

BAB VII

PENINGKATAN AKSESIBILITAS dan KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN

Peningkatan aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan sangat penting untuk peningkatan produktivitas sumber daya manusia, sebab hanya sumber daya manusia yang sehat, yang dapat beraktivitas dan mengembangkan diri. Pembangunan kesehatan merupakan upaya memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak rakyat memperoleh akses atas kebutuhan pelayanan kesehatan yang murah dan berkualitas.

Pembangunan kesehatan juga harus dipandang sebagai suatu investasi dalam kaitannya mendukung peningkatan kualitas sumber daya manusia dan pembangunan ekonomi, serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan. Upaya kesehatan harus dilakukan sejak dini dan berkesinambungan. Pemberian gizi yang cukup serta perilaku sehat sangat penting bagi kesehatan dan pertumbuhan balita. Anak yang sehat akan lebih berkonsentrasi dalam belajar, pekerja yang sehat akan lebih produktif dalam pekerjaannya, serta ibu-ibu yang sehat akan melahirkan anak-anak yang sehat pula, dan angka kematian bayi pun dapat ditekan.

Tingkat kesehatan juga dipengaruhi tingkat pendapatan, karena pendapatan akan mempengaruhi tingkat konsumsi, dan tingkat konsumsi berkaitan dengan kesehatan. Mereka yang berpendapatan tinggi akan memiliki kemampuan memperbaiki tingkat konsumsi, yang pada akhirnya akan meningkatkan taraf gizi penduduk, dan taraf kesehatan, serta menurunkan tingkat kematian penduduk. Karena itu, peningkatan aksesibilitas pelayanan kesehatan yang murah dan berkualitas menjadi sangat relevan bagi masyarakat miskin. Disparitas status kesehatan antar-tingkat sosial ekonomi, antar-kawasan, dan antara perkotaan pedesaan masih cukup tinggi. Angka kematian bayi dan angka kematian balita pada golongan termiskin adalah empat kali lebih tinggi daripada golongan terkaya.

Taraf kesehatan masyarakat juga dipengaruhi kondisi lingkungan perumahan dan sanitasi yang layak dan sehat, serta ketersediaan air bersih. Rumah yang sehat dan terjaga sanitasinya, serta tersedianya air bersih merupakan salah satu prasyarat bagi kesehatan para penghuninya.

Air bersih mutlak diperlukan rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan minum/masak. Banyak penyakit yang timbul akibat tidak bersihnya air yang dikonsumsi. Kesulitan mendapatkan air bersih terutama disebabkan terbatasnya

akses

akses dan penguasaan sumber air, serta menurunnya mutu sumber air. Keterbatasan akses terhadap air bersih akan berakibat pada penurunan mutu kesehatan dan penyebaran berbagai penyakit lain, seperti diare. Kondisi lingkungan perumahan dan sanitasi yang tidak layak dan kurang sehat, serta ketidaktersediaan air bersih umumnya melingkupi kehidupan penduduk miskin, baik yang di pedesaan maupun perkotaan.

VII.1 Permasalahan

a. Rendahnya Aksesibilitas dan Kualitas Pelayanan Kesehatan

Pada 2008, di Jawa Timur tercatat terdapat 223 rumah sakit umum yang tersebar di 38 kabupaten/kota, 47 di antaranya adalah rumah sakit pemerintah, dengan rincian klasifikasi: dua rumah sakit umum (RSU) kelas A (RSU dr. Soetomo, Surabaya dan RSU dr. Syaiful Anwar, Malang), satu RSU kelas B pendidikan, 17 RSU kelas B non-pendidikan, 22 RSU kelas C, dan 5 RSU kelas D.

Sedangkan jumlah pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) mencapai 938, ditambah 2.280 puskesmas pembantu; 1.175 puskesmas keliling; 5.425 Pondok Bersalin Desa (polindes). Rata-rata setiap puskesmas memiliki 1-2 puskesmas pembantu. Rasio jumlah puskesmas terhadap penduduk sebesar 1:39.677 jiwa. Perbandingan rasio ini belum memenuhi standar minimal, yakni 1:30.000.

