

URUSAN KESEHATAN

1. DINAS KESEHATAN

1) Program Obat Dan Perbekalan Kesehatan

a) Tujuan Program

Menjamin ketersediaan, pemerataan, pemanfaatan, mutu, keterjangkauan obat dan perbekalan kesehatan serta pembinaan mutu makanan

b) Sasaran Program

Meningkatkan pengelolaan obat, perbekalan kesehatan dan makanan

c) Pagu dan Realisasi Program

Program Obat Dan Perbekalan Kesehatan dengan total anggaran sebesar Rp 19.255.785.000,00 dengan realisasi 16.525.524.144,00 atau sebesar 85,82% secara rinci realisasi perkegiatan yang terdiri dari realisasi anggaran dan capaian ukuran keberhasilan dapat dilihat pada Lampiran (Matrik Kolom 11)

d) Hasil Pelaksanaan Pembangunan

Hasil Pelaksanaan Program/Kegiatan sebagai berikut:

Pengadaan Obat dan Perbekalan Kesehatan

- Terlaksananya pengadaan obat dan alkes habis pakai untuk buffer, KLB, bakti sosial, vaksin dan alkes habis pakai untuk imunisasi. Pada tahun 2011 Pengadaan dapat terlaksana sesuai rencana, hal ini merupakan dampak dari pengelolaan obat yang dimulai dari perencanaan sampai dengan pengadaan yang dilakukan secara sungguh-sungguh dengan komitmen yang kuat serta koordinasi yang lebih antar program lintas program dan antar organisasi. Jika dibandingkan kegagalan pengadaan Obat Buffer dan Alat Kesehatan Habis Pakai dengan realisasi 0% pada tahun sebelumnya yaitu tahun 2010 tidak dapat melakukan kegiatan Pengadaan Obat Buffer dan Alat Kesehatan Habis Pakai untuk

pelengkap kebutuhan di UPT Dinkes Provinsi dan Penanggulangan Bencana dan KLB Pengadaan Obat Dinkes Provinsi.

- Sebanyak 76 orang Penanggungjawab/Pengelola Obat Instalasi Farmasi dan program Kefarmasian kab /kota di Jawa Timur telah berkoordinasi dalam upaya penyediaan obat sesuai kebutuhan dan upaya pengelolaan obat yang baik di Jawa Timur. Hasil meningkatnya kemampuan koordinasi petugas pengelola obat kab /kota dalam mengelola Gudang Farmasi, sehingga ketersediaan obat selalu terjaga dan terpenuhi sesuai kebutuhan.

- Terlaksananya koordinasi dalam upaya perencanaan kebutuhan untuk pelayanan kesehatan di RS khusus, BP4, dan BKMM (UPT)

Hasil meningkatnya kemampuan dan ketrampilan petugas pengelola obat dan pengelola program dapat merencanakan kebutuhan obat secara menyeluruh serta lebih mampu mengelola obat sesuai dengan kriteria untuk menjaga kualitas obat. Koordinasi lintas program dapat berjalan lebih baik untuk mendukung perencanaan dan pengelolaan obat.

- Sebanyak 40 orang pimpinan dan penanggungjawab industri Alkes & Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT) mendapat bimbingan & pengendalian sarana produksi Alkes dan PKRT dalam rangka sosialisasi harmonisasi regulasi ASEAN pada. Hasilnya tersosialisasinya penerapan harmonisasi Regulasi ASEAN di bidang alat kesehatan kepada industri alkes dan meningkatkan kemampuan produsen Alkes dan (PKRT). Dalam upaya pelaksanaan Harmonisasi ASEAN di Bidang Alkes untuk sarana industri, produsen harus mampu memproduksi alkes & PKRT yang memenuhi syarat keamanan & mutu juga mampu melaksanakan Cara Produksi Alkes & PKRT yang baik serta siap dalam menghadapi Harmonisasi Regulasi ASEAN. Di wilayah regional ASEAN untuk mencapai tujuan itu Negara anggota ASEAN bersepakat bahwa harus ada

kesamaan standar terhadap alat kesehatan yang di produksi yang diedarkan dan didistribusikan di wilayah ASEAN.

- Sebanyak 9 UPT provinsi Jawa Timur di RS khusus, BP 4 dan BKMM (UPT) pada RS Kusta Kediri, RS Paru Dungus, BP4 Pamekasan, BP4 Madiun , RS Paru Batu, RS Paru Jember telah dilakukan monitoring dan evaluasi terhadap pengelolaan dan pelayanan obat.
- Terlaksananya Pengadaan Alat kesehatan untuk Kab Ponorogo (Perubahan APBD)
- Terlaksananya Pengadaan alat Kedokteran Gigi yang merupakan kegiatan yang termasuk Perubahan Anggaran

Peningkatan Pemerataan obat dan Perbekalan Kesehatan

- 24 kab kota terpilih di Provinsi Jawa Timur telah dilakukan monitoring dan pendampingan aplikasi penggunaan software pengelolaan obat di kab kota.
- Sebanyak 216 orang penanggungjawab, pengelola obat puskesmas di 6 kabupaten terpilih yaitu kabupaten Jember, Banyuwangi, Kab Ponorogo, Kab Magetan, Kab Tulungaung & Kab Trenggalek telah dilakukan fasilitasi dalam upaya peningkatan kualitas pengelolaan obat dan pelayanan obat bagi petugas kesehatan di sarana pelayanan kesehatan dasar Hasil meningkatnya ketrampilan petugas pengelola obat di sarana pelayanan kesehatan dasar dalam hal pengelolaan dan pelayanan obat, agar obat yang diperuntukkan bagi masyarakat di unit-unit pelayanan kesehatan tetap terjamin ketersediaan dan mutunya.

Peningkatan Mutu pelayanan Farmasi Komunitas dan Rumah Sakit.

- Sebanyak 38 orang Petugas Dinas Kab Kota telah melakukan evaluasi pelaksanaan kefarmasian di puskesmas perawatan. Hasil diperoleh suatu persepsi yang sama tentang pelayanan kefarmasian sesuai dengan pedoman pelayanan kefarmasian di Puskesmas, tercapainya

15% puskesmas perawatan di provinsi Jatim telah melaksanakan pelayanan kefarmasian dikesepakatinya format pelaporan dari Binfar Kementerian Kesehatan dan dikirim tiap tiga bulan sekali .

- Sebanyak 32 Pedagang Besar Farmasi pada 16 Kab kota terpilih dilakukan monitoring dan asistensi untuk pelaporan dinamika obat. Inventarisasi masalah PBF dalam menerapkan sistem dinamika obat dengan menggunakan software, Solusi dan pengatasan masalah yang terkait dengan aplikasi software Sistem Pelaporan Dinamika Obat. Kegiatan tersebut berdasar dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku bahwa Pedagang Besar Farmasi (PBF) dan setiap cabangnya terdapat beberapa kewajiban yang harus diikuti, yaitu setiap tiga bulan wajib menyampaikan laporan tentang jumlah penerimaan dan penyaluran masing-masing jenis obat kepada Menteri Kesehatan RI dan Dinas Kesehatan Propinsi. Hasilnya kepatuhan melapor meningkat.
- Sebanyak 54 sarana di RS & Puskesmas pada 38 kabupaten kota di Provinsi Jawa Timur. Telah dilakukan monitoring dan evaluasi kegiatan Farmasi Klinik. Hasil diperoleh data pelayanan kefarmasian baik di rumah sakit, puskesmas, dapat memperoleh peta dan masalah yang dialami oleh sarana pelayanan kefarmasian.

Peningkatan mutu penggunaan obat dan perbekalan Kesehatan

- 38 petugas kab/kota hadir dalam pertemuan untuk berkoordinasi dalam rangka peningkatan pembinaan pengawasan dan pengendalian alkes dan PKRT. Hasil tersosialisasinya Permenkes yang baru di bidang alkes dan PKRT sebagai dasar melakukan pembinaan dan pengawasan agar petugas kab/kota mampu melaksanakan Bindalwas alkes dan PKRT di wilayah kerja masing masing .
- 240 Tokoh masyarakat (Toma) yang tersebar pada 8 kabupaten/kota terpilih hadir dalam fasilitasi permasalahan yang menyangkut dapatkan

gunakan simpan dan buang obat dengan benar (DAGUSIBU), Perbekalan Kesehatan rumah Tangga (PKRT) keracunan pada. Hasil masyarakat mengetahui dan mampu bertindak dengan benar terkait dengan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga dan hal-hal yang menyebabkan keracunan.

Pengembangan tanaman obat dan peningkatan promosi pemanfaatan obat bahan alam Indonesia

- 38 petugas kab/kota hadir pada pertemuan dalam rangka peningkatan pengetahuan, pembinaan, pengawasan dan pengendalian obat tradisional dan kosmetika bahan alam. Hasil komitmen petugas kabupaten kota dalam melaksanakan Bindalwas Obat Tradisional dan Kosmetika bahan alam.
- 38 petugas kab kota hadir dalam rangka pertemuan sosialisasi pelaksanaan harmonisasi regulasi ASEAN di bidang kosmetika. Hasil telah tersosialisasikan penerapan harmonisasi Regulasi ASEAN di Bidang Kosmetika dan meningkatnya pengetahuan dan kemampuan petugas kab/ kota dalam melaksanakan bindalwas di wilayahkerja masing-masing. Hal ini perlu di sosialisasikan sejak diberlakukan perapanaan Harmonisasi penilaian produk kosmetika di ASEAN untuk produk setelah dipasarkan atau Post Market Surveillance, adanya dokumen induk produk yang setiap saat harus siap diaudit & adanya penerapan notifikasi sebagai persyaratan edar suatu produk Kosmetika, serta penerapan seluruh aspek CPKB bagi industri kosmetika golongan A dan penerapan aspek dokumentasi dan hygiene sanitasi bagi Industri Kosmetika skala kecil golongan B.

Pengadaan Bahan Kimia dan Laboratorium

- Terlaksananya pengadaan buffer reagen, reagen TB, reagen IMS dan HIV dn reagen RDT sehingga mampu menyediakan bahan kimia berupa

buffer reagen, reagen TB, reagen IMS dan HIV dan reagen RDT sesuai kebutuhan.

Peningkatan mutu makanan dan minuman

- 38 Petugas kab/kota hadir pada pertemuan metode pembinaan makanan jajanan anak sekolah. Hasil meningkatnya pengetahuan petugas kab/kota tentang metode pembinaan pengolah jajanan anak sekolah dan petugas, mampu membina guru dan pengolah makanan jajanan anak sekolah sehingga makanan yang dibuat diolah dan dijual dilingkungan sekolah adalah makanan yang aman bermutu dan bergizi. Hal ini mengingat bahwa anak sekolah adalah generasi penerus bangsa yang wajib diperhatikan kesehatannya sementara tanpa disadari makanan jajanan anak sekolah ikut menentukan status kesehatan anak tersebut, di lapangan, anak sekolah yang mengkonsumsi makanan dengan bahan tambahan yang dilarang misal pewarna Rhodamin B yang banyak ditambahkan adalah, es sirup, cendol, arum manis, krupuk, cenil dll,
- Sarana penyalur Makanan minuman pada 20 kab/kota di Jawa Timur dilakukan kegiatan pemantauan makanan minuman menjelang Hari Raya Idul Fitri, Natal dan tahun baru dengan tujuan melindungi dan menghindarkan masyarakat mengkonsumsi produk makanan dan minuman yang tidak memenuhi syarat keamanan pangan pada waktu menjelang hari raya Idul fitri, natal dan tahun baru 2012 yang dilakukan. Hasilnya kegiatan tersebut meningkatnya peredaran produk makanan dan minuman yang memenuhi syarat kesehatan dan dapat meningkatkan kesadaran pengolah makanan dan minuman untuk mendaftarkan produknya ke Dinas Kesehatan Kab/Kota.
- Sebanyak 114 orang yang berasal dari 38 kab/kota se Provinsi Jawa Timur dari unsur Dinas Kesehatan kab/kota masing-masing 3 orang,

Dinas Perdagangan dan Perindustrian dan badan Perencanaan Anggaran kab/ kota hadir pada pertemuan lintas sektor dalam rangka masalah keamanan makanan minuman di Jawa Timur pada petugas kabupaten/kota yang mengelola program makanan dan minuman serta lintas sektor terkait. Tujuan meningkatnya pengetahuan kepada petugas lintas sektor kab/kota tentang cara penanggulangan masalah makanan minuman yang beredar baik lokal maupun import sehingga hasilnya kualitas dan keamanan produk makanan dan minuman yang beredar menjelang hari-hari besar terjamin, terumusnya upaya mengatasi permasalahan yang terjadi pada produk makanan dan minuman dan kualitas dan keamanan makanan jajanan anak sekolah dapat terjamin.

Pencegahan penyalahgunaan Narkotik, psikotropika dan Zat adiktif lainnya (napza)

- Terlaksananya pembuatan buku pedoman pengelolaan narkotika dan psikotropika RS sebagai acuan dalam pengelolaan narkotika dan psikotropika di rumah sakit sehingga tercapai suatu kesamaan persepsi dalam pengelolaan narkotika dan psikotropika di RS secara lebih tertib dan benar untuk mencegah kemungkinan terjadinya penyalahgunaan atau kebocoran dari jalur resmi ke jalur tidak resmi.
- 38 orang petugas Dinas Kab/kota hadir dalam evaluasi sistem pengelolaan narkotika dan psikotropika (SIPNAP) terfasilitasi penerapan software pelaporan narkotika dan psikotropika di unit pelayanan Kesehatan Kab/Kota dengan hasil pertemuan terevaluasinya pelaksanaan pelaporan narkotika dan psikotropika dengan menggunakan Software SIPNAP dan teridentifikasinya permasalahan sekaligus dapat terjawab dalam mengoperasikan software Sipnap dari masing masing kab/kota.

- Sebanyak 38 petugas kab/kota hadir pada Pembentukan jejaring pencegahan penyalahgunaan napza di jalur resmi pada dengan hasil adanya kesepakatan pencegahan penyalahgunaan napza di jalur resmi dan adanya komitmen untuk mengimplemetasikan dalam upaya pencegahan penyalahgunaan napza di jalur resmi
- Sebanyak 65 petugas Rekam Medis Rumah Sakit hadir dalam pertemuan koordinasi dan pemetaan kasus keracunan di RS dengan hasil dicapainya kesepakatan mekanisme pelaporan kasus keracunan dan efek samping obat makanan dan minuman dan bahan berbahaya, persepsi yang sama tentang tata cara pelaporan kasus keracunan
- Sebanyak 60 Rumah Sakit telah dilakukan monitoring dalam rangka pemetaan kasus keracunan obat makanan kosmetika alkes dan bahan berbahaya (OMKABA) RS pada jejaring anggota Sentra Informasi Keracunan Jatim

Peningkatan Pengembangan Balai Materia Medica

Hasil Pelaksanaan Program/Kegiatan sebagai berikut:

Semua kegiatan yang direncanakan pada tahun 2011 telah terlaksana 100% yaitu berupa :

- Sosialisasi Perkembangan Pemanfaatan tanaman obat bagi Guru UKS di Kabupaten/Kota telah dilaksanakan di 18 Kabupaten/Kota
- Pemetaan Kandungan Bahan Katif Tanaman Obat di 10 Kab/Kota telah dilaksanakan keseluruhan yaitu pemetaan 5 jenis tanaman obat.
- Eksplorasi tumbuhan obat asli Indonesia mendapatkan tambahan 78 jenis pada tahun 2011.
- Pameran Tanaman Obat di dalam Provinsi sebanyak 3 kali
- Seminar Kelompok Kerja Tumbuhan Obat Indonesia sebanyak 1 kali di dalam Provinsi dan 1 kali di Luar Provinsi.
- Pengamanan Kantor
- Pengadaan Alat dan Bahan Laboratorium Fitokimia.

e) Permasalahan dan Upaya Pemecahannya

Pengelolaan obat Publik

- Pengadaan sarana dan Prasarana pelengkap gudang farmasi Dinkes Prop Jatim belum dapat direalisasikan dikarenakan kinerja dan waktu yang tersedia belum bisa dioptimalkan.
- Pengadaan alat kesehatan dalam rangka pemberina pelayanan puskesmas Plus pustu layani kegawatdaruratan dan observasi belum dapat direalisasikan karena merupakan PAK sehingga waktu untuk memproses dan melakukan kegiatan pengadaan tidak dapat dilaksanakan
- Sistem pelaporan terpadu belum berjalan dengan baik dikarenakan perbedaan kebijakan di daerah dan Instrumen/software. Pencatatan dan pelaporan yang disediakan belum dapat diopersionalkan secara optimal
- Koordinasi antar program dalam rangka perencanaan dan pengelolaan obat satu pintu belum berjalan dengan baik dikarenakan adanya perbedaan persepsi antar program.

f) Upaya Pemecahan :

Konsultasi di ingkatkan dan koordinasi dijalin dengan berbagai stake holder terkait

Peningkatan Mutu pelayanan Farmasi Komunitas dan Rumah Sakit.

Permasalahan :

- Jumlah Apoteker di Rumah Sakit rata-rata belum sesuai standar,
- Kurangnya tenaga Apoteker di Puskesmas,
- Penanggung jawab Bidang kefarmasian di Dinkes Provinsi/ Kabupaten/ Kota bervariasi (bukan Apoteker)
- Struktur organisasi di daerah tidak seragam, dengan otonomi daerah sulit mendapatkan data pelayanan kefarmasian

Upaya Pemecahan :

- Pengembangan profesi berkelanjutan
- Peningkatan kerjasama lintas sektor dan lintas program
- Peningkatan mutu pelayanan kefarmasian di sarana pelayanan kesehatan
- Pengembangan dan penyempurnaan Norma, Standar, Pedoman dan Kriteria mengenai pelayanan kefarmasian di sarana pelayanan kesehatan
- Monitoring dan evaluasi pelayanan kefarmasian di sarana pelayanan kesehatan Kefarmasian di tingkatkan

Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga**Permasalahan :**

- Perubahan Regulasi Alkes dan PKRT yang tercantum pada Permenkes 1184 tahun 2004 tentang Pengamanan Alat Kesehatan dan PKRT menjadi Permenkes 1189 tahun 2010 tentang sertifikasi Produksi Alkes dan PKRT, Permenkes 1190 tahun 2010 tentang izin edar Alkes dan PKRT, Permenkes 1191 tahun 2010 tentang izin Penyalur Alat Kesehatan, menimbulkan resistensi pada pengusaha dan stake holder terkait terutama pada Permenkes 1191 tahun 2010 tentang izin penyalur alkes yang menghapus adanya Sub Penyalur Alkes.
- Issu Global yaitu masuknya barang atau produk Alkes dan PKRT secara illegal yang tidak memenuhi syarat mutu dan keamanannya.
- Kurangnya pengetahuan masyarakat tentang alkes dan PKRT yang layak untuk dikonsumsi.

Upaya Pemecahan :

- Perlu solusi yang lebih intens terhadap perubahan regulasi Alkes dan PKRT kepada seluruh stake holder terkait.

- Meningkatkan koordinasi lintas program dan Lintas sektor.
- Peningkatan pengetahuan masyarakat terhadap produk Alkes dan PKRT yang memenuhi syarat keamanan, mutu dan kemanfaatan

Pengembangan tanaman obat dan peningkatan promosi pemanfaatan obat bahan alam Indonesia

Permasalahan:

- Produk obat tradisional dan kosmetika masih ditemukan produk Obat Tradisional dan Kosmetika yang tidak memenuhi syarat diperedaran termasuk semakin banyaknya outlet obat kuat import hampir diseluruh kab/kota di Jatim.
- Adanya perubahan Regulasi terkait dengan terbitnya Peraturan pemerintah no 51 dan Permenkes Ri No: 889/Per/Menkes/V/2011 Tentang Registrasi, Izin Praktik, Dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian terjadi kesulitan mencari penanggungjawab teknis untuk Industri Kecil Obat Tradisional.
- Perubahan Regulasi terkait dengan terbitnya peraturan kosmetika PERMENKES kosmetika 1175 dan 1176 tahun 2010 tentang kosmetik dan Notifikasi terutama pada masyarakat konsumen produk kosmetika versi aturan baru belum dikenal sedang untuk produsen harus menerapkan CPKB (cara pembuatan Kosmetika yang baik dengan kendala pada SDM, Fasilitas dan Keuangan.

Upaya Pemecahan

- Meningkatkan program post marketing survailance produk obat tradisional dan kosmetik
- Meningkatkan koordinasi dengan BPOM dan dinas kesehatan kab/kota
- Sosialisasi regulasi kepada masyarakat lebih ditingkatkan.
- Dukungan terhadap produsen kosmetika terutama industri kosmetika skala UKM.

Peningkatan mutu makanan dan minuman

Permasalahan :

- Masih banyak di lapangan ditemui produk makanan tidak dilabel, no registrasi yang tidak sesuai dengan aturan, tidak mencantumkan kode produksi, alamat tidak lengkap, tidak mencantumkan tanggal kadaluarsa, komposisi yang dicantumkan tidak sesuai dengan isi, pencantuman halal tidak sesuai dengan ketentuan .
- Pada kegiatan pemantauan menjelang hari raya idl fitri, natal dan tahun baru dilokasi atau dilapangan beberapa pemilik toko yang tidak menerima bimbingan teknis produk yang didistribusikan tidak memenuhi syarat ada beberapa kaleng makanan yang sudah peyok, tidak diterima dengan baik tidak memperdulikan pembinaan yang dilakukan.

Upaya Pemecahan

- Meningkatkan pembinaan secara rutin sehingga dapat meningkatkan kesadaran akan bahaya yang diakibatkan makanan yang tidak aman dan berbahaya bagi kesehatan
- Untuk produsen di tingkatkan frekuensi pembinaan cara pembuatan makanan yang baik, pembinaan tata cara pendaftaran makanan, dan pelabelan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- Pendanaan untuk pembinaan makanan minuman di tingkat propinsi ditingkatkan dikaitkan dengan Peraturan Pemerintah Nomor 38 Nomor Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota terkait pembagian kewenangan tugas pokok dan fungsi antara pemeintah pusat, provinsi dan kabupaten kota.

