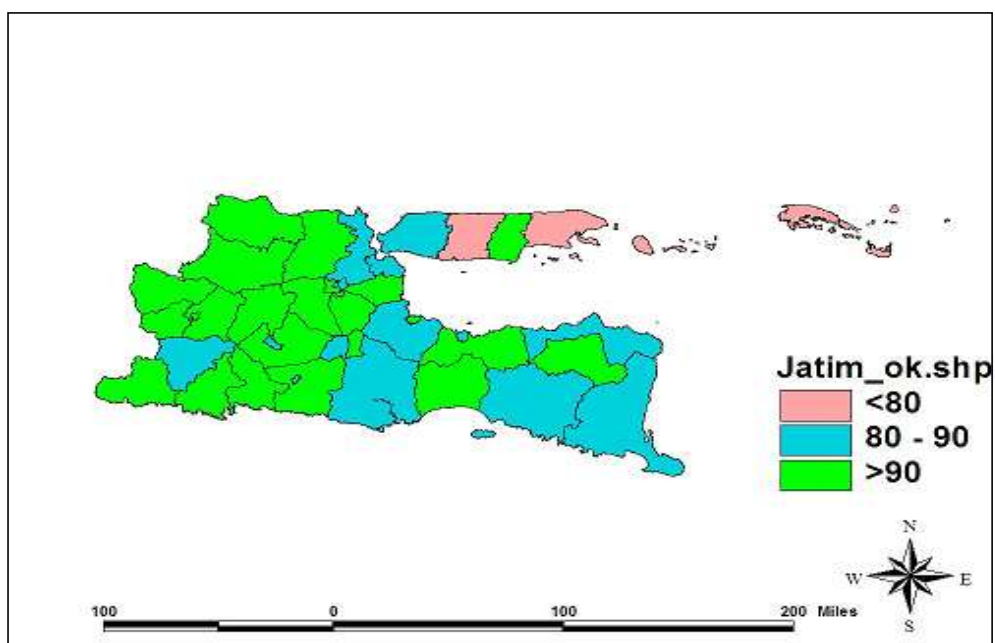




# PROFIL KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR TAHUN 2008



**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR  
DINAS KESEHATAN**

Jln Jenderal A Yani 118 Surabaya Telp 031-8299056

Website : [www.dinkesjatim.go.id](http://www.dinkesjatim.go.id)

Email : [info@dinkesjatim.go.id](mailto:info@dinkesjatim.go.id)

Surabaya, 2009

## KEPALA DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah Subhanahuwata'ala, pada akhirnya buku "Profil Kesehatan Propinsi Jawa Timur Tahun 2008" 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 Propinsi Jawa Timur Tahun 2008, kami memberikan apresiasi dan ucapan terima kasih kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota dan Tim Penyusun Profil 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 2008 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. PAWIK SUPRIADI, SpJP (K)  
Pembina Utama Madya  
NIP. 19520917 197804 1 002

## **KATA PENGANTAR**

Profil Kesehatan merupakan salah satu produk informasi yang dihasilkan Sistem Informasi Kesehatan (SIK), yang dimanfaatkan untuk mendukung proses pengambilan keputusan bidang kesehatan diberbagai jenjang administrasi. Pengambilan keputusan bagi pimpinan bidang kesehatan sangat membutuhkan ketepatan dan kecepatan, sehingga sangat dibutuhkan produk informasi kesehatan yang sesuai dengan karakteristik pengambilan keputusan itu.

Sementara dari sisi proses produksinya, Profil Kesehatan yang bermutu hanya dapat dihasilkan oleh sistem dan prosedur standar yang ditaati oleh para pelaku atau pengguna SIK. Ketika sistem informasi yang ada sudah tertata dengan baik namun bila perilaku para pengguna sistem tidak disiplin dalam memenuhi langkah-langkah yang seharusnya ditempuh, maka sistem tidak akan dapat berbuat banyak untuk bisa menghasilkan produk informasi seperti yang dibutuhkan.

Upaya menerbitkan Profil Kesehatan ini telah menyita waktu, tenaga dan pikiran kawan-kawan pengelola data kesehatan baik di Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota (DKK) maupun Provinsi (DKP). Demikian pula, kawan-kawan pengelola program kesehatan. Upaya ini mulai berlangsung sejak akhir bulan Februari 2009 dengan menginventarisir data program kesehatan yang ada di Kabupaten/Kota, kemudian dilakukan proses komunikasi antara Seksi Informasi dan Litbang dengan seluruh unit kerja yang mengelola data dan informasi di DKK dengan memanfaatkan saluran komunikasi yang ada baik telepon, faksimili maupun email [info@dinkesjatim.go.id](mailto:info@dinkesjatim.go.id). Proses awal ini, dilanjutkan dengan pengumpulan data kesehatan dari unit-unit kerja yang mengelola data program kesehatan di DKK.

Masih seperti tahun-tahun sebelumnya, ternyata proses pengumpulan data ditingkat pengelola program kesehatan tidak semudah yang dibayangkan oleh kawan-kawan di unit data dan informasi. Hal ini mengingatkan bahwa "area penangkapan" data, atau proses pencatatan data kesehatan berada pada

sarana pelayanan dasar yaitu puskesmas, dan sarana pelayanan rujukan yaitu rumah sakit. Proses internal pengumpulan data di kedua sarana pelayanan ini, ternyata tidak sederhana. Banyak bagian atau unit kerja (baca: subsistem) yang seharusnya mensupport -dalam bentuk data pelayanan- dengan cepat, juga ternyata tidak dapat memenuhi limit waktu yang disediakan.

Situasi dan kondisi ini “diperkaya” dengan sulitnya mewujudkan koordinasi dan kerjasama dalam tatanan riil ditingkat lapangan. Meskipun ditingkat manajerial sudah tidak bermasalah.

Data yang berhasil dikumpulkan ditingkat kabupaten/kota, kemudian dilakukan validasi sehingga dapat diminimalisir –untuk tidak mengatakan dihilangkan sama sekali- angka-angka yang inkonsisten satu sama lain. Baru kemudian dilakukan rekapitulasi menjadi table kabupaten/kota. Setelah proses ini selesai, data dalam bentuk tabel -yang jumlahnya mencapai 63 buah- dikirim ke Seksi Informasi dan Litbang di DKP. Dari sini, proses mencermati angka dalam tabel profil kesehatan kabupaten/kota dilakukan di DKP. Validasi dilakukan kembali ditingkat provinsi, baru kemudian dilakukan tabulasi kedalam tabel profil kesehatan provinsi. Proses berulang ini terjadi sebagai konsekuensi SIK yang masih berjalan manual, meskipun prosesnya elektronik (tidak lagi mekanik).

Situasi dan kondisi diatas menggambarkan betapa proses manajemen data kesehatan belum bisa berjalan secara mudah dan lancar sehingga berdampak terhadap sulitnya menghasilkan produk-produk informasi kesehatan yang bermutu, untuk mendukung proses pengambilan keputusan bagi pimpinan.

Uraian diatas menggambarkan kondisi umum SIK di Provinsi Jawa Timur, yang masih membutuhkan waktu untuk dilakukan proses perbaikan terus menerus (kaizen, continues improvement) untuk sampai pada pintu gerbang pencerahan sistem informasi. Upaya untuk sampai pada pintu pencerahan itu hanya mungkin dicapai manakala para pelaku dan pengguna SIK pada semua subsistem yang ada telah menyadari dengan sesungguhnya betapa vitalnya peran dan kontribusi setiap subsistem yang ada –sekretariat

dan sub bagiannya, bidang-bidang dan seksi-seksinya- dalam implementasi sistem informasi. Inilah kesadaran sistemik (systemic awareness). Bila kesadaran sistemik itu telah benar-benar tumbuh, maka kita bisa berharap proses pencerahan akan bisa kita mulai dan rasakan.

Apakah ada keinginan atau -lebih tepatnya- kebutuhan dari semua pemangku kepentingan bidang kesehatan akan adanya atau tersedianya informasi kesehatan yang bermutu dan cepat ? Jawabanya tentu kembali kepada kita semua, para pemangku kepentingan program kesehatan.

Akhirnya, dengan berbagai kekurangan yang ada yang melekat pada buku Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2008 ini, koreksi, saran dan perbaikan dari para pembaca atas isi dari buku ini sangat kami harapkan.

## DAFTAR ISI

KATA SAMBUTAN		i
KATA PENGANTAR		ii
DAFTAR ISI		v
DAFTAR GAMBAR		vi
Bab I	PENDAHULUAN	1
	A. Latar Belakang	1
	B. Sistematika Penyajian	1
Bab II	GAMBARAN UMUM JAWA TIMUR	3
	A. Kondisi Geografis	3
	B. Wilayah Administrasi	3
	C. Kependudukan	4
Bab III	SITUASI DERAJAT KESEHATAN	5
	A. Mortalitas (Angka Kematian)	5
	B. Umur Harapan Hidup (UHH)	6
	C. Morbiditas (Angka Kesakitan)	7
	D. Status Gizi	18
Bab IV	SITUASI UPAYA KESEHATAN	21
	A. Pelayanan Kesehatan Dasar	21
	B. Perilaku Masyarakat	39
	C. Keadaan Lingkungan	42
Bab V	SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN	
	A. Sarana dan Prasarana kesehatan	47
	B. Tenaga Kesehatan	50
Bab VI	PENUTUP	54
Lampiran	Tabel Profil	

## DAFTAR GAMBAR

	<b>NO</b>	<b>JUDUL</b>	<b>HAL</b>
Gambar	1	Angka kematian bayi per 100.000 kelahiran hidup di Jawa Timur tahun 2005-2008	6
Gambar	2	Penyebab kematian ibu di Jawa Timur tahun 2008	6
Gambar	3	Estimasi UHH di Jawa Timur tahun 2005-2008	7
Gambar	4	Perkembangan penyakit TB paru di Jawa Timur tahun 2005-2008	8
Gambar	5	Perkembangan angka kesakitan balita pneumonia di Jawa Timur tahun 2005-2008	10
Gambar	6	Perkembangan kasus Diare di Jawa Timur tahun 2006-2008	13
Gambar	7	Jumlah kasus Difteri di Jawa Timur tahun 2006-2008	15
Gambar	8	Jumlah kasus Tetanus dan Tetanus neonatorum di Jawa Timur tahun 2006 - 2008	16
Gambar	9	Jumlah kasus Campak di Jawa Timur tahun 2006 - 2008	16
Gambar	10	Jumlah kasus Hepatitis B di Jawa Timur tahun 2006 - 2008	17
Gambar	11	Jumlah kasus BBLR B di Jawa Timur tahun 2006 - 2008	18
Gambar	12	Jumlah kasus balita gizi buruk di Jawa Timur tahun 2006 - 2008	20
Gambar	13	Presentase cakupan K4 Ibu hamil di Jawa Timur tahun 2005 -2008	22
Gambar	14	Peta cakupan K4 Ibu hamil di Jawa Timur tahun 2008	23
Gambar	15	Perkembangan cakupan Linakes di Jawa Timur tahun 2005 -2008	23
Gambar	16	Peta cakupan Linakes di Jawa Timur tahun 2008	24
Gambar	17	Perkembangan cakupan KN2 di Jawa Timur tahun 2005 -2008	26
Gambar	18	Peta cakupan KN2 di Jawa Timur tahun 2008	26
Gambar	19	Cakupan pelayanan apras, usia sekolah dan remaja di Jawa Timur tahun 2005 - 2008	28
Gambar	20	Proporsi metode kontrasepsi peserta KB aktif di Jawa Timur tahun 2008	29
Gambar	21	Proporsi metode kontrasepsi peserta KB baru di Jawa Timur tahun 2008	29
Gambar	22	Cakupan pelayanan pra usila dan usila di Jawa Timur tahun 2006 - 2008	30
Gambar	23	Cakupan distribusi Fe-1 dan Fe-3 di Jawa Timur tahun 2007 - 2008	31
Gambar	24	Cakupan Desa/keluarahan UCI tahun 2005 - 2008	34
Gambar	25	Peta Desa/keluarahan UCI tahun 2008	35
Gambar	26	Proporsi jenis asuransi kesehatan di Jawa Timur tahun 2008	37
Gambar	27	Cakupan ASI Eksklusif di Jawa Timur tahun 2006 - 2008	41
Gambar	28	Cakupan rumah sehat di Jawa Timur tahun 2008	42
Gambar	29	Cakupan TUPM sehat di Jawa Timur tahun 2008	43
Gambar	30	Cakupan institusi dibina lingkungannya di Jawa Timur tahun 2008	43

Gambar	31	Cakupan kepemilikan air bersih di Jawa Timur tahun 2008	44
Gambar	32	Cakupan sarana sanitasi dasar di Jawa Timur tahun 2008	45
Gambar	33	Perkembangan jumlah puskesmas di Jawa Timur tahun 2005 - 2008	46
Gambar	34	Perkembangan jumlah posyandu di Jawa Timur tahun 2005 - 2008	48
Gambar	35	Perkembangan jumlah polindes di Jawa Timur tahun 2005 - 2008	49



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### ***A. LATAR BELAKANG***

Pada saat ini masyarakat semakin peduli dengan situasi dan hasil pembangunan kesehatan yang telah dilakukan oleh pemerintah terutama terhadap permasalahan kesehatan yang berhubungan langsung dengan masyarakat. Oleh karena itu diperlukan suatu produk informasi yang dikemas dengan sederhana dan informatif agar dapat dibaca masyarakat.

Profil kesehatan merupakan salah satu produk Informasi Kesehatan yang berisi tentang gambaran kesehatan di Provinsi Jawa Timur yang memuat tentang berbagai data dan situasi hasil pembangunan kesehatan selama satu tahun dan dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya. Data dan informasi yang tersajikan meliputi gambaran umum, derajat kesehatan, upaya kesehatan, sarana kesehatan dan data-data pendukung lainnya yang berhubungan dengan kesehatan.

Selain untuk penyajian informasi kesehatan, profil juga dapat dimanfaatkan untuk mendukung proses pengambilan keputusan bagi pimpinan bidang kesehatan di berbagai jenjang administrasi serta merupakan salah satu sarana untuk memantau dan mengevaluasi keberhasilan pembangunan kesehatan menuju Indonesia sehat 2010.

### ***B. SISTEMATIKA PENYAJIAN***

Bab-1 : **Pendahuluan**

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

**Bab-2 : Gambaran Umum**

Bab ini menyajikan tentang gambaran umum Provinsi Jawa Timur.

**Bab-3 : Situasi Derajat Kesehatan**

Bab ini berisi uraian tentang indikator mengenai angka kematian, angka kesakitan, UHH dan status gizi masyarakat

**Bab 4 : Situasi Upaya Kesehatan**

Bab ini menggambarkan tentang upaya kesehatan masyarakat, Akses dan mutu Pelayanan Kesehatan, Perilaku Masyarakat dan Keadaan Lingkungan

**Bab 5 : Situasi Sumber Daya Kesehatan**

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

**Bab 6 : Penutup**

**Lampiran**

Pada lampiran ini berisi resume/pencapaian pembangunan kesehatan di Provinsi Jawa Timur berupa 63 tabel data.

## **BAB II**

### **GAMBARAN UMUM**

#### ***A. KONDISI GEOGRAFIS***

Provinsi Jawa Timur merupakan salah satu Provinsi di Pulau Jawa yang terletak diantara 7,12"- 8,48" Lintang Selatan dan 111"- 114,4" Bujur Timur dengan batas – batas wilayah :

- Sebelah utara berbatasan dengan Pulau Kalimantan,
- sebelah timur berbatasan dengan Pulau Bali
- sebelah selatan dengan perairan terbuka yaitu samudra Indonesia
- sebelah barat berbatasan dengan Provinsi Jawa Tengah.