Tugas pokok puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan ke masyarakat adalah pelayanan kesehatan dasar, meliputi pelayanan kesehatan ibu, bayi dan balita, remaja, dan usia lanjut, serta keluarga berencana, perbaikan gizi, kesehatan lingkungan, pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, promosi kesehatan, serta pengobatan dasar. Pada 2007, jumlah kunjungan rawat jalan di puskesmas sebanyak 19.340.858 orang, dan rawat inap puskesmas sebanyak 754.084 orang. Persentase penduduk yang memanfaatkan puskesmas dalam mencari pengobatan pada 2007 mencapai 54,40%.

Pondok Bersalin Desa (polindes) merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA), keluarga berencana, dan pelayanan kesehatan lainnya sesuai kemampuan bidan desa. Pondok bersalin Desa lebih dititikberatkan pada pelayanan kesehatan reproduksi, dikelola oleh bidan desa. Jumlah desa/kelurahan di Jawa Timur sebanyak 8.457, di mana 6.097 di antaranya adalah desa, dan sisanya sebanyak 2.400 adalah kelurahan. Jumlah polindes yang 5.425 itu baru mencakup 89% dari jumlah desa yang ada. Dengan kata lain, masih terdapat 11% desa di Jawa Timur yang belum memiliki polindes.

Meski

Meski rumah sakit terdapat di hampir semua kabupaten/kota, namun kualitas pelayanan sebagian besar rumah sakit masih belum memenuhi harapan masyarakat. Keluhan masyarakat terhadap mutu pelayanan rumah sakit, dan juga puskesmas, umumnya mengenai lambatnya pelayanan, administrasi yang berbelit, dan lamanya waktu tunggu. Akses masyarakat, terutama penduduk miskin, terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas terkendala oleh variabel geografis dan biaya.

Pemberdayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dibangun melalui pembentukan pos pelayanan terpadu (posyandu). Pada 2008, di Jawa Timur tercatat terdapat sebanyak 44.636 posyandu. Rata-rata setiap desa/kelurahan terdapat lima posyandu yang berperan memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan dasar ibu dan anak, peningkatan status gizi, keluarga berencana, dan penanggulangan diare. Keberadaan posyandu menyebar sampai tingkat rukun warga dan dusun. Namun tidak seluruh posyandu beroperasi normal, karena di beberapa daerah kunjungan masyarakat ke posyandu cenderung menurun.

b. Terbatasnya Tenaga Kesehatan dan Distribusi Tidak Merata

Jumlah tenaga kesehatan di Jawa Timur pada 2007 sebanyak 85.104 orang, 23,80% di antaranya berada di puskesmas, RSUD (20,23%), RS swasta (26,57%), Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (14,86%), Institusi Diknakes (1%), Dinas Kesehatan Provinsi (1,10%), dan 13 UPT Dinkes Provinsi (12,45%).

Jumlah tenaga kesehatan sebanyak 85.104 orang itu terbagi dalam tujuh kelompok jenis tenaga kesehatan sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996, yakni tenaga medis, tenaga keperawatan, kefarmasian, kesehatan masyarakat, gizi, terapi fisik, dan teknisi medis.

Pada 2007, terdapat 6.853 tenaga medis (dokter dan dokter gigi), dengan rasio terhadap 100.000 penduduk sebesar 18,78. Jumlah dokter mencapai 5.173 orang dengan rasio 14,18 per 100.000 penduduk. Standar Indonesia Sehat (IS) adalah 40 dokter per 100.000 penduduk. Sedangkan jumlah dokter gigi sebanyak 1.680 orang dengan rasio 4,60 per 100.000 penduduk, masih di bawah standar IS, yakni 11 dokter gigi per 100.000 penduduk. Rendahnya rasio ini diperburuk oleh penyebaran tenaga medis yang tidak merata.

