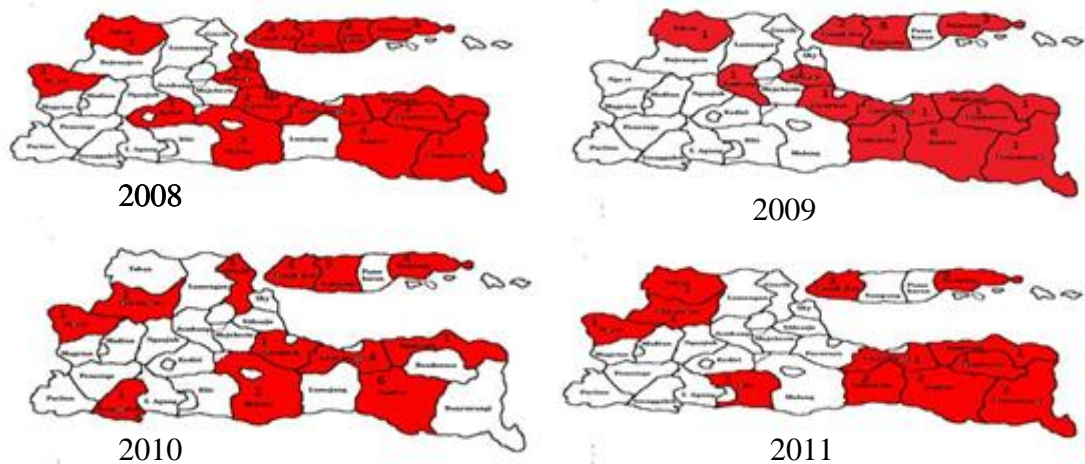
Gambar 3.19 Trend Kasus dan Kematian Tetanus Neonatorum (TN) di Provinsi Jawa Timur Tahun 2008 - 2011



Dari gambar diatas terlihat adanya kenaikan kasus TN dari tahun 2010 ke tahun 2011, namun kematian masih sangat tinggi. CFR paling tinggi terlihat pada tahun 2009.

Penyebaran kasus TN di Jawa Timur tahun 2008 – 2011 seperti terlihat pada gambar dibawah ini

Gambar 3.20 Sebaran Kasus Tetanus Neonatorum (TN) di Provinsi Jawa Timur Tahun 2008-2011



Dari gambar diatas ada beberapa daerah yang selalu ada kasus setiap tahunnya, diantaranya adalah Blok Madura dan Blok Besuki (Banyuwangi, Jember, Bondowoso dan Situbondo). Kedua wilayah tersebut termasuk dalam wilayah Tapal Kuda, merupakan suatu daerah dimana banyak penolakan masalah imunisasi oleh sekelompok masyarakatnya sehingga hampir semua kasus PD3I selalu tinggi di

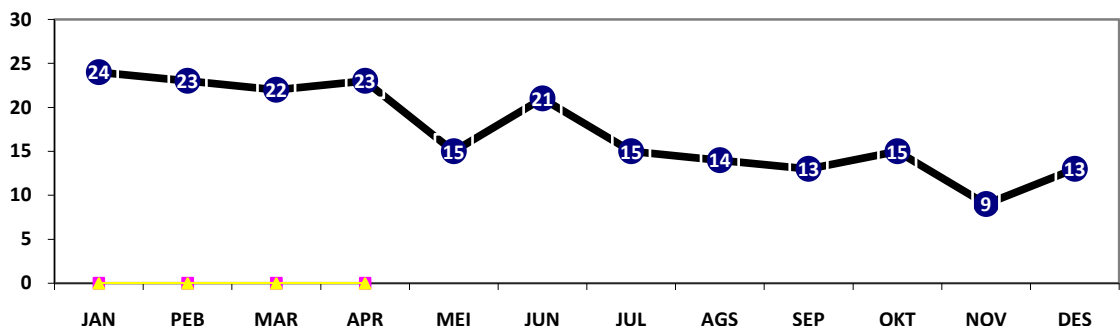
wilayah tersebut. Disamping daerah tersebut, daerah sekitar Malang, Ngawi dan Tuban bahkan Surabaya sering terjadi kasus TN.

e. AFP (Acute Flacid Paralysis)

Poliomyelitis/polio merupakan penyakit paralisis atau lumpuh yang disebabkan virus polio. Cara penularan Polio terbanyak melalui mulut ketika seseorang mengkonsumsi mak-min yang terkontaminasi lendir, dahak atau feses penderita polio. Virus masuk aliran darah ke sistem saraf pusat menyebabkan otot melemah dan kelumpuhan, menyebabkan tungkai menjadi lemas secara akut.

Penyakit polio harus dibuktikan masih ada atau sudah tidak ada dengan dibuktikan penemuan kasus AFP (*Acute Flaccid Paralysis*). Kegiatan surveilans AFP menjadi salah satu kunci dalam mencapai Eradikasi Polio (Erapo), sehingga diharapkan suatu saat dunia ini akan bebas dari penyakit Polio. Jumlah kasus AFP tahun 2012 adalah 210 kasus dan trend penemuan per bulan selama tahun 2011 dapat dilihat pada gambar dibawah ini.

Gambar 3.21 Trend Penemuan Kasus AFP per Bulan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011



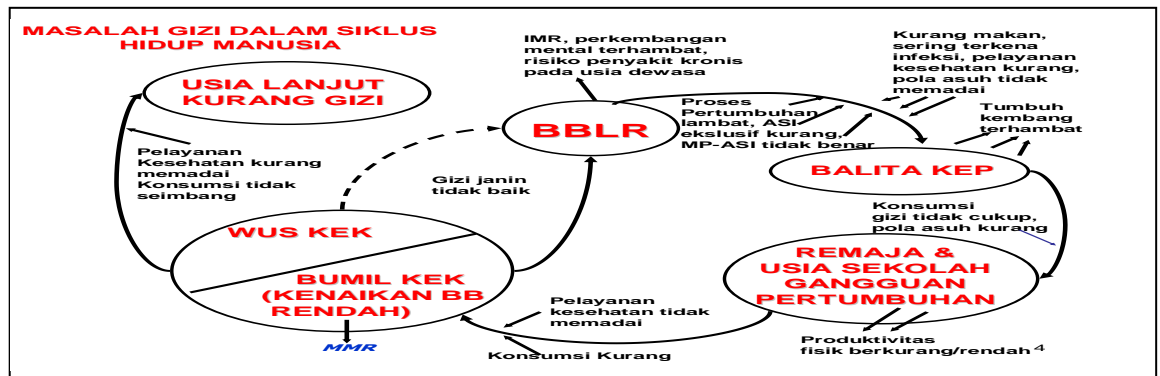
Penemuan kasus pada awal tahun memang cukup tinggi, penurunan yang terlihat mulai konsisten pada bulan Juli sampai dengan Desember. Kemungkinan hal ini disebabkan oleh kesibukan petugas surveilans dalam rangka musim haji dan adanya KLB Difteri yang melanda seluruh wilayah Jawa Timur.

3.4 STATUS GIZI MASYARAKAT

Keadaan gizi yang baik merupakan prasyarat utama dalam mewujudkan sumberdaya manusia yang sehat dan berkualitas. Jika ditelusuri, masalah gizi

terjadi disetiap siklus kehidupan, dimulai sejak dalam kandungan (janin), bayi, anak, dewasa, dan usia lanjut, seperti pada gambar di bawah ini :

Gambar 3.22 Masalah Gizi Dalam Siklus Hidup Manusia

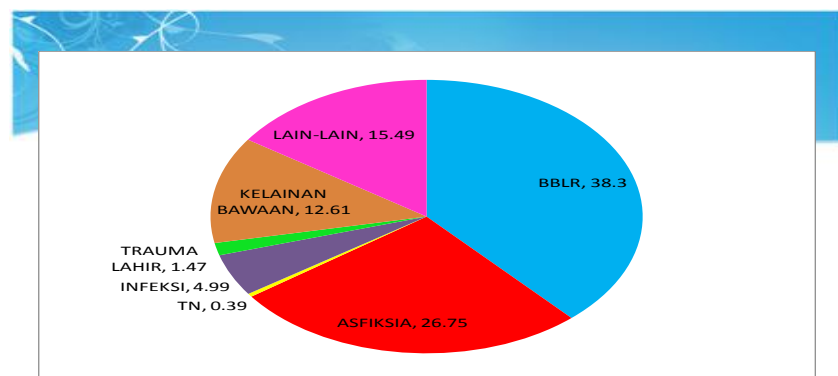


Status gizi masyarakat dapat diukur melalui indikator-indikator, antara lain bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), status gizi balita, anemia gizi besi pada ibu dan pekerja wanita dan Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY). Adapun indikator-indikator yang sangat berperan menentukan status gizi masyarakat antara lain sebagai berikut:

3.4.1 Bayi dengan Berat Lahir Rendah (BBLR)

Dari laporan Kabupaten/Kota tahun 2011 diketahui jumlah bayi BBLR di Jawa Timur mencapai 17.561 bayi dari 601.136 bayi lahir hidup dan kematian terbesar pada Neonatal karena BBLR sebesar 38,3 %. Besarnya kematian karena BBLR banyak disebabkan karena ANC yang kurang berkualitas serta kompetensi petugas dalam manajemen BBLR yang masih kurang.

Gambar 3.23. Penyebab Kematian Neonatal di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011



Sumber Data : LB3 KIA

BAB IV

SITUASI UPAYA KESEHATAN

Masyarakat sehat merupakan investasi yang sangat berharga bagi bangsa Indonesia. Untuk mencapai keadaan tersebut di Jawa Timur telah dilakukan berbagai upaya pelayanan kesehatan seperti yang tergambar dalam uraian dibawah ini :

4.1 PELAYANAN KESEHATAN DASAR

Upaya Pelayanan Kesehatan Dasar merupakan langkah awal yang penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dengan pelayanan kesehatan dasar secara cepat dan tepat, diharapkan sebagian besar masalah kesehatan dapat teratasi. Berbagai pelayanan kesehatan dasar yang dilaksanakan di sarana kesehatan sebagai berikut :

4.1.1 Pelayanan Kesehatan bagi Ibu dan Anak

Gangguan kesehatan yang dialami seorang ibu yang sedang hamil bisa berpengaruh pada kesehatan janin dikandungannya, saat kelahiran hingga masa pertumbuhan bayi dan anaknya. Oleh karena itu diperlukan pemeriksaan secara teratur pada masa kehamilan guna menghindari gangguan atau segala sesuatu yang membahayakan kesehatan ibu dan janin dikandungannya. Adapun pelayanan kesehatan yang diberikan :

a. Pelayanan Antenatal (ANC)

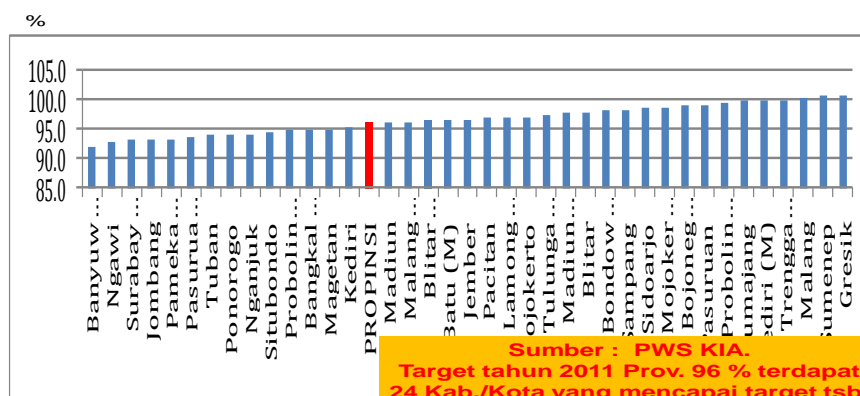
Pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan profesional (dokter spesialis kandungan dan kebidanan, dokter umum, bidan dan perawat) seperti mengukur timbang berat badan, Ukur lingkar lengan atas (LiLA), Ukur tekanan darah, Ukur tinggi fundus uteri, Hitung denyut jantung janin (DJJ), Tentukan presentasi janin, Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT), Beri tablet tambah darah (tablet besi), Periksa laboratorium (rutin dan khusus seperti Pemeriksaan golongan darah, Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb), Pemeriksaan protein dalam urin, Pemeriksaan kadar gula darah, Pemeriksaan darah Malaria, Pemeriksaan tes Sifilis, Pemeriksaan HIV, Pemeriksaan BTA) dan Tatalaksana/penanganan Kasus atau 10 T kepada ibu hamil selama masa kehamilannya sesuai pedoman pelayanan antenatal yang ada dengan titik berat pada

kegiatan promotif dan preventif. Hasil pelayanan antenatal dapat dilihat dari cakupan pelayanan K1 dan K4.

Cakupan K1 atau juga disebut akses pelayanan kesehatan ibu hamil merupakan gambaran besaran ibu hamil yang telah melakukan kunjungan pertama ke sarana kesehatan untuk mendapatkan pelayanan antenatal. Sedangkan cakupan K4 adalah gambaran besaran ibu hamil yang mendapatkan pelayanan ibu hamil sesuai standar serta paling sedikit empat kali kunjungan, dengan distribusi sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua dan dua kali pada trimester ketiga.

Cakupan K1 pada tahun 2011 adalah 96,70 %, sedangkan target 96 %. Adapun capaian masing-masing Kabupaten/Kota adalah sebagai berikut :

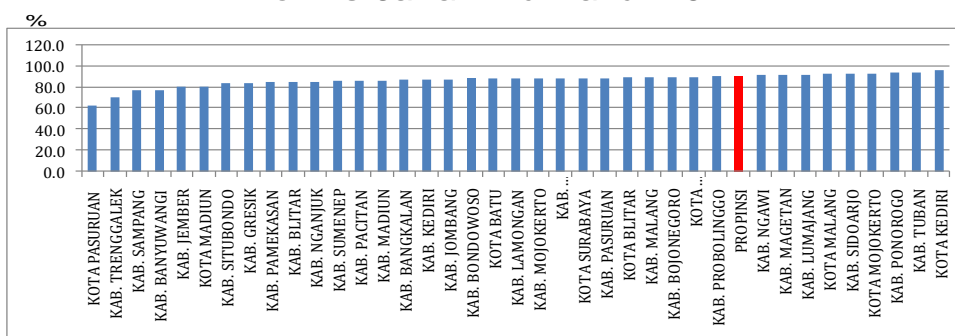
Gambar 4.1 Cakupan K1 Provinsi Jawa Timur Tahun 2011



Ada 14 Kabupaten/Kota yang di bawah target Provinsi. Kabupaten/Kota dengan pencapaian terendah Kabupaten Banyuwangi 91,90 % dan tertinggi Kabupaten Gresik 100,81 %.