Pencegahan penyalahgunaan Narkotik, psikotropika dan Zat adiktif lainnya (napza)

Permasalahan :

- Pada kegiatan penyusunan buku pedoman pengelolaan narkotika dan psikotropika di RS adalah sulitnya berkoordinasi dengan lintas sektor dan program sebagai tim penyusun dikarenakan keterbatasan menyamakan waktu dari masing-masing person untuk dafar akhir penyusun buku.
- Pada kegiatan evaluasi pelaporan pengelolaan narkotika dan psiotopika (SIPNAP) di kab/kota yaitu adanya mutasi petugas & Software dari pusat belum stabil dan optimal tidak semua dapat dioperasikan
- Pada kegiatan pembentukan jejaring pencegahan penyalahgunaan napza di era otonomi daerah kebijakan masing-masing kab/kota berbeda permasalahan berbeda terkendala dalam berkoordinasi

Upaya Pemecahan:

- Upaya komunikasi dan koordinasi ditingkatkan melalui berbagai cara dengan email untuk mempercepat penyusunan buku pedoman.
- Pendampingan dan pembinaan yang lebih intensif pada petugas kab/kota
- Meningkatkan komitmen dan koordinasi pada petugas kab/kota

2) Program Upaya Kesehatan Masyarakat

a) Tujuan Program

Meningkatkan akses, pemerataan dan kualitas pelayanan kesehatan melalui Rumah Sakit, Balai Kesehatan, Puskesmas dan jaringannya

b) Sasaran Program

- Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan ibu, bayi, anak, remaja dan lanjut usia serta kesehatan reproduksi
- Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya, balai kesehatan

c) Pagu dan Realisasi Program

Program upaya kesehatan masyarakat dengan total anggaran sebesar Rp 9.178.614.000,00 dengan realisasi 8.242.920.450,00 atau sebesar 89,81%. Secara rinci realisasi perkegiatan yang terdiri dari realisasi anggaran dan capaian ukuran keberhasilan dapat dilihat pada Lampiran (Matrik kolom 11)

d) Hasil Pelaksanaan Pembangunan

Pengobatan Gratis

Kegiatan Pengobatan gratis baru pada tahun 2011 mendapatkan alokasi anggaran secara khusus sehingga hasil pencapaiannya tidak bisa dibandingkan dengan hasil kegiatan tahun sebelumnya. Berdasarkan target ukuran keberhasilan yang sudah ditetapkan yaitu terlaksananya P3K pada kegiatan momentum hari besar dan Bhakti Sosial HUT Provinsi maka didapatkan target sudah terpenuhi. Hal ini tidak lepas dukungan dari lintas sektor yang mendukung pelaksanaan P3K.

Peningkatan Kesehatan Anak, Remaja dan Usila

- *Kab/kota melaksanakan pemeriksaan penjangkauan kesehatan siswa SD/MI dan setingkat oleh tenaga kesehatan/tenaga terlatih/guru UKS/dokter kecil mencapai target Provinsi (100 %).*

Kegiatan screening ini dilakukan pada setiap murid kelas 1 SD/MI/setingkat diawal tahun ajaran baru dengan tujuan untuk memisahkan anak yang sehat dan anak yang sakit untuk selanjutnya mendapatkan pelayanan kesehatan yang seharusnya. Capaian 100% harus tercapai dimana semua kab/kota telah melakukan screening dan semua murid baru kelas 1 SD/MI/setingkat telah dilakukan screening. Namun per November 2011 capaian sasaran masih mencapai 93.60%, hal ini disebabkan karena memang pelaksanaan dimungkinkan ada beberapa siswa yang pada saat pelaksanaan screening tidak masuk, dan kemungkinan penjadwalan screening ulang lagi tidak dimungkinkan

karena pelaksanaan screening tersebut yang dibutuhkan satu tim yang lengkap dari Puskesmas setempat yang terdiri dari Dokter, dokter gigi/perawat gigi, perawat, petugas gizi dan petugas laboratorium.

- *Kab/Kota melaksanakan pelayanan kesehatan peduli remaja sesuai standart (40%-15 kab/kota) yaitu setiap kab/kota mempunyai 4 Puskesmas PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja).*

Untuk menjadi seorang ibu yang sehat perlu persiapan fisik dan mental yang perlu dilakukan lebih dini yaitu dimulai sejak usia remaja. Permasalahan kesehatan remaja sangat kompleks, dari yang bersifat fisik sampai ke psikis semakin meningkat jumlahnya, misal seperti anemia, masalah kegemukan, masalah mental-kejiwaan seperti gangguan belajar, masalah perilaku berisiko seperti merokok, hubungan seks pra nikah hingga penyalahgunaan NAPZA dan terjangkit HIV/AIDS. Diharapkan dengan melalui Puskesmas PKPR permasalahan pada remaja dapat dikurangi atau bahkan dicegah. Dari data sampai dengan November 2011 di Jawa Timur sudah terbentuk Puskesmas PKPR di semua kab/kota (4 Puskesmas PKPR). Hal ini sudah melebihi dari target yang telah ditentukan (11 kab/kota). Namun jika ditinjau dari sasaran remaja, masih 54,25% remaja yang sudah mendapatkan layanan di Puskesmas PKPR. Ada beberapa hal yang menjadikan sebagai dasar kenapa capaian sasaran PKPR pada remaja masih 54,25% ditinjau dari 2 aspek rencana tindak lanjut yaitu aspek peningkatan mutu/kualitas dan peningkatan akses layanan kesehatan, antara lain yaitu:

- Sosialisasi keberadaan Puskesmas PKPR (apa saja yang bisa dilakukan oleh PKPR) kurang dilakukan sehingga remaja tidak tahu tentang Puskesmas PKPR yang ada di wilayahnya → peningkatan akses layanan ke masyarakat

- Sistem pelaporan/RR dan pemahaman terhadap definisi operasional RR yang kurang maksimal karena Puskesmas PKPR hanya mencatat layanan di dalam gedung tanpa pelayanan di luar gedung karena pemahaman definisi operasional RR yang sangat terbatas → peningkatan kualitas RR dengan sosialisasi definisi Operasional RR secara simultan/serentak.
 - Jejaring koordinasi dengan Lintas Sektor serta LSM remaja yang ada kurang maksimal yang seharusnya bisa dipergunakan sebagai forum rujukan tentang keberadaan PKPR → peningkatan akses layanan ke masyarakat
 - Optimalisasi dan konsistensi SDM yang ada terhadap keberadaan PKPR belum maksimal, sehingga karena keterbatasan tersebut menyebabkan kualitas layanan yang tidak maksimal pula → peningkatan kualitas dan kuantitas SDM
 - Konseling sebagai kebutuhan remaja belum disejajarkan dengan kemampuan SDM untuk hal tersebut → peningkatkan kualitas SDM
 - Sarana dan prasarana sebagai media KIE untuk remaja dan adanya kader remaja (peer educator) masih sangat terbatas, sehingga salah satu fungsi PKPR sebagai pusat info bagi remaja kurang diwujudkan → pemenuhan buku-buku info remaja, leaflet, poster, lembar balik, pembentukan peer educator remaja, dll.
- *Dilakukan pembinaan secara simultan dan berkesinambungan baik peningkatan aspek mutu/kualitas dan peningkatan akses layanan kesehatan layanan kesehatan secara bertahap di kab/kota tertentu dengan skala prioritas kab/kota yang telah disepakati.*

Dari uraian tersebut diharapkan pelaksanaan serta pengembangan program remaja di tahun mendatang adalah dititikberatkan pada hal-

hal yang ada pada poin peningkatan mutu dan peningkatan akses layanan kesehatan ke masyarakat sesuai dengan kemampuan daerah masing-masing dengan pembinaan secara langsung dari tingkat Provinsi dan Pusat dengan skala prioritas kab/kota yang telah disepakati.

- *Kab/Kota melaksanakan pelayanan kesehatan pralansia dan lansia sesuai target provinsi (20%-8 kab/kota), yaitu adanya minimal 2 puskesmas santun lansia di tiap kab/kota*

Dampak positif dari pembangunan di Jawa Timur adalah meningkatnya usia harapan hidup atau meningkatnya jumlah populasi penduduk usia lanjut. Menghadapi kondisi demikian perlu pengkajian terhadap permasalahan kesehatan pada lansia yang lebih mendasar dan sesuai kebutuhan untuk mewujudkan derajat kesehatan dan mutu mencapai masa tua yang bahagia dan berdaya guna dalam keluarga dan masyarakat. Puskesmas santun lansia merupakan sarana terdepan untuk mewujudkan hal tersebut. Keberadaan puskesmas santun lansia yang sudah ada di 23 kab/kota diharapkan bisa menyediakan layanan kesehatan yang santun lansia, namun capaian sasaran pra lansia dan lansia yang telah mendapatkan pelayanan kesehatan hanya mencapai 41,96% dari populasi lansia yang ada di Jawa Timur. Keberadaan puskesmas santun lansia di 23 kab/kota yang tidak sebanding dengan capaian sasaran lansia yang hanya 41,96% menimbulkan perlu upaya pengkajian yang serius akan permasalahan yang ada. Tinjauan masalah dari sisi program yang bisa ditampilkan adalah sebagai berikut:

- Sosialisasi keberadaan Puskesmas santun lansia secara Lintas Sektor dan Lintas Program kurang, sehingga layanan kesehatan belum terpusat pada Puskesmas Santun Lansia tapi masih menyebar →

Peningkatan akses yankes pada lansia terutama pada wadah-wadah kegiatan lansia yang ada di masyarakat

- Keterbatasan pedoman/panduan untuk membuat standartisasi layanan di puskesmas santun lansia → peningkatan mutu/kualitas
- Kualitas SDM yang perlu ditingkatkan sehingga puskesmas santun lansia benar-benar memberikan layanan yang memang dibutuhkan bagi lansia, untuk itu pemahaman/standartisasi puskesmas santun lansia perlu dilakukan terutama pada SDMnya untuk dapat memberikan layanan yang sesuai dengan kebutuhan lansia → pelatihan SDM Puskesmas untuk peningkatan mutu/kualitas.
- Sistem RR yang perlu diperjelas, karena beberapa kab/kota masih menampilkan data kunjungan dan bukan data sasaran; pencatatan yankes lansia hanya dilakukan pada lansia yang ada di Puskesmas sedangkan yang di RS atau layanan kesehatan yang lain tidak tercatat → koordinasi dengan sarana yankes yang lain bagi lansia
- Optimalisasi kader lansia yang ada di posyandu lansia perlu pembekalan untuk bisa melakukan tindakan awal untuk lansia rentan yang ada di masyarakat serta pembinaan pada kegiatan posyandu lansia yang ada di masyarakat → pelatihan bagi kader lansia
- Pemenuhan sarana prasarana bagi lansia, misal usila kit, KMS, media-media info yang bisa dipergunakan untuk memperluas cakupan capaian sasaran program lansia → penyediaan secara swadaya di masyarakat.
- *Perlu upaya-upaya inovatif yang didukung oleh kab/kota setempat untuk meningkatkan upaya pemberdayaan pada lansia yang bisa meningkatkan status kesehatan pada lansia serta cakupan sasaran pada lansia.*

Untuk pengembangan program inovatif lansia juga diupayakan pada 2 aspek yaitu peningkatan kualitas dan peningkatan akses untuk mendekatkan layanan kesehatan ke masyarakat. Pembinaan secara berkala dari tingkat provinsi maupun pusat sangat dibutuhkan sebagai upaya evaluasi pelaksanaan program.

Peningkatan Mutu dan Jangkauan Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas dan Jaringannya

Terdiri dari kegiatan

- Penyusunan Standar Puskesmas Rawat Inap Plus, Puskesmas Rawat Inap Standar, Pustu yang mampu melayani kegawatdaruratan dan observasi
- Inventarisasi Jumlah Puskesmas RI PLUS, Puskesmas Rawat Inap Standar, Pustu yang mampu melayani gadar dan observasi sesuai standar
- Pelaksanaan Operasional Puskesmas Plus, Puskesmas Rawat Inap Standar dan Pustu gadar dan observasi
- Penyediaan SDM sesuai kompetensi dan sarana prasarana di Puskesmas Plus, Puskesmas Rawat Inap Standar dan Pustu gadar dan observasi

Hasil Pelaksanaan Program/kegiatan diantaranya sebagai berikut:

- Tercetaknya Buku Standar Puskesmas Rawat Inap PLUS, Puskesmas Rawat Inap Standar, Pustu yang mampu melayani gadar dan observasi
- Monitoring Puskesmas Rawat Inap PLUS, Pusk. Rawat Inap Standar, Pustu yang mampu melayani gadar dan observasi yang sudah di SK kan Bupati/Kadinkes
- Monitoring Puskesmas RI PLUS, Puskesmas Rawat Inap Standar, Pustu yang mampu melayani gadar dan observasi tentang Pelayanan Kesehatan sesuai Standar.
- Pustu yang mampu melayani gadar dan observasi tentang keberadaan SDM sesuai kompetensinya.

Tabel 4.9
Indikator Kinerja Kegiatan Peningkatan Mutu dan Jangkauan
Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas dan Jaringannya
Tahun 2011

Indikator	Target tahun 2011	Jumlah yang ada	Capaian (%)
15% Puskesmas Rawat Inap yang ada menjadi Puskesmas Rawat Inap Plus (70) jml 469	15%	20	29%
6% Puskesmas Pembantu yang ada menjadi Puskesmas Pembantu layani Gadar dan observasi (136) jml 2273	6%	105	77%
30% Polindes yang berkembang menjadi Ponkesdes (1904) juml 5771	33%	2334	122%

Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu, Bayi, Balita Anak

Hasil Kegiatan Pembangunan s/d Bulan November sbb

- 27 kabupaten/kota cakupan persalinanan oleh tenaga kesehatan (PN) telah mencapai target (target sampai dengan Nopember 85%). Sementara target yang ditetapkan untuk dicapai tahun 2011 sebesar 32 kab/kota. Dari 5 kabupaten yang belum mencapai target tersebut, 4 kabupaten merupakan wilayah dengan IPM rendah
- 33 kabupaten/kota yang cakupan pelayanan Kunjungan Neonatus (KN Lengkap) telah mencapai target (target sampai dengan Nopember 87%). Sementara target yang ditetapkan untuk dicapai tahun 2011 sebesar 27, jadi telah mencapi target

Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Pelaksanaan Program/Kegiatan s/d Bulan September 2011 adalah Hasil sebagai berikut:

- 30 kabupaten/kota cakupan pelayanan KB aktif (CPR) > 70% (target 17 Kab/kota cakupan pelayanan KB aktif > 70% pada tahun 2011), walau

sudah memenuhi target tetapi hasil yang didapat masih perlu divalidasi ulang mengingat jumlah PUS yang dipakai sebagai denominator masih ada perbedaan antara BKKBN dan Dinkes

- 6 kabupaten/kota melakukan pelayanan konseling PMTCT/HIV pada ibu hamil yang ANC sesuai standart (target 4 Kab/Kota pada tahun 2011)

Perluasan Fungsi Pelayanan Polindes menjadi Ponkesdes Yang Melayani Kesehatan Dasar Dengan Menempatkan Tenaga Paramedis

Hasil Pelaksanaan Pembangunan

Hasil pelaksanaan program/kegiatan diantaranya adalah sebagai berikut :

- Penyusunan Standar Ponkesdes
- Pengidentifikasian Polindes menjadi Ponkesdes sebanyak 780
- Pembekalan 780 Perawat yang sudah mendapat pembekalan, dan menempati Ponkesdes yang sudah menerima bantuan alkes dan mebelair di 1613 Ponkesdes.

Peningkatan Pelayanan Kesehatan Khusus (indra, jiwa, olahraga, batra dan kesehatan kerja)

Berdasarkan hasil kinerja program didapatkan bahwa pelaksanaan program kesehatan indera tahun 2011 sebanyak 8 Kabupaten/kota, dibandingkan dengan tahun 2010 yang terlaksana di 7 Kabupaten/Kota maka ada peningkatan kinerja meskipun secara target belum terpenuhi (target 11 Kabupaten/Kota). Pelaksanaan program kesehatan jiwa tahun 2011 telah terlaksana di 6 Kabupaten/kota. Hasil ini sedikit mengalami kenaikan dibandingkan tahun 2010 yaitu 5 kabupaten/kota. Dibandingkan target program kesehatan jiwa tahun 2011 (7 Kabupaten/Kota) masih belum terpenuhi. Program kesehatan olah raga pada tahun 2011 telah terlaksana di 9 Kabupaten/Kota. Hasil ini menunjukkan adanya peningkatan yang cukup signifikan dibanding hasil pada tahun 2010 (3

kabupaten/kota). Bila mengacu pada target program kesehatan olahraga tahun 2011 (7 kabupaten/kota) maka target sudah terlampaui.

Program kesehatan khusus lainnya adalah program pengobatan tradisional, pada program ini pencapaian tahun 2011 adalah 15 Kabupaten/Kota sementara target tahun 2011 adalah 11 Kabupaten/Kota. Dibandingkan dengan pencapaian tahun 2010 adalah 7 Kabupaten/kota ada peningkatan yang cukup signifikan. Program kesehatan khusus yang terakhir adalah program kesehatan kerja. Pada program kesehatan kerja ini target tahun 2011 adalah terlaksananya program kesehatan kerja di 19 Kabupaten/Kota dan sudah tercapai 18 Kabupaten/Kota. Pencapaian kegiatan kesehatan kerja pada tahun 2010 adalah 14 Kabupaten/Kota

Peningkatan Mutu Pelayanan dan Jangkauan Kesehatan Penunjang (UTD, laboratorium, radiomedik, bengkel Alkes)

Hasil Pelaksanaan Kegiatan :

Kegiatan ini bertujuan untuk merealisasikan koordinasi dan monitoring evaluasi program penunjang pelayanan kesehatan dasar, serta terpeliharanya Alkes dengan baik, dengan sasaran Alkes Puskesmas, UTD, Lab. Adapun hasil pelaksanaannya dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 4.10

Capaian Kinerja Kegiatan Bengkel Alkes

NO	KEGIATAN	TAHUN 2011		
		Target	Yg dilayani	%
1	Pelayanan Alkes	95	26	27

Tabel 4.11

Capaian Kinerja Kegiatan UTD Terakreditasi

NO	KEGIATAN	TAHUN 2011		
		Target	Yang diakreditasi	%
1	Koordinasi dan Akreditasi	4	3	75

Tabel 4.12
Capaian Kinerja Kegiatan Laboratorium Terakreditasi

NO	KEGIATAN	TAHUN 2011		
		Target	Yang diakreditasi	%
1	Akreditasi Labkesda	3	1	33
2	Koordinasi dan Akreditasi	29	5	17

Kegiatan Peningkatan Kesehatan Penduduk Miskin, Daerah Tertinggal dan Terpencil di Puskesmas dan Jaringannya

Kegiatan ini bertujuan meminimasi keluhan tentang pelayanan kesehatan pada penduduk miskin, daerah terpencil dan tertinggal di Puskesmas dan jaringannya dan tertangani pelayanan kesehatan yang bermutu. Gambaran hasil kegiatan ini terlihat dalam tabel berikut :

Tabel 4.13
Indikator Kinerja Kegiatan Peningkatan Kesehatan Penduduk Miskin, Daerah Tertinggal dan Terpencil di Puskesmas dan Jaringannya Tahun 2011

Indikator	Target tahun 2011	Jumlah yang ada	Capaian (%)
70% Puskesmas yang melaksanakan pelayanan untuk maskin	70%	100%	100%
25% Puskesmas yang menyelenggarakan PONED memenuhi standar mutu (238) Jml Pusk. 951	25%	251	105.0%
30% Puskesmas mempunyai UGD 24 Jam (286) jml UGD 2273	30%	304	106.%
10% Puskesmas terlayani mobil bengkel servis alat kesehatan (95) Jml 951	10%	38	40%
10% UTD, Laboratorium memenuhi standar mutu (terakreditasi)(3,8) jml 38 kab. Kota	10%	3	79%
70% keluhan masyarakat miskin yang berobat gratis di Puskesmas seluruh kab/kota tertangani	70%	100%	100%

Indikator	Target tahun 2011	Jumlah yang ada	Capaian (%)
20% Puskesmas di daerah tertinggal dan terpencil melakukan pembinaan keluarga rawan (69) jml 348	20%	31	45%
10% Kab/kota menerapkan sistem keuangan di Puskesmas berdasarkan kapitasi berbasis kinerja 39 kab. Kota	10%	0	0%
20% Kab/kota menerapkan standar pelayanan minimal berdasarkan citizens charter / kontrak layanan (190) jml 951	20%	31	16%
15% Puskesmas Rawat Inap yang ada menjadi Puskesmas Rawat Inap Plus (70) jml 469	15%	20	29%
6% Puskesmas Pembantu yang ada menjadi Puskesmas Pembantu layani Gadar dan observasi (136) jml 2273	6%	105	77%
30% Polindes yang berkembang menjadi Ponkesdes (1904) juml 5771	33%	2334	122%

e) Permasalahan dan Upaya Pemecahannya

Peningkatan Mutu dan Jangkauan Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas dan Jaringannya

Permasalahan :

- Belum terklasifikasinya tingkat kemampuan pelayanan di Puskesmas
- Kualitas dan kuantitas SDM, sarana, prasarana tiap Kab. Kota berbeda
- Kurangnya koordinasi rujukan dari Puskesmas ke Rumah Sakit atau sebaliknya.

Kesehatan ibu, bayi, balita dan anak pra sekolah.

- **Ketersediaan sarana, prasarana dan petugas kesehatan**
 - Rendahnya dukungan pembiayaan program kesehatan ibu dan anak di kabupaten/kota

- Ketersediaan alat terkait pelayanan kesehatan ibu dan anak belum optimal, terbatasnya/tidak berfungsi optimalnya: incubator, ventilator, CPAP, serta dana operasionalnya.
- Sebanyak 37,38% Bidan di desa sebagai bidan penanggung jawab wilayah tidak menempati desanya (beberapa penyebab: tidak tersedianya bangunan untuk tempat tinggal, geografi yang sulit; tidak ada lampu penerangan; tidak adanya koordinasi dengan Dinas Kesehatan saat mutasi petugas)

- **Kualitas Pelayanan Kesehatan**

- Kompetensi bidan dalam penyelenggaraan pelayanan belum optimalkan , dimana salah satu penyebabnya adalah minimnya bekal ketrampilan klinis pada masa pendidikan.
- Sebanyak 45,04% bidan belum terlatih APN, dan 43,05% tidak memiliki bidan KIT dari alokasi pemerintah, ketersediaan dari swadana bidan.
- Terkait kesehatan anak, bidan yang belum terlatih Asfiksia: 66,81% BBLR:82,88 %; MTBS:61,50% , SDIDTK:61,5%.

- **Manajemen**

- Menjamurnya institusi pendidikan bidan yang tidak memperhatikan kualitas pendidikan dengan mengabaikan kecukupan dan kualitas lahan praktek.
- Sistem pengangkatan dan penempatan Bidan PNS di Kabupaten/Kota yang tidak melibatkan jajaran Dinas Kesehatan sehingga bidan yang diangkat terkadang tidak kompeten.

- **Masyarakat:**

- 3% persalinan masih dilakukan oleh dukun perlu diwaspadai penolong pertama oleh dukun akan memperpanjang mata rantai rujukan bila terjadi gawat darurat.

- Pengambilan keputusan rujukan yang tidak tepat dan cepat.

Kesehatan reproduksi dan keluarga Berencana.

