



PEMERINTAH KABUPATEN KEDIRI
DINAS KESEHATAN

Jl. Pamenang Nomor 1-C Kediri, Telp. 0354-683756 Fax. 0354-680445
Email: kesehatan@kedirikab.go.id - Website: dinkes.kedirikab.go.id



PROFIL KESEHATAN KABUPATEN KEDIRI

TAHUN 2015



KATA PENGANTAR

PROFIL KESEHATAN KABUPATEN KEDIRI 2015



KATA PENGANTAR

Kami panjatkan puji syukur alhamdulillah ke hadirat Allah SWT, atas segala limpahan rahmat dan hidayah-Nya, akhirnya penyusunan Buku “Profil Kesehatan Kabupaten Kediri Tahun 2015” ini dapat kami selesaikan. Buku profil ini untuk merespon tingginya kebutuhan akan data dan informasi, di tengah banyaknya tantangan yang dihadapi terkait pemenuhan data dan informasi sebagai landasan pengambilan keputusan yang *evidence-based*.

Profil Kesehatan Kabupaten Kediri merupakan salah satu media yang dapat berperan dalam pemantauan dan evaluasi pencapaian hasil pembangunan kesehatan. Penyediaan data dan informasi dilaksanakan melalui serangkaian proses panjang. Proses pengelolaan data ini bersumber dari berbagai unit kerja baik di dalam maupun di luar sektor kesehatan. Agar data yang diperoleh relevan dan akurat, maka terhadap data yang berasal dari unit pelaksana teknis (Puskesmas, Instalasi Farmasi) maupun dari Rumah sakit yang bersumber dari Sistem Pelaporan Rumah Sakit, telah dilakukan uji silang data dengan para pemegang program melalui mekanisme pemutakhiran data di tingkat Kabupaten dan Tingkat Provinsi termasuk melibatkan pula lintas sektor yaitu Badan Pusat Statistik, dan lain-lain.

Penyusunan profil kesehatan dilaksanakan setiap tahun, maka berbagai perkembangan indikator yang digunakan dalam pembangunan kesehatan baik indikator masukan, proses, maupun indikator keluaran, manfaat maupun indikator dampak dapat diikuti secara cermat. Fakta ini merupakan bahan yang sangat berguna untuk melakukan analisa kecenderungan dalam konteks penentu strategi dan kebijakan kesehatan di masa yang akan datang.

Profil Kesehatan Kabupaten Kediri ini disajikan dalam bentuk cetakan, dan *softcopy* serta juga dapat diunduh di website www.dinkes.kedirikab.go.id sehingga memudahkan para pengguna (masyarakat) untuk mendapatkan publikasi ini.

Kami menyadari bukan hal yang mudah untuk dapat menyajikan data yang berkualitas, sesuai kebutuhan dan tepat waktu. Untuk meningkatkan mutu Profil Kesehatan Kabupaten Kediri berikutnya diharapkan saran dan kritik yang

membangun, serta partisipasi dari semua pihak yang telah menyumbangkan pikiran dan tenaganya dalam penyusunan Profil Kesehatan Kabupaten Kediri kami mengucapkan terima kasih.

Kediri, Agustus 2016
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Kediri

dr. ADI LAKSONO, MMRS
Pembina Utama Muda
NIP. 19621112 198903 1 017



DAFTAR ISI

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Dasar	1
1.3 Visi, Misi, Motto	2
1.4 Tujuan	5
1.5 Sistematika Penyajian	5
BAB II GAMBARAN UMUM KABUPATEN KEDIRI	7
2.1 Kondisi Geografi	7
2.2 Topografi	8
2.3 Curah Hujan	8
2.4 Pemerintahan	9
2.5 Keadaan Demografi	11
2.6 Pendidikan	12
2.7 Kondisi Ekonomi	12
BAB III SITUASI DERAJAT KESEHATAN	14
3.1. MORTALITAS (ANGKA KEMATIAN)	14
3.1.1 Angka Kematian Ibu (AKI)	15
3.1.2 Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA)	19
3.2. Umur Harapan Hidup (UHH)	25
3.3. MORBIDITAS	25
3.3.1. Penyakit Menular Langsung	25
a. Tuberkulosis	25
b. Kusta	31

	c. IMS dan HIV-AIDS	35
	d. Diare	43
	e. Pneumonia	45
	3.3.2. Penyakit Menular Bersumber Binatang	47
	a. Demam Berdarah Dengue (DBD)	49
	b. Malaria	51
	c. Filariasis (Penyakit Kaki Gajah)	53
	3.3.3. Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I)	54
	a. Difteri	55
	b. Pertusis	56
	c. Tetanus Neonatorum	56
	d. Campak	56
	e. AFP (<i>Acute Flaccid Paralysis</i>)	56
	3.3.4. Penyakit Tidak Menular (PTM)	57
	3.4. STATUS GIZI MASYARAKAT	57
	Pemantauan Status Gizi Balita	57
BAB IV	SITUASI UPAYA KESEHATAN	62
	4.1 PELAYANAN KESEHATAN DASAR	62
	4.1.1 Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak	63
	a. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil (K1 dan K4)	63
	b. Deteksi Resiko Tinggi Ibu Hamil	65
	c. Deteksi Resiko Tinggi Ibu Hamil oleh Masyarakat	66
	d. Cakupan Deteksi Dini Risiko Tinggi Oleh Tenaga Kesehatan	66
	e. Komplikasi Kebidanan Ditangani	67
	f. Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan	68
	g. Pelayanan Nifas	69
	h. Kunjungan Bayi	70
	4.1.2 Pelayanan Kesehatan Anak Balita dan Anak Pra Sekolah	73
	4.1.3 Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah	74
	4.1.4 Pelayanan Kesehatan Anak Berkebutuhan	79

	Khusus	
	4.1.5 Pelayanan Kesehatan Remaja	82
	4.1.6 Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut	85
	4.1.7 Pelayanan Kesehatan Reproduksi	87
	4.1.8 Pelayanan Imunisasi	90
	4.2 PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT	91
	4.3 KEJADIAN LUAR BIASA (KLB)	96
	4.4 PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN DAN ASURANSI KESEHATAN	96
	a. Program JKN	98
	b. Program Jamkesda	102
	4.5 AKSES DAN MUTU PELAYANAN MASYARAKAT	104
	4.5.1 Sarana Pelayanan Kefarmasian	104
	4.5.2 Pelayanan Kesehatan Rujukan	105
	4.5.3 Sarana dan Prasarana	106
	4.6 PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT	107
	4.7 KEADAAN LINGKUNGAN	107
	a. Rumah Sehat	108
	b. Penduduk Dengan Akses Berkelanjutan Terhadap Air Minum Berkualitas (Layak)	109
	c. Sarana Tempat-Tempat Umum	109
	d. Sarana Tempat Makanan dan Depot Air Minum	110
BAB V	SUMBER DAYA KESEHATAN	112
	5.1 SARANA KESEHATAN	112
	Sarana Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM)	112
	a. Posyandu Balita	113
	b. Posyandu Lansia	113
	c. Posbindu PTM	114
	d. Taman posyandu	115
	e. Saka Bakti Husada	115
	f. Poskestren	115
	g. Poskesdes (Pos Kesehatan Desa)	116
	h. Desa Siaga	117
	5.2 TENAGA KESEHATAN	118

5.3 PEMBIAYAAN KESEHATAN	119
BAB VI PENUTUP	121
Lampiran Tabel Profil Kesehatan Tahun 2015	
Lampiran SPM Kesehatan Tahun 2015	
Lampiran Data Dasar Puskesmas Tahun 2015	



DAFTAR TABEL

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
Tabel 2.1	Luas Wilayah Menurut Kecamatan Kabupaten Kediri Tahun 2015	7
Tabel 2.2	Jumlah Penduduk Kabupaten Kediri Menurut Persebarannya Per Kecamatan Tahun 2015	11
Tabel 3.1	Kunjungan IMS Laboratorium Kabupaten Kediri Tahun 2015	35
Tabel 3.2	Kunjungan Layanan VCT Kabupaten Kediri Tahun 2015	38
Tabel 3.3	Jumlah Kasus PD3I di Kabupaten Kediri Tahun 2010 – 2015	55
Tabel 3.4	Penyakit Tidak Menular yang Dilaporkan oleh Puskesmas di Kabupaten Kediri Tahun 2015	57
Tabel 4.1	Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Siswa Klas 1 SD/MI di Kabupaten Kediri Tahun 2011-2015	77
Tabel 4.2	Cakupan Pelayanan Kesehatan Remaja di Kabupaten Kediri Tahun 2011 - 2015	84
Tabel 4.3	Cakupan Pelayanan Kesehatan Lansia di Kabupaten Kediri Tahun 2011 - 2015	86
Tabel 4.4	Jumlah KLB Ditangani <24 Jam di Kabupaten Kediri Tahun 2010-2015	96
Tabel 5.1	Kondisi Bangunan dan Sarana Pendukung Puskesmas Kabupaten Kediri Tahun 2015	117
Tabel 5.2	Anggaran Kesehatan Kabupaten Kediri Tahun 2015	120



