PROFIL KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR

TAHUN 2012

DINAS KESEHATAN
PROVINSI JAWA TIMUR
2013

PROFIL KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR

TAHUN 2012

Buku ini diterbitkan oleh

DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR

JL. A. YANI 118 SURABAYA
Telp. (031) 8280715 / 8280910 / 8299056
Fax. (031) 8290423 / 8299056
Website : http://dinkes.jatimprov.go.id
Email : info@dinkesjatim.go.id

KONTRIBUTOR
PROFIL KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR

Dinas Kesehatan Kabupaten Pacitan; Dinas Kesehatan Kabupaten Ponorogo;
Dinas Kesehatan Kabupaten Trenggalek; Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung;
Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar; Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri;
Dinas Kesehatan Kabupaten Malang; Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang;
Dinas Kesehatan Kabupaten Jember; Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi;
Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso; Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo;
Dinas Kesehatan Kabupaten Probolinggo; Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan;
Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo; Dinas Kesehatan Kabupaten Mojokerto;
Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang; Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk;
Dinas Kesehatan Kabupaten Madiun; Dinas Kesehatan Kabupaten Magetan;
Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi; Dinas Kesehatan Kabupaten Bojonegoro;
Dinas Kesehatan Kabupaten Tuban; Dinas Kesehatan Kabupaten Lamongan;
Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik; Dinas Kesehatan Kabupaten Bangkalan;
Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang; Dinas Kesehatan Kabupaten Pamekasan;
Dinas Kesehatan Kabupaten Sumenep; Dinas Kesehatan Kota Kediri;
Dinas Kesehatan Kota Blitar; Dinas Kesehatan Kota Malang;
Dinas Kesehatan Kota Probolinggo; Dinas Kesehatan Kota Pasuruan;
Dinas Kesehatan Kota Mojokerto; Dinas Kesehatan Kota Madiun;
Dinas Kesehatan Kota Surabaya; Dinas Kesehatan Kota Batu;

Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur;

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur :
Seksi Kesehatan Keluarga; Seksi Kesehatan Rujukan dan Khusus;
Seksi Kesehatan Dasar dan Penunjang; Seksi Pemberantasan Penyakit;
Seksi Penyehatan Lingkungan; Seksi Promosi Kesehatan; Seksi Gizi;
Seksi Pencegahan, Pengamatan Penyakit dan Penanggulangan Masalah Kesehatan;
Seksi Kefarmasian dan Perbekalan Kesehatan; Seksi Pembiayaan Kesehatan;
Seksi Perencanaan, Pendayagunaan dan Pengembangan SDM Kesehatan;
Sub Bagian Penyusunan Program; Sub Bagian Keuangan; Sub Bagian Tata Usaha;
Seksi Informasi dan Penelitian Pengembangan Kesehatan;

SAMBUTAN
KEPALA DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah Subhanahu wa Ta'ala, bahwa buku Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2012 ini dapat diterbitkan setelah beberapa lama berproses dalam penyusunannya. Disadari sepenuhnya bahwa penyusunan buku Profil Kesehatan ini membutuhkan waktu yang tidak sebentar karena beberapa kendala dalam pengelolaan data dan informasi di tingkat kabupaten/kota dan juga di tingkat provinsi serta dikarenakan proses penyusunan atau pengumpulannya belum sepenuhnya memanfaatkan sarana elektronik/teknologi informasi.

Atas terbitnya Buku Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2012, kami memberikan apresiasi dan ucapan terima kasih kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan jajarannya, Kepala Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur dan jajarannya, Tim Penyusun Profil Kesehatan di lingkunan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang telah berupaya memberikan kontribusinya, serta kepada semua pihak yang telah membantu memberikan data dan informasi guna penyusunan buku Profil Kesehatan ini.

Di tahun mendatang, kiranya Buku Profil Kesehatan dapat diterbitkan lebih awal dengan memuat data dan informasi berkualitas, serta tetap memperhatikan kedalaman analisa dan konsistensi datanya, sehingga buku Profil Kesehatan ini dapat dijadikan rujukan penting dan utama dalam proses manajemen pembangunan kesehatan khususnya di Jawa Timur.

Semoga Profil Kesehatan Jawa Timur Tahun 2012 ini dapat bermanfaat bagi semua pihak, baik di lingkungan pemerintahan, akademisi, organisasi profesi, swasta serta masyarakat umum yang membutuhkan informasi di bidang kesehatan. Kami tetap mengharapkan kritik, saran atau masukan dari para pembaca guna penyempurnaan Profil Kesehatan di masa datang.

Surabaya, September 2013

KEPALA DINAS KESEHATAN
PROVINSI JAWA TIMUR

dr. HARSONO
Pembina Utama Muda
NIP. 19560703 198312 1 001

DAFTAR ISI

SAMBUTAN KEPALA DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR		i
DAFTAR ISI		ii
DAFTAR LAMPIRAN		iv
DAFTAR GAMBAR		xi
DAFTAR TABEL		xvii
BAB I	PENDAHULUAN	1
I.1	Latar Belakang	1
I.2	Sistematika Penyajian	2
BAB II	GAMBARAN UMUM JAWA TIMUR	4
II.1	Kondisi Geografis dan Administrasi	4
II.2	Topografi	5
II.3	Hidrografi	6
II.4	Iklim	6
II.5	Kependudukan	7
BAB III	SITUASI DERAJAT KESEHATAN	8
III.1	Angka Kematian (Mortalitas)	8
III.2	Angka/Umur Harapan Hidup (AHH/UHH)	13
III.3	Angka Kesakitan (Morbiditas)	15
III.4	Pola 10 Penyakit Terbanyak di Rumah Sakit Pemerintah	38
III.5	Status Gizi Masyarakat	42
BAB IV	SITUASI UPAYA KESEHATAN	46
IV.1	Pelayanan Kesehatan Dasar	46
IV.2	Pelayanan Kesehatan Rujukan dan Khusus	63
IV.3	Ketersediaan Obat	65

IV.4 Kejadian Luar Biasa (KLB) dan Keracunan 66
IV.5 Perbaikan Gizi Masyarakat 67
IV.6 Perilaku Masyarakat 74
IV.7 Pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat 75
IV.8 Pelayanan Kesehatan Lingkungan dan Sanitasi Dasar 79
BAB V SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN 84
V.1 Sarana Kesehatan 84
V.2 Tenaga Kesehatan 90
V.3 Anggaran Kesehatan 91
BAB VI Penutup 93
LAMPIRAN

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Luas Wilayah, Jumlah Kecamatan, Desa/Kelurahan, Jumlah Penduduk, Jumlah Rumah Tangga dan Kepadatan Penduduk Menurut Kabupaten/Kota
Lampiran 2	Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin, Kelompok Umur, Rasio Beban Tanggungan, Rasio Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota
Lampiran 3	Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur
Lampiran 4	Persentase Penduduk Berumur 10 Tahun ke Atas yang Melek Huruf Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota
Lampiran 5	Jumlah Penduduk Laki-Laki dan Perempuan Berusia 10 Tahun ke Atas Menurut Tingkat Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan dan Kabupaten/Kota
Lampiran 6	Jumlah Kelahiran Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota
Lampiran 7	Jumlah Kematian Bayi dan Balita Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota
Lampiran 8	Jumlah Kematian Ibu Menurut Kelompok Umur dan Kabupaten/Kota
Lampiran 9	Jumlah Kasus AFP (Non Polio) dan AFP Rate (Non Polio) Menurut Kabupaten/Kota
Lampiran 10A	Jumlah Kasus Baru TB dan Kematian Penderita TB Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota
Lampiran 11A	Jumlah Suspek dan Kasus TB serta Angka Penemuan Kasus TB Paru BTA+ Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota
Lampiran 12	Jumlah Kasus dan Kesembuhan TB Paru BTA+ Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota
Lampiran 13	Penemuan Kasus Pneumonia Balita Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota
Lampiran 14	Jumlah Kasus Baru HIV, AIDS dan Infeksi Menular Seksual Lainnya Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 15 Persentase Donor Darah Diskrining Terhadap HIV Menurut Jenis Kelamin

Lampiran 16 Kasus Diare yang Ditangani Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 17 Jumlah Kasus Baru Kusta Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 18 Kasus Baru Kusta 0-14 Tahun dan Cacat Tingkat 2 Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 19 Jumlah Kasus dan Angka Prevalensi Penyakit Kusta Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 20 Persentase Penderita Kusta Selesai Berobat Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 21 Jumlah Kasus Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 22 Jumlah Kasus Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 23 Jumlah Kasus DBD Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 24A Kesakitan dan Kematian Akibat Malaria Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 25 Penderita Filariasis Ditangani Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 26 Bayi Berat Badan Lahir Rendah Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 27 Status Gizi Balita Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 28 Cakupan Kunjungan Ibu Hamil, Persalinan Ditolong Tenaga Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas Menurut Kabupaten/Kota

Lampiran 29 Persentase Cakupan Imunisasi TT pada Ibu Hamil Menurut Kabupaten/Kota

Lampiran 30 Jumlah Ibu Hamil yang Mendapatkan Table Fe1 dan Fe3 Menurut Kabupaten/Kota

Lampiran 31 Jumlah dan Persentase Komplikasi Kebidanan dan Neonatal Risiko Tinggi atau Komplikasi Ditangani Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 32 Cakupan Pemberian Vitamin A pada Bayi, Anak Balita dan Ibu Nifas Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 33 Proporsi Peserta KB Aktif Menurut Jenis Kontrasepsi Menurut Kabupaten/Kota

Lampiran 34 Proporsi Peserta KB Baru Menurut Jenis Kontrasepsi Menurut Kabupaten/Kota

Lampiran 35 Jumlah Peserta KB Baru dan KB Aktif Menurut Kabupaten/Kota

Lampiran 36 Cakupan Kunjungan Neonatus Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 37 Cakupan Kunjungan Bayi Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 38 Cakupan Desa/Kelurahan UCI Menurut Kabupaten/Kota

Lampiran 39 Cakupan Imunisasi DPT, HB dan Campak pada Bayi Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 40 Cakupan Imunisasi BCG dan Polio pada Bayi Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 41 Jumlah Bayi yang Diberi ASI Eksklusif Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 42 Pemberian Makanan Pendamping ASI Anak Usia 6-23 Bulan Keluarga Miskin Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 43 Cakupan Pelayanan Anak Balita Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 44 Jumlah Balita Ditimbang Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 44A Jumlah Balita Ditimbang Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 45 Cakupan Balita Gizi Buruk yang Mendapat Perawatan Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 46 Cakupan Penjaringan Kesehatan Siswa SD dan Setingkat Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 47 Cakupan Pelayanan Kesehatan Siswa SD dan Setingkat Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 48 Cakupan Pelayanan Kesehatan Pra Lansia dan Lansia Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 49 Persentase Sarana Kesehatan dengan Kemampuan Pelayanan Gawat Darurat (Gadar) Level I

Lampiran 49.1 Jumlah Sarana Kesehatan dengan Kemampuan Pelayanan Gawat Darurat (Gadar) Level I

Lampiran 50 Jumlah Penderita dan Kematian pada KLB Menurut Jenis KLB

Lampiran 51 Desa/Kelurahan Terkena KLB yang Ditangani < 24 Jam Menurut Kabupaten/Kota

Lampiran 52 Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 53 Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut pada Anak SD dan Setingkat Menurut Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 54.1 Jumlah Kegiatan Penyuluhan Kesehatan di Puskesmas

Lampiran 54.2 Jumlah Kegiatan Penyuluhan Kesehatan di Dinas Kesehatan

Lampiran 54.3 Jumlah Kegiatan Penyuluhan Kesehatan di Rumah Sakit

Lampiran 55 Cakupan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Pra Bayar Menurut Jenis Jaminan, Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 56 Cakupan Pelayanan Rawat Jalan Masyarakat Miskin (dan Hampir Miskin) Menurut Strata Sarana Kesehatan, Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 56A Cakupan Pelayanan Rawat Jalan Masyarakat Miskin (dan Hampir Miskin) Menurut Strata Sarana Kesehatan, Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota yang Dicakup Melalui Program Jamkesda

Lampiran 57 Cakupan Pelayanan Rawat Inap Masyarakat Miskin (dan Hampir Miskin) Menurut Strata Sarana Kesehatan, Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota

Lampiran 57A Cakupan Pelayanan Rawat Inap Masyarakat Miskin (dan Hampir Miskin) Menurut Strata Sarana Kesehatan, Jenis Kelamin dan Kabupaten/Kota yang Dicakup Melalui Program Jamkesda

Lampiran 58 Jumlah Kunjungan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Kunjungan Gangguan Jiwa di Sarana Pelayanan Kesehatan

Lampiran 58.1 Jumlah Kunjungan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Kunjungan Gangguan Jiwa di Puskesmas

Lampiran 58.2 Jumlah Kunjungan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Kunjungan Gangguan Jiwa di Rumah Sakit

Lampiran 58.3 Jumlah Kunjungan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Kunjungan Gangguan Jiwa di Sarana Kesehatan Lainnya

Lampiran 61 Persentase Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat Menurut Kabupaten/Kota

Lampiran 62 Persentase Rumah Sehat Menurut Kabupaten/Kota

Lampiran 63 Persentase Rumah/Bangunan Bebas Jentik Nyamuk Aedes Menurut Kabupaten/Kota

Lampiran 64 Persentase Keluarga Menurut Jenis Sarana Air Bersih yang Digunakan per Kabupaten/Kota

Lampiran 65 Persentase Keluarga Menurut Sumber Air Minum yang Digunakan per Kabupaten/Kota

Lampiran 66 Persentase Keluarga dengan Kepemilikan Sarana Sanitasi Dasar Menurut Kabupaten/Kota

Lampiran 67 Persentase Tempat Umum dan Pengelolaan Makanan (TUPM) Sehat Menurut Kabupaten/Kota

Lampiran 68 Persentase Institusi Dibina Kesehatan Lingkungannya Menurut Kabupaten/Kota

Lampiran 69 Ketersediaan Obat Menurut Jenis Obat

Lampiran 70 Jumlah Sarana Pelayanan Kesehatan Menurut Kepemilikan

Lampiran 71 Persentase Sarana Pelayanan Kesehatan dengan Kemampuan Laboratorium dan Memiliki 4 Spesialis Dasar

Lampiran 71.1 Sarana Pelayanan Kesehatan dengan Kemampuan Laboratorium dan Memiliki 4 Spesialis Dasar

Lampiran 72 Jumlah Posyandu Menurut Strata per Kabupaten/Kota

Lampiran 73 Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) Menurut Kabupaten/Kota

Lampiran 74 Jumlah Tenaga Medis di Sarana Kesehatan

Lampiran 74.1 Jumlah Tenaga Medis di Puskesmas

Lampiran 74.2 Jumlah Tenaga Medis di Rumah Sakit

Lampiran 74.3 Jumlah Tenaga Medis di Sarana Kesehatan Lain

Lampiran 74.4 Jumlah Tenaga Medis di Institusi Diknakes/Diklat

Lampiran 74.5 Jumlah Tenaga Medis di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Lampiran 75 Jumlah Tenaga Bidan/Keperawatan di Sarana Kesehatan

Lampiran 75.1 Jumlah Tenaga Bidan/Keperawatan di Puskesmas

Lampiran 75.2 Jumlah Tenaga Bidan/Keperawatan di Rumah Sakit

Lampiran 75.3 Jumlah Tenaga Bidan/Keperawatan di Sarana Kesehatan Lain

Lampiran 75.4 Jumlah Tenaga Bidan/Keperawatan di Institusi Diknakes/Diklat

Lampiran 75.5 Jumlah Tenaga Bidan/Keperawatan di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Lampiran 76 Jumlah Tenaga Kefarmasian dan Gizi di Sarana Kesehatan

Lampiran 76.1 Jumlah Tenaga Kefarmasian dan Gizi di Puskesmas

Lampiran 76.2 Jumlah Tenaga Kefarmasian dan Gizi di Rumah Sakit

Lampiran 76.3 Jumlah Tenaga Kefarmasian dan Gizi di Sarana Kesehatan Lain

Lampiran 76.4 Jumlah Tenaga Kefarmasian dan Gizi di Institusi Diknakes/Diklat

Lampiran 76.5 Jumlah Tenaga Kefarmasian dan Gizi di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Lampiran 77 Jumlah Tenaga Kesehatan Masyarakat dan Sanitasi di Sarana Kesehatan

Lampiran 77.1 Jumlah Tenaga Kesehatan Masyarakat dan Sanitasi di Puskesmas

Lampiran 77.2 Jumlah Tenaga Kesehatan Masyarakat dan Sanitasi di Rumah Sakit

Lampiran 77.3 Jumlah Tenaga Kesehatan Masyarakat dan Sanitasi di Sarana Kesehatan Lain

Lampiran 77.4 Jumlah Tenaga Kesehatan Masyarakat dan Sanitasi di Institusi Diknakes/Diklat

Lampiran 77.5 Jumlah Tenaga Kesehatan Masyarakat dan Sanitasi di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Lampiran 78 Jumlah Tenaga Teknisi Medis dan Fisioterapi di Sarana Kesehatan

Lampiran 78.1 Jumlah Tenaga Teknisi Medis dan Fisioterapi di Puskesmas

Lampiran 78.2 Jumlah Tenaga Teknisi Medis dan Fisioterapi di Rumah Sakit

Lampiran 78.3 Jumlah Tenaga Teknisi Medis dan Fisioterapi di Sarana Kesehatan Lain

Lampiran 78.4 Jumlah Tenaga Teknisi Medis dan Fisioterapi di Institusi Diknakes/Diklat

Lampiran 78.5 Jumlah Tenaga Teknisi Medis dan Fisioterapi di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Lampiran 79 Anggaran Kesehatan

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Peta Administrasi Provinsi Jawa Timur

Gambar 2.2 Peta Topografi Provinsi Jawa Timur

Gambar 2.3 Piramida Persentase Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Umur Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

Gambar 3.1 Perkembangan Capaian, Target Renstra dan MDGs AKI (per 100.000 Kelahiran Hidup) Provinsi Jawa Timur Tahun 2009-2012

Gambar 3.2 Pemetaan Angka Kematian Ibu per 100.000 Kelahiran Hidup Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

Gambar 3.3 Angka Kematian Ibu per 100.000 Kelahiran Hidup Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 3.4 Proporsi Tempat Kematian Ibu Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

Gambar 3.5 Proporsi Penyebab Kematian Ibu Provinsi Jawa Timur Tahun 2010-2012

Gambar 3.6 Perkembangan Capaian, Target Renstra dan MDGs AKB (per 1.000 Kelahiran Hidup) Provinsi Jawa Timur Tahun 2009-2012

Gambar 3.7 Pemetaan Estimasi Angka Kematian Bayi per 1.000 Kelahiran Hidup Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

Gambar 3.8 Estimasi Angka Kematian Bayi per 1.000 Kelahiran Hidup Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 3.9 Perkembangan Capaian dan Target Renstra AHH (satuan Tahun) Provinsi Jawa Timur Tahun 2009-2012

Gambar 3.10 Angka Harapan Hidup Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 3.11 Pemetaan Angka Harapan Hidup Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

Gambar 3.12 Perkembangan Persentase CDR dan Success Rate TB Provinsi Jawa Timur Tahun 2009-2012

Gambar 3.13 Peta Persebaran CDR TB Provinsi Jawa Timur Tahun 2010-2012

Gambar 3.14 Perkembangan Penemuan Penderita Kusta Baru Provinsi Jawa Timur Tahun 2009-2012

Gambar 3.15 Peta Persebaran Angka Kesakitan Penderita Kusta Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

Gambar 3.16 Perkembangan Prevalensi Rate (PR) dan Case Detection Rate (CDR) Kusta per 10.000 Penduduk Provinsi Jawa Timur Tahun 2009-2012

Gambar 3.17 Perkembangan Kasus HIV, AIDS dan Jumlah Kematian per Tahun Provinsi Jawa Timur Tahun 2009-2012

Gambar 3.18 Jumlah Kasus HIV Menurut Kabupaten/Kota Sampai Dengan Tahun 2012

Gambar 3.19 Peta Persebaran/Distribusi HIV Menurut Kabupaten/Kota Sampai Dengan Tahun 2012

Gambar 3.20 Jumlah Kasus AIDS Menurut Kabupaten/Kota Sampai Dengan Tahun 2012

Gambar 3.21 Proporsi Kasus AIDS Berdasarkan Jenis Kelamin Penderita Provinsi Jawa Timur Sampai Dengan Tahun 2012

Gambar 3.22 Proporsi Kasus AIDS Berdasarkan Profesi Penderita Provinsi Jawa Timur Sampai Dengan Tahun 2012

Gambar 3.23 Proporsi Kasus AIDS Berdasarkan Kelompok Umur Penderita Provinsi Jawa Timur Sampai Dengan Tahun 2012

Gambar 3.24 Proporsi Kasus AIDS Berdasarkan Faktor Resiko Penderita Provinsi Jawa Timur Sampai Dengan Tahun 2012

Gambar 3.25 Persentase Penemuan Penderita Pneumonia yang Ditangani Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 3.26 Persentase Penemuan Penderita Diare yang Ditangani Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 3.27 Perkembangan Penemuan Penderita DBD dan Jumlah Kematian Akibat DBD Provinsi Jawa Timur Tahun 2008-2012

Gambar 3.28 Peta Persebaran Kasus Malaria Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

Gambar 3.29 Perkembangan Annual Parasite Incidence (API) per 1.000 Penduduk Beresiko Provinsi Jawa Timur Tahun 2009-2012

Gambar 3.30 Peta Persebaran Kasus Filariasis Kronis Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

Gambar 3.31 Perkembangan Kasus Campak Provinsi Jawa Timur Tahun 2000-2012

Gambar 3.32 Perkembangan Kasus Difteri dan Distribusi Kasus Difteri per Kabupaten/Kota Tahun 2009-2012

Gambar 3.33 Jumlah Kasus Difteri Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 3.34 Persentase Kasus Difteri Menurut Kelompok Umur Provinsi Jawa Timur Tahun 2009-2012

Gambar 3.35 Kasus TN dan Kematian Akibat TN Provinsi Jawa Timur Tahun 2009-2012

Gambar 3.36 AFP (Non Polio) Rate Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 3.37 Penyakit Terbanyak Pasien Rawat Jalan di RSU Pemerintah Kelas A Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

Gambar 3.38 Penyakit Terbanyak Pasien Rawat Jalan di RSU Pemerintah Kelas B Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

Gambar 3.39 Penyakit Terbanyak Pasien Rawat Jalan di RSU Pemerintah Kelas C Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

Gambar 3.40 Penyakit Terbanyak Pasien Rawat Jalan di RSU Pemerintah Kelas D Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

Gambar 3.41 Penyakit Terbanyak Pasien Rawat Inap di RSU Pemerintah Kelas A Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

Gambar 3.42 Penyakit Terbanyak Pasien Rawat Inap di RSU Pemerintah Kelas B Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

Gambar 3.43 Penyakit Terbanyak Pasien Rawat Inap di RSU Pemerintah Kelas C Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

Gambar 3.44 Penyakit Terbanyak Pasien Rawat Inap di RSU Pemerintah Kelas D Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

Gambar 3.45 Persentase BBLR Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 3.46 Persentase Penyebab Kematian Neonatal Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

Gambar 3.47 Persentase Status Gizi Balita (BB/U, TB/U dan BB/TB) Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

Gambar 4.1 Cakupan Pelayanan Ibu Hamil K1 Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 4.2 Cakupan Pelayanan Ibu Hamil K4 Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 4.3 Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 4.4 Perkembangan Cakupan (Persentase dan Jumlah) Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2009-2012

Gambar 4.5 Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Dukun Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 4.6 Cakupan Komplikasi Kebidanan Ditangani Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 4.7 Perkembangan Cakupan Komplikasi Kebidanan Ditangani Provinsi Jawa Timur Tahun 2009-2012

Gambar 4.8 Cakupan Pelayanan Ibu Nifas Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 4.9 Cakupan KN Lengkap Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 4.10 Perkembangan Cakupan KN Lengkap Provinsi Jawa Timur Tahun 2009-2012

Gambar 4.11 Cakupan Neonatal Komplikasi Ditangani Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 4.12 Cakupan (Kunjungan) Bayi Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 4.13 Cakupan Pelayanan Anak Balita Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 4.14 Cakupan Peserta KB Aktif Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 4.15 Cakupan Peserta KB Baru Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 4.16 Cakupan Penjaringan Kesehatan Kelas 1 SD dan Sederajat Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 4.17 Cakupan Pelayanan Kesehatan Anak SD dan Sederajat Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 4.18 Perkembangan Cakupan Desa/Kelurahan UCI Provinsi Jawa Timur Tahun 2009-2012

Gambar 4.19 Hasil Program Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut Provinsi Jawa Timur Tahun 2010-2012

Gambar 4.20 Hasil Program UKGS (Perawatan Gigi) Provinsi Jawa Timur Tahun 2010-2012

Gambar 4.21 Jumlah Kunjungan Rawat dan Rawat Inap di Puskesmas di Provinsi Jawa Timur Tahun 2010-2012

Gambar 4.22 Jumlah Kunjungan Rawat dan Rawat Inap di Rumah Sakit di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011 dan 2012

Gambar 4.23 Prevalensi Angka Kurang Energi Protein (KEP) Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

Gambar 4.24 Persentase BGM/D Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 4.25 Perkembangan Kasus Gizi Buruk Provinsi Jawa Timur Tahun 2010-2012

Gambar 4.26 Pencapaian Cakupan D/S Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 4.27 Cakupan Pemberian Fe1 dan Fe3 pada Ibu Hamil Provinsi Jawa Timur Tahun 2011 dan 2012

Gambar 4.28 Cakupan Pemberian Vitamin A pada Bayi dan Anak Balita Provinsi Jawa Timur Tahun 2011 dan 2012

Gambar 4.29 Cakupan Kepemilikan Jaminan Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

Gambar 4.30 Peta Cakupan Rumah Sehat Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

Gambar 4.31 Cakupan Rumah Sehat Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 4.32 Cakupan Akses, Kepemilikan dan Jamban Sehat Berdasarkan KK yang Diperiksa Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 4.33 Cakupan Desa ODF Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 4.34 Cakupan Akses Air Bersih dan Air Minum Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

Gambar 5.1 Persentase Strata Posyandu Provinsi Jawa Timur Tahun 2010-2012

Gambar 5.2 Persentase Strata Poskesdes Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pencapaian Program Pemberantasan Penyakit Kusta Provinsi Jawa Timur Tahun 2009-2012

Tabel 4.1 Nilai Indikator Pemakaian Tempat Tidur Rumah Sakit di Provinsi Jawa Timur Tahun 2010-2012

Tabel 4.2 Distribusi KLB Menurut Jenis Kejadian, Jenis Kasus, CFR Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

Tabel 5.1 Jumlah Rumah Sakit Berdasarkan Kepemilikan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

Tabel 5.2 Jumlah Sarana Farmasi dan Perbekalan Kesehatan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011 dan 2012

Tabel 5.3 Rekapitulasi Jumlah Tenaga Kesehatan Strategis di Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

BAB I
PENDAHULUAN

I.1 LATAR BELAKANG

Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Dalam konstitusi organisasi kesehatan dunia yang bernaung di bawah Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB), disebutkan bahwa salah satu hak asasi manusia adalah memperoleh manfaat, mendapatkan dan atau merasakan derajat kesehatan setinggi-tingginya, sehingga Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam menjalankan kebijakan dan program pembangunan kesehatan tidak hanya berpihak pada kaum tidak punya, namun juga berorientasi pada pencapaian *Millenium Development Goals* (MDGs).

Dari 8 (delapan) agenda pencapaian MDGs, 5 (lima) di antaranya merupakan bidang kesehatan, yakni terdiri dari memberantas kemiskinan dan kelaparan (Tujuan 1); menurunkan angka kematian anak (Tujuan 4); meningkatkan kesehatan ibu (Tujuan 5); memerangi HIV/AIDS, Malaria dan penyakit lainnya (Tujuan 6) dan melestarikan lingkungan hidup (Tujuan 7).

Untuk mendukung keberhasilan pembangunan di bidang kesehatan tersebut, salah satunya dibutuhkan adanya ketersediaan data dan informasi yang akurat bagi proses pengambilan keputusan dan perencanaan program. Selain itu, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 17 Ayat 1 menyebutkan bahwa pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pada Pasal 168 juga menyebutkan bahwa untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang efektif dan efisien diperlukan informasi kesehatan yang dilakukan melalui sistem informasi dan melalui kerjasama lintas sektor, dengan ketentuan lebih lanjut akan diatur dengan Peraturan Pemerintah. Sedangkan pada pasal 169 disebutkan pemerintah memberikan kemudahan kepada masyarakat untuk memperoleh akses terhadap informasi kesehatan dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Salah satu produk dari penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan adalah Profil Kesehatan Provinsi yang diharapkan dapat digunakan sebagai salah satu sarana untuk

memantau dan mengevaluasi pencapaian program. Profil Kesehatan merupakan salah satu indikator dari Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2011-2014, yakni tersedianya buku Profil Kesehatan Indonesia, Provinsi dan Kabupaten/Kota. Sejalan dengan penyusunan Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur ini, di tingkat Kabupaten/Kota juga disusun Profil Kesehatan Kabupaten/Kota sebagai salah satu paket penyajian data/informasi kesehatan yang lengkap. Dengan kata lain, penyusunan Profil Kesehatan disusun secara berjenjang, dimulai dari tingkat Kabupaten/Kota, Provinsi hingga Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Profil Kesehatan berisi data/informasi derajat kesehatan, upaya kesehatan, sumber daya kesehatan serta data/informasi lainnya yang menggambarkan kinerja sektor kesehatan di suatu wilayah, baik pemerintah maupun swasta selama satu tahun.

Akhirnya dengan pembangunan yang intensif, berkeninambungan dan merata, serta didukung dengan data/informasi yang tepat, maka diharapkan pembangunan di bidang kesehatan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia, khususnya masyarakat Jawa Timur.

I.2 SISTEMATIKA PENYAJIAN

Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2012 terdiri dari beberapa bagian, yakni sebagai berikut :

Bab I Pendahuluan.

Bab ini berisi penjelasan latar belakang pembangunan kesehatan, maksud dan tujuan penyusunan Profil Kesehatan serta sistematika penyajiannya.

Bab II Gambaran Umum.

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

Bab III Situasi Derajat Kesehatan.

Bab ini berisi uraian tentang berbagai indikator derajat kesehatan yang mencakup angka kematian, angka/umur harapan hidup, angka kesakitan dan status gizi masyarakat.

Bab IV Situasi Upaya Kesehatan.

Bab ini menguraikan pelaksanaan program pembangunan di bidang kesehatan, yang meliputi pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kesehatan rujukan (dan penunjang),

pemberantasan penyakit menular, perbaikan gizi masyarakat serta pembinaan kesehatan lingkungan dan sanitasi dasar.

Bab V Situasi Sumber Daya Kesehatan.

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

Bab VI Penutup.

Lampiran Data Profil Kesehatan

BAB II
GAMBARAN UMUM JAWA TIMUR

II.1 KONDISI GEOGRAFIS DAN ADMINISTRASI

Provinsi Jawa Timur terletak di bagian timur Pulau Jawa yang memiliki luas wilayah daratan 47.959 km^2 (*sumber Badan Pertanahan Nasional Provinsi Jawa Timur*). Jawa Timur berada pada 111º0' hingga 114º4' Bujur Timur (BT) dan 7º12' hingga 8º48' Lintang Selatan (LS) dengan batas wilayah sebagai berikut :

- sebelah utara : Laut Jawa
- sebelah selatan : Samudera Hindia
- sebelah barat : Selat Bali / Provinsi Bali
- sebelah timur : Provinsi Jawa Tengah

Gambar 2.1 Peta Administrasi Provinsi Jawa Timur

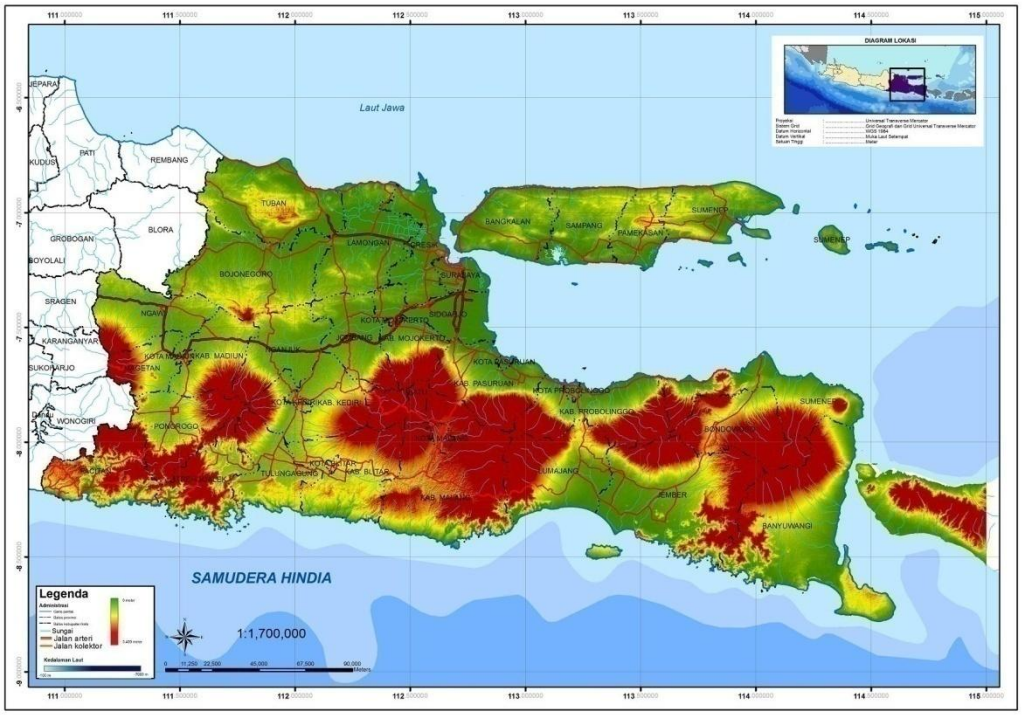
Sumber : http://navperencanaan.com/appe/peta/viewmap?prov_code=jatim
Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia, 2013

Provinsi Jawa Timur memiliki 229 pulau, yang terdiri dari 162 pulau bernama dan 67 pulau tidak bernama, dengan panjang pantai sekitar 2.833,85 km. Pulau Madura merupakan pulau terbesar yang saat ini sudah terhubung dengan wilayah daratan Jawa Timur melalui jembatan Suramadu. Di sebelah timur Pulau Madura terdapat gugusan pulau-pulau, yang paling timur adalah Kepulauan Kangenan dan yang paling utara adalah Kepulauan Masalembu. Di bagian selatan Provinsi Jawa Timur, terdapat 2 (dua) pulau kecil, yakni Nusa Barung dan Pulau Sempu. Sedangkan di bagian utara terdapat Pulau Bawean yang berada 150 km sebelah utara Pulau Jawa. Kabupaten Banyuwangi memiliki wilayah paling luas di antara kabupaten/kota lainnya di Provinsi Jawa Timur.

Secara administratif, Provinsi Jawa Timur terdiri dari 29 kabupaten, 9 kota, 662 kecamatan dan 8.505 desa/kelurahan (*dapat dilihat di Lampiran Data Profil Kesehatan Tabel 1*). Kabupaten Malang memiliki kecamatan terbanyak (33 kecamatan) dan Kabupaten Lamongan dengan desa/kelurahan terbanyak (474 desa/kelurahan).

II.2 TOPOGRAFI

Gambar 2.2 Peta Topografi Provinsi Jawa Timur



Sumber : http://navperencanaan.com/appe/peta/viewmap?prov_code=jatim
Kementerian Dalam Negeri Republik Indonesia, 2013

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

- Dataran tinggi (> 100 meter dari permukaan air laut) meliputi :
  Kabupaten Trenggalek, Kabupaten Blitar, Kabupaten Malang, Kabupaten Bondowoso, Kabupaten Magetan, Kota Blitar, Kota Malang dan Kota Batu
- Dataran sedang (45-100 meter dari permukaan air laut) meliputi :
  Kabupaten Ponorogo, Kabupaten Tulungagung, Kabupaten Kediri, Kabupaten Lumajang, Kabupaten Jember, Kabupaten Nganjuk, Kabupaten Madiun, Kabupaten Ngawi, Kabupaten Bangkalan, Kota Kediri dan Kota Madiun.
- Dataran rendah (< 45 meter dari permukaan air laut) meliputi :
  Kabupaten Pacitan, Kabupaten Banyuwangi, Kabupaten Situbondo, Kabupaten Probolinggo, Kabupaten Pasuruan, Kabupaten Sidoarjo, Kabupaten Mojokerto, Kabupaten Jombang, Kabupaten Bojonegoro, Kabupaten Tuban, Kabupaten Lamongan, Kabupaten Gresik, Kabupaten Sampang, Kabupaten Pamekasan, Kabupaten Sumenep, Kota Probolinggo, Kota Pasuruan, Kota Mojokerto dan Kota Surabaya.

II.3 HIDROGRAFI

Provinsi Jawa Timur memiliki 2 (dua) sungai terpenting, yaitu Sungai Brantas dan Sungai Bengawan Solo. Sungai Brantas memiliki mata air di daerah Malang dan sampai di Mojokerto terpecah menjadi 2 (dua) yaitu Kali Mas dan Kali Porong yang keduanya bermuara di Selat Madura. Sementara Sungai Bengawan Solo berasal dari Provinsi Jawa Tengah dan bermuara di Kabupaten Gresik.

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

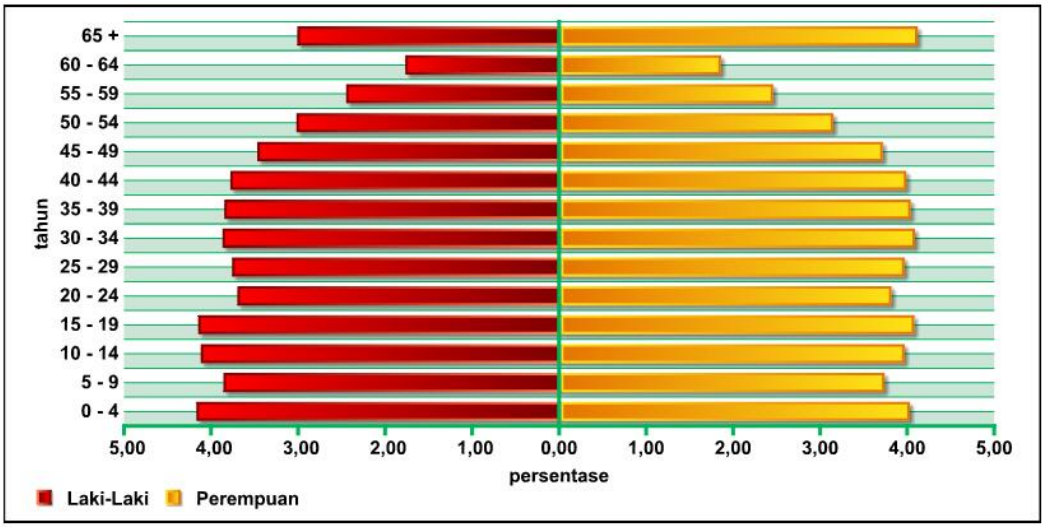
II.4 IKLIM

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

II.5 KEPENDUDUKAN

Berdasarkan data hasil proyeksi Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur, jumlah penduduk Provinsi Jawa Timur tahun 2012 sebesar 38.052.950 jiwa dengan rincian jumlah penduduk laki-laki 18.740.054 jiwa dan penduduk perempuan 19.312.896 jiwa. Daerah dengan jumlah penduduk terbanyak adalah Kota Surabaya (2.801.409 jiwa), sedangkan jumlah penduduk paling sedikit adalah Kota Mojokerto (122.550 jiwa). Kepadatan penduduk di kota relatif lebih tinggi dibandingkan dengan kabupaten. Kota Surabaya memiliki kepadatan penduduk tertinggi dengan 8.463,47 km/jiwa.

Gambar 2.3 Piramida Persentase Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Umur
Provinsi Jawa Timur Tahun 2012



Sumber : Proyeksi Jumlah Penduduk Provinsi Jawa Timur Tahun 2012
Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur, 2013

Dari grafik piramida di atas, komposisi penduduk terbesar adalah kelompok umur 15-19 tahun (8,23 %) dan kelompok umur 0-14 tahun (8,19 %). Sedangkan komposisi penduduk paling sedikit adalah kelompok umur 60-64 tahun (3,63 %) dan kelompok umur 55-59 tahun (4,91 %). (*Data kependudukan lebih detail dapat dilihat di Lampiran Data Profil Kesehatan Tabel 2 dan 3*).

BAB III
SITUASI DERAJAT KESEHATAN

Situasi derajat kesehatan di Provinsi Jawa Timur digambarkan empat indikator pembangunan kesehatan, yaitu Angka Kematian (Mortalitas), Angka/Umur Harapan Hidup, Angka Kesakitan (Morbiditas) dan Status Gizi Masyarakat.

III.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, di samping seringkali digunakan sebagai indikator dalam penilaian keberhasilan program pembangunan dan pelayanan kesehatan.

Data kematian di komunitas pada umumnya diperoleh melalui data survei kerena sebagian besar kejadian kematian terjadi di rumah, sedangkan data kematian di fasilitas kesehatan hanya memperlihatkan kasus rujukan. Perkembangan tingkat kematian di tahun 2012 akan diuraikan di bawah ini.