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

- Dataran tinggi (> 100 meter) : 5 Kabupaten dan 3 Kota
- Dataran sedang (45-100 meter) : 9 Kabupaten dan 2 Kota
- Dataran rendah (< 45 meter ) : 16 Kabupaten dan 4 Kota

Gambaran Kabupaten/Kota yang berada di wilayah Provinsi Jawa Timur :



#### ***B. WILAYAH ADMINISTRASI :***

Secara umum wilayah Jawa Timur terbagi atas 2 bagian besar yaitu Jawa Timur daratan dan Pulau Madura dengan luas wilayah sebesar

47.281 km<sup>2</sup> yang terbagi atas 38 kabupaten/Kota yang terdiri dari 29 kabupaten dan 9 Kota. Terdapat 5 kabupaten dengan wilayah terluas yaitu Banyuwangi, Malang, Jember, Sumenep dan Tuban.

Adapun jumlah kecamatan dan desa/kelurahan yang ada di Jawa Timur tahun 2008 sebanyak 658 Kecamatan dan 8.497 desa/kelurahan. Kabupaten/Kota yang memiliki desa terbanyak adalah kabupaten Lamongan sebanyak 474 desa (Jawa Timur Dalam Angka 2008)

### ***C. KEPENDUDUKAN***

Jumlah penduduk di Jawa Timur tahun 2008 berdasarkan hasil proyeksi BPS Provinsi Jawa Timur sebanyak 37.436.164 jiwa dengan tingkat kepadatan penduduk Jawa Timur rata-rata 792 jiwa per km<sup>2</sup> dan Kota Surabaya merupakan kota dengan jumlah penduduk paling besar yaitu 2.866.841 jiwa (7,66%) dengan tingkat kepadatan penduduk tertinggi yaitu 8.794 jiwa/km<sup>2</sup>.

## **BAB III**

### **SITUASI DERAJAT KESEHATAN**

Tujuan pembangunan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal sesuai dengan Undang-undang no. 36 tahun 2009.

Untuk mengetahui gambaran derajat kesehatan masyarakat dapat diukur dari indikator-indikator yang digunakan antara lain angka kematian, Umur Harapan Hidup, angka kesakitan serta status gizi. Indikator tersebut dapat diperoleh melalui laporan dari fasilitas kesehatan (facility based) dan data yang dikumpulkan dari masyarakat (community based).

#### ***A. MORTALITAS (Angka Kematian)***

Kejadian kematian dalam masyarakat seringkali digunakan sebagai indikator dalam menilai keberhasilan pelayanan kesehatan dan program pembangunan kesehatan lainnya. Angka kematian pada umumnya dapat dihitung dengan melakukan berbagai survei dan penelitian.

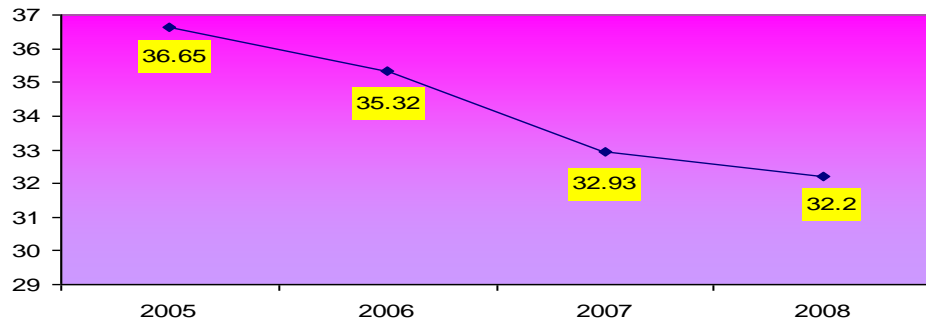
##### **1. Angka kematian bayi (AKB)**

Angka Kematian Bayi (AKB) atau Infan Mortality Rate (IMR) merupakan indikator yang lazim digunakan untuk menentukan derajat kesehatan masyarakat, sehingga program-program kesehatan banyak yang menitikberatkan pada upaya penurunan AKB, dimana AKB merujuk pada jumlah bayi yang meninggal antara fase kelahiran hingga bayi umur < 1 tahun per 1.000 kelahiran hidup.

Berdasarkan laporan dari Kabupaten/Kota pada tahun 2008 tercatat 4.368 bayi meninggal dari 558.934 kelahiran. Sementara menurut estimasi BPS, AKB di Provinsi Jawa Timur tahun 2008 sebesar 32,2 per 1.000 kelahiran hidup. Walaupun menunjukkan tren menurun selama 4 tahun terakhir namun AKB tersebut masih jauh

dari target nasional 2010 yang diproyeksikan sebesar 25,7 per 1.000 kelahiran hidup (sumber : rencana Pembangunan Kesehatan tahun 2005-2009). Banyak faktor yang mempengaruhi AKB dan tidak mudah untuk menemukan faktor yang paling dominan.

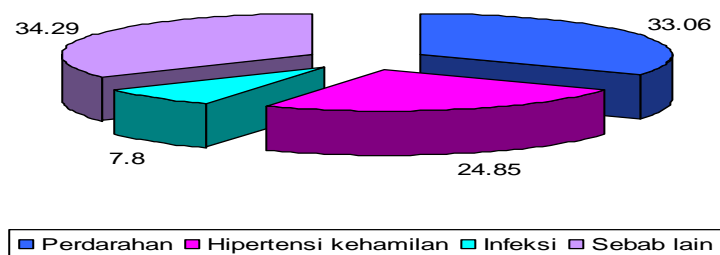
Gambar 1  
Angka Kematian Bayi per 100.000 kelahiran hidup.  
Di Jawa Timur tahun 2005-2008



## 2. Kematian Ibu Maternal

Kematian ibu maternal adalah kematian ibu karena kehamilan, melahirkan atau selama nifas. Menurut laporan dari Bidang Bina Yankes, pada tahun 2008 terjadi 487 kasus kematian di Jawa Timur dengan penyebab terbanyak yaitu perdarahan 161 kasus (33,06%), hipertensi dalam kehamilan 121 kasus (24,85%) dan 38 kasus infeksi (7,80%) serta ada 167 kasus karena sebab lain-lain (34,29%).

Gambar 2. Penyebab kematian ibu  
Di Provinsi Jawa Timur tahun 2008



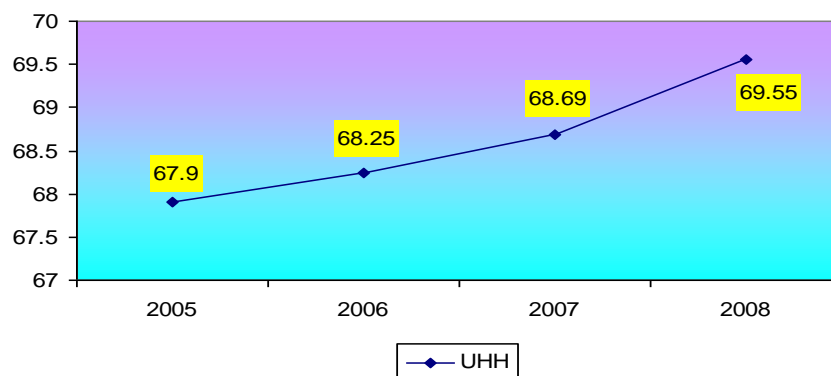
## B. UMUR HARAPAN HIDUP (UHH)

Umur Harapan Hidup juga merupakan salah satu indikator derajat kesehatan dan kualitas hidup masyarakat, dengan adanya peningkatan

Umur Harapan Hidup (UHH) dapat diindikasikan adanya keberhasilan pembangunan pada sektor kesehatan.

Angka umur harapan hidup diperoleh melalui survei yang dilakukan oleh BPS. Berdasarkan estimasi, umur harapan hidup provinsi Jawa Timur cenderung meningkat dari tahun ke tahun yaitu dari 67,90 pada tahun 2005 menjadi 69,55 tahun 2008 dan diprediksi akan meningkat lagi menjadi 70,8 pada tahun 2010.

Gambar 3  
Estimasi Umur Harapan Hidup Waktu Lahir (UHH)  
Di Jawa Timur tahun 2005-2008



### **C. MORBIDITAS (ANGKA KESAKITAN)**

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

#### **1. Penyakit Menular :**

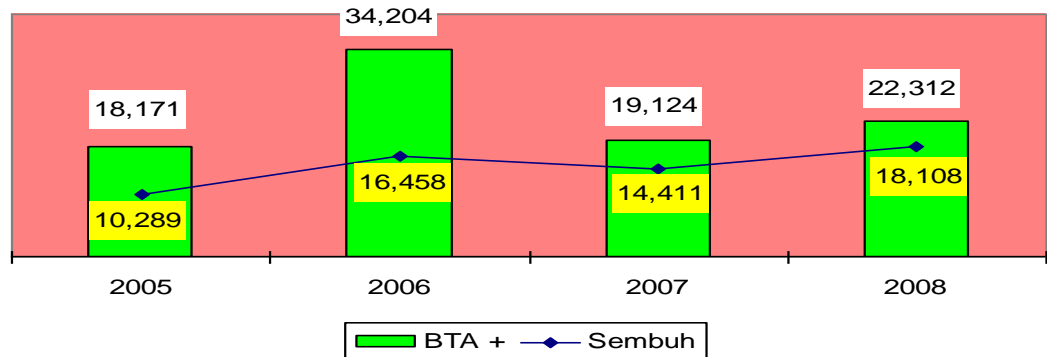
##### **a. Penyakit TB Paru**

Penyakit Tuberculosis atau TBC disebabkan oleh bakteri mycobacterium Tuberculosis yang ditularkan melalui percikan dahak penderitanya. Penyakit ini seringkali menjadi penyebab kematian di masyarakat, sehingga Millenium Development Goals (MDGs) menjadikan penyakit TB Paru sebagai salah satu penyakit yang menjadi target untuk diturunkan.

Strategi penanganan TB paru yang digunakan sampai saat ini adalah Directly Observed Treatment Shortcourse (DOTS) yaitu pengobatan TB paru dengan pengawasan langsung menelan obat setiap hari oleh seorang pengawas minum obat (PMO) yang mulai diperkenalkan di Indonesia pada tahun 1995.

Berdasarkan laporan dari Bidang PPMK, jumlah penderita baru TB BTA+ yang diobati sebanyak 22.312 orang dan yang sudah dinyatakan sembuh sebanyak 18.108 orang (81,16%). Cakupan kesembuhan tersebut sudah hampir memenuhi target Indonesia Sehat 2010 sebesar 85%.

Gambar 4  
Perkembangan penyakit TB Paru di Jawa Timur  
Tahun 2005-2008



Dari diagram diatas terlihat bahwa penemuan kasus TB BTA + dan prosentase kesembuhan cenderung naik. Kondisi tersebut tidak terlepas dari peranan PMO yang aktif mengawasi penderita sehingga pasien tidak drop out.

#### **b. Penyakit HIV/AIDS dan IMS**

AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) merupakan kumpulan gejala penyakit akibat menurunnya kekebalan tubuh karena diserang virus HIV (Human Immuno Deficiency Virus).

Keberadaan penderita HIV/AIDS bagaikan fenomena gunung es, dimana jumlah penderita yang ditemukan jauh lebih sedikit dibandingkan penduduk yang terinfeksi dan diperkirakan pada tahun 2010 jumlah ODHA di Jawa Timur bisa mencapai 20.810



orang. Kondisi tersebut tak dapat dipungkiri bertalian erat dengan mobilitas penduduk yang meningkat pesat disertai peningkatan perilaku seksual yang tidak aman serta penggunaan NAPZA suntik yang semakin meluas.

Sampai dengan tahun 2008 jumlah kasus HIV/AIDS yang dilaporkan oleh 33 Kabupaten/kota sebanyak 2.053 kasus dengan kasus terbanyak di Kota Surabaya sebanyak 362 kasus (17,63%).

Upaya pencegahan dan penanggulangan dilakukan melalui penyuluhan ke masyarakat, pembentukan klinik IMS dan VCT di Puskesmas, pengobatan dan pemeriksaan berkala penyakit menular seksual (IMS), pengamanan darah donor dan kegiatan lain yang menunjang pemberantasan penyakit HIV/AIDS.

Dari hasil skrining pada 320.661 sampel darah pendonor yang diperiksa terdapat 409 sampel darah (0,13%) yang tercemar HIV/AIDS (tabel 41), sementara dari pemeriksaan pada kelompok resiko tinggi diketahui jumlah pengidap penyakit infeksi menular seksual di Jawa Timur tahun 2008 sebanyak 24.973 kasus, menurun dibandingkan tahun 2007 sebanyak 30.182 kasus. Salah satu penyebab menurunnya penyakit infeksi menular seksual ini diharapkan karena meningkatnya kesadaran masyarakat akan bahaya perilaku seksual yang tidak aman.

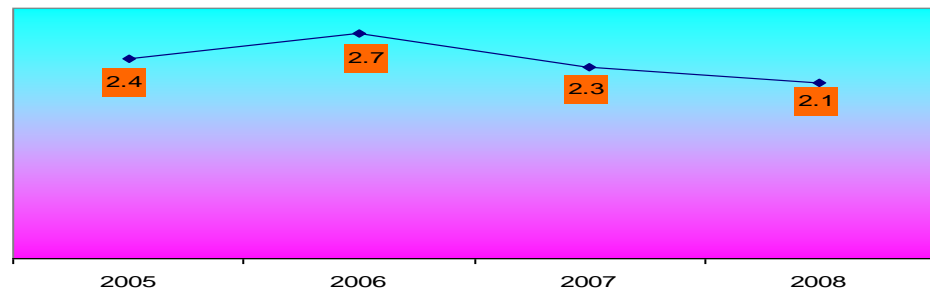
### ***c. Penyakit ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Akut)***

ISPA seringkali menjadi penyebab utama kematian pada bayi dan balita, dimana pneumonia diduga sebagai faktor utama penyebabnya. ISPA juga merupakan salah satu penyebab utama kunjungan berobat pasien di Puskesmas dan di Rumah Sakit.

Berdasarkan laporan kabupaten/kota tahun 2008 di Jawa Timur terdapat 213.280 kasus pneumonia dan 35,10% kasus diantaranya (74.862 kasus) adalah penderita balita (Tabel 9). Berdasarkan laporan dari Bidang PPMK diketahui angka kesakitan

balita karena pneumonia menunjukkan tren menurun seperti terlihat pada gambar 5 dibawah ini.

Gambar 5. Perkembangan angka kesakitan balita Pneumonia Di Jawa Timur tahun 2005-2008



Walaupun angka kesakitan balita karena pneumonia menurun, namun yang perlu diwaspadai adalah perkembangan situasi global saat ini dimana banyak penyakit ISPA yang bersifat New emerging disease, seperti SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome), AI (Avian Influenza/flu burung) dan H1N1.

Upaya pemberantasan penyakit ISPA difokuskan pada upaya penemuan dini dan tatalaksana kasus yang cepat dan tepat pada penderita. Kecepatan keluarga dalam membawa penderita ke unit pelayanan kesehatan serta ketrampilan petugas dalam menegakan diagnosis merupakan kunci keberhasilan penanganan penyakit ISPA

#### **d. Penyakit Kusta**

Penyakit Kusta atau sering disebut penyakit Lepra adalah penyakit infeksi kronis yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Leprae* yang menyerang syaraf tepi dan jaringan tubuh lainnya. Meskipun Indonesia sudah mencapai eliminasi Kusta pada tahun 2000, namun sampai saat ini penyakit Kusta masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat dan Indonesia menjadi negara penyumbang kusta terbesar ketiga di dunia (Profil Kesehatan Indonesia 2007) sementara itu di Jawa Timur penyakit kusta sebagian besar terdapat di wilayah Madura dan pantai utara Pulau Jawa.

Penyakit kusta menurut jenis penyakitnya dibedakan menjadi kusta PB (Pausi Basiler) dan kusta MB (Multi Basiler) dan pengobatannya disesuaikan dengan klasifikasi jenisnya. Berdasarkan laporan, dari 782 penderita Kusta PB di Jawa Timur yang selesai pengobatan (RTF) sampai tahun 2008 sebanyak 752 kasus (96,16%), sementara dari 4.628 penderita kusta MB yang telah menyelesaikan pengobatan sampai tahun 2008 ada 4.271 kasus (92,29%).

Untuk melihat keberhasilan penanggulangan penyakit kusta digunakan angka proporsi cacat tingkat II (kecacatan yang terlihat mata) yang menunjukkan adanya keterlambatan pada penemuan penderita dan proporsi anak yang menunjukkan masih adanya penularan di masyarakat.