DAFTAR GAMBAR

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
Gambar 2.1	Peta Wilayah Kabupaten Kediri	8
Gambar 3.1	Jumlah Kematian Ibu di Kabupaten Kediri Tahun 2007-2015	16
Gambar 3.2	Penyebab Kematian Ibu di Kabupaten Kediri Tahun 2014 dan 2015	17
Gambar 3.3	Masa Kematian Ibu di Kabupaten Kediri Tahun 2014 dan 2015	18
Gambar 3.4	Angka Kematian Bayi di Kabupaten Kediri Tahun 2007-2015	21
Gambar 3.5	Tempat Kematian Bayi Berdasarkan Puskesmas di Kabupaten Kediri Tahun 2015	22
Gambar 3.6	Penyebab Kematian 0-7 Hari di Kabupaten Kediri Tahun 2015	23
Gambar 3.7	Trend Cakupan Penemuan Kasus TB BTA Positif Baru di Kabupaten Kediri Tahun 2005-2015	26
Gambar 3.8	CDR Kasus TB Per Puskesmas di Kabupaten Kediri Tahun 2015	27
Gambar 3.9	Cakupan Case Notification Rate Per Puskesmas Tahun 2015	28
Gambar 3.10	Penderita TB Baru (Semua Type) Menurut Jenis Kelamin di Kabupaten Kediri Tahun 2015	29
Gambar 3.11	Penderita TB BTA Positif Baru Menurut Kelompok Usia di Kabupaten Kediri Tahun 2015	30
Gambar 3.12	Evaluasi Pengobatan Penderita TB BTA Positif Baru di Kabupaten Kediri Tahun 2015	30
Gambar 3.13	Penemuan Penderita Kusta di Kabupaten Kediri Tahun 2004-2015	31
Gambar 3.14	Angka Kesakitan Kusta di Kabupaten Kediri Tahun 2004-2015	32
Gambar 3.15	Angka Penemuan Dengan Cacat 2 Pada Penderita Kusta Baru di Kabupaten Kediri Tahun 2004-2015	33
Gambar 3.16	Angka Penemuan Kasus Kusta pada Anak di Kabupaten Kediri Tahun 2004-2015	33
Gambar 3.17	Prosentase Tipe Menular (MB) pada Penemuan Baru Penderita Kusta di Kabupaten Kediri Tahun 2005-2015	34
Gambar 3.18	Trend Persentase Positif IMS Diantara Kunjungan di Klinik IMS Kabupaten Kediri Tahun 2011-2015	36
Gambar 3.19	Kasus IMS di Kabupaten Kediri Tahun 2015	37
Gambar 3.20	Trend Penemuan Kasus HIV-AIDS di Kabupaten Kediri Tahun 1996-2015	39
Gambar 3.21	Kasus HIV-AIDS Kabupaten Kediri menurut Keadaan Tahun 1996-2015	40
Gambar 3.22	Kasus HIV-AIDS Berdasarkan Jenis Kelamin di Kabupaten Kediri Tahun 2015	40

Gambar 3.23 Kasus HIV-AIDS Berdasarkan Faktor Risiko di Kabupaten Kediri Tahun 2015	41
Gambar 3.24 Kasus HIV-AIDS Berdasarkan Golongan Umur di Kabupaten Kediri Tahun 2015	41
Gambar 3.25 Urutan Terbesar Kasus HIV-AIDS Menurut Profesi di Kabupaten Kediri Tahun 2015	42
Gambar 3.26 Persentase Kantong darah Positif HIV UTD PMI di Kabupaten Kediri Tahun 2011-2015	42
Gambar 3.27 Persentase Cakupan Pelayanan Penderita Diare Per Puskesmas di Kabupaten Kediri Tahun 2015	44
Gambar 3.28 Cakupan Penemuan Pneumonia Berdasarkan Puskesmas di Kabupaten Kediri Tahun 2015	46
Gambar 3.29 Penemuan Penderita Pneumonia Per Bulan di Kabupaten Kediri Tahun 2015	47
Gambar 3.30 Kasus Pneumonia Berdasarkan Kelompok Umur di Kabupaten Kediri Tahun 2015	47
Gambar 3.31 Jumlah Kasus DBD Termasuk Suspect di Kabupaten Kediri Tahun 2011-2015	49
Gambar 3.32 Jumlah Kasus DBD Bulan Januari-Desember di Kabupaten Kediri Tahun 2015	49
Gambar 3.33 Kasus DBD Per Kecamatan di Kabupaten Kediri Tahun 2015	50
Gambar 3.35 Kasus Filariasis per Kecamatan di Kabupaten Kediri Tahun 1999-2015	53
Gambar 3.36 Cakupan UCI Desa di Kabupaten Kediri Tahun 2011-2015	54
Gambar 3.37 Presentase Status Gizi Balita Berdasarkan Indeks BB/U di Kabupaten Kediri Tahun 2015	58
Gambar 3.38 Persentase Balita BGM (Bawah Garis Merah) di Kabupaten Kediri Tahun 2011-2015	59
Gambar 3.39 Tingkat Partisipasi Masyarakat terhadap Penimbangan Balita (D/S) di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2015	60
Gambar 3.40 Tingkat Keberhasilan Program Penimbangan (N/D) di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2015	61
Gambar 4.1 Cakupan K1 di Kabupaten Kediri Tahun 2015	65
Gambar 4.2 Cakupan K4 di Kabupaten Kediri Tahun 2015	65
Gambar 4.3 Cakupan Penanganan Komplikasi Kebidanan Ditangani di Kabupaten Kediri Tahun 2015	68
Gambar 4.4 Cakupan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan di Kabupaten Kediri Tahun 2015	69
Gambar 4.5 Cakupan Pelayanan Nifas oleh Tenaga Kesehatan di Kabupaten Kediri Tahun 2015	70
Gambar 4.6 Cakupan Penanganan Komplikasi Neonatus Ditangani di Kabupaten Kediri Tahun 2015	72
Gambar 4.7 Cakupan Kunjungan Bayi di Kabupaten Kediri Tahun 2015	73
Gambar 4.8 Cakupan Hasil Skrining Siswa SD/MI di Kabupaten Kediri Tahun 2011-2014	78
Gambar 4.9 Cakupan Pelayanan Kesehatan Remaja di Kabupaten Kediri Tahun 2015	85
Gambar 4.10 Cakupan Pelayanan Kesehatan Lansia di Kabupaten Kediri Tahun 2011-2015	87

Gambar 4.11 Cakupan Peserta KB Baru di Seluruh Puskesmas Kabupaten Kediri Tahun 2015	88
Gambar 4.12 Cakupan Peserta KB Aktif terhadap PUS di Kabupaten Kediri Tahun 2015	89
Gambar 4.13 Cakupan UCI Desa di Kabupaten Kediri Kediri Tahun 2011-2015	91
Gambar 4.14 Cakupan Pemberian Vitamin A 200.000 IU Pada Balita Usia 6-11 Bulan di Kabupaten Kediri Tahun 2011-2015	92
Gambar 4.15 Cakupan Pemberian Vitamin A 100.000 IU Pada Bayi Usia 1-4 Tahun di Kabupaten Kediri Tahun 2011-2015	92
Gambar 4.16 Cakupan Pemberian Fe-1 dan Fe-3 Pada Ibu Hamil di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2015	93
Gambar 4.17 Cakupan Pemberian ASI Eksklusif Pada Bayi 0-6 Bulan Di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2015	94
Gambar 4.18 Jumlah Balita Gizi Buruk dan Gizi Kurang Yang Mendapat Intervensi di Kabupaten Kediri Tahun 2013-2015	95
Gambar 4.19 Penduduk di Kabupaten Kediri Yang Sudah Memiliki Jaminan Kesehatan Tahun 2015	98
Gambar 4.20 Jumlah Peserta PBI 2014 dan PBI 2015 di Kabupaten Kediri	100
Gambar 4.21 Jumlah Peserta JKN dari Peserta PPU, Peserta PBPU Dan Peserta BP di Kabupaten Kediri Tahun 2015	101
Gambar 4.22 Jumlah Peserta Pemegang Kartu Jamkesda di Kabupaten Kediri Tahun 2014 dan 2015	103
Gambar 5.1 Jumlah Posyandu Balita Berdasarkan Strata di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2015	113
Gambar 5.2 Jumlah Posyandu Lansia Berdasarkan Strata di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2015	114
Gambar 5.3 Jumlah Poskestren Berdasarkan Strata di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2015	116
Gambar 5.4 Jumlah Poskesdes Berdasarkan Strata di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2015	117
Gambar 5.5 Jumlah Desa Siaga Berdasarkan Strata di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2015	118



PENDAHULUAN



PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Kesehatan merupakan salah satu komponen utama dalam Indeks Pembangunan Manusia (IPM) yang dapat mendukung terciptanya SDM yang sehat, cerdas, terampil dan ahli menuju keberhasilan pembangunan kesehatan. Pembangunan kesehatan merupakan salah satu hak dasar masyarakat yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan telah dilakukan perubahan cara pandang (*mindset*) dari paradigma sakit menuju paradigma sehat sejalan dengan Visi Indonesia Sehat.