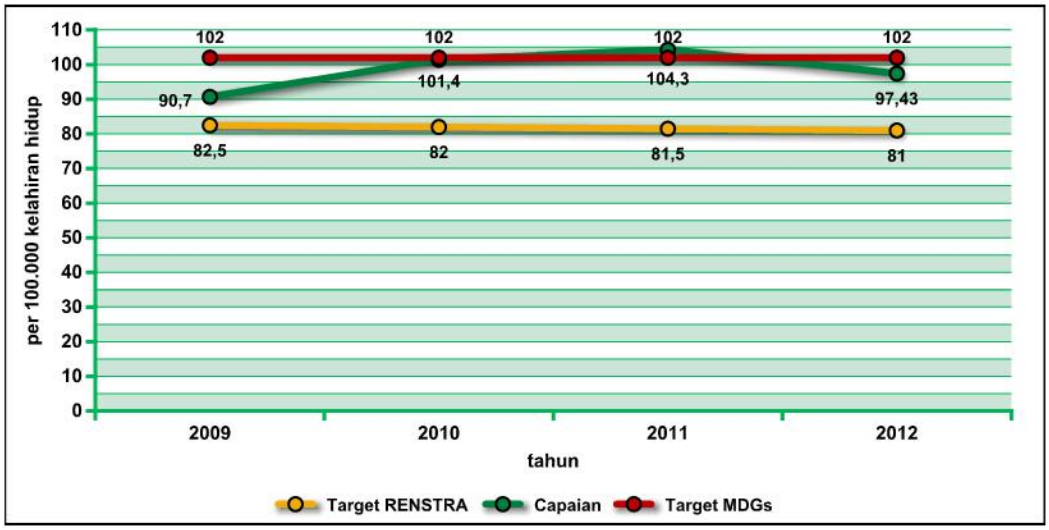
III.1.1 ANGKA KEMATIAN IBU (AKI)

Di Jawa Timur, capaian Angka Kematian Ibu (AKI) cenderung meningkat dalam 5 (lima) tahun terakhir, yaitu berkisar antara 7-11 point dengan data yang bersumber dari Laporan Kematian Ibu (LKI) Kabupaten/Kota. Capaian AKI dapat digambarkan sebagai berikut : pada tahun 2008 sebesar 83 per 100.000 kelahiran hidup (kh); tahun 2009 sebesar 90,7 per 100.000 kh; tahun 2010 sebesar 101,4 per 100.000 kh; tahun 2011 sebesar 104,3 per 100.000 kh; dan di tahun 2012 mencapai 97,43 per 100.000 kh. Capaian AKI Jawa Timur tahun 2012 keadaanya berada 5 point di bawah dari target MDGs tahun 2015 sebesar 102 per 100.000 kh (*dapat dilihat di gambar 3.1 di bawah ini*). Keadaan ini memacu untuk terus menelaah penyebab kematian ibu agar target MDGs dapat tercapai.

Dalam upaya untuk menurunkan AKI dan mempercepat capaian MDGS, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur telah membentuk Forum PENAKIB (Penurunan Angka

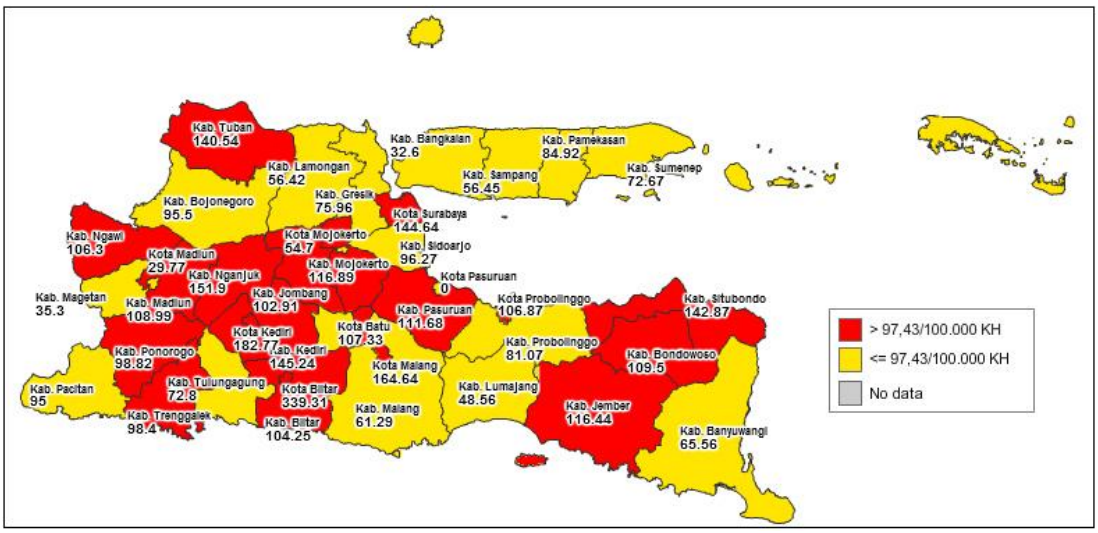
Kematian Ibu dan Bayi), dimana pada tahun 2012 telah memasuki babak baru dengan terbentuknya 3 (tiga) satuan tugas (satgas) yaitu Satgas Rujukan, Satgas Pelayanan Kesehatan Dasar (Yankesdas) serta Satgas Pemberdayaan Masyarakat. Di mana masing-masing satgas akan menelaah penyebab kematian ibu dan bayi dari 3 (tiga) aspek tersebut. Pada tahun 2013, ketiga satgas tersebut akan membuat upaya yang akan dilakukan secara riil agar Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Jawa Timur dapat terus menurun.

Gambar 3.1 Perkembangan Capaian, Target Renstra dan MDGs AKI (per 100.000 Kelahiran Hidup) Provinsi Jawa Timur Tahun 2009 – 2012



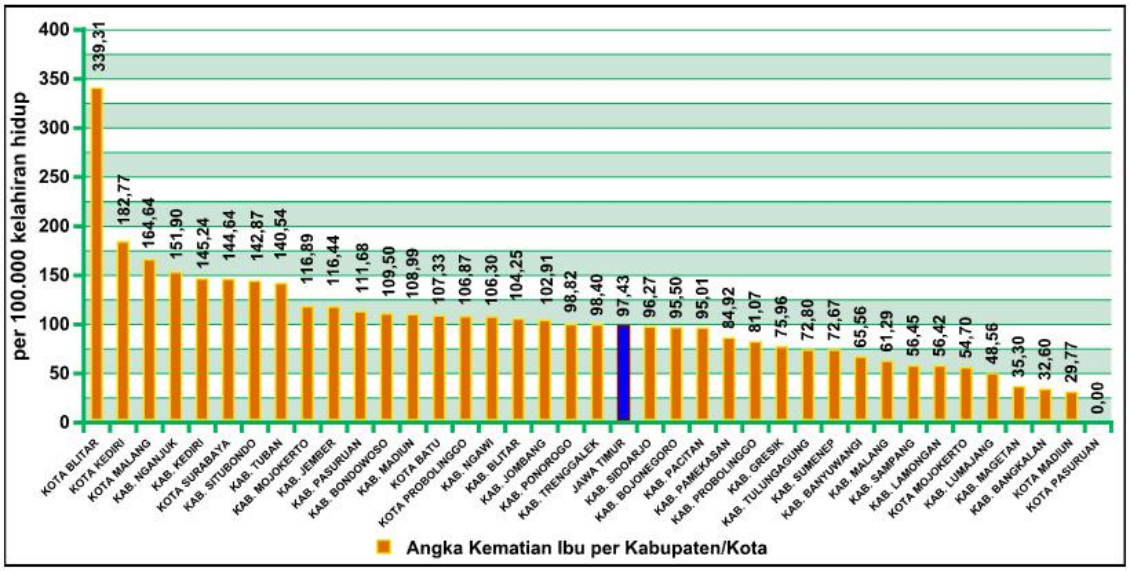
Sumber : Laporan Kematian Ibu (LKI) Kabupaten/Kota Tahun 2009 - 2012
Seksi Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 3.2 Pemetaan Angka Kematian Ibu per 100.000 Kelahiran Hidup Provinsi Jawa Timur Tahun 2012



Sumber : Laporan Kematian Ibu (LKI)
Seksi Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

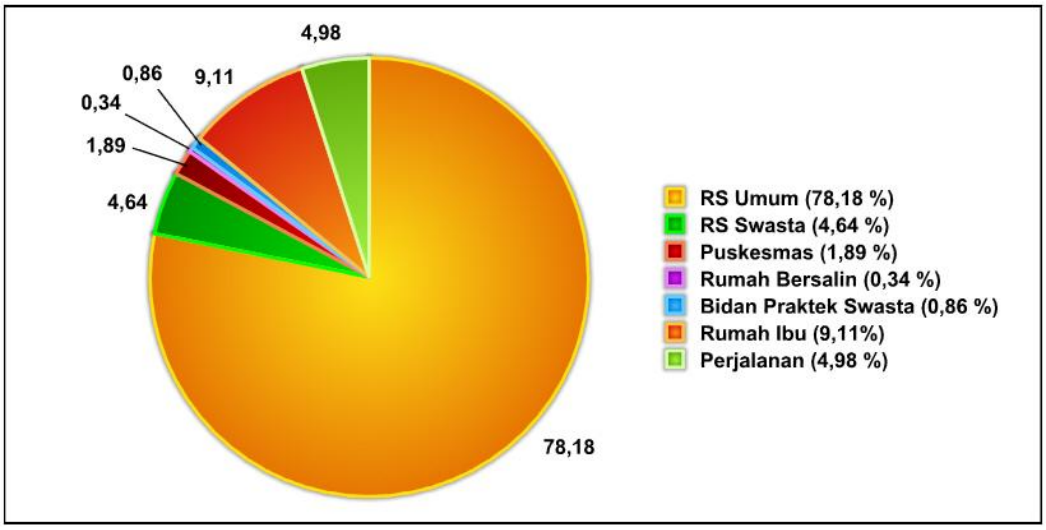
Gambar 3.3 Angka Kematian Ibu per 100.000 Kelahiran Hidup
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012



Sumber : Laporan Kematian Ibu (LKI) Kabupaten/Kota
Seksi Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Berdasarkan gambar grafik 3.3 di atas, lebih dari 50% kabupaten/kota di Jawa Timur memiliki Angka Kematian Ibu (AKI) di atas angka provinsi. Kota Blitar memiliki angka tertinggi yakni 339,31 per 100.000 kelahiran hidup, dan Kota Pasuruan memiliki angka terendah yakni 0,00 per 100.000 kelahiran hidup. Tingginya AKI di Jawa Timur tidak hanya karena sebab kesehatan tetapi lebih terkait sosial ekonomi masyarakat. Jika dilihat dari gambar 3.2, dapat digambarkan bahwa AKI tersebar merata di berbagai kabupaten/kota, terutama wilayah barat dan timur Jawa Timur.

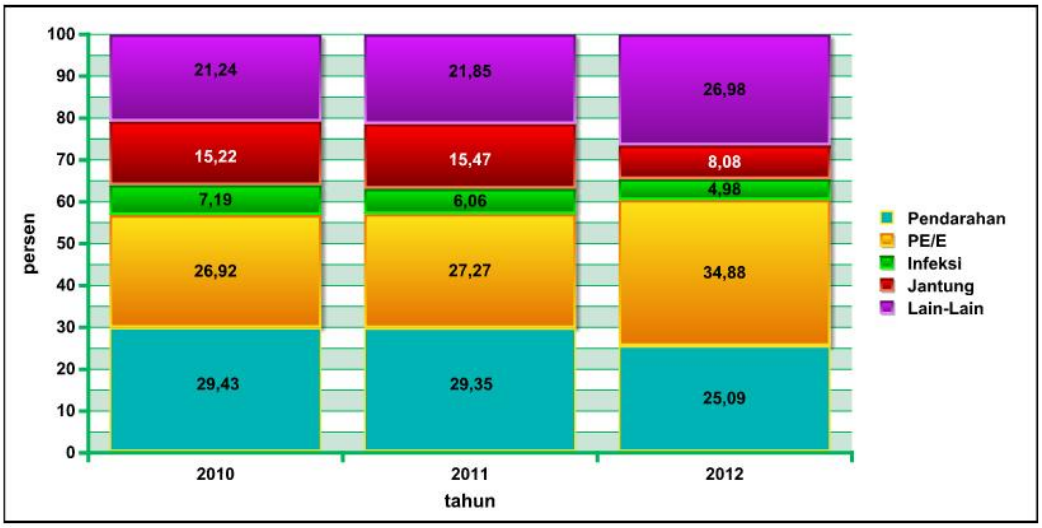
Gambar 3.4 Proporsi Tempat Kematian Ibu
Provinsi Jawa Timur Tahun 2012



Sumber : Laporan Kematian Ibu (LKI) Kabupaten/Kota
Seksi Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Menurut tempat kematian ibu, kematian terbesar terjadi di rumah sakit, baik rumah sakit umum (78,18%) dan rumah sakit swasta (4,64%) seperti yang digambarkan pada gambar 3.4 di atas. Dari data inilah, perlu adanya kajian lebih lanjut bahwa kematian ibu memang di rumah sakit atau karena sistem rujukan yang belum berjalan dengan baik.

Gambar 3.5 Proporsi Penyebab Kematian Ibu
Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 – 2012



Sumber : Laporan Kematian Ibu (LKI) Kabupaten/Kota
Seksi Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Dilihat dari penyebab kematian ibu tahun 2010-2012, terjadi peningkatan pada faktor Pre Eklamsia/Eklamsia (PE/E) dan faktor lain-lain, sedangkan faktor pendarahan dan infeksi mengalami penurunan tiap tahun. Faktor jantung mengalami kenaikan pada tahun 2011, tetapi pada tahun 2012 mengalami penurunan. Dari proporsi tahun 2012, faktor PE/E masih menjadi faktor dominan (34,88%) penyebab kematian ibu di Jawa Timur seperti digambarkan pada grafik 3.5 di atas.

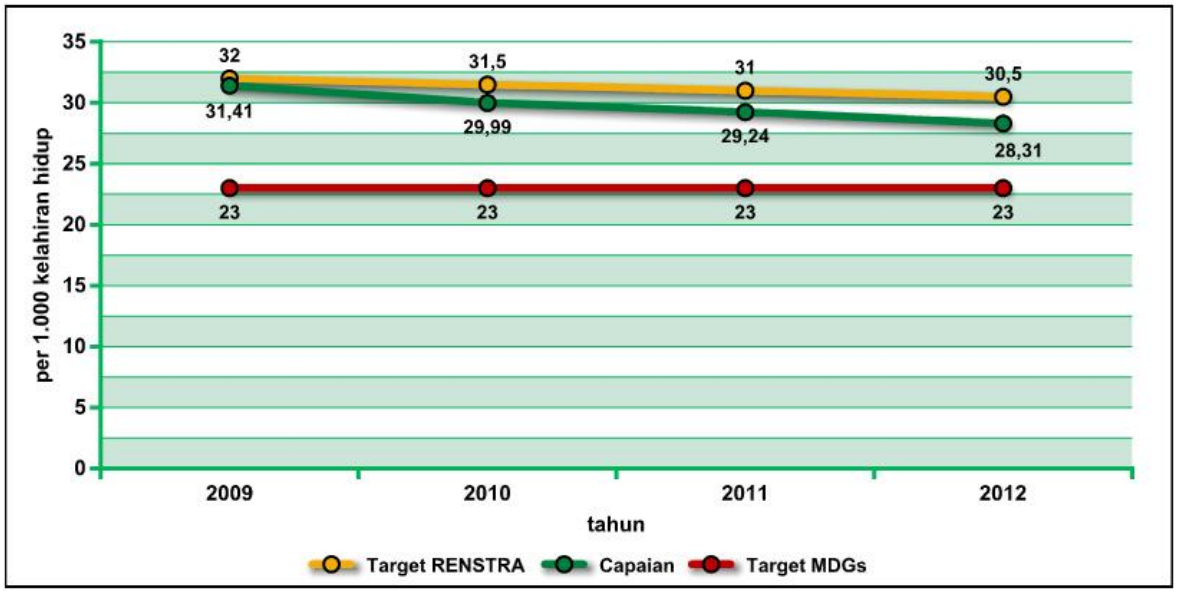
III.1.2 ANGKA KEMATIAN BAYI (AKB)

Keadaan Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Neonatal (AKN) yang diperoleh dari laporan rutin relatif sangat kecil, sehingga data AKB yang dikeluarkan oleh Badan Pusat Statistik (Provinsi Jawa Timur) diharapkan mendekati kondisi di lapangan. Berdasarkan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), AKB tahun 2007 sebesar 35 per 1.000 kelahiran hidup (kh). Sedangkan menurut data BPS Provinsi Jawa Timur, AKB tahun 2009 sebesar 31,41 per 1.000 kh; tahun 2010 mencapai 29,99 per 1.000 kh; tahun 2011 mencapai 29,24 per 1.000 kh; dan di tahun 2012 estimasi AKB telah mencapai 28,31 per 1.000 kh. Dalam kurun waktu 2 (dua) tahun ke depan, diharapkan

mencapai target MDGs yaitu 23 per 1.000 kh pada tahun 2015 (*dapat dilihat di gambar 3.6 di bawah ini*).

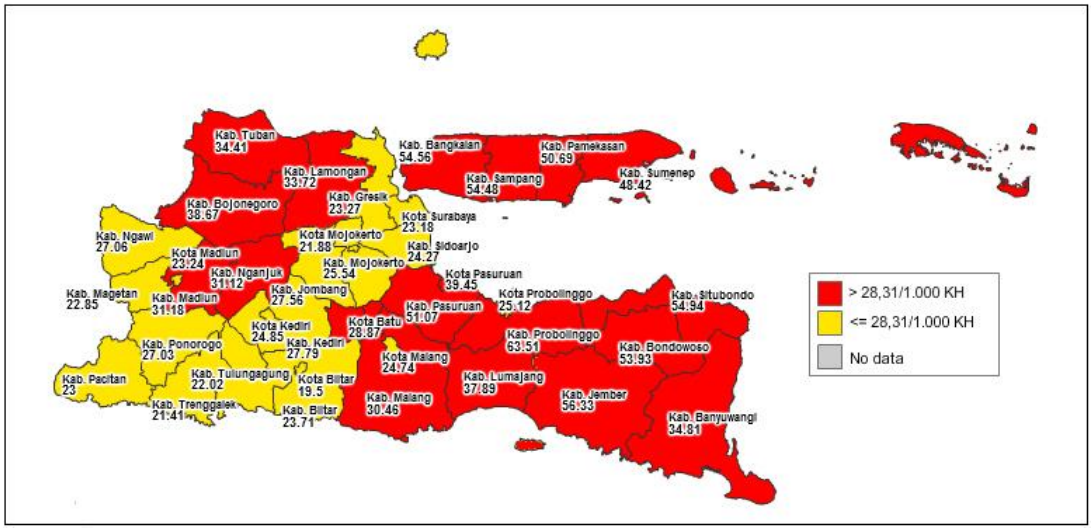
Untuk mencapai target MDGs, dukungan lintas program dan lintas sektor serta organisasi profesi yang terkait upaya peningkatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi sangat diharapkan.

Gambar 3.6 Perkembangan Capaian, Target Renstra dan MDGs AKB (per 1.000 Kelahiran Hidup) Provinsi Jawa Timur Tahun 2009 – 2012



Sumber : Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur

Gambar 3.7 Pemetaan Estimasi Angka Kematian Bayi per 1.000 Kelahiran Hidup Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

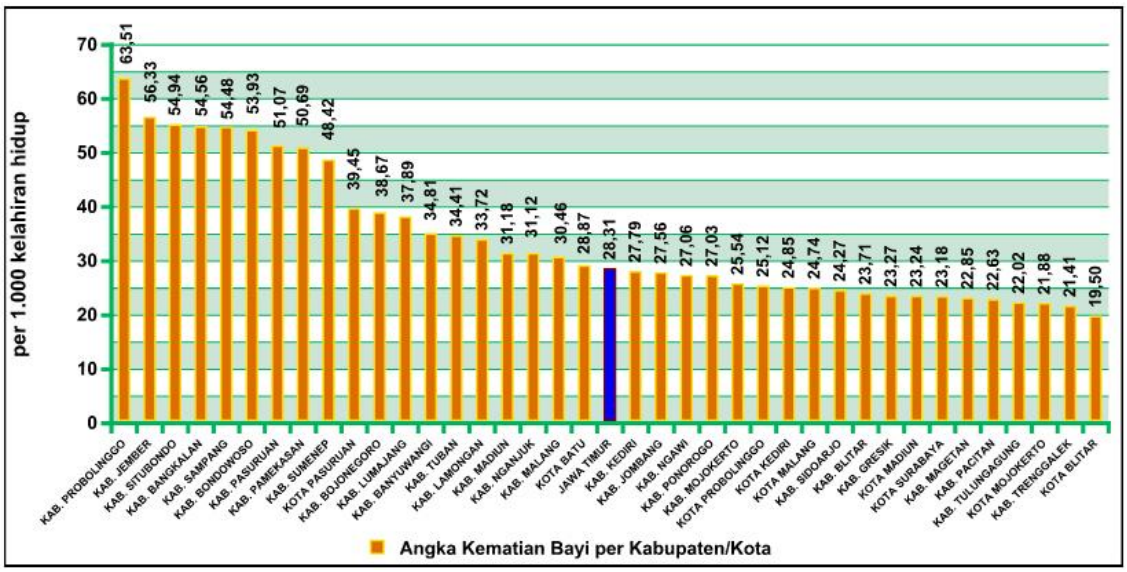


Sumber : Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur

Angka Kematian Bayi (AKB) di atas 28,31 per 1.000 kelahiran hidup masih didominasi oleh kabupaten/kota wilayah timur, hal ini dapat disebabkan sosial budaya serta ekonomi, tidak semata-mata karena ratio petugas kesehatan dengan penduduk

yang cukup besar, dan juga karena sarana/prasarana yang kurang berkualitas. AKB tertinggi di Kabupaten Probolinggo 63,51 per 1.000 kelahiran hidup sedangkan terendah pada Kota Blitar 19,50 per 1.000 kelahiran hidup.

Gambar 3.8 Estimasi Angka Kematian Bayi per 1.000 Kelahiran Hidup
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012



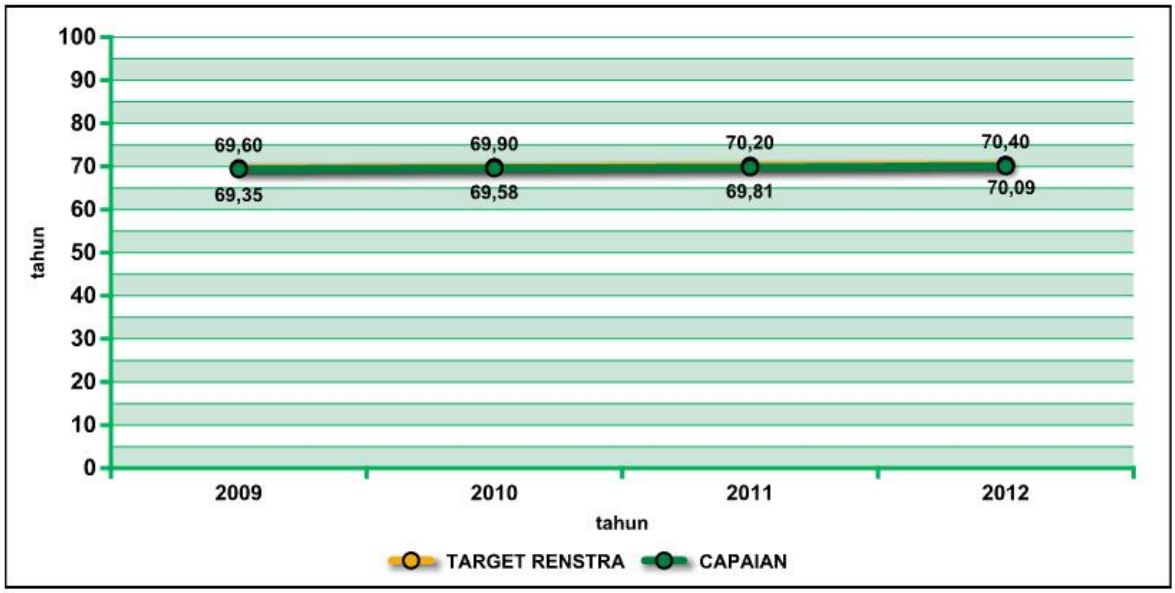
Sumber : Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur

III.2 ANGKA/UMUR HARAPAN HIDUP (AHH/UHH)

Angka/Umur Harapan Hidup (AHH/UHH) secara definisi adalah perkiraan rata-rata lamanya hidup yang akan dicapai oleh sekelompok penduduk dari sejak lahir. AHH dapat dijadikan salah satu alat untuk mengevaluasi kinerja pemerintah pada keberhasilan pembangunan kesehatan serta sosial ekonomi di suatu wilayah, termasuk di dalamnya derajat kesehatan. Data AHH diperoleh melalui survei yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS).

Penduduk Indonesia diperkirakan akan mencapai 273,65 juta jiwa pada tahun 2025. Pada tahun yang sama, AHH Nasional diperkirakan mencapai 73,7 tahun (*sumber Badan Perencanaan Pembangunan Nasional*). Saat ini, berdasarkan data BPS Provinsi Jawa Timur, AHH Provinsi Jawa Timur mencapai 70,09 tahun. Angka ini meningkat dibandingkan tahun 2011, yaitu sebesar 69,81 tahun. Perkembangan AHH Provinsi Jawa Timur dapat dilihat di grafik berikut ini.

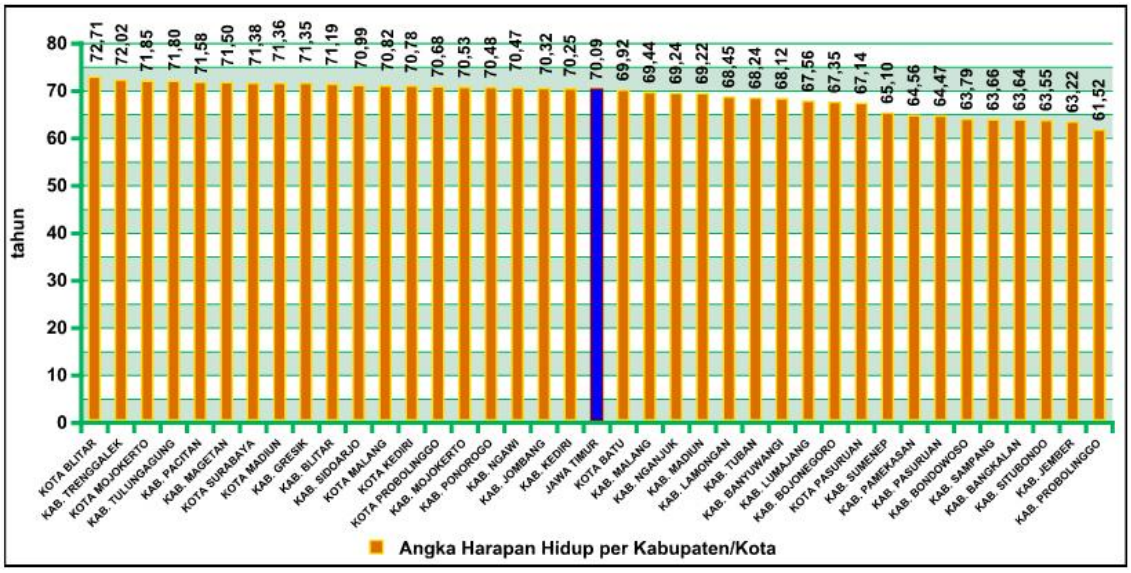
Gambar 3.9 Perkembangan Capaian dan Target Renstra AHH (satuan Tahun)
Provinsi Jawa Timur Tahun 2009 – 2012



Sumber : Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur

Pada tahun 2012, kabupaten/kota dengan AHH tertinggi adalah Kota Blitar sebesar 72,71 tahun yang diikuti Kabupaten Trenggalek sebesar 72,02 tahun dan Kota Mojokerto sebesar 71,85 tahun. Sedangkan AHH terendah terdapat di Kabupaten Probolinggo sebesar 61,52 tahun yang diikuti Kabupaten Jember sebesar 63,22 tahun dan Kabupaten Situbondo sebesar 63,55 tahun, seperti yang ditampilkan pada gambar 3.10 berikut ini.

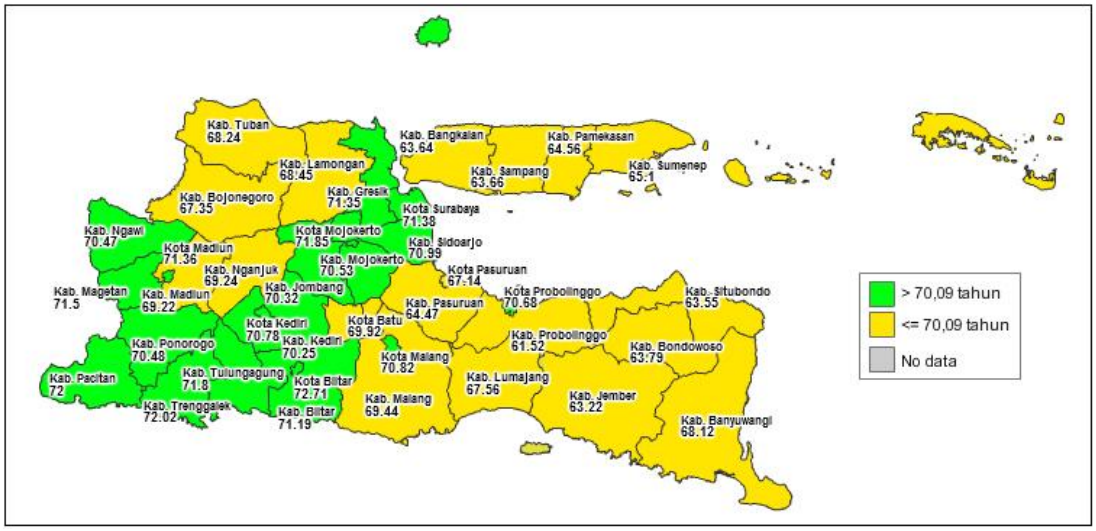
Gambar 3.10 Angka Harapan Hidup
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012



Sumber : Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur

Secara pemetaan, AHH dapat ditampilkan seperti gambar 3.11 di bawah ini, dimana kabupaten/kota yang memiliki AHH di bawah angka provinsi didominasi oleh wilayah timur dan wilayah utara Jawa Timur, seperti halnya persebaran AKB.

Gambar 3.11 Pemetaan Angka Harapan Hidup
Provinsi Jawa Timur Tahun 2012



Sumber : Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Timur

III.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 di sisi lain, penyakit degeneratif, gizi lebih dan gangguan kesehatan akibat kecelakaan juga meningkat. Masalah perilaku tidak sehat juga menjadi faktor utama yang harus dirubah terlebih dahulu agar beban ganda masalah kesehatan teratasi.

Angka kesakitan (Morbiditas) 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 serta insidentil. Sementara untuk kondisi penyakit menular, berikut ini akan diuraikan situasi beberapa penyakit menular yang perlu mendapatkan perhatian, termasuk penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) dan penyakit yang memiliki potensi untuk menjadi Kejadian Luar Biasa (KLB).

III.3.1 PENYAKIT MENULAR LANGSUNG

III.3.1.1 TUBERKULOSIS (TB)

Indonesia merupakan negara yang dikategorikan sebagai penyumbang jumlah kasus TB terbesar bersama 21 negara yang lain. Di tingkat nasional, Provinsi Jawa Timur merupakan salah satu penyumbang jumlah penemuan penderita TB Paru terbanyak kedua di bawah Provinsi Jawa Barat. Angka penemuan kasus baru BTA Positif (*Case Detection Rate*) merupakan proporsi penemuan kasus TB BTA Positif dibanding dengan perkiraan kasus dalam persen. Pada tahun 2012, angka CDR sebesar 63.03% dengan jumlah kasus baru (positif dan negatif) sebanyak 41.472 penderita dan BTA Positif baru sebanyak 25.618 kasus. Kondisi tersebut masih jauh dari target CDR yang ditetapkan yaitu 70%. Perkembangan CDR dan Success Rate (SR) digambarkan pada grafik di bawah ini.

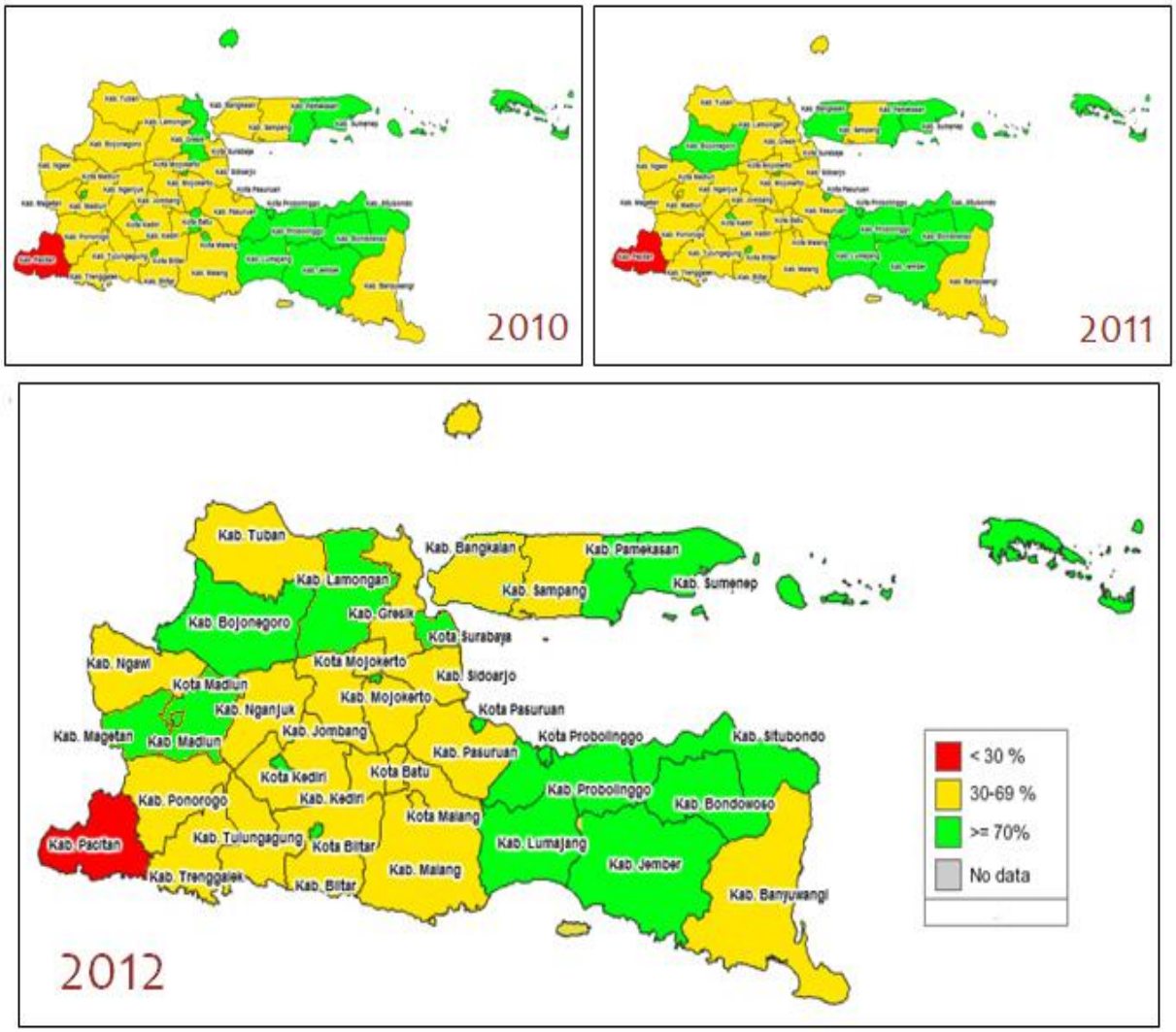
Gambar 3.12 Perkembangan Persentase CDR dan Success Rate TB
Provinsi Jawa Timur Tahun 2009 – 2012

Sumber : Laporan Program TB
Seksi Pemberantasan Penyakit, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Pada tahun 2012, terdapat 18 kabupaten/kota yang telah mencapai target CDR 70%, sedangkan 20 kabupaten/kota lainnya masih belum. Kondisi tersebut menunjukkan kabupaten/kota yang berhasil mencapai target 70% semakin meningkat. Kegiatan penemuan pasien TB mengalami kemajuan. Berdasarkan jenis kelamin, penderita penyakit TB Paru ternyata lebih banyak menyerang laki-laki (54%) dibandingkan perempuan (46%). Dan bila dilihat berdasarkan usia, maka yang mendominasi penderita TB Paru adalah kelompok usia produktif yaitu usia 35-54 tahun dan usia 15-34 tahun.

Hasil pengobatan pasien TB dapat dilihat dari kohort pasien di tahun 2011. Angka tersebut dihitung dengan menjumlahkan pasien TB BTA Positif baru dengan hasil akhir pengobatan sembuh dan pengobatan lengkap dibagi dengan pasien TB BTA Positif yang diobati pada periode kohort yang sama dan dikalikan 100%. Hasil pengobatan di Provinsi Jawa Timur menunjukkan angka yang cukup baik, karena telah mencapai angka keberhasilan pengobatan lebih dari 90%. Hanya 9 (sembilan) kabupaten/kota yang belum mencapai angka keberhasilan 90%. Target RENSTRA tahun 2014, angka keberhasilan pengobatan 90% dapat dicapai oleh 100% kabupaten/kota.

Gambar 3.13 Peta Persebaran CDR TB
Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 – 2012



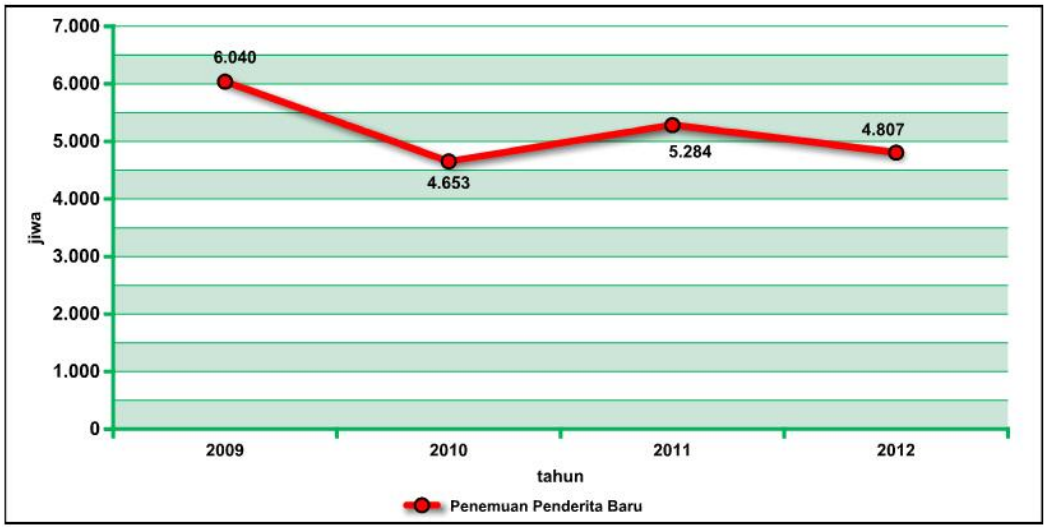
Sumber : Laporan Program TB
Seksi Pemberantasan Penyakit, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

III.3.1.2 KUSTA

Meskipun penyakit Kusta dapat diobati dan disembuhkan, bukan berarti Provinsi Jawa Timur terbebas dari masalah penyakit Kusta, karena dari tahun ke tahun masih ditemukan sejumlah kasus baru. Beban penyakit Kusta yang paling utama adalah kecacatan yang ditimbulkannya, sehingga masalah penyakit Kusta sangat kompleks, bukan hanya dari segi medis tetapi meluas pada masalah sosial dan ekonomi.

Penemuan penderita Kusta di Indonesia merupakan urutan ketiga di bawah India dan Brazil. Dan secara nasional, Provinsi Jawa Timur merupakan penyumbang penderita kusta terbanyak di antara provinsi lainnya. Rata-rata penemuan penderita Kusta di Provinsi Jawa Timur per tahun antara 4.000-5.000 orang. Pada tahun 2012, penemuan penderita baru di Indonesia sebanyak 18.853 orang, sedangkan penemuan penderita baru di Provinsi Jawa Timur sebanyak 4.807 orang (25,5% dari jumlah penderita baru di Indonesia). Perkembangan penemuan penderita Kusta baru digambarkan seperti grafik di bawah ini.