- **Ketersediaan sarana, prasarana**

- Kecilnya/tidak adanya anggaran untuk program KB maupun PMTCT di Dinkes Kabupaten/kota
- Distribusi alokasi yang tidak merata dan tidak sesuai
- Jumlah ABPK PMTCT yang tidak memadai
- Belum semua Puskesmas bahkan Kab/Kota memiliki klinik VCT

- **Kualitas Pelayanan Kesehatan**

Kompetensi petugas kesehatan (dokter dan bidan) dalam memberikan konseling KB maupun konseling PMTCT masih belum optimal

- **Manajemen**

- Sistem pencatatan dan pelaporan KB maupun PMTCT masih belum benar
- Definisi operasional KB masih belum faham
- PUS yang dipakai untuk denominator pencapaian KB aktif masih belum ada kesepakatan yang jelas

- **Masyarakat:**

- Pengambilan keputusan untuk ber KB kurang tepat (tidak sesuai kebutuhan)
- Belum semua bumil yang ANC mau dilakukan konseling PMTCT
- Stigma dan deskriminasi tentang HIV di masyarakat

Peningkatan Pelayanan Kesehatan Khusus

- Program Khusus merupakan program pengembangan selain Program wajib di Puskesmas, sehingga lebih bersifat inovatif dan unggulan dari beberapa Puskesmas di Kab/Kota yang ingin mengembangkan, sehingga Program Khusus ini tidak dikembangkan secara menyeluruh di 38 Kab/Kota

- Masih belum maksimalnya kerjasama lintas program dan lintas sektor terkait pengembangan program khusus
- Sistem Pelaporan (format, alur pelaporan, indikator) masih belum berjalan dengan optimal
- Anggaran dana dari APBD dan APBN yang amat terbatas khususnya dalam hal penguatan sistem baik ditingkat provinsi maupun kab/kota

Peningkatan Mutu Pelayanan dan Jangkauan Kesehatan Penunjang (UTD, laboratorium, radiomedik, bengkel Alkes)

Permasalahan :

- Pengelolaan Alkes yang tidak baik, terbukti dengan banyaknya Alkes di gudang, karena kurangnya SDM yang berkompeten dan tidak dikalibrasi.
- UTD bukan organisasi Pemerintah, sehingga SDM, Alat, sarana terbatas.
- Besarnya biaya akreditasi laboratorium menjadi kendala bagi lab. Swasta dan pemerintah.
- Sangat variatifnya kebijakan masing-masing daerah, mengakibatkan beberapa program seperti Pembinaan dan Pengawasan perijinan, akreditasi UTD, Lab., tidak masuk program prioritas sehingga kegiatan ini terabaikan.

Kegiatan Peningkatan kesehatan penduduk miskin, daerah tertinggal dan terpencil di Puskesmas dan jaringannya

Permasalahan

- Belum adanya buku panduan tentang pelaksanaan Perkesmas untuk keluarga rawan terpencil dan tertinggal
- Pelaksanaan Perkesmas yang berbeda
- Tidak adanya data/laporan tentang Daerah terpencil dan tertinggalan

f) Upaya Pemecahan Permasalahan

Kesehatan ibu, bayi, balita dan anak pra sekolah.

Upaya Pemecahan Permasalahan sbb :

- Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan Kesehatan Ibu & anak
 - Pertemuan koordinasi dalam mendukung pencapaian IPKM di kabupaten dengan IPM rendah
 - Peningkatan ketrampilan klinis petugas (manajemen BBLR, Manajemen asfiksia, review penanganan komplikasi kebidanan dan neonatal)
 - Pengembangan pelaksanaan ANC terpadu dalam penapisan penyebab non obstetric.
 - Membangun kemitraan yang efektif
 - Membangun forum rantai rujukan yang dibagi dalam 8 wilayah sebagai bentuk implementasi dari Pentaloka secara regional wilayah.
 - Membangun dukungan mitra terkait pada kegiatan kemitraan bidan dengan dukun
 - Mendorong pemberdayaan perempuan, keluarga dan Masyarakat
 - Pengembangan klas ibu hamil, dan klas Balita
 - Kelembagaan desa siaga "P4K"
 - Mengoptimalkan pemanfaatan buku KIA
- Meningkatkan
 - Sistem surveilans
 - Monitoring dan informasi KIA

Peningkatan Mutu dan Jangkauan Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas dan Jaringannya

Pemecahan Masalah

- Sosialisasi Standar Puskesmas RI Plus, Standar, dan Pustu Gadar dan Observasi
- Menyediakan SDM, sarana, prasarana di Puskesmas yang memadai
- Sosialisasi Standar rujukan pasien dari Puskesmas ke Rumah Sakit atau sebaliknya.

Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana

Upaya Pemecahan Permasalahan

- Program Keluarga Berencana
- Advokasi kab/kota dalam pelayanan KB
- Kordinasi antar lembaga melalui kegiatan komisi kespro
- Koordinasi dengan BKKBN, Badan PP dan KB serta Depkes dalam pemenuhan alokon atau melalui JKK (Jaminan ketersediaan kontrasepsi)
- KB mandiri dipromosikan untuk mengcover quota di luar Jamkesmas dan Jamkesda
- Peningkatan kompetensi petugas dalam konseling KB dengan ABPK KB
- Penyuluhan KB pasca bersalin/aborsi dalam P4K digiatkan
- Pengadaan buku pedoman dan register KB
- Bimbingan tehnis dan monev
- Program PMT-CT
- Advokasi pimpinan instansi
- Sosialisasi baik pada masyarakat maupun petugas
- Peningkatan kompetensi petugas dalam konseling PMTCT
- Koordinasi lintas sektor melalui jejaring
- Membuat buku pedoman pelayanan PMTCT dan ABPK PMTCT

- Membuat sistem rujukan
- Bimbingan teknis dan MONEV

Pelayanan Kesehatan Khusus

Upaya pemecahan masalah yang bisa dilakukan antara lain :

- Advokasi terkait penganggaran untuk kegiatan Program Khusus
- Meningkatkan Koordinasi Lintas Program dan Lintas Sektor
- Mendorong Inovatif Pengembangan yang disesuaikan dengan kondisi Kab/Kota
- Optimalisasi Pencatatan dan Pelaporan sebagai Evaluasi Program

Peningkatan Mutu Pelayanan dan Jangkauan Kesehatan Penunjang (UTD, laboratorium, radiomedik, bengkel Alkes)

Upaya Pemecahannya :

- Mengadakan program pemeliharaan Alkes dan kalibrasi alkes
- Memberikan pelatihan, dan koodinasi lintas sektor.
- Sosialisasi Akreditasi laboratorium
- Peningkatan peran Kab./Kota dalam memenuhi dana Pelatihan, pengadaan SDM kompeten, Alat, sarana, prasarana, serta memacu peran daerah untuk kegiatan pengawasan, pembinaan, dan perijinan UTD, Lab.

Kegiatan Peningkatan kesehatan penduduk miskin, daerah tertinggal dan terpencil di Puskesmas dan jaringannya

Pemecahan masalah:

- Membuat buku pedoman keluarga dacill dan sosialisasi dengan pertemuan dan Pelatihan
- Advokasi agar Kab./kota memberikan laporan data valid
- Melakukan biimtek agar keseragaman pelaksanaan program ini.

3) Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

a) Tujuan Program

Memberdayakan individu, keluarga, dan masyarakat agar mampu menumbuhkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) serta mengembangkan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM)",

b) Sasaran Program

Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran untuk berperilaku hidup bersih dan sehat serta pemberdayaan masyarakat ke arah kemandirian

c) Pagu dan Realisasi Program

Program promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dengan total anggaran sebesar Rp 3.851.279.000,00 dengan realisasi 3.244.707.750,00 atau sebesar 84,25%, secara rinci realisasi perkegiatan yang terdiri dari realisasi anggaran dan capaian ukuran keberhasilan dapat dilihat pada Lampiran (Matrik kolom 11)

d) Hasil Pelaksanaan Pembangunan

Hasil pelaksanaan program/kegiatan diantaranya adalah sebagai berikut :

Kegiatan Pengembangan media promosi dan informasi sadar hidup sehat.

- Diperolehnya evaluasi kegiatan tahun lalu dan inventarisasi perencanaan tahun yang akan datang yang dilaksanakan oleh Kab/Kota se Jawa Timur.
- Diperolehnya kesepakatan dalam memanfaatkan materi media promosi kesehatan antar program di lingkungan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- Tersebarluaskannya informasi kesehatan dan hasil-hasil pembangunan bidang kesehatan melalui berbagai media.
- Diperolehnya Hasil Survey PHBS tatanan Rumah Tangga.

- Capaian pelaksanaan Survey PHBS tatanan Rumah Tangga selama Tahun 2011 dari 18 Kabupaten/Kota mencapai 71,9%. Hal ini belum menunjukkan hasil yang sesuai dengan kondisi di lapangan mengingat 20 Kab/Kota yang lain belum melaporkan hasilnya.
- Terkoordinasinya model pengembangan media promosi kesehatan program prioritas di 8 Kabupaten IPM. Dalam kesepakatan bahwa dari 8 Kabupaten IPM mengusulkan media sebagai mana pada lampiran.

Kegiatan Pengembangan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM).

- Diperolehnya data dan perkembangan berbagai UKBM yang terstrata sesuai tingkatannya.
- Terlatihnya Kader Poskestren Binaan sebanyak 152 Kader/Santri Husada, dan terlatihnya pembina Poskestren sebanyak 76 petugas Puskesmas serta 38 petugas Kabupaten/Kota.
- Kegiatan ini menambah jumlah terbentuknya Poskestren di Jawa Timur. Dari sejumlah Pondok Pesantren yang ada sebanyak 4.226 Pondok Pesantren yang membentuk Poskestren sebanyak 732 Poskestren (17,32%) di tahun 2010. Pada tahun 2011 menjadi 808 Poskestren (19,12%). Poskestren yang terbentuk mengalami peningkatan sebanyak 1,80% walaupun belum memenuhi target yang diinginkan. Target Renstra tahun 2011 sebesar 22%.
- Tersosialisasinya kegiatan Poskestren pada Lintas Sektor Kabupaten (Kementrian Agama Kab/Kota se Jatim) dalam melakukan pembinaan Poskestren di masing-masing Kab/Kota.
- Terevaluasinya kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat tahun 2010 di 38 Kab/kota serta tersosialisasinya rencana kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat tahun 2011 di 38 Kab/Kota.

- Adanya koordinasi antara Pimpinan SBH di Tingkat Daerah dengan Tingkat Cabang se Jatim.
- Adanya hasil penilaian profil pangkalan Saka Bakti Husada berprestasi yaitu :

Juara I	: Kabupaten Pamekasan
Juara II	: Kabupaten Magetan
Juara III	: Kabupaten Trenggalek
Juara Harapan I	: Kabupaten Ngawi
Juara Harapan II	: Kabupaten Gresik
Juara Harapan III	: Kabupaten Banyuwangi
- Terselenggaranya pembekalan dan terkirimnya Kontingen SBH Jawa Timur sebagai peserta dalam rangka mengikuti Pertinas IV Saka Bakti Husada di Provinsi Gorontalo dengan prestasi Juara I Lomba Penyuluhan, Juara I Lomba Cerdas Cermat dan sebagai Juara Umum.

Kegiatan ini menjadi daya ungkit Kab/Kota dalam membentuk Kwarran SBH di Jawa Timur. Tahun 2011 jumlah Kwarran yang terbentuk sebanyak 339 Kwarran. Dibandng dengan tahun 2010 sebanyak 290 Kwarran. Target Renstra untuk Kwarran SBH yang terbentuk sebanyak 34%.

Pengembangan dan Revitalisasi Posyandu dan Desa Siaga

- Adanya kesepakatan rencana kerja dan tupoksi dari masing-masing unsur Tim Pokjanal Posyandu di tingkat Provinsi.
- Meningkatnya kuantitas dan kualitas Kader Posyandu melalui kegiatan :
- Meningkatnya sarana Posyandu berupa :

Dacin	: 125 buah yang tersebar di 8 Kabupaten
IPM	
Panggung Boneka	: 26 Kab/Kota di Jawa Timur.

- Pelaksana dan pembina Posyandu sejumlah 380 orang mampu melaksanakan dan meningkatkan pengelolaan Posyandu dengan menggunakan format tingkat perkembangan Posyandu di 38 Kab/Kota.
- Penggandaan Buku pegangan Kader UPGK sebanyak 1.090 buku yang disebar ke 38 Kab/Kota.
- Meningkatnya koordinasi dan dukungan Tim Pembina Desa Siaga lintas program Dinas Kesehatan Jawa Timur serta Lintas Sektor di 38 Kab/Kota dalam pengembangan Desa Siaga Aktif.
- Meningkatnya kuantitas dan kualitas Kader Desa Siaga melalui kegiatan penguatan SDM penggerak Desa Siaga sebanyak 320 Kader di 80 desa pada 8 Kabupaten IPM.
- Terbentuknya Desa Siaga Percontohan di 8 Kabupaten IPM masing-masing 1 desa.
- Termanfaatnya buku saku pedoman pengembangan Desa Siaga bagi Kader sebagai media untuk melakukan sosialisasi sebanyak 3.747 buah yang didistribusikan ke 38 Kab/Kota se Jawa Timur.

e) Permasalahan dan Upaya pemecahannya :

Pengembangan media promosi dan informasi sadar hidup sehat.

Permasalahan :

- Inventarisasi program yang akan dipromosikan sudah berjalan tetapi belum optimal.
- Koordinasi Lintas Program belum maksimal
- Spesifikasi dan beberapa design media promosi sudah terperinci tetapi perlu koreksi.

- Kurangnya koordinasi yang baik antara bagian program dengan panitia pengadaan media.

Pengembangan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM).

Permasalahan :

- Masih minimnya pembinaan maupun pelaksanaan dalam pengumpulan data.
- Pada pelatihan Kader/Santri Husada tidak semua Pondok Pesantren menindak lanjuti dengan membentuk Poskestren sesuai standard.
- Kurangnya Koordinasi Lintas Sektor khususnya dengan Kementerian Agama dalam pembinaan Poskestren.
- Masih kurangnya koordinasi pembentukan dan pembinaan Kwaran Saka Bakti Husada di Jawa Timur.
- Masih kurangnya pemahaman materi–materi program oleh pembina dalam kegiatan Saka Bakti Husada (SBH).

Pengembangan dan Revitalisasi Posyandu dan Desa Siaga

Permasalahan :

- Peran dan fungsi Tim Pokjnal Posyandu belum optimal.
- Pembinaan dalam bentuk monitoring dan evaluasi terpadu yang dilaksanakan oleh Tim Pokjnal belum terkoordinasi dengan baik.

f) Upaya pemecahannya :

Pengembangan media promosi dan informasi sadar hidup sehat.

Pemecahan :

- Mengoptimalkan inventarisasi semua substansi program yang akan dipromosikan.
- Mengoptimalkan koordinasi LP & LS dalam rangka mempromosikan program–program kesehatan secara keseluruhan (komprehensif) dan berkelanjutan (terintegrasi).

- Design promosi dengan menggunakan pihak ketiga dalam rangka promosi program perlu peningkatan koordinasi yang lebih intensif lagi.
- Menyusun program secara terintegrasi antara pemegang program dan panitia pengadaan media.

Pengembangan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM).

Pemecahan :

- Pendataan yang lebih optimal terkait kegiatan Mapping UKBM & Promosi Kesehatan.
- Diberikan bantuan transport untuk Kader/Santri Husada dalam proses pembentukan Poskestren yaitu kegiatan Survey Mawas Diri (SMD) dengan pendampingan dari Dinkes Kab/Kota & Puskesmas melalui APBD tahun depan.
- Meningkatkan koordinasi baik Lintas Program maupun Lintas Sektor dalam pembinaan program Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat.
- Meningkatkan koordinasi Pimpinan Saka Bakti Husada baik di Tingkat Daerah maupun Cabang se Jawa timur.
- Meningkatkan upaya pembinaan terhadap Pangkalan Satuan Karya Bakti Husada oleh Pimpinan Saka Bakti Husada dengan memberikan motivasi dan reward melalui penilaian/seleksi terhadap pangkalan Saka Bakti Husada Berprestasi yang berkesinambungan.

Pengembangan dan Revitalisasi Posyandu dan Desa Siaga

Pemecahan :

- Pelaksanaan monev terpadu Tim Pokjanal Posyandu secara berkala dibawah Koordinasi Bapemas.

- Agenda Pembinaan Posyandu oleh Tim Pokjanal Posyandu dilaksanakan secara berkala.

4) Program Perbaikan Gizi Masyarakat

a) Tujuan Program

Meningkatkan kesadaran gizi keluarga dalam upaya meningkatkan status gizi masyarakat

b) Sasaran Program

Meningkatkan keluarga sadar gizi dan perbaikan gizi masyarakat

c) Pagu dan Realisasi Program

Program perbaikan gizi masyarakat total anggaran sebesar Rp 9.716.460.000,00 dengan realisasi 3.056.368.820,00 atau sebesar 31,46% secara rinci realisasi perkegiatan yang terdiri dari realisasi anggaran dan capaian ukuran keberhasilan dapat dilihat pada Lampiran (Matrik kolom 11)

d) Hasil Pelaksanaan Pembangunan

Penanggulangan Kurang Energi dan Protein (KEP), Anemia Gizi Besi, Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY), Kurang Vitamin A dan Kekurangan Zat Gizi Mikro Lainnya.

- Terbentuknya TFC untuk perawatan gizi buruk
- Pertemuan Antropometri sesuai standar WHO
- Monev pasca pelatihan gizi buruk
- Pengadaan Buku Rencana Akzi Pembinaan Gizi (RAPG)
- Intervensi gizi PMT Pemulihan Balita Gizi Buruk
- Intervensi Gizi Daerah bencana
- Pertemuan Penanggulangan Anemia dan Kurang Vitamin A
- Pertemuan Koordinasi Penanggulangan GAKY
- Konseling Gizi bagi petugas untuk calon jemaah haji
- Pembinaan teknis program gizi

- Pertemuan gizi pondok pesantren
- Peningkatan kapasitas gizi klinik bagi petugas
- Monitoring Garam Beryodium di Kab. Ponorogo
- Desiminiasi Informasi Gizi
- Pembentukan TFC di Kab. Ponorogo
- Pengadaan Garam Beryodium untuk masyarakat Ponorogo

Tabel 4.14
Hasil Pencapaian Indikator Kinerja Gizi Tahun 2011

NO	INDIKATOR	PENCAPAIAN		
		2009	2010	Sd Okt 2011
1	Persentase balita gizi buruk yang mendapat perawatan.	100 %	100 %	100 %
2	Persentase bayi usia 0-6 bulan mendapat ASI Eksklusif.	31,7 %	67 %	58 %
3	Cakupan RT yg mengonsumsi garam beryodium.	83,7 %	85,3 %	-
4	Persentase 6-59 bulan dpt kapsul vitamin A.	88,2%	89,25%	85,27 %
5	Persentase ibu hamil mendapat Fe 90 tablet.	82,1 %	80,2%	70,2 %

- Persentase balita gizi buruk yang mendapat perawatan di Jawa Timur, sejak tahun 2009 sampai dengan 2011 telah mencapai 100%. Hal ini bisa terjadi karena setiap ditemukan kasus gizi buruk, para petugas gizi puskesmas akan segera menindak lanjuti dengan melakukan penanganan/perawatan terhadap kasus tersebut, sehingga tidak ada satu kasus balita gizi buruk yang ditelantarkan tanpa diberikan penanganan/perawatan. Oleh karena itu hasilnya bisa mencapai 100% setiap tahun.
- Cakupan Rumah Tangga yang mengonsumsi garam beryodium. Tahun 2011, di Jawa Timur tidak dilakukan monitoring garam beryodium, sehingga tidak ada data yang bisa dianalisa. Jika diasumsikan bahwa

keadaan tahun 2011 sama dengan tahun 2010, yaitu sebesar 85,3% maka pencapaiannya sedikit dibawah target yang telah ditetapkan oleh Kemenkes sebesar 90% pada tahun 2014. Tetapi jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya yaitu tahun 2009 sebesar 83,7%, maka ada sedikit peningkatan yaitu sebesar 1,6%.

- Persentase balita (6-59 bulan) mendapat kapsul vitamin A. Sejak tahun 2009 sd 2011, pencapaian pemberian kapsul vitamin A untuk balita relative stabil pada kisaran 85% s/d 90%. Tahun 2009 sebesar 88,2%, tahun 2010 meningkat menjadi 89,3% dan tahun 2011 sebesar 85,3%. Dibandingkan target dari Kemenkes sebesar 90% pada tahun 2014, pencapaian di Jawa Timur masih sedikit berada dibawah target, tetapi tidak terlalu jauh. Untuk meningkatkan cakupan agar mencapai target, maka perlu lebih banyak bekerjasama dengan pihak lain, baik lintas program dan lintas sektor, maupun LSM dan organisasi kemasyarakatan lainnya.
- Persentase ibu hamil mendapat Fe 90 tablet. Angka persentase ibu hamil yang mendapat tablet Fe dihitung secara kumulatif dari Januari s/d Desember. Mengingat data tahun 2011 yang ditampilkan di atas baru sampai dengan data bulan Oktober yaitu sebesar 70,2%, maka pencapaiannyapun juga relative lebih rendah jika dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya. Jika ditambah dengan pencapaian pada bulan November dan Desember tahun 2011 ini, maka diperkirakan cakupannya akan menjadi kurang lebih 84%. Angka ini sedikit lebih tinggi dibanding dengan dua tahun sebelumnya, yaitu 82,1% (th.2009) dan 80,2% (th.2010). Sedangkan jika dibandingkan dengan target tahun 2014, sebesar 85% maka pencapaiannya masih kurang 1%. Apabila kinerjanya pada tahun-tahun berikutnya sedikit ditingkatkan, maka pada tahun 2014 kemungkinan besar akan dapat tercapai.

Kegiatan Penanggulangan Kurang Energi Protein (KEP), Anemia Gizi Besi < GAKY, Kurang Vitamin A dan Kekurangan Zat Gizi Mikro ini mendukung peningkatan status gizi masyarakat yang selanjutnya akan memberikan dampak pada peningkatan Indeks Pembangunan Manusia (IPM).

e) Permasalahan dan Upaya Pemecahannya

Permasalahan

- Data yang ada sampai dengan bulan oktober, sehingga angka pencapaian indikator belum secara keseluruhan atau optimal untuk dapat dibandingkan terhadap pencapaian tahun 2010. Untuk sementara data menurun (lihat pada tabel)
- Jumlah tenaga yang dilatih tatalaksana gizi buruk dan pemantauan pertumbuhan bagi petugas gizi Puskesmas masih terbatas
- Dalam perilaku kadarzi yang utamanya pemberian ASI Eksklusif masih rendah
- Kerjasama secara lintas program dan lintas sektor masih belum optimal dalam penanganan masalah gizi

Upaya Pemecahan Masalah :

- Adanya komitmen pengambil kebijakan dan semua pihak lintas sektor dalam penanganan masalah gizi
- Terbentuknya TFC (Theraupetic Feeding Center) dalam penanganan masalah gizi buruk
- Adanya kegiatan Kadarzi dalam meningkatkan upaya pemasyarakatan keluarga sadar gizi dalam 5 perilaku sadar gizi yaitu Memantau berat badan secara teratur, Memberikan ASI eksklusif, Makan beraneka ragam, Menggunakan garam beryodium, Minum suplementasi gizi.
- Adanya pelatihan ketrampilan bagi petugas dalam meningkatkan pelayanan penanganan masalah gizi

- Pertemuan koordinasi lintas sektor
- Peningkatan dukungan dana di tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota

Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat untuk Pencapaian Kadarzi

Hasil Pelaksanaan Pembangunan

Hasil pelaksanaan program/kegiatan diantaranya adalah sebagai berikut :

- Pemantauan Pelaksanaan Kadarzi
- Peningkatan Perilaku Kadarzi Lintas Program dan Lintas Sektor

Tabel 4.15
Hasil Pencapaian Indikator Kinerja Gizi Tahun 2011

NO	INDIKATOR	PENCAPAIAN		
		2009	2010	Sd Okt 2011
1	Persentase bayi usia 0-6 bulan mendapat ASI Eksklusif.	31,7 %	67 %	58 %
2	Cakupan RT yg mengonsumsi garam beryodium.	83,7 %	85,3 %	-
3	Persentase 6-59 bulan dpt kapsul vitamin A.	88,2%	89,25%	85,27 %
4	Persentase ibu hamil mendapat Fe 90 tablet.	82,1 %	80,2%	70,2 %
5	Persentase balita ditimbang berat badannya.	71,9%	75%	74,1%

Kegiatan kadarzi, mempunyai 5 komponen penting, yaitu : penimbangan balita secara rutin, Pemberian ASI Eksklusif, Makanan beragam, Penggunaan Garam beryodium dan pemberian suplemen zat gizi. Keberhasilan kegiatan kadarzi akan memberikan pengaruh yang sangat besar terhadap cakupan-cakupan program yang berkaitan dengan komponen-komponen yang ada pada kadarzi. Sedangkan peningkatan cakupan program tersebut, akan berdampak pada peningkatan status gizi masyarakat, terutama pada kelompok-kelompok rawan, yaitu ibu hamil, ibu menyusui, bayi dan balita.