Seiring dengan visi tersebut, maka Visi Pembangunan Kesehatan di Kabupaten Kediri adalah “Mewujudkan dan Melestarikan Masyarakat Kabupaten Kediri yang Sehat Secara Mandiri, Bermanfaat dan Berkeadilan”.

1.2. DASAR

Dasar pembangunan kesehatan adalah nilai kebenaran dan aturan pokok yang menjadi landasan untuk berfikir dan bertindak dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Dasar-dasar berikut ini penyusunan visi, misi dan strategi serta sebagai petunjuk pokok pelaksanaan pembangunan kesehatan :

1. Perikemanusiaan

Setiap kegiatan proyek, program kesehatan harus berlandaskan perikemanusiaan yang dijiwai, digerakkan dan dikendalikan oleh keimanan dan ketakwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa.

2. Pemberdayaan dan Kemandirian

Individu, keluarga, masyarakat beserta lingkungannya bukan saja sebagai obyek namun sekaligus pula subyek kegiatan, proyek, program kesehatan. Segenap komponen bangsa bertanggung jawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan individu, keluarga dan masyarakat sedemikian rupa sehingga setiap individu, keluarga dan masyarakat dapat menolong dirinya sendiri.

Dengan dasar ini, setiap individu, keluarga dan masyarakat melalui kegiatan, proyek, program kesehatan difasilitasi agar mampu mengambil keputusan yang tepat ketika membutuhkan pelayanan kesehatan. Warga masyarakat harus mau bahu membahu menolong siapa aja yang membutuhkan pertolongan agar dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang sesuai kebutuhan dalam waktu yang sesingkat mungkin. Di lain pihak, fasilitas pelayanan kesehatan yang berkualitas, terjangkau, sesuai dengan norma sosial budaya setempat serta tepat waktu.

3. Adil dan Merata

Setiap individu, keluarga, dan masyarakat mempunyai kesempatan yang sama untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan sehingga dapat mencapai derajat kesehatan yang setinggi tingginya. Kesempatan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas, terjangkau sesuai dengan norma sosial budaya setempat serta tepat waktu.

4. Pengutamaan dan Manfaat

Pemanfaatan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran dan atau kesehatan dalam kegiatan, proyek, program kesehatan harus mengutamakan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Kegiatan, proyek dan program kesehatan diselenggarakan agar memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Kegiatan, proyek dan program kesehatan diselenggarakan dengan penuh tanggung jawab sesuai dengan standar profesi dan peraturan perundang-undangan yang berlaku serta mempertimbangkan dengan sungguh-sungguh kebutuhan dan kondisi spesifik daerah.

1.3. VISI, MISI dan MOTTO

1. Visi

Dalam mewujudkan gambaran masyarakat Kabupaten Kediri di masa depan maka Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri memiliki Visi “***Mewujudkan dan Melestarikan Masyarakat Kabupaten Kediri yang Sehat Secara Mandiri, Bermanfaat dan Berkeadilan***”.

Adapun pengertian visi tersebut adalah mewujudkan dan melestarikan kesehatan masyarakat secara mandiri, sehat jasmani, rohani dan sehat sosial lingkungannya. Visi dapat dianggap sebagai petunjuk jalan dan arah yang mengikat bagi setiap staf dan pimpinan dalam organisasi Dinas Kesehatan dalam

rangka mencapai maksud dan tujuan organisasi. Oleh karena itu pencapaian Visi akan berhasil apabila pengertian seluruh staf dan pimpinan serta seluruh lapisan masyarakat senantiasa dan bertekad untuk mewujudkan dan meningkatkan derajat kesehatan secara mandiri dan berkeadilan.

Masyarakat sehat secara mandiri ditandai dengan :

- a. Peran serta masyarakat yang aktif dalam mewujudkan kemandirian hidup sehat;
- b. Perilaku masyarakat yang proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan dan mencegah terjadinya penyakit;
- c. Pelayanan Kesehatan yang berkualitas berhasil dan berdaya guna tersebar merata di Kabupaten Kediri;
- d. Meningkatkan Derajat Kesehatan masyarakat

2. Misi

Untuk mewujudkan Visi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, maka ditetapkan Misi sebagai berikut :

- a. Menggerakkan promosi kesehatan secara luas dan berkesinambungan;
- b. Meningkatkan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat secara individu, keluarga, masyarakat dan lingkungannya
- c. Meningkatkan pelayanan Kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau bagi masyarakat;
- d. Meningkatkan tata kelola pemerintahan bidang kesehatan secara optimal

Penjelasan Misi :

- a. Menggerakkan promosi kesehatan secara luas dan berkesinambungan;

Artinya meningkatnya secara bermakna promosi kesehatan dan penyuluhan Masyarakat dalam pelaksanaan program-program Pembangunan Kesehatan.

- b. Meningkatkan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat secara individu, keluarga, masyarakat dan lingkungannya

Artinya Meningkatnya secara bermakna Kemampuan dan kemandirian masyarakat serta kemitraan swasta untuk memelihara dan memperbaiki keadaan kesehatan meningkatnya umur harapan hidup, menurunnya angka kematian Bayi dan Ibu, menurunnya angka kesakitan, menurunnya angka kecacatan dan ketergantungan, meningkatnya status gizi Masyarakat

- c. Meningkatkan pelayanan Kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau bagi masyarakat;

Artinya meningkatkan secara bermakna Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau mengandung makna bahwa salah satu tanggungjawab sektor kesehatan adalah menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau oleh masyarakat

- d. Meningkatkan peran tata kelola pemerintahan bidang kesehatan secara optimal.

Artinya meningkatnya secara bermakna kemampuan, tata kelola pemerintahan bidang kesehatan dengan cara merencana, mengorganisasi, melaksanakan dan kemampuan mengadakan pengawasan terhadap pelaksanaan program kegiatan.

3. MOTTO

Motto Dinas Kesehatan Kabupaten adalah “P-R-I-M-A” :

Peduli, selalu tanggap terhadap permasalahan program kesehatan.

Ramah, memberikan pelayanan dengan senyum, sapa, salam, sopan, dan santun.

Ikhlas, memberikan pelayanan kepada masyarakat dengan tulus tanpa pamrih.

Mandiri, selalu berusaha secara optimal sesuai kemampuan yang dimiliki dan percaya diri.

Adil, memberikan pelayanan secara merata dan menyeluruh.

1.4. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Tujuan disusunnya Profil Kesehatan Kabupaten Kediri Tahun 2015 adalah untuk mengetahui Gambaran Kondisi Pembangunan Kesehatan di Kabupaten Kediri Tahun 2015 serta tersedianya data/informasi yang relevan, akurat, tepat waktu dan sesuai kebutuhan dalam rangka meningkatkan kemampuan manajemen kesehatan secara berhasil guna dan berdaya guna.

2. Tujuan Khusus

- a) Menggambarkan kondisi derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Kediri dengan Indikator Mortalitas, Morbiditas dan Status Gizi.
- b) Menggambarkan Pencapaian Upaya Pelayanan Kesehatan sesuai Indikator Indonesia Sehat dan Indikator SPM.
- c) Menggambarkan Kondisi Sumber Daya Kesehatan dan Manajemen Kesehatan
- d) Mengetahui Gambaran Permasalahan dan Hambatan Pencapaian Pembangunan Kesehatan di Kabupaten Kediri
- e) Diperolehnya data/ informasi untuk bahan penyusunan perencanaan kegiatan program kesehatan
- f) Tersedianya alat untuk pemantauan dan evaluasi tahunan program-program kesehatan

1.5. SISTEMATIKA PENYAJIAN

1. Sistematika

Bab – I : Pendahuluan

Bab ini menjelaskan tentang latar belakang, maksud dan tujuan diterbitkannya Profil Kesehatan Kabupaten Kediri Tahun 2015 dan sistematika dari penyajian.

Bab – II : Gambaran Umum

Bab ini menjelaskan tentang keadaan umum Kabupaten Kediri meliputi keadaan geografis, data kependudukan dan gambaran umum Kabupaten Kediri.

Bab – III : Situasi Derajat Kesehatan

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

Bab – IV : Situasi Upaya Kesehatan

Bab ini menggambarkan tentang pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kesehatan rujukan dan penunjang, pemberantasan penyakit menular, pembinaan kesehatan lingkungan dan sanitasi dasar, perbaikan gizi masyarakat, pelayanan kefarmasian dan alat kesehatan. Upaya kesehatan yang diuraikan dalam bab ini juga mengakomodir indikator kinerja Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan.

Bab – V : Situasi Sumber Daya Kesehatan

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

Bab – VI : Penutup

Lampiran : Pada lampiran ini berisi tabel resume/ angka pencapaian kabupaten dan 81 tabel data kesehatan dan yang terkait kesehatan yang responsif gender.