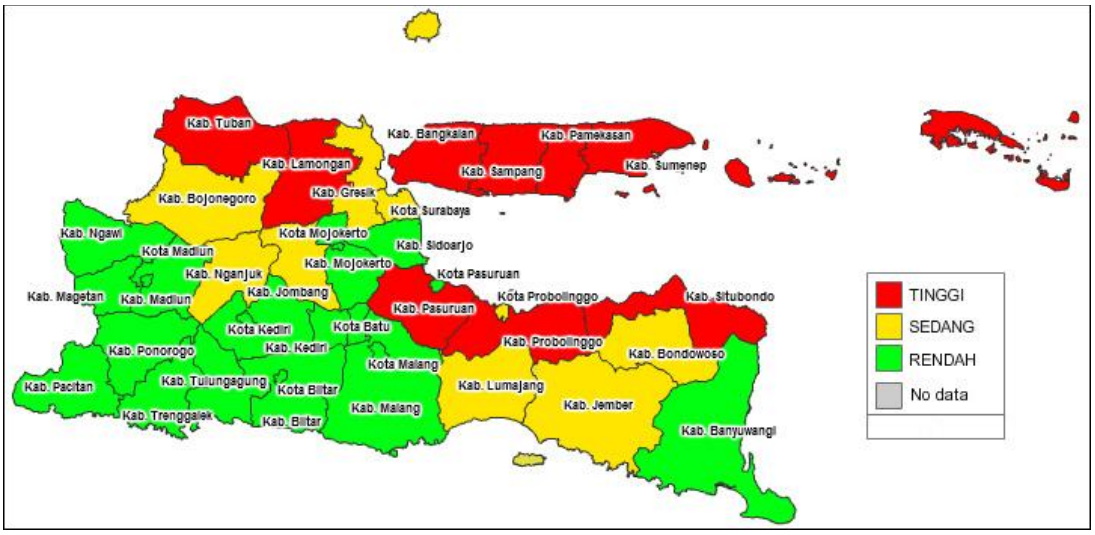
Gambar 3.14 Perkembangan Penemuan Penderita Kusta Baru
Provinsi Jawa Timur Tahun 2009 – 2012



Sumber : Laporan Program Kusta
Seksi Pemberantasan Penyakit, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Penyebaran penderita Kusta di Provinsi Jawa Timur meliputi pantai utara Jawa dan Madura. Di tahun 2012, terdapat 16 kabupaten/kota yang memiliki angka prevalensi di atas 1/10.000 penduduk terutama di kedua daerah tersebut. Peta persebaran penderita Kusta digambarkan berikut ini.

Gambar 3.15 Peta Persebaran Angka Kesakitan Penderita Kusta
Provinsi Jawa Timur Tahun 2012



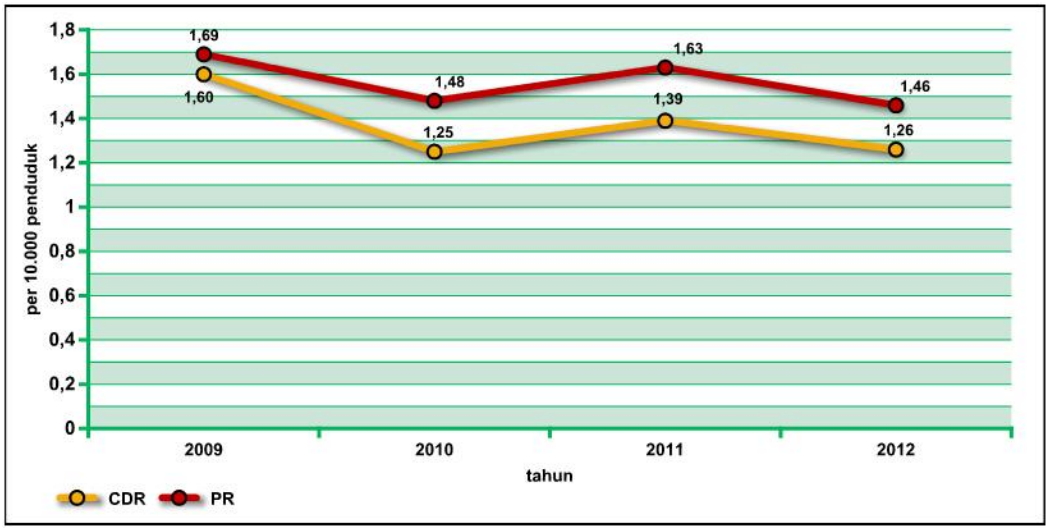
Sumber : Laporan Program Kusta
Seksi Pemberantasan Penyakit, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Penduduk Provinsi Jawa Timur yang mengalami cacat Kusta sejak tahun 1994 sampai dengan sekarang sebanyak 10.714 orang. Dengan banyaknya kecacatan yang disebabkan karena penyakit Kusta maka muncul stigma dan diskriminasi terhadap *Orang Yang Pernah Mengalami Kusta* (OYPMK).

Netherlands Leprosy Relief (*NLR*) merupakan salah satu *Non-Government Organization* (*NGO*) yang membantu negara-negara berkembang dalam pemberantasan penyakit Kusta, dan salah satunya adalah Indonesia. NLR telah membantu program pemberantasan penyakit Kusta di Provinsi Jawa Timur sejak tahun 1994 melalui *MoU* dengan Kementerian Kesehatan RI pada tahun 1994 dan terus diperbarui sampai dengan tahun 2014. Kegiatan-kegiatan yang dibantu NLR antara lain kegiatan pencarian penderita secara pasif dan aktif; pengobatan dan *case holding*; pencegahan kecacatan; rujukan medis; rehabilitasi medis dan penyuluhan.

Hasil yang telah dicapai selama itu adalah penurunan secara signifikan pada angka kesakitan (*prevalensi rate/PR*) 9,51 per 10.000 penduduk pada tahun 1989 menjadi 1,46 per 10.000 penduduk pada tahun 2012. Akan tetapi, jika dilihat angka penemuan penderita baru (*Case Detection Rate/CDR*) tidak ada penurunan kasus baru yang berarti mulai awal program sampai dengan sekarang. Dengan pengobatan kombinasi (*Multi Drug Therapy/MDT*) juga telah menyembuhkan 125.054 orang.

Gambar 3.16 Perkembangan Prevalensi Rate (PR) dan Case Detection Rate (CDR) Kusta
Per 10.000 Penduduk
Provinsi Jawa Timur Tahun 2009 – 2012



Sumber : Laporan Program Kusta
Seksi Pemberantasan Penyakit, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Kegiatan-kegiatan yang telah dilakukan untuk pemberantasan penyakit Kusta di Provinsi Jawa Timur adalah sebagai berikut :

- Pelatihan tenaga dokter, perawat Puskesmas, tenaga-tenaga kesehatan yang lain, ormas, kader kesehatan di desa dan lain-lain.
- Penyuluhan melalui media massa.
- Pencarian penderita baru melalui kegiatan-kegiatan pasif maupun aktif.
- Pengobatan dengan obat kombinasi (MDT).
- Pembinaan pengobatan.
- Pencegahan kecacatan.
- Rujukan ke Rumah Sakit Kusta Kediri, Rumah Sakit Kusta Sumberglagah Mojokerto dan RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- Rehabilitasi medis.
- Kerjasama dengan NGO, yaitu Yayasan Peduli Penyandang Cacat Kusta (YPPCK), Perkumpulan Mandiri Kusta (PERMATA), PKK, Aisiyah, Fatayat/Muslimat NU dan lain-lain.
- Dibentuknya Gerakan Eliminasi Kusta (GEK) di Provinsi Jawa Timur sesuai Surat Keputusan (SK) Gubernur Jawa Timur No. 188/86/KPTS/013/2004 tanggal 8 April 2004 sebagai tindak lanjut hasil kesepakatan pada Aliansi Nasional Eliminasi Kusta (ANEK) yang beranggotakan gubernur-gubernur dari provinsi endemis kusta.

- Kegiatan-kegiatan inovatif :
    - *Urban Leprosy* di Kota Surabaya sejak tahun 2010.
    - Uji coba kegiatan *Semi Active Surveillance* (*SAS*) di Kabupaten Pasuruan sejak tahun 2010.
    - Uji coba pengobatan kusta *subklinis* pada penderita anak sekolah dasar di Pulau Raas Kabupaten Sumenep dan Puskesmas Nguling Kabupaten Pasuruan sejak tahun 2010.
    - Uji coba pengobatan kemoprofilaksis Kabupaten Sampang dengan pemberian obat pencegahan *single doses* (*Rifampicin*) pada kontak serumah, tetangga dan sosial sejak tahun 2012.
    - Rehabilitasi sosial dalam kelompok perawatan diri (KPD) dan *Self Help Group* (*SHG*) untuk memandirikan penderita Kusta dan OYPMK dalam perawatan kecacatannya dan meningkatkan ekonomi. Sampai dengan tahun 2012, KPD yang terbentuk sebanyak 31 kelompok di 16 kabupaten/kota, sedangkan SHG yang terbentuk sebanyak 15 kelompok di 10 kabupaten/kota.

Permasalahan pokok yang ada dalam program pemberantasan penyakit Kusta adalah masih tingginya tingkat penularan yang ada di masyarakat, hal ini dapat dilihat dari tingginya proporsi cacat Kusta dan proporsi penderita usia anak (<14 tahun). Tingginya proporsi cacat Kusta menunjukkan keterlambatan penemuan kasus baru dan juga berarti tingginya transmisi penularan penyakit kusta di antara kontak serumah, tetangga dan sosial seperti halnya tingginya proporsi penderita usia anak (<14 tahun).

Tabel 3.1 Pencapaian Program Pemberantasan Penyakit Kusta
Provinsi Jawa Timur Tahun 2009 – 2012

No	Indikator Program	Target Nasional	Pencapaian			
			2009	2010	2011	2012
1	Prevalensi Rate / 10.000 penduduk	< 1	1.69	1.48	1.63	1.46
2	CDR / 10.000 penduduk	< 0,5	1.60	1.25	1.39	1.26
3	Proporsi Anak (< 14 tahun)	5%	12%	11%	10%	9%
4	Proporsi Cacat II	5%	11%	13%	13%	14%
5	Proporsi MB	-	84%	85%	85%	86%
6	RFT Rate : a. PB b. MB	 95% 90%	 95% 91%	 93% 90%	 97% 90%	 93% 89%

Sumber : Laporan Program Kusta
Seksi Pemberantasan Penyakit, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

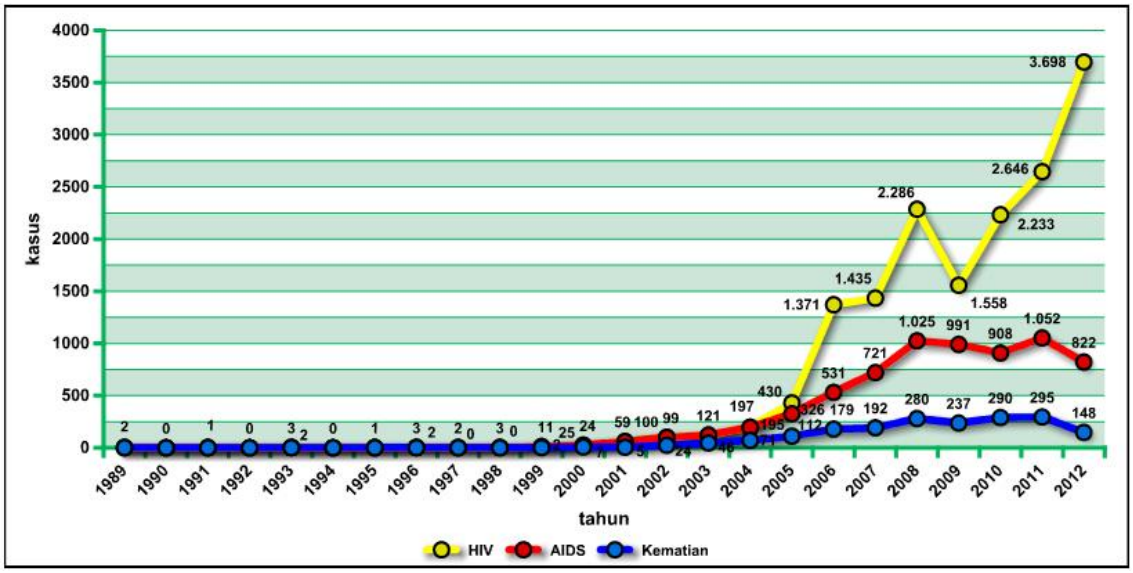
Rencana tindak lanjut yang dilakukan untuk mengatasi permasalahan-permasalahan di atas adalah sebagai berikut :

1. Meningkatkan kepedulian para pemegang kebijakan (Bupati/Walikota, anggota DPRD, Kepala Dinas maupun Kepala Puskesmas) di tingkat kabupaten/kota melalui advokasi yang berkesinambungan.
2. Meningkatkan keterampilan petugas kesehatan pada umumnya dalam deteksi dini penyakit Kusta melalui pelatihan-pelatihan maupun on the job training.
3. Meningkatkan mutu pelayanan pada penderita Kusta dengan melakukan Prevention Of Disability (*POD*) setiap bulan dan case holding melalui pemberian reward untuk keberhasilan dalam mengurangi atau mempertahankan kecacatan penderita baru saat dinyatakan sembuh atau Release From Treatment (*RFT*).
4. Mensosialisasikan program Pemberantasan Penyakit Kusta pada tokoh masyarakat/tokoh agama maupun masyarakat luas baik melalui media cetak maupun elektronik.
5. Menemukan penderita baru dengan kegiatan aktif yang melibatkan petugas kesehatan maupun tokoh masyarakat/tokoh agama, kader kesehatan dan lain-lain.
6. Meningkatkan kerjasama dengan RSUD yang ada di kabupaten/kota dalam penanganan penderita Kusta.
7. Mengembangkan research operasional bekerjasama dengan Institute of Tropical Disease Universitas Airlangga maupun RSK Sumberglagah Mojokerto.
8. Mengoptimalkan Kelompok Perawatan Diri (*KPD*) untuk menumbuhkan kemandirian penderita Kusta dalam hal perawatan diri terhadap kecacatannya.

III.3.1.3 HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV) DAN ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME (AIDS)

Jawa Timur merupakan provinsi penyumbang terbanyak kasus AIDS ketiga setelah DKI Jakarta dan Papua. Sampai dengan bulan Desember tahun 2012, kasus AIDS di Jawa Timur sebanyak 6.900 kasus, sedangkan kasus HIV mencapai 15.681 kasus. Kasus HIV diperoleh dari laporan klinik Voluntary Counseling and Testing (*VCT*) di masing-masing Unit Pelayanan Kesehatan (*UPK*) baik itu rumah sakit maupun Puskesmas. AIDS merupakan fase setelah penderita dinyatakan sebagai HIV positif. Kasus AIDS diperoleh dari laporan surveilans di masing-masing UPK yang menemukan kasus HIV yang sudah memiliki gejala stadium 3 (tiga) dan stadium 4 (empat) dan juga dari laporan klinik Care Support Treatment (*CST*).

Gambar 3.17 Perkembangan Kasus HIV, AIDS dan Jumlah Kematian per Tahun
Provinsi Jawa Timur Tahun 2009 – 2012



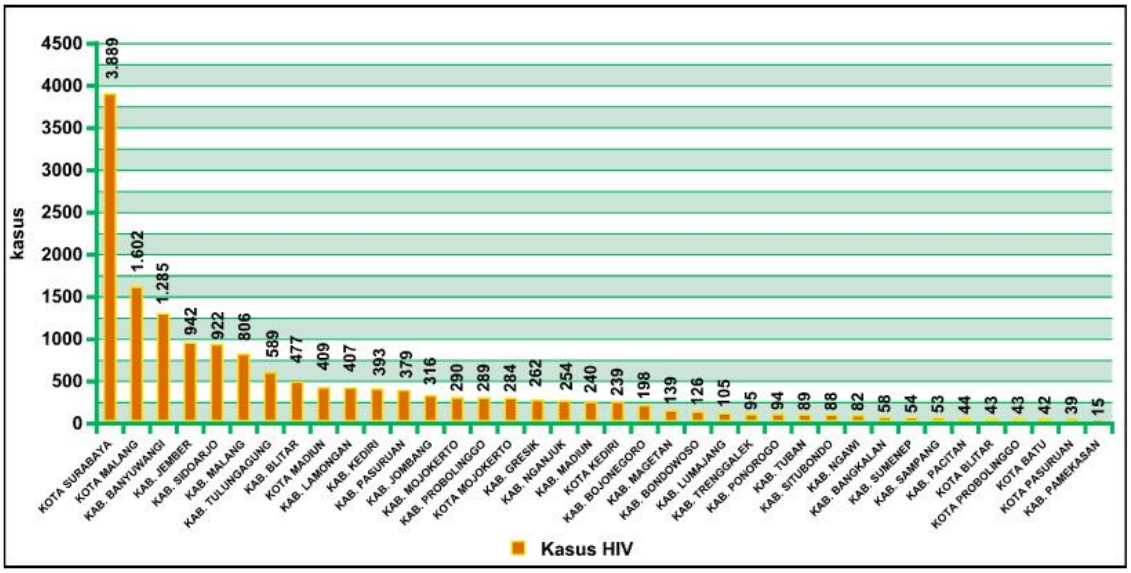
Sumber : Laporan Program HIV/AIDS
Seksi Pemberantasan Penyakit, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Berdasarkan gambar 3.17 di atas, dapat digambarkan perkembangan akumulasi kasus HIV dan AIDS tiap tahun. Di tahun 2012, penemuan kasus baru HIV mencapai 3.698 kasus. Namun, perkembangan angka kasus baru AIDS tiap tahun mengalami fluktuatif, dan di tahun 2012 ini mengalami penurunan menjadi 822 kasus dibandingkan tahun 2011 yang memiliki 1.052 kasus. Dengan adanya klinik VCT di UPK untuk penemuan dini kasus HIV dan klinik CST dalam rangka tindak lanjut penemuan kasus HIV, terlihat bahwa pada kondisi tahun 2005 sampai dengan tahun 2012, grafik garis (atau trend) antara kasus HIV dan kasus AIDS semakin melebar. Hal ini menunjukkan keberhasilan UPK dalam menekan jumlah kasus AIDS dari tahun ke tahun sehingga jumlah kematian karena AIDS juga semakin menurun.

Kondisi tahun 1989 sampai dengan bulan Desember 2012, Kota Surabaya, Kota Malang dan Kabupaten Banyuwangi memiliki kasus HIV tertinggi di Jawa Timur. Kota Surabaya memiliki 3.889 kasus, Kota Malang dengan 1.602 kasus, dan Kabupaten Banyuwangi dengan 1.285 kasus. Jumlah kasus HIV sampai dengan tahun 2012 disajikan pada gambar 3.18 maupun dalam bentuk peta persebaran kasus seperti yang disajikan pada gambar 3.19 di bawah ini.

Gambar 3.18 Jumlah Kasus HIV

Menurut Kabupaten/Kota Sampai Dengan Tahun 2012

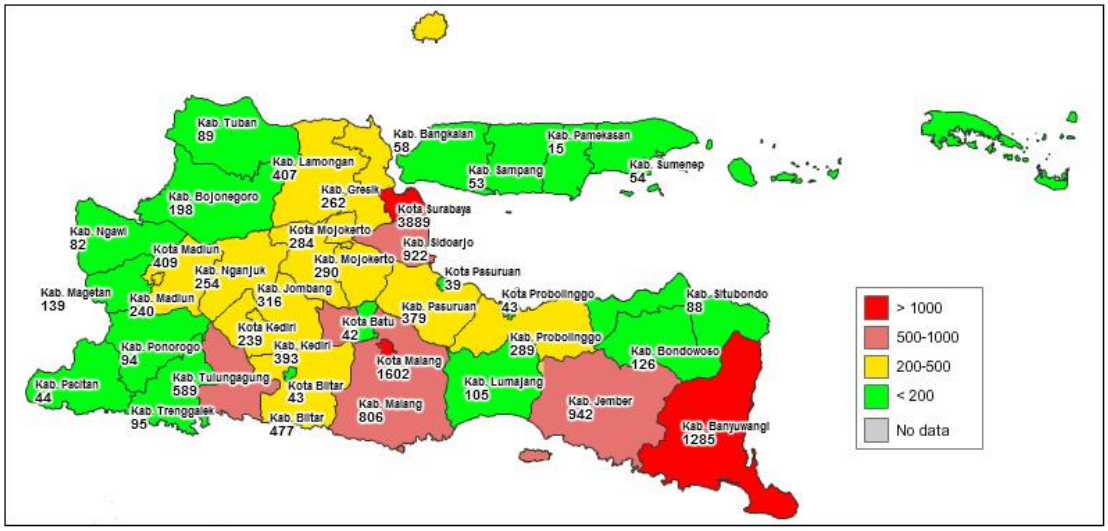


Sumber : Laporan Program HIV/AIDS

Seksi Pemberantasan Penyakit, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 3.19 Peta Persebaran/Distribusi Kasus HIV

Menurut Kabupaten/Kota Sampai Dengan Tahun 2012



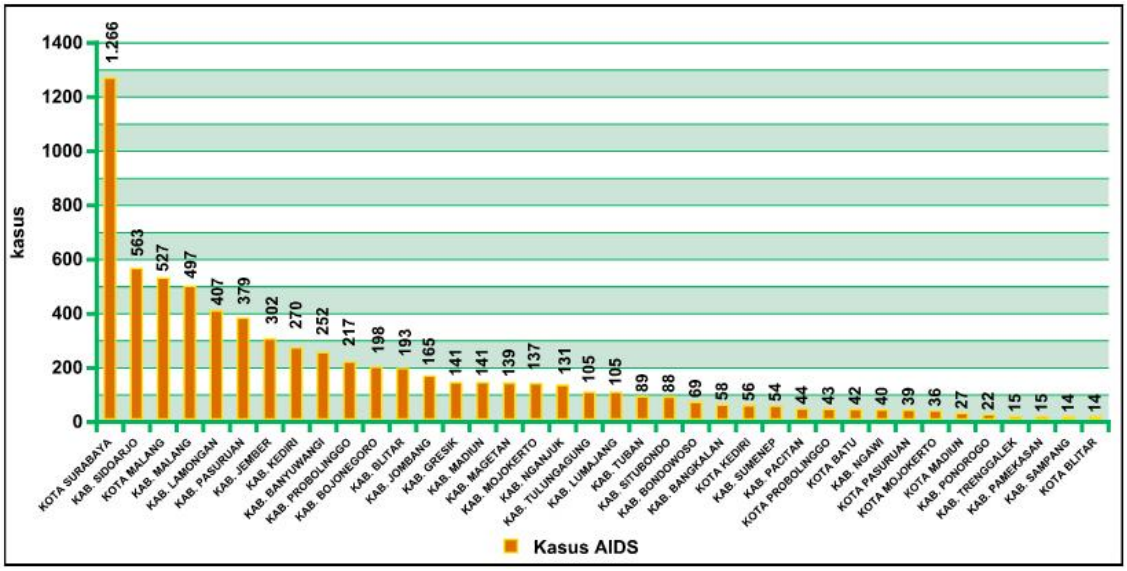
Sumber : Laporan Program HIV/AIDS

Seksi Pemberantasan Penyakit, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Seperti halnya kasus HIV, dalam kurun waktu yang sama (1989 – 2012), kasus AIDS tertinggi terdapat di Kota Surabaya dengan 1.266 kasus, dan jumlah kasus AIDS tertinggi kedua terdapat di Kabupaten Sidoarjo dengan 563 kasus. Kondisi kasus AIDS sampai dengan tahun 2012 menurut kabupaten/kota disajikan pada gambar 3.20 di bawah ini.

Gambar 3.20 Jumlah Kasus AIDS

Menurut Kabupaten/Kota Sampai Dengan Tahun 2012



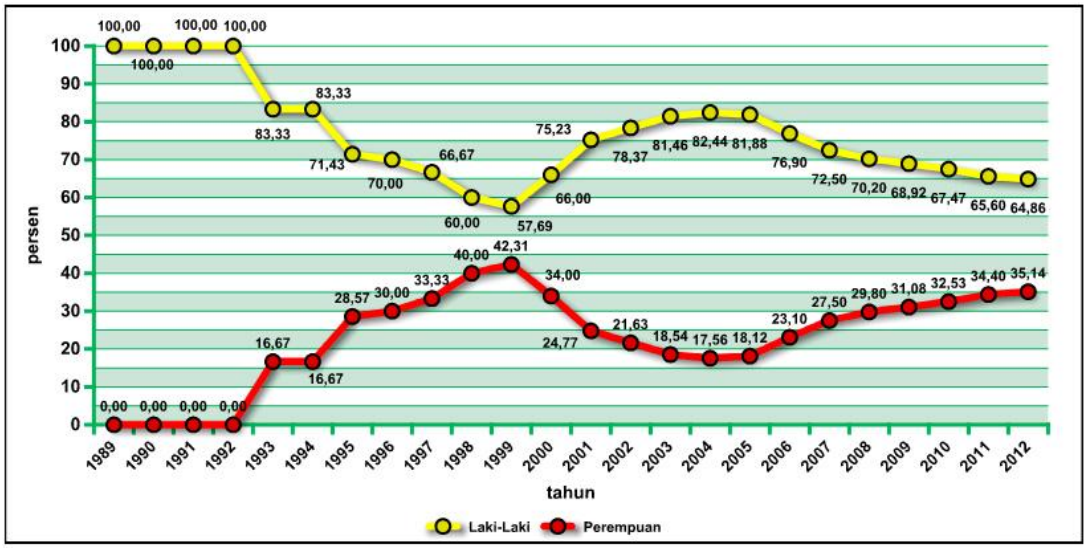
Sumber : Laporan Program HIV/AIDS

Seksi Pemberantasan Penyakit, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Menurut jenis kelamin, persentase kasus AIDS sampai dengan tahun 2012 pada kelompok laki-laki lebih besar dibandingkan persentase pada kelompok perempuan, yaitu 4,475 kasus (64,86%) berbanding 2.425 kasus (35,14%). Meski demikian, proporsi penderita perempuan semakin lama cenderung semakin meningkat. Hal itu menunjukkan bahwa laju peningkatan penderita baru AIDS perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Trend perkembangan proporsi kasus AIDS berdasarkan jenis kelamin digambarkan seperti gambar 3.21 di bawah ini.

Gambar 3.21 Proporsi Kasus AIDS Berdasarkan Jenis Kelamin Penderita

Provinsi Jawa Timur, Sampai Dengan Tahun 2012

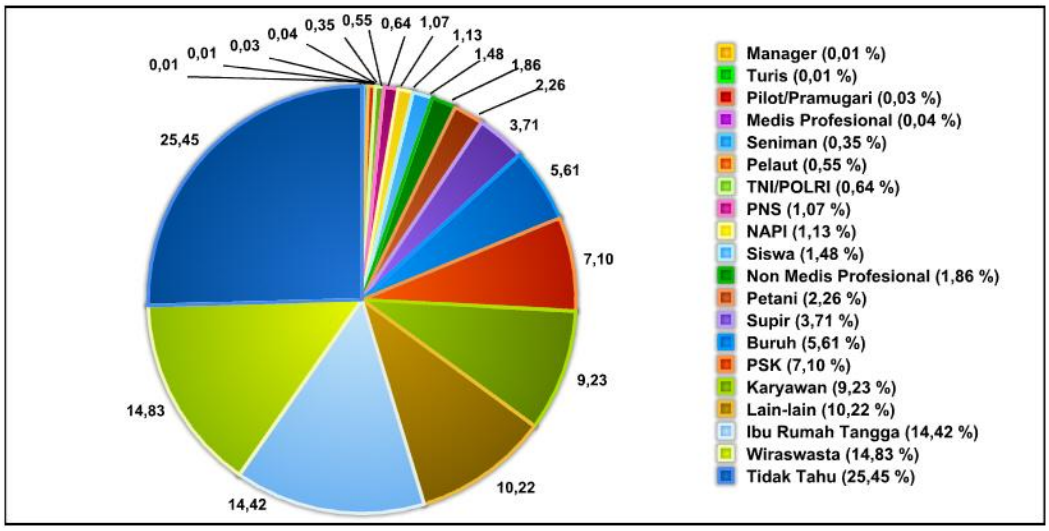


Sumber : Laporan Program HIV/AIDS

Seksi Pemberantasan Penyakit, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

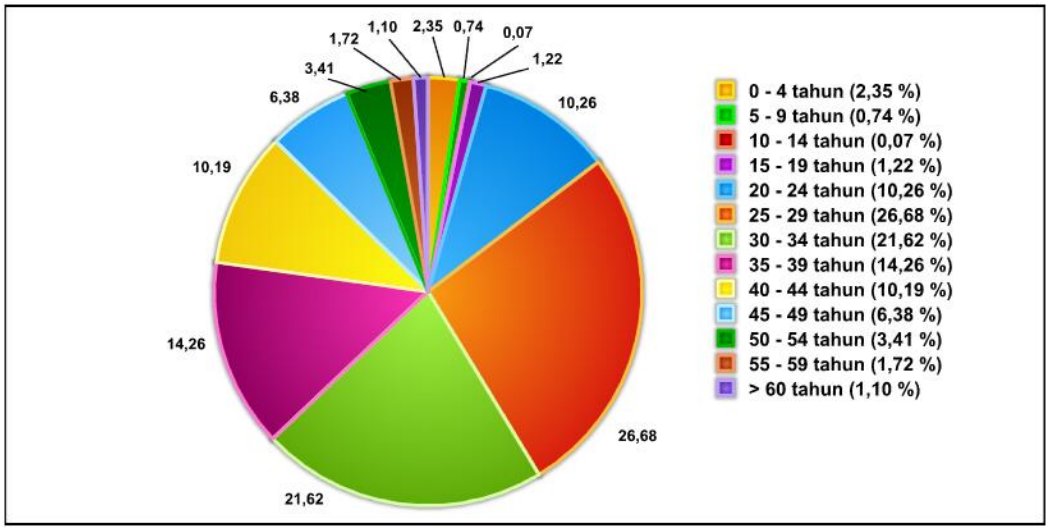
Ditinjau dari persebaran profesi penderita, ditunjukkan bahwa ibu rumah tangga memiliki proporsi yang cukup besar, yakni sebesar 14,42% (995 kasus). Angka ini lebih besar dibandingkan proporsi Pekerja Seks Komersial (*PSK*) yang hanya 7,10% (490 kasus). Gambaran proporsi kasus AIDS berdasarkan profesi penderita disajikan pada gambar 3.22 di bawah ini.

Gambar 3.22 Proporsi Kasus AIDS Berdasarkan Profesi Penderita
Provinsi Jawa Timur, Sampai Dengan Tahun 2012



Sumber : Laporan Program HIV/AIDS
Seksi Pemberantasan Penyakit, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 3.23 Proporsi Kasus AIDS Berdasarkan Kelompok Umur Penderita
Provinsi Jawa Timur, Sampai Dengan Tahun 2012



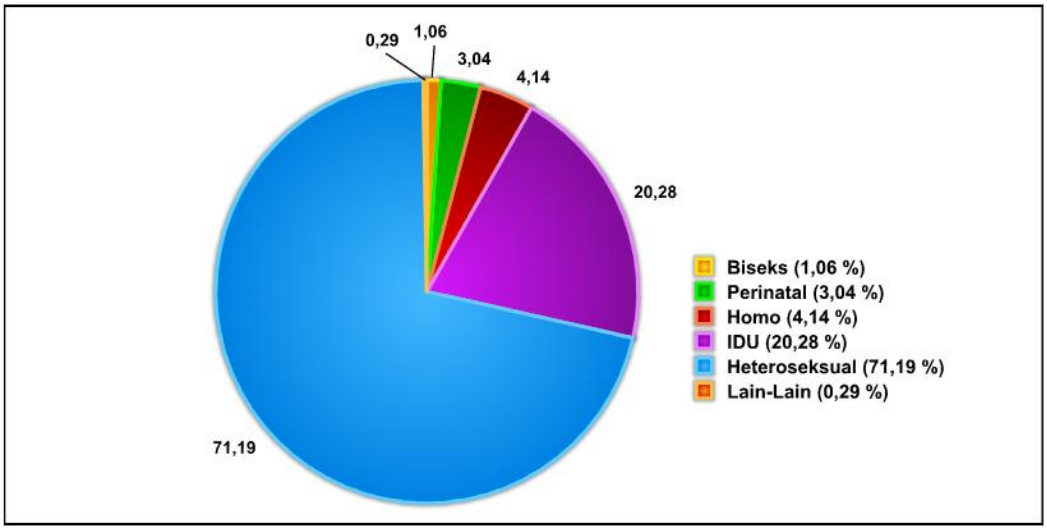
Sumber : Laporan Program HIV/AIDS
Seksi Pemberantasan Penyakit, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Dari segi kelompok umur, kasus AIDS sampai dengan tahun 2012 didominasi oleh kelompok umur seksual aktif, yakni kelompok umur 25-29 tahun (1.841 kasus atau

26,68%) dan 30-34 tahun (1.492 kasus atau 21,62%). Besaran proporsi kasus AIDS sampai dengan tahun 2012 menurut kelompok umur dapat digambarkan seperti gambar 3.23 di atas.

Jika dilihat dari segi faktor resiko, angka tertinggi kasus AIDS sampai dengan tahun 2012 adalah faktor heteroseksual sebesar 4.912 kasus (71,19%). Yang perlu mendapatkan perhatian adalah kasus AIDS dengan faktor resiko perinatal sebesar 210 kasus (3,04%). Besaran proporsi untuk keenam faktor resiko kasus AIDS dapat disajikan seperti pada gambar 3.24 berikut ini.

Gambar 3.24 Proporsi Kasus AIDS Berdasarkan Faktor Resiko Penderita
Provinsi Jawa Timur, Sampai Dengan Tahun 2012

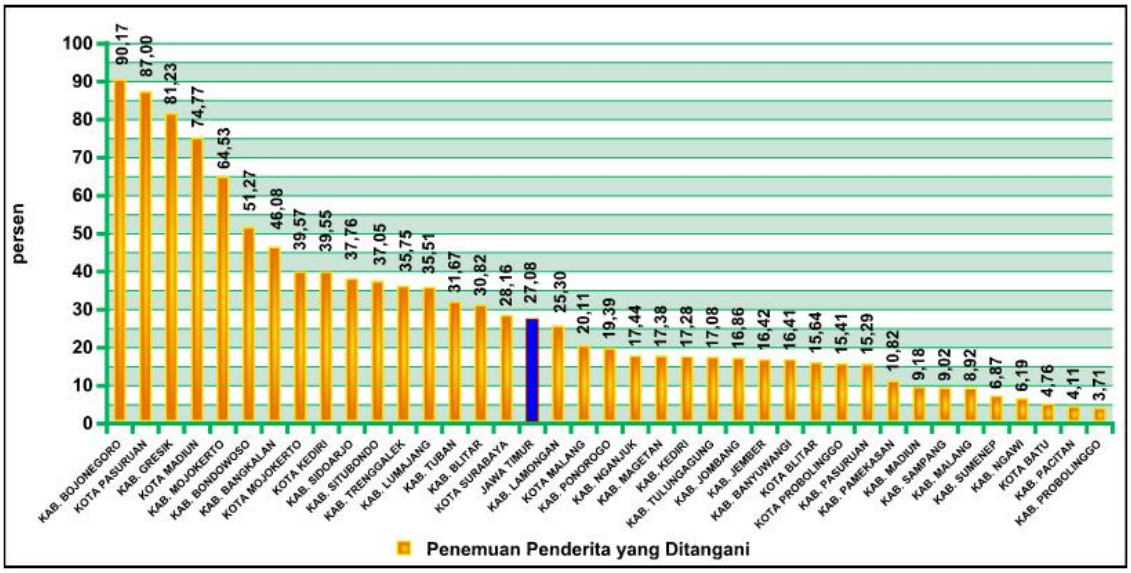


Sumber : Laporan Program HIV/AIDS
Seksi Pemberantasan Penyakit, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

III.3.1.4 PNEUMONIA

Dari hasil pencatatan dan pelaporan tahun 2012, cakupan penemuan penderita Pneumonia balita di Jawa Timur sebesar 27,08% dengan jumlah penderita yang dilaporkan oleh kabupaten/kota adalah 84.392 orang. Target cakupan penemuan penderita Pneumonia balita pada tahun 2012 adalah sebesar 80%, dari 38 kabupaten/kota yang mencapai target tersebut hanya 3 (tiga) kabupaten/kota, yakni Kabupaten Bojonegoro, Kota Pasuruan dan Kabupaten Gresik. Rendahnya capaian target penemuan penderita Pneumonia karena masih ada petugas Puskesmas yang kurang memahami pengklasifikasian Pneumonia pada balita, kurang aktifnya dalam deteksi dini Pneumonia atau masih belum optimalnya dalam tatalaksana penderita Pneumonia dan rendahnya kelengkapan laporan dari Puskesmas yang ada di kabupaten/kota.

Gambar 3.25 Persentase Penemuan Penderita Pneumonia yang Ditangani
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012



Sumber : Laporan Program Pneumonia
Seksi Pemberantasan Penyakit, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

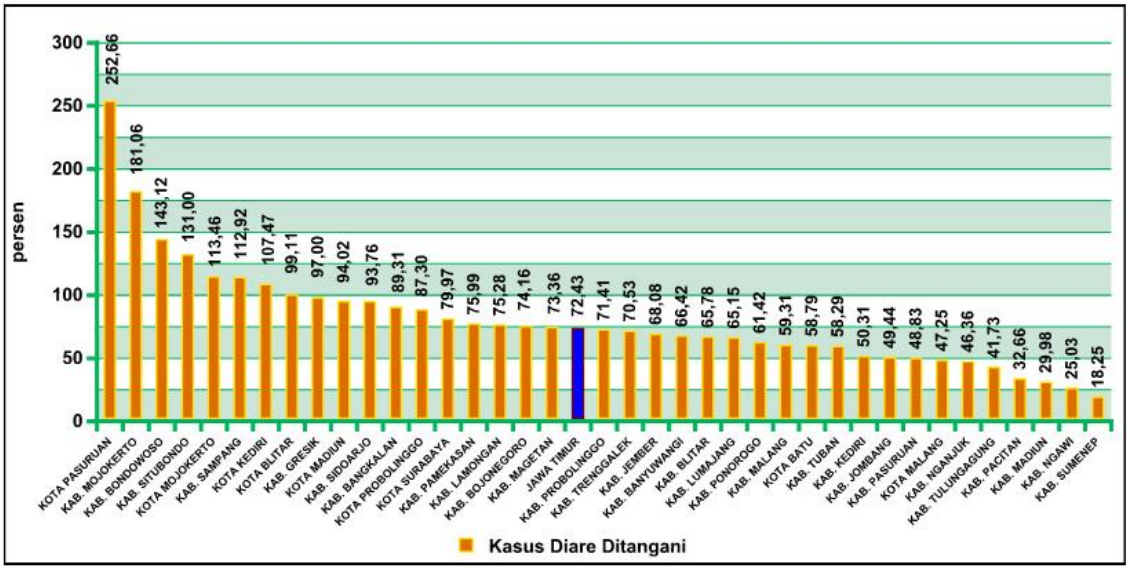
III.3.1.5 DIARE

Hingga saat ini penyakit Diare masih merupakan masalah kesehatan masyarakat. Berdasarkan hasil survei *Sub Direktorat Diare dan Infeksi Saluran Pencernaan (ISP) Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL) Kementerian Kesehatan RI*, Angka Kesakitan Diare semua umur tahun 2010 adalah 411 per 1.000 penduduk, sedangkan pada tahun 2012 sebesar 214 per 1.000 penduduk. Dan berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (*RISKESDAS*) tahun 2007, Diare merupakan penyebab kematian nomor empat (13,2%) pada semua umur dalam kelompok penyakit menular dan merupakan penyebab kematian nomor satu pada bayi post neonatal (31,4%) dan pada anak balita (25,2%).

Di Jawa Timur cakupan pelayanan penderita Diare tahun tahun 2011 sebesar 69%, sedangkan tahun 2012 sebesar 72,43% (*masih di bawah target Nasional 100%*). Dilihat hasil cakupan pelayanan diare di kabupaten/kota tahun 2012, 7 (tujuh) kabupaten/Kota sudah mencapai target 100%, yakni Kabupaten Bondowoso, Kabupaten Situbondo, Kabupaten Mojokerto, Kabupaten Sampang, Kota Kediri, Kota Pasuruan dan Kota Mojokerto. Sedangkan kabupaten/kota belum bisa mencapai target, karena ketepatan dan kelengkapan laporan dari Puskesmas ke kabupaten/kota sangat rendah. Data cakupan pelayanan penderita Diare menurut kabupaten/kota tahun 2012 dapat dilihat di *Lampiran Data Profil Kesehatan Tabel 16*.

Perlu adanya peningkatan pelayanan kesehatan dasar baik dari Pondok Kesehatan Desa (*PONKESDES*), Puskesmas Pembantu (*PUSTU*) maupun Puskesmas serta Dinas Kesehatan kabupaten/kota untuk memberikan laporan secara lengkap agar data Diare yang masuk ke Dinas Kesehatan Provinsi dapat menggambarkan besaran masalah Diare di wilayah terkait.