Menurut laporan dari Bidang PPMK, pada tahun 2008 di Jawa Timur angka kecacatan tingkat II sebesar 11% dan proporsi penderita usia anak sebesar 12%, keduanya angka tersebut masih diatas target nasional 5% sehingga kondisi ini menggambarkan masih berlanjutnya penularan dan kurangnya kesadaran masyarakat mengenali gejala dini penyakit kusta sehingga penderita kusta yang ditemukan sudah dalam keadaan cacat.

Upaya pencegahan dan pemberantasan dilakukan dengan penyuluhan kepada masyarakat melalui media massa agar penderita dapat ditemukan dalam stadium dini dan tidak sampai menimbulkan kecacatan, pengobatan penderita kusta untuk mencegah infeksi sekunder serta membentuk kelompok-kelompok pemberantasan kusta seperti ANEK (Aliansi nasional Eliminasi Kusta) dan KPD (Kelompok Perawatan Diri).

## **2. Penyakit potensi KLB (Kejadian Luar Biasa) / Wabah**

### ***a. Demam Berdarah Dengue (DBD)***

Penyakit Demam Berdarah Dengue merupakan salah satu penyakit menular yang sampai saat ini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dan sering muncul sebagai Kejadian Luar

Biasa (KLB) sehingga sering menimbulkan kepanikan di masyarakat 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. Umumnya kasus ini mulai meningkat saat musim hujan.

Jumlah kasus DBD yang dilaporkan pada tahun 2008 sebanyak 18.786 orang yang tersebar di 38 kabupaten/kota di Jawa Timur dengan angka kesakitan (Insiden rate) sebesar 50,18 per 100.000 penduduk dengan kasus terbanyak di Kota Surabaya 2.169 kasus (tabel 10). Insiden rate tersebut memang belum memenuhi target nasional ( $< 20/100.000$  penduduk) namun menunjukkan penurunan signifikan dibandingkan tahun 2007 (71,85 per 100.000 penduduk). Hal ini antara lain karena adanya kesadaran masyarakat untuk berperan serta dalam pemberantasan sarang nyamuk melalui gerakan "3M PLUS" (menguras – mengubur - menutup tempat penampungan air) plus upaya lain yaitu melakukan pemantauan rumah/bangunan bebas jentik serta melakukan pengenalan dini gejala DBD dan penanganannya di rumah.

Berdasarkan laporan Kabupaten/Kota tahun 2008 diketahui dari 3.817.420 rumah/ bangunan yang dipantau ada 3.290.741 (86,20%) rumah dinyatakan bebas jentik. Diharapkan pada tahun mendatang capaian angka Bebas Jentik (ABJ) tersebut dapat ditingkatkan menjadi 100% sehingga tidak memberi kesempatan nyamuk untuk berkembang biak.

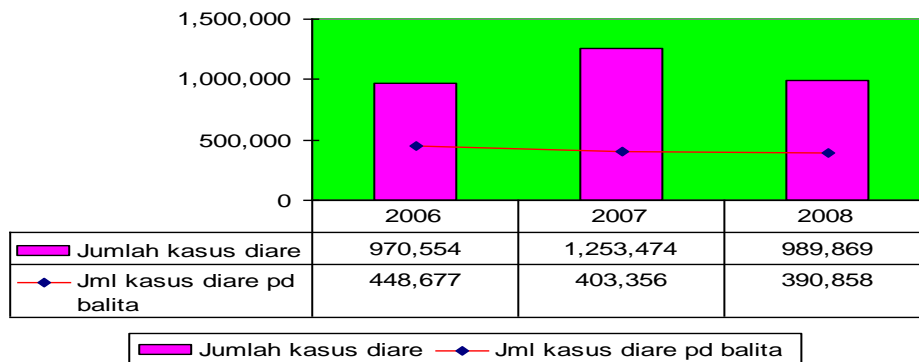
#### ***b. Diare***

Penyakit diare merupakan salah satu penyakit yang berbasis lingkungan, dimana sarana air bersih dan BAB serta perilaku manusia yang tidak sehat merupakan faktor dominan penyebab

penyakit tersebut. Kasus diare dapat menyebabkan kematian terutama pada saat Kejadian Luar Biasa (KLB).

Pada tahun 2008 di Jawa Timur terdapat 989.869 kasus diare dengan proporsi balita sebesar 39,49% (390.858 kasus). Ada 13 kabupaten/kota yang melaporkan kasus KLB diare dengan jumlah penderita 699 dan kematian 14 orang yang terjadi di 28 kecamatan dan 35 desa.

Gambar 6. Perkembangan kasus Diare Di Jawa Timur tahun 2006-2008



Dari gambar diatas terlihat kasus diare pada balita cenderung turun selama tiga tahun terakhir, demikian pula total pasien diare tahun 2008 juga menurun dibandingkan tahun 2007. Penurunan kasus diare dapat dikorelasikan dengan perbaikan hygiene sanitasi dan perilaku hidup bersih dan sehat, karena secara umum penyakit diare sangat berkaitan dengan kedua faktor tersebut.

Upaya penanggulangan diare dilakukan dengan pemberian oralit dan penggunaan infus pada penderita, penyuluhan kepada masyarakat agar meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dalam kehidupan sehari-hari serta melibatkan peran serta kader dalam tatalaksana diare karena dengan penanganan yang tepat dan cepat ditingkat rumah tangga maka diharapkan dapat mencegah terjadinya kasus dehidrasi berat yang dapat mengakibatkan kematian.

### ***c. Filariasis (penyakit kaki gajah)***

Filariasis (penyakit kaki gajah) adalah penyakit infeksi menahun (kronis) yang disebabkan oleh cacing filaria. Penyakit ini ditularkan oleh berbagai jenis nyamuk yang menyerang saluran dan kelenjar getah bening yang dapat menimbulkan cacat menetap (seumur hidup) berupa pembesaran kaki, lengan dan alat kelamin sehingga dapat menimbulkan stigma sosial.

Di Indonesia kurang lebih 10 juta penduduk sudah terinfeksi penyakit ini dengan jumlah penderita kronis (elephantiasis) kurang lebih 6.500 orang, sementara di Jawa Timur jumlah penderita kronis filariasis berdasarkan laporan kabupaten/kota ada 103 kasus yang tersebar di 14 Kabupaten/Kota. Penderita terbanyak di Kabupaten Trenggalek sebanyak 20 orang.

Meskipun penyakit ini sudah menyebar di hampir semua kabupaten/kota di Jawa Timur dan telah dilakukan survei pemetaan endemisitas di beberapa kabupaten/kota, namun hingga saat ini belum diketahui prevalensinya dan jumlah penderita secara pasti.

Upaya pencegahan dan pemberantasan dilakukan dengan memutus rantai penularan dan mengobati penderita untuk mencegah infeksi sekunder. Dalam upaya mencapai eradikasi Filariasis tahun 2020 (WHO), diperlukan alat/sarana yang sensitif untuk penegakan diagnosis sehingga penderita dapat ditemukan dalam stadium dini dan tidak sampai menimbulkan kecacatan.

### **3. Penyakit Menular yg dapat dicegah dengan Imunisasi (PD3I)**

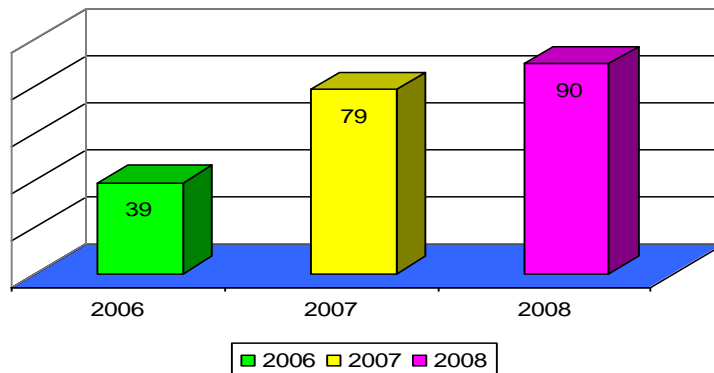
Beberapa penyakit dapat menular dengan cepat sehingga berpotensi menimbulkan kejadian luar biasa, namun diantara penyakit-penyakit tersebut ada yang dapat dicegah dengan imunisasi atau biasa disingkat dengan PD3I (Penyakit-penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi) antara lain yaitu :

### **a. Difteri**

Difteri adalah penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Corynebacterium diphtheriae*, yang ditandai dengan gejala panas tinggi disertai pseudo membran (selaput tipis) putih keabu-abuan pada tenggorok yang tak mudah lepas dan mudah berdarah. Penyakit ini sering kali menjadi penyebab kematian pada anak-anak, namun penyakit ini dapat dicegah dengan pemberian imunisasi DPT1, DPT2 dan DPT3.

Pada tahun 2008, ada 23 Kabupaten/kota di Jawa Timur yang melaporkan kasus difteri dengan jumlah 90 kasus dan kasus terbanyak di Kota Surabaya (17 kasus) namun semua penderita sudah memperoleh penanganan sesuai standar. Terlihat adanya peningkatan kasus selama 3 tahun terakhir.

Gambar 7. Jumlah kasus Difteri di Jawa Timur Tahun 2006-2008

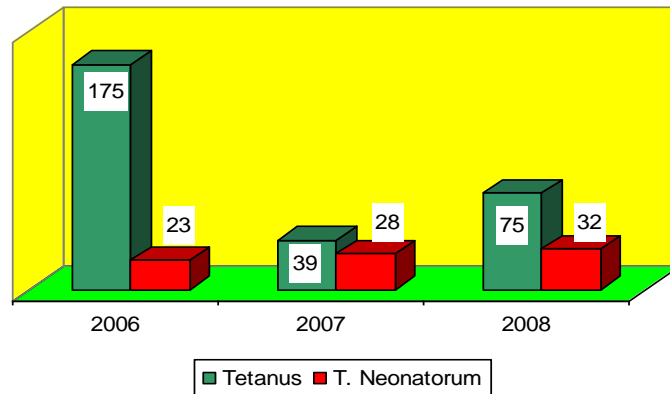


### **b. Tetanus dan Tetanus Neonatorum**

Tetanus adalah penyakit yang disebabkan oleh *Clostridium tetani*, terdiri dari Tetanus Neonatorum yaitu tetanus pada bayi dan tetanus dengan riwayat luka. Berdasarkan laporan dari Kabupaten/Kota, pada tahun 2008 terdapat 75 kasus tetanus dan 32 kasus tetanus neonatorum. Kejadian kasus tetanus Neonatorum sebenarnya dapat dicegah dengan upaya pertolongan persalinan yang higienis ditunjang dengan imunisasi tetanus

Toxoid (TT) pada ibu hamil. Dari gambar dibawah terlihat ada peningkatan kasus dibandingkan tahun 2007.

Gambar 8.  
Jumlah kasus Tetanus dan Tetanus Neonatorum di Jawa Timur Tahun 2006-2008

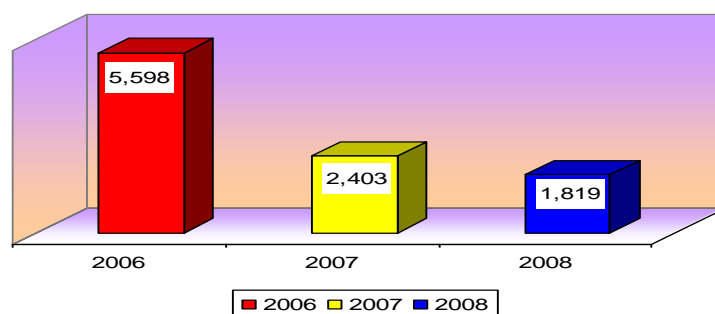


### c. **Campak**

Penyakit Campak merupakan penyakit akut yang disebabkan virus measles yang disebarkan melalui bersin/batuk dengan gejala awal yaitu demam, bercak kemerahan, batuk-pilek lalu timbul ruam di seluruh tubuh. Penyakit Campak sering menyebabkan kejadian luar biasa (KLB), dimana kematian akibat campak pada umumnya disebabkan komplikasi dengan penyakit lain seperti meningitis.

Pada tahun 2008 ada 1.819 kasus campak yang dilaporkan oleh 35 Kabupaten/Kota di Jawa Timur dan kasus terbanyak di Kabupaten Ponorogo (385 kasus). Terjadi penurunan kasus campak pada tiga tahun terakhir.

Gambar 9. Jumlah kasus Campak di Jawa Timur Tahun 2006-2008



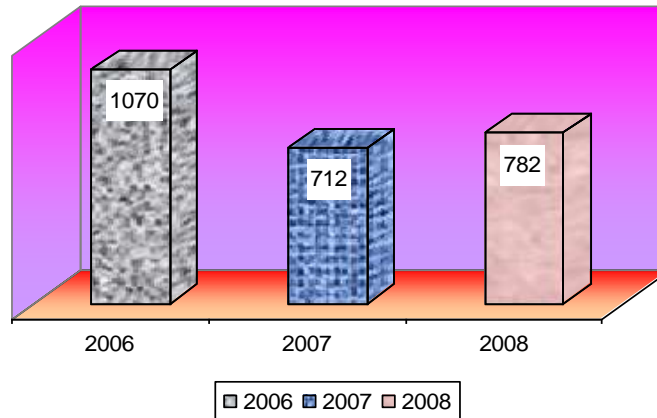


#### **d. Hepatitis B**

Hepatitis B adalah penyakit yang disebabkan oleh virus Hepatitis B yang dapat merusak hati. Penyebaran penyakit tersebut bisa melalui suntikan yang tidak aman, dari ibu ke bayi selama proses persalinan dan melalui hubungan seksual. Infeksi pada anak-anak biasanya tidak menimbulkan gejala dan walaupun ada biasanya adalah gangguan pada perut, lemah dan urine menjadi kuning. Penyakit ini bisa menjadi kronis dan menimbulkan cirrhosis hepatis(kanker hati) dan dapat menimbulkan kematian.

Jumlah kasus hepatitis B tahun 2008 dilaporkan oleh 11 kabupaten/kota dengan penderita 782 kasus dan terbanyak di Kabupaten Jember (345 penderita). Terlihat adanya peningkatan kasus hepatitis B tahun 2008 dibandingkan tahun 2007.

Gambar 10. Jumlah kasus Hepatitis B di Jawa Timur Tahun 2006-2008



#### **e. Pertusis**

Pertusis adalah penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Bordetella pertusis* yang ditandai dengan gejala batuk beruntun dan disertai tarikan nafas hup yang khas serta disertai muntah. Lama batuk bisa sampai 1-3 bulan sehingga sering disebut batuk 100 hari. Serangan batuk lebih sering pada malam hari.

Pada tahun 2008 ada 5 Kabupaten/kota yang melaporkan kasus pertusis dengan jumlah 31 kasus dan kasus terbanyak di kabupaten Lumajang (21 kasus).

#### ***D. STATUS GIZI***

Status gizi merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk menentukan derajat kesehatan dimana kondisi gizi seseorang sangat erat kaitannya dengan permasalahan kesehatan karena disamping merupakan faktor predisposisi yang dapat memperparah penyakit infeksi, kondisi gizi juga secara langsung dapat menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan pada individu. Untuk itu dilakukan pemantauan terhadap status gizi bayi dan balita karena masa tersebut merupakan masa emas perkembangan kecerdasan dan pertumbuhan fisiknya.

##### **1. Status Gizi bayi**

Masalah status gizi ibu hamil akan berpengaruh terhadap kesehatan janin yang dikandungnya dan akan berdampak pada berat badan bayi yang dilahirkan serta juga akan berpengaruh pada perkembangan otak dan pertumbuhan fisik bayi.