2. Jenis dan Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data profil dilakukan dengan dua macam cara yaitu secara aktif dan pasif. Secara aktif dengan mengumpulkan data dari sektor terkait dan rumah sakit, sedangkan secara pasif melalui Profil Kesehatan Puskesmas dan Laporan Bulanan Puskesmas yang direkap oleh masing-masing seksi di Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri selama satu tahun.

3. Pengolahan dan Analisis Data

Data yang dikumpulkan kemudian dientri ke dalam format tabel profil dan divalidasi data di tingkat provinsi. Data yang telah divalidasi kemudian dianalisis secara deskriptif, komparatif dan kecenderungan yang disajikan dalam bentuk tabel dan grafik.



GAMBARAN UMUM



GAMBARAN UMUM

2.1 KONDISI GEOGRAFI

Kabupaten Kediri mempunyai luas wilayah 1.386,05 Km² atau 138.605 Ha, terdiri dari lahan sawah 47.175 Ha dan lahan non sawah 91.430 Ha (*Kabupaten Kediri Dalam Angka 2015*).

Tabel 2.1
Luas Wilayah Menurut Kecamatan Kabupaten Kediri Tahun 2015

No	Kecamatan	Luas Wilayah(Ha)	%
1	Semen	8.042	5,80
2	Mojo	10.273	7,41
3	Kras	4.481	3,23
4	Ngadiluwih	4.185	3,02
5	Kandat	5.196	3,75
6	Wates	7.658	5,53
7	Ngancar	9.405	6,79
8	Puncu	6.825	4,92
9	Plosoklaten	8.859	6,39
10	Gurah	5.083	3,67
11	Pagu	2.467	1,80
12	Gampengrejo	1.989	1,44
13	Grogol	3.450	2,49
14	Papar	3.622	2,61
15	Purwoasri	4.250	3,07
16	Plemahan	4.788	3,45
17	Pare	4.721	3,41
18	Kepung	10.565	7,62
19	Kandangan	4.167	3,01
20	Tarokan	4.720	3,41
21	Kunjang	2.998	2,16
22	Banyakan	7.255	5,23
23	Ringinrejo	4.238	3,06
24	Kayenkidul	3.577	2,58
25	Ngasem	1.870	1,35
26	Badas	3.921	2,83
TOTAL		138.605	100

Sumber : Kabupaten Kediri Dalam Angka 2015

kemarau dan musim penghujan. Di Kabupaten Kediri, musim kemarau terjadi pada bulan Mei hingga Oktober dan musim penghujan terjadi pada bulan November hingga April, curah hujan rata-rata sekitar 15,81 mm. (*Profil Kabupaten Kediri 2015*).

2.4 PEMERINTAHAN

Pusat Pemerintahan Kabupaten Kediri terletak di kompleks Kantor Bupati Kediri, yang berada di Jalan Pamenang 1C Kediri. Tahun 2012, Pemerintah Kabupaten Kediri memiliki 415 instansi, terdiri dari 11 Badan, 17 Dinas, 3 Kantor, 8 Bagian (Sekretariat), 2 instansi lainnya, 4 BUMD, 26 Kecamatan, 343 Desa, dan 1 Kelurahan. Masing-masing SKPD dibentuk sesuai Peraturan Pemerintah No. 41 Tahun 2001 tentang Organisasi Daerah. Perangkat Daerah dalam penyelenggaraan pemerintahan daerah terdiri dari Sekretaris Daerah, Sekretariat DPRD, tiga Asisten (Asisten Pemerintahan dan Kesejahteraan Rakyat, Asisten Perekonomian dan Pembangunan, Asisten Administrasi Umum), staf ahli, Badan, Dinas, Kantor, Bagian, Kecamatan, Desa dan Kelurahan, dari semua SKPD tersebut bertanggung jawab kepada Bupati. (*Profil Kabupaten Kediri 2015*).

Jumlah organisasi RW dan RT masing-masing ada sebanyak 2.812 RW dan 9.265 RT. (*Profil Kabupaten Kediri 2015*).

Tahun 2009 jumlah kecamatan bertambah dua, yang sebelumnya kecamatan Pare pecah menjadi kecamatan Pare dan Badas, kemudian Kecamatan Gampengrejo pecah menjadi Kecamatan Gampengrejo dan Ngasem. (*Kabupaten Kediri dalam Angka 2013*).

Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri merupakan salah satu Dinas Daerah yang dibentuk berdasarkan Peraturan daerah Kabupaten Kediri No. 24 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan. Dinas Kesehatan yang merupakan unsur pelaksanaan Pemerintah Kabupaten, dipimpin oleh seorang Kepala yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

Dalam menyelenggarakan tugasnya Dinas Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan urusan pemerintahan daerah di bidang kesehatan berdasarkan atas otonomi dan tugas pembantuan. Dalam melaksanakan tugas seperti tersebut di atas, Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri mempunyai fungsi :

- a. Perumusan kebijakan pembangunan bidang kesehatan

- b. Penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum bidang kesehatan
- c. Pembinaan dan pelaksanaan tugas bidang kesehatan
- d. Pengkoordinasian bidang kesehatan
- e. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan peraturan Perundang-undangan.

Susunan Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri adalah sebagaimana berikut :

- a. Kepala Dinas
- b. Sekretariat, yang membawahi :
 - 1) Sub Bagian Penyusunan Program, Evaluasi dan Informasi Kesehatan
 - 2) Sub Bagian Kepegawaian dan Keuangan
 - 3) Sub Bagian Umum dan Perlengkapan
- c. Bidang Pelayanan Medik dan Kefarmasian, yang membawahi :
 - 1) Seksi Pelayanan Medik Dasar dan Rujukan
 - 2) Seksi Kefarmasian dan Penyehatan Makanan Minuman
 - 3) Seksi Kesehatan Khusus
- d. Bidang Kesehatan Keluarga dan Gizi, yang membawahi :
 - 1) Seksi Kesehatan Ibu, Bayi dan Kesehatan Reproduksi
 - 2) Seksi Anak, Remaja dan Usia Lanjut
 - 3) Seksi Gizi
- e. Bidang Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit, yang membawahi :
 - 1) Seksi Pengamatan Penyakit dan Imunisasi
 - 2) Seksi Pencegahan Penyakit Menular Langsung
 - 3) Seksi Pencegahan Penyakit Bersumber Binatang
- f. Bidang Promosi Kesehatan dan Pencegahan Lingkungan, yang membawahi :
 - 1) Seksi Promosi Kesehatan
 - 2) Seksi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat
 - 3) Seksi Penyehatan Lingkungan
- g. Unit Pelaksana Teknis Dinas, yang meliputi :
 - 1) UPTD Laboratorium Kesehatan
 - 2) UPTD Pusat Pelatihan SDM Kesehatan
 - 3) UPTD Puskesmas
 - 4) UPTD Gudang Farmasi dan Alat Kesehatan

- h. Kelompok Jabatan Fungsional

2.5 KEADAAN DEMOGRAFI

Dalam penyusunan Profil Kesehatan Kabupaten Kediri Tahun 2015 jumlah penduduk yang digunakan adalah berdasarkan hasil Sensus Penduduk oleh BPS Jatim Tahun 2010 Proyeksi Penduduk Tahun 2015 sejumlah 1.546.883 jiwa dengan komposisi laki-laki 776.212 jiwa dan perempuan 770.671 jiwa sehingga *sex rasionya* 100.72.

Secara berurutan jumlah penduduk terbanyak terdapat di Kecamatan Pare sejumlah 96.765 jiwa, sedangkan jumlah penduduk terkecil terdapat di Kecamatan Kunjang sejumlah 33.034 jiwa, seperti terlihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 2.2
Jumlah Penduduk Kabupaten Kediri Menurut Persebarannya
Per Kecamatan Tahun 2015

No	Kecamatan	Jumlah Penduduk	%
1	Semen	49,459	3.20
2	Mojo	78,309	5.06
3	Kras	56,964	3.68
4	Ngadiluwih	71,851	4.64
5	Kandat	69,882	4.52
6	Wates	85,876	5.55
7	Ngancar	47,430	3.07
8	Puncu	54,934	3.55
9	Plosoklaten	67,300	4.35
10	Gurah	76,650	4.96
11	Pagu	39,739	2.57
12	Gampengrejo	35,064	2.27
13	Grogol	45,030	2.91
14	Papar	45,829	2.96
15	Purwoasri	66,006	4.27
16	Plemahan	55,918	3.61
17	Pare	96,765	6.26
18	Kepung	94,796	6.13
19	Kandangan	43,553	2.82
20	Tarokan	55,118	3.56
21	Kunjang	33,034	2.14
22	Banyakan	54,134	3.50
23	Ringinrejo	54,073	3.50
24	Kayen Kidul	45,891	2.97
25	Ngasem	68,283	4.41
26	Badas	54,995	3.56
TOTAL		1,546,883	100