Pada tahun yang sama, jumlah tenaga keperawatan (perawat dan bidan) sebanyak 34.912 orang, dengan rasio 94,67 per 100.000 penduduk. Jumlah perawat mencapai 20.997 orang, dengan rasio 57,54 per 100.000 penduduk. Standar IS adalah 117,5 per 100.000 penduduk. Sedangkan jumlah bidan sebanyak 13.915

orang

orang, dengan rasio 38,13 per 100.000 penduduk. Standar IS untuk bidan, 100 per 100.000 penduduk.

Rasio tenaga kefarmasian (tenaga apoteker dan tenaga ahli farmasi) adalah 5,42 per 100.000 penduduk. Jumlah apoteker sebanyak 344 orang, dengan rasio 0,94 per 100.000 penduduk, masih di bawah standar SI, yakni 10 per 100.000 penduduk. Sedangkan rasio tenaga kesehatan masyarakat (tenaga kesehatan masyarakat dan sanitarian), 6,12 per 100.000 penduduk. Tenaga kesehatan masyarakat berjumlah 1.117 orang, begitu pula tenaga sanitarian. Rasio masing-masing tenaga tersebut 3,06 per 100.000 penduduk. Standar SI menetapkan, 40 per 100.000 penduduk. Jumlah tenaga gizi sebanyak 1.429 orang dengan rasio 3,92 per 100.000 penduduk, masih di bawah standar SI, 22 per 100.000 penduduk.

c. Rendahnya Kualitas Kesehatan Penduduk Miskin

Meski dari tahun ke tahun perkembangan kualitas kesehatan masyarakat Jawa Timur cenderung terus meningkat, tetapi tidak dapat dipungkiri masih terdapat disparitas status kesehatan yang cukup tinggi antar-kelas sosial ekonomi, antar-kawasan, dan antara perkotaan- pedesaan. Disparitas status kesehatan antara lain dapat dilihat dari beberapa indikator, seperti Angka Kematian Bayi, Angka Harapan Hidup, Angka Kematian Ibu Melahirkan, status gizi anak.

Angka Kematian Bayi (AKB) per 1.000 kelahiran hidup di Jawa Timur menunjukkan kecenderungan menurun. Pada tahun 2003, AKB mencapai 42 per 1.000 kelahiran hidup, menurun menjadi 31 per 1.000 kelahiran hidup pada 2008. Angka Harapan Hidup (AHH) penduduk Jawa Timur juga menunjukkan kecenderungan terus meningkat dari tahun ke tahun. Pada 2007, AHH penduduk Jawa Timur mencapai 68,69 tahun, kemudian meningkat menjadi 69,22 pada 2008.

Namun, angka kematian bayi dan angka kematian balita pada kelompok termiskin adalah empat kali lebih tinggi daripada kelompok terkaya. Selain itu, angka kematian bayi dan angka kematian ibu melahirkan lebih tinggi di daerah pedesaan, dan pada penduduk dengan tingkat pendidikan rendah.

Persentase anak balita berstatus gizi kurang dan buruk di daerah pedesaan lebih tinggi dibandingkan perkotaan. Pada 2008, terdapat 25,20% anak balita berstatus gizi buruk dan kurang di pedesaan, sementara di perkotaan terdapat 20,24%. Meski prevalensi Kurang Energi Protein (KEP) pada anak balita cenderung menurun selama 2003-2007, dan Jawa Timur masih termasuk kategori *low risk* (<20%), namun balita gizi buruk pada 2008 masih sebesar 2,43%, dan 13,28% gizi kurang.

Pertolongan

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih pada kelompok terkaya adalah empat kali lebih tinggi dibanding kelompok termiskin. Data Susenas 2008 menunjukkan, cakupan persalinan oleh tenaga medis (dokter, bidan, dan tenaga medis lainnya) pada balita usia 0-4 tahun di Jawa Timur mencapai 88,45%. Ini berarti masih terdapat 12,55% masyarakat Jawa Timur yang memanfaatkan tenaga non-medis (dukun bayi atau famili) dalam membantu proses kelahiran. Mereka itu umumnya tinggal di pedesaan, dan tergolong keluarga miskin. Cakupan imunisasi pada penduduk miskin pun lebih rendah daripada penduduk kaya. Penyakit infeksi yang merupakan penyebab kematian utama pada bayi dan balita, seperti malaria dan TBC, lebih sering terjadi pada penduduk miskin.