Dengan demikian akan dapat menunjang percepatan peningkatan Indeks Pembangunan Manusia (IPM).

Permasalahan dan Upaya Pemecahannya

Permasalahan

- Kemampuan petugas gizi untuk melaksanakan pemantauan kadarzi masih sangat terbatas
- Belum adanya anggaran khusus untuk melaksanakan kegiatan pemetaan kadarzi di masyarakat.

Upaya Pemecahan Masalah :

- Perlu melakukan kerjasama dengan lintas program, terutama dengan bidan Pembina wilayah untuk melakukan pemetaan kadarzi
- Mengupayakan untuk memasukkan usulan anggaran dalam rangka pelaksanaan kadarzi di tingkat masyarakat.

Kegiatan *Penyelidikan Surveilans untuk Kewaspadaan Pangan dan Gizi*

Hasil Pelaksanaan Pembangunan

Hasil pelaksanaan program/kegiatan diantaranya adalah sebagai berikut :

- Pertemuan Review SKPG lintas sektor
- Pertemuan Review SKPG di 8 Kab/Kota
- Pertemuan Pembahasan Situasi Pangan dan Gizi
- Pelacakan Gizi Buruk
- Pertemuan Respon Cepat Balita Gizi Buruk

Tabel 4.16
Hasil Pencapaian Indikator Kinerja Gizi
Tahun 2011

NO	INDIKATOR	Pencapaian		
		2009	2010	2011
1	Persentase balita gizi buruk yang mendapat perawatan.	100 %	100 %	100 %
2	Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan surveilans gizi.	100%	100%	100%
3	Persentase balita ditimbang berat badannya.	71,9%	75%	74,1%
4	Persentase Penyediaan bufferstock MP-ASI untuk daerah bencana	100%	100%	100 %

- Persentase balita gizi buruk yang mendapat perawatan di Jawa Timur, sejak tahun 2009 sampai dengan 2011 telah mencapai 100%. Hal ini bisa terjadi karena setiap ditemukan kasus gizi buruk, para petugas gizi puskesmas akan segera menindak lanjuti dengan melakukan penanganan/perawatan terhadap kasus tersebut, sehingga tidak ada satu kasus balita gizi buruk yang ditelantarkan tanpa diberikan penanganan/perawatan. Oleh karena itu hasilnya bisa mencapai 100% setiap tahun.
- Pencapaian kabupaten/kota yang melaksanakan surveilans gizi. Untuk indikator ini, targetnya sebesar 100% telah terpenuhi sejak tahun-tahun sebelumnya, karena memang setiap bulan semua kabupaten/kota di Jawa Timur selalu melaksanakan surveilans gizi, sehingga pencapaiannya sebesar 100%.
- Persentase balita ditimbang berat badannya (D/S). Target indikator D/S ditetapkan oleh Kemenkes sebesar 80% pada tahun 2014. Pencapaian D/S pada tahun 2011 di Jawa Timur sebesar 74,1%, sehingga masih terpaut kurang lebih 6% dibawah target tahun 2014. Dengan semakin merebaknya kegiatan PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini) di masyarakat,

maka sedikit banyak akan berpengaruh pada pencapaian angka D/S di wilayah setempat. Oleh karena itu apabila petugas gizi di lapangan dapat secara proaktif melakukan pendekatan dan kerjasama dengan pengelola PAUD, maka cakupan D/S juga pasti akan bisa ditingkatkan.

- Persentase Penyediaan bufferstock MP-ASI untuk daerah bencana. Mengingat penyediaan sarana ini yang mempunyai tanggung jawab adalah Direktorat Bina Gizi–Kemenkes R.I maka dianggap pencapaiannya 100%, karena tenaga gizi di masyarakat tinggal melaksanakan apabila ada bencana.

Kegiatan yang berkaitan dengan pembahasan situasi pangan dan gizi dalam SKPG (Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi) akan berpengaruh pada beberapa program, antara lain: penanganan kasus balita gizi buruk, pelaksanaan surveilans gizi di setiap kabupaten/kota, partisipasi masyarakat untuk menimbangkan balitanya ke posyandu, dan penyediaan bufferstock MP-ASI untuk daerah bencana. Program-program inilah yang diharapkan dapat memperbaiki status gizi masyarakat dan selanjutnya dapat mengakibatkan peningkatan IPM. Di sisi lain dengan terwujudnya IPM yang meningkat akan memperbaiki status ekonominya.

Permasalahan dan Upaya Pemecahannya

Permasalahan

- Penemuan secara dini kasus balita gizi buruk, belum dapat dilaksanakan secara maksimal karena masih ada sikap masyarakat yang tidak terbuka untuk membawa anaknya yang gizi buruk ke tempat-tempat pelayanan kesehatan.
- Jumlah tenaga yang dilatih tatalaksana gizi buruk dan pemantauan pertumbuhan bagi petugas gizi Puskesmas masih terbatas

- Mobilitas petugas lintas sektor yang tergabung dalam Tim Pangan dan Gizi cukup tinggi, sehingga pembahasan tentang situasi pangan dan gizi sering terhambat.
- Kerjasama secara lintas program dan lintas sektor masih belum optimal dalam penanganan masalah gizi

Pemecahan Masalah :

- Adanya komitmen pengambil kebijakan dan semua pihak lintas sektor dalam penanganan masalah gizi
- Meningkatkan jumlah petugas gizi untuk mengikuti pelatihan tatalaksana gizi buruk dan pelatihan pemantauan pertumbuhan.
- Meningkatkan anggaran untuk melakukan pemantauan situasi pangan dan gizi sampai di tingkat desa.
- Meningkatkan Pertemuan koordinasi lintas sektor
- Peningkatan dukungan dana di tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota

Kegiatan Peningkatan Pendidikan Pengetahuan tentang Penanganan Masalah Gizi.

Hasil Pelaksanaan Pembangunan

Hasil pelaksanaan program/kegiatan diantaranya adalah sebagai berikut :

- Pelatihan & pelaksanaan penggerakan dalam rangka IMD & ASI Eksklusif.

Tabel 4.17
Hasil Pencapaian Indikator Kinerja Gizi
Tahun 2011

NO	INDIKATOR	Pencapaian		
		2009	2010	2011
1	Persentase bayi usia 0-6 bulan mendapat ASI Eksklusif.	31,7 %	67 %	58 %

- Persentase bayi usia 0-6 bulan yang mendapat ASI Eksklusif sejak tahun 2009 terjadi perubahan yang cukup besar. Tahun 2009, persentasenya sebesar 31,7%, sedangkan tahun 2010 sebesar 67% dan tahun 2011 sebesar 58%. Hal ini bukan semata-mata karena adanya perubahan perilaku masyarakat, tetapi karena banyak dipengaruhi oleh faktor pemahaman terhadap pengertian ASI-Eksklusif. Pada tahun 2009 masih banyak petugas gizi di Puskesmas yang menganggap bahwa pencatatan ASI Eksklusif hanya dilakukan terhadap bayi yang sudah berusia 6 bulan saja. Pada hal pengertian yang benar sesuai dengan pedoman dari WHO adalah dengan melakukan pendataan terhadap bayi yang berusia dari 0 bulan sd 6 bulan, sehingga hasilnya menjadi lebih besar. Dibandingkan dengan hasil tahun 2010, tahun 2011 hasilnya sedikit lebih rendah. Sedangkan jika dibandingkan dengan standar yang ditetapkan oleh Kemenkes, yaitu sebesar 80% pada tahun 2014, maka hasilnya masih jauh dibawah, sehingga di Jawa Timur masih perlu bekerja keras dengan melibatkan berbagai pihak untuk meningkatkan cakupan tersebut. Kegiatan peningkatan pendidikan pengetahuan tentang penanganan masalah gizi, khususnya dalam rangka IMD dan ASI-Eksklusif sangat perlu dilakukan, karena pemberian makanan awal dalam kehidupan manusia akan memberikan pengaruh yang sangat besar terhadap perkembangan status gizi maupun kualitas berfikir seseorang. Di sisi lain, indikator pencapaian ASI-Eksklusif adalah indikator yang paling rendah persentasenya dibanding dengan indikator yang lain. Jika indikator ini dapat ditingkatkan, maka pasti akan berdampak pada peningkatan IPM.

Permasalahan dan Upaya Pemecahannya

Permasalahan

- Peningkatan persentase ASI-Eksklusif masih terkendala dengan budaya yang masih sangat kuat di masyarakat, antara lain : bayi yang baru lahir harus segera diberi madu, air gula, nasi dan pisang, dll

- Promosi susu formula melalui berbagai media masih sangat gencar, sehingga berpengaruh pada perilaku ibu-ibu.
- Masih banyak petugas kesehatan, terutama para bidan yang tergiur dengan imbalan yang menarik dari para produsen susu formula untuk penggunaan produknya kepada para bayi, sehingga menghambat pencapaian ASI-Eksklusif.

Upaya Pemecahan Masalah :

- Meningkatkan sosialisasi tentang ASI-Eksklusif beserta peraturan-peraturan perundang-undangan yang berlaku, yang akan memberikan sanksi kepada para pedagang maupun petugas yang menganjurkan penggunaan susu formula kepada bayi 0-6 bln.
- Memberikan sanksi yang tegas kepada semua pihak yang melanggar aturan peredaran susu formula untuk bayi.
- Meningkatkan jumlah petugas kesehatan untuk mengikuti pelatihan-pelatihan yang berkaitan dengan peningkatan IMD dan ASI-Eksklusif.

5) Program Upaya Kesehatan Perorangan

a) Tujuan Program

Meningkatkan akses, pemerataan dan kualitas pelayanan kesehatan melalui Rumah Sakit, Balai Kesehatan, Puskesmas dan jaringannya.

b) Sasaran Program

Meningkatkan jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan dengan kemampuan pelayanan kesehatan gawat darurat yang bisa diakses masyarakat dan prasarana kesehatan di rumah sakit, rumah sakit khusus, dan balai kesehatan.

c) Pagu dan Realisasi Program

Program upaya kesehatan perorangan dengan total anggaran sebesar Rp 3.283.813.000,00 dengan realisasi Rp. 2.879.932.400,00 atau sebesar 87,70% secara rinci realisasi perkegiatan yang terdiri dari realisasi

anggaran dan capaian ukuran keberhasilan dapat dilihat pada Lampiran (Matik kolom 11)

d) Hasil Pelaksanaan Pembangunan

Peningkatan Kualitas Pelayanan Rumah Sakit

Berdasarkan ukuran keberhasilan yang sudah ditetapkan yaitu terlaksananya pembinaan peningkatan mutu pelayanan di Rumah Sakit Pemerintah dengan melihat pelaksanaan akreditasi di Rumah Sakit Pemerintah. Berdasarkan target akreditasi Rumaah Sakit Pemerintah tahun 2011 adalah 16 RS yang belum terakreditasi dan sudah tercapai 15 RS. Hal ini menunjukkan adanya peningkatan prosentase RS Pemerintah yang sudah terakreditasi dibandingkan tahun 2010.

Pencapaian target indikator Rumah Sakit Pemerintah menyelenggarakan Program Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 jam. Pada tahun 2011 didapatkan 38 RSU Pemerintah sudah dilatih PONEK dibandingkan dengan target tahun 2011 33 RSU Pemerintah sedangkan tahun 2010 tercapai 32 RSU Pemerintah sudah dilatih PONEK.

Peningkatan Pelayanan Kesehatan Penunjang dan Kegawatdaruratan di RS dan RS Khusus

Berdasarkan hasil kinerja program didapatkan bahwa pelayanan gawat darurat level I sesuai standar di RS Kab/Kota sudah mencapai 85.4% di tahun 2009. Sudah mencapai target yang diharapkan (minimal 75%). Di tahun 2010 pencapaian RS dengan pelayanan gawat darurat minimal level I sebesar 100,00% (sudah melebihi target yang diharapkan 80% RS).

Pelayanan Bagi Penduduk Miskin di RS dan atau RS Khusus serta Pengembangan Kesehatan Rujukan.

- RSU Kabupaten/Kota telah memberikan pelayanan kesehatan gratis bagi maskin minimal 1,5%

e) Permasalahan dan Upaya Pemecahannya

Permasalahan:

- Adanya UU RS No.44 Tahun 2009 masih diperlukan peraturan teknis diantaranya dalam bentuk Peraturan Permerintah, Kepres, Permenkes, Kepmenkes, Perda Kab/Kota dan Perda Provinsi sebagai pendukung pelaksanaan peraturan perundangan ini. Untuk itu Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur berinisiatif memberi masukan kepada pihak-pihak terkait agar peraturan teknis yang dibutuhkan dalam rangka pelaksanaan UU RS bisa segera diterbitkan.
- Berdasarkan UU RS No. 44 Tahun 2009 yang dijelaskan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 147/Menkes/Per/I/2010 tentang Perizinan Rumah Sakit membawa konsekuensi bagi Provinsi dan Kab/Kota terkait kewenangan perijinan RS. Untuk Pemerintah Provinsi Jawa Timur, sudah terbit Peraturan Gubernur No.5 Tahun 2009 tentang Pelayanan Perijinan Terpadu dimana kewenangan Provinsi adalah menerbitkan Ijin RS kelas B.
- Berdasarkan UU RS No. 44 Tahun 2009 yang dijelaskan dalam Permenkes RI Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi RS disebutkan bahwa Peran Dinas Kesehatan Provinsi adalah memberikan Rekomendasi Penetapan Kelas. Untuk RS Pemerintah sebanyak 50 RS sebelumnya sudah ditetapkan klasifikasinya oleh Kemenkes RI, dan terkait RS TNI/POLRI/BUMN dan Swasta yang belum terklasifikasi sampai saat ini masih dalam proses klasifikasi karena yang menetapkan kelas RS adalah Kementerian Kesehatan RI. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur akan mengadvokasi kepada Kementerian Kesehatan RI untuk memprioritaskan penetapan kelas Rumah Sakit di Jawa Timur mengingat jumlah RS di Jawa Timur termasuk terbanyak di Indonesia.
- Mutu pelayanan RS di Jawa Timur masih rendah khususnya untuk RS swasta, khususnya terkait capaian akreditasi RS. Dinas Kesehatan

Provinsi Jawa Timur berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota agar menekankan kepada Rumah Sakit Swasta untuk melaksanakan akreditasi RS pada saat mengurus perijinan.

- Sistem Pelaporan RS masih belum berjalan optimal karena terkait pelaporan RS dari 309 RS Kab/Kota yang mengirimkan laporan tahunan ke Dinkes Provinsi Jatim sebanyak 160 RS.
- RS yang menyelenggarakan PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif) di Jawa Timur saat ini pencapaian masih cukup signifikan untuk RS Pemerintah, tetapi berdasarkan data Laporan Kematian Ibu 2010 bahwa kematian Ibu juga banyak terdapat di RS BUMN/TNI/POLRI/Swasta. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mengadvokasi dan bekerja sama dengan asosiasi perumahsakitan, ikatan profesi terkait dan lintas sektor lainnya untuk mendukung percepatan penurunan AKI dan AKB

6) Program Manajemen dan Kebijakan Pembangunan Kesehatan

a) Tujuan Program

Mengembangkan kebijakan, sistem pembiayaan dan manajemen pembangunan kesehatan

b) Sasaran Program

Mengembangkan kebijakan dan regulasi bidang kesehatan, sistem informasi kesehatan dan hukum kesehatan serta pembiayaan kesehatan

c) Pagu dan Realisasi Program

Program manajemen dan kebijakan pembangunan kesehatan dengan total anggaran sebesar Rp 181.186.346.000,00 dengan realisasi Rp. 180.004.182.550,00 atau sebesar 99,35% secara rinci realisasi perkegiatan yang terdiri dari realisasi anggaran dan capaian ukuran keberhasilan dapat dilihat pada Lampiran (matrik kolom 11)

d) Hasil Pelaksanaan Pembangunan

Kegiatan Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan

- Tersusunnya Profil Kesehatan Provinsi Jatim Data Tahun 2010
- Tersusunnya Dokumen Pencapaian SPM Kab/Kota Data tahun 2010
- Tersusunnya Aplikasi Pelaporan Kesehatan Berbasis Elektronik (e – Reporting)

Pengembangan dan Fasilitasi Program Kesehatan, Pengembangan manajemen perencanaan dalam bidang kesehatan, Kerjasama program, lintas sektor dan antar daerah dalam bidang kesehatan

Hasil Kegiatan :

- Tersusunnya RAD MDGs Bidang Kesehatan
- Tersusunnya Grand Design Bidang Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Peningkatan Manajemen dan Fungsi Kelembagaan UPT

Hasil Pelaksanaan Pembangunan

Adanya kegiatan fasilitasi pengelolaan administrasi keuangan di PPK BLUD, kegiatan up dating data Jamkesda dan kegiatan evaluasi pelaksanaan kinerja keuangan tahun 2011. Adapun rincian penyerapan anggaran adalah sebagai berikut :

Kegiatan fasilitasi ini diantaranya dengan terbentuknya Tim Pembina dan Pengendali BLUD Unit Kerja yang dibentuk berdasarkan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, yang beranggotakan lintas bidang dan instansi, serta mempunyai tugas melakukan pembinaan dan pengendalian terhadap UPT Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur yang telah menerapkan PPK BLUD.

Permasalahan

Permasalahan yang timbul dalam pelaksanaan program ini adalah kurangnya koordinasi lintas bidang dan instansi, sehingga berpengaruh pada pelaksanaan kegiatan dan penyerapan anggaran. Kurangnya

koordinasi ini berakibat sulitnya mencari kesesuaian hari bagi Tim Pembina dan Pengendali BLUD dalam melakukan monitoring.

Untuk kegiatan up dating data klaim Jamkesda, kurangnya realisasi penyerapan anggaran disebabkan karena kurangnya koordinasi antara sub bagian keuangan, seksi pembiayaan kesehatan dan verifikator jamkesda.

Upaya Pemecahannya

Mengintensifkan koordiansi antar anggota tim

Pengembangan Pembiayaan Kesehatan Secara Pra Upaya

Dari 38 Kab/Kota yang ada di Jawa Timur jumlah maskin yang kuota sebanyak 10.710.051 jiwa dan yang mendapat pelayanan kesehatan sebanyak 2.968.146 jiwa atau 27,8% telah terlampaui.

Dalam rangka penuntasan pelayanan gratis di Puskesmas, Pemerintah Provinsi melaksanakan program Pelayanan Kesehatan yang dijamin Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota, yang disebut Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dalam bentuk sharing dana untuk menjamin kesehatan masyarakat miskin non kuota. Jaminan Pelayanan Kesehatan bagi maskin non kuota (JAMKESDA) dilaksanakan di Puskesmas dan di kelas III Rumah Sakit Pemerintah Provinsi yaitu RS Dr. Soetomo, RS Haji, RS Syaiful Anwar, RS Dr. Soedono, RS Jiwa Menur dan di RSUD Kabupaten/Kota serta UPT Dinkes Prov. Jatim yang meliputi RS Kusta (Sumber Glagah Mojokerto dan Kota Kediri), RS Paru (Batu, Jember, Madiun), BKMM dan BP4 (Surabaya, Pamekasan, Madiun).

Untuk pelaksanaan Jamkesda tahun 2011 telah dilakukan :

- Penandatanganan Kerjasama (PKS) Pemprov dan Kabupaten/Kota dilaksanakan tanggal 31 Januari 2011 dengan sasaran 38 Kabupaten/Kota di Jawa Timur.

- Dikeluarkannya Kartu Jamkesda yang berlaku mulai ditetapkan dengan SE Gubernur No. 440/5370/031/2010, tanggal 13 April 2010. Penggunaan kartu Jamkesda bagi maskin non kuota per 15 April 2010.
- Maskin yang tidak masuk data base pasca distribusi kartu dan belum mempunyai kartu Jamkesda dibuatkan Surat Pernyataan Miskin (SPM) dari Bupati/Walikota atau pejabat yang ditunjuk setingkat eselon II dan masa berlaku SPM selama 3 (tiga) bulan.

Adapun data JAMKESDA Provinsi Jawa Timur sebagaimana table berikut :

Tabel 4.18
Perkembangan Jamkesda Provinsi Jawa Timur
Tahun 2009 – 2011

NO	KEPESERTAAN	JUMLAH JIWA					
		2009	%	2010	%	2011	%
1	Jamkesmas (Maskin Kuota)	10.710.051	28,37	10.710.051	28,61	10.710.051	28,70
2	Dijamin PROV,Kab/Kota (non kuota)	1.411.742	3,74	1.257.572	3,36	1.256.811	3,37
3	Asuransi Lainnya	2.730.191	7,23	5.130.540	13,71	5.131.301	13,75
	Jumlah pddk yg tercover	14.851.984	39,35	17.098.163	45,68	17.098.163	45,81
	Belum tercover Jamkes	22.894.501	60,65	20.333.857	54,32	20.223.678	54,19
	JUMLAH TOTAL PENDUDUK	37.746.485	100	37.432.020	100	37.321.841	100

Sumber : Dinas Kesehatan Prov. Jatim 2730191

Keterangan : s/d Bulan Sept 2011

Tabel 4.19
Jumlah Maskin dan Non Maskin Provinsi Jawa Timur
Tahun 2009 – 2011

NO	SASARAN	SUMBER DANA	JUMLAH JIWA 2009		
			2009	2010	2011
1	Masyarakat Miskin Kuota (Jamkesmas)	APBN	10.710.051	10.710.051	10.710.051
2	Masyarakat Miskin Non Kuota (Jamkesda)	APBD	1.411.742	1.257.572	1.257.572
3	Masyarakat Non Maskin	APBD(retribusi Puskesmas)	25.624.692	25.464.397	25.354.218
	JUMLAH TOTAL		37.746.485	37.432.020	37.321.841

Sumber : Dinas Kesehatan Prov.Jatim

Keterangan : s/d Bulan Sept 2011

Dana sharing merupakan biaya pelaksanaan Pelayanan bagi penduduk miskin di Rumah Sakit dan atau rumah sakit khusus. Dana ini diperuntukkan bagi pasien maskin non kuota yang dirujuk ke RS Provinsi dan UPT Dinkes dengan menandatangani MOU/PKS antara Pemprov dan Kab/Kota dalam Program Sharing Dana Yankes yang dijamin Pemerintah Provinsi dan Kab/Kota.