Cakupan K4 pada tahun 2011 adalah 88,31, sedangkan target 91 %. Adapun cakupan untuk masing-masing Kabupaten/Kota dapat dilihat pada grafik berikut :

Gambar 4.2 Cakupan K4
Provinsi Jawa Timur Tahun 2011



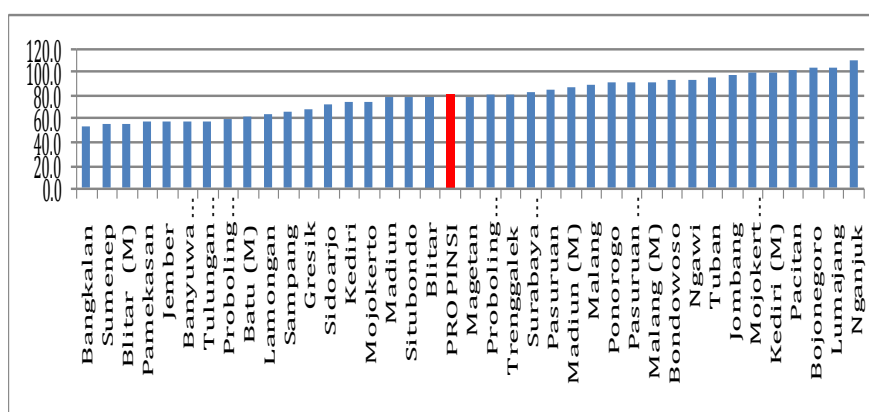
Sumber : LB3 KIA
Target tahun 2011 Prop. 91 % terdapat
10 Kab./Kota yang mencapai target tsb.

Lebih dari 50 % tepatnya 28 Kabupaten/Kota yang belum mencapai target. Hal ini bisa dikarenakan bumil yang kontak pada petugas kesehatan banyak yang tidak pada Trisemester pertama (K1 Murni) sehingga masih perlu kunjungan rumah yang lebih intensif oleh bidan serta kemitraan bidan dan dukun perlu untuk lebih ditingkatkan.

b. Ibu Hamil dengan Risti/Komplikasi Kebidanan yang Ditangani

Ibu hamil risti/komplikasi adalah ibu hamil dengan keadaan penyimpangan dari normal yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian bagi ibu maupun bayinya. Cakupan pada tahun 2011 adalah sebesar 79,51 %.

Gambar 4.3 Cakupan Komplikasi Kebidanan Ditangani
Provinsi Jawa Timur Tahun 2011



Sumber : LB3 KIA
Target tahun 2011 Prop. 80 % terdapat
20 Kab./Kota yang mencapai target tsb.

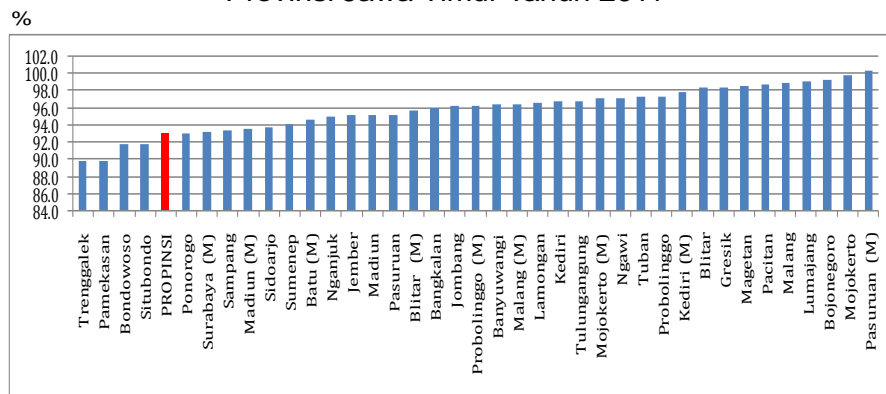
Masih ada 18 Kabupaten/Kota cakupan di bawah target, untuk itu perlu penguatan Puskesmas PONED agar cakupan komplikasi kebidanan dapat ditangani dapat mencapai target selanjutnya. Daerah-

daerah yang masih di bawah target biasanya kelengkapan Tim PONEC sdh tidak lengkap, sehingga perlu dilakukan pelatihan untuk melengkapi Tim PONEC yang sdh tidak lengkap, sedangkan simulasi PONEC perlu untuk segera dilakukan agar tetap dapat melakukan penanganan komplikasi kebidanan.

c. Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan (Linakes)

Linakes adalah pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang profesional (dengan kompetensi kebidanan) dimulai dari lahirnya bayi, pemotongan tali pusat sampai keluarnya placenta. Komplikasi dan kematian ibu maternal serta bayi baru lahir sebagian besar terjadi dimasa persalinan. Hal ini antara lain disebabkan karena pertolongan persalinan yang tidak dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan (profesional).

Gambar 4.4 Pertolongan Persalinan Nakes Provinsi Jawa Timur Tahun 2011



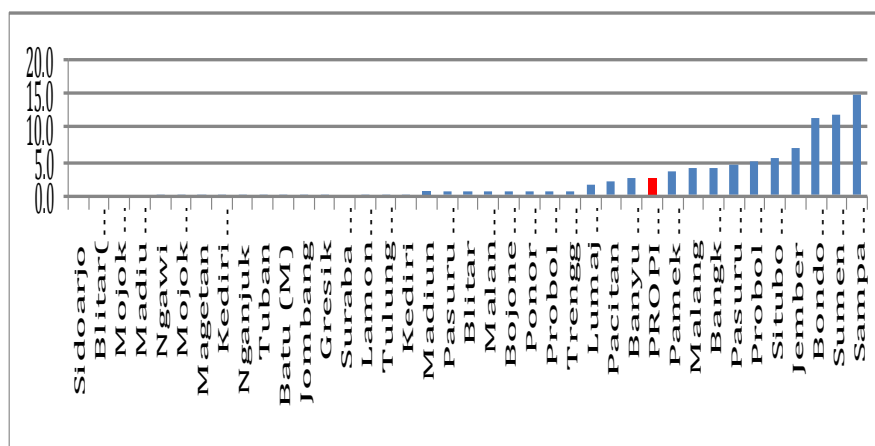
Sumber : LB3 KIA
 Target tahun 2011 Prop. 93 % terdapat
 34 Kab./Kota yang mencapai target tsb.

Cakupan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan (Linakes) pada tahun 2011 adalah sebesar 96,07 % dan hanya 4 Kabupaten yang belum mencapai target yaitu Kabupaten Situbondo, Bondosowo, Pamekasan dan Trenggalek. Mengapa empat Kabupaten tersebut belum mencapai target hal ini disebabkan karena letak geografi yang memang sulit serta jumlah dukun relatif sama dengan bidan atau bahkan lebih banyak sehingga masih cukup banyak persalinan oleh dukun.

Grafik di bawah ini sedikit banyak akan memperjelas gambaran mengapa Linakes di 4 Kabupaten (Kab. Situbondo, Kab. Bondosowo, Kab. Pamekasan dan Kab. Trenggalek) rendah karena termasuk pada

10 Kabupaten dengan persalinan dukun di atas 2,4 % (rata-rata Provinsi). Ke sepuluh Kabupaten tersebut adalah Pamekasan, Kab. Malang, Bangkalan, Pasuruan, Probolinggo, Situbondo, Jember, Bondowoso, Sumenep dan Sampang.

Gambar 4.5 Cakupan Persalinan Dukun
Provinsi Jawa Timur Tahun 2011



Sumber : LB3-KIA
LINDUKUN PROV. 2,4 % msh ada 10
Kab. yang di atas tsb.

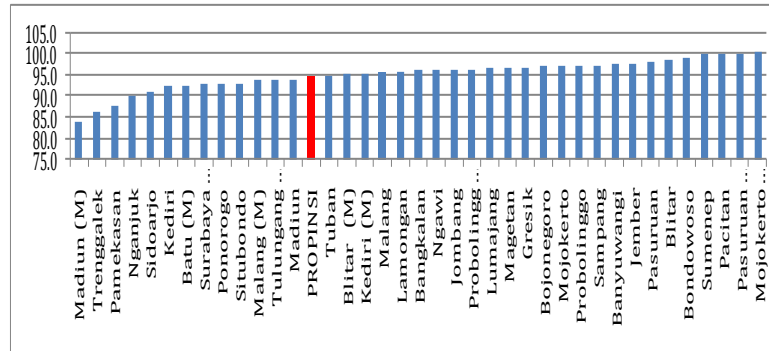
Dari data tersebut dapat diketahui bahwa hanya Kabupaten Trenggalek yang Linakesnya dibawah target tahun 2011 namun linadukunnya juga di bawah rata-rata Provinsi. Keadaan ini dapat disebabkan karena disamping letak geografis juga karena jumlah dukun yang relatif banyak namun telah bermitra dengan bidan.

d. Pelayanan Nifas

Masa nifas adalah masa 6-8 minggu setelah persalinan dimana organ reproduksi mengalami pemulihan untuk kembali normal. Akan tetapi, pada umumnya, organ-organ reproduksi akan kembali normal dalam waktu tiga bulan pasca persalinan. Kunjungan nifas bertujuan untuk deteksi dini komplikasi dengan melakukan kunjungan minimal sebanyak 3 kali dengan distribusi waktu: 1) kunjungan nifas pertama pada 6 jam setelah persalinan sampai 3 hari; 2) kunjungan nifas kedua dilakukan pada minggu ke-2 setelah persalinan; 3) kunjungan nifas ketiga dilakukan pada minggu ke-6 setelah persalinan. Diupayakan kunjungan nifas ini dilakukan bersamaan dengan kunjungan neonatus di Posyandu (Kemkes RI, 2009).

Cakupan pelayanan Ibu Nifas pada tahun 2011 adalah sebesar 95,56 %. Adapun cakupan per Kabupaten/Kota dapat dilihat pada gambar dibawah ini.

Gambar 4.6 Cakupan Ibu Nifas Provinsi Jawa Timur Tahun 2011



Sumber : LB3 KIA
Target tahun 2011 Prop. 95 % terdapat
24 Kab./Kota yang mencapai target tsb.

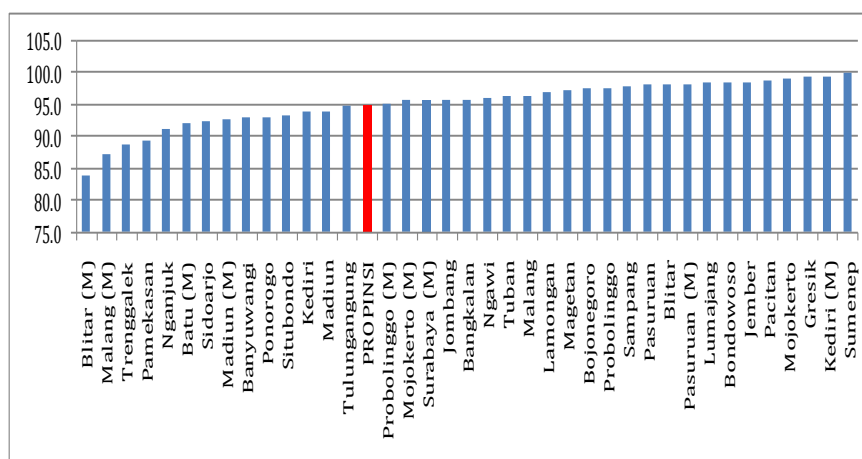
Untuk pelayanan nifas ada 10 Kabupaten/Kota yang belum mencapai target, sehingga Kabupaten/Kota yang masih dibawah target diharapkan dapat memberikan pelayanan Nifas yang berkualitas.

e. Pelayanan Kesehatan Neonatus

Bayi usia kurang dari satu bulan merupakan golongan umur yang rentan gangguan kesehatan. Upaya untuk mengurangi resiko tersebut adalah melalui pelayanan kesehatan pada neonatus minimal tiga kali yaitu dua kali pada usia 0 -7 hari dan satu kali pada usia 8 - 28 hari atau disebut KN lengkap. Pelayanan kesehatan yang diberikan meliputi pelayanan kesehatan neonatus dasar (tindakan resusitasi, pencegahan hipotermia, ASI dini-eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat dan kulit), pemberian Vitamin K, imunisasi, manajemen terpadu balita muda (MTBM) dan penyuluhan perawatan neonatus di rumah pada ibunya.

Cakupan KN lengkap pada tahun 2011 adalah sebesar 95,89. Adapun trend cakupan KN lengkap di Jawa Timur dapat diamati sebagai berikut :

Gambar 4.7. Cakupan KN Lengkap Provinsi Jawa Timur Tahun 2011



Sumber : LB3 KIA
 Target tahun 2011 Prov. 95 % terdapat
 24 Kab./Kota yang mencapai target tsb.

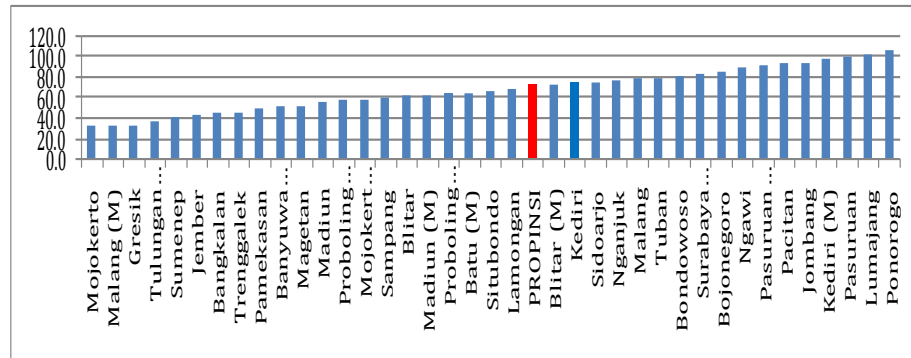
Masih 10 Kabupaten/Kota yang belum mencapai target 95 %, capaian terendah pada Kota Blitar sekitar 83,92 % sedangkan cakupan terbesar pada Kota Kediri sebesar 104,29 %. Meskipun sudah 24 Kabupaten/Kota telah mencapai target namun validasi data kualitas KN lengkap perlu terus dipantau agar Bayi pada usia Neonatal betul betul mendapatkan pelayanan Neonatal yang berkualitas.

f. Neonatal Komplikasi Ditangani

Neonatal risti/komplikasi adalah keadaan neonatus dengan penyakit dan kelainan yang dapat menyebabkan kesakitan dan kematian serta kecacatan seperti asfiksia, hipotermi, tetanus neonatorum, infeksi/sepsis, trauma lahir, BBLR, sindroma gangguan pernafasan, kelainan kongenital termasuk klasifikasi kuning pada MTBS. Dalam pelayanan neonatus, sekitar 15% diantara neonatus yang dilayani bidan di Puskesmas tergolong dalam kasus risti/komplikasi yang memerlukan penanganan lebih lanjut.

Cakupan neonatal komplikasi ditangani pada tahun 2011 adalah sebesar 79,51 %.

Gambar 4.8 Neonatal Komplikasi Ditangani Provinsi Jawa Timur Tahun 2011



Sumber :
Target tahun 2011 Prop. 73 % terdapat
17 Kab./Kota yang mencapai target tsb.