Gambar 3.26 Persentase Penemuan Penderita Diare yang Ditangani
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012



Sumber : Laporan Program Diare
Seksi Pemberantasan Penyakit, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

III.3.2 PENYAKIT MENULAR BERSUMBER BINATANG

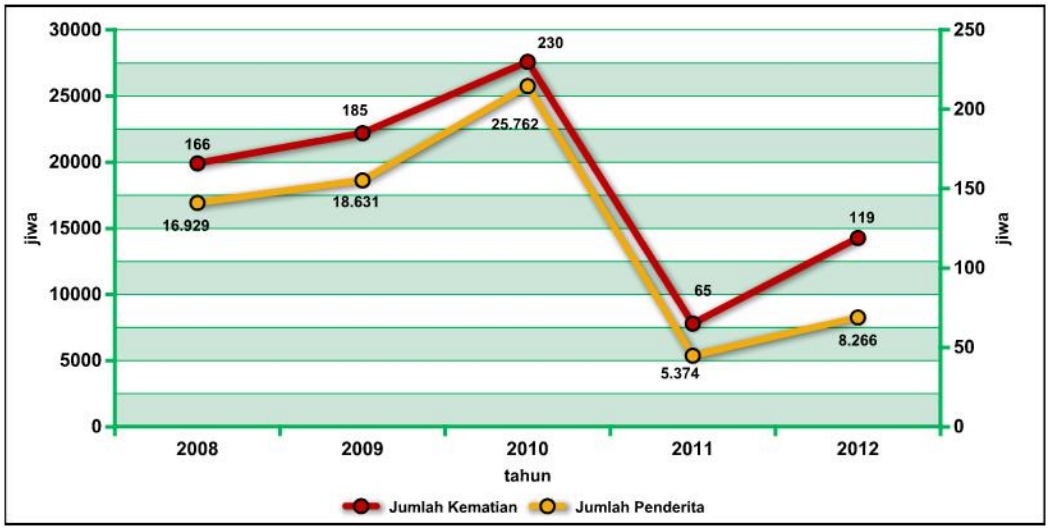
III.3.2.1 DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD)

Penyakit Demam Berdarah Dengue (*DBD*) atau Dengue Haemorrhagic Fever (*DHF*) mulai dikenal di Indonesia sejak tahun 1968 di Surabaya dan Jakarta, dan setelah itu jumlah kasus DBD terus bertambah seiring dengan semakin meluasnya daerah endemis DBD. Penyakit ini tidak hanya sering menimbulkan Kejadian Luar Biasa (*KLB*) tetapi juga menimbulkan dampak buruk sosial dan ekonomi. Kerugian sosial yang terjadi antara lain karena menimbulkan kepanikan keluarga, kematian anggota keluarga, dan berkurangnya usia harapan penduduk.

Penyakit ini merupakan salah satu penyakit yang menjadi masalah kesehatan masyarakat dan endemis di hampir seluruh kabupaten/kota di Jawa Timur. Demam Berdarah Dengue juga sudah menjadi masalah yang rutin dihadapi pada setiap musim

hujan. Angka kesakitan di Jawa Timur cukup tinggi, meskipun jumlah kematian yang terjadi dapat ditekan.

Gambar 3.27 Perkembangan Penemuan Penderita DBD dan Jumlah Kematian Akibat DBD Provinsi Jawa Timur Tahun 2008 - 2012



Sumber : Laporan Program DBD

Seksi Pemberantasan Penyakit, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Adapun permasalahan dalam penanggulangan DBD di Jawa Timur antara lain :

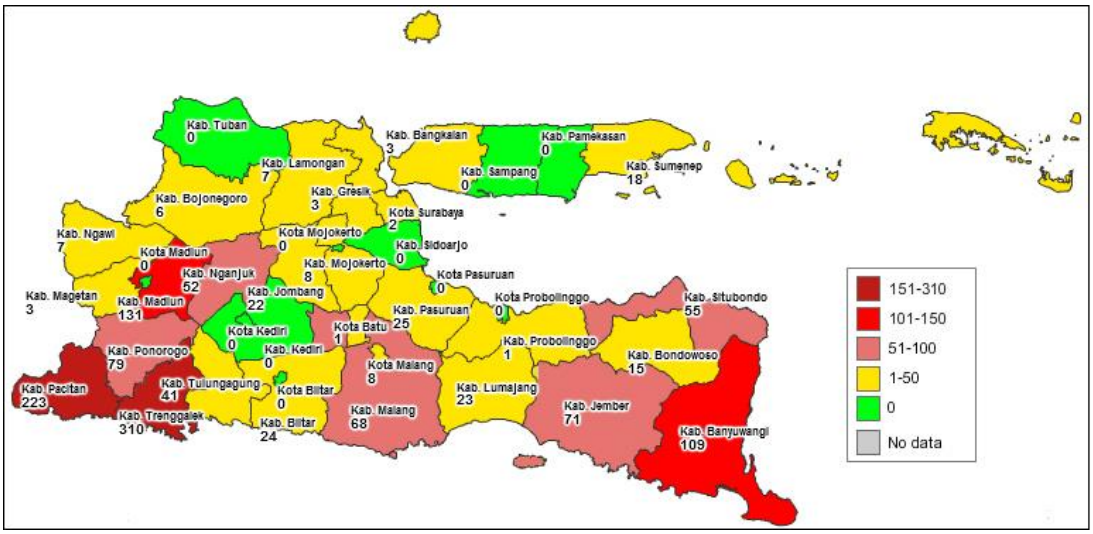
1. Belum ada obat anti virus dan vaksin untuk mencegah DBD, maka untuk memutus rantai penularan, pengendalian vektor dianggap yang paling memadai saat ini.
2. Vektor DBD khususnya *Aedes Aegypti* sebenarnya mudah dikendalikan, karena sarang-sarangnya terbatas di tempat yang berisi air bersih dan jarak terbangnya maksimum 100 meter. Tetapi karena vektor tersebar luas, maka untuk keberhasilan pengendaliannya diperlukan *total coverage* (meliputi seluruh wilayah) agar nyamuk tidak dapat berkembang biak lagi. Untuk itu sangat memerlukan partisipasi seluruh lapisan masyarakat khususnya dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk (*PSN*) DBD.
3. Partisipasi masyarakat dalam PSN DBD masih rendah, meskipun pada umumnya pengetahuan tentang DBD dan cara-cara pencegahannya sudah cukup tinggi.
4. Banyak faktor yang berhubungan dengan peningkatan kejadian DBD dan KLB yang sulit atau tidak dapat dikendalikan seperti kepadatan penduduk, mobilitas, lancarnya transportasi (darat, laut dan udara), pergantian musim dan perubahan iklim dunia, kebersihan lingkungan dan perilaku hidup sehat, serta jenis dan keganasan virusnya.
5. Dukungan dari pengambil kebijakan yang belum memprioritaskan pemberantasan DBD.
6. Keterlambatan respon untuk melakukan Penyelidikan Epidemiologi (PE) karena keterlambatan info dari rumah sakit/klinik.

7. Surveilans Epidemiologi DBD sebagai upaya kewaspadaan dini agar tidak terjadi KLB belum optimal.
8. Sebagian masyarakat masih minat dengan fogging.
9. Tata laksana fogging/pengasapan (terutama fogging swasta) masih belum sesuai dengan Standard Operating Procedure (*SOP*).
10. Sistem pencatatan dan pelaporan DBD baik tertulis maupun melalui website belum optimal.
11. Tata laksana penanggulangan DBD yang terlambat dan tidak sesuai dengan SOP.
12. Uji resistensi terhadap insektisida belum optimal.

III.3.2.2 MALARIA

Berdasarkan hasil surveilans rutin Malaria, pada tahun 2012 terdapat 31 kabupaten/kota yang menginformasikan kasus Malaria (*sesuai gambar 3.28 di bawah ini*). Penemuan penderita Malaria import terbanyak di Kabupaten Trenggalek (310 kasus), Kabupaten Pacitan (223 kasus), Kabupaten Madiun (131 kasus) dan Kabupaten Banyuwangi (109 kasus). Kasus terbanyak adalah Malaria import sebesar 93,8% atau 1.320 orang dengan kasus indigenous sebanyak 9 orang atau 6,2%.

Gambar 3.28 Peta Persebaran Kasus Malaria
Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

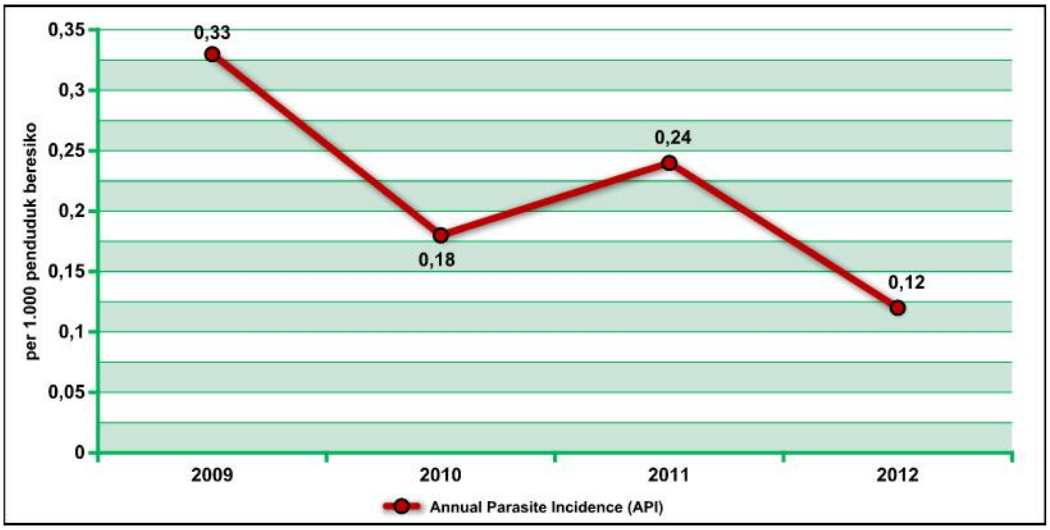


Sumber : Laporan Program Malaria
Seksi Pemberantasan Penyakit, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Pada tahun 2012, angka Annual Parasite Incidence (API) Malaria Jawa Timur mencapai 0,12 per 1.000 penduduk beresiko. Angka ini lebih rendah dibandingkan API

tahun 2011 (0,24 per 1.000 penduduk beresiko). Perkembangan API Malaria Jawa Timur disajikan pada gambar 3.29.

Gambar 3.29 Perkembangan Annual Parasite Incidence (API) per 1.000 Penduduk Beresiko Provinsi Jawa Timur Tahun 2009 – 2012



Sumber : Laporan Program Malaria
Seksi Pemberantasan Penyakit, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

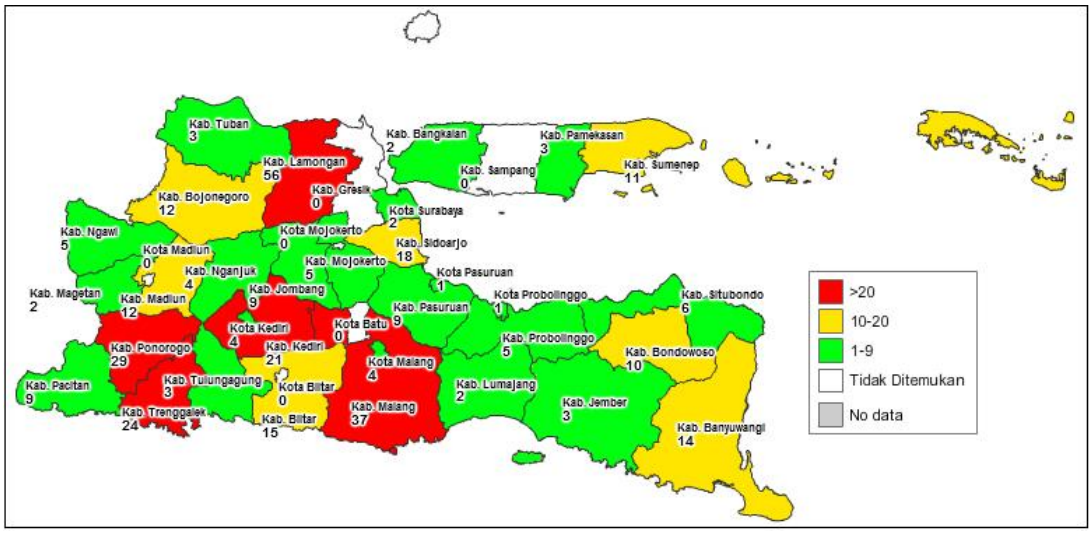
Pada tahun 2015, sesuai Surat Keputusan Menteri Kesehatan Kesehatan RI Nomor 293/MENKES/SK/IV/2009 tentang Eliminasi Malaria, Jawa Timur harus sudah menjadi Provinsi dengan status *Eliminasi Malaria*. Adapun indikator eliminasi Malaria adalah pada wilayah kabupaten/kota/pulau/provinsi tidak ditemukan lagi kasus penularan setempat (*Indigenous*) selama 3 (tiga) tahun berturut-turut serta dijamin dengan pelaksanaan surveilans yang baik. Tahun 2012 terdapat 2 (dua) kabupaten dengan Malaria Indigenous yaitu Kabupaten Trenggalek dengan kasus 1 (satu) penderita Malaria di Desa Pule Kecamatan Pule dan Kabupaten Madiun dengan jumlah penderita Indigenous sebanyak 7 (tujuh) orang yang menyebar di 2 (dua) desa yaitu Desa Winong dan Durenan Kecamatan Gemarang.

Pengendalian Malaria dilaksanakan secara menyeluruh dengan mengendalikan kepadatan vektor, menemukan sedini mungkin penderita Malaria dengan surveilans migrasi dan mengobati penderita, meningkatkan sumber daya manusia pada tenaga medis, tenaga laboratorium, pengelola program dan juru Malaria desa, serta menghindari kotak dengan vektor Malaria pada daerah endemis dengan menggunakan kelambu berinsektisida.

III.3.2.3 FILARIASIS (PENYAKIT KAKI GAJAH)

Jumlah penderita klinis Filariasis kronis yang tercatat di Jawa Timur sampai dengan tahun 2012 sebanyak 341 kasus yang tersebar di 32 kabupaten/kota pada 180 kecamatan dan 259 desa/kelurahan. Kasus klinis Filariasis terbanyak di Kabupaten Lamongan dengan 56 kasus, Kabupaten Malang dengan 37 kasus dan Kabupaten Ponorogo 29 kasus. Kasus baru Filariasis kronis ditemukan selama tahun 2012 sebanyak 22 orang di 13 kabupaten/kota. Berikut ini gambaran persebaran kasus Filariasis kronis di Jawa Timur. Persebaran kasus Filariasis Kronis disajikan pada gambar berikut ini.

Gambar 3.30 Peta Persebaran Kasus Filariasis Kronis
Provinsi Jawa Timur Tahun 2012



Sumber : Laporan Program Filariasis
Seksi Pemberantasan Penyakit, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

III.3.3 PENYAKIT YANG DAPAT DICEGAH DENGAN IMUNISASI (PD3I)

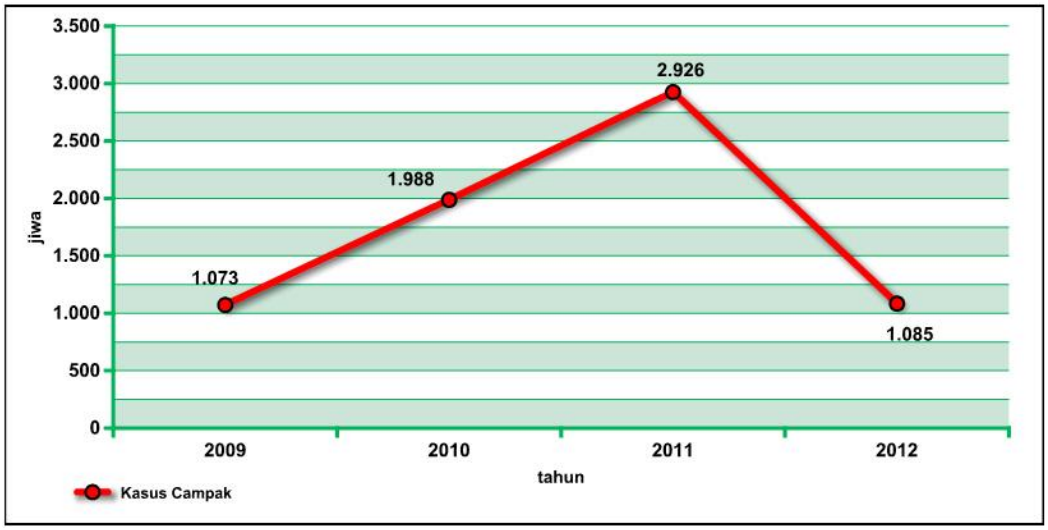
III.3.3.1 CAMPAK

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

Penyakit Campak sering menyebabkan Kejadian Luar Biasa (KLB), dan berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan RI, bahwa frekuensi KLB Campak menduduki urutan ke

empat setelah DBD, Diare dan Chikungunya. Kematian akibat Campak pada umumnya disebabkan kasus komplikasi seperti Meningitis.

Gambar 3.31 Perkembangan Kasus Campak
Provinsi Jawa Timur Tahun 2009 – 2012



Sumber : Laporan Program Surveilans Campak
Seksi P3PMK, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Kasus Campak mengalami peningkatan dari tahun 2009 sampai dengan tahun 2011. Pada tahun 2011 telah dilakukan "Kampanye Campak" untuk mengurangi kasus ini, sehingga di tahun 2012 kasus Campak mengalami penurunan menjadi 1.085 kasus. Kampanye Campak sebenarnya sudah pernah dilakukan di tahun 2007, dimana pada tahun 2005 dan 2006 kasus Campak mencapai angka tertinggi (yakni 4.807 kasus dan 5.530 kasus). Di tahun ini diharapkan cakupan imunisasi lebih besar dari 95%. Apabila ini tercapai, maka program penanggulangan Campak akan memasuki tahap "eliminasi".

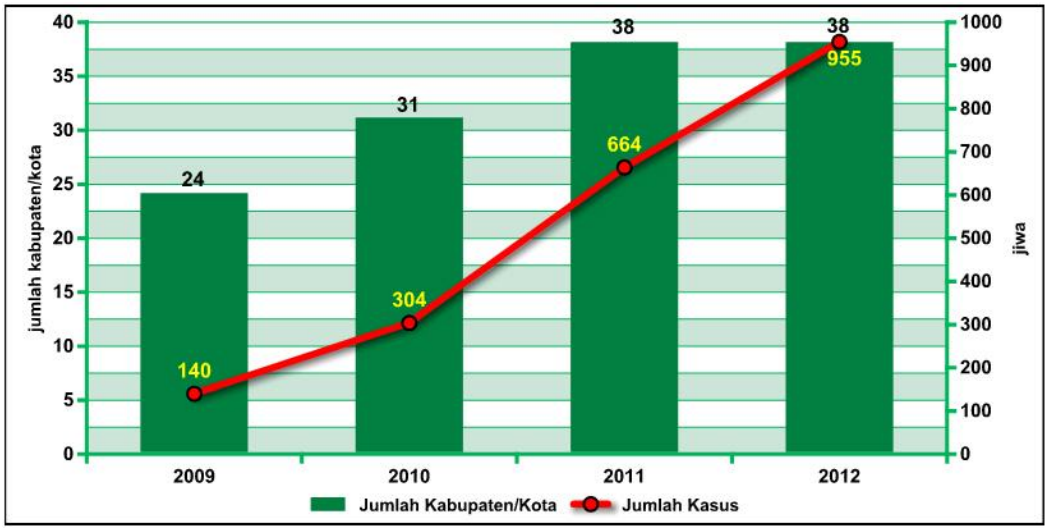
III.3.3.2 DIFTERI

Difteri merupakan kasus "*re-emerging disease*" di Jawa Timur karena kasus Difteri sebenarnya sudah menurun di tahun 1985, namun kembali meningkat di tahun 2005 saat terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB) di Kabupaten Bangkalan. Sejak saat itulah, penyebaran Difteri semakin meluas dan mencapai puncaknya pada tahun 2012 sebanyak 955 kasus dengan 37 kematian dan sudah tersebar di 38 kabupaten/kota (dapat dilihat di *Lampiran Data Profil Kesehatan Tabel 21*). Kasus Difteri di Jawa Timur merupakan penyumbang kasus terbesar di Indonesia (yakni sebesar 74%) bahkan di dunia.

Upaya yang dilakukan untuk menekan kasus Difteri adalah dengan melakukan imunisasi dasar pada bayi dengan vaksin Difteri-Pertusis-Tetanus dan Hepatitis B (DPT-HB). Vaksin tersebut diberikan 3 (tiga) kali yaitu pada umur 2 bulan, 3 bulan dan 4 bulan.

Selain itu, karena terjadi lonjakan kasus pada umur anak sekolah maka imunisasi tambahan Tetanus Difteri (TD) juga diberikan pada anak Sekolah Dasar (*SD*) dan sederajat kelas 4-6 serta Sekolah Menengah Pertama (*SMP*).

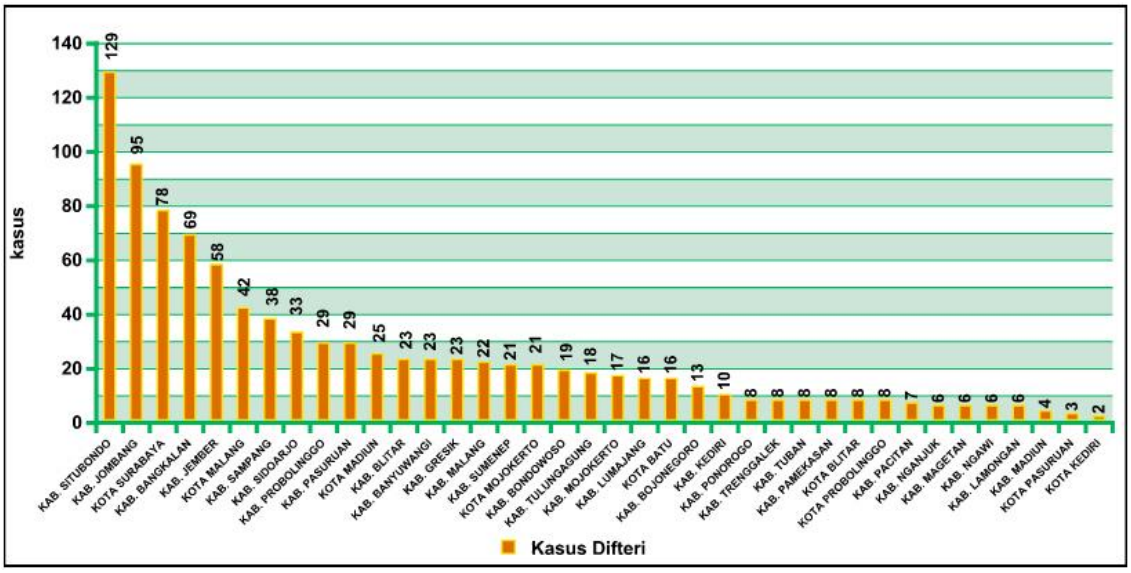
Gambar 3.32 Perkembangan Kasus Difteri dan Distribusi Kasus Difteri per Kabupaten/Kota Tahun 2009 - 2012



Sumber : Laporan Program Surveilans Difteri
Seksi P3PMK, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Pada tahun 2012 kasus tertinggi Difteri terdapat di Kabupaten Situbondo (129 kasus), Kabupaten Jombang (95 kasus) dan Kota Surabaya (78 kasus), sedangkan kasus terendah di Kota Kediri (2 kasus), Kota Pasuruan (3 kasus) dan Kabupaten Madiun (4 kasus), seperti disajikan pada gambar 3.33 di bawah ini.

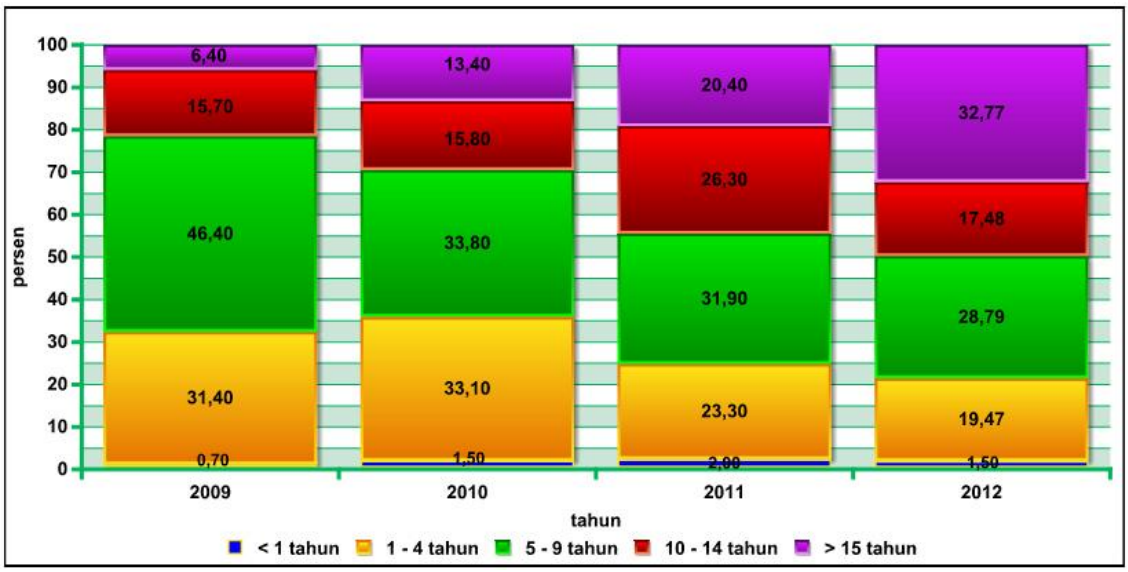
Gambar 3.33 Jumlah Kasus Difteri
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012



Sumber : Laporan Program Surveilans Difteri
Seksi P3PMK, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Berdasarkan kelompok umur, penyakit Difteri meningkat pada kelompok umur 10-14 tahun dan umur > 15 tahun. Sedangkan pada kelompok umur < 1 tahun dan umur 5-9 tahun cenderung menurun, seperti tersaji pada gambar 3.34 di bawah ini.

Gambar 3.34 Persentase Kasus Difteri Menurut Kelompok Umur
Provinsi Jawa Timur Tahun 2009 – 2012



Sumber : Laporan Program Surveilans Difteri
Seksi P3PMK, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

III.3.3.3 PERTUSIS / BATUK REJAN

Pertusis atau Batuk Rejan adalah penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Bardetella Pertusis* dengan gejala batuk beruntun disertai tarikan nafas hup (*whoop*) yang khas dan mengalami muntah.

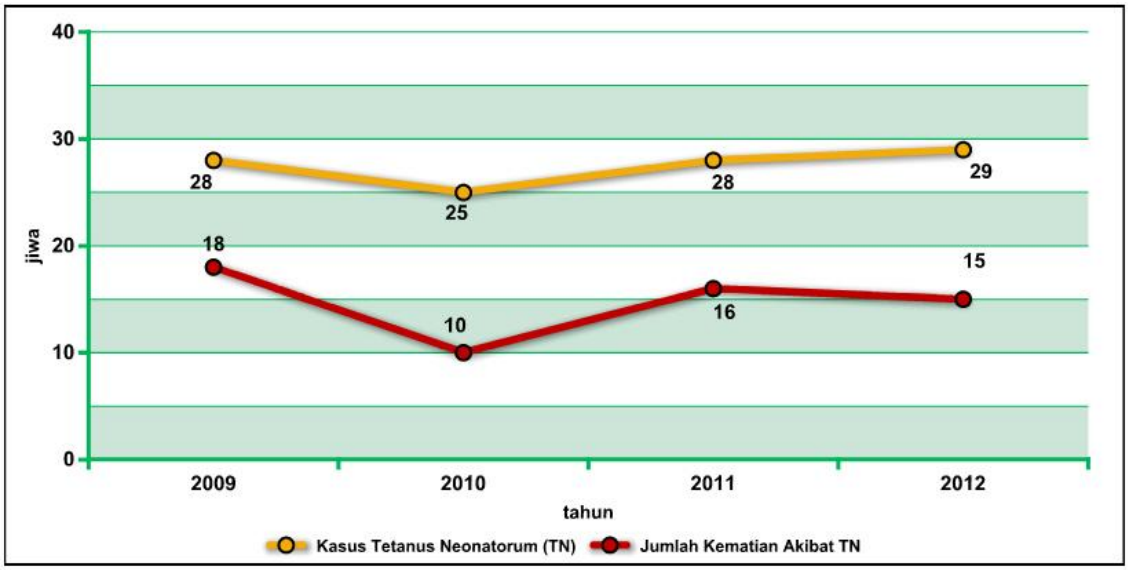
Pada tahun 2012, berdasarkan laporan Surveilans Terpadu Penyakit (STP) berbasis Puskesmas sentinel bahwa terdapat 14 kabupaten/kota memiliki kasus Pertusis. Kabupaten Lumajang memiliki kasus terbanyak sebesar 22 kasus, diikuti Kabupaten Ngawi sebesar 18 kasus dan Kabupaten Sumenep sebesar 15 kasus. Gambaran kasus Pertusis menurut kabupaten/kota disajikan pada *Lampiran Data Profil Kesehatan Tabel 21*.

Upaya pencegahan kasus Pertusis dilakukan melalui imunisasi DPT+HB sebanyak 3 (tiga) kali yaitu saat usia 2 (dua) bulan, 3 (tiga) bulan dan 4 (empat) bulan atau usia yang lebih dari itu tetapi masih di bawah 1 (satu) tahun (usia sampai dengan 11 bulan).

III.3.3.4 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. Seperti yang digambarkan pada grafik 3.35 di bawah ini, terdapat peningkatan kasus TN di tahun 2012, menjadi 29 kasus dengan kasus kematian 15 orang. Kasus ini tersebar di 9 (sembilan) kabupaten/kota (*dapat dilihat di Lampiran Data Profil Kesehatan Tabel 21*), dimana Kabupaten Jember dan Kabupaten Bangkalan memiliki kasus terbanyak yakni 7 kasus.

Gambar 3.35 Kasus TN dan Kematian Akibat TN
Provinsi Jawa Timur Tahun 2009 – 2012



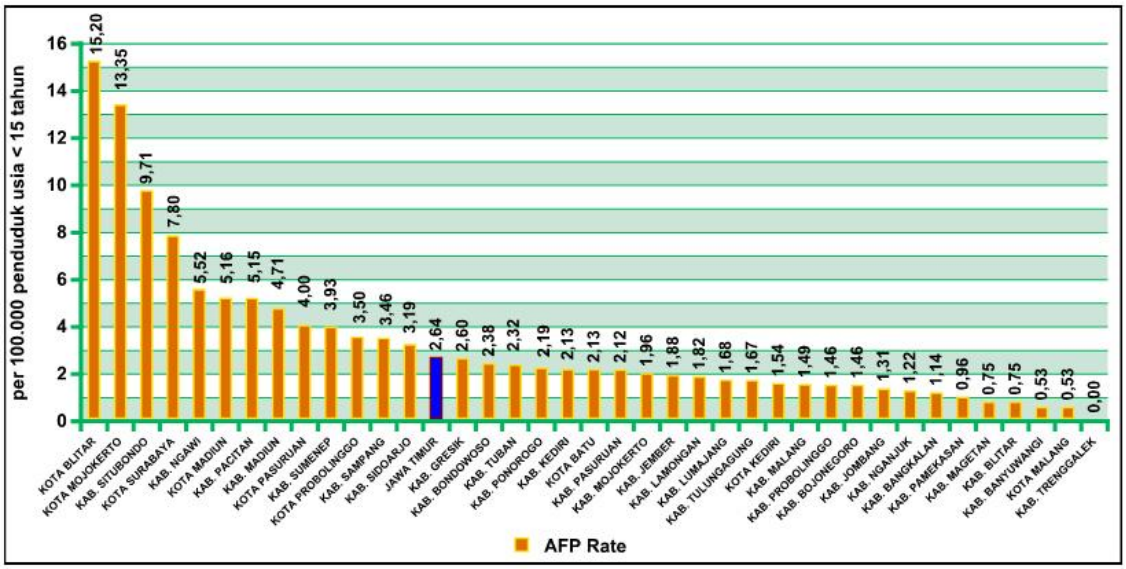
Sumber : Laporan Program Surveilans TN
Seksi P3PMK, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

III.3.3.5 ACUTE FLACID PARALYSIS (AFP) NON POLIO

AFP merupakan kondisi abnormal ketika seseorang mengalami penurunan kekuatan otot tanpa penyebab yang jelas kemudian berakibat pada kelumpuhan. Sedangkan Non Polio AFP adalah kasus lumpuh layuh akut yang diduga kasus Polio sampai dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium bukan kasus Polio. AFP Rate Non Polio dihitung berdasarkan per 100.000 penduduk/populasi anak usia < 15 tahun. Di tahun 2012, angka AFP Rate Non Polio Jawa Timur sebesar 2,64. Angka ini telah mencapai target nasional yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI sebesar minimal 2/100.000. Data jumlah

kasus AFP Non Polio dan AFP Rate Non Polio per kabupaten/kota dapat dilihat di *Lampiran Data Profil Kesehatan Tabel 9*.

Gambar 3.36 AFP (Non Polio) Rate
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012



Sumber : Laporan Program Surveilans AFP (Non Polio)
Seksi P3PMK, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

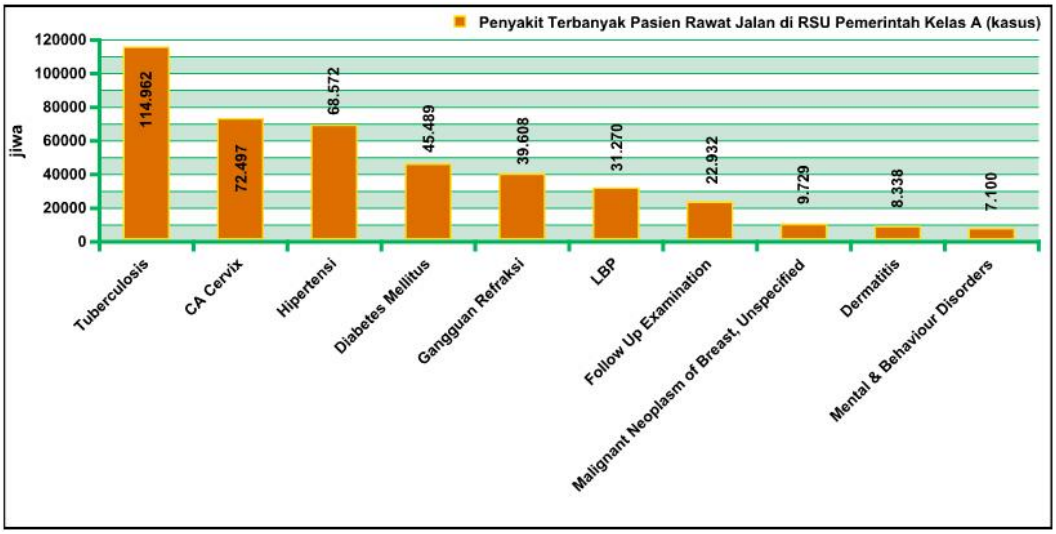
III.4 POLA 10 PENYAKIT TERBANYAK DI RUMAH SAKIT PEMERINTAH

III.4.1 POLA 10 PENYAKIT TERBANYAK PASIEN RAWAT JALAN

Berdasarkan Laporan Tahunan Rumah Sakit tahun 2012 (*per 31 Mei 2013*), kasus penyakit terbanyak pasien rawat jalan di rumah sakit umum pemerintah tipe A adalah Tuberculosis (114.962 kasus) dan Cervix Cancer (72.497 kasus). Sedangkan pada rumah sakit tipe B yang berjumlah 24 rumah sakit, kasus terbanyak masih tergolong penyakit degeneratif yakni Hipertensi (112.583 kasus) dan Diabetes Mellitus (102.399 kasus).

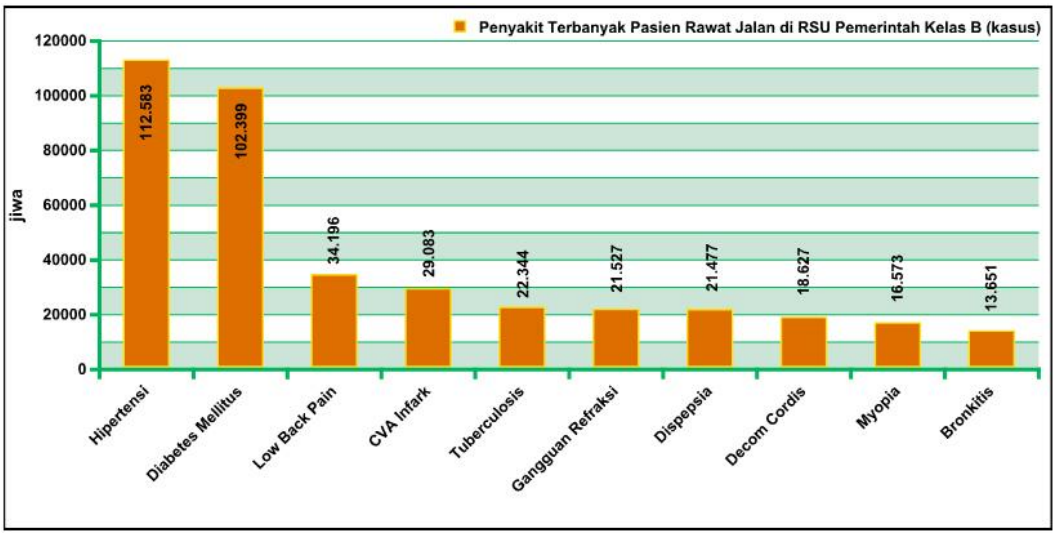
Seperti halnya pada rumah sakit tipe B, dua besar penyakit terbanyak pasien rawat jalan pada rumah sakit tipe C adalah Hipertensi (42.212 kasus) dan Diabetes Mellitus (35.028 kasus). Dan di rumah sakit tipe D, diketahui bahwa Hipertensi (3.301 kasus) dan Infeksi Saluran Pernafasan Akut (2.541 kasus). Pola penyakit terbanyak pasien rawat jalan di rumah sakit umum pemerintah disajikan pada gambar 3.37, 3.38, 3.39 dan 3.40 di bawah ini.