Rendahnya status kesehatan penduduk miskin terutama disebabkan oleh terbatasnya akses terhadap pelayanan kesehatan karena kendala biaya, jarak dan transportasi. Utilisasi rumah sakit masih didominasi oleh golongan mampu, sedang masyarakat miskin cenderung memanfaatkan pelayanan di puskesmas. Pada 2007, penduduk yang memanfaatkan puskesmas dalam mencari pengobatan mencapai 54,40%. Jumlah keluarga miskin yang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan sebanyak 7.180.921 kepala keluarga.

Perkembangan jumlah kunjungan masyarakat miskin berobat ke Rumah Sakit Pemerintah Provinsi Jawa Timur (RSU dr. Soetomo, Surabaya; RSU Haji, Surabaya; RSU dr. Soedono, Madiun; RSU dr. Syaiful Anwar, Malang; RS Jiwa Menur, Surabaya) selama tahun 2003-2007 mengalami peningkatan. Pada 2003, jumlah pasien yang berobat sebanyak 1.245.008 orang, 3,57% di antaranya masyarakat miskin, sisanya 96,43% pasien umum. Pada 2007, jumlah pasien meningkat menjadi 1.646.709 orang, 23,60% di antaranya adalah masyarakat miskin, dan pasien umum 76,40%. Dengan demikian terdapat peningkatan jumlah pasien miskin sebesar 20%, dibarengi penurunan persentase pasien umum.

Peningkatan kunjungan berobat pasien miskin tidak terlepas dari peningkatan sarana dan prasarana pelayanan pemerintah terhadap masyarakat, terutama masyarakat miskin, yakni kebijakan pembebasan biaya kelas III di seluruh Rumah Sakit Pemerintah Provinsi Jawa Timur.

Pada 2004, Pemerintah Provinsi Jawa Timur merintis program asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 551/MENKES/SK/V/2004. Pada 2005, JPKM disempurnakan untuk menjangkau masyarakat lebih luas menjadi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat

Miskin

Miskin (JPK-MM). Program dilaksanakan dengan membebaskan biaya pelayanan bagi penduduk miskin di puskesmas, dan kelas III Rumah Sakit Pemerintah Provinsi Jawa Timur.

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin di rumah sakit meliputi pelayanan Rawat Darurat, Rawat Jalan Tindak Lanjut (RJTL), dan Rawat Inap Tindak Lanjut (RITL). Program ini berlanjut sampai akhir 2007, kemudian pada 2008, Askeskin berubah menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Pasien keluarga miskin ternyata tak mudah mengakses pelayanan jaminan kesehatan yang disediakan bagi mereka. Paradigma pemberian jaminan kesehatan tidak berorientasi kepada subjek, yakni orang miskin, namun pada jenis penyakit yang diderita, sehingga pembebasan biaya berobat berlaku selektif untuk jenis penyakit tertentu. Di luar daftar penyakit yang ditanggung pemerintah, pasien miskin harus membayar sendiri. Sesuatu yang mustahil bisa dilakukan oleh pasien keluarga miskin. Akibatnya, banyak pasien miskin telantar tanpa pengobatan. Kebijakan seperti itu memperburuk kualitas kesehatan penduduk miskin. Pemberian jaminan kesehatan bagi keluarga miskin seyogyanya dilakukan tanpa “syarat dan ketentuan berlaku”. Kemiskinan mereka sudah cukup menjadi dasar untuk memperoleh pembebasan biaya pelayanan kesehatan.

d. Rendahnya Kondisi Kesehatan Lingkungan

Salah satu faktor penting yang juga mempengaruhi kualitas kesehatan masyarakat adalah kondisi lingkungan, yang tercermin antara lain dari akses masyarakat terhadap perumahan yang layak, air bersih dan sanitasi dasar.