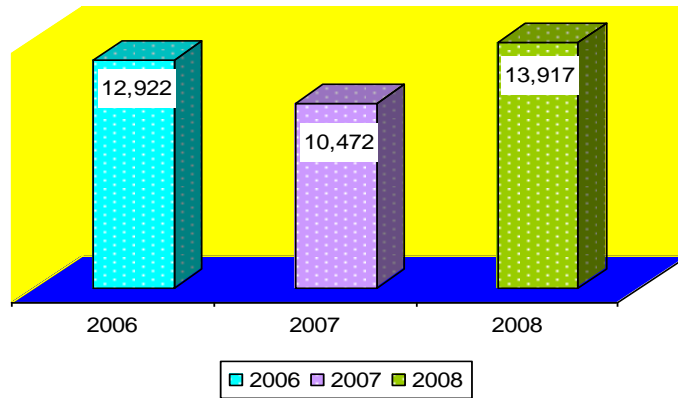
###### ***a. Bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR)***

BBLR adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2.500 gram, merupakan salah satu faktor utama yang berpengaruh terhadap kematian perinatal dan neonatal.

BBLR dibedakan dalam 2 kategori : BBLR karena premature (usia kandungan < 37 minggu) dan BBLR karena intrauterine growth retardation (IUGR) yaitu bayi yang lahir cukup bulan tetapi berat badannya kurang dimana BBLR karena IUGR umumnya disebabkan karena status gizi ibu hamil yang buruk atau menderita sakit yang memperberat kehamilan.

Berdasarkan laporan Kabupaten/Kota tahun 2008 diketahui dari 558.934 jumlah bayi lahir hidup ada 13.917 bayi yang BBLR (2,49%). Jumlah BBLR tersebut meningkat dibandingkan tahun 2006 (12.922 kasus) dan tahun 2007 (10.472 kasus).

Gambar 11. Jumlah kasus BBLR di Jawa Timur Tahun 2006-2008



Dari gambar tersebut terlihat adanya kenaikan jumlah bayi BBLR pada tahun 2008. Kenaikan jumlah bayi BBLR tersebut dapat dipengaruhi oleh status gizi ibu hamil atau adanya penyakit pada ibu yang memperberat kehamilannya. Namun seluruh BBLR yang dilaporkan telah memperoleh penanganan sesuai prosedur.

Untuk menekan angka BBLR dibutuhkan penanganan terpadu dengan lintas program dan lintas sektor karena timbulnya masalah penyakit dan status gizi berkaitan erat dengan tingkat kesejahteraan masyarakat.

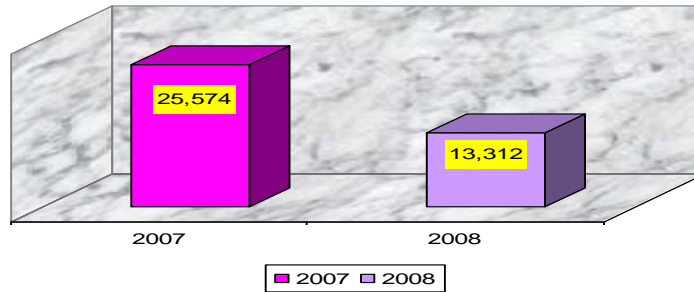
## 2. Status gizi balita

Salah satu cara penilaian status gizi balita adalah dengan pengukuran antropometri yang menggunakan indeks berat badan menurut umur (BB/U) dan dikategorikan dalam "gizi lebih, gizi baik, gizi kurang dan gizi buruk".

Berdasarkan laporan Kabupaten/Kota, pada tahun 2008 diketahui dari hasil penimbangan pada 2.135.521 balita terdapat 1.554.462 balita (72,79%) yang naik berat badannya, 72.427 balita BGM (3,39%) dan 13.312 balita gizi buruk (0,61%) namun semua

balita gizi buruk yang dilaporkan telah ditangani sesuai prosedur. Terjadi penurunan kasus balita gizi buruk tahun 2008 dibandingkan tahun 2007.

Gambar 12. Jumlah kasus Balita Gizi Buruk di Jawa Timur Tahun 2007-2008



Kondisi tersebut cukup menggembirakan dan semua itu tidak terlepas dari kerja keras tenaga gizi yang reponsif menindaklanjuti apabila terdapat kasus BGM dilapangan sehingga kasus tidak berkembang menjadi gizi buruk namun tetap harus diwaspadai agar jumlah balita gizi buruk tidak bertambah dan dapat segera menangani balita gizi buruk lainnya.

Sementara itu dari 72.427 balita BGM tahun 2008 terdapat 62.107 bayi BGM dan 14.464 bayi diantaranya berasal dari masyarakat miskin dan yang mendapat MP ASI sebanyak 5.583 bayi (38,60%).

## **BAB IV**

### **SITUASI UPAYA KESEHATAN**

Dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan yaitu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, telah dilakukan berbagai upaya pelayanan kesehatan masyarakat. Berikut ini diuraikan gambaran situasi upaya kesehatan yang telah dilakukan di Provinsi Jawa Timur.

#### ***A. PELAYANAN KESEHATAN DASAR***

Pelayanan Kesehatan Dasar merupakan langkah awal yang sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dengan pemberian pelayanan kesehatan dasar secara cepat dan tepat, diharapkan sebagian besar masalah kesehatan dapat diatasi. Berbagai pelayanan kesehatan dasar yang dilaksanakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan dan jaringannya adalah sebagai berikut :

##### **1. Pelayanan Kesehatan Ibu dan bayi**

Seorang ibu mempunyai peran besar didalam pertumbuhan bayi dan perkembangan anak. Gangguan kesehatan yang dialami seorang ibu yang sedang hamil bisa berpengaruh pada kesehatan janin dalam kandungan hingga kelahiran dan masa pertumbuhan bayi / anaknya.

Pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi antara lain pelayanan antenatal, persalinan, nifas dan perawatan bayi baru lahir yang diberikan di sarana kesehatan mulai Posyandu sampai rumah sakit.

##### ***a. Pelayanan Antenatal (K 1 dan K 4)***

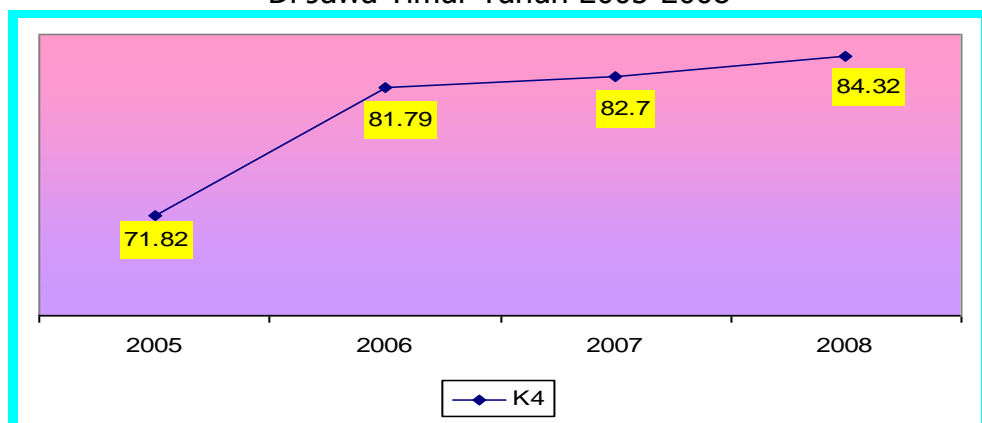
Pelayanan Antenatal merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan profesional (dokter spesialis kandungan dan kebidanan, dokter umum, bidan dan perawat) kepada ibu hamil sesuai pedoman. Kegiatan pelayanan antenatal meliputi pengukuran berat badan dan tekanan darah, pemeriksaan tinggi fundus uteri, imunisasi Tetanus Toxoid (TT) serta pemberian tablet besi pada ibu hamil selama masa kehamilannya. Titik berat

kegiatan adalah promotif dan preventif dan hasilnya terlihat dari cakupan K1 dan K4

Cakupan K1 untuk mengukur akses pelayanan ibu hamil, menggambarkan besaran ibu hamil yang melakukan kunjungan pertama ke fasilitas kesehatan untuk mendapatkan pelayanan antenatal. Indikator ini digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal dan kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat. Cakupan K1 tahun 2008 sebesar 94,78%, meningkat dibandingkan tahun 2007 sebesar 88,11%.

Cakupan K4 adalah gambaran besaran ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar, minimal empat kali kunjungan selama masa kehamilannya (sekali di trimester pertama, sekali di trimester kedua dan dua kali di trimester ketiga). Indikator ini berfungsi untuk menggambarkan tingkat perlindungan dan kualitas pelayanan kesehatan pada ibu hamil. Gambaran cakupan K4 tahun 2005-2008 terlihat pada gambar 13 dibawah ini

Gambar 13  
Persentase cakupan pelayanan K4 ibu hamil  
Di Jawa Timur Tahun 2005-2008



Dari grafik tersebut terlihat cakupan K4 di Jawa Timur menunjukkan peningkatan dalam empat tahun terakhir yang berarti terjadi peningkatan kualitas pelayanan pada ibu hamil di Jawa Timur, namun cakupan tersebut masih belum memenuhi target

SPM sebesar 90%. Cakupan tertinggi tahun 2008 yaitu Kota Surabaya (97,25%) dan terendah Kota Probolinggo (68,40%).

Gambar 14  
Peta cakupan pelayanan K4 ibu hamil  
Menurut Kabupaten-Kota di Jawa Timur tahun 2008



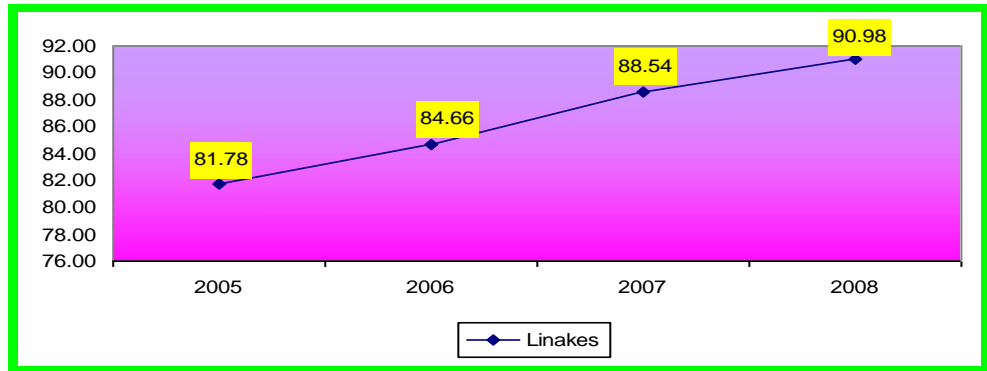
Dari peta diatas terlihat, masih ada 4 daerah yang pelayanan K4 nya masih dibawah 70% yaitu Kabupaten Situbondo, Kabupaten Gresik, Kota Pasuruan dan Kota Probolinggo.

#### ***b. Pertolongan Persalinan***

Komplikasi dan kematian ibu maternal serta bayi baru lahir sebagian besar terjadi pada masa disekitar persalinan, hal ini antara lain disebabkan pertolongan persalinan tidak dilakukan tenaga kesehatan yang punya kompetensi kebidanan (profesionalisme).

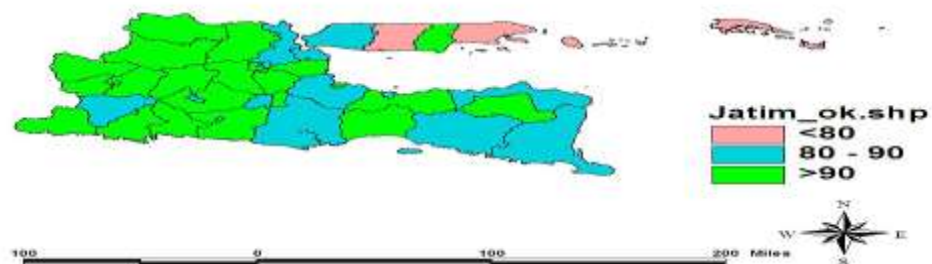
Dari laporan profil Kabupaten/Kota dan Bidang Bina Yankes diketahui, pada tahun 2008 jumlah ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga kesehatan (linakes) sebesar 90,98%, pencapaian tersebut telah memenuhi target SPM maupun Indonesia Sehat 2010 sebesar 90%. Adapun perkembangan cakupan linakes kurun waktu 2005-2008 terlihat pada gambar 15

Gambar 15  
Perkembangan cakupan Linakes  
di Provinsi Jawa Timur tahun 2005-2008



Dari grafik tersebut terlihat bahwa selama tahun 2005-2008 cakupan pertolongan oleh tenaga kesehatan di Jawa Timur cenderung meningkat. Kondisi tersebut tak lepas dari adanya pengembangan berbagai program kemitraan bidan dan dukun dalam perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K). Cakupan linakes tertinggi dicapai beberapa kab/kota sedangkan terendah Kab. Sumenep (75.40%) dan Kab. Sampang (73,56%).

Gambar 16  
Peta cakupan Linakes  
Menurut kabupaten-Kota di Jawa Timur tahun 2008



### ***c. Ibu Hamil Resiko Tinggi (Risti)/komplikasi yang ditangani***

Dalam memberikan pelayanan khususnya oleh bidan di desa dan Puskesmas, sekitar 20% diantara ibu hamil yang ditemui dan diperiksa tergolong dalam kasus resiko tinggi/komplikasi yang membutuhkan rujukan.

Kasus resiko tinggi/komplikasi adalah keadaan penyimpangan dari normal yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi meliputi Hb < 8 g%, tekanan darah



tinggi (sistole >140 mmHg, diastole >90 mmHg), oedema nyata, eklampsia, ketuban pecah dini, perdarahan pervaginam, letak lintang pada usia kehamilan > 32 minggu, letak sungsang pada primigravida, infeksi berat / sepsis dan persalinan prematur.

Berdasarkan laporan Bidang Bina Yankes, jumlah perkiraan ibu hamil resiko tinggi di Jawa Timur tahun 2008 sebanyak 135.256 orang (20% dari sasaran ibu hamil) dimana 109.675 orang diantaranya (81,09%) membutuhkan pelayanan kesehatan rujukan dan semua kasus telah memperoleh penanganan sesuai prosedur

**d. *Pelayanan Nifas***

Masa nifas adalah masa 6-8 minggu setelah persalinan dimana organ reproduksi mulai mengalami masa pemulihan untuk kembali normal, walau pada umumnya organ reproduksi akan kembali normal dalam waktu 3 bulan pasca persalinan.

Dalam masa nifas, ibu seharusnya memperoleh pelayanan kesehatan yang meliputi pemeriksaan kondisi umum, payudara, dinding perut, perineum, kandung kemih dan organ kandungan. Karena dengan perawatan nifas yang tepat akan memperkecil resiko kelainan bahkan kematian ibu nifas.

Pada tahun 2008 jumlah sasaran ibu bersalin di Jawa Timur sebanyak 620.950 orang dan 566.039 (91,16%) diantaranya telah mendapat pelayanan nifas sesuai standar. Capaian tertinggi dicapai beberapa kab/kota dan terendah Kota Probolinggo (77,49%).

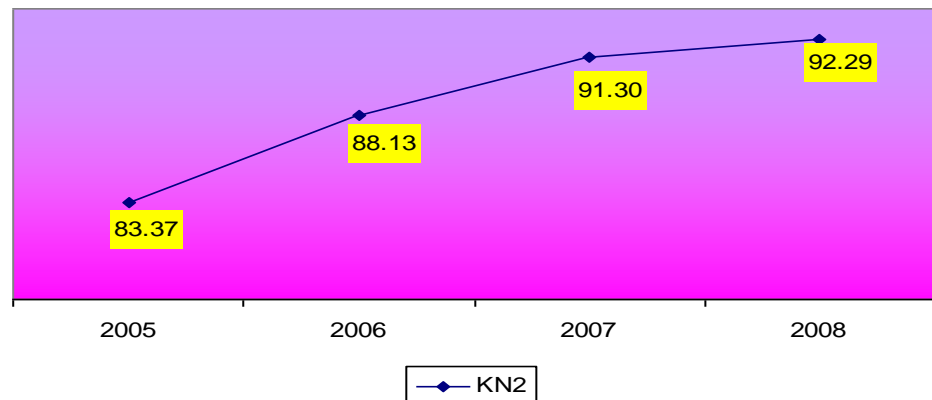
**e. *Kunjungan Neonatus (KN2)***

Kunjungan neonatus adalah bayi usia 0-28 hari yang kontak dengan tenaga kesehatan untuk memperoleh pelayanan kesehatan minimal tiga kali yaitu dua kali pada umur 0 -7 hari dan satu kali pada umur 8-28 hari (KN2).