Gambar 3.37 Penyakit Terbanyak Pasien Rawat Jalan di RSU Pemerintah Kelas A
Provinsi Jawa Timur Tahun 2012



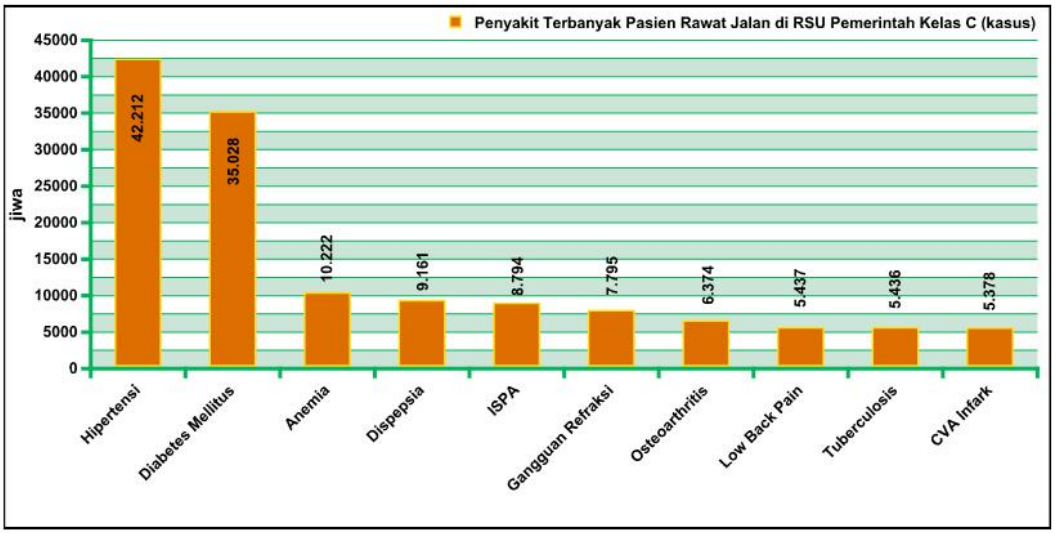
Sumber : Laporan Tahunan Rumah Sakit
Seksi Kesehatan Rujukan dan Khusus, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 3.38 Penyakit Terbanyak Pasien Rawat Jalan di RSU Pemerintah Kelas B
Provinsi Jawa Timur Tahun 2012



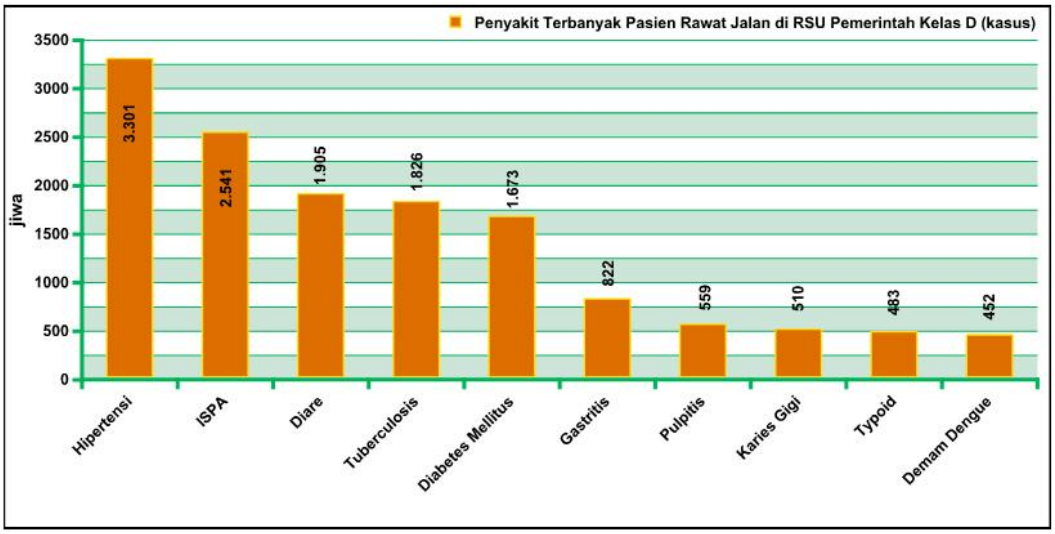
Sumber : Laporan Tahunan Rumah Sakit
Seksi Kesehatan Rujukan dan Khusus, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 3.39 Penyakit Terbanyak Pasien Pasien Rawat Jalan di RSU Pemerintah Kelas C Provinsi Jawa Timur Tahun 2012



Sumber : Laporan Tahunan Rumah Sakit
Seksi Kesehatan Rujukan dan Khusus, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 3.40 Penyakit Terbanyak Pasien Rawat Jalan di RSU Pemerintah Kelas D Provinsi Jawa Timur Tahun 2012



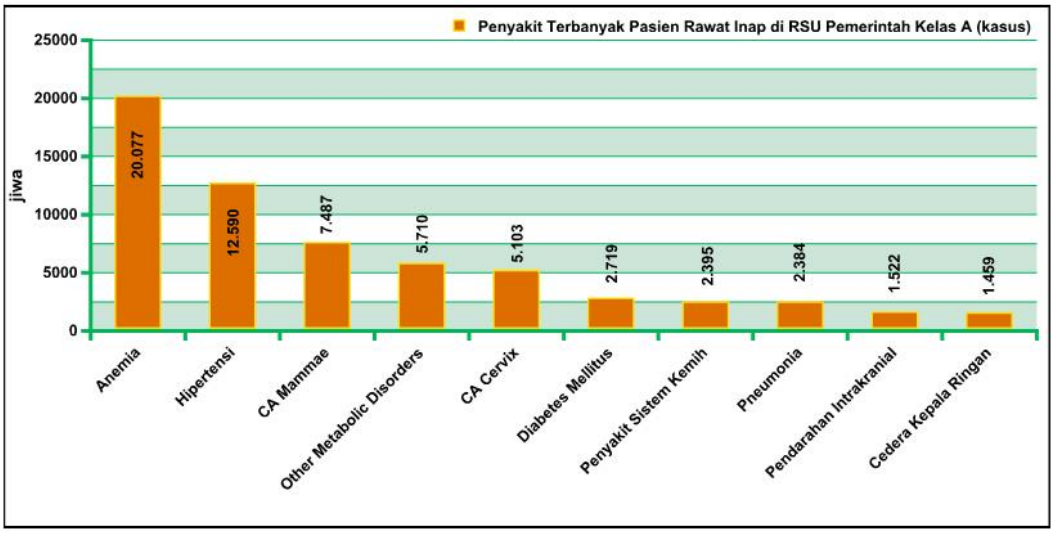
Sumber : Laporan Tahunan Rumah Sakit
Seksi Kesehatan Rujukan dan Khusus, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

III.4.2 POLA 10 PENYAKIT TERBANYAK PASIEN RAWAT INAP

Berdasarkan Laporan Tahunan Rumah Sakit tahun 2012 (*per 31 Mei 2013*), kasus penyakit terbanyak pasien rawat inap di rumah sakit umum pemerintah tipe A adalah Anemia (20.077 kasus) dan Hipertensi (12.590 kasus), sedangkan pada rumah sakit tipe B adalah Diare (9.404 kasus) dan Diabetes Mellitus (8.370 kasus).

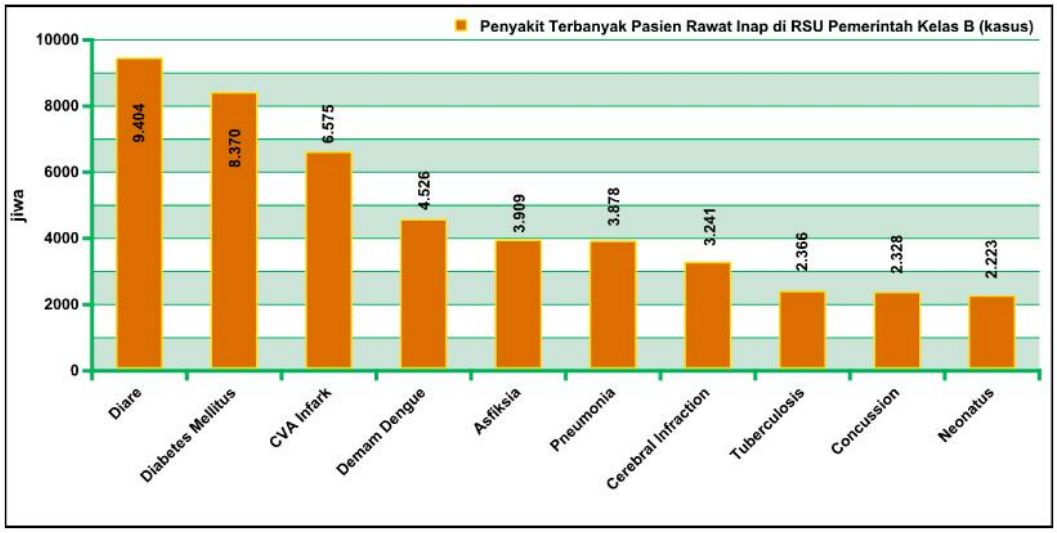
Pada rumah sakit umum pemerintah tipe C, dua besar penyakit terbanyak pasien rawat inap adalah Diabetes Mellitus (9.620 kasus) dan Hipertensi (7.355 kasus). Dan di rumah sakit tipe D, diketahui bahwa Diare (563 kasus) dan Cerebro Vascular Accident (CVA) Infark / Stroke (548 kasus). Pola penyakit terbanyak pasien rawat inap di rumah sakit umum pemerintah dapat disajikan pada gambar 3.41, 3.42, 3.43 dan 3.44 di bawah ini.

Gambar 3.41 Penyakit Terbanyak Pasien Rawat Inap di RSU Pemerintah Kelas A
Provinsi Jawa Timur Tahun 2012



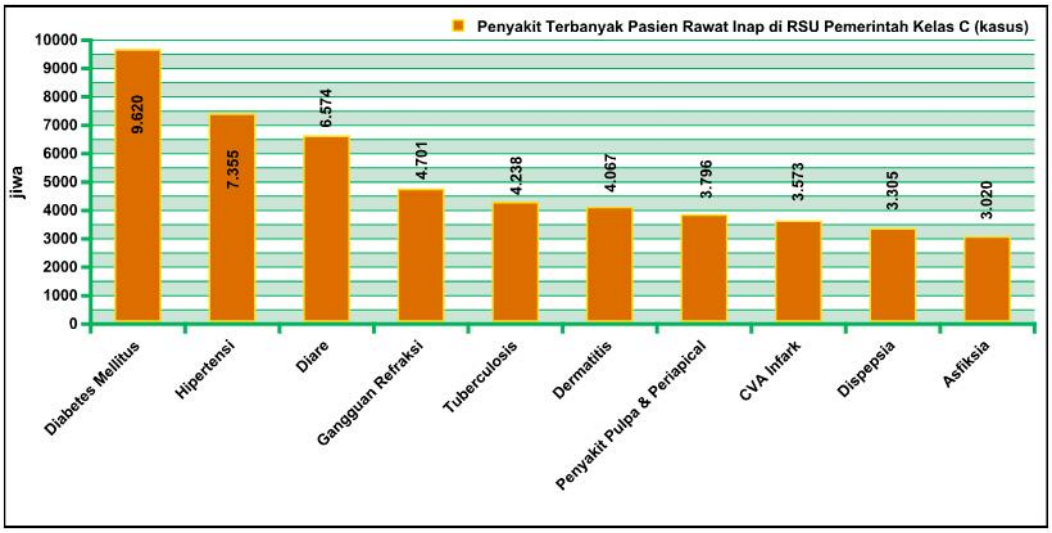
Sumber : Laporan Tahunan Rumah Sakit
Seksi Kesehatan Rujukan dan Khusus, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 3.42 Penyakit Terbanyak Pasien Rawat Inap di RSU Pemerintah Kelas B
Provinsi Jawa Timur Tahun 2012



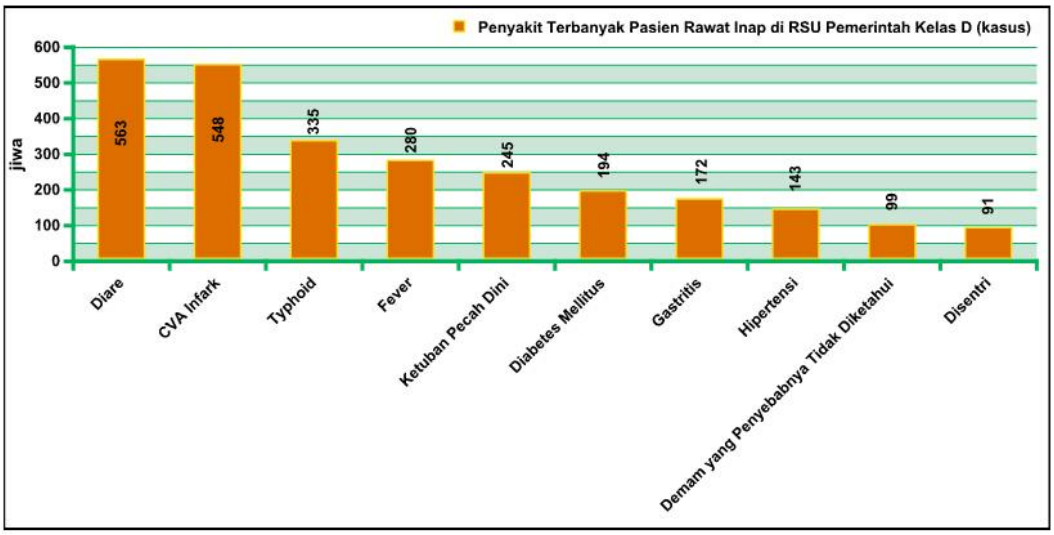
Sumber : Laporan Tahunan Rumah Sakit
Seksi Kesehatan Rujukan dan Khusus, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 3.43 Penyakit Terbanyak Pasien Rawat Inap di RSU Pemerintah Kelas C
Provinsi Jawa Timur Tahun 2012



Sumber : Laporan Tahunan Rumah Sakit
Seksi Kesehatan Rujukan dan Khusus, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 3.44 Penyakit Terbanyak Pasien Rawat Inap di RSU Pemerintah Kelas D
Provinsi Jawa Timur Tahun 2012



Sumber : Laporan Tahunan Rumah Sakit
Seksi Kesehatan Rujukan dan Khusus, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

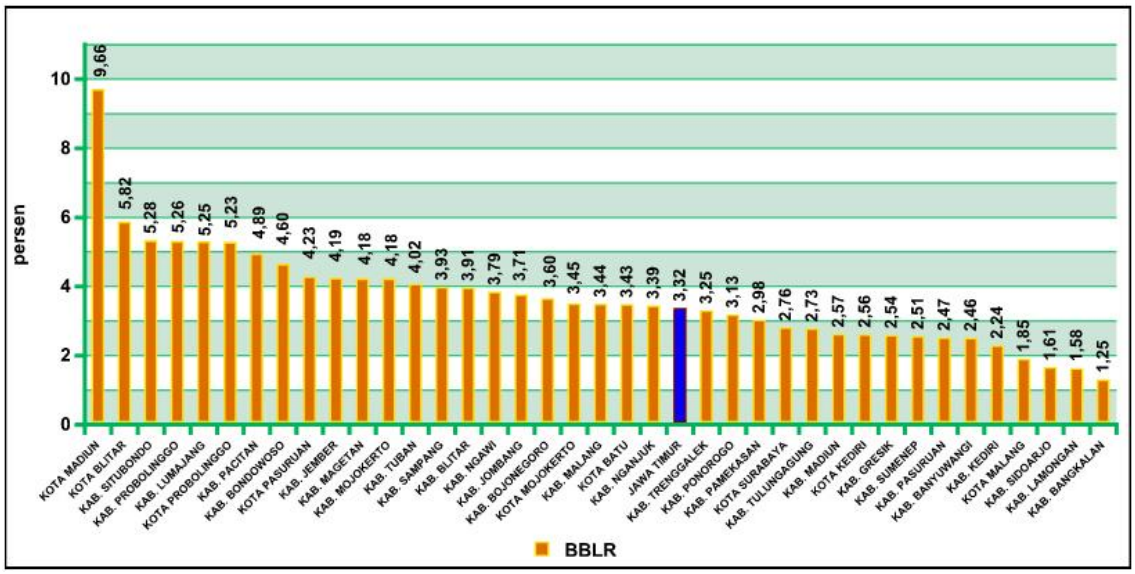
III.5 STATUS GIZI MASYARAKAT

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, serta Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY). Status gizi balita merupakan salah satu indikator MDGs yang perlu mendapatkan perhatian dan akan banyak dibahas (di samping BBLR) pada sub bagian berikut ini.

III.5.1 BAYI DENGAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH (BBLR)

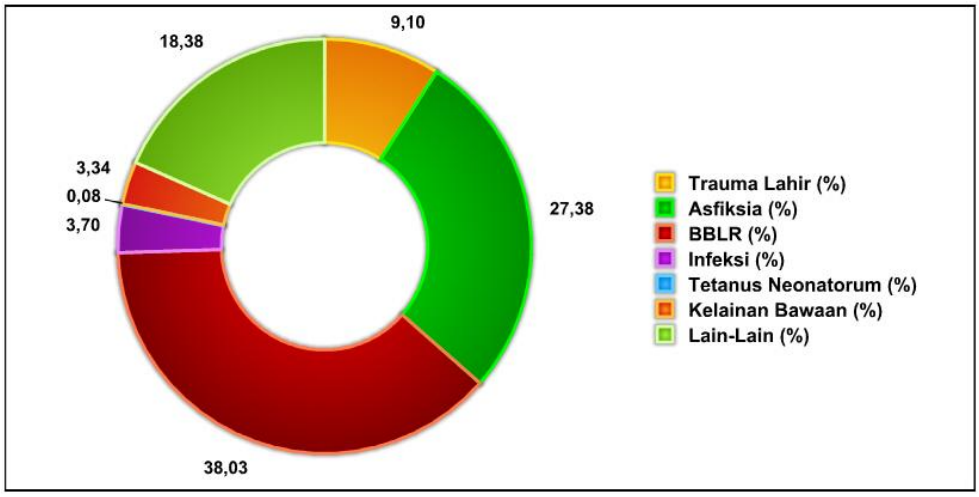
Dari laporan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tahun 2012, diketahui bahwa jumlah bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (*BBLR*) di Jawa Timur mencapai 3,32% yang diperoleh dari persentase 19.712 bayi dari 594.461 bayi baru lahir yang ditimbang. Angka tertinggi di Kota Madiun sebesar 9,66% dan terendah di Kabupaten Bangkalan sebesar 1,25%. Data persentase BBLR menurut kabupaten/kota disajikan pada gambar 3.45 di bawah ini atau dapat dilihat di *Lampiran Data Profil Kesehatan Tabel 26*.

Gambar 3.45 Persentase BBLR
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012



Sumber : Laporan LB3 Kesehatan Ibu dan Anak
Seksi Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 3.46 Persentase Penyebab Kematian Neonatal
Provinsi Jawa Timur Tahun 2012



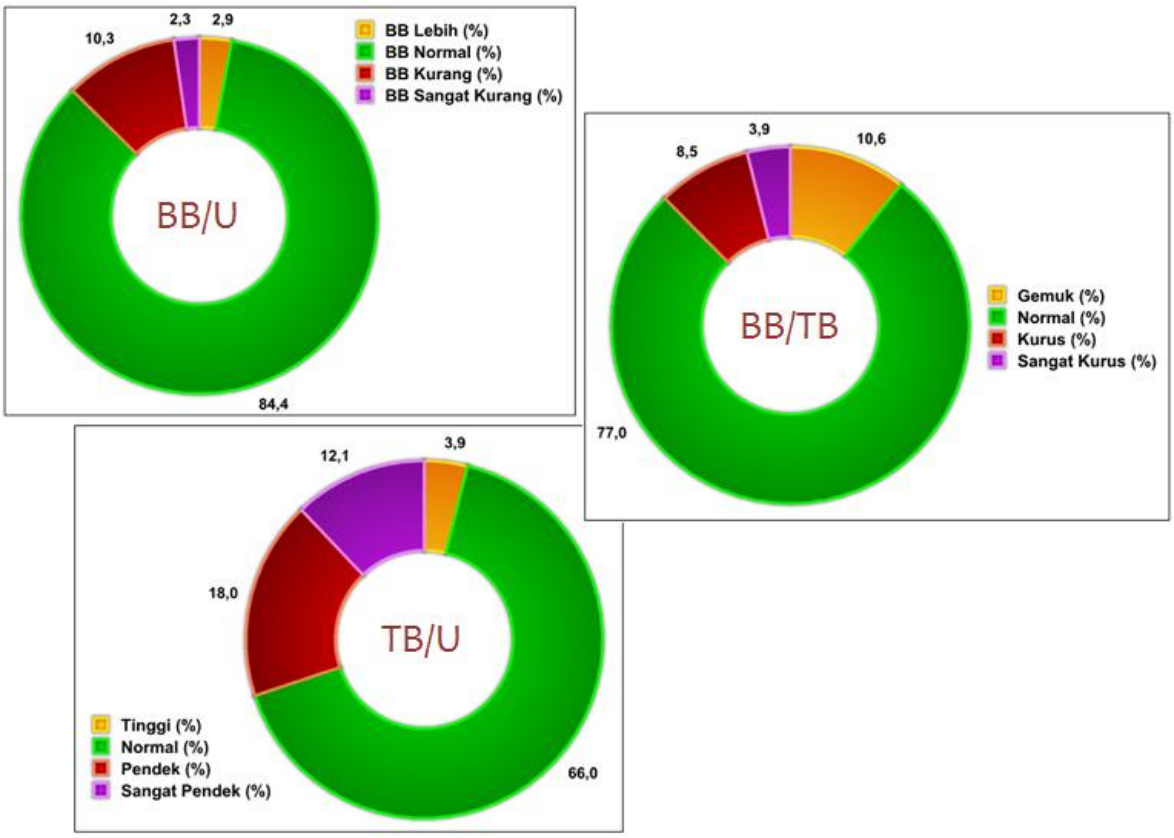
Sumber : Laporan Tribulan (LB3) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
Seksi Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

BBLR merupakan salah satu penyebab kematian neonatal, di samping Trauma Lahir, Asfiksia, Infeksi, Tetanus Neonatorum (TN), Kelainan Bawaan dan Lain-lain. Dan berdasarkan Laporan Tribulan (LB3) Kesehatan Ibu dan Anak (*Seksi Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur*) tahun 2012, kematian neonatal yang disebabkan oleh BBLR mencapai 38,03% dan angka ini merupakan angka tertinggi dibandingkan penyebab lainnya. Gambaran BBLR dalam persentase penyebab kematian neonatal digambarkan di gambar 3.46 di atas.

III.5.2 STATUS GIZI BALITA

Salah satu indikator kesehatan yang dinilai keberhasilan pencapaiannya dalam MDGs adalah status gizi balita. Status gizi balita dapat diukur berdasarkan umur, berat badan (BB), tinggi badan (TB). Ketiga variabel ini disajikan dalam bentuk tiga indikator antropometri, yaitu : Berat Badan menurut Umur (BB/U), Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) dan Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB).

Gambar 3.47 Persentase Status Gizi Balita (BB/U, TB/U dan BB/TB)
Provinsi Jawa Timur Tahun 2012



Sumber : Pemantauan Status Gizi (PSG) Tahun 2012
Seksi Gizi, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Provinsi Jawa Timur, dalam hal ini Seksi Gizi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur memiliki kegiatan Pemantauan Status Gizi (PSG) untuk mengukur ketiga indikator tersebut. Adapun hasil PSG tahun 2012 disajikan pada gambar 3.47 di atas.

Prevalensi kurang gizi merupakan salah satu indikator MDGs dan Rencana Strategis (Renstra) Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, diukur dari Berat Badan menurut Umur (BB/U), yakni dari angka berat badan (BB) sangat kurang dan berat badan (BB) kurang. Dan berdasarkan hasil PSG tahun 2012, Jawa Timur sudah berhasil mencapai angka di bawah target MDGs (15,5%) dan Renstra (15,1%) yakni sebesar 12,6% (Berat Badan Kurang 10,3% dan Berat Badan Sangat Kurang 2,3%).

BAB IV
SITUASI UPAYA KESEHATAN

Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, perlu dilakukan upaya pelayanan kesehatan yang melibatkan masyarakat sebagai individu dan masyarakat sebagai bagian dari kelompok atau komunitas. Upaya kesehatan mencakup upaya-upaya pelayanan kesehatan, promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan, pemberantasan penyakit menular, pengendalian penyakit tidak menular, penyehatan lingkungan dan penyediaan sanitasi dasar, perbaikan gizi masyarakat, pengamanan sediaan farmasi dan alat kesehatan, penanggulangan bencana dan sebagainya. Upaya kesehatan di Provinsi Jawa Timur tergambar dalam uraian di bawah ini.

IV.1 PELAYANAN KESEHATAN DASAR

Upaya pelayanan kesehatan dasar merupakan langkah awal dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dengan pelayanan kesehatan dasar yang cepat, tepat dan efektif diharapkan dapat mengatasi sebagian masalah kesehatan masyarakat. Pada uraian berikut dijelaskan jenis pelayanan kesehatan dasar yang diselenggarakan di sarana pelayanan kesehatan.

IV.1.1 PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK

Undang-Undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanatkan bahwa upaya kesehatan ibu ditujukan untuk menjaga kesehatan ibu sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas, serta dapat mengurangi angka kematian ibu sebagai salah satu indikator Renstra dan MDGs. Upaya kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada Undang-Undang tersebut meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

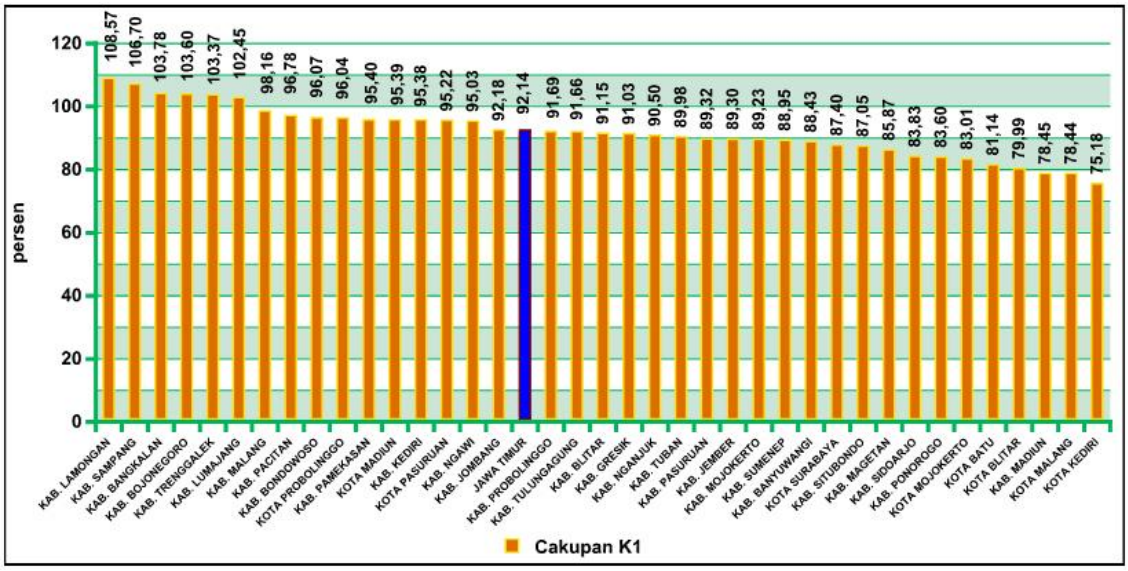
Kegiatan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) merupakan kegiatan prioritas mengingat terdapat indikator dampak, yaitu Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) yang merupakan indikator keberhasilan pembangunan daerah, khususnya pembangunan kesehatan. Indikator ini juga digunakan sebagai salah satu pertimbangan dalam menentukan Indeks Pembangunan Manusia (IPM).

Untuk melihat kinerja kesehatan ibu dan anak, maka perlu untuk melihat secara keseluruhan indikator kesehatan ibu dan anak, yaitu :

IV.1.1.1 CAKUPAN PELAYANAN IBU HAMIL K1

Target Provinsi Jawa Timur untuk cakupan pelayanan ibu hamil K1 pada tahun 2012 adalah 99% dengan kondisi 32 kabupaten/kota masih di bawah target provinsi. Capaian cakupan K1 Provinsi Jawa Timur pada tahun 2012 adalah 92,14%. Kota Kediri memiliki capaian terendah yakni 75,18%, sedangkan Kabupaten Lamongan memiliki capaian tertinggi sebesar 108,57%. Cakupan K1 per kabupaten/kota dapat dilihat di *Lampiran Data Profil Kesehatan Tabel 28* atau gambar 4.1 di bawah ini.

Gambar 4.1 Cakupan Pelayanan Ibu Hamil K1
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

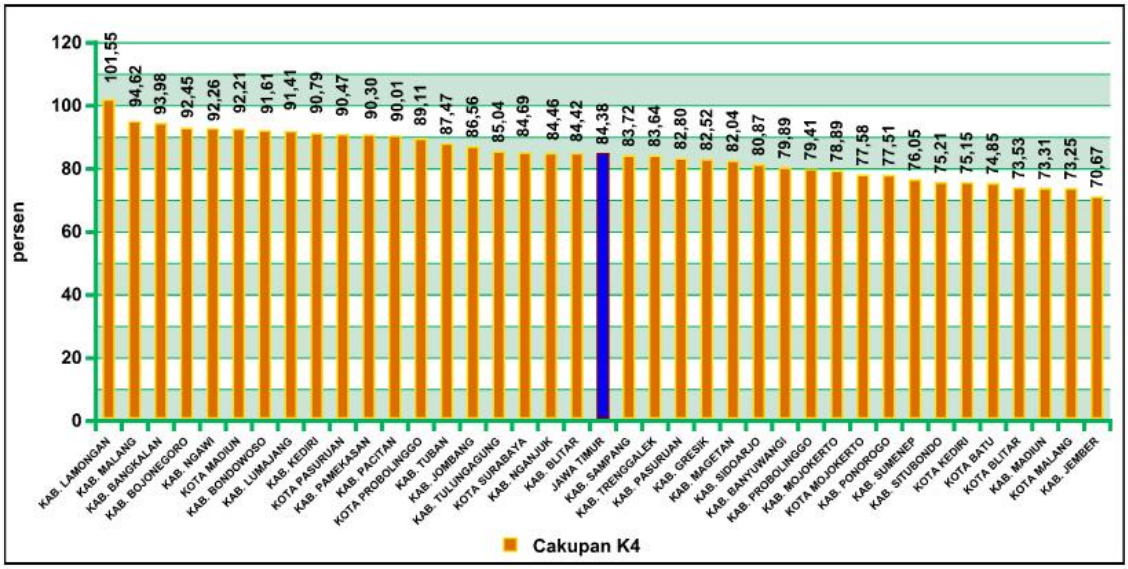


Sumber : Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
Seksi Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

IV.1.1.2 CAKUPAN PELAYANAN IBU HAMIL K4

Target Provinsi Jawa Timur untuk cakupan pelayanan ibu hamil K4 pada tahun 2012 adalah 92% dengan kondisi 28 kabupaten/kota masih di bawah target provinsi. Capaian cakupan K4 Provinsi Jawa Timur pada tahun 2012 adalah 84,38%. Kabupaten Jember memiliki capaian terendah yakni 70,67%, sedangkan Kabupaten Lamongan memiliki capaian tertinggi sebesar 101,55%. Cakupan K4 per kabupaten/kota dapat dilihat di *Lampiran Data Profil Kesehatan Tabel 28* atau gambar 4.2 di bawah ini.

Gambar 4.2 Cakupan Pelayanan Ibu Hamil K4
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

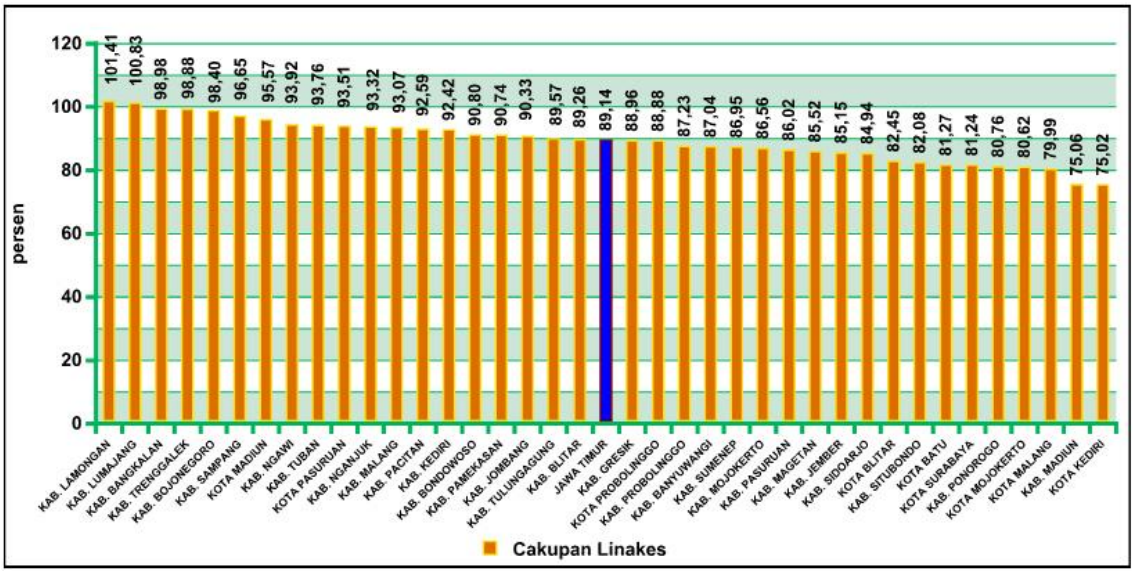


Sumber : Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
Seksi Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

IV.1.1.3 CAKUPAN PERTOLONGAN PERSALINAN OLEH TENAGA KESEHATAN

Cakupan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan (Linakes) pada tahun 2012 masih sangat memprihatinkan, karena hanya 7 (tujuh) kabupaten/kota yang mencapai target, yaitu Kabupaten Lamongan, Kabupaten Lumajang, Kabupaten Bangkalan, Kabupaten Trenggalek, Kabupaten Bojonegoro, Kabupaten Sampang dan Kota Madiun.

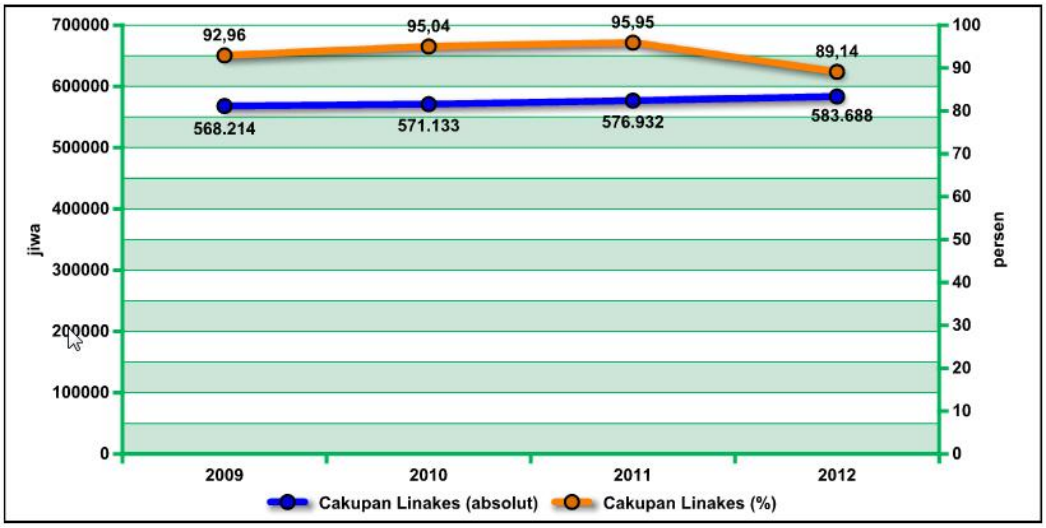
Gambar 4.3 Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012



Sumber : Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
Seksi Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Capaian cakupan Linakes untuk Provinsi Jawa Timur pada tahun 2012 adalah 89,14%. Angka ini di bawah target yang telah ditentukan, yakni 94%. Salah satu penyebab ketidaktercapaian target adalah karena perubahan sasaran Ibu Bersalin (Bulin) yang disesuaikan dengan data sasaran BPS Provinsi Jawa Timur. Namun, dari sisi angka absolut (jumlah) capaian Jawa Timur mengalami kenaikan dibandingkan tahun sebelumnya, seperti yang disajikan pada gambar 4.4.

Gambar 4.4 Perkembangan Cakupan (Persentase dan Jumlah)
Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan
Provinsi Jawa Timur Tahun 2009 – 2012

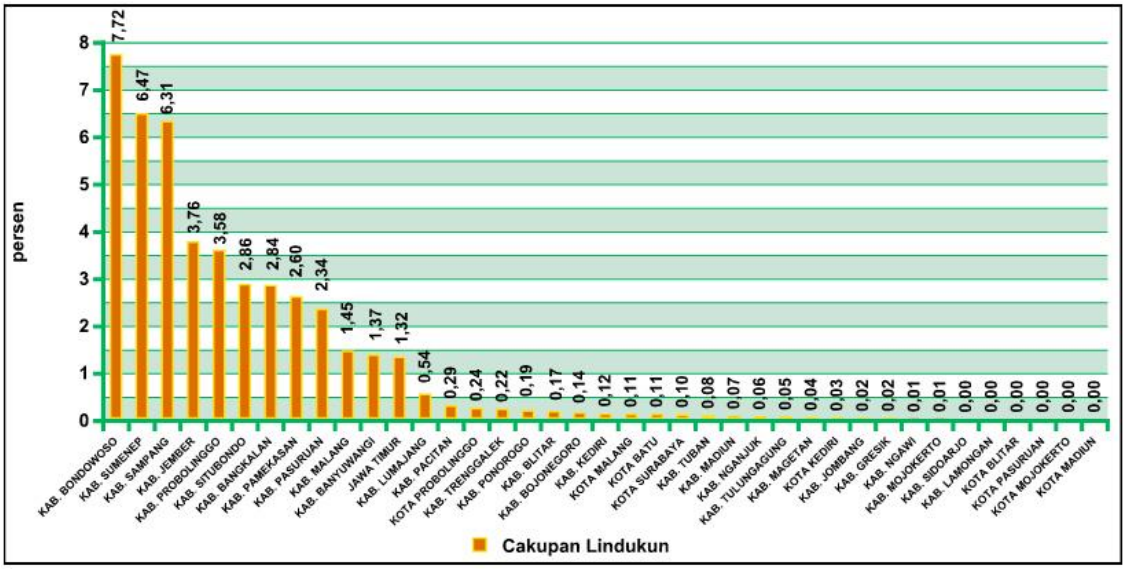


Sumber : Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
Seksi Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Di samping itu, cakupan Linakes juga dipengaruhi adanya Pertolongan Persalinan oleh Dukun (Lindukun) yang di beberapa kabupaten/kota masih terjadi. Sebagai perbandingan antara Persalinan oleh Tenaga Kesehatan (Linakes) dan Persalinan oleh Dukun (Lindukun), yakni pada gambar grafik 4.5 di bawah akan memperjelas gambaran Lindukun yang masih ada di beberapa kabupaten/kota.

Terdapat kejanggalan di 2 (dua) kabupaten, yaitu Kabupaten Bangkalan dan Kabupaten Sampang, dimana kedua kabupaten ini sudah mencapai target Linakes namun cakupan Lindukun masih cukup besar dengan kisaran 3 – 6 %. Keadaan ini dapat disebabkan karena akses pelayanan kurang baik, letak geografis serta jumlah dukun yang relatif masih banyak.

Gambar 4.5 Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Dukun
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012



Sumber : Laporan Tribulan (LB3) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
Seksi Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

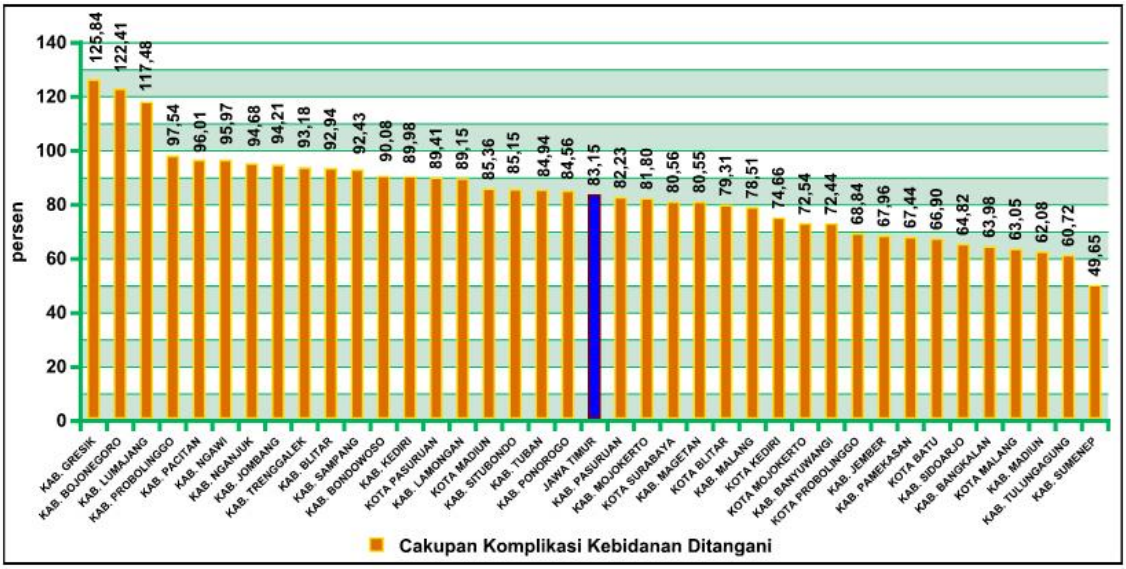
IV.1.1.4 CAKUPAN KOMPLIKASI KEBIDANAN DITANGANI

Berdasarkan data Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), 15 kabupaten/kota masih di bawah target Provinsi (80%). Untuk itu perlu penguatan Puskemas PONED agar cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani dapat mencapai target yang telah ditentukan. Kabupaten/kota yang belum memenuhi target pada umumnya karena kelengkapan tim PONED sudah tidak lengkap sehingga perlu dilakukan pelatihan untuk melengkapi tim PONED yang sudah tidak lengkap dimaksud. Sedangkan simulasi PONED perlu untuk segera dilakukan agar tetap dapat melakukan penanganan komplikasi kebidanan.

15 kabupaten/kota yang memiliki nilai cakupan di bawah target adalah Kabupaten Sumenep, Kabupaten Tulungagung, Kabupaten Madiun, Kota Malang, Kabupaten Bangkalan, Kabupaten Sidoarjo, Kota Batu, Kabupaten Pamekasan, Kabupaten Jember, Kota Probolinggo, Kabupaten Banyuwangi, Kota Mojokerto, Kota Kediri, Kabupaten Malang dan Kota Blitar.

Pada tahun 2012, angka Jawa Timur untuk cakupan komplikasi kebidanan ditangani mencapai 83,15%, dimana 19 kabupaten/kota di bawah angka provinsi dan 19 kabupaten/kota lainnya berada di atas angka provinsi. Kabupaten Gresik memiliki angka tertinggi, yakni 125,84% dan Kabupaten Sumenep memiliki angka terendah (49,65%).