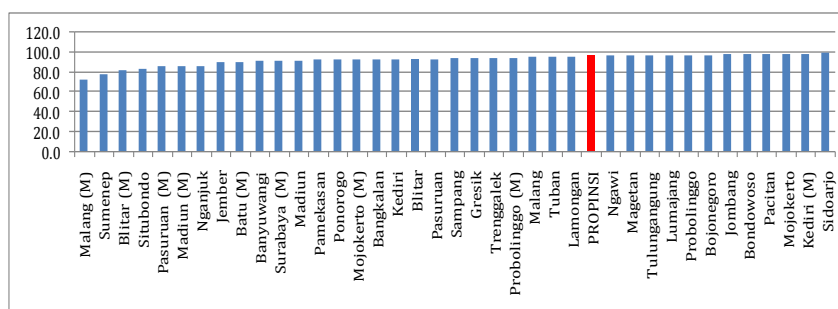
Ada 17 Kabupaten/Kota yang cakupan Neonatal Komplikasi ditangani telah mencapai target 73 %, namun perlu divalidasi lagi tentang fungsi Puskesmas PONEC bagi Kabupaten/Kota yang cakupannya kurang dari 73 %, hal ini perlu dilakukan mengingat banyak Tim PONEC yang sudah tidak lengkap karena mutasi atau Promosi ke Puskesmas yang bukan PONEC.

g. Kunjungan Bayi

Kunjungan bayi adalah kunjungan anak usia kurang dari satu tahun (29 hari-11 bulan) yang mendapatkan pelayanan kesehatan oleh dokter, bidan atau perawat di sarana kesehatan. Pelayanan kesehatan yang diberikan meliputi imunisasi dasar lengkap, stimulasi deteksi intervensi dini tumbuh kembang dan penyuluhan perawatan kesehatan bayi.

Cakupan kunjungan bayi pada tahun 2011 adalah sebesar 93,13 %. Gambaran perkembangan pelayanan kesehatan bayi di Jawa Timur dapat diamati pada grafik dibawah ini :

Gambar 4.9 Cakupan Kunjungan Bayi di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011



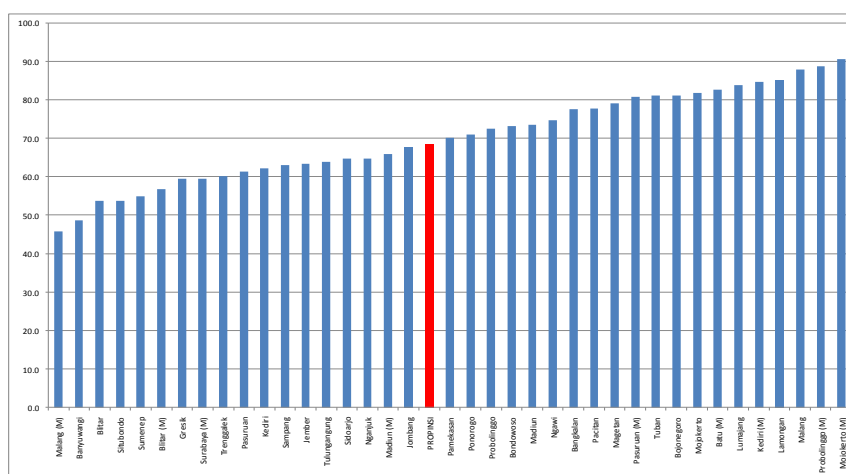
Sumber : LB3 KIA
 Target tahun 2011 Prop. 96 % terdapat
 12 Kab./Kota yang mencapai target tsb.

Baru 12 Kabupaten/Kota yang mencapai target, untuk Kabupaten/Kota yang belum mencapai target perlu dilakukan peningkatan pelayanan yang berkualitas pada Bayi Paripurna yang sdh mendapat ASI Eksklusif, Vit A serta pelayanan lain sehingga bayi mendapatkan pelayanan yang berkualitas.

h. Cakupan Pelayanan Anak Balita

Cakupan pelayanan anak balita tahun 2011 adalah 68,66 %. Adapun cakupan Kabupaten/Kota dapat dilihat pada gambar dibawah ini.

Gambar 4.10 Cakupan Anak Balita Provinsi Jawa Timur Tahun 2011



Sumber : LB3 KIA
 Target tahun 2011 Prop. 87 % terdapat
 3 Kab./Kota yang mencapai target tsb.

Ada 20 Kabupaten/Kota yang mencapai target 87 %, Kabupaten/Kota yang lainnya perlu untuk meningkatkan cakupan pelayanan Anak Balita melalui pelayanan yang paripurna, yang salah satu pelayanannya adalah sudah di SDDTK 2 kali, mendapat Vit A serta pelayanan berkualitas lainnya pada Anak Balita.

4.1.2 Pelayanan Keluarga Berencana (KB)

Hasil pelaksanaan Keluarga Berencana tahun 2011 dibandingkan dengan keadaan 4 (empat) tahun terakhir dapat dilihat seperti tabel dibawah ini :

Tabel 4.1 Hasil Pelaksanaan Program Keluarga Berencana (KB) di Provinsi Jawa Timur Tahun 2008 – 2011

INDIKATOR	TARGET/TOLERANSI	2008	2009	2010	2011
KB Baru	Terjadi Peningkatan dari Tahun Ke Tahun (%)	83,7	10,63	7,82	11,86
KB Aktif	70%	67,36	62,05	67,93	74,91
Drop Out	Terjadi Penurunan Dari Tahun Ke Tahun (%)	3,37	4,64	2,74	6,33
Kegagalan	0.19%	0,01	0,04	0,02	0,02
Komplikasi	3.5%	0,07	5,54	0,14	0,10
Efek Samping	12.5%	0,57	0,19	3,54	3,74

Dari tabel tersebut diatas terlihat bahwa :

- a. Terjadi pencapaian peningkatan Cakupan KB aktif dari tahun 2010 ke 2011 menjadi 74,91. Hal ini dikaitkan dengan :
 - Peningkatan kompetensi petugas baik dalam pelayanan maupun konseling
 - Perbaikan dalam system pencatatan pelaporan melalui software KB yang sudah tersosialisasi dan mudah dilakukan.
- b. Untuk KB Baru dari tahun 2008 ke 2009, 2010 dan 2011 terjadi perubahan denominator, dari PPM ke PUS (sesuai petunjuk Kemenkes RI) sehingga berpengaruh pada pencapaian KB baru yang cukup signifikan
- c. Drop out terjadi peningkatan dikarenakan adanya perbedaan persepsi petugas dalam definisi operasional Drop Out sehingga dalam Moment khusus banyak KB ganti cara di masukkan dalam Drop Out
- d. Kegagalan dan komplikasi menurun hal ini disebabkan kompetensi petugas yang meningkat baik dalam pelayanan kontrasepsi maupun konseling KB
- e. Efek samping meningkat namun hal ini masih bersifat fisiologis sebagai akibat pemakaian kontrasepsi namun masih dibawah angka toleransi(12,5%). Penyebabnya umum adalah : factor alokon yang mesti diperiksa kualitasnya. Suplai Alokon berasal dari BKKBN/Badan PP dan KB

4.1.3 Pelayanan Imunisasi

Pelayanan imunisasi merupakan bagian dari upaya pencegahan dan pemutusan mata rantai penularan pada penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). Indikator yang digunakan untuk menilai keberhasilan program imunisasi adalah angka UCI (Universal Child Immunization).

Pada awalnya UCI dijabarkan sebagai tercapainya cakupan imunisasi lengkap minimal 80% untuk tiga jenis antigen yaitu DPT3, Polio dan campak. Namun sejak tahun 2003, indikator perhitungan UCI sudah mencakup semua jenis antigen. Bila cakupan UCI dikaitkan dengan batasan suatu wilayah tertentu, berarti dalam wilayah tersebut juga menggambarkan besarnya tingkat kekebalan masyarakat terhadap penularan PD3I. Adapun sasaran program imunisasi adalah bayi (0-11 bulan), ibu hamil, WUS dan murid SD. Cakupan UCI Desa di Jawa Timur tahun 2011 sebesar 54,62 %

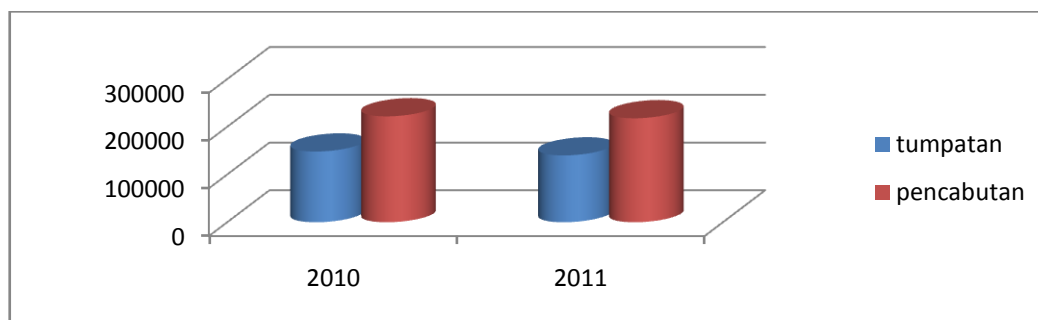
Upaya peningkatan kualitas imunisasi dilaksanakan melalui kampanye, peningkatan skill petugas imunisasi, kualitas penyimpanan vaksin dan sweeping sasaran.

4.1.4 Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut

Upaya pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut seharusnya dilakukan sejak dini. Usia sekolah dasar merupakan saat yang tepat untuk dilakukan upaya kesehatan gigi dan mulut, karena pada usia tersebut merupakan awal tumbuh kembangnya gigi permanen dan merupakan kelompok umur dengan resiko kerusakan gigi yang tinggi.

Kesadaran anak sekolah SD/MI dengan pemantuan melalui program UKGS terhadap kesehatan gigi semakin baik dari tahun 2010 ke 2011. Hal ini ditunjukkan dengan penurunan angka tumpatan gigi tetap tahun 2010 sebesar 148.279 anak menjadi 140.313 anak pada tahun 2011. Sedangkan angka pencabutan gigi tetap juga mengalami penurunan angka yaitu pada tahun 2010 sebesar 222.022 anak dan tahun 2011 sebesar 218.685 anak. Dengan demikian rasio Pencabutan gigi tetap terhadap tumpatan gigi tetap mengalami penurunan sebesar 0,4 % dari tahun 2010 dan 2011. Hasil program UKGS terlihat seperti gambar dibawah in.

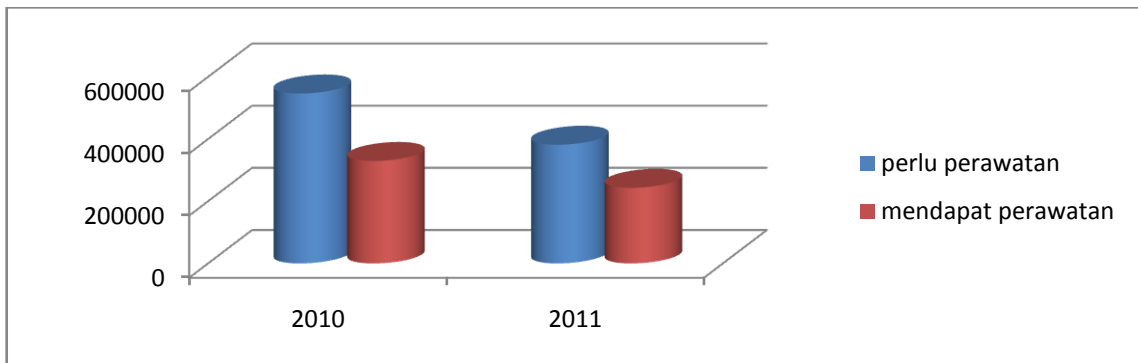
Gambar 4.11. Hasil Program UKGS di Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 – 2011



Sedangkan pemeriksaan gigi terhadap anak SD/MI untuk memerlukan tindakan perawatan gigi juga mengalami penurunan dari tahun 2010 ke 2011. Pada tahun 2010 anak yang memerlukan perawatan gigi sebanyak 546.465 anak, sedangkan pada tahun 2011 sebanyak 402.098 anak. Artinya jumlah anak yang memerlukan perawatan mengalami penurunan sebesar 144.367 orang.

Dengan adanya anak yang memerlukan perawatan di Puskesmas dari hasil kegiatan UKGS, perlu dilakukan rujukan untuk mendapatkan perawatan di Puskesmas. Dari data yang diperoleh mendapatkan penurunan dari anak yang perlu perawatan dan yang mendapatkan perawatan tahun 2010 sebesar 329.413 dari 546.465, untuk tahun 2011 yang mendapatkan perawatan sebesar 261.133 terhadap yang perlu perawatan sebesar 402.098. Hal ini disebabkan masih rendahnya tingkat kesadaran orang tua terhadap kesehatan gigi anak dan adanya ketakutan dari anak terhadap alat kesehatan gigi.

Gambar 4.12. Hasil Pemeriksaan Gigi di Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 – 2011

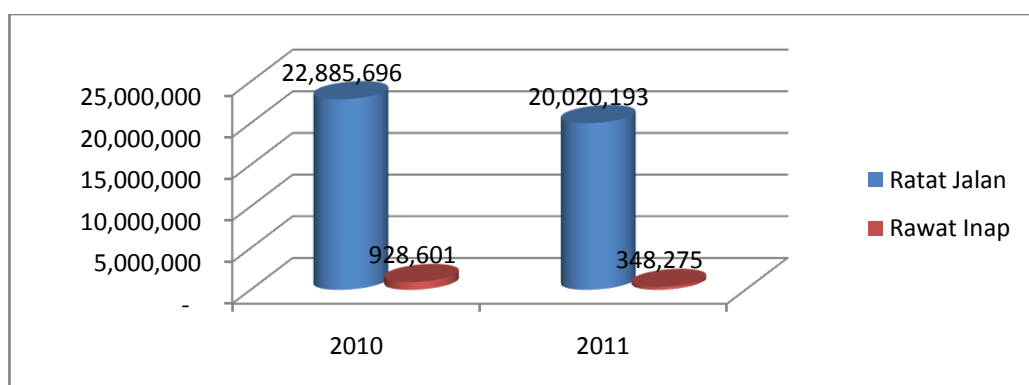


4.1.5 Kunjungan Pelayanan Kesehatan Dasar

Sebagian besar sarana pelayanan di Puskesmas dipersiapkan untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar bagi penderita melalui pelayanan rawat jalan dan rawat inap bagi puskesmas dengan tempat tidur (Puskesmas perawatan). Sementara rumah sakit yang dilengkapi dengan berbagai fasilitas merupakan sarana rujukan bagi Puskesmas terhadap kasus-kasus yang membutuhkan penanganan lebih lanjut melalui perawatan rawat inap, disamping tetap menyediakan pelayanan rawat jalan bagi masyarakat yang langsung datang ke rumah sakit.