Adapun pelayanan kesehatan yang diberikan adalah pelayanan kesehatan neonatal dasar yang meliputi tindakan resusitasi, pencegahan hipotermia, pemberian ASI dini dan eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, kulit dan pemberian imunisasi, pemberian vitamin K, manajemen terpadu balita muda (MTBM) dan konseling untuk ibunya tentang perawatan neonatus di rumah dengan menggunakan buku KIA.

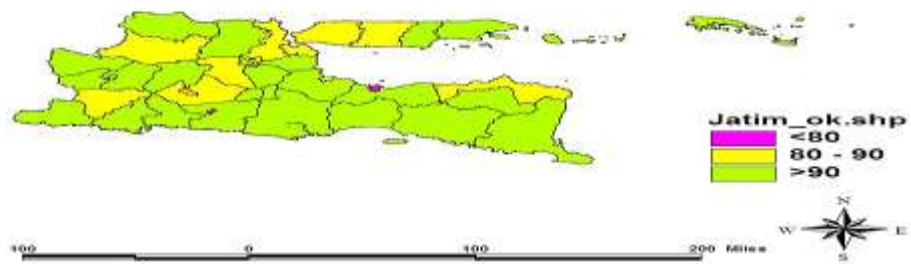
Dari laporan Bidang Bina Yankes tahun 2008 diketahui jumlah neonatus yang melakukan kunjungan KN2 sebanyak 566.530 orang dari jumlah sasaran 613.826 bayi (92,29%) dan cakupan tersebut telah memenuhi target SPM sebesar 90%. Adapun perkembangan capaian KN2 di Jawa Timur selama empat tahun terakhir terlihat pada gambar 17 dibawah ini.

Gambar 17. Perkembangan cakupan KN2 di Provinsi Jawa Timur tahun 2005-2008



Dari grafik terlihat cakupan KN2 di Jawa Timur meningkat selama empat tahun terakhir yang artinya terjadi peningkatan kualitas pelayanan pada bayi baru lahir melalui peran aktif tenaga kesehatan dengan melakukan kunjungan neonatus ke rumah - rumah. Cakupan tertinggi dicapai beberapa kab/kota sedangkan terendah Kota Probolinggo (79,28%) dan Kota Malang (75,75%).

Gambar 18.  
Peta cakupan KN2  
Menurut kabupaten-Kota di Jawa Timur tahun 2008



f. ***Neonatal Resiko tinggi (risti) /komplikasi***

Pada saat memberi pelayanan kesehatan pada neonatus, sekitar 15% diantara neonatus yang diperiksa dan ditemui tergolong dalam kasus resiko tinggi yang butuh pelayanan rujukan.

Neonatal risti/ komplikasi yaitu bayi usia 0-28 hari dengan penyakit dan kelainan yang dapat menyebabkan kesakitan dan kematian seperti asfiksia, tetanus neonatorum, sepsis, trauma lahir, BBLR (berat badan < 2.500 gram), sindroma gangguan pernafasan dan kelainan neonatal.

Berdasarkan laporan Bidang Bina Yankes, jumlah perkiraan neonatal risti di Jawa Timur sebanyak 92.074 orang dan pada tahun 2008 terdapat 45.399 neonatal risti (49,31%) yang membutuhkan pelayanan rujukan dan semua telah memperoleh penanganan sesuai prosedur (tabel 28).

**2. Pelayanan Kesehatan Anak Balita, usia sekolah dan Remaja**

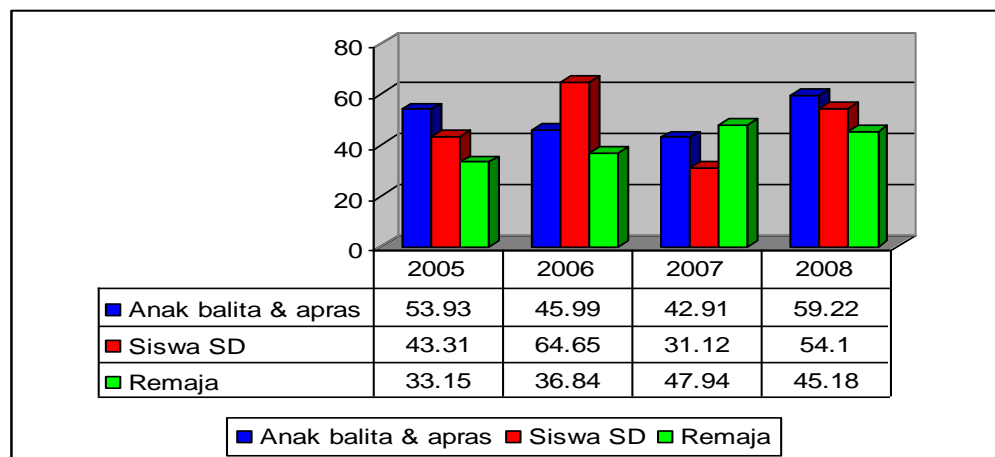
Pelayanan kesehatan pada kelompok anak balita (pra sekolah), usia sekolah dan remaja dilakukan melalui deteksi/pemantauan dini terhadap tumbuh kembang dan kesehatan anak pra sekolah serta pemeriksaan kesehatan anak sekolah dasar/ sederajat dan pelayanan kesehatan pada remaja (SMP dan SMU).

Cakupan deteksi dini tumbuh kembang anak balita/pra sekolah adalah cakupan anak umur 0-5 tahun yang dideteksi kesehatan dan

tumbuh kembangnya sesuai standar oleh dokter, bidan dan perawat paling sedikit dua (2) kali per tahun baik didalam gedung maupun diluar gedung seperti Posyandu, taman kanak-kanak, panti asuhan. Sementara untuk pelayanan kesehatan bagi siswa SD/MI dan siswa`SMP/SMU dan sederajat dilakukan melalui penjangkaran kesehatan bagi murid kelas 1 (satu) SD/MI dan SMP/SMU.

Cakupan deteksi tumbuh kembang anak balita pra sekolah tahun 2008 sebesar 59,22%, meningkat tajam dibanding tahun 2007 sebesar 42,91%, namun masih jauh dari target SPM sebesar 80%. Demikian pula dengan cakupan siswa SD/MI dari 31,12% tahun 2007 menjadi 54,10% tahun 2008, namun juga masih jauh dari target SPM sebesar 95%. Sementara untuk cakupan siswa SMP/SMU sedikit menurun dari 47,94% tahun 2007 menjadi 45,18% tahun 2008. Perkembangan cakupan ke tiga indikator tersebut selama empat tahun terakhir terlihat pada gambar 19 dibawah.

Gambar 19  
Cakupan pelayanan kesehatan apras, usia sekolah dan remaja di Provinsi Jawa Timur tahun 2005-2008



Dari grafik diatas terlihat peningkatan cakupan tahun 2008 dibandingkan tahun sebelumnya, namun bila dibandingkan dengan target SPM yang harus dicapai maka masih dibutuhkan upaya ekstra guna meningkatkan cakupan. Dibutuhkan koordinasi dengan lintas program dan lintas sektor terkait.

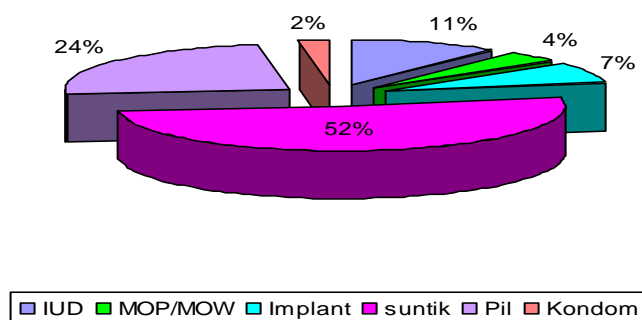
### 3. Pelayanan Keluarga Berencana (KB)

Masa subur seorang wanita memiliki peran penting bagi terjadinya kehamilan sehingga peluang wanita melahirkan menjadi cukup tinggi, menurut hasil penelitian bahwa usia subur wanita antara usia 15-49 tahun. Oleh karena itu untuk mengatur jumlah kelahiran, maka wanita/ pasangan usia subur (PUS) diprioritaskan untuk menggunakan KB.

Peserta KB dibagi menjadi KB baru dan KB aktif. Pada tahun 2008 cakupan peserta KB baru sebesar 10,25% dan KB aktif sebesar 67,73% dari jumlah PUS sebanyak 8.134.838 orang. Cakupan KB aktif tahun 2008 masih dibawah target Indonesia Sehat 2010 sebesar 70%.

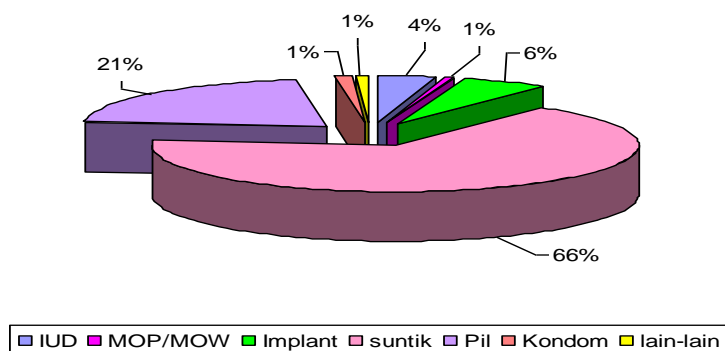
Berdasarkan jenis metode kontrasepsi yang digunakan, sebanyak 78,03% akseptor KB aktif memilih metode kontrasepsi jangka pendek (non MKJP) dengan pilihan terbanyak adalah metode suntik (51,32%). Sementara yang memilih metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) seperti IUD, MOW/MOP dan implant hanya 21,97%

Gambar 20  
Proporsi metode kontrasepsi peserta KB Aktif  
di Provinsi Jawa Timur tahun 2008



Kecenderungan yang sama juga terjadi pada peserta KB baru. Peminat metode kontrasepsi jangka pendek sebesar 88,09% dengan pilihan terbanyak juga metode suntik (65,14%), sedangkan yang memilih metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) hanya 9,96% (tabel 20). Kondisi tersebut mungkin disebabkan karena faktor biaya yang lebih murah dan cara yang mudah.

Gambar 21  
Proporsi metode kontrasepsi peserta KB Baru  
di Provinsi Jawa Timur tahun 2008



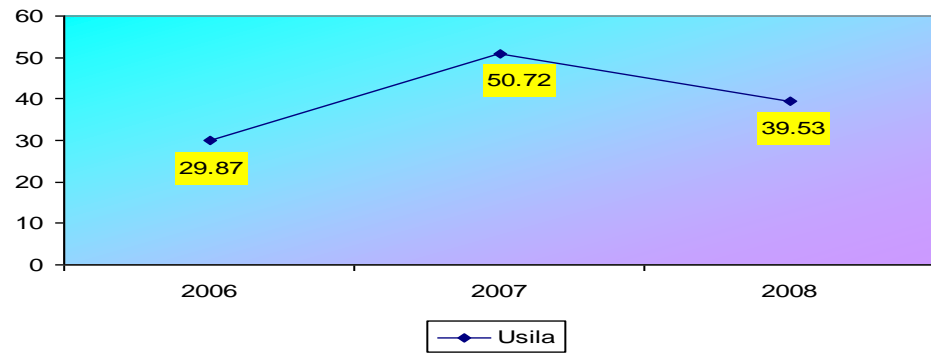
#### 4. Pelayanan Kesehatan Pra Usila (45-59 th) dan Usila (>60 th)

Seiring bertambahnya Umur Harapan Hidup (UHH) maka keberadaan para lanjut usia tidak dapat begitu saja diabaikan, sehingga perlu diupayakan peningkatan kualitas hidup bagi kelompok umur lanjut usia.

Pelayanan kesehatan pra usila dan usila adalah penduduk usia 45 tahun ke atas yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar yang dilakukan oleh tenaga kesehatan baik di Puskesmas, di Posyandu lansia maupun di kelompok usia lanjut.

Pada tahun 2008 jumlah usila di Jawa Timur sebanyak 6.017.761 orang, namun hanya 39,53% yang telah mendapat pelayanan. Cakupan ini menurun dibandingkan tahun 2007 dan bila dilihat dari cakupan Kabupaten/Kota terlihat disparitas yang mencolok antara cakupan terendah 7,23% (kota Malang) dan tertinggi 79,92% (Kota Pasuruan). Hal ini merupakan tantangan tersendiri bagi Provinsi Jawa Timur mengingat target nasional sebesar 90%.

Gambar 22  
Cakupan pelayanan Kesehatan Usila dan Pra usila  
Tahun 2006-2008



Masih rendahnya cakupan pelayanan kesehatan bagi untuk warga usila, kemungkinan karena belum berfungsinya posyandu lansia secara optimal. Selain itu belum semua desa mempunyai posyandu lansia. Padahal dengan adanya posyandu lansia maka pelayanan kesehatan akan lebih mudah dijangkau oleh para lansia. Dibutuhkan koordinasi dan peran serta masyarakat serta lintas sektor terkait dalam upaya meningkatkan cakupan pelayanan terhadap para lansia.

## 5. Perbaikan gizi masyarakat

Upaya perbaikan gizi masyarakat dilakukan melalui distribusi tablet besi (Fe) pada ibu hamil, distribusi Vitamin A pada balita dan pemberian kapsul yodium pada WUS.

### ***a. Pemberian Tablet Besi (Fe) pada ibu hamil***

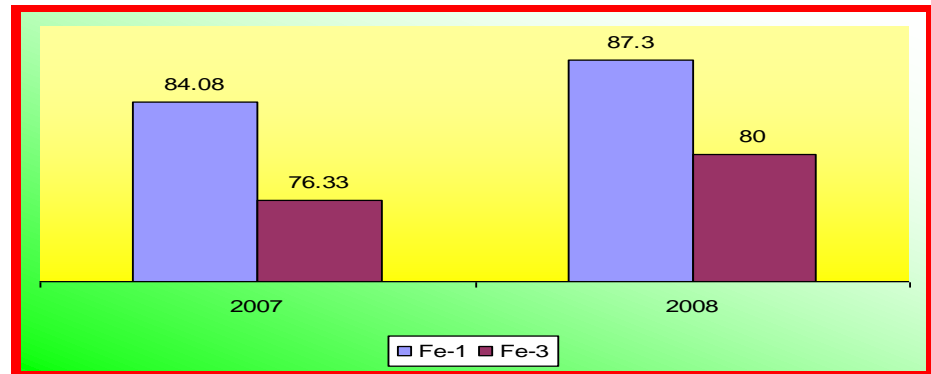
Pada saat pemeriksaan kehamilan di sarana kesehatan, ibu hamil akan mendapatkan tablet Fe yang bertujuan untuk mengatasi dan mencegah terjadinya kasus anemia serta meminimalkan dampak buruk akibat kekurangan Fe, karena kekurangan Fe pada ibu hamil dapat mengakibatkan terjadinya abortus, kecacatan bayi atau bayi lahir dengan berat badan rendah (BBLR).

Cakupan ibu hamil yang mendapatkan Fe-1 (30 tablet) tahun 2008 sebesar 87,30% dan cakupan Fe-3 sebesar 80%. Cakupan kedua indikator tersebut meningkat dibandingkan tahun 2007 dan telah memenuhi target Indonesia sehat 2010 sebesar 80%.

Cakupan Fe-3 tertinggi dicapai Kabupaten Lumajang dan terendah Kota Pasuruan (46,27%) lihat tabel 25.

Walaupun capaian telah melampaui target namun petugas kesehatan tetap harus memotivasi ibu hamil agar meminum tablet besi tersebut guna mencegah terjadinya anemia ibu hamil.