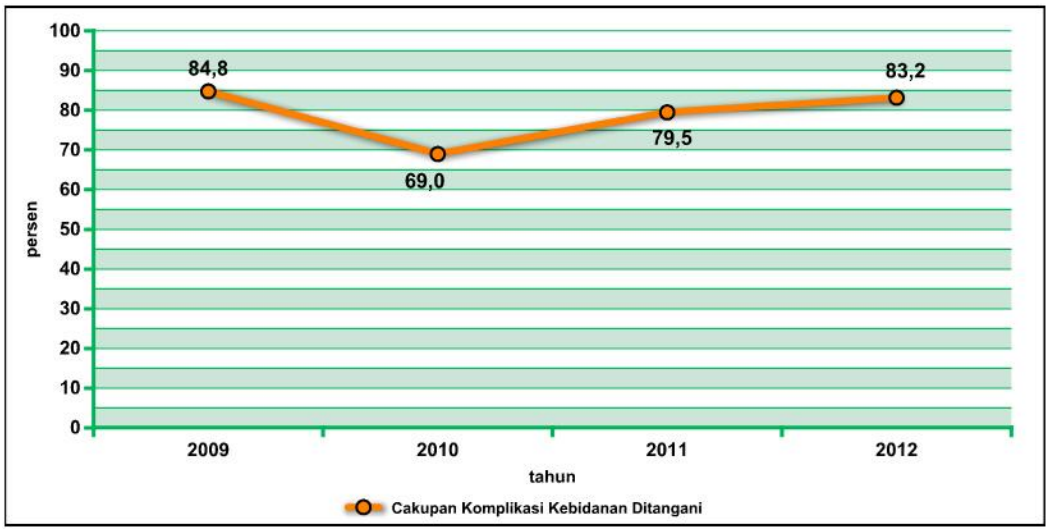
Gambar 4.6 Cakupan Komplikasi Kebidanan Ditangani
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012



Sumber : Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
Seksi Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Jika dilihat dari perkembangan cakupan komplikasi kebidanan ditangani dari tahun 2009 sampai dengan 2012, Jawa Timur mengalami kenaikan dan penurunan dikarenakan karena adanya perubahan definisi operasional (DO) dari maternal komplikasi ditangani menjadi komplikasi kebidanan ditangani, serta dikarenakan menurunnya fungsi Puskesmas PONED yang disebabkan karena adanya mutasi tim PONED atau promosi ke Puskesmas yang bukan PONED. Trend perkembangan cakupan komplikasi kebidanan ditangani disajikan pada gambar 4.7 di bawah ini.

Gambar 4.7 Perkembangan Cakupan Komplikasi Kebidanan Ditangani
Provinsi Jawa Timur Tahun 2009 – 2012



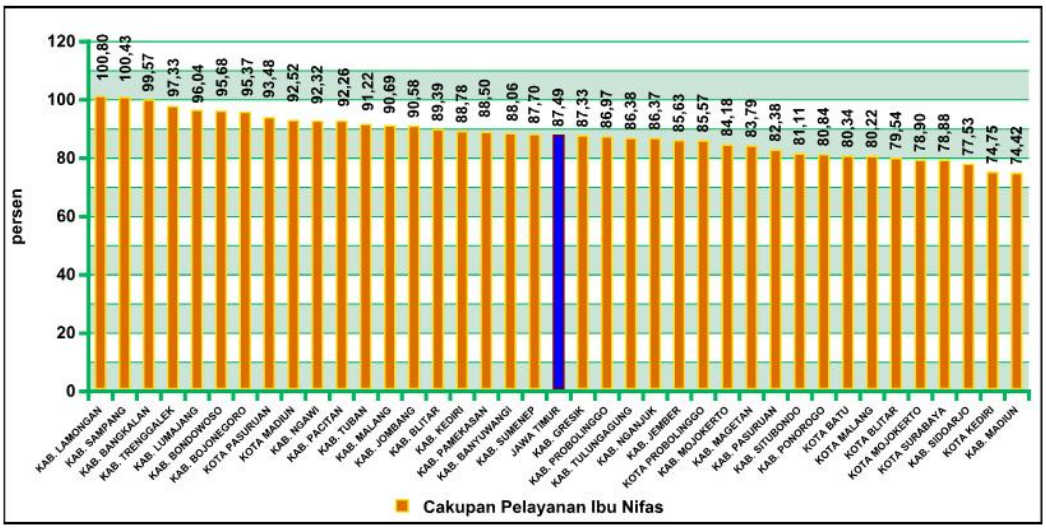
Sumber : Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
Seksi Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

IV.1.1.5 CAKUPAN PELAYANAN NIFAS

Pada tahun 2012, hanya 7 (tujuh) kabupaten/kota yang memiliki nilai cakupan di atas target provinsi, yakni sebesar 95%. Hal ini juga disebabkan adanya perubahan sasaran ibu nifas yang dikeluarkan oleh BPS Provinsi Jawa Timur di awal bulan Maret 2012, meski secara absolut (jumlah) cakupan meningkat. Angka cakupan pelayanan nifas untuk Provinsi Jawa Timur adalah 87,49%.

Upaya pelayanan pada ibu nifas perlu ditingkatkan, khususnya pemberian vitamin A pada kurun waktu 6 jam sampai dengan 3 hari. Cakupan pelayanan pada ibu nifas menurut kabupaten/kota tersaji pada gambar 4.8 di bawah ini.

Gambar 4.8 Cakupan Pelayanan Ibu Nifas
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

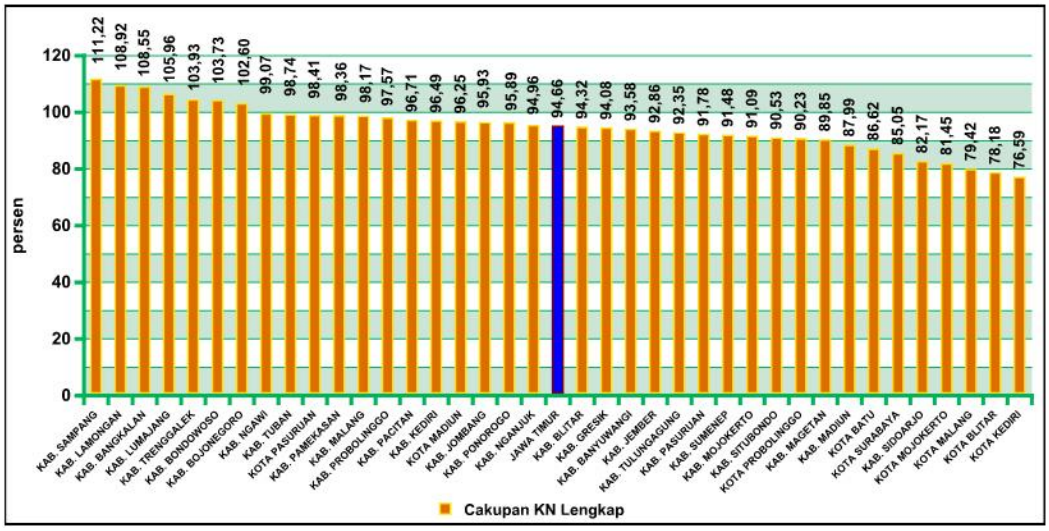


Sumber : Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
Seksi Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

IV.1.1.6 CAKUPAN KUNJUNGAN NEONATAL (KN) LENGKAP

Cakupan Kunjungan Neonatal (KN) Lengkap sebagai salah satu program Kesehatan Anak juga memiliki kasus yang sama dengan indikator-indikator program Kesehatan Ibu terkait perubahan sasaran. Perubahan sasaran bayi pada tahun 2012 berimplikasi terhadap menurunnnya cakupan KN Lengkap di beberapa kabupaten/kota. Dan dari 38 kabupaten/kota yang ada di Jawa Timur, hanya 8 kabupaten/kota yang memiliki nilai cakupan di atas target yang ditentukan (95%). Adapun angka cakupan KN Lengkap Provinsi Jawa Timur mencapai 94,66%. Cakupan KN Lengkap menurut kabupaten/kota tersaji pada gambar 4.9 di bawah ini.

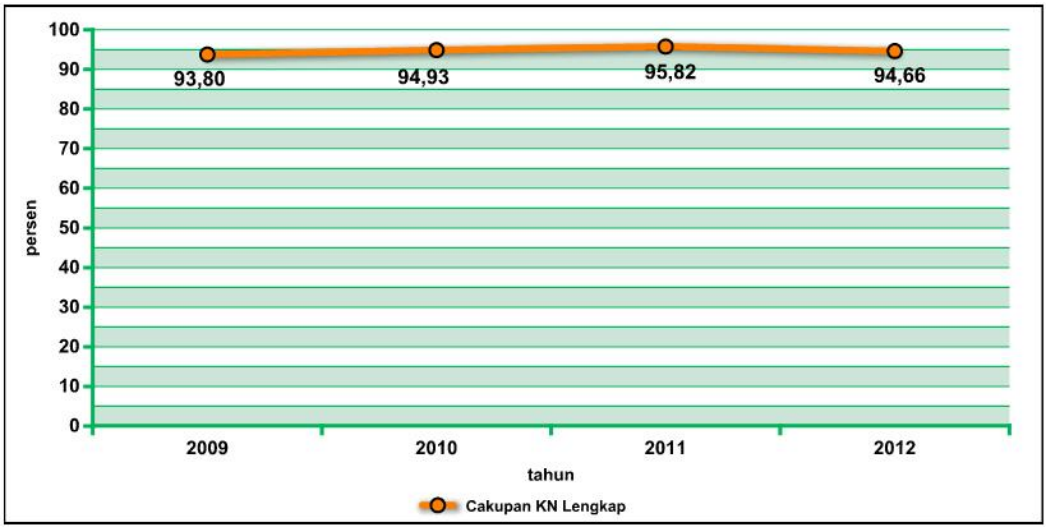
Gambar 4.9 Cakupan KN Lengkap
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012



Sumber : Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
Seksi Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Meskipun persentase cakupan pada tahun 2012 menurun, namun cakupan absolut (jumlah) KN Lengkap Provinsi Jawa Timur mengalami peningkatan tiap tahunnya. Trend cakupan KN Lengkap Provinsi Jawa Timur tersaji pada gambar 4.10 di bawah ini.

Gambar 4.10 Perkembangan Cakupan KN Lengkap
Provinsi Jawa Timur Tahun 2009 – 2012



Sumber : Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
Seksi Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

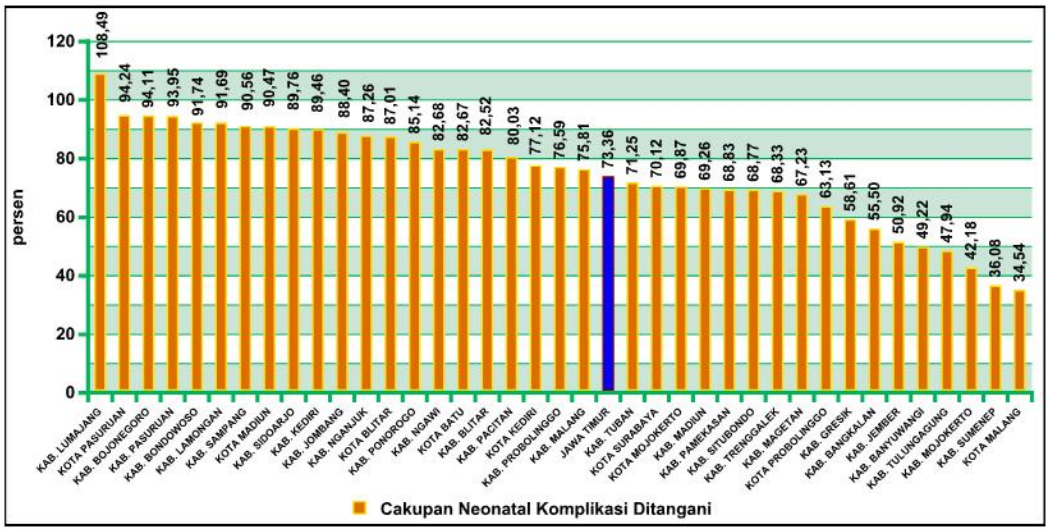
Pelayanan untuk neonatal yang berkualitas meliputi Inisiasi Menyusui Dini (IMD), pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, pemberian vitamin K1 injeksi apabila tidak diberikan pada saat lahir serta pemberian imunisasi Hepatitis B1. Selain itu, perlu dilakukan validasi secara mendalam untuk cakupan KN Lengkap, misalnya dengan pemeriksaan apakah bayi sudah mendapatkan vitamin A dalam waktu 24 jam dan

imunisasi TT sehingga neonatal mendapatkan pelayanan yang berkualitas seperti yang diharapkan.

IV.1.1.7 CAKUPAN NEONATAL KOMPLIKASI DITANGANI

Pada tahun 2012, terdapat 17 kabupaten/kota yang belum mencapai target, yakni sebesar 75%. Untuk itu, perlu dilakukan upaya untuk menvalidasi kembali fungsi Puskesmas PONED bagi 17 kabupaten/kota dimaksud. Hal ini, mengingat banyaknya Tim PONED yang sudah tidak lengkap karena mutasi atau promosi ke Puskesmas bukan PONED. Angka Provinsi Jawa Timur untuk cakupan neonatal komplikasi ditangani adalah 73,36%, dan cakupan menurut kabupaten/kota tersaji pada gambar 4.11 di bawah ini.

Gambar 4.11 Cakupan Neonatal Komplikasi Ditangani
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

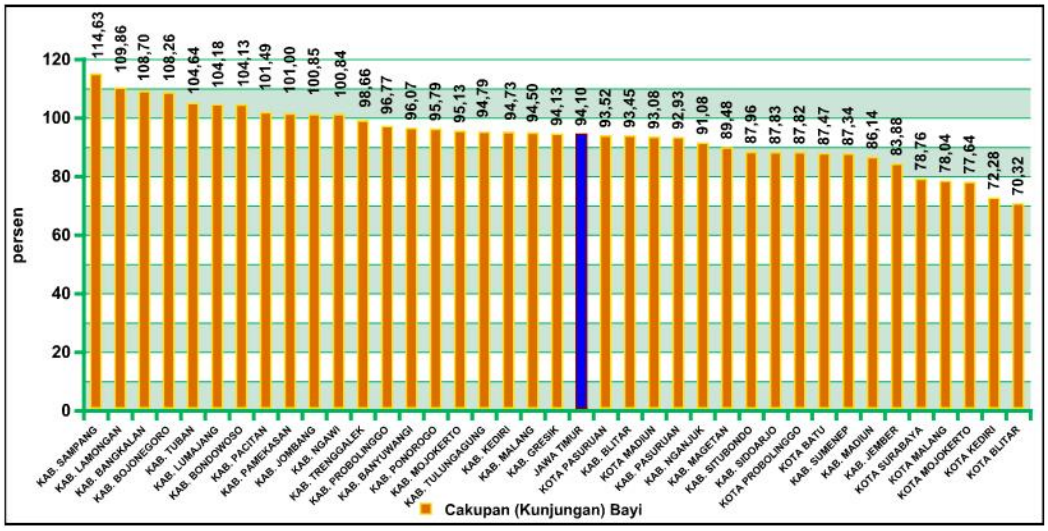


Sumber : Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
Seksi Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

IV.1.1.8 CAKUPAN (KUNJUNGAN) BAYI

Cakupan (kunjungan) bayi Provinsi Jawa Timur pada tahun 2012 mencapai 94,10%, dimana 12 kabupaten/kota belum mencapai target yang ditentukan, yakni 90%. Bagi kabupaten/kota yang belum mencapai target perlu dilakukan upaya peningkatan pelayanan yang berkualitas pada bayi paripurna yang sudah mendapatkan ASI Eksklusif, vitamin A serta pelayanan lainnya. Cakupan (kunjungan) bayi menurut kabupaten/kota tersaji pada gambar 4.12 di bawah ini.

Gambar 4.12 Cakupan (Kunjungan) Bayi
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

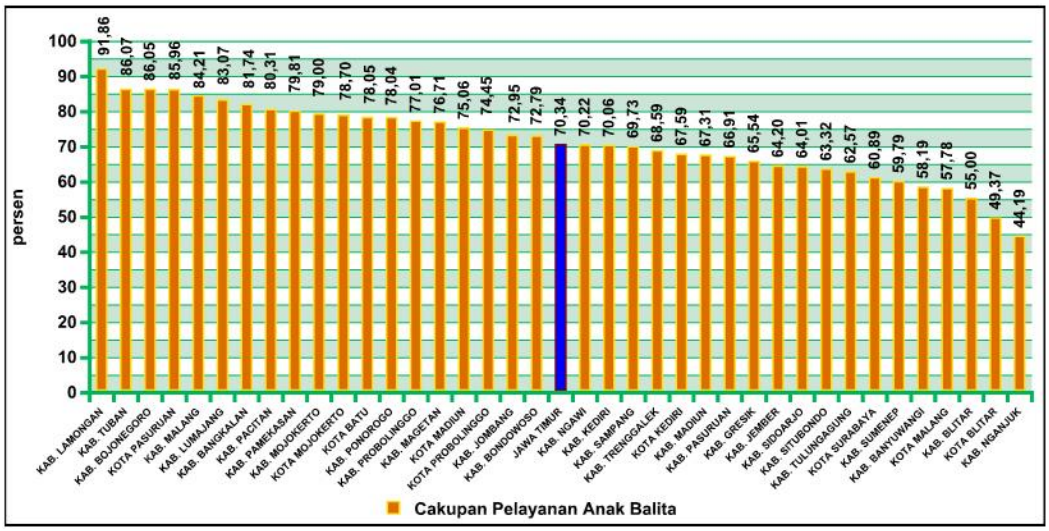


Sumber : Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
Seksi Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

IV.1.1.9 CAKUPAN PELAYANAN ANAK BALITA

Dari 38 kabupaten/kota se Jawa Timur, hanya 6 (enam) kabupaten/kota yang mencapai target 83%. Begitu juga dengan angka capaian cakupan Provinsi Jawa Timur (70,34%) yang masih di bawah target yang telah ditentukan. Angka cakupan menurut kabupaten/kota dapat dilihat pada gambar 4.13 di bawah ini.

Gambar 4.13 Cakupan Pelayanan Anak Balita
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012



Sumber : Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
Seksi Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

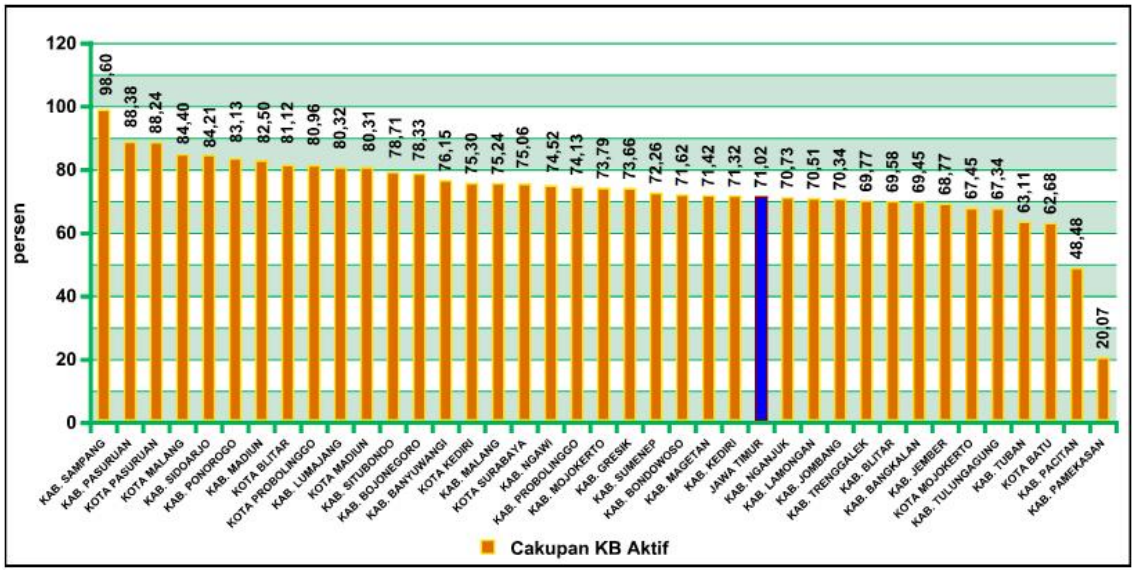
Bagi kabupaten/kota yang belum mencapai target perlu untuk meningkatkan cakupan pelayanan anak balita dengan pelayanan paripurna, yakni salah satu pelayanannya adalah sudah di-Stimulasi Dini Intervensi Deteksi Tumbuh Kembang (SDIDTK) sebanyak 2 (dua) kali, mendapatkan vitamin A serta pelayanan berkualitas lainnya pada anak balita. Petugas diharapkan tetap memantau anak balita di Pendidikan Anak Usaha Dini (PAUD) dan mencatat di kohort anak balita.

IV.1.2 PELAYANAN KELUARGA BERENCANA (KB)

Cakupan peserta KB Aktif pada 8 (delapan) kabupaten/kota masih di bawah target provinsi (69%), hal ini dikarenakan antara lain :

- perbedaan angka Pasangan Usia Subur (PUS) antara provinsi dan kabupaten/kota yang mana PUS ini merupakan denominator cakupan KB Aktif,
- pemahaman definisi operasional indikator KB masih kurang sehingga mempengaruhi hasil cakupan peserta KB Aktif,
- dukungan dana dari APBD untuk kegiatan KB masih kecil bahkan tidak ada,
- kurangnya tenaga yang menangani KB,
- pasokan alat kontrasepsi yang tidak merata,
- sistem pencatatan dan pelaporan KB di kabupaten/kota masih lemah,
- belum semua petugas memiliki kompetensi dalam konseling maupun pelayanan KB

Gambar 4.14 Cakupan Peserta KB Aktif
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

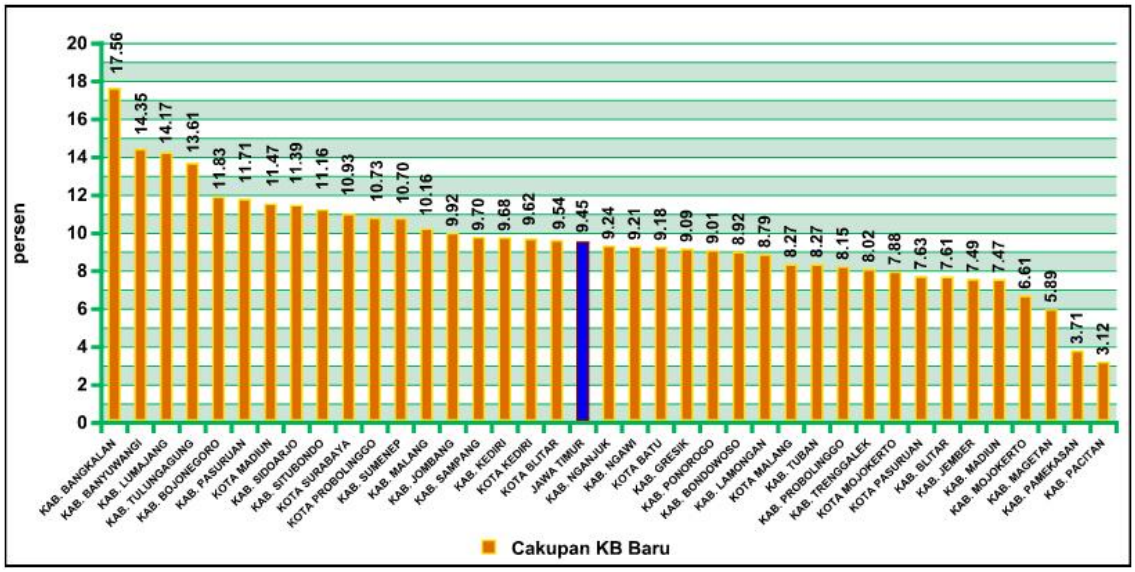


Sumber : Laporan Kabupaten/Kota Program Kesehatan Reproduksi
Seksi Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Sedangkan untuk cakupan peserta KB Baru tidak memiliki target, namun diharapkan dari tahun ke tahun hasil capaian terjadi peningkatan. Beberapa kabupaten/kota justru mengalami penurunan yang disebabkan antara lain :

- cakupan peserta KB Baru sangat tergantung pada keberadaan Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) di lapangan dalam mendorong Pasangan Usia Subur (PUS) untuk ber-KB, sementara jumlah PLKB berkurang dan bahkan tidak ada karena otonomi daerah sangat berpengaruh pada instansi yang menggerakkan peserta KB Baru.
- Belum ada keharusan untuk ibu hamil yang menggunakan Jaminan Persalinan (Jampersal) untuk mengikuti KB pasca persalinan.

Gambar 4.15 Cakupan Peserta KB Baru
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012



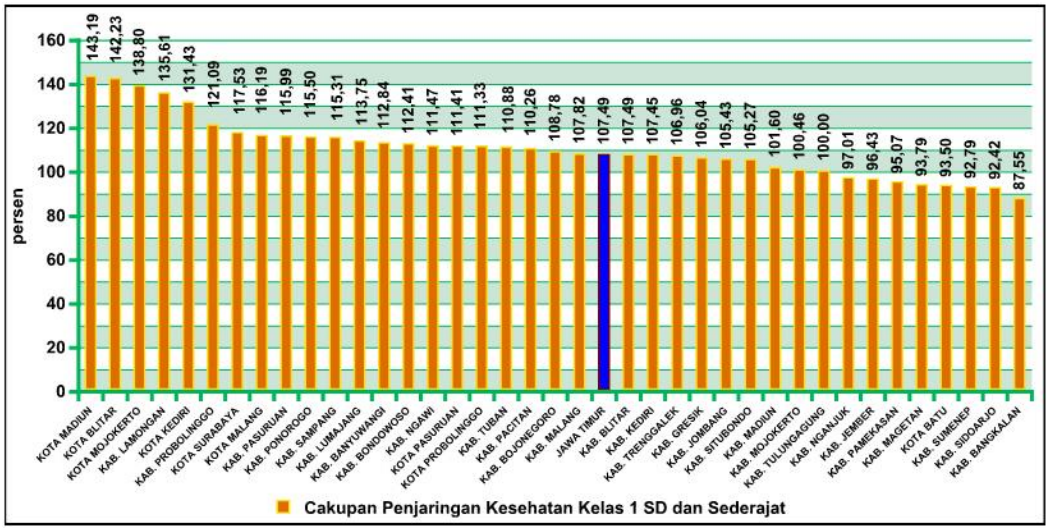
Sumber : Laporan Kabupaten/Kota Program Kesehatan Reproduksi
Seksi Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

IV.1.4 PENJARINGAN KESEHATAN KELAS 1 SD DAN SEDERAJAT

Program kesehatan anak usia sekolah, khususnya pada penjaringan kesehatan SD dan sederajat terdapat 30 kabupaten/kota yang mencapai target provinsi, yakni sebesar 100%. Kabupaten/kota dimaksud telah melaksanakan pemeriksaan penjaringan kesehatan siswa SD dan setingkat oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih atau guru Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) atau dokter kecil. Salah satu penyebab tidak tercapainya target bagi 8 kabupaten/kota di Jawa Timur adalah karena pengelola kesehatan anak usia sekolah atau UKS di kabupaten/kota ataupun di Puskesmas sering diganti/dimutasi, serta karena sistem pencatatan dan pelaporan program kesehatan anak usia sekolah secara berjenjang belum berjalan optimal.

Kota Madiun memiliki angka cakupan tertinggi (143,19%) dan Kabupaten Bangkalan memiliki angka cakupan terendah (87,55%). Berikut ini gambaran cakupan penjaringan kesehatan kelas 1 SD dan sederajat menurut kabupaten/kota tahun 2012.

Gambar 4.16 Cakupan Penjaringan Kesehatan Kelas 1 SD dan Sederajat
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012



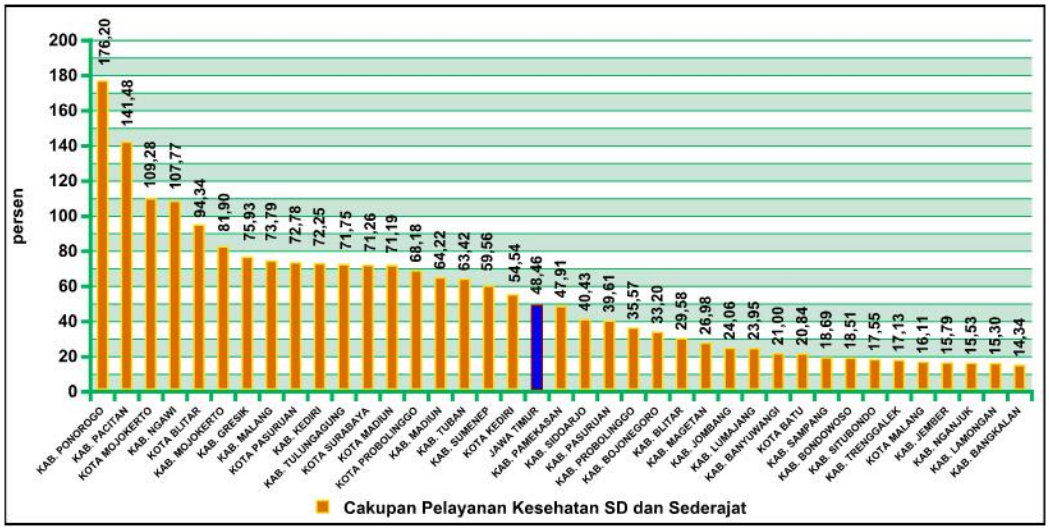
Sumber : Laporan Kabupaten/Kota Program Kesehatan Anak, Remaja dan Usia Lanjut
Seksi Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

IV.1.5 CAKUPAN PELAYANAN KESEHATAN ANAK SD DAN SEDERAJAT

Program kesehatan anak usia sekolah pada pelayanan anak SD dan sederajat terdapat 20 kabupaten/kota yang memiliki angka cakupan di bawah cakupan provinsi, (yakni sebesar 48,46%). Hal ini disebabkan karena program kesehatan anak usia sekolah pada pelayanan kesehatan (pemeriksaan kesehatan berkala) pada siswa SD dan sederajat masih belum menjadi prioritas sehingga belum atau tidak adanya anggaran untuk kegiatan dimaksud. Serta juga dikarenakan sering adanya mutasi bagi pengelola program kesehatan anak usia sekolah / UKS di kabupaten/kota dan Puskesmas.

Kabupaten Ponorogo memiliki angka cakupan tertinggi (176,20%) dan Kabupaten Bangkalan memiliki angka cakupan terendah (14,34%). Berikut ini gambaran cakupan pelayanan kesehatan anak SD dan sederajat menurut kabupaten/kota tahun 2012.

Gambar 4.17 Cakupan Pelayanan Kesehatan Anak SD dan Sederajat
Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012



Sumber : Laporan Kabupaten/Kota Program Kesehatan Anak, Remaja dan Usia Lanjut
Seksi Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

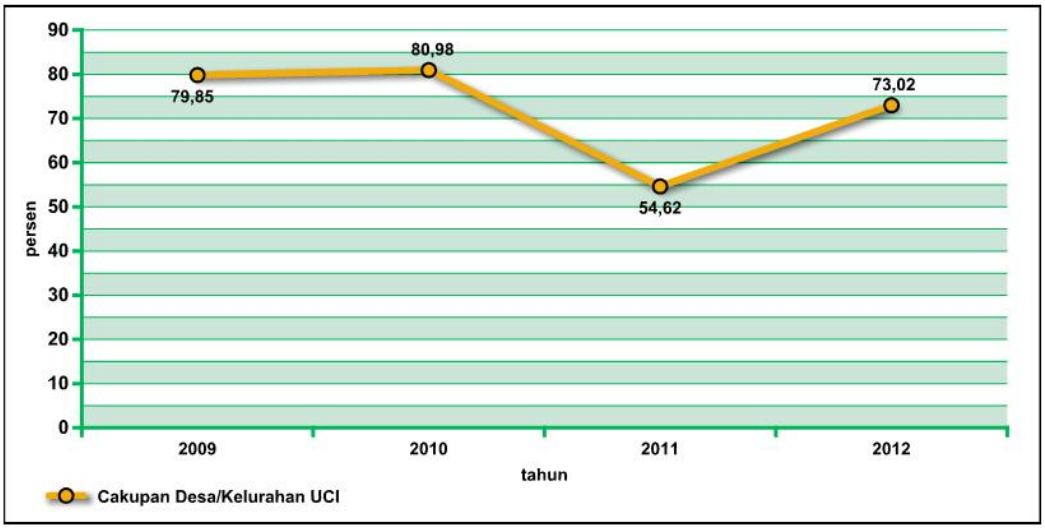
IV.1.6 PELAYANAN IMUNISASI

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, yakni BCG 1 (satu) kali, DPT 3 (tiga) kali, HB 3 (tiga) kali, Polio 4 (empat) kali dan Campak 1 (satu) kali. Adapun sasaran program imunisasi ádalah bayi (0-11 bulan), ibu hamil, Wanita Usia Subur (WUS) dan murid SD. Upaya peningkatan kualitas imunisasi dilaksanakan melalui kampanye, peningkatan skill petugas imunisasi, kualitas penyimpanan vaksin dan sweeping sasaran.

Cakupan desa/kelurahan UCI di Jawa Timur tahun 2012 sebesar 73,02%. Angka ini mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2011 (yakni 54,62%). Adapun trend capaian cakupan desa/kelurahan UCI dari tahun 2009 sampai dengan tahun 2012 disajikan pada gambar 4.18 di bawah ini.

Gambar 4.18 Perkembangan Cakupan Desa/Kelurahan UCI
Provinsi Jawa Timur Tahun 2009 – 2012

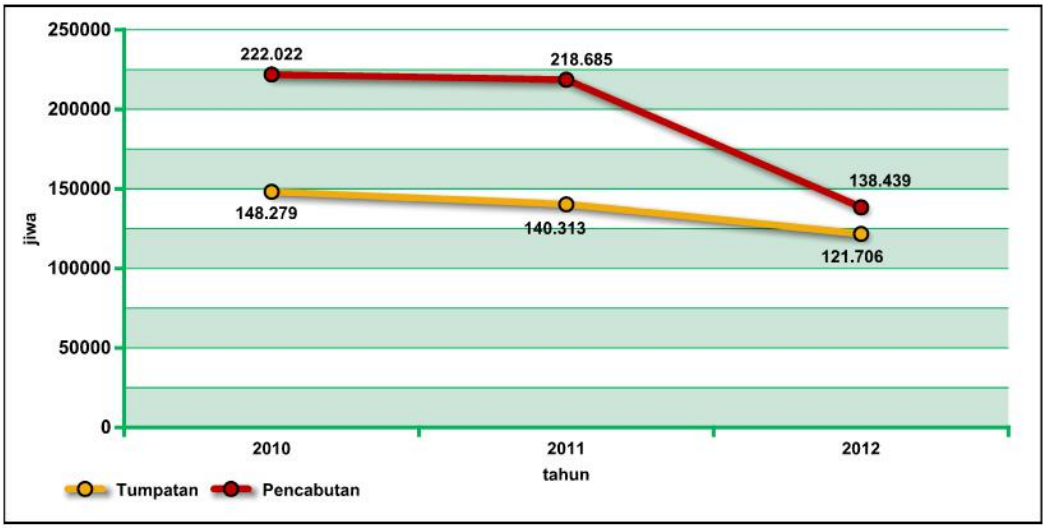


Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2009 – 2012
Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

IV.1.7 PELAYANAN KESEHATAN GIGI DAN MULUT

Kesadaran anak sekolah SD/MI dengan pemantauan melalui program Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) terhadap kesehatan gigi semakin baik dari tahun 2011 ke 2012. Hal ini ditunjukan dengan penurunan angka tumpatan gigi tetap tahun 2011 sebesar 140.313 anak menjadi 121.706 anak pada tahun 2012. Sedangkan angka pencabutan gigi tetap juga mengalami penurunan angka yakni pada tahun 2011 sebesar 218.685 anak dan tahun 2012 sebesar 138.439 anak.

Gambar 4.19 Hasil Program Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut
Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 – 2012

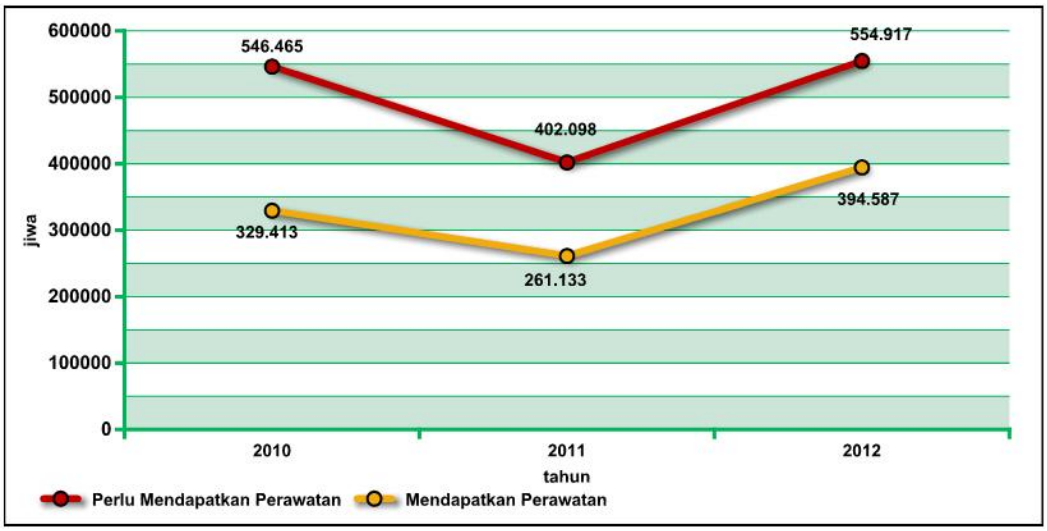


Sumber : Seksi Kesehatan Dasar dan Penunjang, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Dengan demikian rasio pencabutan gigi tetap terhadap tumpatan gigi tetap mengalami penurunan sebesar 0,88% dari tahun 2011 dan 2012. Kondisi ini menggambarkan bahwa masyarakat semakin sadar bahwa mempertahankan gigi lebih utama dari pada pencabutan, sehingga mempengaruhi usia harapan hidup manusia. Perbandingan hasil program pelayanan kesehatan gigi dan mulut pada tahun 2010 sampai dengan 2012 disajikan pada gambar 4.19 di atas.

Sedangkan pemeriksaan gigi terhadap anak SD/MI untuk memerlukan tindakan perawatan gigi juga mengalami kenaikan dari tahun 2011 ke 2012. Pada tahun 2011 anak yang memerlukan perawatan gigi sebanyak 402.098 anak, sedangkan pada tahun 2012 sebanyak 554.917 anak. Artinya jumlah anak yang memerlukan perawatan mengalami kenaikan sebesar 152.819 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. Pada tahun 2011 data yang mendapatkan perawatan sebesar 261.133 anak terhadap yang memerlukan perawatan sebanyak 402.098 anak, sedangkan untuk tahun 2012 yang mendapatkan perawatan sebesar 394.587 anak terhadap yang perlu perawatan sebesar 554.917 anak. Hal ini disebabkan masih rendahnya tingkat kesadaran orang tua terhadap kesehatan gigi anak dan adanya ketakutan dari anak terhadap alat kesehatan gigi. Perkembangan hasil perawatan gigi dibandingkan dengan yang memerlukan perawatan di Provinsi Jawa Timur kurun waktu 2010 sampai dengan tahun 2012 disajikan pada gambar 4.20 di bawah ini.

Gambar 4.20 Hasil Program UKGS (Perawatan Gigi)
Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 – 2012



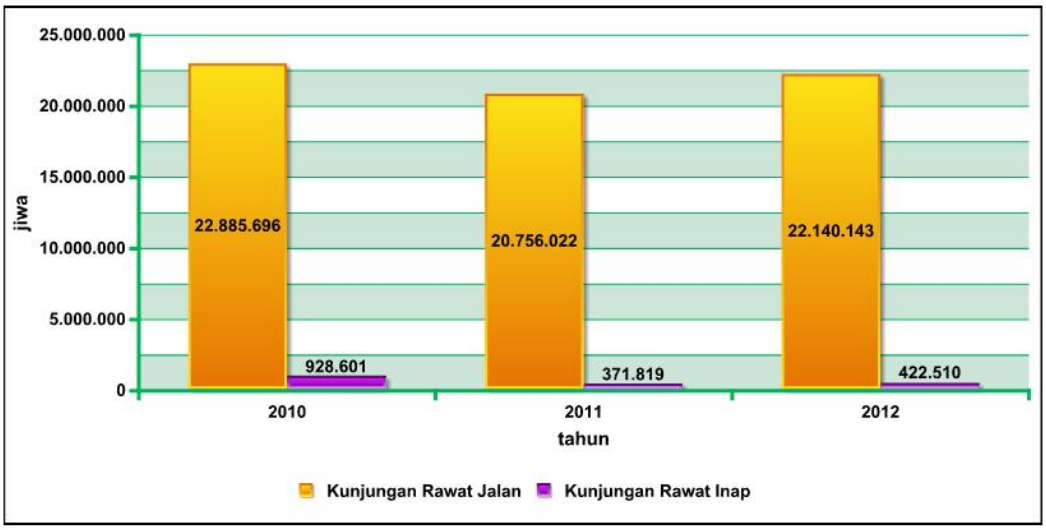
Sumber : Seksi Kesehatan Dasar dan Penunjang,
Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

IV.1.8 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 2011 jumlah masyarakat yang telah memanfaatkan pelayanan Puskesmas sebanyak 20.756.022 orang rawat jalan dan 371.819 orang rawat inap. Sedangkan pada tahun 2012 jumlah masyarakat yang telah memanfaatkan pelayanan Puskesmas sebanyak 22.140.143 orang rawat jalan dan 422.510 orang rawat inap. Angka perbandingan pemanfaatan Puskesmas oleh masyarakat dalam mencari pertolongan kesehatan pada tahun 2010 sampai dengan 2012 terlihat pada gambar di bawah ini.