Pada tahun 2010 jumlah masyarakat yang telah memanfaatkan pelayanan Puskesmas sebanyak 22.885.696 orang rawat jalan dan 928.601 orang rawat inap. Sedangkan pada tahun 2011 jumlah masyarakat yang telah memanfaatkan pelayanan Puskesmas sebanyak 20.756022 orang rawat jalan dan 371.819 orang rawat inap. Angka perbandingan pemanfaatan puskesmas oleh masyarakat dalam mencari pertolongan kesehatan pada tahun 2010 sampai dengan 2011 terlihat pada gambar dibawah ini.

Gambar 4.13 Kunjungan Rawat Jalan dan Rawat Inap di Puskesmas di Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 dan 2011



Berdasarkan angka dan gambar diatas, menyebutkan bahwa terjadinya penurunan dari tahun 2010 ke 2011 adalah kunjungan rawat jalan sebesar 2.129.674 orang dan kunjungan rawat inap sebesar 556.782 orang. Hal ini menunjukkan bahwa telah terjadinya kesadaran kesehatan dari masyarakat ,serta terlaksananya program icon Gubernur, dengan terbentuknya Ponkesdes dan Puskesmas Pembantu dengan pelayanan gawat darurat dan observasi. Dengan adanya Ponkesdes fungsi Puskesmas Promotif dan preventif menjadi meningkat. .

4.2 PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN DAN KHUSUS

Peningkatan mutu pelayanan kesehatan menjadi isu utama dalam pembangunan kesehatan baik dalam lingkup nasional maupun global. Hal ini didorong karena semakin besarnya tuntutan terhadap organisasi pelayanan kesehatan untuk mampu memberikan pelayanan kesehatan secara prima terhadap konsumen. Dalam pengembangan masyarakat yang semakin kritis maka mutu pelayanan akan menjadi sorotan.

Rumah Sakit sebagai salah satu penyelenggara pelayanan kesehatan telah mengalami banyak kemajuan, dimana salah satunya dapat dilihat dari jumlah Rumah Sakit yang semakin bertambah. Jumlah Rumah Sakit di Jawa Timur cenderung meningkat, pada tahun 2011 mencapai angka 324 buah yang terdiri dari 230 Rumah Sakit Swasta, 55 Rumah Sakit Pemerintah, 28 Rumah Sakit TNI/ Polri, 10 Buah Rumah Sakit BUMN, 1 Rumah Sakit yang dimiliki oleh Kementerian Kesehatan RI.

Mutu pelayanan rumah sakit diantaranya dapat dilihat dari aspek-aspek penyelenggaraan pelayanan gawat darurat, aspek efisiensi dan efektifitas pelayanan, keselamatan pasien. Beberapa indikator untuk mengetahui mutu efisiensi rumah sakit antara lain : pemanfaatan tempat tidur, pemanfaatan tenaga, pemanfaatan penunjang medik, dan keuangan. Indikator pemanfaatan tempat tidur sendiri yang mudah kita lihat dan kita ketahui adalah melalui angka BOR/ Bed Occupancy Rate, BTO/ Bed Turn Over, ALOS/ Average Length Of Stay, TOI/ Turn Over Interval.

Selama periode tahun 2010 - 2011, Rumah Sakit di Jawa Timur mengalami peningkatan dalam hal rata-rata pemanfaatan tempat tidur. Pada tahun 2010 rata-rata nilai BOR Jawa Timur adalah sebesar 55,6%, tahun 2011 rata-rata BOR Jawa Timur sebesar 56,2%. Selain itu, untuk rata-rata lama hari perawatan (LOS) Jawa Timur juga mengalami hal yang sama, pada tahun 2011 adalah 4,4 hari jika dibandingkan dengan tahun 2010 adalah 4 hari. Berikut adalah nilai indicator pemakaian tempat tidur dari Rumah Sakit di Provinsi Jawa Timur :

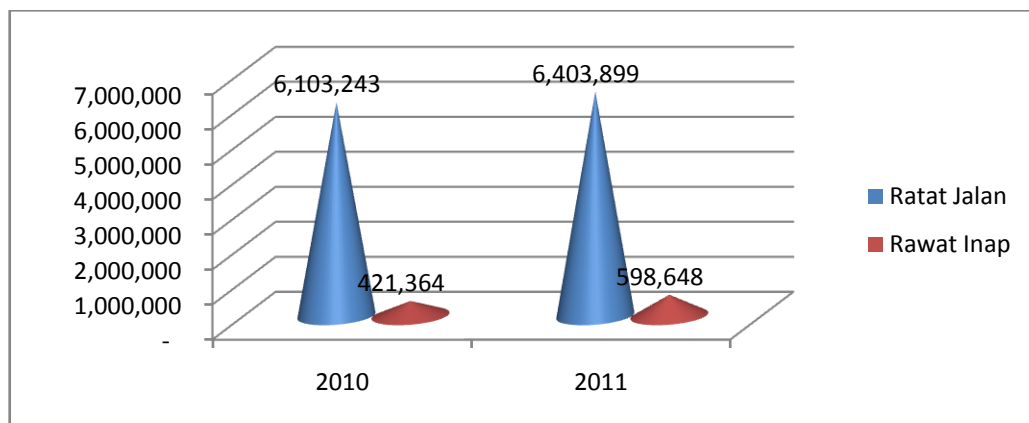
Tabel 4.2. Nilai Indikator Pemakaian Tempat Tidur Rumah Sakit di Provinsi Jawa Timur Tahun 2009 – 2011

Indikator	2009	2010	2011	Standar Kemkes
BOR	85,33 %	73,83 %	57 %	60-85 %
BTO	75 kali	76 kali	65 kali	40-50 kali
TOI	2 hari	2 hari	2 hari	1-3 hari
ALOS	4 hari	3 hari	3 hari	6-9 hari
NDR	164 orang	150 orang	146 orang	25/1000 penderita keluar
GDR	135 orang	206 orang	141 orang	45/1000 penderita keluar

Angka pemanfaatan tempat tidur seperti di atas adalah salah satu indikator yang mudah untuk memantau bagaimana mutu sebuah pelayanan rumah sakit. Secara umum mutu pelayanan rumah sakit di Jawa Timur mengalami peningkatan pada tahun 2011 jika dibandingkan tahun 2010.

Jumlah kunjungan pasien rawat jalan di Rumah Sakit pada tahun 2011 adalah 6.403.899 yang mengalami peningkatan jika dibandingkan tahun 2010 yaitu 6.103.243. Demikian juga kunjungan rawat inap di tahun 2011 sebanyak 1.598.648 meningkat dari tahun 2010 yaitu 1.421.364. Peningkatan kunjungan rawat jalan dan rawat inap dapat dilihat pada gambar berikut.

Gambar 4.14 Kunjungan Rawat Jalan dan Rawat Inap Rumah Sakit di Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 - 2011



Dari gambar tersebut diatas terlihat adanya peningkatan kunjungan rawat jalan adalah sebesar 300.656 orang dan kunjungan rawat inap sebesar 177.284 orang.

4.3 KETERSEDIAAN OBAT

Ketersediaan obat yang diukur tidak semua item obat yang ada di pelayanan kesehatan yakni 34 item obat yang diperkirakan bisa mewakili yang merupakan obat emergency, pass moving, penunjang utama dan life saving serta yang wajib tersedia untuk beberapa penyakit menular.

Dari lampiran tabel 69 dikelompokkan persentase ketersediaan obat sebagai berikut :

Tabel 4.3 Persentase Ketersediaan Obat di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011

% Ketersediaan	Jumlah Kab/Kota	% Kab/Kota
0% keatas	5	13,16
30% keatas	11	28,95
50% keatas	8	21,05
70% keatas	2	5,26
80% keatas	4	10,53
90% keatas	5	13,16
100%	3	7,89
Total	38	100

Persentase ketersediaan obat secara regional Jawa Timur rata-rata 59,17% dengan penyebaran sebagai berikut :

- 11 Kabupaten/Kota mempunyai % ketersediaan obat antara 30% sampai 49.9%.
- 8 Kabupaten/Kota mempunyai % ketersediaan obat antara 50% sampai 69.9%
- 2 Kabupaten/Kota mempunyai % ketersediaan obat antara 70% sampai 79.9%
- 4 Kabupaten/Kota mempunyai % ketersediaan obat antara 80% sampai 89.9%
- 5 Kabupaten/Kota mempunyai % ketersediaan obat antara 90% sampai 99.9%
- 3 Kabupaten/Kota mempunyai % ketersediaan obat sebesar 100%

Dari hasil diatas terlihat bahwa yang % ketersediaannya 100% hanya 3 kabupaten dan sebagian besar lainnya di bawah 100%. Hal ini disebabkan karena batasan perhitungan ketersediaan obat menggunakan batasan tingkat ketersediaan 18 bulan (artinya apabila tingkat ketersediaan obat sebesar 18 bulan dikatakan prosen ketersediaannya 100%). Padahal tingkat ketersediaan obat 18 bulan itu terdiri dari ketersediaan obat dalam 1 tahun (12 bulan) ditambah penyangga (6 bulan). Besarnya penyangga tersebut bervariasi di masing-masing daerah antara 10 – 50 % (1,2 bulan – 6 bulan) disesuaikan dengan kondisi masing-masing wilayah, yakni kondisi fluktuasi penyakit, geografis dan pola kebiasaan sehari-hari penduduk.

Tabel 4.4 Tingkat Ketersediaan Obat Menurut Jenis Obat di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011

No	Nama Obat	Satuan	% Tingkat Kecukupan
1	Amoksisilin sirup kering 125 mg/ml	Btl 60 ml	44,74
2	Amoksisilin kapsul 500 mg	Ktk @ 120 kap	47,37
3	Antasida DOEN tablet	Btl @ 1000 tab	55,26
4	Antalgin tablet 500 mg	Btl @ 1000 tab	47,37
5	Deksametason inj 5 mg/ml – 2ml	Ktk @ 100 ampul	65,79
6	Dekstrometorfan Sirup 10 mg/5ml	Btl 60 ml	57,89
7	Dekstrometorfan Tab 15 mg	Btl @ 1000 tab	60,53
8	Difenhidramin HCl inj 10 mg/ml-1ml	Ktk @ 100 ampul	52,63
9	Gliserin Guaiakolat tab 100 mg	Btl @ 1000 tab	52,63
10	Glukosa Larutan Infus 5 % steril	Btl 500 ml	65,79
11	Ibuprofen tablet 200 mg	Btl @ 100 tab	44,74
12	Kloramfenikol kapsul 250 mg	Btl @ 250 Kapsul	60,53
13	Kotrimoksazol tablet 480 mg	Btl @ 100 tab	55,26
14	Kotrimoksazol tablet 120 mg	Btl @ 100 tab	73,68
15	Kotrimoksazol Sirup	Btl 60 ml	50,00
16	Klorfeniramin Maleat tab 4 mg	Tablet	50,00
17	Kloroquin tablet	Tablet	89,47
18	Natrium Klorida Infus 0,9 % steril	Btl 500 ml	55,26
19	Parasetamol Tablet 500 mg	Btl @ 1000 tab	44,74
20	Ringer Laktat Infus steril	Btl 500 ml	55,26
21	Vitamin B Kompleks Kapsul	Btl @ 1000 Kapsul	47,37
22	Retinol 200.000 IU	Btl @ 30 Kapsul	57,89
	Vitamin A 200.000 IU	Btl @ 50 Kapsul	47,37
23	Tablet Tambah darah	Ktk @ 30 Tablet	55,26
24	Multivitamin Sirup	Botol	52,63
25	Garam Oralit	Bungkus	50,00
26	OAT Kat 1	Pkt	60,53
27	OAT Kat 2	Pkt	92,11
28	OAT Kat 3	Pkt	89,47
29	OAT Kat Sisipan	Pkt	71,05
30	OAT Kat Anak	Pkt	65,79

31	Pyrantel Pamoat 125 mg tablet	Btl @ 1000 Tablet	57,89
32	Salep 2-4	Pot	44,74
33	Infus set dewasa	Kantong	50,00
34	Infus set anak	Kantong	100,00

Beberapa hal lain yang dapat menyebabkan persentase obat belum mencapai target 100% antara lain karena ketersediaan obat dipasaran kosong dikarenakan proses pengadaan di daerah hampir dilaksanakan bersamaan waktunya, serta terjadinya kejadian bencana dan KLB yang tidak bisa diprediksi sebelumnya.

4.4 KEJADIAN LUAR BIASA (KLB) DAN KERACUNAN MAKANAN

Kejadian Luar Biasa adalah timbulnya/meningkatnya kejadian kesakitan atau kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu.

Kejadian KLB penyakit dan keracunan di Jatim masih sangat tinggi dari tahun ke tahun. Pada tahun 2009 s/d 2011 kecenderungan terus meningkat, baik dari frekuensi kejadian maupun jumlah kasus menurut jenis KLB masing-masing seperti tabel dibawah ini.

Tabel 4. 5. Distribusi Kejadian Luar Biasa (KLB) menurut Jenis Kejadian di Provinsi Jawa Timur Tahun 2009 – 2011

NO	JENIS KLB	2009		2010		2011	
		Jml Kej	%	Jml Kej	%	Jml Kej	%
1	Campak	10	3.28	23	5.07	34	4.80
2	Chikungunya	14	4.59	26	5.73	1	0.13
3	Cholera			5	1.10	1	0.13
4	DBD	30	9.84	21	4.63	9	1.14
5	Diare	13	4.26	17	3.74	17	2.15
6	Difteri	134	43.93	280	61.67	639	80.68
7	Hepatitis	7	2.30	4	0.88	2	0.25
8	Keracunan	57	18.69	41	9.03	50	6.31
9	Leptospirosis	1	0.33	1	0.22	3	0.38
10	Malaria	2	0.66	1	0.22	1	0.13
11	Suspek AI			1	0.22		
12	Wabah Ulat Bulu					5	0.63
13	TN	34	11.15	33	7.27	22	2.78
14	Pertusis	2	0.66	1	0.22	1	0.13
15	Pes	1	0.33				
16	ILI					2	0.25
17	Varicela					1	0.13
	Jumlah	305	100.0	454	100.0	788	100.0

4.5 PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT

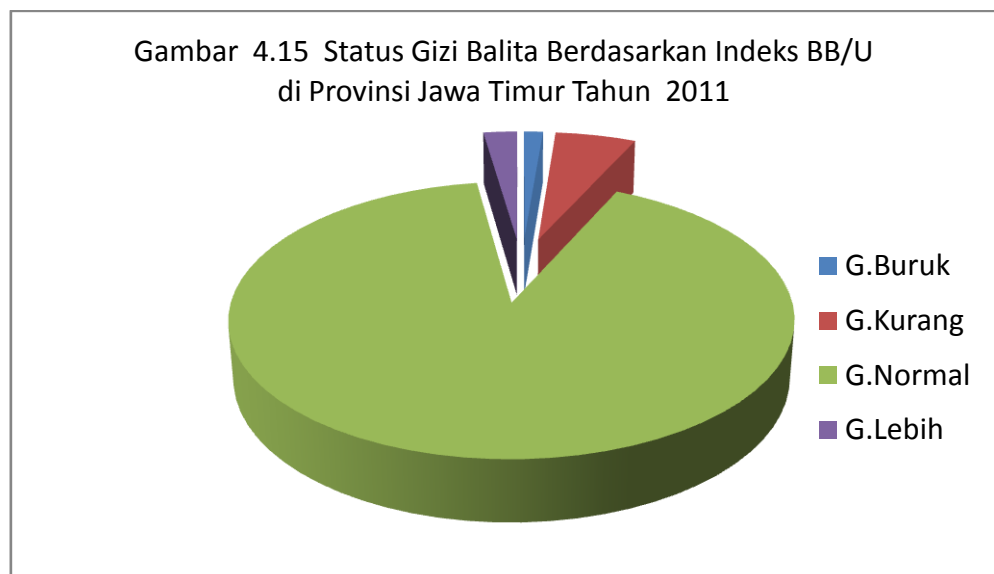
Masalah gizi merupakan masalah yang sangat mendasar dalam kehidupan manusia. Keberhasilan mewujudkan gizi yang baik bagi masyarakat akan memberikan kontribusi yang besar dalam pembentukan sumberdaya manusia yang berkualitas. Masyarakat di Jawa Timur dan di Indonesia pada umumnya masih dihadapkan pada masalah gizi "ganda", yaitu masalah Gizi Kurang dalam bentuk : Kurang Energi Protein (KEP), Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY), Anemia Gizi Besi (AGB) dan Kurang Vitamin A (KVA), serta masalah Gizi Lebih yang erat kaitannya dengan penyakit-penyakit degeneratif. Berbagai upaya perbaikan gizi telah dilakukan di Jawa Timur dalam upaya menanggulangi masalah gizi kurang tersebut, sedangkan untuk masalah gizi lebih, masih dilakukan secara individu.