Sampai tahun 2008, persentase rumah tangga yang menempati rumah dengan lantai bukan tanah di Jawa Timur mencapai 79,16%. Itu artinya, masih terdapat 20,84% rumah tangga yang berlantai tanah. Sedangkan rumah tangga yang menggunakan jamban dengan tangki septik hanya sebesar 46,99%. Rumah tangga yang menggunakan air bersih untuk minum/masak mencapai 89,06%. Sisanya, 10,94% rumah tangga belum memiliki akses air bersih untuk keperluan minum dan memasak.

e. Kurangnya Pola Perilaku Hidup Bersih dan Sehat

Pola perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) masyarakat merupakan salah satu faktor penting untuk mendukung peningkatan status kesehatan. Beberapa perilaku masyarakat yang kurang sehat antara lain dapat dilihat melalui rendahnya pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif, pemberian gizi lebih pada balita, dan perilaku merokok. Di Jawa Timur, persentase bayi usia 4-5 bulan yang memperoleh ASI

eksklusif

eksklusif baru mencapai 45,39%. Sedangkan pemberian gizi lebih pada anak balita, tahun 2008, baru mencapai 2,16%. Sementara itu proporsi penduduk yang merokok masih cukup besar, karena rendahnya kesadaran akan pentingnya perilaku hidup bersih dan sehat.

Dari hasil perkembangan pengkajian PHBS pada tatanan rumah tangga selama 2003-2007 terdapat kecenderungan rumah tangga yang ber-PHBS semakin meningkat, yaitu dari 4,10% pada 2003 menjadi 12,2% pada 2006, berarti meningkat sebesar 8,1%.

VII.2 Sasaran

Sasaran peningkatan aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan adalah makin terbukanya dan makin mudah bagi masyarakat, terutama masyarakat miskin, untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang murah dan berkualitas, tanpa diskriminasi, serta makin meningkatnya taraf kesehatan masyarakat, yang antara lain, tercermin dari:

1. Meningkatnya secara nyata proporsi penduduk miskin yang terpenuhi haknya memperoleh pelayanan jaminan kesehatan yang berkualitas.
2. Meningkatnya Angka Harapan Hidup.
3. Menurunnya Angka Kematian Bayi.
4. Menurunnya Angka Kematian Ibu Melahirkan.
5. Menurunnya prevalensi anak balita gizi buruk dan gizi kurang.
6. Menurunnya angka morbiditas (*morbidity rate*) atau proporsi penduduk yang mengalami keluhan kesehatan.

VII.3 Arah Kebijakan

Untuk mewujudkan sasaran tersebut, peningkatan aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan dilaksanakan dalam kerangka arah kebijakan:

1. Meningkatkan ketersediaan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau, serta menjamin perlindungan risiko bagi masyarakat, terutama keluarga miskin, akibat pengeluaran biaya kesehatan.
2. Mengembangkan dan meningkatkan efektivitas jaminan kesehatan bagi penduduk miskin, yang harus berorientasi kepada subjek manusianya, bukan jenis penyakit.

3. Meningkatkan

3. Meningkatkan jumlah, fungsi dan kualitas pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) dan jaringannya secara merata untuk memudahkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang murah dan berkualitas.
4. Meningkatkan kuantitas dan kualitas, serta pemerataan penyebaran tenaga kesehatan.
5. Meningkatkan dan pemeratakan kuantitas dan kualitas fasilitas kesehatan dasar.
6. Meningkatkan pengadaan sarana air bersih bagi masyarakat, terutama masyarakat miskin, yang tinggal di wilayah sulit air.
7. Meningkatkan sosialisasi kesehatan lingkungan, serta pola perilaku hidup bersih dan sehat.