Gambar 4.21 Jumlah Kunjungan Rawat Jalan dan Rawat Inap di Puskesmas di Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 – 2012



Sumber : Seksi Kesehatan Dasar dan Penunjang, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Berdasarkan angka dan gambar di atas, menyebutkan bahwa terjadinya kenaikan kunjungan rawat jalan maupun rawat inap ke Puskesmas, dari tahun 2011 ke 2012 adalah kunjungan rawat jalan sebesar 1.384.122 jiwa dan kunjungan rawat inap sebesar 50.691 jiwa. Hal ini menunjukan bahwa keberadaan Puskesmas masih sangat dibutuhkan oleh masyarakat, baik yang memerlukan pelayanan rawat jalan maupun bagi masyarakat yang memerlukan rawat inap. Selain hal tersebut, Puskesmas juga semakin memberikan pelayanan yang berkualitas, antara lain dengan memenuhi standar input, proses maupun output. Standar input yang harus ada di Puskesmas adalah SDM yang mempunyai

kompetensi, sarana prasarana yang memenuhi standar serta sistem manajemen yang memenuhi standar. Sedangkan standar proses adalah setiap pelayanan harus mempunyai SOP di masing-masing pelayanan. Standar outputnya adalah hasil capaian kinerja dari 6 (enam) upaya program pokok dan upaya pengembangan. Hal tersebut dapat memberikan kepercayaan bagi masyarakat untuk berkunjung ke Puskesmas.

IV.2 PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN DAN KHUSUS

Rumah Sakit merupakan salah satu penyelenggara pelayanan kesehatan dan berfungsi sebagai sarana pelayanan kesehatan rujukan dari Puskesmas dan jaringannya. Oleh karena itu, rumah sakit perlu memperhatikan mutu dan kualitas pelayanan kesehatannya. Jumlah rumah sakit berdasarkan kepemilikannya bisa dilihat di Bab V Situasi Sumber Daya Kesehatan. Mutu pelayanan rumah sakit di antaranya dapat dilihat dari aspek-aspek penyelenggaraan pelayanan gawat darurat, aspek efisiensi dan efektifitas pelayanan dan keselamatan pasien. Jumlah pelayanan gawat darurat level satu rumah sakit di seluruh Jawa Timur terbagi dalam :

- Dari 236 Rumah Sakit Umum (RSU) yang memiliki pelayanan Gadar level I sebanyak 212 rumah sakit (89,83%),
- Dari 108 Rumah Sakit Khusus (RSK) yang memiliki pelayanan Gadar Level I sebanyak 51 Rumah Sakit (47,22%).

Dari persentase di atas bisa dilihat belum semua rumah sakit di Jawa Timur memiliki layanan gawat darurat level satu. Dari 344 rumah sakit yang mempunyai layanan gawat darurat level satu sebanyak 263 atau 76,45%. Selama periode tahun 2011-2012 jumlah tempat tidur (TT) semakin meningkat, sehingga diharapkan bisa menampung kebutuhan TT rawat inap seluruh daerah di Jawa Timur. Kapasitas tidur yang mencukupi akan menunjang mutu pelayanan. Jumlah tempat tidur (TT) yang tersebar di seluruh rumah sakit di Jawa Timur sebanyak 33.351 TT.

Dalam kurun tahun 2010-2012, rumah sakit di Jawa Timur mengalami peningkatan dalam hal rata-rata pemanfaatan tempat tidur. Pada tahun 2011 rata-rata nilai Bed Occupancy Rate (BOR) Jawa Timur adalah sebesar 64%, dan tahun 2012 rata-rata BOR Jawa Timur sebesar 70,27%. Selain itu, untuk rata-rata lama hari perawatan / Length of Stay (LOS) Jawa Timur pada tahun 2011 adalah 3,9 hari, dan tahun 2012 mengalami peningkatan menjadi adalah 4 hari. Berikut adalah nilai indikator pemakaian tempat tidur dari rumah sakit di Provinsi Jawa Timur.

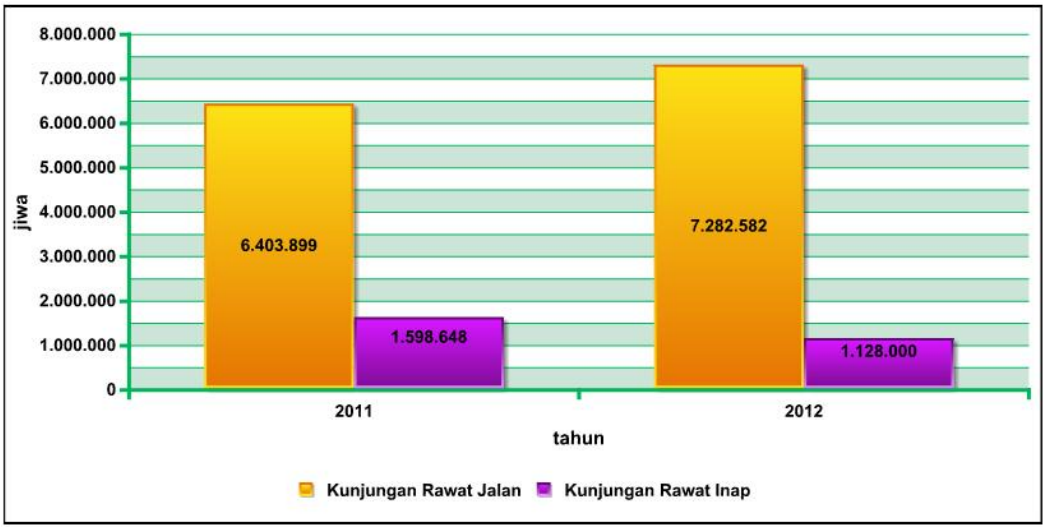
Tabel 4.1 Nilai Indikator Pemakaian Tempat Tidur Rumah Sakit
di Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 – 2012

Indikator	2010	2011	2012	Standar Kementerian Kesehatan RI
BOR	58,19%	64%	70,27%	60-85%
BTO	54,44 kali	48,6 kali	48 kali	40-50 kali
TOI	2,24 hari	4,27 hari	3,6 hari	1-3 hari
ALOS	4,43 hari	3,9 hari	4 hari	6-9 hari
NDR	16,16	22,38	21	kurang dari 25/1000 penderita keluar
GDR	30,81	33,17	39,7	tidak lebih dari 45/1000 penderita keluar

Sumber :
Seksi Kesehatan Rujukan dan Khusus, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

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 2012 jika dibandingkan tahun 2011. Jumlah kunjungan pasien rawat jalan di rumah sakit pada tahun 2012 adalah 7.282.582 jiwa yang mengalami peningkatan dibanding tahun 2011 yaitu 6.403.899 jiwa. Sedang kunjungan pasien rawat inap tahun 2011 sebanyak 1.598.648 jiwa sedang tahun 2012 sebanyak 1.128.000 jiwa (berdasarkan Validasi Data RS per Maret 2013).

Gambar 4.22 Jumlah Kunjungan Rawat Jalan dan Rawat Inap di Rumah Sakit
di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011 dan 2012



Sumber : Seksi Kesehatan Rujukan dan Khusus, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

IV.3 KETERSEDIAAN OBAT

Tingkat ketersediaan obat yang diukur sebanyak 34 item obat (*tidak semua item obat yang ada di pelayanan kesehatan*). 34 item obat tersebut yang diperkirakan bisa mewakili, yang merupakan obat *emergency*, *fast moving*, penunjang utama dan *life saving*, serta yang wajib tersedia untuk beberapa penyakit menular.

Dari hasil perhitungan yang dilakukan terhadap *Lampiran Data Profil Kesehatan Tabel 69*, dikelompokkan persentase ketersediaan obat sebagai berikut :

- 3 kabupaten/kota (7,89%) dengan ketersediaan obat 70% - 79,9%, meliputi Kabupaten Kediri, Kabupaten Malang dan Kota Kediri;
- 3 kabupaten/kota (7,89%) dengan ketersediaan obat 80% - 89,9%, meliputi Kabupaten Trenggalek, Kabupaten Probolinggo dan Kabupaten Sampang;
- 15 kabupaten/kota (39,47%) dengan ketersediaan obat 90% - 99,9%, meliputi Kabupaten Tulungagung, Kabupaten Lumajang, Kabupaten Jember, Kabupaten Banyuwangi, Kabupaten Bondowoso, Kabupaten Jombang, Kabupaten Nganjuk, Kabupaten Madiun, Kabupaten Magetan, Kabupaten Tuban, Kabupaten Bangkalan, Kota Blitar, Kota Malang, Kota Surabaya dan Kota Batu;
- 17 kabupaten/kota (44,74%) dengan 100% ketersediaan obat, meliputi Kabupaten Pacitan, Kabupaten Ponorogo, Kabupaten Blitar, Kabupaten Situbondo, Kabupaten Pasuruan, Kabupaten Sidoarjo, Kabupaten Mojokerto, Kabupaten Ngawi, Kabupaten Bojonegoro, Kabupaten Lamongan, Kabupaten Gresik, Kabupaten Pamekasan, Kabupaten Sumenep, Kota Probolinggo, Kota Pasuruan, Kota Mojokerto dan Kota Madiun.

Persentase ketersediaan obat secara regional Jawa Timur rata-rata mencapai 94,81%, yang berarti bahwa dari 34 item obat dapat terpenuhi 94,81% dengan penyebaran seperti yang tersebut di atas. Tingkat ketersediaan obat menurut jenis obat dapat dilihat pada *Lampiran Data Profil Kesehatan Tabel 69.*

Perhitungan persentase ketersediaan dihitung dari jumlah item obat yang terpenuhi selama 12 bulan atau lebih dibandingkan total item yang dihitung (34 item). Apabila dilihat dari penyediaan obat yang menggunakan perhitungan 18 bulan yang terdiri dari perhitungan kebutuhan obat dalam 1 tahun (12 bulan) ditambah penyangga (6 bulan) seharusnya semua kabupaten/kota mempunyai tingkat kecukupan 100%, akan tetapi beberapa kabupaten masih sekitar 75%, kemungkinan data stok obat yang dimasukkan bukan data stok obat yang tersedia tetapi data sisa stok obat tahun 2012 untuk memprediksi kecukupan tahun 2013, sebelum obat diadakan pada tahun tersebut atau

kemungkinan karena kondisi fluktuasi penyakit, geografis dan pola kebiasaan sehari-hari penduduk.

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

IV.4 KEJADIAN LUAR BIASA (KLB) DAN KERACUNAN

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

Kejadian KLB penyakit dan keracunan di Jawa Timur masih sangat tinggi dari tahun ke tahun. Pada tahun 2012, jumlah kejadian KLB mencapai 1.066 kejadian dengan 2.587 kasus. Distribusi KLB menurut jenis kejadian, jenis kasus dan *Case Fatality Rate* (CFR) disajikan pada tabel di bawah ini.

Tabel 4.2 Distribusi KLB Menurut Jenis Kejadian, Jenis Kasus dan CFR
Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

No	Jenis Kejadian	Kejadian		Kasus		CFR (%)
		Jumlah	%	Jumlah	Meninggal	
1.	Campak	18	1,69	191	0	0,00
2.	Chikungunya	2	0,19	38	0	0,00
3	DBD	8	0,75	18	8	44,44
4	Diare	12	1,13	131	6	4,58
5	Difteri	913	85,65	955	37	3,87
6	Hepatitis	2	0,19	38	0	0,00
7	Keracunan	60	5,63	1.106	3	0,27
8	Leptospirosis	6	0,56	10	2	20,00
9	Malaria	5	0,47	24	0	0,00
10	Pertusis	4	0,38	4	0	0,00
11	S. Cholera	1	0,09	6	2	33,33
12	S. Flu Burung	1	0,09	5	0	0,00

13	Meningitis	1	0,09	1	0	0,00
14	Flu Singapura	3	0,28	30	0	0,00
15	TN	30	2,81	30	12	40,00
	Jumlah	1.066	100,00	2.587	70	

Sumber :
Seksi Pencegahan, Pengamatan Penyakit dan Penanggulangan Masalah Kesehatan (P4MK),
Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

IV.5 PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT

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.

IV.5.1 KURANG ENERGI DAN PROTEIN (KEP)

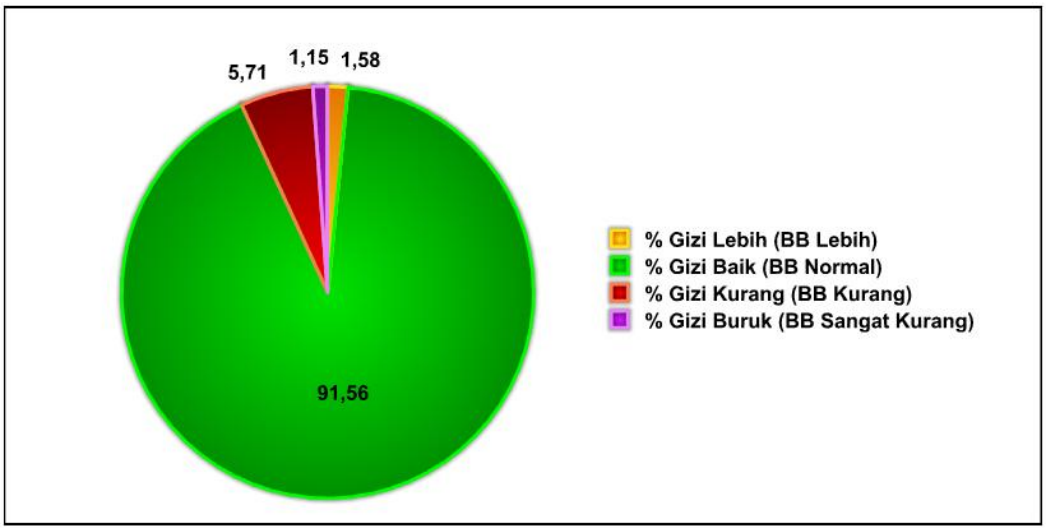
Kurang Energi dan Protein (KEP) merupakan salah satu jenis gangguan kekurangan zat gizi, terutama zat gizi makro yang dapat memberikan gambaran tentang status gizi masyarakat. Status gizi masyarakat, pada umumnya dapat dilihat dari status gizi balita. Ada beberapa indikator yang dapat digunakan dalam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

IV.5.1.1 ANGKA STATUS GIZI BALITA BERDASARKAN BB/U

Gambaran status gizi balita berdasarkan Berat Badan menurut Umur (BB/U) di Jawa Timur Tahun 2012, dapat dilihat pada gambar 4.23 berikut ini. Dari gambar, diketahui bahwa berdasarkan indikator BB/U, persentase balita Gizi Buruk (BB Sangat Kurang) sebesar 1,15% dan persentase balita Gizi Kurang sebesar 5,71%, sehingga persentase balita kurang gizi (Gizi Kurang + Gizi Buruk) sebesar 6,86%. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada *Lampiran Data Profil Kesehatan Tabel 27*. Jika dibandingkan dengan target MDGs tahun 2014 sebesar 3.6%, maka angka prevalensi gizi buruk di Jawa Timur sudah

cukup aman (1,15%). Akan tetapi harus ditekankan bahwa semua kabupaten/kota yang ada harus tetap waspada dan terus mempertahankan agar prevalensi gizi buruknya tidak naik bahkan diupayakan agar semaksimal mungkin untuk berupaya menguranginya.

Gambar 4.23 Prevalensi Angka Kurang Energi dan Protein (KEP)
Provinsi Jawa Timur Tahun 2012



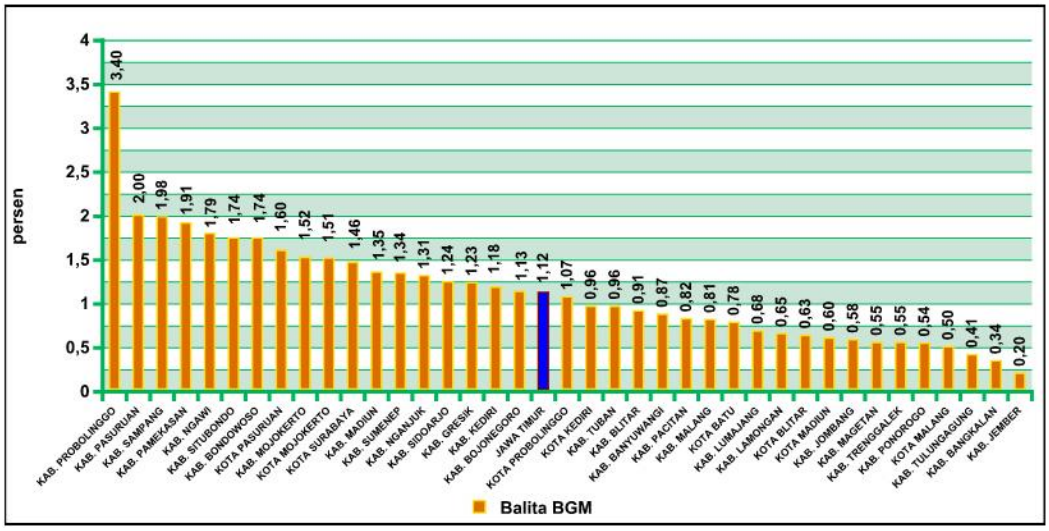
Sumber : Seksi Gizi, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

IV.5.1.2 ANGKA BALITA BAWAH GARIS MERAH (BGM)

Jika dilihat dari data balita BGM (Bawah Garis Merah) dibanding dengan balita yang ditimbang (D), tahun 2012 di Jawa Timur (*Lampiran Data Profil Kesehatan Tabel 44*) angkanya sebesar 25.182 balita (1,12%). Dibandingkan dengan persentase BGM pada 2 (dua) tahun sebelumnya, yakni tahun 2010 sebesar 44.449 balita (2,13%) dan tahun 2011 sebesar 30.449 balita (1,36%), maka terjadi penurunan secara berturut-turut, yaitu sebesar 1,01% tahun 2011 dan 0,24% pada tahun 2012. Untuk mengetahui data BGM/D menurut kabupaten/kota, dapat dilihat pada gambar 4.24 di bawah ini.

Penurunan ini menunjukkan bahwa upaya-upaya penanggulangan KEP yang dilakukan di Jawa Timur menunjukkan hasil yang cukup menggembirakan. Upaya tersebut antara lain berupa : Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI), Pemberian Makanan Tambahan-Pemulihan (PMT-P), peningkatan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi), peningkatan cakupan ASI Eksklusif, peningkatan konseling pertumbuhan dan lainnya.

Gambar 4.24 Persentase BGM/D Menurut Kabupaten/Kota
Tahun 2012

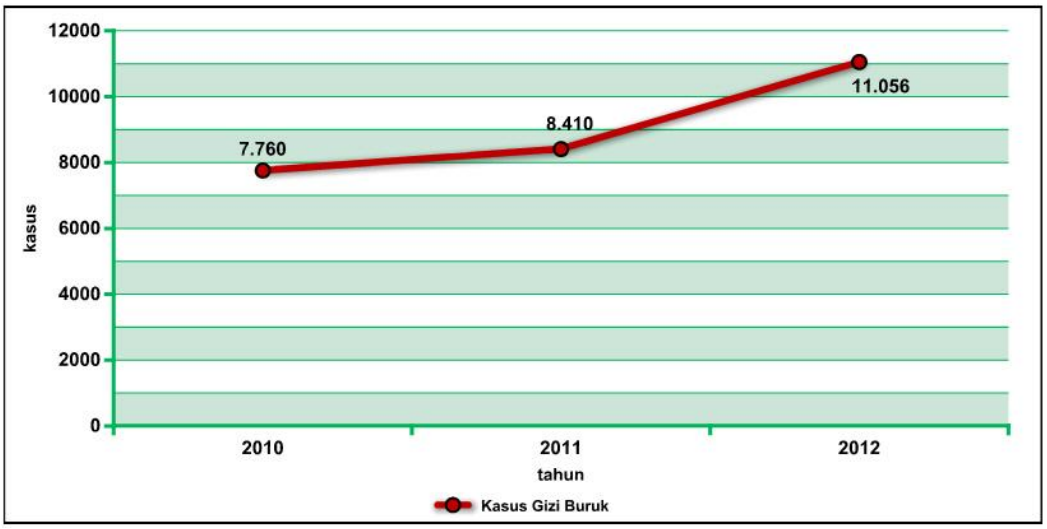


Sumber : Seksi Gizi, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

IV.5.1.3 JUMLAH KASUS GIZI BURUK

Kasus Gizi Buruk dapat diperoleh dari indikator Berat Badan menurut Tinggi Badan (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.

Gambar 4.25 Perkembangan Kasus Gizi Buruk
Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 – 2012



Sumber : Seksi Gizi, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Sejak tahun Tahun 2010 hingga tahun 2012, jumlah kasus gizi buruk di Jawa Timur terus meningkat, yaitu dari tahun 2010 sebesar 7.760 kasus meningkat menjadi 8.410 pada tahun 2011 dan meningkat lagi menjadi 11.056 pada tahun 2012. Data

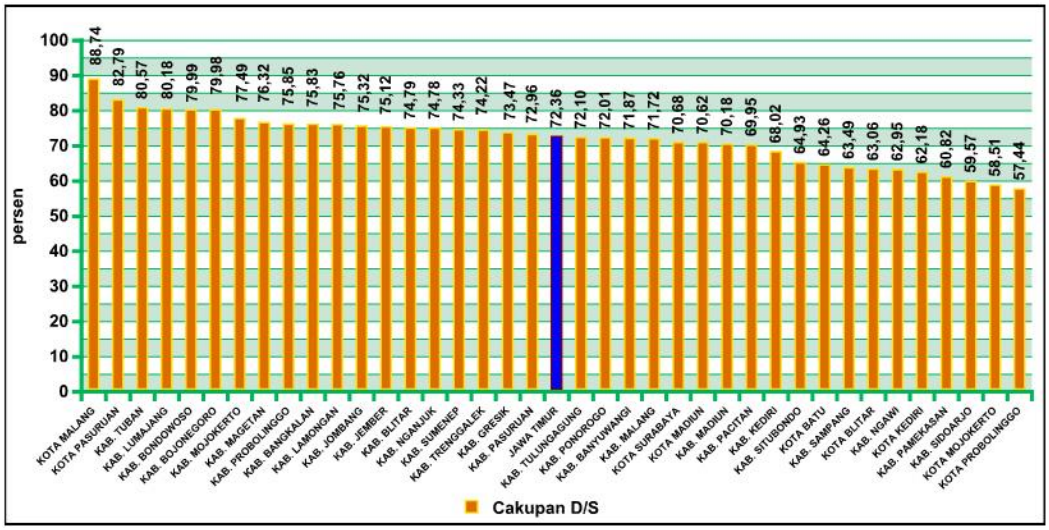
kecenderungan menaiknya jumlah kasus gizi buruk tersebut dapat dilihat pada gambar 4.25 di atas.

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. Dengan ditemukannya secara dini kasus-kasus gizi buruk di Jawa Timur, akan memudahkan petugas untuk melakukan intervensi secara langsung, sehingga diharapkan dalam waktu satu atau dua tahun kedepan, jumlah kasus gizi buruk di Jawa Timur sudah mulai menurun lagi.

IV.5.1.4 PENCAPAIAN PENIMBANGAN BALITA (D/S)

Partisipasi masyarakat dalam perbaikan gizi bagi balita dapat ditunjukkan dari indikator jumlah balita yang ditimbang dibagi jumlah sasaran balita (D/S). Tahun 2012, di Jawa Timur angka D/S tercatat sebesar 72,36% (*Lampiran Data Profil Kesehatan Tabel 44*). Pencapaian ini sedikit lebih rendah dibanding dengan pencapaian tahun 2011 sebesar 74,72%. Perbedaan ini disebabkan oleh karena sasaran yang digunakan pada tahun 2012 ini menggunakan angka proyeksi hasil Sensus Penduduk tahun 2010, yang jumlahnya lebih besar dari sasaran tahun 2011 yang menggunakan angka proyeksi dari Sensus Penduduk tahun 2000. Adapun cakupan per kabupaten/kota di Jawa Timur tahun 2012, dapat dilihat pada gambar 4.26 di bawah ini.

Gambar 4.26 Pencapaian Cakupan D/S Menurut Kabupaten/Kota
Tahun 2012



Sumber : Seksi Gizi, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Dari gambar di atas terlihat bahwa pencapaian D/S di Jawa Timur hampir semua kabupaten/kota pencapaiannya di atas 60%, kecuali Kota Probolinggo, Kota Mojokerto dan Kabupaten Sidoarjo. Ketiga kabupaten/kota ini termasuk wilayah yang penduduknya banyak yang bergerak di bidang industri, sehingga orang tua sibuk mencari nafkah dan kurang memperhatikan anaknya termasuk dalam penimbangan di Posyandu. Selain itu di daerah ini juga berkembang sangat pesat program PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini) yang belum terintegrasi dengan kegiatan Posyandu.

Dibandingkan tahun sebelumnya, pencapaian angka D/S menurun sebesar 2,36%. Keadaaan 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 dan 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 2012 dan dilanjutkan tahun 2013 di Jawa Timur sedang diupayakan terbentuknya sekitar 10.000 Taman Posyandu, yaitu Posyandu dengan memberikan tambahan kegiatan berupa Bina Keluarga Balita (BKB) dan Stimulasi Dini Intervensi Deteksi Tumbuh Kembang (SDIDTK). 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.

IV.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 ber-Yodium 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 dan 2012, di Jawa Timur tidak dilakukan monitoring garam ber-Yodium. Hal ini disebabkan karena alokasi yang terbatas dan difokuskan untuk kegiatan prioritas yang lain

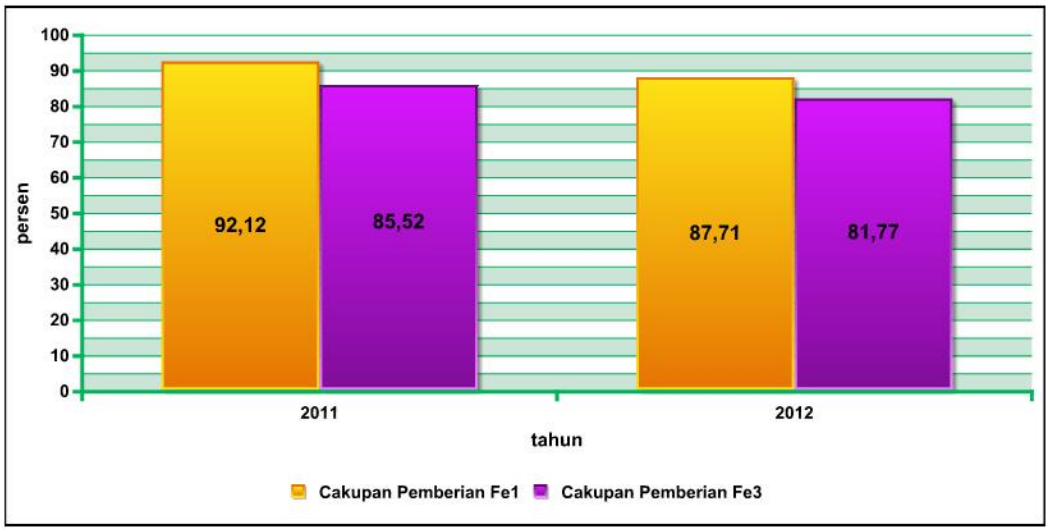
IV.5.3 PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN ANEMIA GIZI BESI

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. Di samping itu, kelompok ibu hamil merupakan kelompok rawan yang sangat berpotensi memberi kontribusi terhadap tingginya Angka Kematian Ibu (AKI).

Untuk mencegah Anemia Gizi pada ibu hamil dilakukan suplementasi TTD dengan dosis pemberian sehari sebanyak 1 (satu) 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 87,71% dan yang mendapat 90 tablet sebesar 81,77% (*Lampiran Data Profil Kesehatan Tabel 30*).

Jika dibandingkan dengan target 2012, pencapaiannya belum memenuhi target, yaitu sebesar 85%. Gambaran perbandingan pencapaian tahun 2011 dan tahun 2012 dapat dilihat pada gambar 4.27 di bawah ini.

Gambar 4.27 Cakupan Pemberian Fe1 dan Fe3 pada Ibu Hamil
Provinsi Jawa Timur Tahun 2011 dan 2012



Sumber : Seksi Gizi, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Khusus untuk pencapaian cakupan pemberian Fe3, target yang ditetapkan MDGs sebesar 95% pada tahun 2014. Hal ini berarti masih ada kesenjangan sebesar 13,23%. Sebenarnya rendahnya cakupan Fe ini lebih disebabkan karena adanya under-reporting saja, sebab cakupan K1 yang mensyaratkan harus sudah diberi tablet Fe1 dan cakupan K4 yang mensyaratkan harus sudah diberi Fe3, sudah cukup tinggi. Dengan kesempatan waktu yang masih 2 (dua) tahun lagi, maka masih ada harapan besar untuk dapat memenuhi target pada akhir tahun 2014.

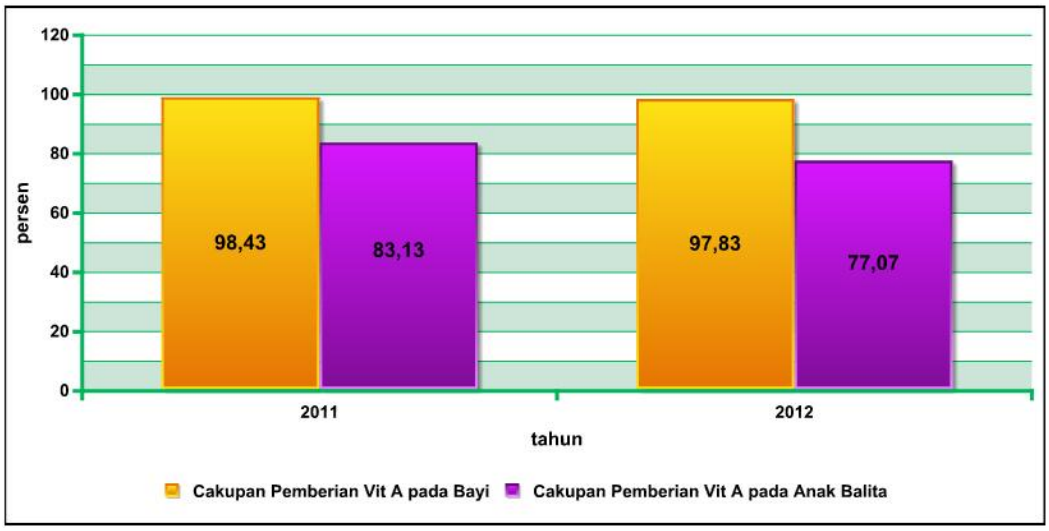
Selain itu masih ada peluang lain untuk dapat meningkatkan cakupan pemberian tablet Fe3, yaitu dengan meningkatkan integrasi kegiatan, khususnya antara program gizi dan program Kesehatan Ibu dan Anak, karena selama ini kerjasama tersebut belum secara optimal dilakukan.

IV.5.4 PEMBERIAN KAPSUL VITAMIN A PADA BAYI DAN BALITA

Cakupan pemberian kapsul vitamin A di Jawa Timur tahun 2012 pada bayi sebesar 97,83%, anak balita sebesar 77,07% (*Lampiran Data Profil Kesehatan Tabel 32*). Jika digabungkan antara bayi dan anak balita, maka cakupannya sebesar 91,5%. Cakupan tersebut telah memenuhi target tahun 2012 sebesar 85%, sedangkan untuk mencapai target tahun 2014 sebesar 90%, pencapaiannya juga sudah terpenuhi, akan tetapi harus tetap dipertahankan, jangan sampai terjadi penurunan lagi.

Dibandingkan dengan cakupan pada tahun 2011, ada penurunan sebesar 0,6% pada bayi yaitu dari 98,43% tahun 2011 menjadi 97,83% pada tahun 2012. Sedangkan pada anak balita ada penurunan sebesar 6,06%, yaitu dari 83,13% tahun 2011 menjadi 77,07% pada tahun 2012. Gambaran cakupan pemberian kapsul vitamin A pada bayi dan anak balita selama 2 tahun terakhir dapat dilihat pada gambar 4.28 di bawah ini.

Gambar 4.28 Cakupan Pemberian Vitamin A pada Bayi dan Anak Balita
Provinsi Jawa Timur Tahun 2011 dan 2012



Sumber : Seksi Gizi, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

IV.5.5 CAKUPAN ASI EKSKLUSIF

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

Berdasarkan data dari Kabupaten/Kota diketahui bahwa cakupan bayi yang mendapat ASI Eksklusif di Jawa Timur tahun 2012 sebesar 64,08% (*Lampiran Data Profil Kesehatan Tabel 41*). Cakupan tersebut mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun 2011 (61,52%). 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 Kementerian Kesehatan RI maupun World Health Organization (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.

IV.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.

IV.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 2012 mencapai 317.576 kegiatan penyuluhan kelompok dan 37.255 kegiatan penyuluhan massa (*Lampiran Data Profil Kesehatan Tabel 54*).

IV.6.2 PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT

Persentase rumah tangga yang ber-Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (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 aktifitas 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 2012 menunjukkan bahwa Rumah Tangga yang ber PHBS 46,11%. Hal tersebut bila dibanding tahun 2011 sebesar 37,05% mengalami kenaikan sebesar 9,06%. Dari hasil kegiatan survei PHBS prioritas masalahnya adalah merokok dalam rumah dan ASI eksklusif.

IV.7 PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT

IV.7.1 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. Ditetapkannya UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) pada tahun 2004 dan UU No. 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) pada tahun 2011 serta rencana pencapaian Universal Coverage Insurance (UCI) pada tahun 2019 yang

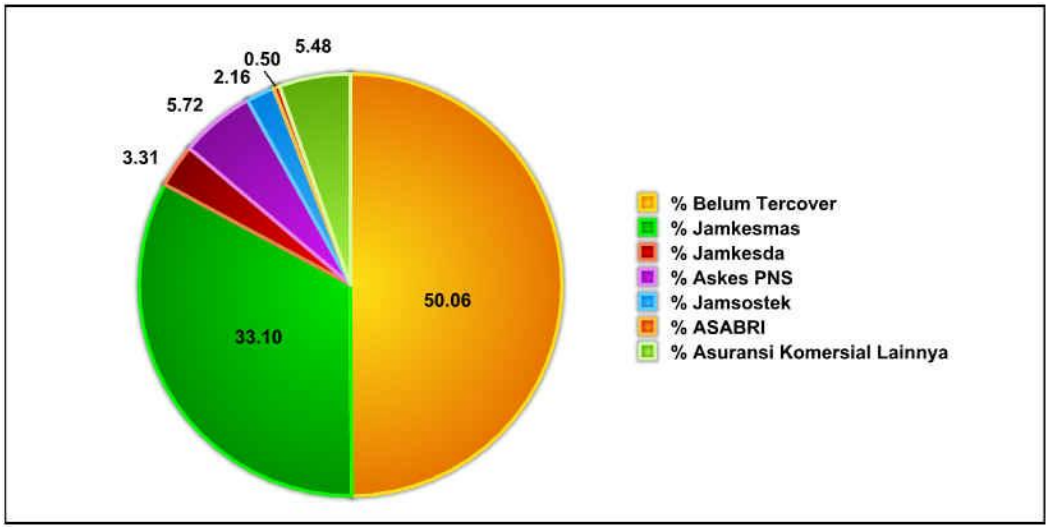
dilaksanakan secara bertahap mulai tahun 2014 meniscayakan adanya langkah dan upaya untuk mencapai target tersebut.

Pola pembiayaan pelayanan kesehatan *fee for service* dimana masyarakat membayar kepada penyedia pelayanan kesehatan setiap selesai mendapatkan pelayanan kesehatan saat ini masih menjadi pilihan utama masyarakat saat. Pola pembiayaan *fee for service* pasti akan membebani masyarakat dikarenakan kejadian sakit merupakan suatu hal yang tidak dapat diprediksi oleh masyarakat demikian pula berapa besar dana yang harus disediakan ketika berada dalam kondisi sakit. Oleh karena itu seharusnya pola pembiayaan kesehatan dari *fee for service* harus dialihkan ke arah *prospective payment* atau pola pembiayaan kesehatan prabayar.

Beberapa bentuk *prospective payment* yang saat ini mulai dikembangkan dan dikenal masyarakat antara lain Program Pemerintah Jamkesmas dan Jamkesda, program Asuransi Kesehatan oleh PT. ASKES (Persero), program pemeliharaan kesehatan bagi tenaga kerja oleh PT. Jamsostek maupun asuransi kesehatan yang dikelola oleh pihak swasta. Sedangkan yang dikelola oleh masyarakat dalam bentuk pemberdayaan masyarakat seperti Dana Sehat, Tabungan Ibu Bersalin (Tabulin) dan yang lainnya masih terdapat dalam masyarakat meski mulai berkurang.

Sampai dengan akhir tahun 2012 dari berbagai sumber data yang berhasil dihimpun, diperoleh data status kepemilikan masyarakat Jawa Timur dalam program jaminan kesehatan untuk program Jamkesmas sebanyak 12.586.401 jiwa (33,1%), Jamkesda 1.257.572 jiwa (3,31%), Askes PNS 2.176.478 jiwa (5,72%), Jamsostek 822.121 jiwa (2,16%), ASABRI 62.333 (0,5%) dan Asuransi Komersial lainnya sebanyak 2.083.939 (5,48%). Kondisi tersebut dapat dilihat dalam bentuk gambar 4.29 di bawah ini.

Gambar 4.29 Cakupan Kepemilikan Jaminan Kesehatan
Provinsi Jawa Timur Tahun 2012



Sumber : Seksi Pembiayaan Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Dari diagram di atas dapat diperoleh gambaran bahwa sampai dengan akhir tahun 2012 masyarakat Jawa timur yang telah tercover dalam program jaminan kesehatan sebanyak 49,94% sedang masyarakat yang masih belum tercover dalam jaminan kesehatan sebesar 50,06%. Padahal kepesertaan masyarakat dalam jaminan kesehatan secara *prospectif payment* merupakan salah satu indikator penting untuk kemandirian masyarakat di bidang kesehatan dan merupakan indikator keberhasilan dalam mewujudkan pembangunan kesehatan yang merata dan berkeadilan bagi seluruh masyarakat.

IV.7.2 PELAYANAN KESEHATAN BAGI MASYARAKAT MISKIN

Pembangunan kesehatan yang "pro poor" dilaksanakan oleh Pemerintah Pusat dalam bentuk program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) diselenggarakan berdasarkan prinsip asuransi sosial. Program ini diselenggarakan secara nasional dengan tujuan mewujudkan portabilitas pelayanan sehingga pelayanan rujukan tertinggi sesuai dengan indikasi medis dapat diakses oleh seluruh peserta dari seluruh wilayah Indonesia dan subsidi silang pembiayaan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin.

Kepesertaan masyarakat miskin Jawa Timur dalam program Jamkesmas sesuai kuota yang ditetapkan Kementerian Kesehatan RI sebanyak 10.710.051 jiwa sedang peserta dengan kepemilikan kartu sebanyak 10.557.230 jiwa, dan sisa kuota dapat dimanfaatkan oleh peserta Jamkesmas tanpa kartu seperti gelandangan, orang terlantar, penghuni panti sosial dan lain lain.

Manfaat pelayanan kesehatan yang dapat diperoleh peserta Program Jamkesmas meliputi :

1. Pelayanan rawat jalan dan rawat inap tingkat dasar di Puskesmas dan jaringannya,
2. Pelayanan rawat jalan dan rawat inap tingkat lanjutan di Rumah Sakit dan Balai Kesehatan.

Disamping itu, dalam Program Jamkesmas juga diselenggarakan Jaminan Persalinan (Jampersal) bagi ibu hamil, bersalin dan nifas termasuk KB Pasca Persalinan, Jaminan pengobatan bagi penderita Thalassaemia Mayor dan penderita kasus Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI).

Selama penyelenggaraan Jamkesmas tahun 2012, diperoleh data pemanfaatan pelayanan kesehatan sebagai berikut :

a. Jamkesmas Dasar :
   - Rawat Jalan : 5.352.977 kunjungan (49,98%)

- Rawat Inap : 127.790 kasus (1,19%)
- Rujukan : 85.341 kasus (0,80%)

b. Jampersal :

- AnteNatal Care (ANC) : 941.512 kunjungan (172%)
- PostNatal Care (PNC) : 1.031.166 kunjungan (188%)
- Persalinan Normal : 307.626 persalinan (56%)

Angka pemanfaatan program Jampersal untuk ANC dan PNC melebihi 100% dikarenakan pada masa kehamilan dan pasca persalinan sesuai dengan Petunjuk Teknis penyelenggaraan Jampersal maka seharusnya seorang ibu hamil mendapatkan pelayanan ANC minimal 4 (empat) kali demikian juga pasca melahirkan sebanyak 4 (empat) kali.

c. Keluarga Berencana (KB) :

- Intra Uterine Device (IUD)/Implan : 13.166 (4,28%)
- Suntik : 64.637 (21,01%)

d. Jamkesmas Lanjutan :

Berdasarkan laporan PT. ASKES (Persero) Regional VII sebagai pelaksana manajemen kepesertaan program Jamkesmas, pemanfaatan pelayanan oleh peserta Jamkesmas pada Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) Jamkesmas di Jawa Timur diperoleh data rawat jalan sebanyak 741.058 (6,92%) dan rawat inap 136.065 (1,27%).