Sumber : Proyeksi Penduduk Tahun 2015 Berdasarkan Sensus Penduduk oleh BPS Jatim Tahun 2010

Menurut kelompok umur, sebagian besar penduduk Kabupaten Kediri termasuk dalam usia produktif (15-64 tahun) sebanyak 1.048.822 jiwa (67.80%) dan selebihnya sebanyak 369.586 jiwa (23.89%) berusia di bawah 15 tahun dan berusia 65 tahun ke atas. Dari angka tersebut dapat diketahui angka ketergantungan (dependency ratio) Kabupaten Kediri adalah sebesar 47.49%. Rasio ketergantungan didapat dengan membagi total dari jumlah penduduk usia belum produktif (0-14 tahun) dan jumlah penduduk usia tidak produktif (65 tahun ke atas) dengan jumlah penduduk usia produktif (15 – 64 tahun). Penduduk muda berusia di bawah 15 tahun umumnya dianggap sebagai penduduk yang belum produktif karena secara ekonomis masih tergantung pada orang tua atau orang lain yang menanggungnya. Selain itu, penduduk berusia di atas 65 tahun juga dianggap tidak produktif lagi sesudah melewati masa pensiun. Penduduk usia 15 – 64 tahun adalah penduduk usia kerja yang dianggap sudah produktif. Atas dasar konsep ini dapat digambarkan berapa besar jumlah penduduk yang tergantung pada penduduk usia kerja. Meskipun tidak terlalu akurat, rasio ketergantungan semacam ini memberikan gambaran ekonomis penduduk dari sisi demografi.

2.6 PENDIDIKAN

Pada tahun ajaran 2014/2015, ada sebanyak 2.150 institusi pendidikan di Kabupaten Kediri, mulai jenjang Taman Kanak-Kanak (TK) sederajat hingga SMA sederajat, baik yang di bawah koordinasi Dinas Pendidikan, Pemuda dan Olahraga Kabupaten Kediri maupun di bawah koordinasi Kantor Kementerian Agama Kabupaten Kediri, swasta dan negeri dengan rincian TK dan sederajat 966 lembaga, SD/MI 884 lembaga, SMP dan sederajat 194 lembaga, dan SMA dan sederajat 106 lembaga. (*Profil Kabupaten Kediri 2015*).

2.7. KONDISI EKONOMI

Kabupaten Kediri memiliki beberapa keunggulan potensi daerah bilamana dikelola dan dimanfaatkan dengan baik, maka akan meningkatkan pertumbuhan perekonomian daerah. Dari persepektif pengembangan wilayah perekonomian daerah, Kabupaten Kediri memiliki posisi strategis yaitu merupakan salah satu Wilayah Pembangunan (WP) di Jawa Timur sebagaimana ditetapkan pada Rencana Tata Ruang Wilayah (RTRW) Provinsi Jawa Timur Tahun 2005-2020. Kabupaten Kediri merupakan salah satu dari 5 Kabupaten Kota yang menjadi

WP. Dibangunnya CBD (*Central Bussines District*) Simpang Lima Gumul sebagai pusat perekonomian, perdagangan, industri, pendidikan, pemerintahan, pemasaran/jasa, pertanian dan pariwisata. (*Profil Kabupaten Kediri 2015*).



SITUASI DERAJAT KESEHATAN



PROFIL KESEHATAN KABUPATEN KEDIRI 2015



SITUASI DERAJAT KESEHATAN

Berakhirnya *Millennium Development Goals* (MDGs) pada 2015 menunjukkan target Nasional yang belum sepenuhnya tercapai termasuk AKI dan AKB, namun sudah seharusnya tetap optimis dalam menyongsong *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang sudah ditandatangani sejak September kemarin oleh Wakil Presiden RI.

Undang-undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 menyebutkan bahwa Upaya Kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi, dan berkesinambungan untuk memelihara serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat. Pengembangan upaya kesehatan yang mencakup upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan diselenggarakan sesuai dengan kebutuhan masyarakat (*client oriented*) dan dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, berkelanjutan, merata, terjangkau, berjenjang, profesional, dan bermutu.

Upaya kesehatan diutamakan pada berbagai upaya yang mempunyai daya ungkit tinggi dalam pencapaian sasaran pembangunan kesehatan utamanya penduduk rentan, antara lain: ibu, bayi, anak, usia lanjut, dan keluarga miskin.

3.1. MORTALITAS (ANGKA KEMATIAN)

Menilai derajat kesehatan masyarakat dengan menggunakan indikator yang mencerminkan kondisi mortalitas (angka kematian) yang terdiri dari Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Balita (AKABA)

dan Angka Kematian Ibu (AKI), serta morbiditas (angka kesakitan) yang terdiri dari angka kesakitan beberapa penyakit serta status gizi pada balita dan dewasa.

3.1.1 Angka Kematian Ibu (AKI)

Kematian ibu adalah kematian perempuan pada saat hamil atau kematian dalam kurun waktu 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lamanya kehamilan atau tempat persalinan, yakni kematian yang disebabkan karena kehamilannya atau pengelolaannya, tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh dll (Budi Utomo: 1985). Angka Kematian ibu adalah jumlah kematian ibu yang disebabkan oleh karena peristiwa kehamilan, persalinan dan masa nifas pada tahun yang sama per jumlah kelahiran hidup pada tahun yang sama dikali seratus ribu.

Berdasarkan SDKI 2012, rata-rata angka kematian ibu (AKI) tercatat mencapai 359 per 100 ribu kelahiran hidup. Rata-rata kematian ini jauh melonjak dibanding hasil SDKI 2007 yang mencapai 228 per 100 ribu. Fakta meningkatnya kematian ini membuat pemerintah untuk bertekad menurunkan AKI hingga 108 per 100 ribu pada 2015 sesuai dengan target MDGs. Bupati Kabupaten Kediri kembali meraih penghargaan atas komitmennya dalam mendukung penurunan AKI dan AKB pada tahun ini, sehingga peningkatan AKI tersebut tidak terjadi di Kabupaten Kediri.

Gambar 3.1 Jumlah Kematian Ibu di Kabupaten Kediri pada Tahun 2007 - 2015

Jumlah Kematian Ibu 9 tahun terakhir :



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, Dan Kesehatan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Diagram di atas menunjukkan bahwa pada tahun 2015 kedudukan AKI sama dengan angka tahun sebelumnya yaitu 17. Hal ini menunjukkan bahwa pada tahun itu terdapat titik jenuh sehingga memerlukan terobosan atau kerja keras sehingga pada tahun 2016 nanti bisa menurun secara signifikan. Upaya yang telah dilakukan antara lain adalah MOU Kediri Raya dan Gerakan Peduli Keluarga (GARPU).

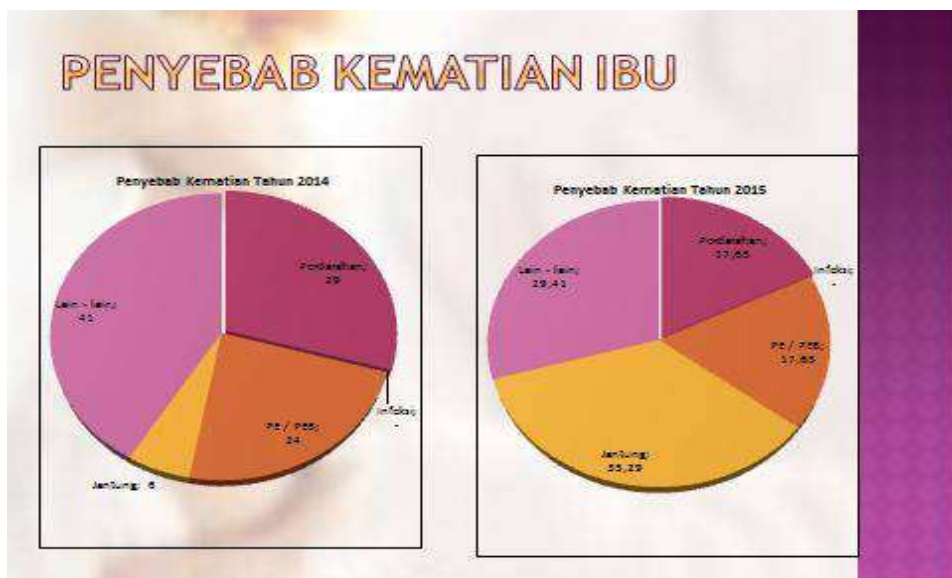
MOU Kediri Raya adalah suatu bentuk kerjasama dengan fasilitas Rujukan Lanjutan atau Rumah Sakit sehingga semua sasaran kesehatan ibu dan anak bisa dirawat atau ditangani dengan baik di RS dengan Pelayanan Obstetri Neonatal Esensial Komprehensif. Untuk perujuk atau fasilitas kesehatan pertama dalam merujuk sudah dibekali dengan Standart Operasional Prosedur.

Gerakan Peduli Keluarga dan Bulan Timbang adalah suatu gerakan atau komitmen bersama dari berbagai lintas sektor termasuk Lembaga Swadaya Masyarakat dalam menurunkan AKI dan AKB dengan peran masing-masing.