VII.4 Program

Berdasarkan sasaran dan arah kebijakan tersebut di atas, maka langkah-langkah yang akan dilaksanakan dijabarkan ke dalam program-program pembangunan, yang dibagi menjadi dua kategori, yaitu program prioritas dan penunjang, disertai kegiatan-kegiatan pokok yang akan dijalankan.

VII.4.1 Program Prioritas

a. Program Upaya Kesehatan Masyarakat

Program ini bertujuan meningkatkan jumlah, pemerataan, kualitas serta fungsi pelayanan kesehatan bagi masyarakat, terutama penduduk miskin, melalui pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) dan jaringannya meliputi puskesmas pembantu, puskesmas keliling, pondok bersalin desa (polindes), dan bidan di desa, untuk meningkatkan akses dan pemerataan pelayanan kesehatan dasar yang murah dan berkualitas.

Kegiatan pokok yang dilaksanakan, antara lain, meliputi:

1. Pengembangan dan penuntasan pelayanan kesehatan gratis bagi keluarga miskin di puskesmas dengan menyederhanakan mekanisme administrasi.
2. Pembebasan biaya retribusi berobat di puskesmas bagi masyarakat umum.
3. Pengembangan dan penuntasan revitalisasi puskesmas (termasuk puskesmas pembantu) dengan tempat perawatan (DTP) yang melayani rawat inap sesuai standar, serta perombakan sistem keuangan dan kapitasi puskesmas berdasarkan kinerja, bukan wilayah. Peningkatan fungsi Puskesmas menjadi semacam “rumah sakit mini”.

4. Penyediaan

4. Penyediaan tenaga dokter spesialis pada puskesmas secara bertahap dengan prioritas pada puskesmas yang melayani rawat inap, dan tingkat kunjungan pasiennya tinggi. Tenaga dokter spesialis rumah sakit kabupaten dijadwalkan berpraktik di puskesmas.
5. Perluasan fungsi pelayanan Pondok Bersalin Desa (polindes), dari hanya melayani pasien bersalin menjadi Pondok Kesehatan Desa (Ponkesdes) yang juga melayani kesehatan dasar dengan menempatkan tenaga paramedis.
6. Pengadaan peralatan dan perbekalan kesehatan, termasuk obat generik/esensial.
7. Peningkatan pelayanan kesehatan dasar, yang mencakup promosi kesehatan, kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, perbaikan gizi, kesehatan lingkungan, pemberantasan penyakit menular, dan pengobatan dasar.
8. Peningkatan upaya penanggulangan masalah kesehatan masyarakat, seperti malaria, TBC, rendahnya status gizi, busung lapar, demam berdarah, flu burung, dan akses pelayanan kesehatan reproduksi.
9. Pengadaan, peningkatan, dan perbaikan sarana dan prasarana puskesmas dan jaringannya, termasuk meningkatkan pemenuhan tenaga kesehatan, serta peningkatan pengembangan mutu pelayanan puskesmas melalui penerapan standar ISO.
10. Penyusunan standar pelayanan minimal puskesmas dan jaringannya yang dibuat dan disepakati bersama *stakeholders* dan pihak-pihak yang berkepentingan lainnya (*citizens' charter* atau “kontrak pelayanan”).

b. Program Upaya Kesehatan Perorangan

Program ini bertujuan meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan perorangan yang murah dan berkualitas di rumah sakit.

Kegiatan pokok yang dilaksanakan, antara lain, meliputi:

1. Pengembangan dan peningkatan efektivitas pelayanan kesehatan gratis bagi keluarga miskin di kelas III rumah sakit dengan menyederhanakan mekanisme administrasi, serta berorientasi pada subjek orang miskin, bukan jenis penyakit.
2. Revitalisasi rumah sakit daerah, di mana rumah sakit kabupaten menjadi rumah sakit spesialis, dan rumah sakit provinsi menjadi rumah sakit super-spesialis.
3. Pengadaan, peningkatan, dan perbaikan sarana dan prasarana rumah sakit, termasuk meningkatkan pemenuhan tenaga kesehatan, serta peningkatan kemampuan manajemen pengelolaan dan pelayanan rumah sakit.