Selama penyelenggaraan Jamkesmas 2012 dana yang telah diluncurkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk Jamkesmas dasar sebesar Rp.146.942.033.000,-, Jampersal sebesar Rp.191.912.362.000,- dan ke RS/BP4/BKMM sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan sebesar Rp.687.314.533.000,- sehingga total dana yang diluncurkan Kemenkes ke Jawa Timur tahun 2012 sebesar Rp.1.026.168.928.000,-.

Realisasi dana Jamkesmas dasar sebesar Rp.62.944.734.478,- (43%) dan Jampersal Rp.199.375.062.275,-(104%). Kekurangan dana pemanfaatan Jampersal dapat diambil dari dana Jamkesmas karena dana Jampersal terintegrasi dengan dana Jamkesmas. Realisasi dana Jamkesmas lanjutan terlapor (masih 75% RS/BP4/BKMM PPK Jamkesmas melapor lengkap) sebesar Rp.630.047.695.105,- (92%).

Sedangkan masyarakat miskin yang tercover program Jamkesda adalah masyarakat miskin di luar kuota Jamkesmas sebanyak 1.257.572 jiwa. Pelayanan kesehatan bagi peserta Jamkesda meliputi rawat jalan dan rawat inap di tingkat dasar di puskesmas dan jaringannya serta pelayanan kesehatan tingkat lanjutan di Rumah Sakit/BP4/BKMM yang meliputi rawat jalan dan rawat inap kelas III yang dilaksanakan dengan menggunakan sistem rujukan terstruktur dan berjenjang berdasarkan indikasi medis. Pembiayaan

program Jamkesda diperoleh dilakukan secara sharing dana 50% : 50% antara Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota. Dana sharing tahun 2012 sesuai dokumen PKS, Provinsi sebesar Rp.171.000.000.000,- dan Kabupaten/Kota sebesar Rp.214.921.977.986,- .

Dari hasil evaluasi pelaksanaan Program Jamkesda pada pertengahan tahun 2012 didapat, jumlah pasien yang mendapat pelayanan kesehatan di PPK Jamkesda Provinsi dengan kartu Jamkesda sebanyak 40.419 kunjungan (27%) dan SPM sebanyak 103.722 kunjungan (69%), lain-lain sebanyak 5.736 kunjungan (4%). Memperhatikan hal tersebut maka per tanggal 1 September 2012 berdasarkan Surat Edaran Gubernur Nomor : 440/14771/031/2012, Tanggal 29 Agustus 2012 terdapat pernyataan bahwa sejak tanggal 1 September 2012 Surat Pernyataan Miskin (SPM) dinyatakan tidak berlaku dan apabila Pemerintah Kabupaten/Kota masih ada yang menerbitkan atau menggunakan SKTM/SKM/SPM maka biaya pelayanan kesehatan pasien pengguna SKTM/SKM/SPM dimaksud, akan menjadi tanggung jawab Pemerintah Kabupaten/Kota.

Menurut laporan yang dikeluarkan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah (BPJKD) Provinsi Jawa Timur tahun 2012 jumlah kunjungan pasien Jamkesda di Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) Provinsi sebanyak 40.419 (27%) pengguna kartu Jamkesda, 103.722 (69%) pengguna SPM, dan lain-lain sebanyak 5.736 (4%). Sedang kunjungan pasien dengan kartu Jamkesda di RSUD Kabupaten/Kota selama bulan September sampai dengan Desember 2012, rawat jalan sebanyak 15.805 jiwa dan rawat inap sebanyak 2.070 jiwa. Sedangkan realisasi dana Jamkesda Provinsi sebanyak Rp.153.608.835.877,- (89,83%).

IV.8 PELAYANAN KESEHATAN LINGKUNGAN DAN SANITASI DASAR

Untuk memperkecil resiko terjadinya penyakit atau 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 Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) yang terdiri dari 5 pilar, yaitu :

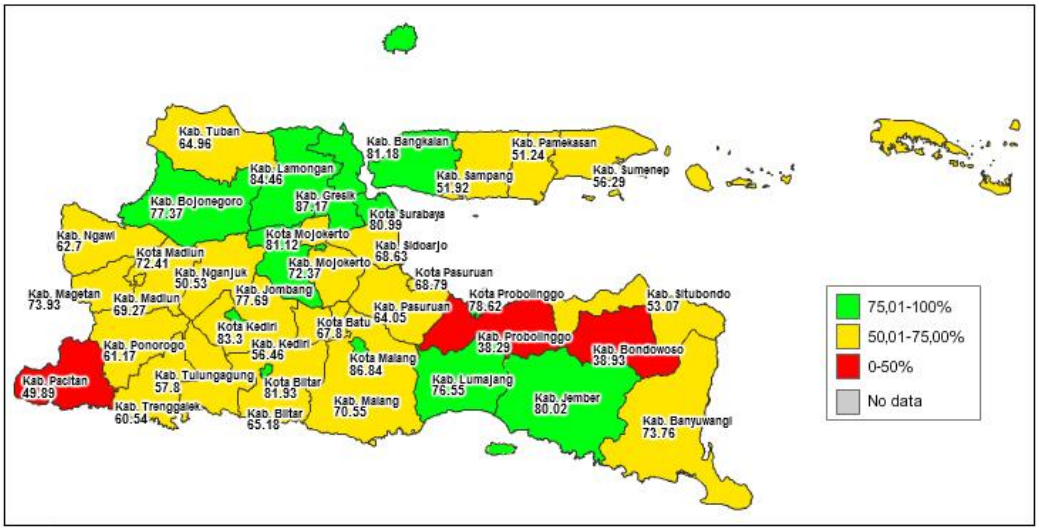
1. Peningkatan akses jamban,
2. Cuci tangan pakai sabun,
3. Pengolahan air minum dan makanan skala rumah tangga,

4. Pengolahan limbah skala rumah tangga,
5. Pengolahan sampah skala rumah tangga.

IV.8.1 RUMAH SEHAT

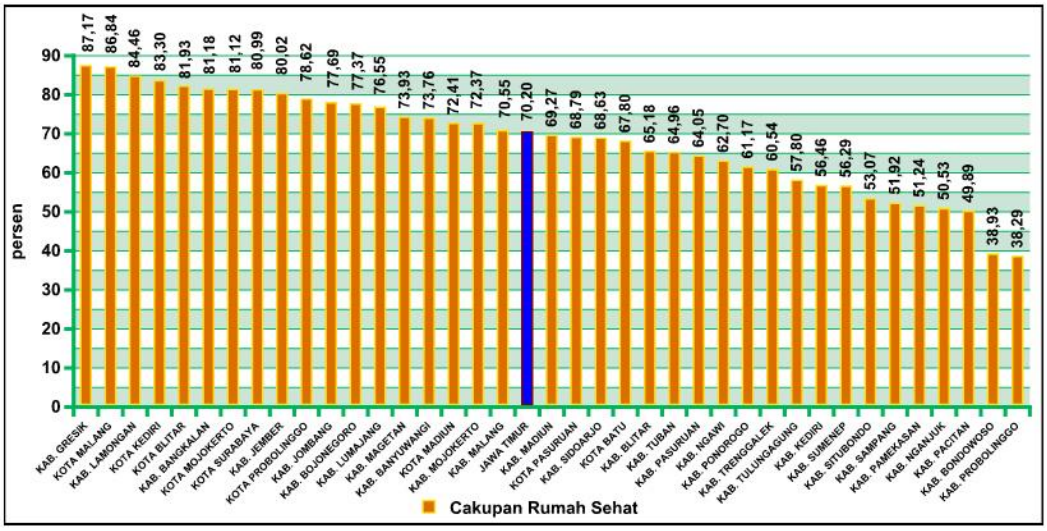
Rumah Sehat adalah bangunan rumah tinggal yang memenuhi syarat kesehatan yaitu memiliki jamban sehat, tempat pembuangan sampah, sarana air bersih, sarana pembuangan air limbah, ventilasi baik, kepadatan hunian rumah sesuai dan lantai rumah tidak dari tanah.

Gambar 4.30 Peta Cakupan Rumah Sehat
Provinsi Jawa Timur Tahun 2012



Sumber : Seksi Penyehatan Lingkungan, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Gambar 4.31 Cakupan Rumah Sehat Menurut Kabupaten/Kota
Tahun 2012



Sumber : Seksi Penyehatan Lingkungan, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

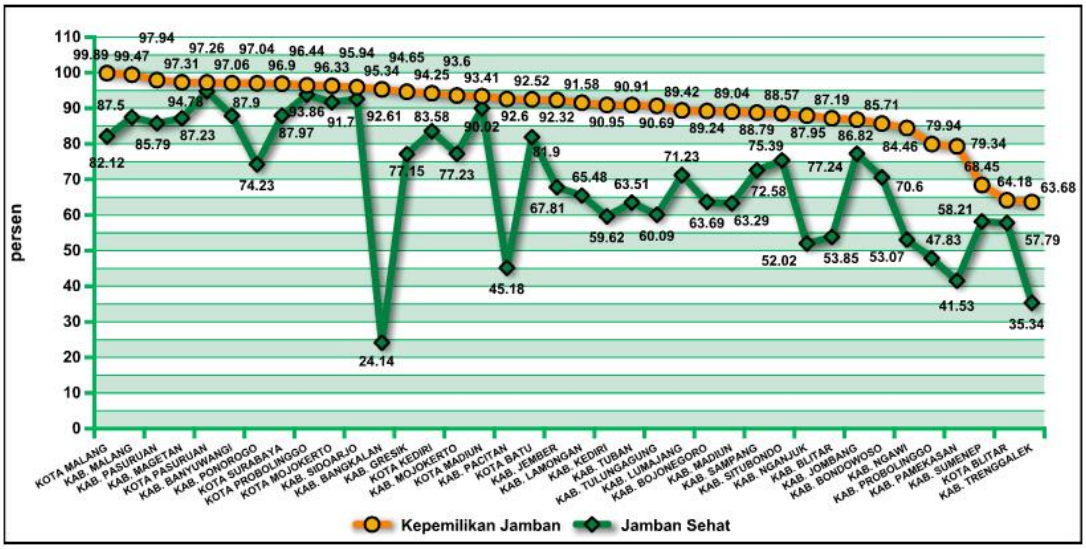
Pada tahun 2012 telah dilakukan pemeriksaan sanitasi rumah pada 4.655.317 rumah atau 47,15% dari jumlah rumah yang ada di Jawa Timur. Dari pemeriksaan tersebut tercatat 3.268.249 rumah dinyatakan sehat atau 70,20% dari jumlah rumah yang diperiksa. Cakupan tertinggi rumah sehat adalah Kabupaten Gresik (87,17%) meski ada penurunan jumlah rumah yang sehat sekitar 1% dari tahun lalu. Sedangkan yang terendah masih ditempati oleh Kabupaten Probolinggo (38,29%). Gambaran cakupan rumah sehat menurut kabupaten/kota disajikan pada gambar 4.30 dan gambar 4.31.

IV.8.2 JAMBAN SEHAT

Sanitasi dasar adalah sanitasi minimum diperlukan untuk menyediakan lingkungan sehat yang memenuhi syarat kesehatan dan menitikberatkan pada pengawasan berbagai faktor lingkungan yang mempengaruhi derajat kesehatan manusia. Salah satunya adalah Jamban Sehat. Dengan jamban sehat dapat mencegah terjadinya pencemaran lingkungan serta memutus mata rantai munculnya berbagai penyakit berbasis lingkungan, diantaranya Thypus, Disentri, Kolera, bermacam-macam cacing (Gelang, Kremi, Tambang dan Pita), Schistosomiasis dan sebagainya yang terdapat dalam feaces atau kotoran manusia.

Cakupan akses Jawa Timur berdasarkan jumlah Kepala Keluarga (KK) diperiksa (52,90% dari KK yang ada), KK yang memiliki jamban sebesar 91,16% dan yang sehat sebesar 69,36%. Data Cakupan Jamban Sehat bisa dilihat di Lampiran Data Profil Kesehatan Tabel 66.

Gambar 4.32 Cakupan Akses, Kepemilikan dan Jamban Sehat Berdasarkan KK yang Diperiksa Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012

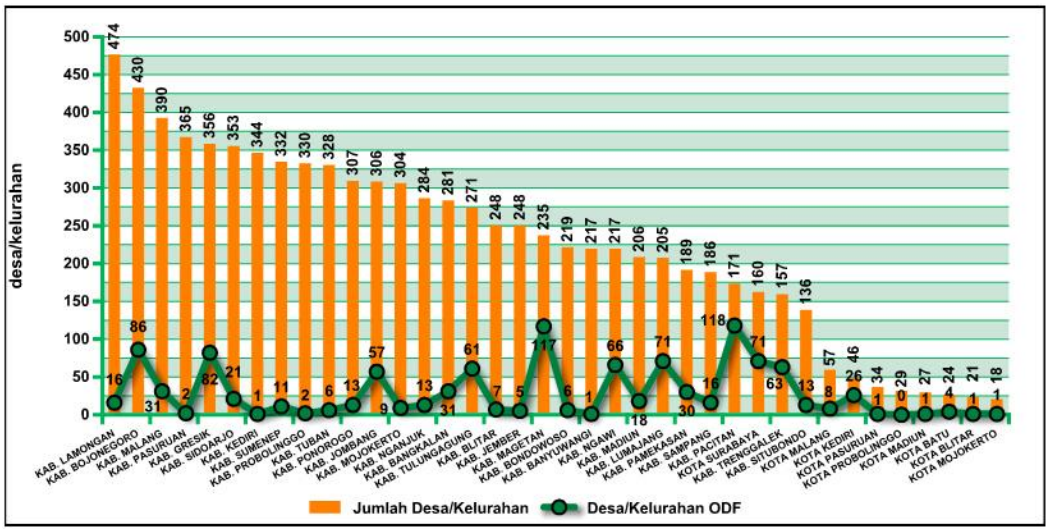


Sumber : Seksi Penyehatan Lingkungan, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

IV.8.3 DESA OPEN DEFECATION FREE (ODF)

Dengan harapan tercapainya garis lurus horizontal antara akses, kepemilikan dan jamban sehat, kasus penyakit yang disebabkan oleh tinja manusia akan menurun. Sedangkan suatu desa dikatakan Open Defecation Free (ODF) apabila semua keluarga yang ada di desa tersebut sudah mengakses ke jamban yang sehat. Cakupan desa ODF di Jawa Timur disajikan pada gambar 4.33 di bawah ini.

Gambar 4.33 Cakupan Desa ODF Menurut Kabupaten/Kota
Tahun 2012



Sumber : Seksi Penyehatan Lingkungan, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Namun sebenarnya banyak desa yang keluarga-nya tinggal beberapa saja yang masih buang air besar (BAB) sembarangan atau aksesnya sudah mencapai 99% ke atas. Sedangkan desa dikatakan ODF kalau aksesnya sudah 100% atau masyarakatnya sudah tidak ada yang buang air besar di sembarang tempat.

IV.8.4 AIR BERSIH DAN AIR MINUM

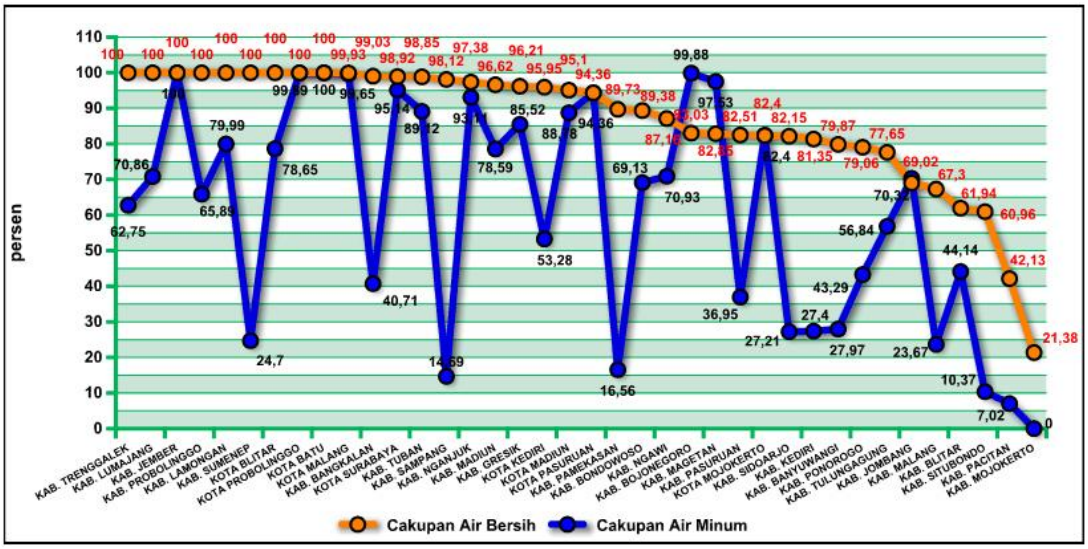
Air bersih dan air layak minum atau air minum sehat adalah dua hal yang tidak sama tetapi sering dipertukarkan. Tidak semua air bersih layak minum, tetapi air layak minum biasanya berasal dari air bersih. Air bersih perlu diolah dahulu agar layak minum dan menjadi air minum sehat.

Lebih dari 100 juta orang Indonesia tidak mempunyai akses langsung terhadap air bersih apalagi air minum sehat. Lebih dari 70% total penduduk Indonesia tergantung pada air yang diambil dari sumber air yang sudah terkontaminasi. Air yang terkontaminasi dapat membawa penyakit bahkan kematian. Salah satunya adalah penyakit Diare yang

sepintas terlihat sederhana dan tidak berbahaya. Diare adalah pembunuh balita nomor dua di Indonesia setelah Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) karena menyebabkan 100.000 balita meninggal setiap tahun.

Untuk menghindarkan diri dari penyakit seperti Diare, selain jamban sehat, maka air bersih harus diolah terlebih dahulu agar layak dan sehat untuk diminum. Data Cakupan Akses Air Bersih dan Air Minum bisa dilihat di Lampiran Data Profil Kesehatan Tabel 64 dan 65.

Gambar 4.34 Cakupan Akses Air Bersih dan Air Minum Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2012



Sumber : Seksi Penyehatan Lingkungan, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

BAB V
SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN

Sumber daya kesehatan merupakan salah satu pendukung di segala level pelayanan kesehatan. Dan dengan terpenuhinya sumber daya kesehatan, diharapkan juga dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sehingga derajat kesehatan masyarakat akan terjaga. Pada bab ini, situasi sumber daya kesehatan akan menyajikan gambaran sarana kesehatan, tenaga kesehatan dan anggaran kesehatan.

V.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 2012 dapat digambarkan berikut ini.

V.1.1 PUSKESMAS DAN JARINGANNYA

Puskesmas merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan sampai ditingkat Kecamatan. Sampai dengan tahun 2012, jumlah Puskesmas di Provinsi Jawa Timur sebanyak 960 unit yang terdiri dari 501 Puskesmas Perawatan dan 459 Puskesmas non Perawatan yang tersebar di 622 kecamatan. Rasio Puskesmas terhadap jumlah penduduk adalah 1:30.000, dengan pengertian bahwa 1 (satu) Puskemas melayani 30.000 penduduk. Jumlah Penduduk Jawa Timur tahun 2012 sebesar 38.052.950 jiwa, dengan kondisi tersebut menunjukan bahwa jumlah Puskesmas di Provinsi Jawa Timur masih kurang dari target nasional.

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 PONED dengan tambah jadwal kunjungan dokter spesialis kandungan dan spesilais anak, 2 (dua) kali seminggu yaitu sekali kunjungan untuk dokter spesialis kandungan dan sekali untuk kunjungan dokter spesialis anak. Hal ini merupakan hasil kerjasama antara Rumah Sakit Umum (RSU) Kabupaten/Kota atau dokter spesialis yang praktek mandiri (swasta) dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sampai tahun 2012, jumlah Puskesmas PLUS meningkat menjadi 43 Puskesmas PLUS. Program Puskesmas PLUS bertujuan mendekatkan pelayanan spesialis ke masyarakat, diharapkan dapat menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Jawa Timur

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

   Adalah Puskesmas Pembantu (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 2012, Pustu dengan kemampuan penanganan gawat darurat dan melakukan observasi sebanyak 155. 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 perawat. Tenaga kesehatan yang berada di Ponkesdes terdiri dari 1 (satu) orang Bidan yang sudah ada sebelumnya dan 1 (satu) orang perawat. Sampai tahun 2012, jumlah Ponkesdes sebanyak 2.846 unit. Dengan adanya Ponkesdes, diharapkan pelayanan kesehatan dasar yang ada di desa menjadi optimal dengan adanya pembagian tugas dan fungsi antara Bidan dan Perawat. Kabupaten Ngawi dan Kabupaten Kadiri tidak mengangkat perawat untuk ditempatkan di Ponkesdes, tetapi perawat yang ditugaskan di Ponkesdes adalah perawat yang berada pada Puskesmas di wilayahnya. Beda halnya dengan Kota Batu, untuk Tenaga Perawatnya yang ada di Ponkesdes adalah dengan mengangkat perawat melalui penerimaan Calon Pegawai Negeri Sipil (CPNS). Kota Batu yang semula memiliki alokasi 11 Ponkesdes, dengan bantuan Alat kesehatan dan Meubelair dari Provinsi Jawa Timur, mengembangkan 2 (dua) Ponkesdes lagi dengan angggaran APBD Kota Batu.

V.1.2 RUMAH SAKIT

Rumah sakit sebagai salah satu penyelenggara pelayanan kesehatan telah mengalami banyak kemajuan, di mana salah satunya dapat dilihat dari jumlah rumah sakit yang semakin bertambah. Jumlah rumah sakit di Jawa Timur cenderung meningkat, pada tahun 2012 mencapai angka 344 rumah sakit dibandingkan tahun 2011 sebanyak 330 rumah sakit. Jumlah rumah sakit berdasarkan kepemilikan dapat dilihat di tabel 5.1 di bawah ini.

Tabel 5.1 Jumlah Rumah Sakit Berdasarkan Kepemilikan
di Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

No.	Jenis Rumah Sakit	Kepemilikan	Jumlah
1.	RS Publik	Kementerian Kesehatan RI	1
2.	RS Publik	Pemerintah Provinsi Jawa Timur	11
3.	RS Publik	Pemerintah Kabupaten/Kota	51
4.	RS Publik	TNI/Polri	27
5.	RS Publik	Kementerian Lain	2
6.	RS Privat	Swasta/Lainnya	239
7.	RS Privat	BUMN	13
	Jumlah		344

Sumber :
Seksi Kesehatan Rujukan dan Khusus, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

V.1.3 UPAYA KESEHATAN BERSUMBERDAYA MASYARAKAT (UKBM)

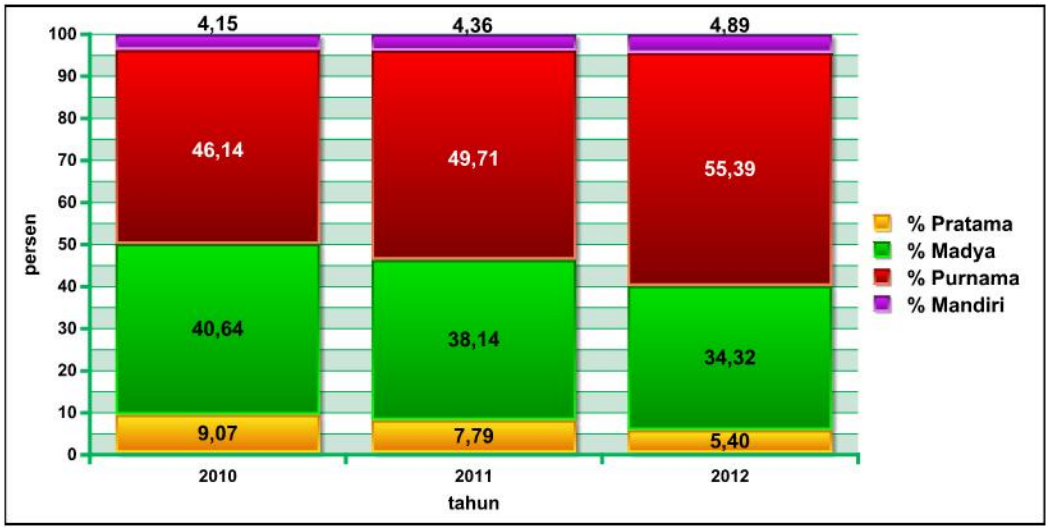
Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) adalah suatu upaya kesehatan yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh dan bersama masyarakat, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar.

V.1.3.1 POSYANDU

Jumlah Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) di Jawa Timur tahun 2010 sampai dengan tahun 2012 menunjukkan kenaikan, akan tetapi tidak menunjukkan perubahan yang mencolok. Pada akhir tahun 2012 jumlah balita sebanyak 3.116.861 jiwa, sedangkan jumlah Posyandu yang ada sebanyak 45.927 Pos. Jadi rasio jumlah Posyandu

dengan jumlah balita adalah 1:68. Jika dibandingkan dengan standar Posyandu, untuk 1 Posyandu melayani 68 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 5.1 Persentase Strata Posyandu
Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 – 2012



Sumber : Seksi Promosi Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Secara kualitas, berdasarkan tingkat perkembangan Posyandu PURI (Purnama-Mandiri) dari tahun ke tahun menunjukkan peningkatan. Pada tahun 2010 (50,29%), tahun 2011 (54,07%) dan tahun 2012 (60,28%) Posyandu PURI, sehingga terdapat kenaikan 6,21% dari tahun 2011 ke 2012. Peningkatan kualitas Posyandu tersebut disebabkan oleh beberapa faktor antara lain meningkatnya kinerja Tim Kelompok Kerja Operasional (Pokjanal) Posyandu baik dari tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota sampai dengan tingkat Kecamatan. Faktor lain yang turut dalam meningkatan kualitas Posyandu adalah kinerja dari pengelola Posyandu seperti kader Posyandu. Keberadaan petugas kesehatan di Posyandu tidaklah berarti jika kader Posyandu tidak dapat berperan secara optimal, sehingga kader Posyandu sebagai penanggungjawab Posyandu mempunyai peran yang penting.

V.1.3.2 POSKESDES

Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) merupakan koordinator dari berbagai UKBM yang ada di suatu desa/kelurahan dan merupakan salah satu syarat terbentuknya Desa Siaga. Jumlah Poskesdes dari tahun 2009 s/d 2012 terus bertambah. Total Poskesdes di Jawa Timur 8.497 Pos, dengan strata terbanyak di tahapan Madya (45,5%), maka sebenarnya Poskesdes yang ada sudah bergerak menuju kualitas yang lebih baik dalam kemandirian.

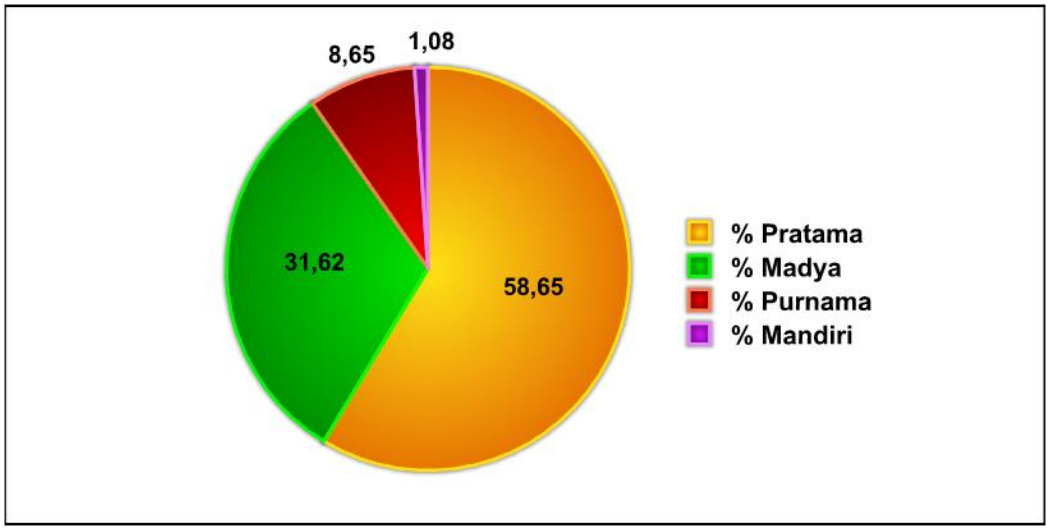
Tentunya kualitas yang sudah dicapai perlu ditingkatkan ke arah Purnama dan Mandiri serta menjaga jangan sampai menjadi turun ke Madya dan Pratama.

V.1.3.3 DESA/KELURAHAN SIAGA AKTIF

Suatu Desa dan Kelurahan Siaga bisa menjadi Desa dan Kelurahan Siaga Aktif jika memenuhi 8 (delapan) kriteria berdasarkan Pedoman Desa dan Kelurahan Siaga Aktif Keputusan Menteri Kesehatan RI. Nomor 1519/Menkes/SK/X/2010.

Jumlah Desa/Kelurahan Siaga di Jawa Timur 8.497 desa/kelurahan dari 8.505 desa/kelurahan yang ada, sedangkan yang sudah aktif sebanyak 7.967 (93,76%) desa/kelurahan. Tahapan Desa/Kelurahan Siaga Aktif (dibandingkan Desa/Kelurahan Siaga) di Jawa Timur tahun 2012 yaitu pada tahap Pratama sejumlah 4.673 (58,65%), Madya 2.519 (31,62%), Purnama 689 (8,65%) dan Mandiri 86 (1,08%).

Gambar 5.2 Persentase Strata Poskesdes
Provinsi Jawa Timur Tahun 2012



Sumber : Seksi Promosi Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Desa/Kelurahan Siaga di Jawa Timur pengembangannya sudah mendapatkan dukungan dari pemerintah daerah, baik di tingkat 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, di antaranya 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.

V.1.4 SARANA FARMASI DAN PERBEKALAN KESEHATAN

Dalam rangka meningkatkan cakupan sarana pelayanan kesehatan terutama terkait ketersediaan sarana produksi, distribusi dan pelayanan kefarmasian dan alat kesehatan, salah satu cara adalah dengan melihat jumlah sarana distribusi bidang kefarmasian dan alat kesehatan.

Sarana Farmasi dan perbekalan kesehatan tergolong menjadi 3 (tiga) kategori antara lain:

a. Sarana produksi, meliputi: Industri Farmasi, Industri Obat Tradisional (IOT), Industri Kecil Obat Tradisional (IKOT), Industri Kosmetika, Industri Alat Kesehatan, Industri Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT), Perusahaan Makanan Industri Rumah Tangga (PM-IRT).
b. Sarana distribusi, meliputi : Pedagang Besar Farmasi (PBF), Penyalur Alat Kesehatan (PAK), Cabang Penyalur Alat Kesehatan (Cabang PAK), Sub Penyalur Alat Kesehatan (Sub PAK).
c. Sarana pelayanan kefarmasian, meliputi: Apotek dan Toko Obat.

Sarana Farmasi dan Perbekalan di Provinsi Jawa Timur Tahun 2012 seperti terlihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.2 Jumlah Sarana Farmasi dan Perbekalan Kesehatan
di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011 dan 2012

No.	Jenis Sarana	Jumlah Sarana	
		Tahun 2011	Tahun 2012
1.	Apotek	3.047	3.085
2.	Toko Obat	342	374
3.	PM IRT	22.125	23.964
4.	GFK	38	38
5.	Industri Farmasi	45	46
6.	Industri Obat Tradisional (IOT)	15	15
7.	Industri Kecil Obat Tradisional	295	229
8.	Industri Alat Kesehatan	27	28
9.	Industri Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga	89	95
10.	Industri Kosmetika	120	125
11.	Pedagang Besar Farmasi (PBF)	503	348

12.	Penyalur Alat Kesehatan (PAK)	86	167
13.	Cabang Penyalur Alat Kesehatan	53	63
14.	Sub Penyalur Alat Kesehatan	218	198

Sumber :

Seksi Kefarmasian dan Perbekalan Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Pada umumnya jumlah sarana kefarmasian dan perbekalan kesehatan mengalami peningkatan, misalnya apotek yang diharapkan menjadi sarana distribusi yang akan menjalankan fungsinya, yakni dwifungsi (fungsi ekonomi dan fungsi social). Orientasi pelayanan kefarmasian di apotek saat ini telah bergeser, yang semula hanya berorientasi pada pelayanan produk (*product-oriented*) menjadi pelayanan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien (*patient-oriented*).

Jumlah Pedangan Besar Farmasi (PBF) mengalami penurunan karena banyaknya PBF yang tutup dan beralih fungsi ke usaha lain. Adanya PBF yang hanya aktif jika ada tender, mengakibatkan jumlah sarana PBF tidak dapat diketahui secara pasti.

Dalam hal jumlah, sarana produksi untuk jumlah industri farmasi tetap, sedangkan jumlah Industri Kecil Obat Tradisional (IKOT) dari hasil pemetaan terdapat penurunan jumlah. Hal ini disebabkan oleh banyaknya sarana yang sudah tutup dan beralih fungsi ke usaha lain.

Sub Penyalur Alat Kesehatan (Sub PAK) yang terhitung merupakan sisa Sub PAK yang ada di Jawa Timur yang izinnya masih berlaku sampai bulan Agustus 2013. Mulai bulan Agustus 2013, jumlah Sub PAK akan mengalami penurunan secara bertahap karena banyaknya Sub PAK yang tutup dan berpindah status menjadi PAK karena penyesuaian dengan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) RI nomor 1191 Tahun 2010 tentang Penyaluran Alat Kesehatan, dimana jika sebelumnya dapat menjadi Penyalur Alat Kesehatan (PAK) hanya berbentuk Badan Usaha, tetapi dengan diterbitkannya Permenkes yang baru untuk bisa menyalurkan Alat Kesehatan harus berbentuk Badan Hukum.

V.2 TENAGA KESEHATAN

Sumber daya 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 strategis di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2012 sebanyak 67.627 orang dengan proporsi terbesar adalah tenaga perawat sebanyak 28.596 orang (42,28%) dengan rasio 75,20 per 100.000 penduduk. Kemudian tenaga bidan 15.406 (22,78%) dengan rasio 40,51; dokter umum 5458 orang (8,07%) dengan rasio 14,35; dokter spesialis 3.785 orang (5,60%) dengan rasio 9,95; dokter gigi 2.095 orang (3,10%) dengan rasio 5,51. Untuk melihat jumlah tenaga kesehatan dan rasio per 100.000 penduduk keseluruhan dapat dilihat pada tabel 5.3 di bawah ini.

Tabel 5.3 Rekapitulasi Jumlah Tenaga Kesehatan Strategis
di Provinsi Jawa Timur Tahun 2012

No.	Jenis Tenaga Kesehatan	Jumlah	Persentase	Rasio per 100.000 Penduduk
1.	Dokter Spesialis	3.785	5,60	9,95
2.	Dokter Umum	5.458	8,07	14,35
3.	Dokter Gigi	2.095	3,10	5,51
4.	Bidan	15.406	22,78	40,51
5.	Perawat	28.596	42,28	75,20
6.	Apoteker	1.637	2,42	4,30
7.	Asisten Apoteker	4.261	6,30	11,21
8.	Ahli Gizi	1.667	2,46	4,38
9.	Kesehatan Masyarakat	1.179	1,74	3,10
10.	Sanitarian	1.364	2,02	3,59
11.	Analis Kesehatan	1.751	2,59	4,60
12.	Radiografer	428	0,63	1,13
Jumlah		67.627	100,00	177,84

Sumber :
Seksi P3SDMK, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

V.3 ANGGARAN KESEHATAN

Pembiayaan program dan kegiatan bidang kesehatan di Jawa Timur diperoleh dari berbagai sumber, di antaranya APBD yaitu APBD Provinsi maupun APBD kabupaten/kota; APBN yaitu dana Dekonsentrasi, Tugas Pembantuan (TP), Jamkesmas

Dasar, Jamkesmas Rujukan/PPK Lanjutan, Jaminan Persalinan (Jampersal) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) serta Bantuan Luar Negeri (BLN).

Anggaran Kesehatan keseluruhan bersumber APBD kabupaten/kota, APBD Provinsi, APBN dan Bantuan Luar Negeri (BLN) pada tahun 2012 adalah sebesar Rp.9.495.276.379.778,-. Dari anggaran tersebut, proporsi anggaran kesehatan yang bersumber dari dana APBD kabupaten/kota sebesar 60,79%, APBD Provinsi 22,13%, APBN 16,78% dan Bantuan Luar Negeri (BLN) 0,30%.

Anggaran kesehatan bersumber APBD kabupaten/kota dan APBD Provinsi Jawa Timur pada tahun 2012 adalah sebesar Rp.7.873.492.899.704,-. Anggaran ini meningkat 16,13% dibandingkan anggaran kesehatan pada tahun 2011. Dibandingkan dengan keseluruhan, maka persentase anggaran kesehatan bersumber APBD kabupaten/kota dan Provinsi Jawa Timur terhadap Anggaran Kesehatan keseluruhan adalah 82,92%.

Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanatkan kepada Pemerintah Provinsi dan kabupaten/kota untuk mengalokasikan minimal 10% APBD untuk belanja langsung kesehatan atau belanja program. Namun, untuk masing-masing kabupaten/kota masih bervariasi dalam mewujudkan amanat Undang–Undang ini. Secara rata-rata, persentase anggaran kesehatan kabupaten/kota terhadap total APBD kabupaten/kota adalah 10,82%. Anggaran APBD kesehatan Provinsi Jawa Timur terhadap total APBD Provinsi adalah 13,13%. Kesimpulannya bahwa secara rata-rata baik kabupaten/kota maupun Provinsi Jawa Timur telah dialokasikan lebih dari 10% untuk APBD Kesehatan.

Anggaran kesehatan bersumber APBN tahun 2012 adalah sebesar Rp.1.593.132.487.000,- meningkat 13,37% dibandingkan anggaran tahun 2011 karena adanya penambahan dana Dekonsentrasi, Tugas Pembantuan (TP), Jamkesmas Rujukan/PPK Lanjutan, Jaminan Persalinan (Jampersal), dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Kepesertaan masyarakat miskin Jawa Timur dalam program Jamkesmas sesuai kuota yang ditetapkan Kementerian Kesehatan RI sebanyak 10.710.051 jiwa sedang peserta dengan kepemilikan kartu sebanyak 10.557.230 jiwa, dan sisa kuota dapat dimanfaatkan oleh peserta Jamkesmas tanpa kartu seperti gelandangan, orang terlantar, penghuni panti sosial dan lain lain. Dalam penyelenggaraan program jamkesmas, peserta dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan berupa Jamkesmas dasar, Jampersal termasuk KB pasca persalinan dan Jamkesmas lanjutan. Data anggaran kesehatan dapat dilihat di *Lampiran Data Profil Kesehatan Tabel 79.*

BAB VI
PENUTUP

Penyediaan data dan informasi di bidang kesehatan yang berkualitas sangat diperlukan sebagai masukan dalam proses pengambilan keputusan di lingkungan pemerintahan, organisasi profesi, akademisi, swasta dan pihak terkait lainnya. Di bidang kesehatan, data dan informasi juga merupakan sumber daya strategis bagi pimpinan dan organisasi dalam penyelengaraan Sistem Informasi Kesehatan (SIK).

Namun, sangat disadari bahwa saat ini Sistem Informasi Kesehatan masih belum optimal dalam pemenuhan kebutuhan data dan informasi. Terlebih dalam masa desentralisasi (atau otonomi daerah) ini dimana proses pengumpulan data dan informasi dari kabupaten/kota atau lintas sektor relatif lebih sulit. Hal ini berimplikasi pada kualitas data dan informasi yang disajikan dalam Buku Profil Kesehatan ini masih belum sesuai dengan harapan. Walaupun demikian, Buku Profil Kesehatan ini diharapkan dapat memberikan gambaran keadaan kesehatan masyarakat Jawa Timur dan capaian kinerja pelayanan kesehatan yang telah dilakukan beserta aspek-aspek pendukung lainnya.

Buku Profil Kesehatan sering kali belum mendapatkan apresiasi yang layak, karena belum dapat menyajikan data dan informasi kesehatan sesuai yang diharapkan oleh pihak-pihak yang berkepentingan dan yang membutuhkan. Oleh karena itu, perlu adanya terobosan dan ide-ide baru dalam mekanisme penyusunan, baik dimulai dari masa pengumpulan data, proses validasi data serta dalam tahap analisa data, yang nantinya akan menghasilkan suatu publikasi data dan informasi pembangunan kesehatan, serta dapat membawa manfaat bagi dunia kesehatan di Jawa Timur dan Indonesia pada umumnya.

LAMPIRAN DATA

PROFIL KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR TAHUN 2012

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