Adapun data mengenai dana sharing secara rinci dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.20
Dana Sharing Jamkesda Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 – 2011

NO	URAIAN	DANA SHARING			
		2010	%	2011	%
1	Dana Sharing Jamkesda	341.180.595.950		341.180.595.950	
2	Dana Sharing Jamkesda Provinsi	170.768.890.290	50,05	170.590.297.975	50
3	Dana yang disiapkan Provinsi pada APBD Murni	120 milyar	70,6	120 milyar	70,6
4	P – APBD	50 milyar	29,5	52 milyar	30,6
5	Realisasi dana sharing Provinsi	153.365.980.730	90,3	171.989.782.363	99,9
6	Sisa dana sharing	16.634.019.270	9,8	10.217.637	0,01

Sumber : Dinas Kesehatan Prov. Jatim

Pengembangan Pengkajian/ Penelitian Program Kesehatan

- Terlaksananya 1 kegiatan penelitian yang bekerja sama dengan PHK2PM tentang Kajian Kebijakan Pengembangan Tenaga Perawat dan Bidan di Ponkesdes di Kab Probolinggo, dengan mengambil sampel sebanyak 40 ponkesdes.

Permasalahan dan Upaya Pemecahannya

Permasalahan :

- Pada Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan (SIK), collecting untuk ketersediaan data yang valid, masih menjadi permasalahan utama dalam penyusunan profil dan SPM kesehatan; data yang sama dalam periode sama, hasilnya bisa beda
- Dalam Kegiatan Pengembangan dan Fasilitasi Program Kesehatan, Pengembangan manajemen perencanaan dalam bidang kesehatan, Kerjasama program, lintas sektor dan antar daerah dalam bidang kesehatan permasalahan yang timbul adalah :
 - Belum adanya standar untuk monitoring dan evaluasi program kesehatan yang dilaksanakan di Provinsi Jawa Timurdan
 - Belum adanya suatu roadmap pembangunan kesehatan di Jawa Timur

Dalam pelaksanaan Program Pembiayaan Kesehatan secara Pra Upaya, aspek kepesertaan sangat menentukan keberhasilan Program Jamkesmas maupun Jamkesda. Kepesertaan diutamakan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu berdasar data BPS PPLS tahun 2008, hal tersebut masih kurang tepat sasaran. Up date data kepesertaan masih belum dapat dilakukan dan masih menunggu data BPS PPLS tahun 2011.

Rendahnya tingkat pemanfaatan dana oleh Puskesmas dan PPK lanjutan yang terkendala oleh pengajuan klaim yang belum berjalan lancar. Hal tersebut

dikarenakan tidak adanya sinkronisasi mekanisme juknis dengan situasi dan kondisi Kabupaten/Kota sehingga kesulitan dalam mempertanggung jawabkan dan perda tarif Kabupaten/Kota belum mengakomodasi pelayanan kesehatan yang dijamin Pemerintah. Diharapkan Dinkes Kabupaten/Kota memfasilitasi percepatan pembuatan Perbup/Perwali sehingga Puskesmas dan jaringannya dapat mengklaim dana pelayanan kesehatan yang telah dilakukan.

Rujukan terstruktur dan berjenjang masih belum sepenuhnya berjalan dengan baik. Apabila masih ada maskin yang tidak masuk dalam Program Jamkesmas maupun Program Jamkesda bisa menggunakan Surat Keterangan Tanda Miskin (SKTM) yang ditanda tangani Bupati/Walikota atau Pejabat Eselon II yang ditunjuk. Sedangkan kartu SPM diperuntukkan pasien Kabupaten/Kota yang dirujuk/berobat ke RS Provinsi atau UPT Dinkes.

Kegiatan Pengembangan dan Fasilitasi Program Kesehatan, Pengembangan manajemen perencanaan dalam bidang kesehatan, Kerjasama program, lintas sektor dan antar daerah dalam bidang kesehatan, dilakukan upaya pemecahan permasalahan sbb :

- Pada tahun 2011 disusun 6 (enam) standar Bindalwas program Kesehatan, yaitu Standar monev untuk: Penurunan AKI, Penurunan AKB, Peningkatan Persalinan oleh tenaga kesehatan, program Gizi masyarakat (penurunan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk), Lingkungan sehat, Tenaga Kesehatan di Puskesmas dan jaringannya
- Disusun suatu Grand Design bidang kesehatan sebagai roadmap pembangunan kesehatan di Jawa Timur

7) Program Sumber Daya Kesehatan

a) Tujuan Program

Meningkatkan jumlah, jenis, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan sesuai standar

b) Sasaran Program

Meningkatkan jumlah, jenis, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan sesuai standar

c) Pagu dan Realisasi Program

Program ini didukung oleh 6 (enam) kegiatan dengan total anggaran sebesar Rp 7.643.870.750,00 dengan realisasi Rp. 7.003.162.573,00 atau sebesar 91,62% secara rinci realisasi perkegiatan yang terdiri dari realisasi anggaran dan capaian ukuran keberhasilan dapat dilihat pada Lampiran

d) Hasil Pelaksanaan Pembangunan

Kegiatan Perencanaan kebutuhan Nakes di Puskesmas dan jaringannya serta RS

- Pemetaan kebutuhab Nakes di Kab melalui kegiatan :
 - Pertemuan perencanaan kebutuhan Nakes dengan target 30 orang dari 5 Kab/Kota terpenuhi
 - Pelatihan perencanaan Nakes dengan target 4 Kab/Kota dengan 26 orang Peserta (Kab Tulungagung, Jombang, Ponorogo dan Kota Blitar)→ APBD tahun 2011 sedangkan tahun 2010 dilaksanakan Dengan anggaran APBN (Kab Bangkalan, Kota Mojokerto, Kota Pasuruan, Kab Probolinggo dan Kab Pasuruan)
- Monitoring dan evaluasi kebutuhan Nakes di Dinkes dan RS telah Terlaksana dengan target 32 Kab/Kota

Peningkatan Profesionalisme dan Pengembangan Karier Tenaga Kesehatan

- Terpilihnya 100% tenaga Nakes Teladan sesuai renstra yang terdiri dari :
 - Katagori tenaga medis :
Juara 1 : dr. Indah Nur Susanti (PKM Banyuwang, Kab. Sampang)

- Juara 2 : dr. Farida Ariati,M.Kes (PKM Medokan Ayu Kota Surabaya)
- Juara 3 : drg.Rahayu Kusdarini (PKM Nailan Kab.Ponorogo)
- Katagori tenaga Perawat/Bidan:

Juara 1 : Mulya, S.Kep.Ns (PKM Dukuh Klopo, Kab.jombang)

Juara 2 : Nur laila, Amd.Kep (PKM Kalirungkut Kota Surabaya)

Juara 3 : Juhar Minori,S.St (PKM larangan Kab.Pamekasan)
 - Katagori Nutrisionis :

Juara 1 : Marsi, Amd.Gizi (PKM Pringkuku, Kab.Pacitan)

Juara 2 : Sri Wahyuningsih, Amd.Gizi (PKM Tembelang Kab Jombang)

Juara 3 : Aminasih, Amd.Gizi (PKM Sukorejo Kota Blitar)
 - Katagori Kesehatan Masyarakat:

Juara 1 : Ari Budi Wibowo (PKM Dinoyo,Kota.Malang)

Juara 2 : Henik Marsiasih, AMKL(PKM Karangrejo Kab. Lumajang)

Juara 3 : Ivi Rejeki Sri Hidayati (PKM Kedungjajang Kab Lumajang)
 - Tenaga Kesehatan yang bekerja di Institusi Pemerintah Propinsi telah diterbitkan PAK untuk kenaikan pangkat/kenaikan jabatan fungsional sebanyak : 1231
 - Pembinaan Institusi Pendidikan yang dihadiri oleh 176 Institusi

Tenaga Kesehatan kabupaten/Kota yang telah mengikuti pelatihan jabatan fungsional :

- pelatihan Jafung Epidemiologi Ahli 33 orang
- pelatihan jabfung Bidan trampil menjadi Ahli 33 orang
- pelatihan Jabfung Penyuluh Kesehatan Masyarakat 33 orang

Penempatan, Pengembangan dan Pemenuhan Tenaga Kesehatan di Tempat Pelayanan (Puskesmas, Rumah sakit dan jaringannya)

Hasil Pelaksanaan Kegiatan :

- Peserta PDSBK/PPDS-BK yang di recruit sampai tahun 2011 sebanyak 231 orang
- Target kunjungan dr spesialis di Puskesmas sampai tahun 2011 di 30 Puskesmas Plus, terealisasi 24 Puskesmas Plus
- Target Pengangkatan Dr Umum di Plus dan Puskesmas Rawat Inap Standart sampai tahun 2011, 60 Puskesmas, Realisasi 52 Puskesmas
- Terlayannya RS kusus Paru dungus oleh 1 dokter spesialis paru
- Pengangkatan baru 443 bidan & Perpanjangan bidan 1060 Bidan PTTdi ponkesdes
- Penempatan 775 dan Perpanjangan 1608 Perawat Ponkesdes
- Dokter lulusan FK Unair tahun 2011 yang sedang melaksanakan
- Interenship di 19 RS dan Puskesmas kabupaten/Kota

Dari hasil pelaksanaan kegiatan pada Program Sumber Daya Kesehatan maka dapat di simpulkan sbb :

- Sesuai renstra target kabupaten yang mengelola Dokumen Perencanaan sampai dengan tahun 2011, 23% dari target 15%

- Sesuai renstra target Pelatihan di Bidang Kesehatan di Propinsi dan Kabupaten Kota sampai tahun 2011, 10% Realisasi 23.68% (Propinsi Jawa Timur, Kab. Jember, Kab Situbondo, Kab. Kediri, Kota Mojokerto, Kabupaten Sidoarjo,
- Jumlah Pelatihan di bidan kesehatan tahun 2011 sebanyak : 87 Pelatihan terakreditasi dengan jumlah sertifikat 2514 buah
- Sesuai renstra target RS klas C tahun 2011 30% yang mempunyai Spesialis : Obgyn, anak, Interna, Bedah, anesthesia, Radiologi dan Patologi Klinik. Realisasi 25% (5 Rumah sakit)
- Sesuai renstra 100% tenaga kesehatan yang telah lulus uji kompetensi berijin. Realisasi tahun 2011 yang lulus uji kompetensi dan mendapatkan ijin 12.008 (100%)
- Sesuai renstra semua desa dan kelurahan mempunyai bidan desa 100% realisasi : jumlah desa/kelurahan 8507 desa, jumlah bidan 8723. realisasi = 102,54%
- Sesuai renstra target Nakes Teladan terpilih tahun 2011: 100%, Realisasi : 100%

Peningkatan Pengembangan Akper Madiun.

Hasil Pelaksanaan Progam/Kegiatan

- Peningkatan mutu calon mahasiswa baru
- Peningkatan kualitas mutu lulusan bagi 300 mahasiswa AKPER MADIUN
- Peningkatan kualitas SDM Dosen dan Tenaga Kependidikan
- Peningkatan kualitas SDM Dosen dan Karyawan
- Pengadaan honorarium tenaga pelaksana
- Peningkatan mutu AKPER MADIUN
- Peningkatan pelayanan publik dalam bentuk pengabdian masyarakat

- Pembangunan dan perbaikan sarana dan prasarana serta pengadaan buku perpustakaan
- Konsultasi dan koordinasi program

Permasalahan dan Upaya Pemecahannya

Permasalahan :

- Kunjungan dokter spesialis ke Puskesmas di Kabupaten Sampang, Situbondo dan Bondowoso tidak berjalan, karena jumlah dokter spesialis obgyn dan anak hanya 1 orang
- honor Dr Umum dari Puskesmas rawat inap standar yang relatif kecil (Rp 1.200.000,-) menyebabkan tidak banyak peminatnya
- Penandatanganan PKS oleh bupati/walikota terlambat sehingga pelaksanaannya mundur dan mulainya tidak sama
- Pengangkatan Perawat Ponkesdes masih di pertanyakan dasar hukumnya
- Rumah sakit klas C banyak yang belum mempunyai Spesialis 4 dasar dan 3 penunjang
- Pedoman yang digunakan dalam penilaian Nakes teladan masih memakai pedoman lama (tahun 2005) sehingga nakes teladan yang terpilih tidak menggambarkan Puskesmasnya.
- Sesuai pedoman penempatan dokter Interenship di Puskesmas masih mengelompok di satu Puskesmas

Permasalahan dalam Kegiatan Peningkatan Pengembangan AKPER Madiun

- Dalam meningkatkan mutu lulusan Rasio Dosen dan Mahasiswa belum sesuai

- Dalam rangka meningkatkan mutu AKPER MADIUN Ijin Operasional selama ini dari Kemenkes dan Ijin dari Kemendiknas belum ada dan belum terakreditasi oleh BAN-PT.
- Jumlah dan judul buku perpustakaan masih perlu penambahan untuk memenuhi kebutuhan Akreditasi BAN-PT
- Pengelolaan masih mengacu ke Instansi non BLUD dan belum adanya tenaga Akuntansi keuangan untuk memperlancar pengelolaan keuangan di UPT AKPER MADIUN.

Upaya Pemecahan :

- Segera menempatkan Dokter Spesialis obgyn dan anak Kunjungan di Kabupaten Sampang, Situbondo dan Bondowoso
- honor Dr Umum dari Puskesmas rawat inap standar ditingkatkan menjadi Rp. 2 050 000,-
- Penandatanganan PKS/MOU untuk program ICON tahun 2012 dilakukan bulan Desember dan ditandatangani oleh Gubernur dengan bupati/walikota
- Diupayakan adanya dasar hukum yang pasti dan jelas
- Pengiriman peserta PPDS BK yang Sudah lulus ditempatkan di Rumah Sakit klas C yang belum belum mempunyai Spesialis 4 dasar dan 3 penunjang
- Pedoman yang digunakan dalam penilaian Nakes teladan disatukan dengan pemilihan Puskesmas yang berprestasi
- Penempatan dokter Interenship disebar ke beberapa Puskesmas yang membutuhkan

Upaya Pemecahan Permasalahan dalam kegiatan Peningkatan

Pengembangan AKPER Madiun :

- Untuk memenuhi jumlah jam mengajar dan bimbingan dengan menambah jam mengajar dosen diluar jam kerja (lembur) juga penambahan dosen tidak tetap.
- Mengikuti proses alih bina melalui pertemuan koordinasi yang difasilitasi Kemenkes yang tergabung dalam Asosiasi Pendidikan Tinggi Kesehatan milik Daerah (APTIKESDA) dan mempersiapkan proses Akreditasi oleh BAN-PT.
- Menambah koleksi buku perpustakaan dengan pengadaan buku perpustakaan dan membuat kerjasama dengan perpustakaan di Institusi pendidikan lain.
- Mengusulkan kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur untuk memberikan tenaga Akuntansi bagi UPT AKPER MADIUN dalam pengelolaan sesuai Institusi BLUD .

8) Program Lingkungan Sehat

a) Tujuan Program

Mewujudkan mutu lingkungan yang lebih sehat, pengembangan sistem kesehatan lingkungan kewilayahan, serta menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan

b) Sasaran Program

Meningkatkan kualitas air bersih, sanitasi dasar, higiene sanitasi makanan minuman serta kualitas kesehatan lingkungan dan pengendalian faktor risiko dampak pencemaran lingkungan di masyarakat

c) Pagu dan Realisasi Program

Program lingkungan sehat dengan total anggaran sebesar Rp 5.000.000.000,00 dengan realisasi 4.905.207.935,00 atau sebesar 98,10%

secara rinci realisasi perkegiatan yang terdiri dari realisasi anggaran dan capaian ukuran keberhasilan dapat dilihat pada Lampiran

d) Hasil Pelaksanaan Pembangunan

Kegiatan Pengembangan Sarana SAPL melalui Partisipatori

Hasil pelaksanaan program/kegiatan diantaranya adalah sebagai berikut :

- Peningkatan jumlah KK yang akses jamban sehat .
- Peningkatan jumlah Desa dan Kecamatan ODF
- Peningkatan Sanitasi Dasar di Kab/Kota

Tabel 4.21
Capaian kinerja program Pengembangan Sarana SAPL melalui Partisipatori Tahun 2011

NO	KEGIATAN	TAHUN 2011		
		Yg dipicu	Yg terpicu	%
1	KK Akses jamban sehat	652.556	333.398	51,09
2	Jumlah Desa ODF	2.337	606	25,93

e) Permasalahan dan Upaya Pemecahannya

Permasalahan :

- Belum semua Kab./Kota sukses melaksanakan STBM (sanitasi total berbasis masyarakat)
- Masih ada Kabupaten/Kota yang perkembangan peningkatan ODF nya stagnan
- Dukungan pemkab dan Pemkot pada pencapaian ODF masih banyak yang tidak optimal.

Upaya Pemecahannya :

- Memfasilitasi Kab./Kota untuk memacu pencapaian target ODF di semua Kecamatan.
- Lebih giat melaksanakan pemicuan jamban sehat.

Penyediaan Sarana Air Bersih dan Sanitasi Dasar

Hasil pelaksanaan program/kegiatan diantaranya adalah sebagai berikut :

- Peningkatan akses air bersih/air minum layak di daerah kritis air bersih pada 16 Kabupaten dan khususnya kabupaten dengan IPM rendah.
- Peningkatan akses air bersih/air minum layak di desa terpencil pada 12 Kabupaten dan khususnya kabupaten dengan IPM rendah.
- Terawasnya Kualitas Air Produk Depot Air Minum yang ada di 15 Kabupaten/Kota.
- Peningkatan akses air bersih/air minum layak di daerah rawan bencana/ KLB pada 10 Kabupaten rawan bencana banjir maupun KLB Diare.

Tabel 4.22
Capaian kinerja program Penyehatan Air
Tahun 2011

NO	KEGIATAN	TAHUN 2010	TAHUN 2011
		% Kinerja	% Kinerja
1	Akses Air Minum Layak Berkualitas	55,7 %	62,75 %
2	Hasil Pengawasan Kualitas Air PDAM	69 %	70,7 %
3	Hasil Pengawasan Kualitas Air Produk DAM	69 %	70,27 %

Permasalahan dan Upaya Pemecahannya

- Program Kesehatan Lingkungan, dituntut untuk mendukung pencapaian Goals 7 MDGs. tetapi dukungan dana dari Pemerintah Kabupaten/Kota untuk program Penyehatan Lingkungan sangat kurang, bahkan ada beberapa Kabupaten dananya tidak ada (Nol).
- Hasil pemeriksaan kualitas air minum masih rendah : seperti rekapitulasi hasil pemeriksaaan air PDAM tahun 2010 yang memenuhi syarat baru 69%. Sedangkan target yang harus dicapai tahun 2015 adalah 90%

- Dana yang ada di Dinas Kesehatan hanya untuk perbaikan sarana air minum skala kecil contohnya perbaikan SGL, perlindungan mata air, sedangkan untuk skala besar dana berada di sektor PU Cipta Karya, sehingga untuk mendukung peningkatan akses air minum berkualitas sangat berat.

Upaya Pemecahannya :

- Proporsi rumah tangga akses berkelanjutan terhadap air minum yang layak upaya upaya yang dilakukan adalah dengan melakukan:
 - Pembangunan /perbaikan sarana air minum,
 - Pemeriksaan kualitas air minum perpipaan (PDAM) maupun non perpipaan
 - mendorong Pemerintah Kab/kota untuk mengaktifkan kembali Laboratorium kesehatan Daerah,
 - melatih SDM yang berkualitas yang dapat mendukung pelaksanaan pemeriksaan air.
- Mendorong penyediaan Water test Kit untuk kemudahan pemeriksaan kualitas air di Lapangan

Penyehatan Lingkungan

Hasil pelaksanaan program/kegiatan diantaranya adalah sebagai berikut :

- Peningkatan hygiene sanitasi TTU pada 11 Kabupaten.
- Food security berbasis masyarakat dan Industri Rumah Tangga Peningkatan sanitasi perumahan dengan pendekatan klinik sanitasi pada 10 Kabupaten/Kota.
- Peningkatan sanitasi perumahan pada keluarga risiko tinggi penyakit berbasis lingkungan di 11 Kabupaten
- Peningkatan Sanitasi Kota Sehat pada 8 Kab./Kota
- Penguatan kelembagaan program Kab./Kota Sehat pada 5 Kabupaten

- Terbentuknya kelembagaan Kab./Kota Sehat yang baru pada 4 Kab./Kota
- Terbinanya 17 Kab./Kota yang mengadopsi Kab./Kota Sehat

Tabel 4.23
Capaian kinerja program Penyehatan Lingkungan
Tahun 2011

No	Kegiatan	Tahun 2010		Tahun 2011		Keterangan
		Absolut	%	Absolut	%	
1	Tpm Memenuhi Syarat	46.716	77	47.226	77.2	Naik
2	Ttu Memenuhi Syarat	24.928	75.43	25.199	76.21	Naik
3	Rumah Sehat	6.700.855	70.99	6.805.629	72.10	Naik
4	Kab./Kota Sehat (Program)	13	34.2	18	47.4	Naik

Permasalahan dan Upaya Pemecahannya

Permasalahan :

- Belum semua Kab./Kota mengadopsi program Kab./Kota Sehat
- Kabupaten/Kota yang telah mengadopsi program Kab./Kota Sehat tidak semua aktif
- Penyakit berbasis Lingkungan masih menjadi masalah utama penyakit yang ada dimasyarakat, dan belum semua Kab./Kota melakukan pendekatan klinik sanitasi.
- Belum semua TTU memenuhi syarat kesehatan
- Belum semua TPM memenuhi syarat kesehatan dan masih adanya keracunan makanan akibat pengelolaan makanan yang tidak higienis

Upaya Pemecahannya :

- Memfasilitasi Kab./Kota untuk terbentuknya/mengadopsi Program Kab./Kota Sehat

- Sosialisasi Prinsip Hygiene Sanitasi Makanan kepada semua masyarakat pengelola TPM.

f) Penghargaan yang diterima baik Nasional maupun Provinsi

Penghargaan Swasti Saba untuk 8 Kab./Kota yang telah mengadopsi dan mengikuti verifikasi (tahun 2011) program Kab./Kota Sehat dari Kementerian Kesehatan RI.

Kegiatan Peningkatan Upaya Pengamanan Limbah Cair dan Padat

Hasil Pelaksanaan Pembangunan

Hasil pelaksanaan program/kegiatan diantaranya adalah sebagai berikut :

- Peningkatan pengelolaan limbah padat (sampah) rumah tangga pada 10 Kabupaten/Kota.
- Peningkatan Pengetahuan SDM (petugas laboratorium) tentang Pemantauan pajanan pestisida pada penjamah pestisida.
- Pemantauan dampak kualitas lingkungan dan kualitas lingkungan udara pada 10 Kab/Kota

Permasalahan dan Upaya Pemecahannya

Permasalahan :

- Masih rendahnya kesadaran masyarakat untuk menerapkan praktik Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).
- Masih terbatasnya sarana pengolahan limbah yang layak terutama di lokasi industri rumah tangga.
- Masih terbatasnya kapasitas pemerintah Kabupaten/Kota untuk menangani sektor pengawasan dampak kualitas lingkungan terhadap kesehatan, padahal pengawasan dampak kualitas lingkungan terhadap kesehatan menjadi kewenangan pemerintah kabupaten/Kota.

- Sangat variatifnya kebijakan masing-masing daerah, mengakibatkan beberapa program Penyehatan Lingkungan seperti Pembinaan dan Pengawasan Kualitas Limbah Cair dan Padat Sarana Pelayanan Kesehatan tidak masuk program prioritas sehingga kegiatan ini terabaikan.
- Pengolahan limbah industri belum menjadi prioritas program dari penyelenggara industri.