4. Peningkatan

4. Peningkatan upaya penanggulangan masalah kesehatan masyarakat, seperti malaria, TBC, rendahnya status gizi, busung lapar, demam berdarah, flu burung, dan akses pelayanan kesehatan reproduksi, serta HIV/AIDS.
5. Penyusunan standar pelayanan minimal rumah sakit yang dibuat dan disepakati bersama *stakeholders* dan pihak-pihak yang berkepentingan lainnya (*citizens' charter* atau “kontrak pelayanan”).

c. Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Program ini bertujuan memberdayakan individu, keluarga, dan masyarakat agar mau dan mampu menumbuhkan pola perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), dan mengembangkan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM).

Kegiatan pokok yang dilaksanakan, antara lain, meliputi:

1. Penuntasan revitalisasi upaya kesehatan bersumber daya masyarakat, Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) untuk mengurangi angka kematian ibu melahirkan dan angka kematian bayi, serta meningkatkan kualitas kemandiriannya untuk melayani kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, imunisasi, terutama untuk mencegah munculnya kembali wabah polio, busung lapar, dan kurang gizi.
2. Peningkatan pengetahuan masyarakat tentang pencegahan penyakit menular, lingkungan sehat, kelangsungan dan perkembangan anak, gizi keluarga, serta perilaku hidup sehat.
3. Pengembangan dan pemberdayaan Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren), Gerakan Pramuka Satuan Karya Bakti Husada (SBH), dan Desa Siaga sebagai partisipasi masyarakat dalam pengembangan pelayanan kesehatan di lingkungan masing-masing.
4. Pemberdayaan lembaga masyarakat untuk peningkatan partisipasi dalam pengembangan pelayanan kesehatan masyarakat, terutama di daerah-daerah terpencil, termasuk di pulau-pulau kecil

d. Program Lingkungan Sehat

Program ini bertujuan meningkatkan akses masyarakat, terutama penduduk miskin, terhadap perumahan, permukiman, sanitasi yang layak dan sehat, serta air bersih, untuk mewujudkan mutu lingkungan yang sehat.

Kegiatan pokok yang dilaksanakan, antara lain, meliputi:

1. Pengadaan sarana air bersih bagi masyarakat, terutama penduduk miskin, yang bermukim di wilayah sulit air.

2. Pembentukan

2. Pembentukan mekanisme penyediaan dan pengelolaan air bersih dan sanitasi lingkungan berbasis komunitas yang berpihak kepada masyarakat miskin, serta memberdayakan kelembagaan masyarakat lokal untuk mengelola dan memanfaatkan sumber daya air melalui swa-organisasi dan swa-kelola.
3. Peningkatan peran tenaga sanitarian Puskesmas dalam pembinaan sarana kesehatan lingkungan.
4. Peningkatan kelayakan dan kesehatan rumah tinggal penduduk, terutama keluarga miskin, serta pengadaan sarana sanitasi dasar.
5. Pembinaan sarana lingkungan, yang meliputi sanitasi perumahan, sanitasi tempat-tempat umum, sanitasi pengelolaan makanan, sanitasi pengelolaan pestisida, dan pengembangan wilayah sehat.

e. Program Perbaikan Gizi Masyarakat

Program ini bertujuan meningkatkan kesadaran gizi keluarga dalam upaya meningkatkan status gizi masyarakat terutama pada ibu hamil, bayi, dan anak balita.