Kematian ibu terbanyak ada di Puskesmas Papar dan Ngancar masing-masing 3 orang ibu, kemudian Puskesmas Pagu dan Puncu 2 orang ibu, dan selanjutnya dari Puskesmas Kras, Ngadiluwih, Adan-adan, Puhjarak, Kandangan, Tarokan, dan Kunjang masing-masing 1 orang ibu.

Penyebab kematian terbesar adalah penyakit jantung sebanyak 35,3%, penyebab lain-lain 29,4%, PE 17,6%, dan perdarahan 17,6%. Angka tersebut di atas berbeda dengan tahun lalu, pada tahun 2014 penyebab terbesar adalah lain-lain, sedangkan untuk tahun ini jantung menempati urutan pertama. Lebih jelasnya dapat dilihat pada Gambar 3.2 di bawah ini :

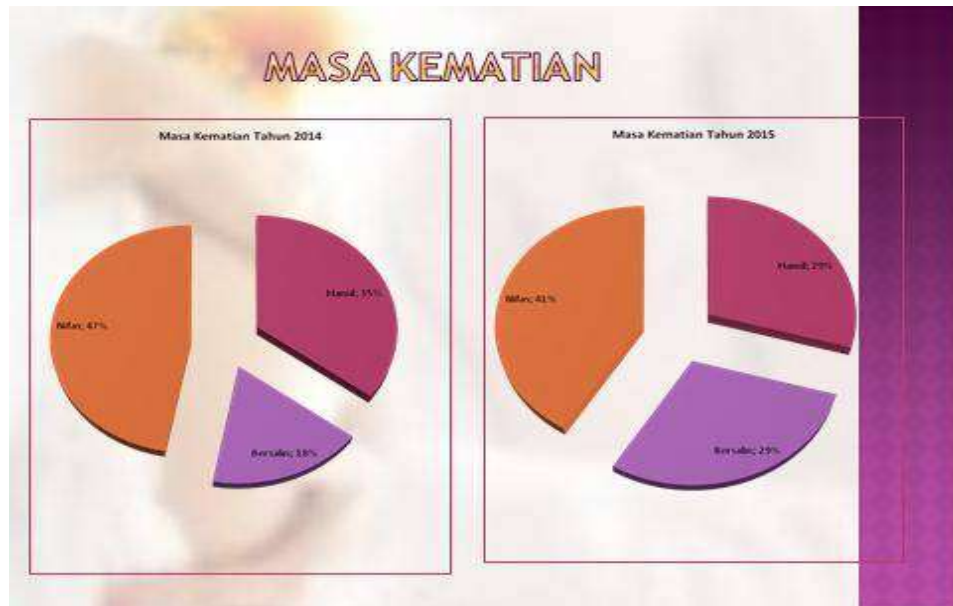
Gambar 3.2 Penyebab Kematian Ibu di Kabupaten Kediri Tahun 2014 dan 2015



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, Dan Kesehatan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Status obstetri ibu meninggal ada pada Gravida II dengan usia produktif. Untuk penolong persalinan sebelum kematian 63% ditolong DSOG dan 38 % ditolong bidan. Angka ini menunjukkan bahwa seharusnya pemerintah daerah lebih meningkatkan mutu sumber daya manusia sehingga angka kematian bisa ditekan seminimal mungkin. Masa kematian terbanyak ada pada masa nifas yaitu 44 % pada hari ke 8-14 hari sebanyak 57% sehingga sudah selayaknya tenaga kesehatan lebih teliti dalam penanganan ibu nifas seperti gambar diagram pie dibawah ini.

Gambar 3.3 Masa Kematian Ibu di Kabupaten Kediri pada Tahun 2014 dan 2015



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, Dan Kesehatan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Estafet rujukan kebanyakan dilakukan 1 (satu) kali atau 41,2% hal ini menandakan bahwa petugas kesehatan sudah merujuk pada tempat yang tepat, namun masih ada petugas kesehatan yang masih melakukan lebih dari 3 kali sebanyak 17,6%. Hal ini salah satu penyebab kematian ibu tidak langsung (3T) dan sebagian besar ibu meninggal di rumah sakit.

Guna memotong mata rantai penyebab kematian ibu sudah seharusnya fasilitas kesehatan dan petugasnya lebih meningkatkan ANC terpadu dan berkualitas sehingga ibu bisa dideteksi dini resiko tinggi kehamilannya dan dilakukan rujukan Dini Berencana. Kunjungan rumah juga perlu digalakkan untuk menemukan ibu hamil risiko tinggi yang tidak berkunjung ke fasilitas kesehatan. Selain itu, kunjungan nifas paripurna harus benar-benar dipatuhi standard pelayanan kebidanan oleh ibu hamil.

Dinas Kesehatan melalui Seksi Kesehatan Ibu dan Bayi dan Kesehatan Reproduksi (KIB dan Kespro) kembali melakukan langkah-langkah aktif diantaranya dengan meningkatkan pengetahuan dan peran aktif keluarga dan masyarakat melalui penerapan Buku Kesehatan Ibu

dan Anak (KIA), Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), Program Kemitraan Bidan dan Dukun, Peningkatan kinerja bidan di desa, Peningkatan persalinan oleh tenaga kesehatan, dan persalinan di fasilitas kesehatan, Audit Maternal Perinatal serta mengatasi masalah emergensi melalui jejaring rujukan Puskesmas Pelayanan Obstetri Neonatus Essensial Dasar (PONED) dan Rumah sakit Pelayanan Obstetri Neonatus Emergensi Komprehensif (PONEK).

Jaringan komunikasi di PONED juga mulai terbentuk dengan pembagian wilayah kerja yang dilaksanakan oleh 6 Dokter Spesialis Obgyn/Obstetri Ginekologi (DSOG) yang di dalamnya terdapat konsultan ahli dan pemantauan perkembangan kesehatan ibu dan bayi. Selain langkah-langkah tersebut Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri bekerja sama dengan P2KP untuk meningkatkan Sumber daya Manusia dengan menyelenggarakan berbagai pelatihan-pelatihan diantaranya Asuhan Persalinan Normal (APN) dan *Contraception Teknologi Uptodate* (CTU). Pelatihan APN tersebut berguna untuk menyiapkan tenaga kesehatan khususnya bidan dalam melaksanakan tugas dan pelayanan sesuai petunjuk atau prosedur tetap yaitu menolong persalinan dengan menggunakan 58 langkah, sedangkan pelatihan CTU untuk meningkatkan ketrampilan bidan dalam pelayanan Keluarga Berencana (KB) termasuk KB pasca persalinan.

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

Masa kehamilan merupakan masa yang rawan kesehatan, baik kesehatan ibu yang mengandung maupun janin yang dikandungnya sehingga dalam masa kehamilan perlu dilakukan pemeriksaan secara teratur. Hal ini dilakukan guna menghindari gangguan sedini mungkin dari segala sesuatu yang membahayakan terhadap kesehatan ibu dan janin yang dikandungnya. Diperkirakan setiap tahunnya sekitar 4 juta bayi meninggal pada tahun pertama kehidupannya dan dua pertiganya meninggal pada bulan pertama. Penyebab utama kematian pada minggu

pertama kehidupan adalah komplikasi kehamilan dan persalinan seperti asfiksia, sepsis, dan komplikasi berat lahir rendah (Depkes RI, 2008).

Kematian bayi adalah kematian yang terjadi setelah bayi lahir sampai bayi belum berusia tepat satu tahun. Banyak faktor yang dikaitkan dengan kematian bayi. Secara garis besar, dari sisi penyebabnya, kematian bayi ada dua macam yaitu endogen dan eksogen. Kematian bayi endogen atau yang umum disebut dengan kematian *neonatal* adalah kematian bayi yang terjadi pada bulan pertama setelah dilahirkan, dan umumnya disebabkan oleh faktor-faktor yang dibawa anak sejak lahir yang diperoleh dari orang tuanya pada saat konsepsi atau didapat selama kehamilan.

Kematian bayi eksogen atau kematian *post neo-natal*, adalah kematian bayi yang terjadi setelah bayi berusia satu bulan sampai menjelang usia satu tahun yang disebabkan oleh faktor-faktor yang berkaitan dengan pengaruh lingkungan luar. AKB dapat didefinisikan sebagai banyaknya bayi yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama.