Upaya Pemecahannya :

- Advokasi, Sosialisasi, dan capacity building peningkatan pengelolaan limbah-limbah padat dan cair serta peningkatan pengawasan pestisida dan pemantauan kualitas lingkungan dan udara.
- Peningkatan peran Kabupaten/Kota melaksanakan peningkatan pengelolaan limbah dan pemantauan kualitas lingkungan.
- Orientasi manajemen pengawasan dampak kualitas lingkungan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan laboratorium Kesehatan Lingkungan Kab./Kota.
- Pemetaan daerah rawan pencemaran dan penyakit berbasis lingkungan oleh Kabupaten Kota dan Provinsi.
- Peningkatan kemitraan lintas program dan lintas sektor.

9) Program Pencegahan Dan Pemberantasan Penyakit

a) Tujuan Program

Mencegah, menurunkan dan mengendalikan penyakit menular dan tidak menular serta masalah kesehatan lainnya

b) Sasaran Program

Menurunkan angka kesakitan dan kematian penyakit menular, tidak menular dan penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi serta pengamatan penyakit dalam rangka sistem kewaspadaan dini dan penanggulangan KLB/wabah, ancaman epidemi serta bencana

c) Pagu dan Realisasi Program

Program Pencegahan Dan Pemberantasan Penyakit dengan total anggaran sebesar Rp 14.943.157.000,00 dengan realisasi Rp. 13.388.724.847,00 atau sebesar 89,6% secara rinci realisasi perkegiatan yang terdiri dari realisasi anggaran dan capaian ukuran keberhasilan dapat dilihat pada Lampiran (Matrik kolom 11)

d) Hasil Pelaksanaan Pembangunan

Kegiatan Pencegahan Penyakit Dan Tata Laksana Penderita

- Peningkatan Kapasitas petugas dalam surveilans gangguan kecelakaan dan cedera tahun 2011 untuk pengelola Program PTM di 38 Kab/Kota dalam rangka meningkatkan kemampuan surveilans GAKCE bagi petugas kab/kota dan petugas LP/LS
- Kegiatan ini ditujukan dalam rangka menjalin koordinasi dengan LP/LS terkait dalam rangka surveilans GAKCE serta kesepakatan pelaporan surveilans GAKCE
- Kegiatan Sosialisasi dan Mobilisasi untuk event khusus dan KIE PTM untuk mensosialisasikan PTM ke masyarakat luas dengan memanfaatkan kendaraan khusus PTM dengan Sasaran: sopir bis di terminal untuk Meningkatkan pengetahuan para sopir bis dan terpantaunya kesehatan para sopir bis

Permasalahan dan Upaya Pemecahannya

Permasalahan :

- Form pelaporan belum tersosialisasi ke kab/kt
- Sopir bis yang mempunyai PTM, termasuk factor risikonya banyak yang tidak terkontrol

Upaya Pemecahannya :

- Menyeragamkan format yang baku dan meningkatkan sosialisasi
- Memberikan konseling dan pengobatan

Kegiatan Peningkatan Surveillance Epidemiologi dan pengamatan Penyakit Serta Penanggulangan KLB

Tujuan dari Kegiatan ini untuk terselenggaranya SKD KLB dan penanggulangan KLB skala Provinsi < 48 Jam dengan agar bencana skala Provinsi tidak diikuti KLB Penyakit menular dan agar >30% Kab Kota melaksanakan Program Pengendalian Penyakit Tidak Menular > 30 %

Permasalahan :

- Beberapa Penyakit menular masih merupakan masalah kesehatan masyarakat dan ditambah lagi dengan meningkatnya penyakit tidak menular yang mempunyai proporsi terbesar dalam menimbulkan kematian dan kecacatan. Sementara itu program pengendalian penyakit tidak menular masih merupakan program baru yang masih dalam tahap sosialisasi dan pengembangan.
- Penyakit menular yang hampir dapat diberantas ternyata setelah tahun 2000 (bersama penerapan Otonomi daerah) kembali menjadi KLB (Re emerging) dapat sampai saat ini penyebarannya belum dapat dihentikan yaitu penyakit Difteri

Upaya Pemecahannya :

- Meningkatkan sosialisasi dan mendorong Kabupaten/Kota untuk mengembangkan Program Pengendalian Penyakit Menular yang berbasis pada masyarakat,
- Meningkatkan asistensi dan supervisi pelaksanaan Program peningkatan mutu imunisasi secara rutin pada bayi dan anak sekolah serta kegiatan tambahan imunisasi. Selain itu meningkatkan pengawasan pemberian profilaksis serta pengobatan penderita Difteri, bekerja sama dengan semua Puskesmas dan rumah sakit

Kegiatan Pengendalian dan Pemberantasan Penyakit Kusta

Hasil pelaksanaan Program P2 Kusta adalah sebagai berikut :

- Sesuai dengan renstra tahun 2010–2014, dimana 70% Kabupaten/Kota mencapai target RFT rate sebesar 90%. Untuk tipe PB 81,58% Kabupaten/Kota sudah mencapai target RFT rate, sedangkan untuk tipe MB 57,89% Kabupaten/Kota mencapai target RFT rate sesuai target.

Tabel 4.24
Release From Treatment (RFT) dan RFT Rate
Penderita Kusta Type PB dan MB Di Provinsi Jawa Timur Tahun 2011

No	Kabupaten /Kota	RFT Rate					
		Tipe PB (mulai pengobatan th 2009 dan selesai pengobatan th 2010)			Tipe MB (mulai pengobatan th 2008 dan selesai pengobatan th 2010)		
		Mulai pengobatan	Selesai pengobatan	%	Mulai pengobatan	Selesai pengobatan	%
1	Bangkalan	41	37	90.24	311	278	89.39
2	Banyuwangi	7	7	100.00	48	47	97.92
3	Batu	-	-	-	-	-	-
4	Blitar	5	5	100.00	17	14	82.35
5	Blitar M	-	-	-	3	3	100.00
6	Bojonegoro	-	-	TL	38	35	92.11
7	Bondowoso	7	3	42.86	28	27	96.43
8	Gresik	23	23	100.00	140	131	93.57
9	Jember	148	134	90.54	400	360	90.00
10	Jombang	18	17	94.44	101	97	96.04
11	Kediri	7	7	100.00	38	35	92.11
12	Kediri M	4	4	100.00	7	7	100.00
13	Lamongan	-	-	TL	-	-	TL
14	Lumajang	38	35	92.11	229	211	92.14
15	Madiun	-	-	-	26	26	100.00
16	Madiun M	-	-	-	8	8	100.00
17	Magetan	1	1	100.00	36	36	100.00
18	Malang	8	7	87.50	68	56	82.35
19	Malang M	1	1	100.00	10	9	90.00
20	Mojokerto	4	4	100.00	64	62	96.88
21	Mojokerto M	1	1	100.00	5	4	80.00
22	Nganjuk	16	16	100.00	86	86	100.00
23	Ngawi	4	4	100.00	37	34	91.89
24	Pacitan	-	-	-	-	-	TL
25	Pamekasan	22	22	100.00	203	184	90.64
26	Pasuruan	51	47	92.16	254	231	90.94
27	Pasuruan M	1	1	100.00	12	12	100.00
28	Ponorogo	3	3	100.00	48	43	89.58
29	Probolinggo	73	66	90.41	262	226	86.26
30	Probolinggo M	3	2	66.67	28	24	85.71
31	Sampang	40	38	95.00	578	530	91.70
32	Sidoarjo	5	5	100.00	63	54	85.71
33	Situbondo	14	14	100.00	151	135	89.40
34	Sumenep	169	165	97.63	503	452	89.86
35	Surabaya	24	17	70.83	151	111	73.51
36	Trenggalek	-	-	-	7	6	85.71
37	Tuban	-	-	TL	-	-	TL
38	Tulungagung	-	-	-	11	9	81.82
	Total	738	686	92.95	3,971	3,583	90.23
TL : Tidak Lapor							

- Penemuan penderita baru tahun 2011 sampai dengan bulan September 2011 sebanyak 3.491 orang (76,8% dari penemuan penderita baru tahun 2010), 379 penderita baru merupakan usia anak (10,9%), 482 penderita baru yang ditemukan dalam kondisi cacat II (13,8%) dan 1.426 penderita baru berjenis kelamin perempuan (40,8%).
- Pemeriksaan Rapid Village Survey (RVS) di semua Puskesmas di 8 Kabupaten/Kota dimana masing-masing Puskesmas memeriksa 5 Desa endemis kusta. Pada kegiatan ini ditemukan penderita baru sebanyak 851 orang (149 penderita usia < 15 th dan 79 penderita dengan cacat II) dan jumlah penduduk yang diperiksa sebanyak 143.732 orang. Dalam kegiatan RVS ini juga melibatkan Kecamatan, perangkat desa hingga perangkat desa dengan harapan untuk mengurangi stigma dan sebanyak mungkin memeriksa suspect kusta yang ada di masyarakat.
- Terlaksananya kelompok perawatan diri (KPD) di 20 Puskesmas di 10 Kabupaten/Kota. Pada kegiatan ini juga diberikan stimulan berupa jasa partisipasi untuk anggota Kelompok perawatan diri (KPD). Salah satu Kelompok Perawatan Diri (KPD) yang ada di Puskesmas Grati Kab. penderita mendapat penghargaan dari Gubernur dalam rangka Lomba (Kelompok Perawatan Diri) KPD untuk memperingati Hari Jadi Provinsi Jawa Timur. Terlaksananya pemantauan kecacatan di 3 Kabupaten endemic (Pasuruan, Bojonegoro dan Tuban), dari 170 penderita yang dipantau ada 66 orang yang kecacatannya membaik, 103 kecacatannya tetap dan 1 orang yang kecacatannya memburuk dibandingkan pada saat awal mulai pengobatan.

Tabel 4.25
Indikator Pokok Program P2 Kusta Provinsi Jawa Timur
Tahun 2011

No	Indikator Program	Target Nas	Pencapaian				
			2007	2008	2009	2010	2011*
1	Prevalensi Rate / 10.000 pddk	< 1	1.65	1.83	1.81	1.48	1.8
2	Penemuan Penderita Baru		5.511	5.083	6.040	4.653	3.491
3	CDR/100.000 pddk	< 5	1.48	1.31	1.60	1.25	0
4	Proporsi Anak	5%	12%	12%	12%	11%	11%
5	Proporsi Cacat II	5%	10%	11%	11%	13%	14%
6	Proporsi MB	-	85%	88%	84%	85%	84%
7	RFT Rate PB:	90%	93%	96%	95%	93%	-
	RFT Rate MB:	90%	92%	92%	91%	90%	-

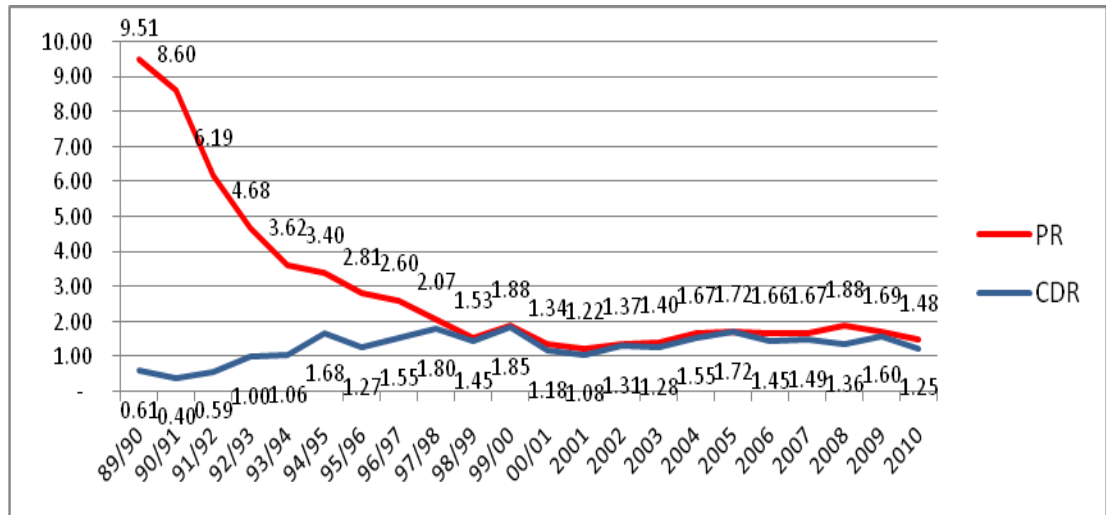
Sumber : Data P2 Kusta Dinas Kesehatan provinsi Jatim Tahun 2011

Keterangan:

Hasil pencapaian kegiatan per indikator program masih jauh diatas target nasional kecuali RFT Rate PB maupun MB. Penemuan penderita baru paling tinggi pada tahun 2009 yaitu 6.040 orang yang dikarenakan adanya kegiatan intensified case finding di Kabupaten Lamongan dan Jember dengan melibatkan semua jajaran pemegang kebijakan, seluruh tenaga kesehatan di Puskesmas dan kader desa. Untuk kegiatan ini membutuhkan anggaran sebanyak \pm 750 juta yang berasal dari WHO dengan waktu 3 bulan. Penemuan penderita baru dari kegiatan ini sebanyak 756 orang. Untuk RFT rate PB atau MB masih belum dianalisa karena laporan ini bisa dievaluasi pada akhir tahun.

Tabel 4.26

Prevalensi dan Case Detection Rate Prov. Jatim 1989 – 2010



Keterangan:

Penurunan prevalensi rate terlihat cukup signifikan, mulai 9,51 pada tahun 1990 menjadi 1,48 pada tahun 2010. Selain itu mulain tahun 2000 grafik prevalensi rate dan case detection rate terlihat berhimpitan, ini menunjukkan kinerja yang baik karena semua penderita baru yang ditemukan segera diobati dan dipantau kesembuhannya.

Permasalahan dan Upaya Pemecahannya

Permasalahan.

- Penemuan penderita baru yang di mulai awal program tahun 1991 sampai 1998 menunjukkan hasil yang sangat signifikan, akan tetapi sejak tahun 1998 sampai dengan sekarang hasilnya tidak menunjukkan perkembangan yang memuaskan. Ini berarti masih banyak backlog atau sumber penularan yang ada di tengah-tengah masyarakat Jawa Timur yang belum ditemukan dan diobati. Hal ini dapat dilihat dari tingginya proporsi cacat II dan proporsi penderita anak ($> 10\%$).
- Hanya 22 Kabupaten/Kota (57,89%) yang mencapai RFT rate tipe MB sesuai dengan standar nasional. Angka ini masih jauh dibawah standar

RENSTRA yaitu 70% Kabupaten/Kota mencapai RFT rate sesuai standar. Halini disebabkan karena masa pengobatan untuk penyakit kusta tipe MB cukup panjang yaitu setiap hari selama 12 bulan yang menyebabkan penderita merasa bosan. Selain itu efek samping dari obat kusta (Lamprene) yang menyebabkan kulit menjadi hitam selama pengobatan membuat penderita enggan untuk melanjutkan pengobatan ini.

- Masih rendahnya keterampilan teknis maupun manajerial program yang bagi petugas Puskesmas salah satu penyebabnya adalah rendahnya komitmen pemegang kebijakan di Kabupaten/Kota sehingga tingkat rotasi tenaga masih terus terjadi. Selain itu tugas rangkap dari petugas kusta di Puskesmas juga menjadi alasan utama pada rendahnya cakupan pemeriksaan POD secara rutin pada penderita kusta.
- Dana untuk mendukung kegiatan Program P2 Kusta di tingkat Kabupaten/Kota rata-rata masih di bawah kesepakatan pada pertemuan ANEK (Aliansi Nasional Eliminasi Kusta) di Bali pada tahun 2008 yang masing-masing Kabupaten/Kota menyediakan minimal 25 juta.
- Masih adanya stigma di masyarakat dan petugas kesehatan akan menghambat dalam penemuan penderita kusta secara dini.
- Penemuan penderita baru kurang memanfaatkan peran dari lintas sektor maupun lintas program.
- Belum semua Kabupaten/Kota memasukkan penderita kusta dalam Jamkesmas.

Pemecahan Masalah:

- Meningkatkan kepedulian para pemegang kebijakan (Bupati/Walikota, anggota DPRD, Kepala Dinas maupun Kepala Puskesmas) di tingkat Kabupaten/Kota melalui advokasi yang berkesinambungan.
- Meningkatkan ketrampilan petugas kesehatan pada umumnya dalam deteksi dini penyakit kusta melalui pelatihan-pelatihan maupun on the job training.

- Meningkatkan mutu pelayanan pada penderita kusta dengan melakukan POD setiap bulan dan case holding melalui pemberian reward untuk keberhasilan dalam mengurangi atau mempertahankan kecacatan penderita baru saat dinyatakan sembuh/RFT.
- Mensosialisasikan Program P2 Kusta pada tokoh masyarakat/tokoh agama maupun masyarakat luas baik melalui media cetak maupun elektronik.
- Menemukan penderita baru dengan kegiatan aktif yang melibatkan petugas kesehatan maupun tokoh masyarakat / tokoh agama, kader kesehatan dll
- Mengembangkan research operasional bekerjasama dengan Institute of Tropical Disease Universitas Airlangga maupun RSK Sumberglagah Mojokerto.
- Mengoptimalkan Kelompok Perawatan Diri (KPD) untuk menumbuhkan kemandirian penderita kusta dalam hal perawatan diri terhadap kecacatannya.

e) Penghargaan yang diterima:

- Penghargaan POD AWARDS TAHUN 2011 tingkat nasional untuk Wasor Kabupaten Sumenep.
- Penghargaan dari TV One tahun 2011 untuk petugas kusta Puskesmas Grati Kabupaten Pasuruan dalam hal pemberdayaan Kelompok Perawatan Diri (KPD) penderita kusta.
- Penghargaan Lomba Kelompok Perawatan Diri (KPD) penderita kusta oleh Gubernur Jawa Timur dalam rangka peringatan Hari Jadi Provinsi Jatim untuk Kelompok Perawatan Diri (KPD) penderita kusta Puskesmas Grati Kabupaten Pasuruan.

Kegiatan Pemberantasan Penyakit Tuberkulosis (TB).

Hasil pelaksanaan Program P2 TB adalah sebagai berikut :

- Sesuai dengan renstra tahun 2010–2014, dimana diharapkan 100% Kabupaten/Kota mencapai target Success Rate sebesar 90%. Pada tahun 2011 (data sampai dengan TW3), jumlah kabupaten/kota yang mencapai success rate minimal 90% (untuk pasien yang diobati mulai tahun 2010) adalah sebanyak 27 kabupaten/kota (71%)
- Penemuan pasien baru tahun 2011 untuk semua tipe sampai dengan bulan September 2011 sebanyak 30.686 orang, 19.318 diantaranya adalah pasien TB BTA positif baru (Case Detection Rate 48%). Jumlah kasus TB anak yang diobati sebanyak 1.327 kasus

Tabel 4.27
Indikator Pokok Program P2 TB
Tahun 2011

No	Indikator Program	Target Nas	Pencapaian				
			2007	2008	2009	2010	2011*
1	Case Detection Rate	> 70%	58%	59%	54%	58%	48%
2	Succes Rate	>85%	87%	89%	88%	90%	90%

Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Jatim (Data s/d Sept 2011)

Keterangan

Penemuan pasien TB, terutama yang BTA positif baru masih jauh dibawah target minimal 70%. Masih belum tercakupnya seluruh layanan, terutama di sektor swasta menjadi tantangan yang harus dihadapi untuk mencapai target CDR yang optimal.

Untuk angka keberhasilan pengobatan sudah mencapai target 90%, meskipun kalau dilihat per kabupaten/kota, masih ada 11 kabupaten/kota dengan angka keberhasilan pengobatan yang masih rendah.

Permasalahan dan Upaya Pemecahannya

Permasalahan:

- Penemuan kasus TB yang masih di bawah target nasional, yaitu masih mencapai 48% di tribulan 3 tahun 2011
- Hanya 27 kabupaten kota yang mencapai target keberhasilan pengobatan minimal 90%
- Masalah TB HIV masih belum tertangani dengan optimal, khususnya dari sisi surveilans
- Masih banyak layanan swasta yang belum mau melaksanakan pengobatan TB dengan strategi DOTS, sehingga pasien yang ditangani oleh sektor swasta tidak tercatat dalam sistem surveilans program nasional
- Munculnya kasus TB kebal obat yang memerlukan penanganan khusus dengan biaya 100 kali lebih mahal dibanding penanganan pasien TB biasa

Pemecahan :

- Meningkatkan AKMS (Advokasi, Komunikasi dan Mobilisasi Sosial) untuk meningkatkan peran serta masyarakat dan pengambil kebijakan dalam pengendalian TB
- Memperkuat Public Private Mix sebagai pendekatan untuk memperkuat jaringan pelayanan TB
- Memperkuat HDL di 5 regional dan kabupaten kota untuk menurunkan angka drop out yang pada akhirnya akan meningkatkan angka keberhasilan pengobatan

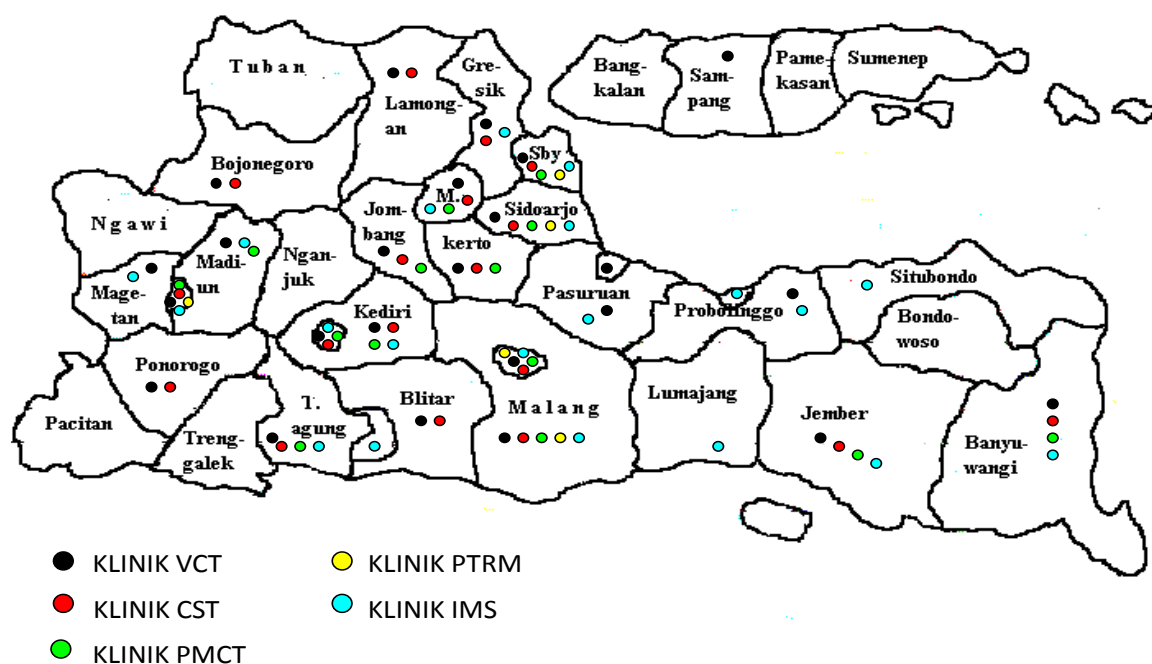
- Penguatan kolaborasi TB-HIV melalui Tim Kolaborasi TB HIV yang melibatkan KPA.
- Penguatan jejaring layanan untuk TB kebal obat melalui kegiatan pengendalian terpadu TB kebal obat dengan menambah layanan sub rujukan di 5 wilayah regional

Kegiatan Pengendalian HIV-AIDS.