Kegiatan pokok yang dilaksanakan, antara lain, meliputi:

1. Penanggulangan kurang energi protein (KEP), anemia gizi besi, gangguan akibat kurang yodium (GAKY), kurang vitamin A, dan kekurangan zat gizi mikro lainnya, terutama di kalangan penduduk miskin.
2. Peningkatan pendidikan masyarakat (*civic education*) tentang pentingnya keseimbangan asupan dan kebutuhan gizi pada ibu hamil, bayi dan anak balita, serta peningkatan surveilens gizi.

f. Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit

Program ini bertujuan menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan akibat penyakit menular dan penyakit tidak menular. Prioritas penyakit menular yang ditanggulangi adalah malaria, demam berdarah dengue, diare, polio, filaria, kusta, TB, HIV/AIDS, pneumonia, flu burung, dan penyakit-penyakit lain yang dapat dicegah dengan imunisasi. Prioritas penyakit tidak menular yang ditanggulangi adalah penyakit jantung dan gangguan sirkulasi, diabetes mellitus, dan neoplasma.

Kegiatan pokok yang dilaksanakan, antara lain, meliputi:

1. Pencegahan dan penanggulangan faktor risiko.
2. Peningkatan pelayanan imunisasi, terutama bagi penduduk miskin yang tinggal di daerah pedesaan dan daerah terpencil.
3. Penemuan dan tatalaksana penderita.
4. Peningkatan surveilens epidemiologi dan penanggulangan wabah.

5. Peningkatan

5. Peningkatan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) pencegahan dan pemberantasan penyakit.
- 6.

VII.4.2 Program Penunjang

a. Program Sumber Daya Kesehatan

Program ini bertujuan meningkatkan jumlah, kualitas, dan penyebaran tenaga kesehatan sesuai kebutuhan pembangunan kesehatan dalam rangka meningkatkan aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan.

Kegiatan pokok yang dilaksanakan, antara lain, meliputi:

1. Perencanaan dan pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan yang berkualitas, terutama untuk pelayanan kesehatan di puskesmas dan jaringannya, serta rumah sakit.
2. Peningkatan keterampilan dan profesionalisme tenaga kesehatan melalui pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan.
3. Pembinaan tenaga kesehatan termasuk pengembangan karier tenaga kesehatan.

b. Program Obat dan Perbekalan Kesehatan

Program ini bertujuan untuk menjamin ketersediaan, pemerataan, mutu, keterjangkauan obat dan perbekalan kesehatan.

Kegiatan pokok yang dilaksanakan, antara lain, meliputi:

1. Peningkatan ketersediaan serta pemerataan obat dan perbekalan kesehatan, termasuk penyediaan obat-obat generik/esensial.
2. Peningkatan mutu obat dan perbekalan kesehatan.
3. Peningkatan keterjangkauan harga obat dan perbekalan kesehatan, terutama bagi penduduk miskin.
4. Peningkatan mutu pelayanan farmasi komunitas dan rumah sakit.

c. Program Pengawasan Obat dan Makanan

Program ini bertujuan menjamin produk terapeutik/obat, obat tradisional, kosmetik, perbekalan kesehatan, produk komplemen dan produk pangan memenuhi persyaratan mutu, keamanan dan kemanfaatan/khasiat.

Kegiatan pokok yang dilaksanakan, antara lain, meliputi:

1. Peningkatan pengawasan obat dan makanan.

2. Pencegahan penyalahgunaan narkoba, psikotropika, zat adiktif lainnya (Napza).
3. Peningkatan pemberdayaan konsumen/masyarakat di bidang obat dan makanan
4. Peningkatan pengawasan keamanan pangan dan bahan berbahaya.

d. Program Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan

Program ini bertujuan mengembangkan kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan guna mendukung penyelenggaraan berbagai kebijakan dan program pembangunan kesehatan di Jawa Timur.

Kegiatan pokok yang dilaksanakan, antara lain, meliputi:

1. Pengkajian kebijakan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang murah dan bermutu bagi masyarakat, terutama penduduk miskin.
2. Pengembangan sistem perencanaan dan penganggaran, pelaksanaan dan pengendalian, pengawasan dan penyempurnaan administrasi keuangan.
3. Peningkatan investasi kesehatan guna menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan bagi masyarakat, terutama keluarga miskin, termasuk realokasi anggaran kesehatan.
4. Pengembangan dan peningkatan sistem informasi kesehatan.