4.5.1 Kurang Energi dan Protein (KEP)

Kurang Energi dan Protein (KEP) merupakan salah satu jenis gangguan kekurangan zat gizi, terutama zat gizi makro yang dapat memberikan gambaran tentang status gizi masyarakat. Status gizi masyarakat, pada umumnya dapat dilihat dari status gizi balita. Ada beberapa indikator yang dapat digunakan dalam hal ini, yaitu berat badan (BB) menurut umur (U), Tinggi Badan (TB) menurut Umur (U) dan BB menurut TB.

a. Angka Status Gizi Balita berdasarkan BB/U

Gambaran status gizi balita di Jawa Timur Tahun 2011, dapat dilihat pada grafik berikut :

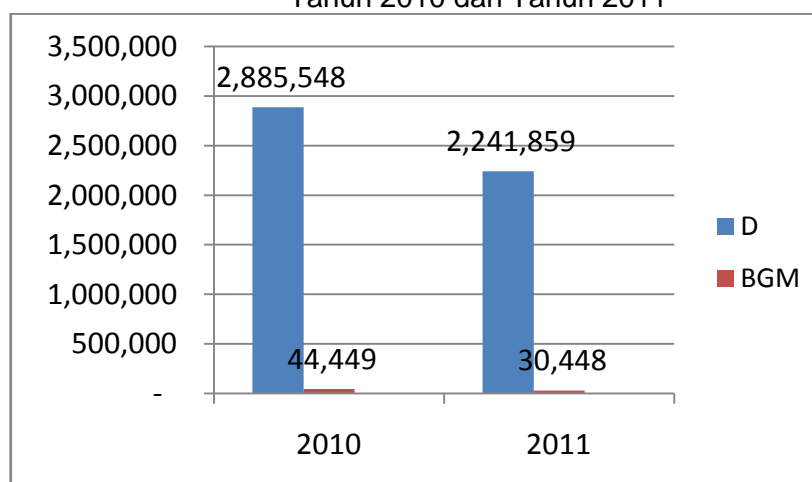


Dari grafik di atas, diketahui bahwa berdasarkan indikator BB/U, persentase balita gizi buruk sebesar 1,16 % dan persentase balita gizi kurang sebesar 7,03 %, sehingga persentase balita kurang gizi (Gizi Kurang + Gizi Buruk) sebesar 8,19 %. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 27.

b. Angka BGM/D

Jika dilihat dari data balita BGM (Bawah Garis Merah) dibanding dengan balita yang ditimbang (D), tahun 2011 di Jawa Timur (Tabel 44) angkanya sebesar 30.448 balita (1,4%). Dibandingkan dengan persentase BGM pada tahun sebelumnya (tahun 2010) sebesar 44.449 balita (2,1 %), maka terjadi penurunan sebesar 0,7 %. Data tersebut dapat dilihat pada grafik di bawah ini :

Gambar 4.16 Data BGM/D di Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 dan Tahun 2011



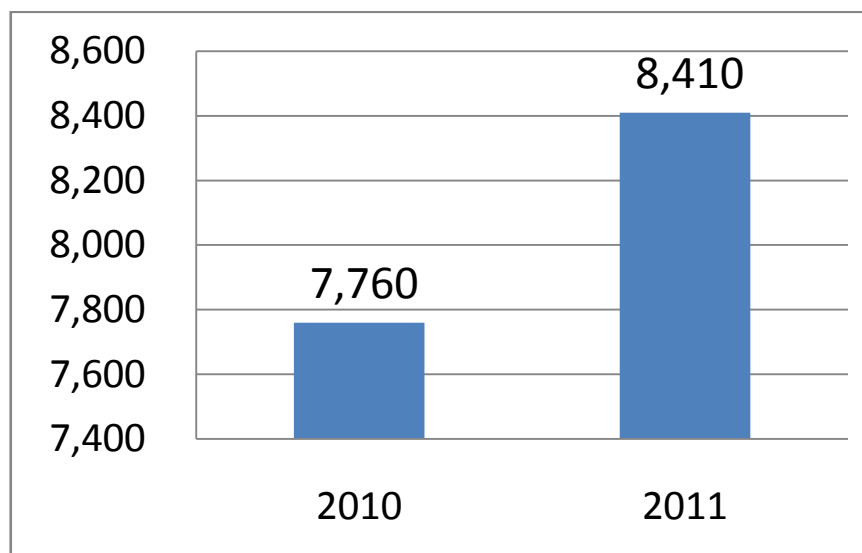
Penurunan ini menunjukkan bahwa upaya-upaya penanggulangan KEP yang dilakukan di Jawa Timur menunjukkan hasil yang cukup menggembirakan. Upaya tersebut antara lain berupa : Pemberian MP-ASI, PMT-pemulihan, peningkatan kadarzi, peningkatan cakupan ASI-Eksklusif, peningkatan konseling pertumbuhan dan lainnya.

c. Jumlah Kasus Gizi Buruk

Kasus Gizi Buruk dapat diperoleh dari indikator BB/TB. Data tersebut diperoleh dari laporan masyarakat, kader posyandu, maupun kasus-kasus yang langsung dibawa ke tempat-tempat pelayanan kesehatan yang ada, seperti Puskesmas dan Rumah Sakit.

Tahun 2011, jumlah kasus gizi buruk di Jawa Timur tercatat sebanyak 8.410 balita (Tabel 45). Jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya sebesar 7.760 balita, maka ada peningkatan jumlah kasus gizi buruk sebesar 650 kasus.

Gambar 4.17 Kasus Gizi Buruk di Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 dan 2011

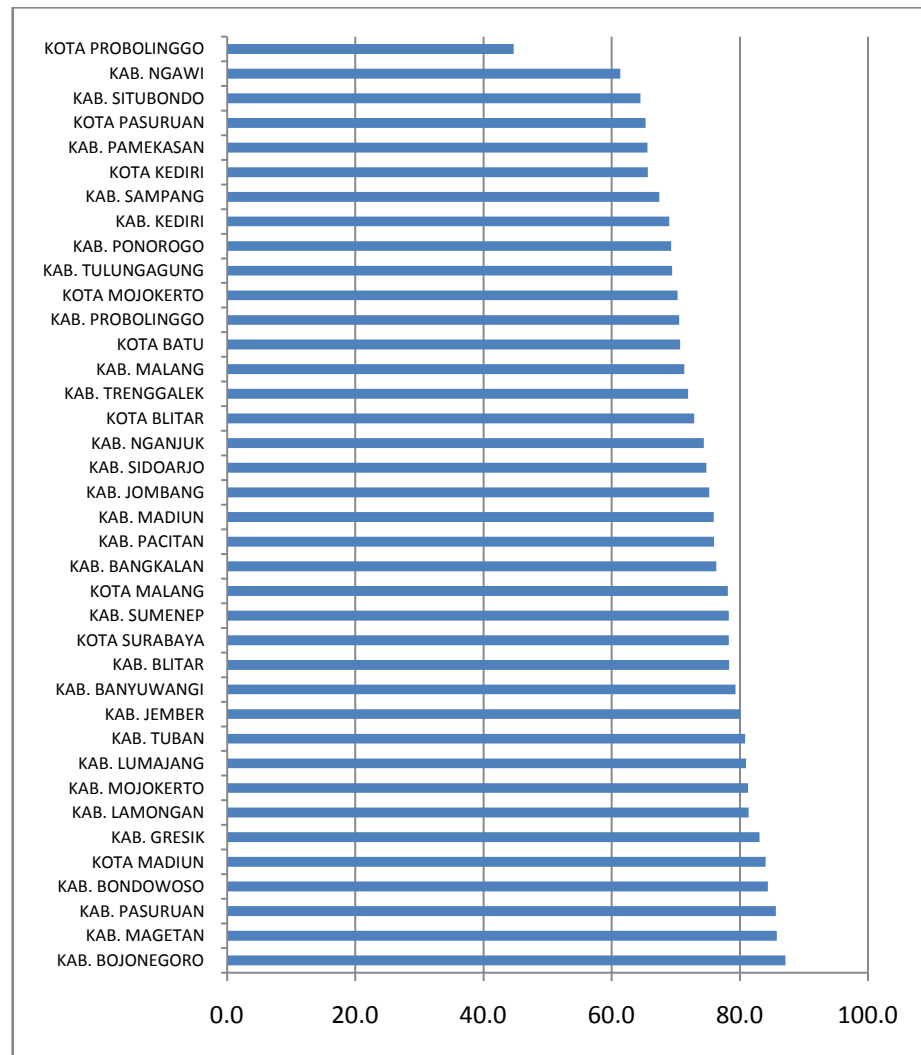


Ada beberapa kemungkinan terjadinya kenaikan jumlah kasus tersebut, antara lain semakin gencarnya petugas gizi di masyarakat untuk menemukan secara dini kasus gizi buruk di lapangan. Kegiatan pelatihan pemantauan pertumbuhan bagi petugas gizi puskesmas, peningkatan surveilans dan kegiatan bulan timbang merupakan upaya-upaya penemuan kasus gizi buruk secara dini yang cukup efektif.

d. Pencapaian D/S (Partisipasi Masyarakat)

Partisipasi masyarakat dalam perbaikan gizi bagi balita dapat ditunjukkan dari indikator D/S. Tahun 2011, di Jawa Timur angka D/S tercatat sebesar 74,72 % (Tabel 44). Pencapaian ini sedikit lebih rendah dibanding dengan pencapaian tahun 2010 sebesar 75,3 %. Hal ini dapat dilihat dalam grafik di bawah ini :

Gambar 4.18 Pencapaian Cakupan D/S di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011



Dari grafik di atas terlihat bahwa pencapaian D/S di Jawa Timur hampir semua kabupaten/kota di Jawa Timur di atas 60 %, kecuali Kota Probolinggo yang hanya mencapai 44,67 %. Di Kota Probolinggo, memang banyak ibu balitanya yang bekerja di luar rumah, sehingga tidak membawa anaknya ke Posyandu. Di samping itu jumlah sasaran berdasarkan angka proyeksi lebih banyak dibandingkan dengan angka riil, sehingga mempengaruhi persentase cakupan.

Dibandingkan tahun sebelumnya, pencapaian angka D/S hanya meningkat sebesar 0,6 %. Keadaan ini harus menjadi perhatian bagi para pengelola gizi karena target pada tahun 2014 ditetapkan sebesar 85 %. Jika tidak ada kegiatan-kegiatan terobosan yang memberi daya tarik tersendiri kepada ibu balita, maka dikhawatirkan

kegiatan ini akan berjalan di tempat dan pada tahun 2014 tidak akan memenuhi target yang ditetapkan. Untuk itu perlu dilakukan kegiatan terobosan, seperti meningkatkan integrasi dengan PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini). Selain itu pada tahun 2011 ini di Jawa Timur sedang diupayakan terbentuknya sekitar 3.500 Taman Posyandu, yaitu Posyandu dengan memberikan tambahan kegiatan berupa BKB dan SDIDTK (Stimulasi Dini Intervensi Deteksi Tumbuh Kembang). Untuk itu para petugas gizi di lapangan perlu memanfaatkan kesempatan ini untuk mengungkit pencapaian angka D/S, sehingga pada tahun 2014 dapat mencapai target yang sudah ditetapkan.

4.5.2 Pencegahan dan Penanggulangan GAKY.

Masalah Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY) di Jawa Timur masih merupakan masalah gizi yang perlu mendapatkan penanganan secara serius mengingat dampaknya terhadap kualitas sumberdaya manusia. Kekurangan Yodium dapat menyebabkan masalah gondok dan kretinisme serta mengakibatkan penurunan kecerdasan.

Upaya penanggulangan GAKY di Jawa Timur dilaksanakan melalui optimalisasi pemanfaatan garam beryodium serta penyuluhan tentang bahan makanan alami sumber yodium. Berdasarkan hasil monitoring garam di desa dapat ditentukan kategori suatu desa dikatakan “desa baik” apabila dari 21 sampel yang diperiksa, maksimal hanya 1 sampel yang tidak mengandung yodium.