Secara Nasional, dari tahun ke tahun Angka Kematian Bayi (AKB) juga menunjukkan penurunan yang cukup signifikan. Dari hasil SDKI Tahun 2007, AKB tercatat sebesar 34 per 1.000 kelahiran hidup. Hasil ini jauh menurun apabila dibandingkan dekade 90-an yang tercatat sebesar 57 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini tetap masih jauh lebih tinggi apabila dibandingkan dengan negara-negara ASEAN. Target MDG's untuk penurunan AKB adalah 19 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Pencapaian target tersebut mampu berhasil disertai dengan kerja keras dari berbagai pihak. Berdasarkan SDKI Tahun 2012 AKB menurun menjadi 32 per 1000 kelahiran hidup. Angka kematian bayi menggambarkan kondisi sosial ekonomi masyarakat setempat karena bayi adalah kelompok yang paling rentan terkena dampak dari suatu perubahan lingkungan maupun sosial ekonomi. Hal tersebut sejalan dengan di Kabupaten Kediri karena angka kematiannya cenderung menurun walaupun tidak signifikan,

yaitu pada tahun 2015 adalah 7,6 / 1000 kelahiran hidup. Angka ini menurun bila dibandingkan dari tahun 2013 sebesar 9,07 / 1000 kelahiran hidup dan 2014 sebesar 8,07 / 1000 kelahiran hidup, sehingga untuk tahun 2016 memerlukan kerja keras untuk mendorong penurunan dengan terobosan yang lebih fokus pada peningkatan Sumber Daya Manusia (SDM) melalui pelatihan, peningkatan kinerja, konsultasi ahli maupun superfisi fasilitatif yang bertujuan meningkatkan standart mutu pelayanan.

Berdasarkan laporan rutin Puskesmas di wilayah Kabupaten Kediri selama tahun 2015 dilaporkan terjadi 24.740 kelahiran hidup mengalami penurunan yang bila dibandingkan tahun 2014 yang sebesar 25.146. Banyaknya kelahiran tercatat 104 kasus lahir mati 104 (4,2 / 1000), 188 (7,6 per 1000 kelahiran hidup) kasus kematian bayi dan 19 (0,76) kasus kematian balita. Berikut ini adalah gambaran kematian bayi selama 10 tahun terakhir.

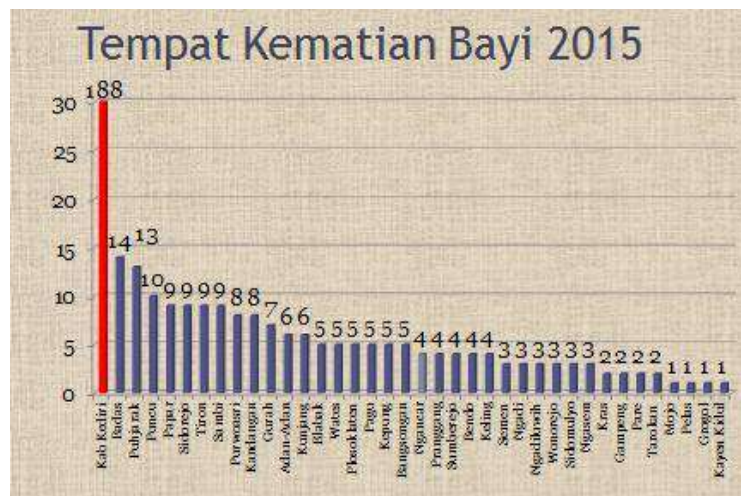
Gambar 3.4 Angka Kematian Bayi di Kabupaten Kediri Tahun 2007-2015



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Kesehatan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Sedangkan wilayah kematian bayi terbanyak di Puskesmas Badas dengan jumlah 15 bayi selama satu tahun dan terendah di Puskesmas Mojo, Pelas, dan Kayen Kidul sebagai berikut:

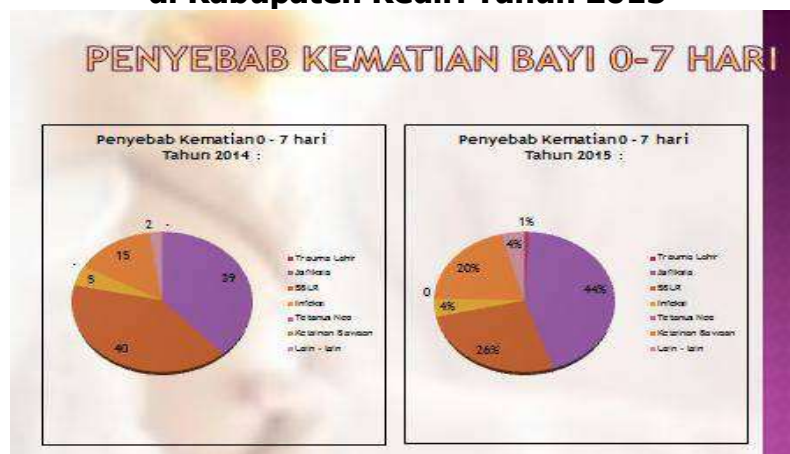
Gambar 3.5 Angka Kematian Bayi Berdasarkan Puskesmas di Kabupaten Kediri Tahun 2015



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Kesehatan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Sedangkan jumlah kematian bayi 0-28 sebanyak 160 teranyak pada kasus neonatal yaitu usia 0-7 hari sebanyak 118 bayi dan 42 terjadi pada neonatal lanjut yaitu 8-28 hari dan post Neo sebanyak 28 bayi untuk penyebabnya dapat dilihat pada gambar berikut ini adalah penyebab kematian neonatal dini.

Gambar 3.6 Penyebab Kematian Bayi Usia 0-7 Hari di Kabupaten Kediri Tahun 2015



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Kesehatan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Gambar tersebut menunjukkan penyebab kematian dengan Asfiksia kembali menempati urutan teratas melebihi BBLR yg tahun lalu ada di rangking teratas. Angka kematian akibat asfiksia yang semula 39%

meningkat menjadi 44%. Sedangkan jumlah kasusnya ada 252 dengan kematian 52 sehingga CFR 20,6. Disusul oleh BBLR 44%, kelainan cacat bawaan 20%, infeksi 4%, dan penyebab lainnya 1% sehingga memerlukan intervensi tinggi dan terfokus. Audit maternal perinatal dengan tujuan menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan KIA melalui upaya penerapan tata kelola klinik (*clinical governance*) merupakan salah satu upaya penurunan AKI dan AKB. Peningkatan SDM melalui pelatihan-pelatihan dan melakukan refreasing antara lain manajemen asfiksi, tatalaksana penanganan BBLR dan Manajemen Terpadu Bayi Muda.

Hal lain yang harus diperhatikan bisa dimulai dari Antenatal Care. Selain itu kebijakan bahwa bidan tidak diperbolehkan menolong persalinan prematur atau BBLR perlu lebih dipertegas lagi. Kasus rujukan kebijakan yang diterapkan adalah rujukan menggunakan kantong plastik.

Tempat kematian terakhir bayi 72% terjadi pada pusat rujukan yaitu rumah sakit. Upaya yang telah dilakukan agar bidan melakukan rujukan dini berencana dan tepat waktu sehingga kematian dapat diminimalkan.

1. Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Berat badan bayi yang sangat rendah umumnya memiliki kondisi fisik yang lebih kecil dibandingkan bayi normal yang dilahirkan lebih dari 37 minggu (kurang dari 2500 gram) tanpa memandang usia kehamilan. Bayi dengan berat lahir rendah memiliki resiko kematian lima kali lebih tinggi dibanding bayi normal. Untuk mengurangi angka bayi berat lahir rendah, diperlukan upaya untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang faktor-faktor resikonya.

Secara Nasional BBLR masih merupakan penyebab utama kematian neonatus, begitu juga di Kabupaten Kediri dari tahun ke tahun masih menduduki peringkat pertama penyebab kematian bayi.

Status gizi ibu hamil yang rendah ini sebenarnya ditentukan jauh sebelum terjadi kehamilan, yaitu selama masa kanak-kanak hingga

dewasa. Dilaporkan sekitar 50 persen anak-anak yang kurang gizi adalah perempuan. Bayi prematur yang hidup banyak menderita gangguan kognitif dan neurologis. Selain itu, juga berisiko terhadap penyakit degeneratif, seperti diabetes melitus, jantung, dan stroke.

Bayi Berat Lahir Rendah atau BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa kehamilannya yang dapat terjadi akibat dari prematuritas (persalinan kurang bulan/prematur) atau persalinan dengan bayi kecil masa kehamilan. Dahulu neonatus dengan berat badan lahir kurang dari 2500 gram atau sama dengan 2500 gram disebut prematur. Pembagian menurut berat badan ini sangat mudah tetapi tidak memuaskan sehingga, lambat laun diketahui bahwa tingkat morbiditas dan mortalitas pada neonatus tidak hanya bergantung pada berat badan saja, tetapi juga pada tingkat maturitas bayi itu sendiri (Proverawati, dkk, 2010, 1).

BBLR yang cukup bulan umumnya organ tubuhnya sudah matur sehingga tidak terlalu bermasalah dengan perawatan. Mereka hanya membutuhkan kehangatan, pemberian nutrisi dan pencegahan infeksi, yang semuanya bisa dilakukan oleh orang tua di rumah. Sedangkan yang kurang bulan biasanya mengalami penyulit seperti gangguan nafas, ikterus, infeksi dan lainnya yang bila tidak dikelola dengan benar dan sesuai standard pelayanan medis akan menimbulkan kematian.