Hasil pelaksanaan Program Pengendalian HIV/AIDS adalah sebagai berikut :

- Jumlah di Jatim s/d September 2011, HIV (+) : 11.069 (40% atau dari estimasi) dan AIDS : 5.091 (45%) dengan 1.331 kasus diantaranya meninggal (26%), Laki-laki : 3.405 (67%), Wanita : 1.686 (33%), Kasus anak < 15 th = 146 (3%)
- Faktor Penularan utama melalui seksual (58%) dan NAPZA (24%);
- Kasus AIDS pada IRT terus meningkat dari tahun ketahun dan melebihi PSK

Peta Klinik Layanan Program HIV-AIDS di Jawa Timur



Permasalahan dan Upaya Pemecahan Masalah.

Permasalahan

- Masih rendahnya pengetahuan tentang HIV/AIDS di masyarakat.
- Rendahnya penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko tinggi.
- Stigma dan diskriminasi
- Pelaksanaan Program Pengurangan Dampak Buruk Napza
- Masih rendahnya cakupan PMTCT
- Pelaksanaan Program HIV-AIDS dan IMS di Lapas, daerah perbatasan, daerah sulit dan terpencil lainnya
- Kab/Kota di Jawa Timur memiliki layanan untuk ODHA yang komprehensif sudah meningkat, namun masih di 19 Kab/Kota.
- Belum semua para pengambil kebijakan mempunyai komitmen tinggi untuk berupaya mengendalikan HIV-AIDS
- Partisipasi masyarakat, LSM, lembaga keagamaan, kemasyarakatan lainnya, dan orang terdampak
- Kesenambungan pelaksanaan program, pendanaan dan ketergantungan pada lembaga donor

Upaya Pemecahan.

- Memperbanyak jenis dan jumlah media KIE utk usia 15-24th
- Surat Keputusan Bersama 4 Menteri tentang Peningkatan Pengetahuan Komprehensif HIV-AIDS
- Peningkatan KIE HIV-AIDS pada kelompok berisiko tinggi
- Kampanye Aku Bangga AkuTahu
- Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten Kota meningkatkan pengetahuan komprehensif HIV-AIDS pada usia 15-24 tahun.
- Dinkes Provinsi siap memfasilitasi pendampingan program, peningkatan SDM sesuai kebutuhan, pemenuhan buffer logistik reagensia HIV-IMS, dan obat ARV

- Terjaminnya obat ARV dan reagensia, upaya pencegahan, pengembangan layanan,
- Informed consent, konseling pre test dan post test, prinsip kerahasiaan,
- Layanan tanpa diskriminasi dan menerapkan keberpihakan kepada ODHA,
- Pendekatan harm reduction,
- Peningkatan dan jaga mutu layanan,
- Pengembangan layanan secara bertahap didahului dengan assessment,
- Penyelenggaraan dan pelaksanaan program sesuai azas desentralisasi

Kegiatan Pengendalian Penyakit Malaria

Hasil Pelaksanaan Pembangunan

Tabel 4.28
Capaian Kegiatan Program Malaria Tahun 2010 dan 2011

No	URAIAN	TAHUN 2010	TAHUN 2011	TREND
1.	Jumlah SD diperiksa	56,1 ribu	14,9 ribu	Turun
	ABER (Cakupan Pemeriksaan Sediaan Darah)	1,06 %	0.29%	Turun tipis
2.	Jumlah penderita positif	946	826	Turun
	a. % Malaria falsipharum	46,5 %	50.2%	Naik
	b. % penderita setempat	10,7 %	10%	Turun
	c. % penderita Import Luar Jawa	85,4 %	87%	Naik
	d. Penderita meninggal (orang)	2	8	Meningkat
3	API (Jml. Penderita /1000 pddk)	0,18 ‰	0.16 ‰	Turun
4	SPR (Slide Positivity Rate) : %	1,68 %	5.52%	Naik

Kegiatan Pengendalian Malaria dilaksanakan melalui :

- *Operasional dan Monitoring Pos Malaria Desa*
Kegiatan operasional Pos Malaria Desa dilaksanakan di 7 Kabupaten endemis malaria yaitu

- Kabupaten Pacitan : 10 Lokasi yaitu di Kecamatan Tegalombo dan Kecamatan Tulakan
- Kabupaten Trenggalek : 6 lokasi yang di alokasikan di Kecamatan Watulimo, Kec. Dongko Kec. Suruh dan Kecamatan Munjungan
- Kabupaten Madiun : 5 lokasi yang di fokuskan di wilayah Kecamatan Gemarang
- Kabupaten Banyuwangi : 1 Lokasi yaitu di Kecamatan Wongsorejo
- Kabupaten Tulungagung: 1 Lokasi di Kec. Wongsorejo
- Kabupaten Jember : 1 lokasi di Kec. Curahnongko
- Kabupaten Malang : 1 lokasi di Kecamatan Donomulyo

Adanya Pos Malaria Desa bertujuan untuk memberdayakan masyarakat setempat menghadapi masalah malaria yang ada di desanya. Petugas Pos Malaria Desa yang ditunjuk melaksanakan operasional Pos malaria desa diberikan insentif dari APBD I Provinsi selama 8 bulan. Berdasarkan hasil monitoring diketahui bahwa sebanyak 26,5% penderita dari 826 penderita yang ditemukan tahun 2011 adalah hasil kegiatan Active Case Detection yang dilakukan oleh para petugas Pos Malaria Desa dan Juru Malaria Desa. Dengan melihat hal tersebut digambarkan bahwa adanya Pos Malaria Desa di desa endemis yang umumnya merupakan desa terpencil masih sangat membantu pelayanan pengobatan malaria di desa.

- *Pemantauan mutu laboratorium malaria*

Pemantauan mutu laboratorium dilaksanakan oleh Provinsi, kegiatan yang dilakukan berupa cross check Sediaan darah yang dikirim dari Kabupaten/Kota. Dengan target sebanyak 1.000 spesimen. Kegiatan ini untuk mengetahui tingkat kesalahan pemeriksaan Sediaan Darah yang dilaksanakan di Puskesmas serta menilai ketrampilan petugas Analis Laboratorium Puskesmas. Pada tahun 2011 hanya 16 Kabupaten (35

Puskesmas) yang mengirimkan sediaan darah untuk cross chek. Dan dari hasil cross chek yang telah dilaksanakan di Provinsi diketahui bahwa tingkat kesalahan pemeriksaan oleh Puskesmas dibawah 10%, sehingga masih harus ditingkatkan hingga mencapai dibawah 5%.

- *Pemantapan Tatalaksana kasus malaria bagi dokter Puskesmas*

Kegiatan ini dilaksanakan pada tanggal 27 s/d 29 Juli 2011 dan dihadiri oleh peserta sebanyak 45 orang dokter Puskesmas dan Rumah Sakit di Kabupaten yang bermasalah malaria. Dengan dilaksanakan kegiatan pertemuan ini maka pengobatan malaria dengan ACT bisa dipahami lebih baik/mantap sehingga tidak terjadi keterlambatan dan kekeliruan penanganan terhadap penderita dan penularan dan kematian karena malaria dapat dicegah

- *Konsultasi Program ke Pusat*

Selama tahun 2011 dilakukan konsultasi sebanyak 4 kali, yaitu 2 kali dilakukan oleh struktural dan 2 kali oleh pengelola Program Malaria Provinsi. Melalui kegiatan ini dilakukan koordinasi tentang permasalahan Program yang dihadapi di Daerah serta diperoleh masukan untuk memantapkan dan mengembangkan Program Pengendalian Malaria di Jatim. Adanya kegiatan ini juga dirasakan sangat membantu ketersediaan bahan obat-obatan serta bahan pemberantasan vektor, karena anggaran di Provinsi sangat terbatas.

- *Pertemuan Evaluasi & Validasi Data Malaria*

Pada tahun 2011 dilakukan 2 kali kegiatan Pertemuan Evaluasi dan Validasi Data Malaria Tahap I dihadiri Pengelola Program dari 38 Kab/Kota yang dilaksanakan pada tgl 30 Maret s/d 1 April 2011, sedang Tahap II dihadiri Kepala Seksi P2 dari 38 Kab/Kota dilaksanakan pada tanggal 14 s/d 16 September 2011.

Hasil pertemuan :

- Telah disosialisasikan dan dipahami pengertian format data malaria baru sesuai dengan kebutuhan Provinsi dan Nasional
 - Disepakati metode dan waktu pengiriman laporan dari Puskesmas ke Kabupaten dan dari Kabupaten ke Provinsi.
 - Kabupaten melanjutkan sosialisasi tersebut ke Puskesmas di wilayah masing-masing
 - Mengevaluasi kegiatan tahun 2010 serta menginformasikan kegiatan P2 Malaria Provinsi yang dilaksanakan di Kabupaten/Kota dan Puskesmas
 - Melakukan validasi data tahun 2010 dan 2011.
 - Mendiskusikan permasalahan yang dihadapi Kabupaten dalam pelaksanaan Program Malaria.
 - Dengan adanya pertemuan ini memungkinkan untuk dilakukan evaluasi serta diskusi masalah Program sehingga permasalahan secara bertahap akan bisa diatasi bersama.
- *Pengendalian malaria di 13 wilayah Kabupaten rawan malaria*

Kegiatan yang dilakukan antara lain adalah Surveilans Migrasi, Mass Fever Survey serta Pemberantasan Vektor Malaria. Kegiatan ini dimaksudkan untuk meningkatkan cakupan pengobatan serta menekan/memutuskan mata rantai penularan malaria di daerah rawan malaria di daerah sbb :

 - Surveilans Migrasi : dialokasikan pada 17 Kabupaten (52 Lokasi)
 - Mass Fever Survey : dialokasikan pada 8 Kabupaten (15 lokasi) dan
 - Pemberantasan Vektor : dialokasikan pada 8 Kabupaten (10 lokasi)

Pada tahun 2011 dari hasil kegiatan penemuan penderita termasuk Surveilans Migrasi, MFS dan penemuan penderita secara aktif di Puskesmas berhasil dijangkit 716 orang (87%) penderita import dari Luar Jawa. Sedangkan dari kegiatan Pemberantasan vektor telah dilakukan

penanganan perindukan vektor malaria di 10 lokasi dan tingkat penularan dapat ditekan sehingga pada tahun 2010 hanya ditemukan 83 orang penderita (10%) dari seluruh kasus yang ditemukan

- *Pengendalian di Kabupaten dengan IPM rendah*

Melalui kegiatan ini dilakukan Sosialisasi Kebijakan Eliminasi Malaria di Indonesia serta Tatalaksana kasus malaria pada 6 Kabupaten yang termasuk dalam Kabupaten IPM rendah yaitu : Kab. Sampang, Kab. Pamekasan, Kab. Pasuruan, Kab. Probolinggo, Kab. Jember dan Kab. Situbondo. Dengan dilaksanakannya kegiatan tersebut diharapkan petugas siap menghadapi Eliminasi malaria di Jawa Timur yang direncanakan terlaksana dapat pada tahun 2015.

- *Pemantauan program & persiapan eliminasi malaria*

Yang termasuk dalam kegiatan ini adalah Asistensi & fasilitasi Program, Pengadaan bahan stimulan serta pengadaan bahan cetakan yang digunakan untuk penunjang pelaksanaan Program pengendalian malaria.

- Kegiatan Asistensi & fasilitasi dilaksanakan di 15 Kabupaten dengan mengunjungi Kabupaten maupun Puskesmas bermasalah malaria serta Kabupaten IPM rendah. Kunjungan dimaksudkan memberikan asistensi, fasilitasi serta motivasi bagi petugas sehingga mampu melaksanakan kegiatan sesuai SOP.
- Untuk membantu Kabupaten maupun masyarakat mencegah penularan malaria dilaksanakan pengadaan bahan stimulan berupa kelambu sebanyak 1900 buah yang dialokasikan pada 7 Kabupaten yang masih memiliki desa-desa endemis, yaitu Kab. Pacitan, Kab. Trenggalek, Kab. Madiun, Kab. Sumenep, Kab. Banyuwangi, Kab. Malang dan Kab. Blitar

- Pengadaan cetakan berupa Buku Saku Tatalaksana Kasus Malaria sebanyak 200 Buah dilakukan untuk memberikan pedoman pada petugas Puskesmas dalam melaksanakan penatalaksanaan kasus malaria.
- *G I S Malaria*
Kegiatan ini meliputi pengadaan soft ware GIS, serta pelaksanaan pengumpulan data dilapangan. Berhubung dipasaran belum ada Soft ware GIS yang sesuai dengan kebutuhan maka pada tahun ini pengadaan barang tersebut belum bisa terlaksana.
- *Pertemuan Lintas Sektor Malaria*
Kegiatan ini bertujuan melakukan Sosialisasi Eliminasi Malaria pada Lintas Sektor terkait baik di Provinsi maupun di tingkat Kabupaten, dilaksanakan pada tanggal 23 November 2011.

Kegiatan ini dihadiri oleh :

- 12 orang peserta dari Dinas Kesehatan dan Lintas Sektor Provinsi yang terkait dengan Program Pengendalian Malaria
- 24 orang peserta dari 4 Kabupaten endemis malaria (Dinas Kesehatan dan Lintas sektor masing-masing Kabupaten 6 orang peserta).

Dari kegiatan tersebut diperoleh komitmen dari Lintas Sektor untuk membantu mengatasi malaria di Kabupaten masing-masing.

Permasalahan Yang Dihadapi & Upaya Pemecahannya :

Permasalahan :

- Terjadinya peningkatan kematian malaria pada tahun 2011 karena kurangnya pemahaman tatalaksana kasus malaria pada dokter Puskesmas maupun Rumah Sakit terhadap penyakit malaria yang dianggap sudah tidak ada di Jawa Timur.

- Ketenagaan di daerah :
 - Tenaga pengelola malaria di tingkat Kabupaten sering dilakukan perubahan posisi sehingga petugas sering berganti-ganti, dan petugas yang baru menjadi kurang pemahamannya terhadap malaria sehingga kesinambungan Program terganggu.
 - Tenaga analis laboratorium dan entomologi malaria di daerah endemis belum semua trampil dan terlatih.
- Penemuan penderita migran yang belum bisa optimal karena tidak adanya peraturan daerah yang mengatur dan mengikat.
 - Desa-desa endemis malaria aksesnya sulit karena letak geografisnya dan jauh dari Pusat Pelayanan Kesehatan sehingga menyulitkan pelayanan pengobatan.
 - Malaria bukan masalah prioritas meskipun di Kabupaten rawan penularan malaria sehingga dana anggaran kegiatan juga sangat terbatas dan kurang memadai.
 - Kurangnya advocacy di daerah yang bermasalah malaria, terhadap lintas sektor terkait sehingga seringkali pengendalian vektor tidak bisa ditangani dengan baik.

Pemecahan masalah :

Untuk mengatasi masalah malaria di Jawa Timur dilakukan upaya sebagai berikut :

- Melakukan workshop tentang tatalaksana kasus malaria bagi dokter Puskesmas dan Rumah Sakit dan secara bertahap melakukan pelatihan petugas baik pengelola, analis laboratorium maupun petugas entomologi di Kabupaten maupun Puskesmas.
- Meningkatkan surveilans migrasi dan kerjasama dengan aparat yang memiliki akses dengan penduduk migran.

- Melanjutkan kegiatan operasional Pos Malaria Desa di desa-desa endemis malaria.
- Meningkatkan advocacy pada lintas sektor terkait di tingkat Kabupaten.

Kegiatan Pencegahan Pengendalian Penyakit Pes

Hasil Pelaksanaan Pembangunan

- Penemuan penderita secara pasif artinya: semua penderita klinis pes dari 42 dusun yang datang ke sarana kesehatan (Puskesmas dan Pustu) harus mendapatkan pengobatan (100%) Pemasangan trap tikus pada 42 dusun wilayah pengamatan pes sebanyak 160.000 trap. Pemeriksaan spesimen serologi dan mikrobiologi 5.567 sps.
- Pencarian penderita secara aktif pencarian ini dilakukan oleh petugas Human Surveillance dengan cara berkeliling dari rumah kerumah setiap hari pada 42 dusun Fokus dan terancam di wilayah pengamatan pes. Semua penderita klinis yang ditemukan harus memperoleh pengobatan (100 %)

Tabel 4.29
Hasil Pengamatan penyakit Pes di Provinsi Jawa Timur
2007-2011

No	Indikator	Hasil Kegiatan					Keterangan
		2007	2008	2009	2010	2011	
1	Trap Sukses %	3 %	3.5%	3.7%	3.5%	3.0%	Tahun 2007 *ada kematian 1 orang
2	Indek Pinjal (IP):						
	1. IP Umum:	2.5 %	2.8 %	3.0 %	0.90 %	1.75 %	
	2. IP.Khusus	4.3 %	4.0 %	4.3 %	0.94 %	0.90 %	
3	Penderita Klinis	69/1*	5	5	2	3	
4	Penderita Positip Laboratorium	- 24 sero 1 -16 sero 2	0	0	0	0	
	Standar Nasional 1. Indek Pinjal Umum: = 2 % 2. Indek Pinjal khusus = 1 % 3. Trap sukses = 3 %						

Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2011

Dari data tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa hasil kegiatan penyakit pes pada tahun 2007 menunjukkan adanya kejadian luar biasa setelah mengalami masa tenang selama sepuluh tahun yaitu dari tahun 1997–2007. Pada tahun 2007 jumlah penderita klinis pes yang diketemukan sebanyak 69 orang dengan kematian 1 (satu) orang. Hasil Laboratorium diketemukan 24 orang dengan serum positif pada pengambilam pertama (ke 1) positif kuman *Yersinia pestis*, sedangkan pada saat pengambilan serum yang ke 2 (dua) hanya berhasil diambil serum sebanyak 16 orang dan semuanya positif. Penyuntikan tikus putih dengan pool pinjal juga diketemukan adanya tikus putih yang mati karena terinfeksi dengan kuman yang sama *Yersinia pestis*.

Pada tahun 2008–2011 belum diketemukan adanya penderita klinis yang positif secara laboratorium.

Permasalahan dan Upaya Pemecahannya

Permasalahan yang ditemukan dalam pengendalian penyakit pes sebagai berikut:

- Penyakit Pes mempunyai kekhasan pengendalian karena hulu penyakit ini berada di hewan, dan kalau terlambat menangani akan berakibat fatal pada manusia, pertanian dan pariwisata.
- Terbatasnya tenaga dalam pengendalian penyakit Pes
- Mobilitas penduduk dari daerah/wilayah yang berisiko penyakit ke daerah bebas.
- Merupakan penyakit yang sangat rentan dengan adanya perubahan lingkungan/ekologi.
- Kurangnya sosialisasi tatalaksana dan pengendalian penyakit Pes.

Pemecahan masalah:

- Memberikan pembinaan dan advokasi ke semua level administrasi pemerintahan
- Kab/Kota mengusulkan anggaran untuk sosialisasi dan pelaksanaan kegiatan program zoonosis
- Penggandaan pedoman
- Meningkatkan peran serta masyarakat dan PHBS
- Mengusulkan pertemuan review petugas pengendalian dan tatalaksanaan kasus penyakit zoonosis

Kegiatan Pencegahan Demam Berdahar Dengue (DBD)

Hasil kegiatan Pencegahan DBD terlihat dalam table berikut :

Tabel 4.30
Analisa Kasus Dbd Tahun 2011 (Januari - Nopember)
Dibandingkan Dengan Periode Yang Sama Tahun 2010
Data S/D Tgl. 18 Nopember 2011

NO	KAB. / KOTA	Periode Januari s/d Nopember Tahun 2010			Periode Januari s/d Nopember Tahun 2011			KETERANGAN	
		P	M	CFR	P	M	CFR	P	CFR
1	Surabaya (M)	3,240	13	0.40	963	5	0.52	Turun	Naik
2	Gresik	771	4	0.52	247	4	1.62	Turun	Naik
3	Ponorogo	1,481	7	0.47	206	5	2.43	Turun	Naik
4	Jombang	408	2	0.49	205	3	1.46	Turun	Naik
5	Pacitan	617	1	0.16	205	1	0.49	Turun	Naik
6	Banyuwangi	1,018	6	0.59	179	0	0.00	Turun	Turun
7	Malang	1,345	12	0.89	170	7	4.12	Turun	Naik
8	Sampang	322	1	0.31	170	0	0.00	Turun	Turun
9	Trenggalek	654	7	1.07	158	0	0.00	Turun	Turun
10	Tuban	540	7	1.30	154	7	4.55	Turun	Naik
11	Bangkalan	683	5	0.73	153	1	0.65	Turun	Turun
12	Malang (M)	876	5	0.57	148	1	0.68	Turun	Naik
13	Probolinggo (M)	757	6	0.79	141	0	0.00	Turun	Turun
14	Sidoarjo	634	7	1.10	115	1	0.87	Turun	Turun
15	Lamongan	548	7	1.28	107	1	0.93	Turun	Turun
16	Pasuruan	627	15	2.39	107	3	2.80	Turun	Naik
17	Sumenep	552	0	0.00	05	2	1.90	Turun	Naik

18	Probolinggo	777	16	2.06	104	1	0.96	Turun	Turun
19	Bojonegoro	582	8	1.37	103	0	0.00	Turun	Turun
20	Situbondo	559	3	0.54	88	0	0.00	Turun	Turun
21	Ngawi	298	9	3.02	84	0	0.00	Turun	Turun
22	Magetan	351	8	2.28	82	2	2.44	Turun	Naik
23	Jember	1,464	11	0.75	73	1	1.37	Turun	Naik
24	Madiun	294	6	2.04	71	1	1.41	Turun	Turun
25	Pasuruan (M)	273	0	0.00	70	0	0.00	Turun	Tetap
26	Bondowoso	432	1	0.23	61	0	0.00	Turun	Turun
27	Nganjuk	476	7	1.47	58	0	0.00	Turun	Turun
28	Tulungagung	1,357	11	0.81	55	4	7.27	Turun	Naik
29	Kediri (M)	564	7	1.24	48	1	2.08	Turun	Naik
30	Kediri	797	5	0.63	45	1	2.22	Turun	Naik
31	Batu (M)	305	0	0.00	36	0	0.00	Turun	Tetap
32	Blitar	887	9	1.01	22	2	9.09	Turun	Naik
33	Mojokerto	293	7	2.39	20	2	10.00	Turun	Naik
34	Lumajang	412	6	1.46	18	1	5.56	Turun	Naik
35	Pamekasan	26	0	0.00	15	0	0.00	Turun	Tetap
36	Mojokerto (M)	18	0	0.00	12	0	0.00	Turun	Tetap
37	Blitar (M)	61	1	1.64	9	0	0.00	Turun	Turun
38	Madiun (M)	84	1	1.19	8	0	0.00	Turun	Turun
	JAWA TIMUR	25,383	221	0.87	4,615	57	1.24	Turun	Naik

Keterangan :

P : Penderita

CFR : Case Fatality Rate / Angka kematian

Permasalahan dan Upaya Pemecahannya :

Hasil Pelaksanaan Pembangunan :

- Terdapat penurunan yang cukup drastis jumlah penderita DBD di Jawa Timur pada periode Januari s/d Nopember Tahun 2011 bila dibandingkan dengan periode yang sama tahun 2010. Penurunan jumlah penderita mencapai 82% yaitu dari 25.383 penderita menurun menjadi 4.615 penderita.
- Jumlah kematian DBD juga mengalami penurunan sebesar 74% pada periode Januari s/d Nopember Tahun 2011 bila dibandingkan dengan periode yang sama tahun 2010 yaitu dari 221 kematian menurun menjadi 57 kematian. Namun apabila dilihat rate nya yaitu angka

kematian (CFR) DBD mengalami peningkatan dari 0,87% meningkat menjadi 1,24%.