Gambar 23  
Cakupan distribusi tablet Fe-1 dan Fe-3  
di Provinsi Jawa Timur tahun 2007-2008



#### ***b. Pemberian Kapsul Vitamin A pada balita***

Vitamin A adalah salah satu zat gizi yang diperlukan tubuh dan berguna untuk meningkatkan daya tahan tubuh dan kesehatan mata. Bila seorang anak yang menderita kekurangan vitamin A terserang campak, diare atau penyakit infeksi lainnya maka penyakit tersebut akan bertambah parah dan dapat mengakibatkan kematian, karena infeksi tersebut menghambat kemampuan tubuh untuk menyerap zat-zat gizi dan pada saat yang sama akan mengikis simpanan vitamin A dalam tubuh. Selain itu kekurangan vitamin A dalam waktu lama dapat mengakibatkan gangguan pada mata bahkan dapat mengakibatkan kebutaan.

Sasaran pemberian kapsul Vitamin A adalah bayi usia 6-11 bulan dan balita (1-4 tahun) sebanyak 2 kali dalam setahun (Februari dan Agustus) serta ibu nifas satu kali. Cakupan balita yang mendapat vitamin A pada tahun 2008 sebesar 84,86%, kondisi ini sudah memenuhi target SPM 2008 sebesar 80%. Capaian tertinggi Kabupaten Madiun dan terendah kabupaten sampang (59,02%)



### ***c. Wanita Usia Subur (WUS) dengan kapsul yodium***

Pemberian kapsul yodium kepada WUS termasuk ibu hamil dan ibu nifas terutama di daerah endemik gondok sedang dan berat merupakan upaya pencegahan dan penanggulangan GAKY (gangguan akibat kekurangan yodium) yang diberikan setahun sekali dengan maksud mencegah lahirnya bayi kerdil/kretin. Selain itu upaya pencegahan juga dilakukan melalui pemakaian garam beryodium pada masyarakat.

GAKY adalah sekumpulan gejala yang diakibatkan kurangnya unsur yodium dalam tubuh manusia, ditandai adanya pembesaran kelenjar thyroid yang biasa dikenal masyarakat sebagai penyakit gondok. Penyakit ini dapat mengakibatkan gangguan pertumbuhan fisik antara lain bisu, tuli, kerdil dan mata juling serta keterbelakangan mental.

Pada tahun 2008 jumlah desa endemis GAKY di Jawa Timur sebanyak 3.957 desa, meningkat 118 desa dibandingkan tahun 2007 dan jumlah WUS tahun 2008 yang mendapat kapsul yodium sebanyak 2.051.924 WUS (38,98%).

Sementara itu, dari hasil survei Kab/Kota diketahui ada 4.271 desa/kelurahan (56,23% dari 7.595 yang desa/ kelurahan disurvei) yang memiliki kualitas garam baik yaitu kualitas garam beryodium yang beredar di masyarakat memenuhi syarat 30-80 ppm. Indikator yang digunakan untuk menentukan suatu desa/kelurahan dengan garam beryodium baik adalah desa/kelurahan dengan 21 sampel garam konsumsi yang diperiksa hanya ditemukan minimal satu sampel garam konsumsi dengan kandungan yodium < 30 ppm.

Cakupan desa/kelurahan dengan kualitas garam baik tahun 2008 sebesar 56,23% tersebut meningkat dibandingkan tahun 2007 (49,19%) namun belum dapat memenuhi target 90% untuk mewujudkan USI (Universal Salt Iodization), sehingga diperlukan

koordinasi dengan lintas program dan lintas sektor/LSM untuk memasyarakatkan penggunaan garam beryodium yang memenuhi standar dalam kehidupan sehari-hari.

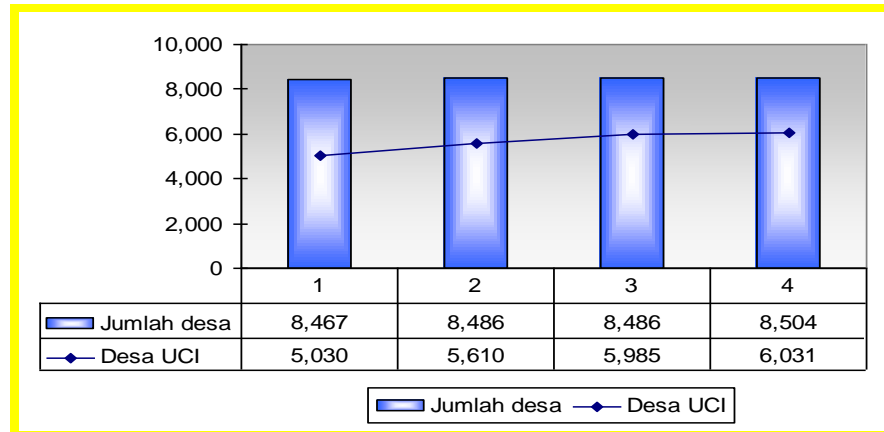
## **6. Pelayanan Imunisasi**

Imunisasi merupakan bagian dari upaya pencegahan dan pemutusan mata rantai penularan penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I).

Kegiatan imunisasi dibedakan rutin dan tambahan. Kegiatan imunisasi rutin meliputi imunisasi untuk bayi umur 0-1 tahun (BCG, DPT, Polio, Campak, HB), imunisasi untuk Wanita Usia Subur/ibu hamil (TT) dan imunisasi untuk anak sekolah SD ( kelas 1: DT, kelas 2-3: TT). Sementara kegiatan imunisasi tambahan dilakukan atas dasar penemuan masalah seperti desa non UCI, potensial KLB, dugaan adanya virus polio liar/ kegiatan lain berdasarkan kebijakan teknis.

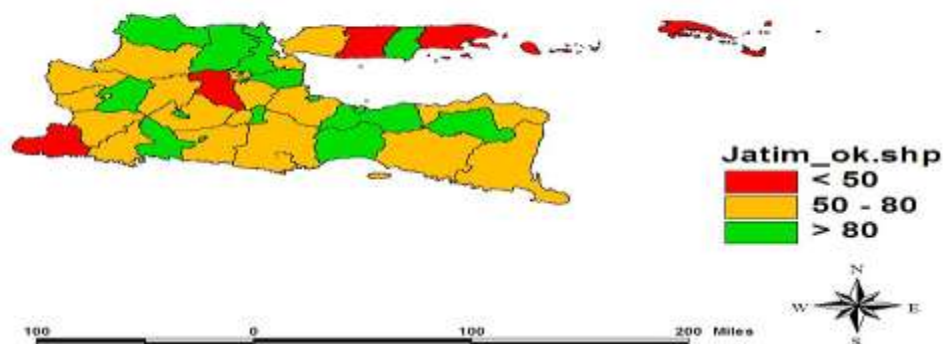
Indikator yang digunakan untuk menilai keberhasilan program imunisasi secara nasional adalah angka UCI (Universal Child Immunization) pada wilayah desa/kelurahan. Pada awalnya indikator perhitungan UCI adalah tercapainya cakupan imunisasi lengkap pada bayi minimal 80% untuk tiga jenis antigen yaitu DPT3, polio dan campak, namun sejak tahun 2003 indikator perhitungan UCI menjadi cakupan imunisasi lengkap pada bayi >80% untuk semua jenis antigen. Sehingga bila cakupan UCI dikaitkan dengan batasan wilayah tertentu maka dapat menggambarkan besarnya tingkat kekebalan masyarakat atau bayi terhadap penularan PD3I di wilayah tersebut.

Gambar 24  
Cakupan Desa/Kelurahan UCI  
di Provinsi Jawa Timur tahun 2005-2008



Dari grafik diatas terlihat capaian UCI desa selama 4 tahun terakhir relatif tidak banyak berubah. Pencapaian UCI desa tahun 2008 sebesar 70,92% belum dapat memenuhi target Indonesia Sehat 2010 sebesar 90%, sehingga perlu diwaspadai munculnya kasus-kasus PD3I karena masih banyak desa yang belum mencapai UCI. Ada 4 kabupaten di Jawa Timur (Pacitan, Jombang, Sampang dan Sumenep) dengan pencapaian UCI desa < 50%.

Gambar 25.  
Peta UCI desa/kelurahan  
Menurut kabupaten-Kota di Jawa Timur tahun 2008



Drop Out (DO) imunisasi adalah bayi yang tidak mendapat imunisasi lengkap yaitu dengan mendeteksi bayi yang telah mendapat imunisasi DPT1 namun tidak mendapat imunisasi campak. Karena imunisasi DPT1 merupakan salah satu antigen kontak pertama yang

diberikan pada bayi sedangkan imunisasi campak merupakan antigen kontak terakhir dari semua imunisasi yang diberikan kepada bayi. Cakupan DO tahun 2008 sebesar 5,51%, ada 6 kabupaten dengan cakupan campak < 80% dengan cakupan terendah adalah Kabupaten Sumenep (45,59%).

## **7. Desa terkena kejadian luar biasa (KLB)**

Yang dimaksud dengan desa /kelurahan terkena KLB adalah desa/kelurahan yang terjadi peningkatan kesakitan atau kematian penyakit potensial KLB, penyakit karantina atau keracunan makanan. Pada tahun 2008 terjadi kasus KLB di 671 desa/kelurahan yang tersebar di seluruh Kabupaten/Kota di Jawa Timur dengan 93,89% kasus tersebut sudah ditangani < 24 jam. Kasus KLB yang paling banyak dilaporkan adalah keracunan (26 Kab/kota) dengan jumlah penderita 1.786 dan kematian 12 orang (CFR 0,67%), sementara kasus KLB terbanyak penderitanya adalah DBD, terjadi di 15 Kab/kota dengan jumlah penderita 3.118 dan kematian 76 orang (CFR 2,44%).

## **8. Kesehatan gigi dan mulut**

Pelayanan kesehatan gigi dan mulut meliputi pelayanan dasar gigi di Puskesmas dan usaha kesehatan gigi di sekolah (UKGS). Kegiatan kesehatan gigi dan mulut meliputi upaya promotif (penyuluhan), preventif (pemeriksaan gigi) dan kuratif sederhana seperti pencabutan gigi, pengobatan dan penambalan gigi sementara dan tetap.

Pada tahun 2008, pelayanan dasar gigi di Puskesmas mencapai 425.061 pelayanan, meliputi 144.528 penambalan gigi dan 280.533 pencabutan gigi tetap dengan rasio tambal : cabut gigi sebesar 0.52. Kondisi tersebut belum memenuhi target 1:1 yang bertujuan untuk mengurangi kasus pencabutan gigi karena dengan penambalan gigi maka fungsi gigi tersebut tidak menjadi hilang.

Untuk kegiatan UKGS, dari hasil pemeriksaan kesehatan gigi pada 1.318.723 siswa SD/MI (40,31% total murid SD) diketahui ada 395.633 siswa membutuhkan perawatan dan 236.586 siswa (59,80%) telah mendapat perawatan.

## **9. Penyuluhan kesehatan**

Kegiatan penyuluhan kesehatan dilakukan melalui penyuluhan kelompok dan penyuluhan massa. Pada tahun 2008, jumlah seluruh kegiatan penyuluhan kesehatan mencapai 299.935 kegiatan terdiri dari 256.194 kali penyuluhan kelompok dan 43.741 kali penyuluhan massa. Jumlah tersebut meningkat dibandingkan tahun 2007 sebanyak 251.015 penyuluhan.

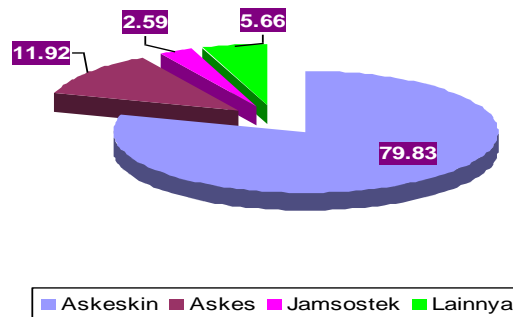
Diharapkan kegiatan penyuluhan tersebut semakin ditingkatkan agar dapat menjangkau masyarakat luas sehingga tujuan penyuluhan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat juga meningkat.

## **10. Jaminan pemeliharaan kesehatan pra bayar**

Dalam rangka meningkatkan kepersertaan masyarakat dalam pembiayaan kesehatan, sejak lama dikembangkan berbagai cara untuk memberikan jaminan kesehatan bagi masyarakat. Pada saat ini berkembang berbagai cara pembiayaan jaminan pemeliharaan kesehatan pra bayar di masyarakat mulai dana sehat, tabulin, JPKM, askes, jamsostek, askeskin sampai asuransi kesehatan swasta. Sayangnya kesadaran masyarakat untuk mengikuti sistem pra bayar masih rendah yaitu dari 37.436.164 penduduk Jawa Timur pada tahun 2008 hanya 12.742.729 penduduk (34,04%) yang menjadi peserta jaminan kesehatan pra bayar dengan proporsi terbanyak adalah peserta askeskin (79,83%) dimana pembiayaan ditanggung oleh pemerintah untuk masyarakat miskin. Cakupan tersebut masih dibawah target Indonesia Sehat 2010 sebesar 80%, namun sedikit meningkat dibandingkan tahun 2007 sebesar 33,72%. Rendahnya cakupan tersebut mungkin disebabkan karena kurang pemahannya

masyarakat mengenai sistem jaminan pemeliharaan kesehatan pra bayar.

Gambar 26.  
Proporsi jenis asuransi kesehatan  
di Provinsi Jawa Timur tahun 2008



## 11. Akses dan mutu pelayanan kesehatan

Penilaian akses dan mutu pelayanan kesehatan dapat dilihat dari tingkat kemudahan masyarakat untuk menjangkau sarana kesehatan dan mutu dari pelayanan kesehatan yang diberikan.

Dalam hal akses dapat dilihat dari kunjungan rawat jalan dan rawat inap pasien sementara untuk melihat mutu pelayanan dapat dilihat dari kemampuan pelayanan yang disediakan sarana kesehatan

### a. *Kunjungan Rawat jalan dan rawat inap*

Pada tahun 2008 jumlah kunjungan rawat jalan yang terdiri dari kunjungan baru dan lama di Jawa Timur sebanyak 25.815.971 pasien (68,96% dari jumlah penduduk) yang meliputi kunjungan pasien di Puskesmas, Rumah sakit maupun sarana kesehatan lainnya. Hal ini menunjukkan peningkatan dibandingkan tahun 2007 sebesar 42,6%. Sementara jumlah kunjungan rawat inap tahun 2008 sebanyak 1.665.923 penderita (4,45% dari jumlah penduduk), menurun dibandingkan tahun 2007 yang sebesar 7,6%.

### b. *Sarana kesehatan dengan kemampuan laboratorium*

Jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada di Jawa Timur tahun 2008 sebanyak 1.201 yang terdiri dari rumah sakit umum, rumah sakit khusus, rumah sakit jiwa dan Puskesmas baik milik pemerintah, TNI/Polri, BUMN maupun swasta, dan semua sarana tersebut telah memiliki fasilitas laboratorium (100%).

c. ***Sarana kesehatan dengan pelayanan 4 spesialis dasar***

Yang dimaksud sarana kesehatan dengan pelayanan 4 spesialis dasar adalah sarana kesehatan yang telah mempunyai 4 pelayanan spesialis dasar yaitu kandungan dan kebidanan, bedah, penyakit dalam dan anak.

Pada tahun 2008 ada 180 rumah sakit umum di Jawa Timur terdiri dari milik pemerintah, TNI/Polri, BUMN maupun swasta. Dari jumlah tersebut 147 rumah sakit diantaranya (81,67%) telah mempunyai pelayanan 4 spesialis dasar.

d. ***Sarana kesehatan dengan kemampuan gawat darurat (Gadar)***

Yang dimaksud sarana kesehatan dengan kemampuan gawat darurat adalah sarana kesehatan yang terdiri dari rumah sakit (umum, jiwa, khusus), puskesmas dan sarana kesehatan lain (RB, klinik) baik milik pemerintah, TNI/Polri maupun swasta yang telah mempunyai kemampuan untuk melaksanakan pelayanan gawat darurat sesuai standar.