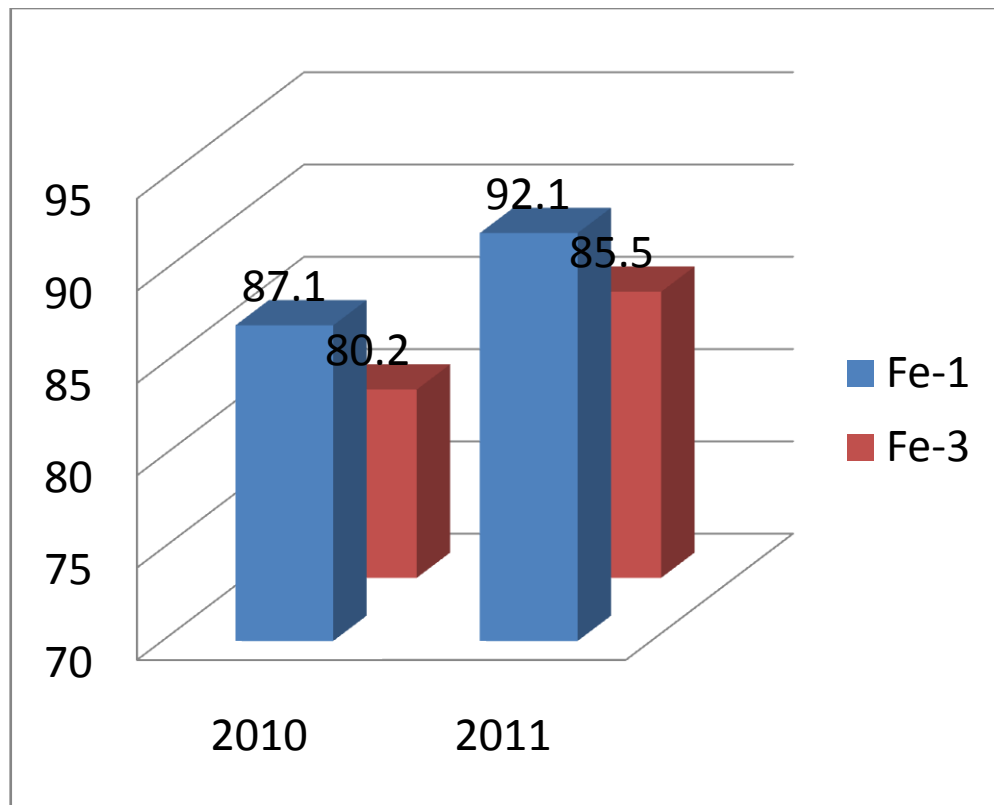
Pada tahun 2011, di Jawa Timur tidak dilakukan monitoring garam beryodium. Hal ini disebabkan karena alokasi yang terbatas dan difokuskan untuk kegiatan prioritas yang lain.

4.5.3 Pencegahan dan Penanggulangan Anemia Gizi Besi

Upaya pencegahan dan penanggulangan anemia gizi besi dilaksanakan melalui pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) yang diprioritaskan pada Ibu hamil, karena prevalensi anemia pada kelompok ini cukup tinggi. Oleh karena itu untuk mencegah anemia gizi pada ibu hamil dilakukan suplementasi TTD dengan dosis pemberian sehari sebanyak 1 tablet (60 mg elemental iron dan 0,25 mg asam folat) berturut-turut minimal 90 hari selama masa kehamilan. Persentase cakupan ibu hamil di Jawa Timur yang mendapatkan TTD sebanyak 30 tablet sebesar 92.12 % dan yang mendapat 90 tablet sebesar 85,52 % (tabel 30).

Jika dibandingkan dengan tahun 2010, pencapaiannya ada peningkatan secara bermakna, yaitu sebesar 5 % untuk Fe1 dan 5,3% untuk Fe3. Pencapaian Fe1 naik dari 87,1% menjadi 92,1%, sedangkan Fe3 naik dari 80,2% menjadi 85,5 %. Gambaran perbandingan pencapaian tahun 2011 dan tahun 2012 dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

Gambar 4.19 Cakupan Fe-1 dan Fe-3 di Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 - 2011



Khusus untuk pencapaian Fe3, target yang ditetapkan MDGs sebesar 90% pada tahun 2014. Hal ini berarti masih ada kesenjangan sebesar 4,5%. Dengan kesempatan waktu yang masih 3 tahun lagi dan melihat perkembangan dari tahun 2010 ke tahun 2011, maka masih ada harapan besar untuk dapat memenuhi target pada akhir tahun 2014.

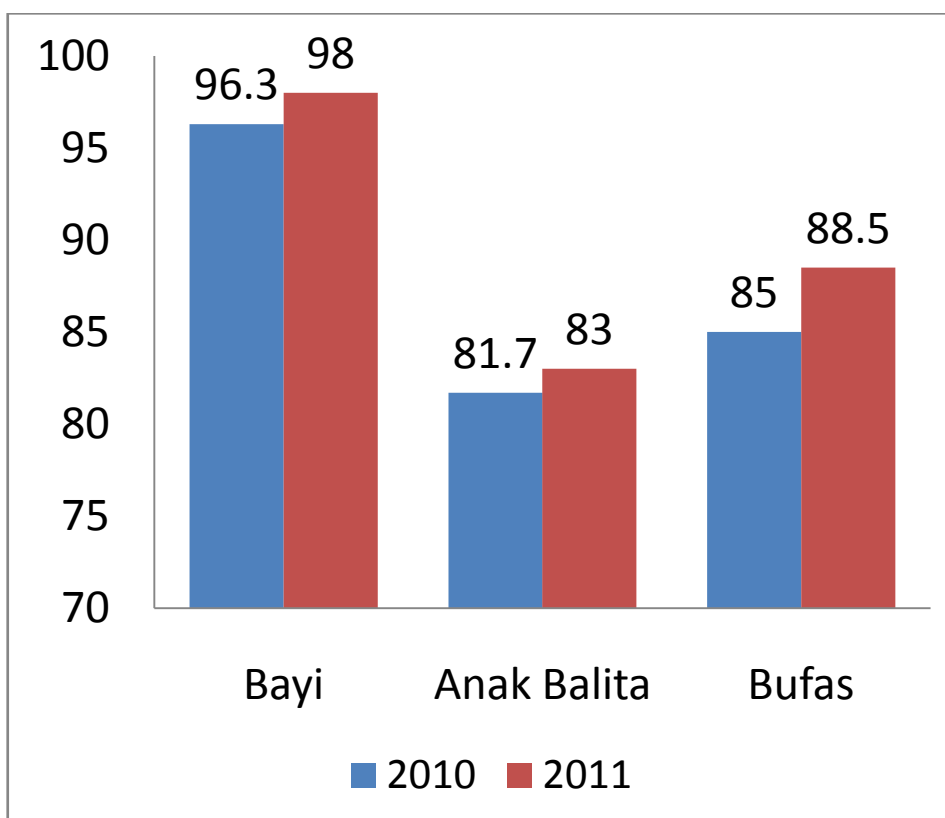
Selain itu masih ada peluang lain untuk dapat meningkatkan cakupan pemberian tablet Fe3, yaitu dengan meningkatkan integrasi kegiatan, khususnya antara program gizi dan program KIA, karena selama ini kerjasama tersebut belum secara optimal dilakukan.

4.5.4 Pemberian Kapsul Vitamin A pada Bayi dan Balita

Cakupan pemberian kapsul vitamin A di Jawa Timur tahun 2011 pada bayi sebesar 98,43 %, anak balita sebesar 83,13 % dan Ibu nifas sebesar 88,45 % (Tabel 32). Jika digabungkan antara bayi dan anak balita, maka cakupannya sebesar 86,2%. Cakupan tersebut telah memenuhi target tahun 2011 sebesar 85 %, tetapi untuk mencapai target tahun 2014 sebesar 90%, pencapaiannya masih kurang sebesar 3,8%.

Dibandingkan dengan cakupan pada tahun 2010, ada peningkatan sebesar 1,7% pada bayi yaitu dari 96,3% tahun 2010 menjadi 98 % pada tahun 2011. Sedangkan pada anak balita ada kenaikan sebesar 1,3%, yaitu dari 81,7% tahun 2010 menjadi 83% pada tahun 2011. Gambaran cakupan pemberian kapsul vitamin A pada bayi dan anak balita selama 2 tahun terakhir dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

Gambar 4.20 Cakupan Pemberian Kapsul Vitamin A pada Bayi, Anak Balita dan Bufas di Jawa Timur Tahun 2010 dan 2011



Dengan selisih 3,8% dari target, maka masih cukup besar harapan untuk bisa memenuhinya, asalkan ada upaya lebih dalam waktu 3 tahun ke depan, seperti berintegrasi dengan kegiatan PAUD, Play Group maupun TK, khususnya bagi anak yang masih < 5 tahun.

4.6 PERILAKU MASYARAKAT

Menurut teori Blum, salah satu faktor yang berperan penting dalam menentukan derajat kesehatan adalah perilaku, karena ketiga faktor lain seperti lingkungan, kualitas pelayanan kesehatan maupun genetika kesemuanya masih dapat dipengaruhi oleh perilaku. Banyak penyakit yang muncul juga disebabkan karena perilaku yang tidak sehat. Perubahan perilaku tidak mudah untuk dilakukan, namun mutlak diperlukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Untuk itu, upaya promosi kesehatan harus terus dilakukan agar masyarakat berperilaku hidup bersih dan sehat. Penerapan perilaku hidup bersih dan sehat harus dimulai dari unit terkecil masyarakat yaitu rumah tangga

4.6.1 Penyuluhan Kesehatan

Hasil kegiatan program pemberdayaan masyarakat dan promosi kesehatan dalam rangka penyebarluasan informasi kepada masyarakat selain melalui penyuluhan langsung maupun penyuluhan tidak langsung juga sangat didukung oleh adanya berbagai media informasi. Bentuk media informasi tersebut berupa media cetak, media elektronik, pameran dan media tradisional.

Penyuluhan kesehatan yang dilakukan oleh Puskesmas terhadap masyarakat dilaporkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota didasarkan pada sasaran yaitu secara kelompok maupun dengan sasaran massa. Dari data yang diperoleh, frekuensi penyuluhan tahun 2011 dibanding dengan frekuensi penyuluhan tahun 2010 baik penyuluhan kelompok maupun penyuluhan massa mengalami peningkatan.

4.6.2 Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS)

Persentase rumah tangga yang ber-PHBS didapatkan dari jumlah rumah tangga yang melaksanakan 10 indikator PHBS dibagi dengan rumah tangga yang dipantau. Sepuluh indikator tersebut adalah :

1. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan
2. Bayi diberi ASI eksklusif
3. Balita ditimbang setiap bulan
4. Menggunakan air bersih
5. Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun
6. Menggunakan jamban sehat
7. Memberantas jentik di rumah sekali seminggu
8. Makan sayur dan buah setiap hari
9. Melakukan aktivitas fisik setiap hari
10. Tidak merokok di dalam rumah.

Hasil kegiatan pemantauan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) melalui hasil survey PHBS tatanan Rumah Tangga tahun 2011 menunjukkan bahwa Rumah Tangga yang ber PHBS 36,7 %. Hal tersebut bila dibanding tahun 2010 sebesar 38,2 % mengalami penurunan sebesar 1,5 %. Dari hasil kegiatan survey PHBS prioritas masalahnya adalah merokok dalam rumah dan ASI eksklusif.

Meskipun frekuensi kegiatan penyuluhan kesehatan baik dengan sasaran kelompok maupun massa meningkat tidak diiringi dengan perubahan PHBS yang lebih baik. Hal ini dimungkinkan materi yang disampaikan tidak mengarah pada perubahan PHBS.

4.6.3 ASI Eksklusif

Air Susu Ibu (ASI) merupakan makanan dan minuman terbaik untuk bayi usia 0-6 bulan karena mengandung unsur gizi yang dibutuhkan guna perlindungan, pertumbuhan dan perkembangan bayi.

ASI Eksklusif adalah pemberian ASI saja tanpa makanan- minuman lain sampai bayi berusia 6 bulan, kemudian pemberian ASI harus tetap dilanjutkan sampai bayi berusia 2 tahun walaupun bayi sudah makan.

Berdasarkan data dari Kabupaten/Kota diketahui bahwa cakupan bayi yang mendapat ASI Eksklusif di Jawa Timur tahun 2011 sebesar 61,52 % (Tabel 41). Cakupan tersebut mengalami peningkatan yang sangat tajam dibandingkan dengan tahun sebelumnya sebesar 31,2 %. Hal ini sangat dipengaruhi oleh faktor pemahaman atau Definisi Operasional (DO) yang berubah pada awal tahun 2010. Sampai awal tahun 2010 pemahaman ASI-Eksklusif oleh pelaksana gizi di lapangan adalah murni bayi yang berusia 6 bulan yang hanya mendapat ASI saja. Sedangkan pengertian ASI-Eksklusif menurut Kemenkes maupun WHO, adalah bayi yang berusia 0-6 bulan yang masih diberi ASI saja pada saat didata. Artinya, bila ada bayi yang berumur 0 bulan atau 1 bulan dan seterusnya sampai 5 bulan masih diberi ASI saja, maka pada saat itu dia dicatat sebagai bayi 0-6 bulan yang eksklusif, sehingga angkanya jelas jauh lebih tinggi dibanding dengan yang murni 6 bulan eksklusif.

4.6.4 Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Pra Bayar

Kesadaran tentang pentingnya jaminan perlindungan sosial terus berkembang sesuai amanat pada perubahan UUD 1945 Pasal 34 ayat 2, bahwa negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh

rakyat Indonesia. Pola pembiayaan kesehatan yang umum dianut masyarakat saat ini masih mengacu pola *fee for service* dimana masyarakat yang menggunakan pelayanan kesehatan harus langsung membayar kepada penyedia layanan kesehatan begitu selesai mendapatkan pelayanan. Pola tersebut membuat masyarakat tidak dapat mengendalikan jenis pelayanan ataupun biaya yang dikeluarkan. Untuk mengurangi beban biaya pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan tersebut maka sistem *fee for service* sebaiknya diganti dengan sistem *prepayment* (prabayar).

Bentuk jaminan pemeliharaan kesehatan prabayar yang sampai saat ini dikenal masyarakat antara lain dana sehat, tabulin, jamkesmas, askes, jamkesda, jamsostek sampai asuransi kesehatan swasta. Namun kesadaran masyarakat untuk mengikuti sistem prabayar ini masih rendah.

Sampai dengan tahun 2011 jumlah peserta jaminan kesehatan pra bayar di Jawa Timur menurut data yang dilaporkan sebanyak 6.378.502 orang atau mencapai 17,6% dari jumlah penduduk Jawa Timur. Sebagian besar peserta jaminan kesehatan pra bayar adalah peserta Askes (3,7%) dan Jamkesmas (18,4%).

Pada kenyataannya dari hasil analisa situasi kondisi Jaminan Kesehatan di Provinsi Jawa Timur tahun 2011 menunjukkan bahwa masih banyak masyarakat Jawa Timur yang belum punya Jaminan Kesehatan (82,4%) dari seluruh penduduk Jawa Timur. Sedangkan yang mempunyai jaminan kesehatan lainnya adalah Jamsostek (0,3%), dan lain-lainnya (1%) termasuk asuransi komersial/swasta, TNI/POLRI, Dana Sehat, JPKM dll). Bagi maskin non kuota penjaminan pelayanan kesehatan melalui pogram Jamkesda dengan dana APBD yaitu sebesar (58,2% termasuk seniman dan SPM).

Rendahnya kepesertaan jaminan kesehatan pra bayar tersebut dapat disebabkan karena kurang sosialisasi pada masyarakat sehingga kurang memahami keuntungan apabila menggunakan sistem pra bayar tersebut. Padahal kepesertaan akan jaminan kesehatan prabayar merupakan salah satu indikator penting untuk kemandirian masyarakat di bidang kesehatan.

4.6.5. Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin

Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) diselenggarakan berdasarkan konsep asuransi sosial. Program ini diselenggarakan secara nasional dengan tujuan untuk mewujudkan

portabilitas pelayanan sehingga pelayanan rujukan tertinggi yang disediakan Jamkesmas dapat diakses oleh seluruh peserta dari berbagai wilayah dan agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin.