- Seluruh Kabupaten/Kota di Jawa Timur mengalami penurunan jumlah penderita DBD pada periode Januari s/d Nopember Tahun 2011 bila dibandingkan dengan periode yang sama tahun 2010.
- Berdasarkan analisis data selama 3 tahun terakhir peningkatan jumlah penderita DBD terjadi pada bulan Nopember-Desember bersamaan dengan datangnya musim penghujan.

Permasalahan :

- Belum optimalnya kegiatan prioritas : pemberdayaan masyarakat untuk PSN DBD
- Keterlambatan respon untuk melakukan Penyelidikan Epidemiologi (PE) dikarenakan keterlambatan info dari RS/Klinik
- Petugas kesehatan adalah faktor utama keberhasilan Penyelidikan Epidemiologi
- Surveilans epidemiologi DBD sbg upaya kewaspadaan dini agar tidak terjadi KLB belum optimal
- Bila dibandingkan tahun 2010 :
 - Ir dbd menurun
 - Wil klb tidak ada
 - Cfr meningkat
- Sebagian masyarakat masih meminati fogging atau pengasapan
- Dalam melakukan fogging: kompetensi petugas, peralatan dan bahan insektisida masih menjadi masalah.
- Uji resistensi terhadap insektisida belum dilakukan optimal

Upaya Pemecahan :

- Menggerakan dan Memberdayakan Masyarakat dalam Pencegahan dan Penanggulangan DBD

- Meningkatkan Akses Masyarakat Terhadap Pelayanan (Penemuan Kasus/Diagnosis dan Tatalaksana Kasus DBD) yang Berkualitas
- Meningkatkan Sistem Surveilans Epidemiologi (Kasus, Vektor) DBD
- Meningkatkan Sumber Daya dalam Pengendalian DBD

Kegiatan Peningkatan Imunisasi

- Program imunisasi merupakan salah satu program yang telah terbukti efektif dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I).
- Efektifitas tersebut tercapai apabila cakupan tinggi dan merata serta berkesinambungan dengan potensi vaksin yang terjamin dan tatalaksana vaksinasi yang bermutu.
- Indikator output keberhasilan program imunisasi ditetapkan bahwa apabila di suatu desa/kelurahan minimal 85% bayi-nya telah mendapatkan imunisasi dasar lengkap, yang disebut Universal Child Immunization (UCI).
- Demi efektifitas pencapaian indikator tersebut ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM), menyatakan bahwa pencapaian UCI desa 100% pada tahun 2014 adalah kewenangan wajib bidang kesehatan dari pemerintah kabupaten/kota.
- Di Jawa timur ditetapkan pentahapan pencapaian target UCI Desa adalah 70% (2005), 80% (2006 & 2007), 90% (2008 & 2009) dan 100% pada Tahun 2010. Sedangkan UCI desa yang telah dicapai masih belum sesuai target yang telah ditetapkan, yaitu berturut-turut : 42.6% (2005), 63.4% (2006), 68.6% (2007) dan 73.9% (2008) serta 78,5% (2009) serta 81.2% di tahun 2010.

- Kasus PD3I yang cenderung meningkat sejak tahun 2005, merupakan konsekuensi logis dari masih rendahnya cakupan UCI desa, sehingga masih banyak desa/kelurahan yang rawan KLB PD3I yang disebabkan karena banyaknya anak yang belum mendapatkan imunisasi dasar lengkap disaat usia bayi
- Target tahun 2011:
 - Kabupaten/Kota mencapai minimal 85% UCI Desa dengan indikator akses (DPT-HB1, Pol1, BCG minimal $\geq 95\%$, serta kelengkapan Polio 2, polio 3, Polio 4, DPT-Hb 2, DPT-HB 3, dan Campak minimal $\leq 90\%$), serta mutu pelayanan imunisasi yang berkualitas (safe injection) sehingga dapat mencegah dan menurunkan PD3I.
 - Kab/Kota prioritas/terpilih mempunyai minimal 80% jumlah desa tercapai status T5
 - Kab/Kota mencapai minimal 95% pencapaian BIAS Campak dan DT/Td pada anak sekolah dasar kelas 1. 2 dan 3.

Hasil Pelaksanaan Pembangunan

Hasil pelaksanaan program/kegiatan peningkatan Imunisasi diantaranya adalah sebagai berikut:

- UCI desa di Provinsi Jawa Timur ditetapkan menggunakan indikator cakupan semua antigen (selain Hb0). Pencapaian UCI desa dari tahun ke tahun telah berhasil ditingkatkan, berturut-turut : 42,6% (2005), 63,4% (2006), 68,6% (2007), dan 73,9% (2008), serta 79,9% (2009), 81,2 tahun (2011)
- Namun peningkatan UCI tersebut belum diikuti dengan penurunan kasus PD3I khususnya difteri dan tetanus neonatorum (TN), hal ini disebabkan karena cakupan imunisasi per antigen tidak merata di setiap desa, sehingga masih banyak terdapat desa-desa yang dihuni oleh banyak anak-anak yang belum kebal dengan penyakit PD3I.

- Untuk meningkatkan sensitivitas, kekebalan kelompok dan perlindungan terhadap Penyakit2 yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) serta sesuai dengan indikator Nasional, maka terjadi peningkatan persen indikator UCI DESA sebagai berikut :

Tabel 4.31
UCI Desa Tahun 2010 dan 2011

No	Antigen	Target 2010	Target 2011	Ket
1.	HB dini < 7 hari	80%	90%	Akses
2.	BCG	90%	95%	Akses
3.	DPT-HB1	90%	95%	Akses
4.	POLIO 1	90%	95%	Akses
5.	DPT-HB2	80%	90%	Kelengkapan
6.	POLIO 2	80%	90%	Kelengkapan
7.	DPT-HB3	80%	90%	Kelengkapan
8.	POLIO 3	80%	90%	Kelengkapan
9.	POLIO 4	80%	90%	Kelengkapan
10	CAMPAK	80%	90%	Kelengkapan

Ket :

Tercapainya UCI Desa s/d Oktober 2011 sebesar 51.2 % dari target 85%.

- Tercapainya UCI Desa 100% pada wilayah prioritas IPM dari target minimal $\geq 85\%$
- Tercapainya cakupan BIAS DT dan CAMPAK 98.8% dari target minimal $\geq 95\%$ pada anak sekolah dasar kelas 1 s/d 3.
- Tercapainya Status T5 di desa pada wilayah prioritas sebesar 43.25 % s/d oktober 2011 dari target minimal 80%

Tabel 4.32
Jumlah Desa Yang Mencapai Target Minimal Uci
Periode Januari S/D Oktober 2011
Per Kabupaten/Kota Di Propinsi Jawa Timur

NO	KAB/KOTA	JML	DESA UCI 2010		DESA UCI 2011		KET
		DESA	ABSOLUT	%	ABSOLUT	%	
1	Bangkalan	281	202	71.89	210	74.7	
2	Banyuwangi	217	217	100.00	109	50.2	
3	Batu (M)	24	23	95.83	15	62.5	
4	Blitar	248	204	82.26	91	36.7	
5	Blitar (M)	21	21	100.00	16	76.2	
6	Bojonegoro	430	429	99.77	351	81.6	
7	Bondowoso	219	192	87.67	194	88.6	
8	Gresik	356	330	92.70	246	69.1	
9	Jember	248	128	51.61	16	6.5	
10	Jombang	306	195	63.73	164	53.6	
11	Kediri	344	344	100.00	156	45.3	
12	Kediri (M)	46	45	97.83	37	80.4	
13	Lamongan	474	461	97.26	235	49.6	
14	Lumajang	205	178	86.83	91	44.4	
15	Madiun	206	188	91.26	123	59.7	
16	Madiun (M)	27	25	92.59	8	29.6	
17	Magetan	235	148	62.98	96	40.9	
18	Malang	390	368	94.36	265	67.9	
19	Malang (M)	57	49	85.96	42	73.7	
20	Mojokerto	304	233	76.64	124	40.8	
21	Mojokerto (M)	18	17	94.44	12	66.7	
22	Nganjuk	284	161	56.69	147	51.8	
23	Ngawi	217	165	76.04	66	30.4	
24	Pacitan	171	130	76.02	38	22.2	
25	Pamekasan	190	140	73.68	102	53.7	
26	Pasuruan	365	267	73.15	185	50.7	
27	Pasuruan (M)	34	31	91.18	7	20.6	
28	Ponorogo	305	250	81.97	141	46.2	
29	Probolinggo	330	305	92.42	155	47.0	
30	Probolinggo (M)	29	26	89.66	20	69.0	
31	Sampang	186	149	80.11	103	55.4	
32	Sidoarjo	353	338	95.75	317	89.8	
33	Situbondo	136	121	88.97	44	32.4	
34	Sumenep	332	220	66.27	47	14.2	

35	Surabaya (M)	163	69	42.33	45	27.6	
36	Trenggalek	157	123	78.34	63	40.1	
37	Tuban	328	231	70.43	165	50.3	
38	Tulungagung	271	184	67.90	113	41.7	
JAWA TIMUR		8,507	6,907	81	4,359	51.2	

Kegiatan Pemberantasan Penyakit Menular Langsung (P2ML)

Penanggulangan dan Pemberantasan Penyakit Diare DIARE

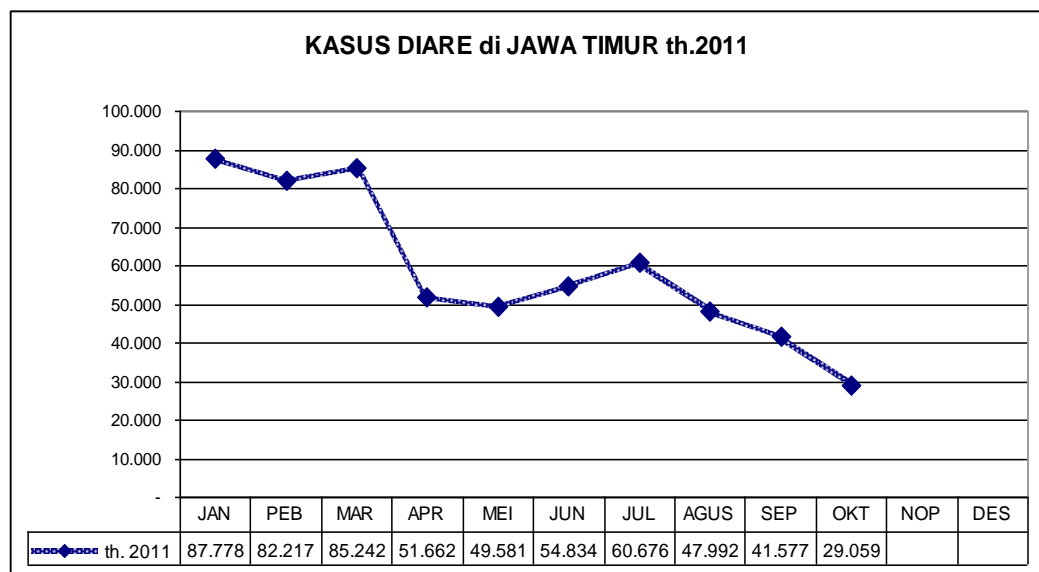
Hasil Pelaksanaan Pembangunan

Tabel 4.33
Capaian Program P2 Diare Tahun 2010 dan 2011

No	Capaian hasil kegiatan	Tahun	
		2010	2011
1	% Kab/Kota melaksanakan program P2 diare	100	100
2	Jumlah penderita diare	1.063.949	590.570
3	Angka penggunaan oralit (data smp Sept 2011)	90	71

Grafik

Cakupan Penemuan Penderita Diare Di Jawa Timur Perbulan Selama Bulan Januari sampai dengan Oktober 2011



Keterangan :

Dari bulan Januari s/d Oktober 2011, jumlah penderita diare semua golongan umur yang dilaporkan sebanyak 590.570 orang, sedangkan jumlah penderita Balita sebanyak 226.246 anak.

Permasalahan dan Upaya Pemecahannya

Permasalahan :

- Tidak semua Kabupaten/Kota mempunyai anggaran kegiatan program P2 diare
- Ketepatan dan kelengkapan laporan bulanan P2 diare dari Puskesmas ke Kabupaten/Kota rendah (sampai dengan bulan Nopember 2011 Puskesmas yang sudah melaporkan ke Kabupaten/Kota sebanyak 49,7%), sehingga berdampak pada kelengkapan laporan dari Kabupaten/Kota ke Provinsi yang juga rendah.

Upaya pemecahan :

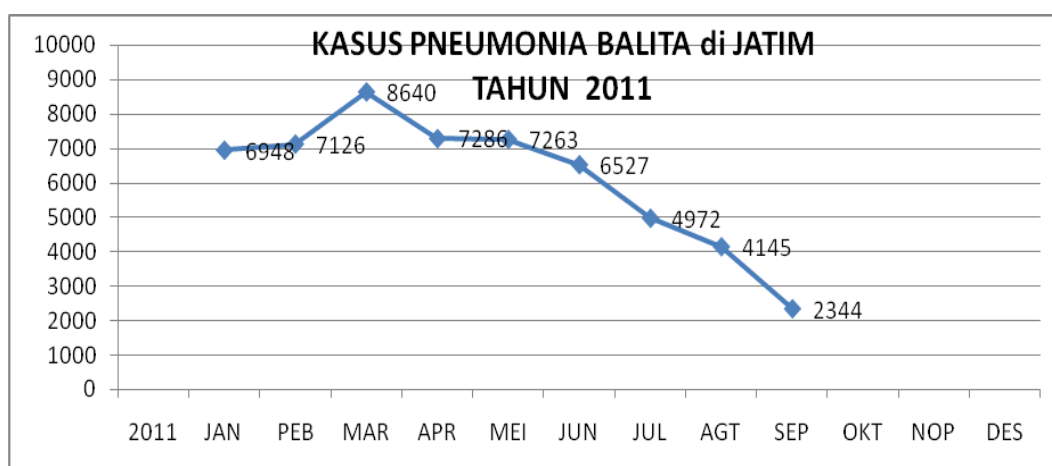
- Advokasi ke Kabupaten/Kota
- Memberikan umpan balik laporan secara berkala kepada Kabupaten/Kota

Penanggulangan dan Pemberantasan Penyakit ISPA

Hasil pelaksanaan pembangunan

Gambar 1

Cakupan Penemuan Penderita Pnemonia Balita perbulan selama Bulan Januari sampai dengan September 2011



Keterangan:

Dari bulan Januari s/d September 2011 cakupan penemuan Pneumonia Balita sebesar 18,77% dari perkiraan jumlah kasus. (target=70%)

Permasalahan Dan Upaya Pemecahannya

Permasalahan

- Petugas ISPA Kabupaten/Kota sering kali merangkap tugas Program lain, lebih dari dua program.
- Tatalaksana Kasus ISPA di Puskesmas belum optimal termasuk Penggunaan alat bantu hitung napas (sound timer)
- Petugas ISPA Kabupaten/Kota banyak yang belum mengikuti pelatihan, baik aspek Klinis maupun aspek management program
- Laporan bulanan P2ISPA dari Puskesmas seringkali terlambat, sehingga laporan Kabupaten/Kota ke Provinsi juga menjadi terlambat.

Upaya Pemecahan

- Diusahakan petugas ISPA Kabupaten/Kota jangan diberi tugas rangkap terlalu banyak (lebih dari dua program)
- Lakukan OJT (on the Job Training) pada waktu petugas Kabupaten/Kota melakukan supervisi ke Puskesmas, juga menyiapkan stempel tatalaksana pneumonia di Puskesmas.
- Perlu dilaksanakan pelatihan P2 ISPA, baik dari segi Klinis maupun management program.
- Adakan kesepakatan antara petugas ISPA Puskesmas dengan petugas ISPA Kabupaten/Kota mengenai tanggal kapan laporan bulanan kegiatan ISPA di Puskesmas harus dikirim ke Kabupaten/Kota.

Kegiatan Pemberantasan Penyakit Bersumber Binatang (P2b2) : (Leptospirosis, Filariasis)

Hasil Pelaksanaan Pembangunan

➤ Penanggulangan Leptospirosis

Tabel 4.34
Hasil Pengamatan penyakit Leptospirosis di Prov. Jawa Timur
Tahun 2008- 2011

No	Indikator	Hasil Kegiatan				Keterangan
		2009	2010	2011	Jumlah	
1	Kasus Klinis	20	21	38	79	Semua kasus terjadi di daerah rawan banjir
2	Meninggal	5	3	4	12	
3	CFR %	25 %	14,29%	10,53%	15%	

Dari data tersebut di atas dapat diberikan analisisnya, bahwa penderita yang meninggal diakibatkan beberapa hal:

- Ditemukan sangat terlambat oleh petugas kesehatan
- Kondisi ekonomi Px termasuk kelas berpenghasilan sangat rendah dan tinggal di daerah resiko tinggi
- Kuman yang menyerang PX termasuk serovar ganas
- Diagnose sebab kematiannya karena gagal ginjal akut

Permasalahan dan Upaya Pemecahannya

Permasalahan :

- Terbatasnya tenaga dalam pengendalian penyakit Leptospirosis
- Banyaknya daerah rawan banjir
- Merupakan penyakit yang sangat rentan dengan adanya musim hujan dan daeran banjir
- Kurangnya sosialisasi tatalaksana dan pengendalian penyakit Rabies.

Upaya Pemecahan

- Memberikan pembinaan dan advokasi ke semua level pemerintahan dari tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota dan Puskesmas
- Kab/Kota mengusulkan anggaran untuk sosialisasi dan pelaksanaan kegiatan program zoonosis
- Meningkatkan Koordinasi dengan Dinas Kab/Kota dan Rumah Sakit Daerah, baik swasta maupun dunia usaha yang wilayahnya rawan banjir, melalui dana CSRnya

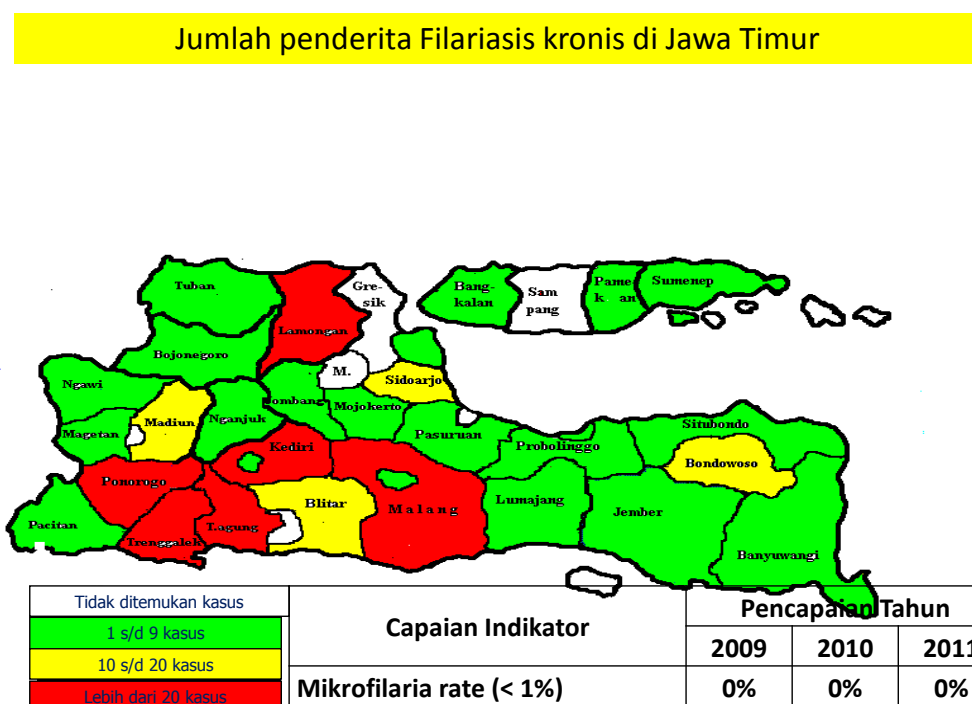
➤ Penanggulangan Filariasis

Hasil Pelaksanaan Program P2 Filariasis sebagai berikut :

Penemuan Penderita Filariasis/Klinis Limfadema Kronis yang ditemukan sepanjang tahun 2011 sampai dengan 30 November 2011

sebanyak 22 kasus. Adapun kegiatan dibandingkan dengan tahun sebelumnya sebagai berikut

Gambar 2
Sebaran Penderita Filariasis Kronis di Jawa Timur
Sampai dengan Bulan November 2011



Tabel 4.35
Capaian Hasil Kegiatan Program Eliminasi Filariasis di Provinsi Jawa Timur Tahun 2010 dan 2011

No	Capaian hasil kegiatan	2010	2011
1	Kab/Kota melaksanakan program P2 Filariasis	31	32
2	% Kab/Kota melaksanakan program P2 Filariasis	83 %	84 %
3	Rekapitulasi kasus Klinis Limfadema kronis	287	309
4	Kasus Klinis Limfadema kronis yang baru ditemukan	25	22

Permasalahan dan Upaya Pemecahannya

Permasalahan

- Kasus Filariasis sebagian besar ditemukan terlambat (cacat permanen)
- Informasi tentang penyakit ini untuk tenaga kesehatan dan masyarakat masih sangat kurang, sehingga diagnosa tidak dapat dilaksanakan secara dini/awal guna mencegah kecacatan
- Bukan merupakan program prioritas di Kabupaten/kota program ini tidak terdani
- Rehabilitasi medis bagi penderita belum terdani baik di tingkat provinsi maupun di Kabupaten/kota

Upaya Pemecahan

- Sosialisasi kepada masyarakat dan peningkatan kapabilitas petugas kesehatan tentang tanda-tanda dini dan penatalaksanaan kasus secara standar
- Menggunakan Rapid Diagnostic Test (RDT) dalam kegiatan diagnostik dan surveilans aktif dalam upaya penemuan kasus Filariasis secara dini
- Integritas dengan program lain seperti dengan program Kusta dalam penemuan kasus dan pengobatan, dengan program malaria dalam penatalaksanaan laboratorium dan program kecacingan untuk upaya pencegahan.

Kegiatan Penanggulangan Bencana :

Kegiatan ini bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan serta masalah kesehatan akibat bencana dengan sasaran program 38 Kabupaten Kota dan semua lokasi bencana skala Provinsi tertangani sesuai standart

Hasil Pelaksanaan Pembangunan

- Semua lokasi bencana skala Provinsi tidak diikuti dengan KLB penyakit

Permasalahan dan Upaya Pemecahannya

Permasalahan

- Untuk kegiatan pengiriman petugas ke lokasi bencana dan RHA tidak dapat diserap semua

Pemecahan

Alokasi anggaran terutama untuk bencana tidak bisa dilakukan pembagian anggaran tiap tribulan disebabkan karena bencana tidak bisa ditentukan kapan kejadiannya.