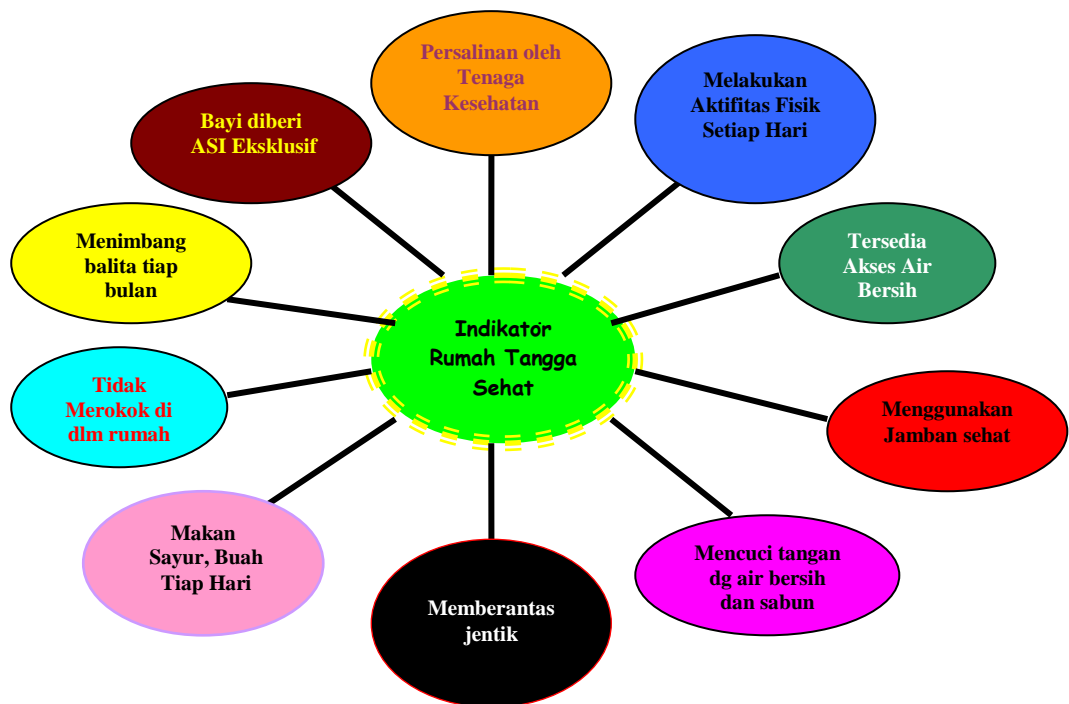
Pada tahun 2008 terdapat 1.793 sarana kesehatan di Jawa Timur dan 1.047 diantaranya telah mempunyai kemampuan gawat darurat (58,39%). Bila dibandingkan dengan tahun 2007 sebesar 50,52% maka kondisi sarana kesehatan dengan kemampuan gadar meningkat 7,87%

## **B. PERILAKU MASYARAKAT**

Banyaknya penyakit yang ada saat ini tidak bisa dilepaskan dari perilaku yang tidak sehat. Dimana untuk mengubah perilaku masyarakat

merupakan sesuatu yang tidak mudah namun mutlak diperlukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, sehingga diperlukan upaya penyuluhan kesehatan yang terus menerus guna mendorong masyarakat berperilaku hidup bersih dan sehat.

Untuk menggambarkan keadaan perilaku masyarakat yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat, digunakan 10 indikator antara lain :



Dalam bab ini yang akan dibahas adalah rumah tangga sehat dan asi eksklusif sementara yang lainnya telah dibahas dalam bab-bab lainnya.

## 1. Rumah tangga sehat (ber-PHBS)

Rumah tangga sehat/berPHBS adalah rumah tangga yang seluruh anggota keluarganya telah berperilaku hidup bersih dan sehat yang meliputi 10 indikator.

Dari laporan Kabupaten/Kota, pada tahun 2008 telah dilakukan pengkajian PHBS pada 714.584 rumah tangga dan 235.157 rumah tangga diantaranya (32,91%) sudah ber PHBS. Cakupan ini masih



jauh dari target Indonesia Sehat 2010 sebesar 65%, oleh karena itu perlu adanya intervensi dari berbagai komponen baik lintas program, lintas sektor, LSM, swasta dan tokoh masyarakat untuk berperan aktif dalam membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat di masyarakat. Capaian tertinggi kabupaten Ngawi (64,88%) dan terendah kabupaten Sumenep (3,70%) dan secara rinci terlihat pada tabel 45.

## **2. ASI Eksklusif**

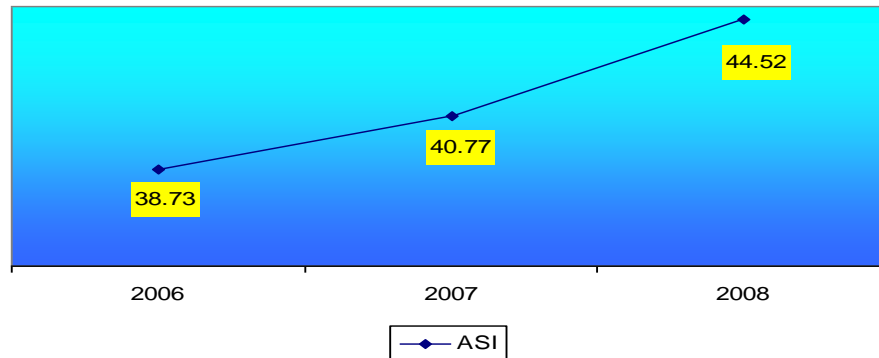
Air susu ibu (ASI) Eksklusif adalah pemberian ASI saja pada bayi sejak lahir sampai berusia 6 bulan dalam rangka mencukupi kebutuhan gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi.

ASI merupakan makanan yang sempurna dan terbaik bagi bayi karena mengandung unsur gizi yg dibutuhkan bayi guna pertumbuhan dan perkembangannya secara optimal. Oleh sebab itu ASI diberikan secara eksklusif hingga 6 bulan, dapat diteruskan sampai usia 2 tahun.

Dari laporan kabupaten/Kota diketahui cakupan ASI eksklusif di Jawa Timur tahun 2008 sebesar 44,52%, meningkat dibandingkan tahun 2007 (40,77%) dan tahun 2006 (38.73%). Namun cakupan tersebut masih jauh dari target Indonesia Sehat 2010 sebesar 80%.

Berbagai faktor yang menyebabkan rendahnya cakupan ASI eksklusif antara lain faktor ibu bekerja (saat ini semakin banyak ibu yang bekerja dalam rangka membantu perekonomian keluarga), faktor budaya (masih ada masyarakat yang memberikan pisang, madu, air selain ASI kepada bayinya) dan faktor lainnya yang tidak mendukung pemberian ASI Eksklusif. Karena itu dibutuhkan penyuluhan yang lebih intensif baik kepada perorangan maupun institusi pemberi pelayanan kesehatan tentang keunggulan ASI Eksklusif.

Gambar 27. Cakupan ASI Eksklusif  
di Provinsi Jawa Timur tahun 2006 -2008



## C. KEADAAN LINGKUNGAN

Kegiatan upaya penyehatan lingkungan lebih diarahkan pada peningkatan kualitas lingkungan melalui kegiatan yang bersifat promotif dan preventif. Adapun pelaksanaannya bersama masyarakat diharapkan mampu memberikan kontribusi bermakna terhadap kesehatan masyarakat karena kondisi lingkungan yang sehat merupakan salah satu pilar utama dalam pencapaian Indonesia sehat 2010.

Untuk memperkecil risiko terjadinya penyakit atau gangguan kesehatan akibat kondisi lingkungan yang kurang sehat, telah dilakukan berbagai upaya peningkatan kualitas lingkungan antara lain :

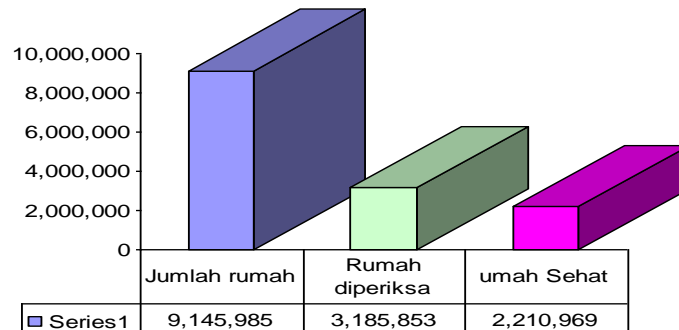
### 1. Rumah Sehat

Rumah merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang berfungsi sebagai tempat tinggal dan sarana pembinaan keluarga. Rumah dikategorikan sehat jika memenuhi syarat kesehatan yaitu memiliki jamban sehat, sarana air bersih, tempat pembuangan sampah, pembuangan air limbah, ventilasi baik, kepadatan hunian rumah yang sesuai dan lantai rumah yang tidak terbuat dari tanah.

Jumlah rumah di Jawa Timur tahun 2008 berdasarkan profil kabupaten/kota sebanyak 9.145.985 rumah dan 3.185.853 diantaranya (34,83%) telah diperiksa serta 2.210.969 rumah (69,40%) dinyatakan memenuhi syarat kesehatan. Capaian tersebut masih dibawah target Indonesia Sehat sebesar 80%, hal ini tentunya harus ditindaklanjuti dengan upaya pembinaan yang lebih intensif kepada masyarakat agar memperhatikan kesehatan rumahnya karena

rumah yang sehat dan nyaman akan berdampak bagi penghuninya dalam meningkatkan produktivitasnya. Cakupan tertinggi Kota Pasuruan (95,56%) dan terendah Kab. Sumenep (3,70%).

Gambar 28. Cakupan rumah sehat Di Jawa Timur tahun 2008

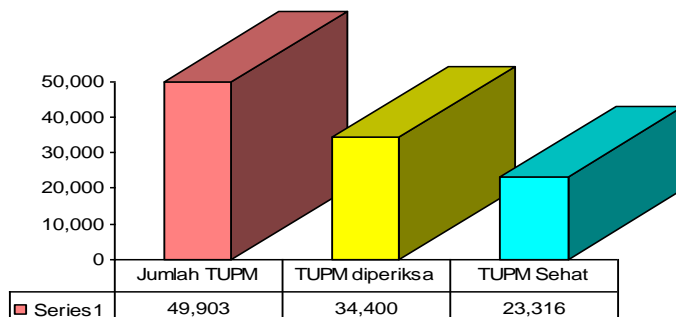


## 2. Tempat Umum dan Pengelolaan Makanan Sehat

Tempat Umum dan Pengelolaan Makanan (TUPM) merupakan sarana yang dikunjungi banyak orang sehingga dikhawatirkan berpotensi menjadi tempat penyebaran penyakit. Yang termasuk TUPM antara lain hotel, restoran/rumah makan, pasar dan lain-lain. Adapun TUPM yang dikategorikan sehat adalah TUPM yang memenuhi akses sanitasi dasar (air bersih, jamban, limbah dan sampah), ventilasi dan pencahayaan sesuai kriteria dan luas ruangan sesuai dengan banyaknya pengunjung.

Jumlah TUPM di Jawa Timur tahun 2008 berdasarkan laporan profil kabupaten/kota sebanyak 49.903 TUPM dan 34.400 diantaranya (68,93%) telah diperiksa dan 23.316 TUPM (67,78%) dinyatakan memenuhi syarat kesehatan. Capaian tersebut masih dibawah target Indonesia Sehat sebesar 80%. Hal ini tentunya harus ditindaklanjuti dengan upaya pembinaan yang lebih intensif terhadap pengelola TUPM agar dapat meningkatkan hygiene dan sanitasi TUPM yang dikelolanya. Capaian tertinggi Kabupaten Tulungagung (99,21%) dan terendah Kabupaten Blitar (22,77%).

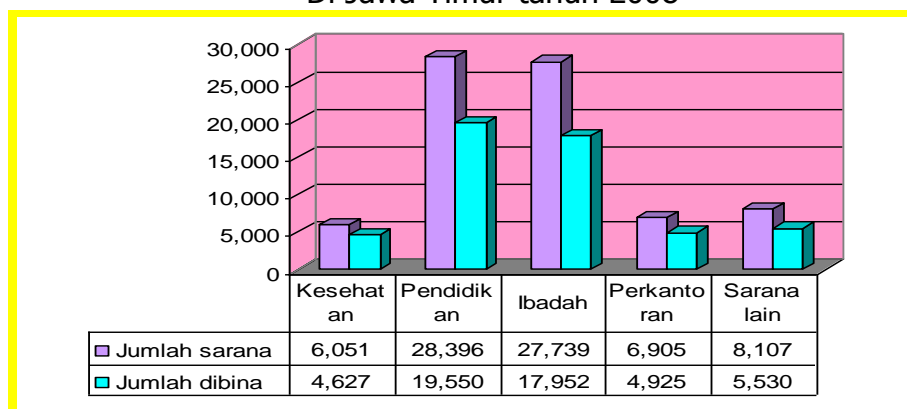
Gambar 29. Cakupan TUPM sehat Di Jawa Timur tahun 2008



### 3. Institusi yang Dibina Kesehatan Lingkungannya

Institusi yang dibina kesehatan lingkungannya meliputi sarana kesehatan, sarana pendidikan, sarana ibadah, perkantoran dan sarana lainnya. Jumlah institusi yang dibina di Jawa Timur tahun 2008 berdasarkan laporan profil kabupaten/kota sebanyak 75.774 institusi dan 52.584 diantaranya (69,40%) telah dibina.

Gambar 30. Institusi dibina kesehatan lingkungannya Di Jawa Timur tahun 2008



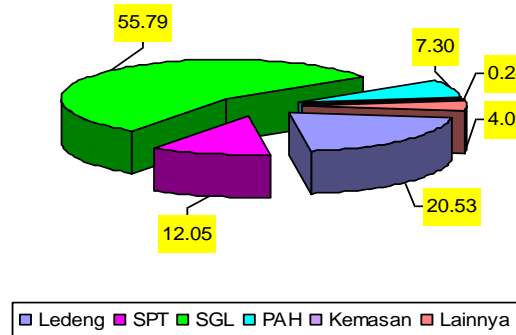
### 4. Akses terhadap air bersih

Seiring dengan peningkatan jumlah penduduk maka kebutuhan akan air bersih semakin bertambah. Berbagai upaya dilakukan agar akses masyarakat terhadap air bersih meningkat, salah satunya melalui pendekatan partisipatori yang mendorong masyarakat berperan aktif dalam pembangunan perpipaan air bersih di daerahnya.

Dari 4.152.623 keluarga atau 40,52% total keluarga di Jawa Timur yang diperiksa pada tahun 2008, diketahui 55,79% keluarga memanfaatkan air sumur gali (SGL), sebanyak 20,53% menggunakan

ledeng dan selebihnya menggunakan sumur pompa tangan, penampungan air hujan dan air kemasan seperti terlihat pada gambar dibawah ini

gambar 31. Kepemilikan sarana air bersih Di Jawa Timur tahun 2008



## 5. Sarana Sanitasi Dasar

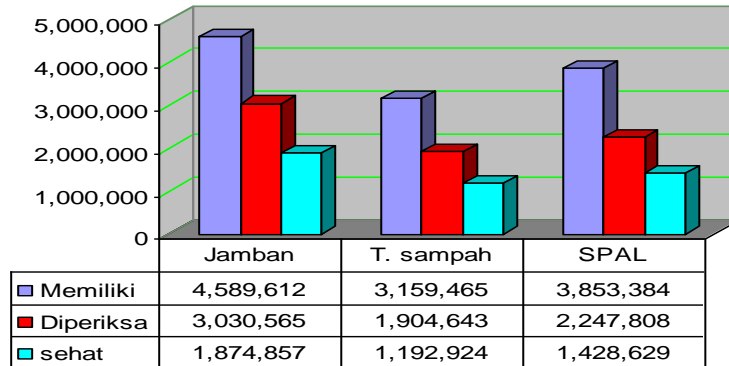
Upaya peningkatan kualitas air bersih akan berdampak positif apabila diikuti oleh upaya perbaikan sanitasi yang meliputi kepemilikan jamban, pembuangan air limbah dan sampah dilingkungan sekitar kita, karena pembuangan kotoran baik sampah, air limbah maupun tinja yang tidak memenuhi syarat kesehatan dapat menyebabkan rendahnya kualitas air serta dapat menimbulkan penyakit menular di masyarakat.