Penyelenggaraan Program Jamkesmas dibedakan dalam dua kelompok berdasarkan tingkat pelayanan, yaitu: 1). Jamkesmas untuk pelayanan dasar di Puskesmas termasuk jaringannya, 2). Jamkesmas untuk pelayanan kesehatan lanjutan di Rumah Sakit dan Balai Kesehatan. Pelayanan kesehatan ini meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap di puskesmas dan sarana pelayanan kesehatan lainnya.

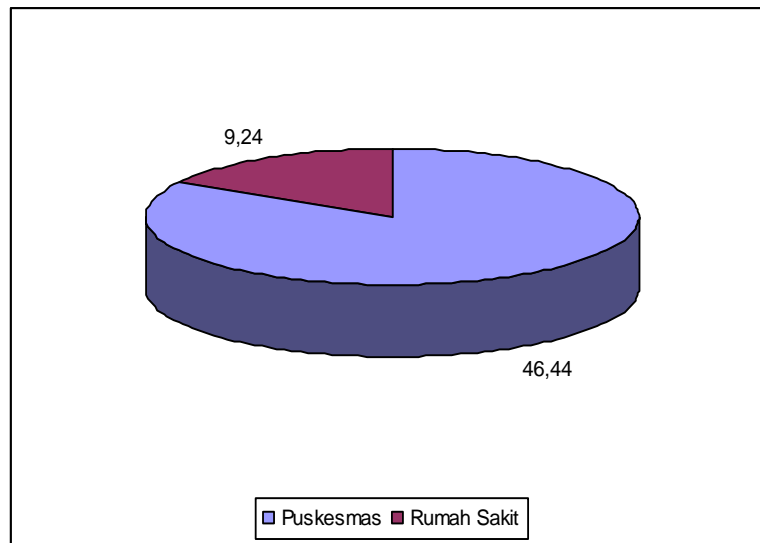
Jumlah masyarakat miskin di Jawa Timur tahun 2011 sebanyak 11.967.623 jiwa dan yang telah mendapat jaminan kesehatan melalui Jamkesmas/Jamkesda dari pemerintah sebanyak 7.271.042 jiwa (60,7%) yang artinya hampir seluruh masyarakat miskin telah ditanggung biaya kesehatannya oleh pemerintah.

Tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan Jamkesmas di Puskesmas pada tahun 2011 tercatat sebanyak 4.777.873 terdiri dari 48,6% untuk pelayanan rawat jalan dan 13,4% untuk pelayanan rawat inap. Sedangkan yang memanfaatkan rumah sakit sebanyak 280.416 terdiri dari 2,5% untuk pelayanan rawat jalan dan 1,2% untuk pelayanan rawat inap.

Pelayanan kesehatan yang dijamin untuk masyarakat miskin non kuota meliputi rawat jalan dan rawat inap di Puskesmas dan jaringannya, bagi masyarakat non miskin dijamin hanya karcis loket (pendaftaran). Pelayanan kesehatan tingkat lanjutan di Rumah Sakit/BP4/BKMM meliputi rawat jalan dan rawat inap kelas III dilakukan secara terstruktur dan berjenjang.

Adapun tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan yang dibiayai melalui Jamkesda di Puskesmas pada tahun 2011 tercatat sebanyak 2.654.873 terdiri dari 36,1% untuk pelayanan rawat jalan dan 19,6% untuk pelayanan rawat inap. Adapun yang memanfaatkan rumah sakit sebanyak 93.252 terdiri dari 1,5% untuk pelayanan rawat jalan dan 0,4% untuk pelayanan rawat inap.

Gambar 4.21 Cakupan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Di Puskesmas dan Rumah Sakit di Jawa Timur tahun 2011



Rendahnya tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan Jamkesmas/Jamkesda dapat disebabkan karena rujukan terstruktur dan berjenjang belum sepenuhnya berjalan.

4.7 PELAYANAN KESEHATAN LINGKUNGAN DAN SANITASI DASAR

Untuk memperkecil resiko terjadinya penyakit/gangguan kesehatan sebagai akibat dari lingkungan yang kurang sehat, telah dilakukan berbagai upaya untuk meningkatkan kualitas lingkungan. Beberapa indikator yang menggambarkan kondisi lingkungan antara lain rumah sehat, TUPM, air bersih dan sarana sanitasi dasar seperti pembuangan air limbah, tempat sampah dan kepemilikan jamban serta sarana pengolahan limbah di sarana pelayanan kesehatan.

Dalam upaya Peningkatan kondisi penyehatan lingkungan dan sanitasi dasar di Jawa Timur telah berjalan kegiatan STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat) yang terdiri dari 5 pilar, yaitu :

1. Peningkatan Akses Jamban;
2. Cuci Tangan Pakai Sabun
3. Pengolahan Air Minum dan Makanan skala Rumah Tangga
4. Pengolahan Limbah skala Rumah Tangga
5. Pengolahan Sampah skala Rumah Tangga.

4.7.1 Rumah Sehat

Rumah Sehat adalah bangunan rumah tinggal yang memenuhi syarat kesehatan yaitu memiliki jamban sehat, tempat pembuangan sampah, sarana air bersih, sarana pembuangan air limbah, ventilasi baik, kepadatan hunian rumah sesuai dan lantai rumah tidak dari tanah.

Pada tahun 2011 telah dilakukan pemeriksaan sanitasi rumah pada 3.764.227 rumah atau 39,76% dari jumlah rumah yang ada di Jawa Timur. Dari pemeriksaan tersebut tercatat 2.704.804 rumah dinyatakan sehat atau 71,52% dari jumlah rumah yang diperiksa. Cakupan tertinggi rumah sehat adalah Kabupaten Jember (99,53%) dan ada peningkatan 14% dari tahun lalu. Sedangkan yang terendah ditempati oleh Kab. Probolinggo (32,80) menggantikan posisi Kab Bondowoso yang berada diatas. Secara keseluruhan masing-masing Kabupaten/Kota mengalami peningkatan.

Untuk meningkatkan cakupan rumah sehat di Jawa Timur, telah dilakukan pemberdayaan masyarakat dengan menggunakan metode partisipatory. Metode tersebut menggantikan pemberian stimulan yang tahun kemarin masih diberikan kepada warga kurang mampu dan resiko tinggi penyakit berbasis lingkungan. Hal ini membuktikan bahwasanya masyarakat sudah mulai mengetahui bahwa rumah/hunian yang sehat tidak harus mewah.

Gambar 4.22 Cakupan Sanitasi Rumah Sehat di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011



BAB V

SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN

Upaya pembangunan kesehatan dapat berdaya guna dan berhasil guna bila kebutuhan akan sumber daya kesehatan dapat terpenuhi. Dalam bab ini, gambaran mengenai situasi sumber daya kesehatan dikelompokkan menjadi sarana kesehatan, tenaga kesehatan dan pembiayaan kesehatan.

5.1 SARANA KESEHATAN

Penyediaan sarana kesehatan melalui Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Posyandu, Polindes, Rumah bersalin, Balai pengobatan klinik dan sarana kesehatan lainnya diharapkan dapat menjangkau masyarakat terutama masyarakat di pedesaan agar mendapatkan pelayanan kesehatan dengan mudah dan bermutu. Adapun kondisi sarana kesehatan di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2011 dapat diamati pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.1 Sarana Kesehatan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011

No	Sarana Kesehatan	Jumlah
1	Rumah Sakit	324
	a. Rumah Sakit Umum	227
	b. Rumah Sakit Khusus	97
2	Puskesmas	956
	a. Puskesmas perawatan	496
	b. Puskesmas non perawatan	460
3	Puskesmas Pembantu	2.281
4	Puskesmas Keliling	1.154
5	Desa Siaga Aktif	6.482
6	Posyandu	45.600
7	Poskesdes	8.496
8	Rumah Bersalin	232
9	Balai Pengobatan Klinik	1.001

5.1.1 Puskesmas

Puskesmas merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan sampai ditingkat Kecamatan. Sampai dengan tahun 2011, jumlah puskesmas di Provinsi Jawa Timur sebanyak 956 unit yang terdiri dari 496 puskesmas perawatan dan 460 puskesmas non perawatan yang tersebar di 622 kecamatan. Rasio puskesmas terhadap penduduk sebesar 2.50 per 100.000 penduduk, artinya setiap 100.000 penduduk dilayani oleh 2-3 puskesmas atau 1 Puskesmas melayani 40.027 penduduk. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa jumlah puskesmas di Provinsi Jawa Timur masih kurang dari target nasional (1 puskesmas rata-rata melayani 30.000 penduduk).

Untuk meningkatkan mutu pelayanan puskesmas dan pendekatan akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat, pemerintahan Provinsi Jawa Timur melakukan terobosan (program icon) yaitu :

1. Puskesmas PLUS (Penyedia Layanan Unggulan Spesialis)

Puskesmas PLUS diprioritaskan untuk Puskesmas PONEDED dengan tambah jadwal kunjungan dokter spesialis kandungan dan spesialis anak 2 kali seminggu yaitu sekali kunjungan untuk dokter spesialis kandungan dan sekali untuk kunjungan dokter spesialis anak, hal ini merupakan hasil kerjasama antara RSUD Kabupaten/Kota dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sampai tahun 2011, jumlah Puskesmas PLUS meningkat menjadi 20 Puskesmas PLUS dari tahun 2010 yang berjumlah 10. Dengan adanya Program Puskesmas PLUS diharapkan dapat menurunkan AKI dan AKB di Jawa Timur

2. Puskesmas Pembantu yang melayani Gawat Darurat dan Observasi (Pustu Gadarsi)

Adalah Pustu yang dilengkapi oleh alat kesehatan sesuai dengan kebutuhan Gadar dan Observasi. Tenaga kesehatan yang berada di Pustu tersebut mendapatkan pembekalan ketrampilan tentang Gawat Darurat. Sampai dengan tahun 2011 Pustu gadarsi ada 130 Pustu dari tahun 2010 dengan jumlah 50 Pustu. Dengan adanya Pustu gadarsi diharapkan dapat menurunkan angka kematian akibat kecelakaan maupun penyakit lain.

3. Pengembangan Fungsi Polindes menjadi Ponkesdes

Merupakan perluasan fungsi pelayanan Pondok Bersalin Desa (Polindes) menjadi pondok Kesehatan Desa (Ponkesdes) yang memberikan pelayanan kesehatan dasar dengan menempatkan tenaga paramedis. Tenaga kesehatan yang berada di ponkesdes terdiri dari 1 orang Bidan yang sudah ada sebelumnya dan 1 orang perawat. Sampai tahun 2011 jumlah Ponkesdes sebanyak 2.334.

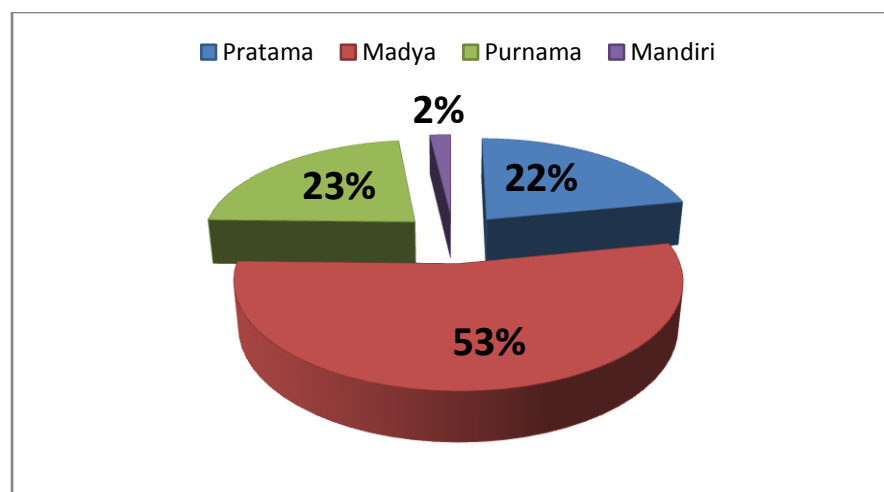
5.1.2 Sarana Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM)

Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) adalah suatu upaya kesehatan yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, dan bersama masyarakat, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar.

a. Poskesdes

Poskesdes yang beroperasi merupakan koordinator dari berbagai UKBM yang ada di suatu Desa/Kelurahan dan merupakan salah satu syarat dari terbentuknya Desa Siaga. Jumlah Poskesdes dari tahun 2009 s/d 2011 terus bertambah.

Gambar 5.1 Jumlah Poskesdes di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011



Total Poskesdes di Jawa Timur 8.496 Pos, 53% berada pada strata Madya. Dengan strata terbanyak di tahapan Madya maka sebenarnya Poskesdes yang ada sudah bergerak menuju kualitas

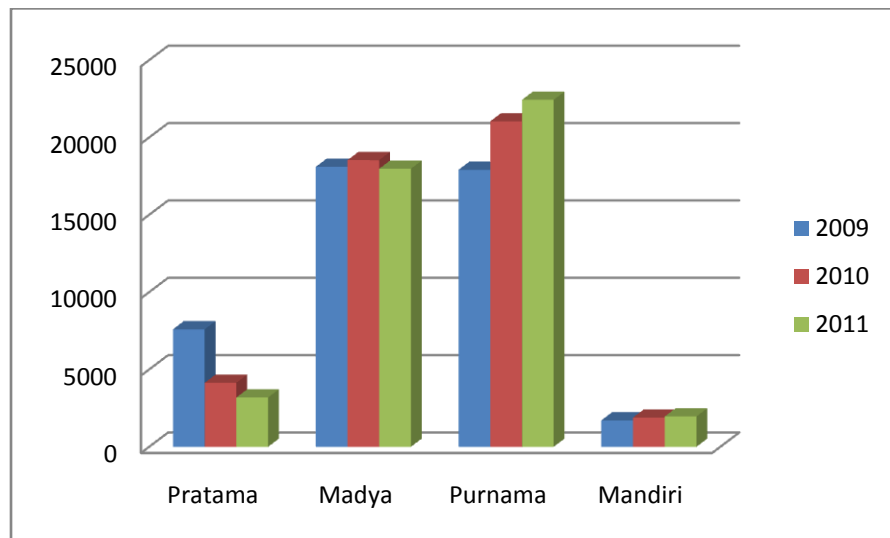
yang lebih baik dalam kemandirian, tentunya kualitas yang sudah dicapai perlu ditingkatkan ke arah purnama dan mandiri serta menjaga jangan sampai menjadi turun ke madya dan pratama.

b. Posyandu

Jumlah Posyandu di Jawa Timur tahun 2009 sampai dengan tahun 2011 menunjukkan kenaikan, akan tetapi tidak menunjukkan perubahan yang mencolok. Pada akhir tahun 2011 jumlah balita sebanyak 2.405.679 anak sedangkan jumlah Posyandu yang ada sebanyak 45.600 Pos. Jadi rasio jumlah Posyandu dengan jumlah balita adalah 1 : 52.