Pada tahun 2008 telah dilakukan pemeriksaan pada 4.272.519 keluarga (41,69% total keluarga) dan diketahui 78,30% keluarga telah memiliki jamban dan 56,12% diantaranya memiliki jamban sehat. Untuk kepemilikan tempat sampah, dari 3.119.699 keluarga yang diperiksa, diketahui 62,33% keluarga telah memiliki tempat sampah dan 61,35% diantaranya termasuk sehat.

Saluran Pembuangan air limbah (SPAL) adalah suatu bangunan yang digunakan untuk membuang air buangan dari kamar mandi, tempat cuci, dapur dan yang lainnya dan bukan dari jamban, dimana SPAL yang sehat hendaknya memenuhi persyaratan antara lain : tidak mencemari sumber air bersih, tidak menimbulkan genangan air yang dapat digunakan untuk sarang nyamuk, tidak menimbulkan bau

dan tidak menimbulkan becek. Pada tahun 2008, telah dilakukan pemeriksaan pada 3.697.779 keluarga dan 65% sudah memiliki SPAL dan 59,44% diantaranya memiliki SPAL yang sehat.

Gambar 32. Kepemilikan sarana sanitasi dasar Di Jawa Timur tahun 2008



## BAB V

### SUMBER DAYA KESEHATAN

#### ***A. Sarana dan prasarana Kesehatan :***

Pesatnya pembangunan bidang kesehatan, salah satunya ditandai oleh makin meningkatnya peran pemerintah dan swasta dalam penyediaan sarana dan prasarana kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

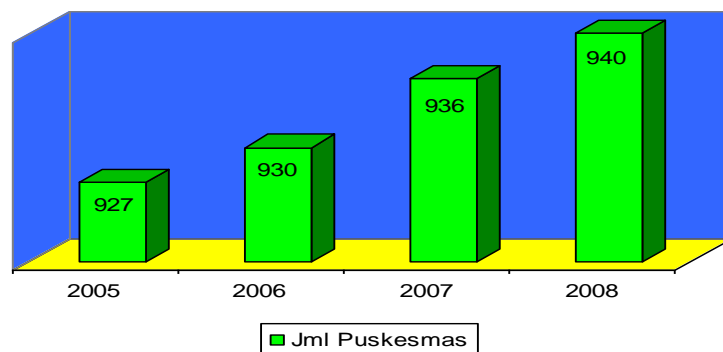
Pada bab ini akan diuraikan mengenai sarana dan prasarana kesehatan, diantaranya Puskesmas dan jaringannya, Rumah Sakit, Sarana kesehatan lain, Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) serta tenaga kesehatan

#### **1. Puskesmas dan jaringannya**

Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dari Dinas kesehatan Kabupaten/Kota yang berada di wilayah kecamatan yg melaksanakan tugas-tugas operasional pembangunan kesehatan.

Pada tahun 2008 jumlah Puskesmas di Jawa Timur sebanyak 940 Puskesmas yang terdiri dari 405 puskesmas perawatan (puskesmas dengan tempat tidur) dan 535 puskesmas non perawatan.

Gambar 33. Jumlah Puskesmas di Jawa Timur tahun 2005-2008



Dari grafik diatas terlihat adanya peningkatan jumlah puskesmas di Jawa Timur, namun bila dilihat secara konseptual bahwa Puskesmas menganut konsep wilayah dan diharapkan dapat melayani penduduk rata-rata 30.000 jiwa, maka keberadaan puskesmas di

Jawa Timur saat ini seharusnya berjumlah 1.247 buah karena rasio puskesmas dengan penduduk tahun 2008 masih sebesar 1 : 39.826 jiwa.

Untuk memperluas jangkauan pelayanan Puskesmas ke masyarakat, setiap Puskesmas telah dibantu oleh Puskesmas Pembantu (Pustu) yang pada saat ini telah berjumlah 2.273 buah sehingga rasio Puskesmas terhadap Pustu adalah 1 : 2,42 yang artinya 1 Puskesmas dibantu oleh 2 - 3 Pustu.

Selain Pustu, Puskesmas juga dibantu oleh sarana puskesmas keliling roda 4 (Pusling) yang berguna untuk membantu pelayanan kesehatan di luar gedung sehingga dapat menjangkau seluruh daerah di wilayah Jawa Timur. Pada tahun 2008 jumlah Pusling di Jawa Timur sebanyak 1.084 dan berarti semua puskesmas telah memiliki Pusling .

## **2. Rumah sakit :**

Jumlah rumah sakit di Jawa Timur tahun 2008 sebanyak 261 rumah sakit yang terdiri dari 180 rumah sakit umum, 4 rumah sakit jiwa, 29 rumah sakit bersalin dan 48 rumah sakit khusus lainnya yang merupakan milik pemerintah, TNI/Polri, BUMN maupun swasta.

## **3. Sarana kesehatan lainnya :**

Selain Puskesmas dan rumah sakit keberadaan sarana kesehatan yang lain sangat membantu terwujudnya peningkatan derajat kesehatan masyarakat di Jawa Timur. Sarana kesehatan lainnya yang ada di Jawa Timur pada tahun 2008 meliputi :

- a. Rumah bersalin sebanyak 264 buah
- b. Balai pengobatan/ Klinik sebanyak 863 buah
- c. Praktek dokter perorangan sebanyak 5.986 buah
- d. Praktek pengobatan tradisional sebanyak 891 buah
- e. Apotik sebanyak 2.161 buah dan Toko obat sebanyak 425 buah
- f. Industri obat tradisional sebanyak 57 buah
- g. Industri kecil obat tradisional sebanyak 1.911 buah



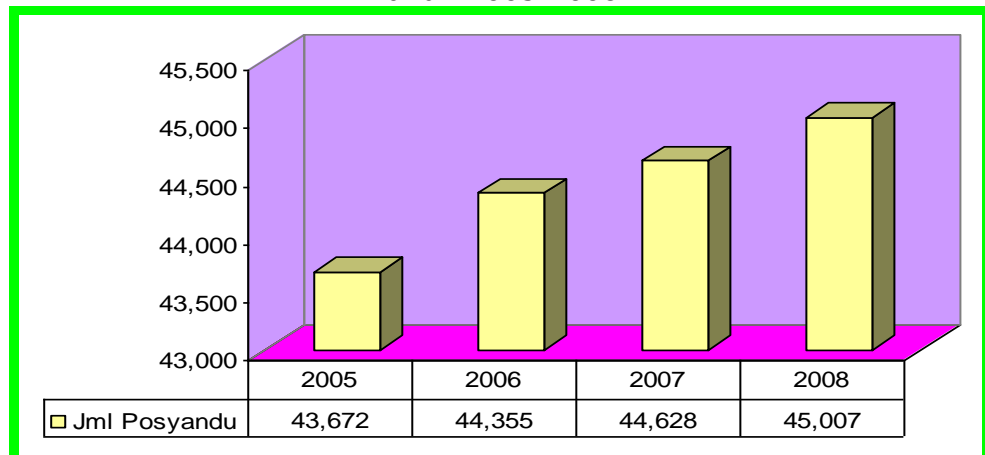
#### 4. Upaya Kesehatan Bersumber masyarakat (UKBM)

Dalam rangka meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan kepada masyarakat berbagai upaya telah dikembangkan termasuk dengan memanfaatkan potensi dan sumberdaya yang ada di masyarakat melalui posyandu, polindes, poskesdes maupun pembentukan desa siaga.

**Posyandu** merupakan salah satu bentuk UKBM yang paling dikenal oleh masyarakat. Posyandu menyelenggarakan minimal 5 program prioritas yaitu kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, perbaikan gizi, imunisasi dan penanggulangan diare. Menurut stratanya Posyandu dibagi dalam 4 kelompok yaitu Pratama, Madya, Purnama dan Mandiri.

Pada tahun 2008 jumlah Posyandu di Jawa Timur sebanyak 45.007 buah, meningkat 379 buah dibandingkan tahun 2007 dimana jumlah Posyandu Purnama Mandiri (PURI) sebanyak 39,48%. Cakupan tersebut hampir mendekati target Indonesia Sehat 2010 sebesar 40%.

Gambar 34. Jumlah Posyandu di Jawa Timur Tahun 2005-2008

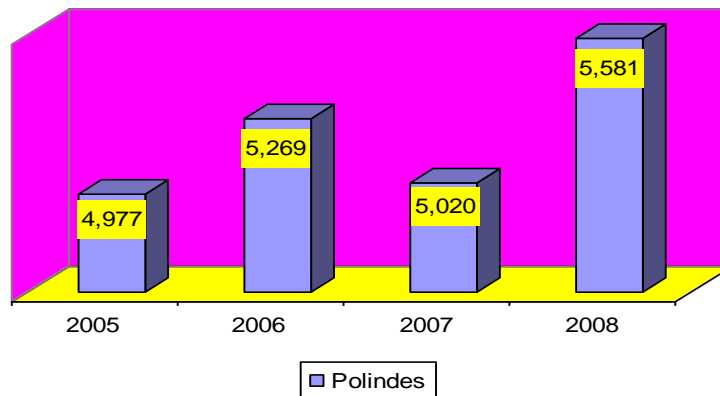


Dari grafik diatas terlihat tren meningkat pada jumlah posyandu dengan rasio Posyandu terhadap desa/kelurahan adalah 5,29 artinya rata-rata tiap desa/kelurahan mempunyai 5 Posyandu. Kondisi tersebut sudah memenuhi target 1 desa dengan 5 Posyandu.

**Polindes** merupakan salah satu bentuk peran serta masyarakat dalam rangka mendekatkan pelayanan kebidanan melalui penyediaan

tempat pertolongan persalinan dan pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk pelayanan keluarga berencana. Jumlah Polindes`di Jawa Timur tahun 2008 sebanyak 5.581 buah dan cenderung meningkat dibandingkan tahun-tahun sebelumnya.

Gambar 35. Jumlah Polindes di Jawa Timur Tahun 2005-2008



**Desa siaga** adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumberdaya serta kemauan dan kemampuan untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. Tujuan dibentuknya desa siaga adalah mewujudkan masyarakat yang mandiri untuk sehat serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayahnya.

Pada tahun 2008 jumlah desa/kelurahan siaga yang telah dibentuk di Jawa Timur sebanyak 8.131 buah (95,61%) yang berarti hampir semua desa / kelurahan di Jawa Timur telah menjadi desa / kelurahan siaga, sehingga diharapkan Jawa Timur dapat segera mewujudkan " Jawa Timur sehat" .

### ***B. Tenaga Kesehatan :***

Dalam pembangunan kesehatan, Sumber Daya Manusia merupakan salah satu faktor penggerak utama, sehingga dengan SDM kesehatan yang berkualitas akan menentukan keberhasilan dari seluruh proses pembangunan kesehatan tersebut.

### ***Persebaran Tenaga Kesehatan di Unit Kerja***

Jumlah tenaga kesehatan di Jawa Timur pada tahun 2008 ada 44.300 orang. Tenaga kesehatan ini tersebar di puskesmas dan jaringannya sebanyak 20.761 orang, di Rumah Sakit sebanyak 18.316 orang, di institusi pendidikan kesehatan sebanyak 646 orang, di sarana kesehatan lainnya 3.252 orang dan di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota 1.325 orang.

Sampai saat ini jumlah tenaga kesehatan masih belum sepenuhnya terpenuhi, hal ini terlihat dari rasio jumlah tenaga kesehatan yang ada di Jawa Timur dibandingkan dengan target Indonesia Sehat 2010.

No	Jenis Tenaga	Jumlah	Rasio per 100.000 penduduk	
			Tahun 2008	IS 2010
1.	Dokter Spesialis	1.818	4,86	6
2.	Dokter Umum	4.094	10,94	40
3.	Dokter Gigi	1.339	3,58	11
4.	Perawat	17.777	47,49	117,5
5.	Bidan	11.368	30,37	100
6.	Apoteker	680	1,8	10
7.	Ahli Kesmas	806	2,15	40
8.	Ahli Sanitasi	1.464	3,91	40
9.	Ahli Gizi	1.139	3,04	22

1. **Dokter Spesialis** berjumlah 1.818 orang, sehingga rasio dokter spesialis sebesar 4,86 per 100.000 penduduk. Kondisi tersebut dibawah target Indonesia Sehat 2010 sebesar 6 per 100.000 penduduk.
2. **Dokter Umum** berjumlah 4.094 orang, sehingga rasio dokter umum sebesar 10,94 per 100.000 penduduk. Kondisi tersebut masih dibawah target Indonesia sehat 2010 sebesar 40 per 100.000 penduduk.

3. **Dokter Gigi** berjumlah 1.339 orang, sehingga rasio dokter gigi sebesar 3,58 per 100.000 penduduk. Kondisi tersebut masih dibawah target Indonesia Sehat 2010 sebesar 11 per 100.000 penduduk.
4. **Tenaga Keperawatan** disini terdiri atas S-1 keperawatan, D-III perawat dan lulusan SPK. Jumlah tenaga keperawatan sebanyak 17.777 orang, sehingga rasio perawat sebesar 47,49 per 100.000 penduduk. Kondisi tersebut masih dibawah target Indonesia Sehat sebesar 117,5 per 100.000 penduduk.
5. **Tenaga Bidan** disini terdiri atas D-III bidan dan bidan. Jumlah tenaga bidan sebanyak 11.368 orang, sehingga rasio tenaga bidan sebesar 30,37 per 100.000 penduduk. Kondisi tersebut masih dibawah target Indonesia Sehat sebesar 100 per 100.000 penduduk.
6. **Tenaga Kefarmasian** disini terdiri atas tenaga Apoteker, S1 farmasi, D-III farmasi dan asisten apoteker. Jumlah tenaga farmasi sebanyak 2.594 orang dan 680 orang diantaranya adalah **tenaga apoteker** dengan rasio apoteker sebesar 1,8 per 100.000 penduduk. Kondisi masih dibawah target Indonesia Sehat yaitu 10 per 100.000 penduduk.
7. **Tenaga Ahli Kesehatan Masyarakat** disini terdiri dari Sarjana Kesehatan Masyarakat dan D-III Kesmas. Jumlah tenaga kesehatan masyarakat di Provinsi Jawa Timur tahun 2008 sebanyak 806 orang dengan rasio tenaga ahli kesehatan masyarakat sebesar 2,15 per 100.000 penduduk. Kondisi tersebut masih jauh dari target Indonesia Sehat sebesar 40 per 100.000 penduduk
8. **Tenaga Ahli Sanitasi** disini terdiri dari D-III dan D-I Sanitasi. Jumlah tenaga ahli sanitasi di Provinsi Jawa Timur tahun 2008 sebanyak 1.464 orang dengan rasio tenaga ahli sanitasi sebesar 3,91

per 100.000 penduduk. Kondisi tersebut masih jauh dari target Indonesia Sehat sebesar 40 per 100.000 penduduk

9. **Tenaga Ahli Gizi** disini terdiri atas D-IV/S-1 Gizi, D-III gizi dan D-1 gizi. Jumlah tenaga gizi di Jawa Timur tahun 2008 sebanyak 1.139 orang dengan rasio tenaga ahli gizi sebesar per 100.000 penduduk sebesar 3.04. Kondisi tersebut masih dibawah target IS sebesar 22 per 100.000 penduduk

10. **Tenaga Teknisi Medis** disini terdiri dari tenaga analisis laboratorium, tenaga teknisi medis (TEM) dan penata rontgen, pranata anestesi dan tenaga fisioterapis. Jumlah tenaga teknisi medis di Jawa Timur tahun 2008 sebanyak 2.034 orang yang terdiri dari 1.397 orang analis laboratorium, 317 tenaga TEM dan penata rontgen, 139 orang pranata anestesi dan 181 orang tenaga fisioterapis.

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

Data dan informasi merupakan sumber daya yang strategis bagi pimpinan dan organisasi dalam 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. Dibidang kesehatan, data dan informasi ini diperoleh melalui 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 yang meliputi data capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan Indikator Indonesia Sehat 2010. 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 sehingga kualitas data menjadi lebih baik.