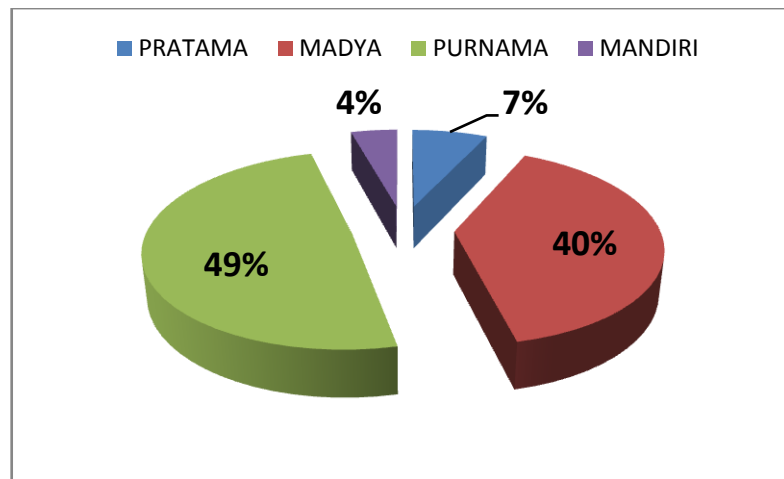
Bila dibandingkan dengan standar Posyandu, untuk 1 Posyandu melayani 80 Balita, berarti angka tersebut sudah memenuhi standar yang ditetapkan. Sehingga jumlah Posyandu di Jawa Timur untuk tahun-tahun mendatang dimungkinkan tidak akan terjadi lonjakan jumlah yang besar.

Gambar 5.2 Tingkat Perkembangan Posyandu di Provinsi Jawa Timur Tahun 2009 – 2011



Secara kualitas, berdasarkan tingkat perkembangan Posyandu PURI (Purnama - Mandiri) dari tahun ke tahun menunjukkan peningkatan. Pada tahun 2010 Posyandu PURI mencapai 50,29% sedangkan di tahun 2011 Posyandu PURI mencapai 54,07 %, sehingga terdapat kenaikan 3,78 %.

Gambar 5.3 Strata Posyandu di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011



Peningkatan kualitas Posyandu tersebut disebabkan karena beberapa hal, antara lain meningkatnya kinerja Tim Pokjandal Posyandu baik dari tingkat Provinsi, Kabupaten /Kota sampai dengan tingkat Kecamatan.

Selain itu adanya peningkatan kinerja dari para pengelola posyandu seperti kader posyandu melalui beberapa kegiatan antara lain mengikuti pelatihan peningkatan kinerja dan magang kader yang dilaksanakan pada tahun 2011 di tingkat Kabupaten/Kota.

Keberadaan petugas kesehatan di Posyandu tidaklah berarti jika kader Posyandu tidak dapat berperan secara optimal Kader Posyandu sebagai penanggungjawab Posyandu mempunyai peran yang penting.

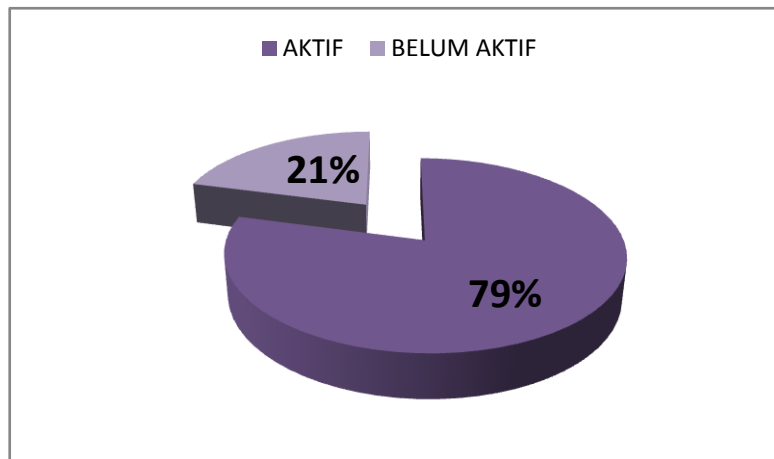
c. Desa/Kelurahan Siaga Aktif

Poskesdes yang dikembangkan dan beroperasi di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011 sebanyak 8.496 diiringi dengan terbentuknya Desa/Kelurahan Siaga sebanyak 8.496 Desa/Kelurahan.

Persentase Desa dan Kelurahan Siaga Aktif didapatkan dari desa yang memenuhi 8 kriteria.

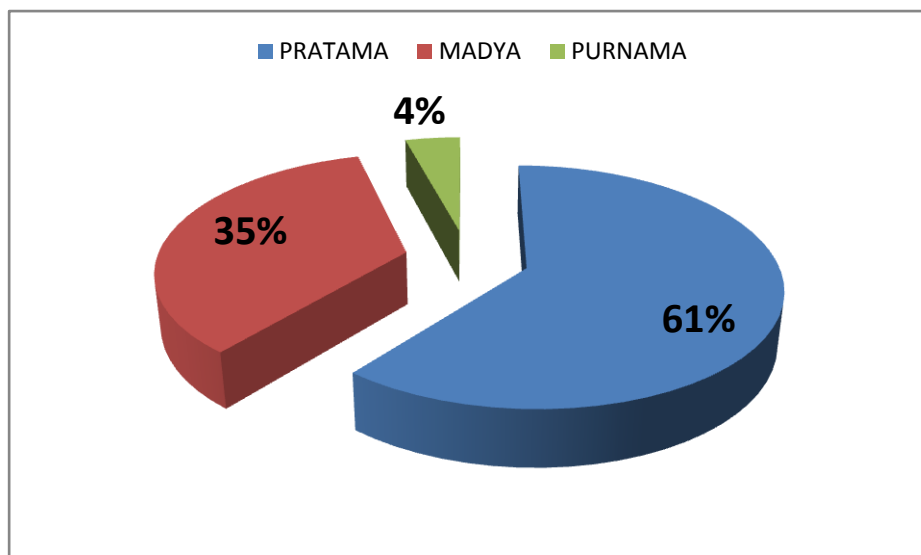
Penetapan pentahapan kriteria Desa/Kelurahan Siaga Aktif berdasarkan pada Pedoman Umum Desa dan Kelurahan Siaga Aktif. Jumlah persentase merupakan kumulatif dari jumlah Desa atau Kelurahan Siaga Aktif pada tahun sebelumnya.

Gambar 5.4 Desa Siaga di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011



Jumlah Desa/Kelurahan Siaga di Jawa Timur 8.496 desa/kelurahan, sedangkan yang sudah aktif sebanyak 6.842 (80,53%) desa/kelurahan. Tahapan Desa Siaga Aktif di Jawa Timur tahun 2011 yaitu pada tahap Bina sejumlah 1.654 (19,47%) , Tumbuh 4.167 (49,05 %), Kembang 2.388 (28,11%). Dan Paripurna 287 (3,38 %).

Gambar 5.5 Strata Desa Siaga di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011



Desa/Kelurahan Siaga di Jawa Timur pengembangannya sudah mendapatkan dukungan dari pemerintah daerah, baik ditingkat Provinsi maupun tingkat Kabupaten/Kota, hal ini ditunjukkan oleh adanya berbagai kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah daerah.

Berbagai upaya dalam mendukung keberhasilan program Desa Siaga telah diantaranya melakukan kemitraan baik dengan Lintas Program, Lintas Sektor, Lembaga Swadaya Masyarakat, dunia usaha, Organisasi Wanita, Organisasi Keagamaan, Organisasi Profesi dan Pemuda . Kemitraan tersebut dilaksanakan dalam berbagai bentuk kegiatan, antara lain dengan pertemuan dan monitoring terpadu pengembangan Desa Siaga di Kabupaten/Kota

5.1.3 Sarana Farmasi dan Perbekalan Kesehatan

Salah satu indikator penting untuk menggambarkan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan adalah tersedianya sarana farmasi dan perbekalan kesehatan, yang terbagi menjadi sarana produksi, sarana distribusi dan pelayanan kefarmasian dan perbekalan kesehatan serta sarana produksi makanan. Sarana Farmasi dan Perbekalan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011 seperti terlihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 5.2 Jumlah Sarana Farmasi dan Perbekalan Kesehatan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011

No	Jenis Sarana	Jumlah
1	Apotek	3.047
2	Toko Obat	342
3	PM IRT	22.125
4	GFK	38
5	Industri Farmasi	45
6.	Industri Obat Tradisional (IOT)	15
7.	Industri Kecil Obat Tradisional (IKOT)	295
8.	Industri Alat Kesehatan	27
9.	Industri Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT)	89
10.	Industri Kosmetik	120
11.	Pedagang Besar Farmasi (PBF)	503
12.	Penyalur Alat Kesehatan (PAK)	86
13.	Cabang Penyalur Alat Kesehatan (PAK)	53
14	Sub Penyalur Alat Kesehatan (PAK)	218

Pada umumnya jumlah sarana kefarmasian dan perbekalan kesehatan mengalami peningkatan dalam hal jumlah kecuali industri farmasi dan IKOT tetap sedangkan Sub-PAK mengalami penurunan karena tutup ataupun pindah status menjadi PAK karena penyesuaian dengan Permenkes RI nomor 1191 Tahun 2010 tentang Penyaluran Alat Kesehatan, di mana jika sebelumnya untuk bisa

menjadi penyalur Alkes seseorang cukup mendirikan Badan Usaha dengan diterbitkannya Permenkes yang baru untuk bisa menyalurkan Alkes harus berbentuk Badan Hukum.

5.2 TENAGA KESEHATAN

Sumberdaya manusia khususnya tenaga kesehatan merupakan faktor penggerak utama dalam mencapai tujuan dan keberhasilan program pembangunan kesehatan. Peningkatan kualitas SDM kesehatan dilaksanakan melalui pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan.

Jumlah tenaga kesehatan di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2011 sebanyak 68.086 orang dengan proporsi terbesar adalah tenaga perawat 28.198 orang (41 %) dengan rasio 74,14 per 100.000 penduduk kemudian tenaga Bidan 14.987 orang (22 %) dengan rasio 39,41 per 100.000 penduduk dan tenaga medis sebanyak 11.026 orang (16 %) dengan rasio 29,00 per 100.000 penduduk. Untuk melihat jumlah tenaga kesehatan dan rasio per 100.000 penduduk keseluruhan dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.3 Rekapitulasi Tenaga Kesehatan Berdasarkan Jenis Tenaga dan Rasio per 100.000 Penduduk di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011

No	Jenis Tenaga	Jumlah	Persentase	Ratio per 100.000 Penduduk
1	Medis	11,026	16 %	29.00
2	Bidan	14,987	22 %	39.41
3	Perawat	28,198	41 %	74.15
4	Kefarmasian	6,615	10 %	17.40
5	Gizi	1,694	2 %	4.45
6	Kemas	1,251	2 %	3.29
7	Sanitasi	1,239	2 %	3.26
8	Teknisi Medis	2,667	4 %	7.01
9	Fisioterapis	409	1 %	1.08
Total		68,086	100%	

5.3 ANGGARAN KESEHATAN

Pembiayaan program dan kegiatan bidang kesehatan di Jawa Timur diperoleh dari berbagai sumber diantaranya dana APBD baik APBD Provinsi maupun APBD Kabupaten/Kota, APBN yang meliputi dana Dekonsetrasi, Tugas Pembantuan (TP), Jamkesmas, Jampersal dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) serta Bantuan Luar Negeri (BLN).

Berdasarkan hasil rekapitulasi anggaran APBD Kabupaten/Kota dan APBD Provinsi diketahui bahwa anggaran kesehatan di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2011 adalah sebesar Rp. 5.805.693.352.012,- meningkat 11,6% dibandingkan anggaran kesehatan di tahun 2010. Sementara bila dijumlahkan dari semua anggaran kesehatan yang ada maka jumlahnya menjadi Rp 7.185.855.226.012,- sehingga total persentase anggaran kesehatan bersumber APBD terhadap total anggaran kesehatan sebesar 80,79%. Dibandingkan tahun 2010, dukungan anggaran kesehatan melalui APBN tahun 2011 meningkat 6,64% karena adanya penambahan dana Jaminan Persalinan (Jampersal).

Table 5.4 Anggaran Kesehatan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011

NO	SUMBER BIAYA	ALOKASI ANGGARAN KESEHATAN	
		Rupiah	%
1.	APBD KAB/KOTA + DAK (belanja langsung & tak langsung) a. Dinas Kesehatan b. Rumah Sakit	3.780.937.194.322 2.308.132.233.286 1.472.804.961.036	52,62
2.	APBN KAB/KOTA - Jaminan Kesehatan Masyarakat a. Dinas Kesehatan b. Rumah Sakit - Jampersal - Tugas Pembantuan (TP) - Bantuan Operasional Kesehatan (BOK	1.357.309.953.000 197.921.742.000 661.727.713.000 154.702.998.000 271.945.000.000 71.012.500.000	18,89
3.	Bantuan Luar Negeri (BLN)		
4.	APBD PROVINSI (Dinas Kesehatan + 14 RS/BP4)	2.024.756.157.690	28,18
5.	APBN PROVINSI (Dekonsentrasi)	22.851.921.000	0,32
TOTAL ANGGARAN KESEHATAN		7.185.855.226.012	100
TOTAL APBD KESEHATAN		5.805.693.352.012	
% APBD KES.TH D TOTAL ANGGARAN KES.			87,43

BAB VI

PENUTUP

Data dan pelaksanaan manajemen, maka penyediaan data dan informasi yang berkualitas sangat diperlukan sebagai masukan dalam proses pengambilan keputusan. Selain itu penyajian data dan informasi yang berkualitas sangat dibutuhkan baik oleh jajaran kesehatan, lintas sektor maupun masyarakat. Di bidang kesehatan, data dan informasi ini diperoleh melalui informasi merupakan sumber daya yang strategis bagi pimpinan dan organisasi dalam penyelenggaraan sistem informasi kesehatan.

Namun sangat disadari, sistem informasi kesehatan yang ada saat ini masih belum dapat memenuhi kebutuhan data dan informasi kesehatan secara optimal, apalagi dalam era desentralisasi pengumpulan data dan informasi dari Kabupaten/Kota menjadi relatif lebih sulit. Hal ini berimplikasi pada kualitas data dan informasi yang disajikan dalam Profil Kesehatan Provinsi yang diterbitkan saat ini belum sesuai dengan harapan. Walaupun demikian, diharapkan Profil Kesehatan Provinsi dapat memberikan gambaran secara garis besar dan menyeluruh tentang seberapa jauh keadaan kesehatan masyarakat yang telah dicapai. Walaupun Profil Kesehatan Provinsi sering kali belum mendapatkan apresiasi yang memadai, karena belum dapat menyajikan data dan informasi yang sesuai dengan harapan, namun ini merupakan salah satu publikasi data dan informasi pembangunan kesehatan. Oleh karena itu dalam rangka meningkatkan kualitas Profil Kesehatan Provinsi, perlu dicari terobosan dalam mekanisme pengumpulan data dan informasi secara cepat untuk mengisi kekosongan data agar dapat tersedia data dan informasi.