Berdasarkan laporan rutin puskesmas pada tahun 2015, dari 24.740 bayi lahir hidup, terdapat 629 bayi dengan BBLR (2,46%). Seluruh bayi BBLR ini telah mendapatkan penanganan. Hasil ini telah melampaui target SPM untuk indikator BBLR ditangani.

Langkah menekan angka BBLR diperlukan kerja keras tidak hanya dari sektor kesehatan tetapi juga dari lintas sektor terutama yang berkaitan dengan peningkatan kesejahteraan masyarakat, karena timbulnya masalah penyakit dan status gizi berkaitan erat dengan tingkat kesejahteraan masyarakat. Angka morbiditas dan mortalitas perinatal

dapat digunakan sebagai ukuran untuk menilai kualitas pengawasan antenatal.

3.2 Umur Harapan Hidup (UHH)

Peningkatan Umur Harapan Hidup merupakan salah satu faktor yang mampu mendukung keberhasilan pembangunan kesehatan serta sosial ekonomi pada suatu wilayah. Angka/Umur Harapan Hidup adalah perkiraan rata-rata lamanya hidup yang akan dicapai oleh sekelompok penduduk dari sejak lahir pada suatu wilayah. Umur Harapan Hidup digunakan untuk menilai derajat kesehatan dan kualitas kesejahteraan masyarakat.

Angka/Umur Harapan Hidup untuk Kabupaten Kediri Tahun 2011 adalah 69,90 tahun, Tahun 2012 adalah 70,25 tahun, sedangkan Tahun 2013 adalah 70,34. Untuk Angka Harapan Hidup Jawa Timur Tahun 2012 adalah 70,09 tahun, sedangkan Tahun 2013 adalah 70,19. (*BPS Propinsi Jawa Timur, 2016*).

3.3 MORBIDITAS

3.3.1 Penyakit Menular Langsung

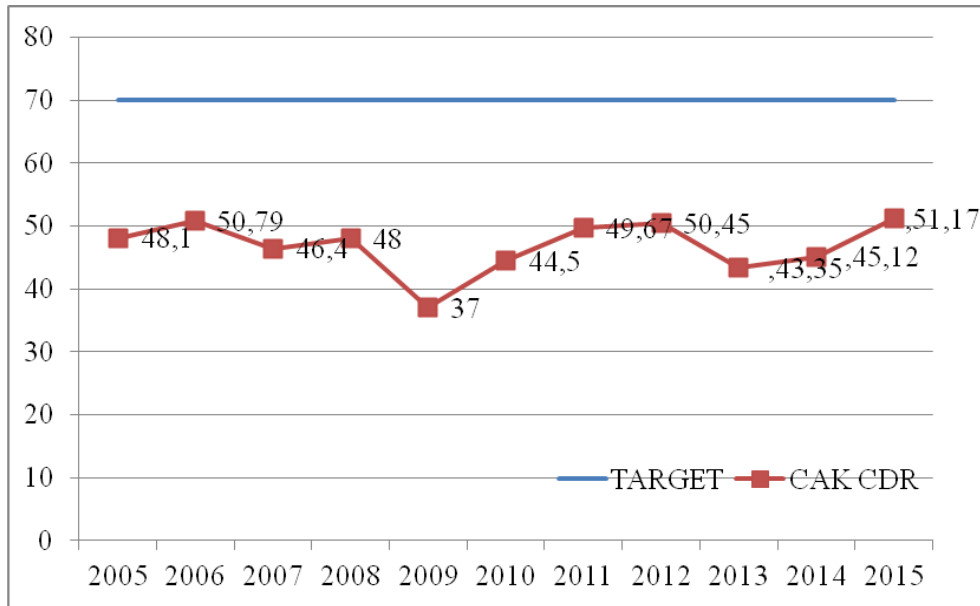
a. Tuberkulosis

Tuberkulosis masih merupakan masalah kesehatan masyarakat dan menyebabkan kematian yang menyerang golongan usia produktif (15 – 50 tahun) dan golongan sosial ekonomi tidak mampu. Penyakit TB disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* yang lebih sering menginfeksi organ paru dibanding organ tubuh lainnya yang ditularkan melalui droplet (percikan dahak penderita). Menurut Estimasi WHO pada tahun 2014, menempatkan Indonesia urutan ke-2 sebagai penyumbang TB terbesar di dunia di bawah India. Sementara itu Propinsi Jawa Timur merupakan salah satu penyumbang jumlah penemuan penderita TB Paru terbanyak di Indonesia di bawah Jawa Barat.

Kabupaten Kediri, dengan jumlah penduduk yang besar, dapat memberikan kontribusi yang besar terhadap cakupan program TB di Propinsi Jawa Timur, yang mana target cakupan adalah 70% dari perkiraan kasus (107/100.000 penduduk).

Cakupan program penemuan penderita TB dengan BTA positif (CDR) di Kabupaten Kediri tahun 2015 masih di bawah target, yaitu 51.17 % (ditemukan 847 orang, dari perkiraan penderita TB di Kabupaten Kediri sebesar 1.655 orang).

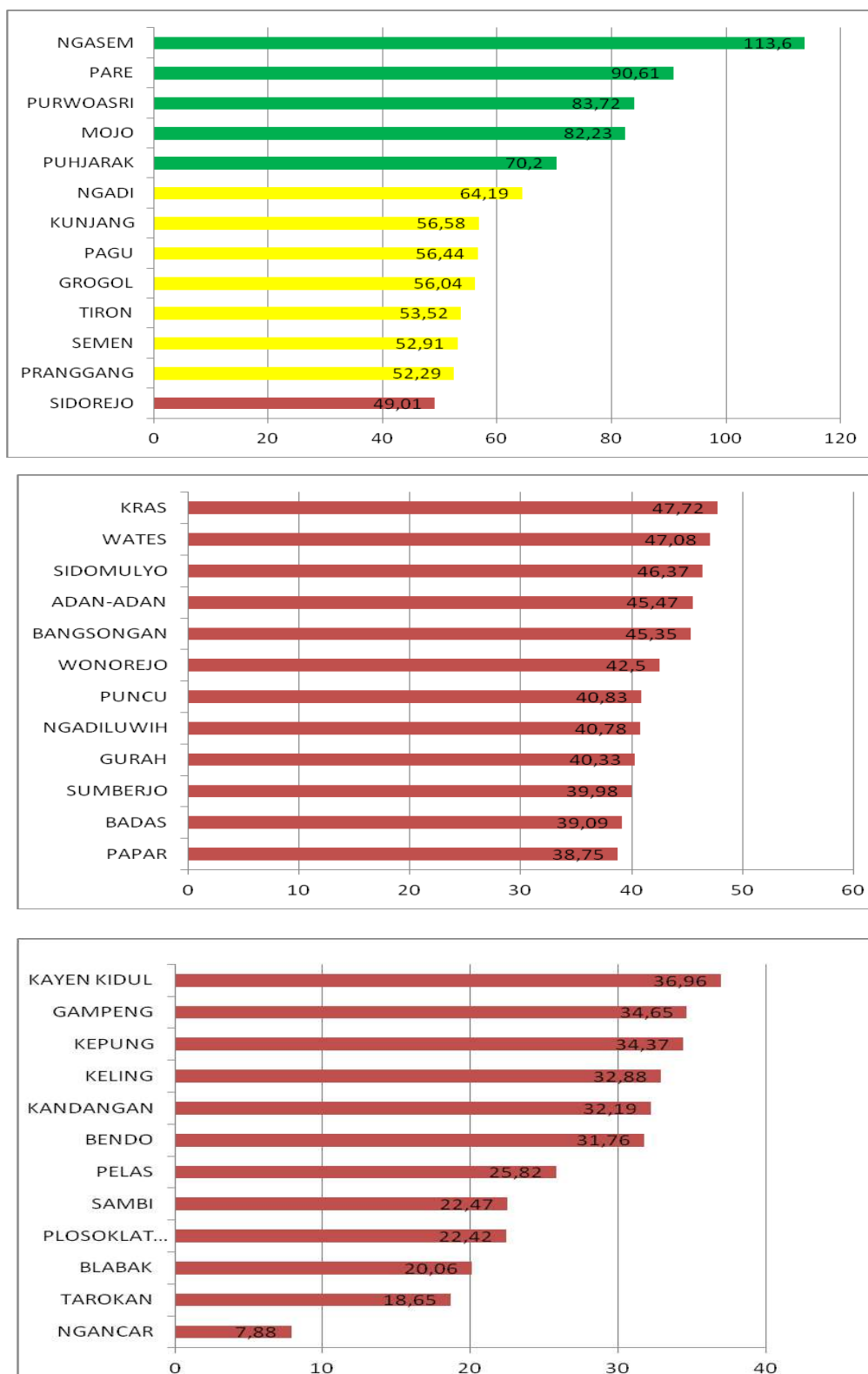
Gambar 3.7 Trend Cakupan Penemuan Kasus TB BTA Positif Baru di Kabupaten Kediri Tahun 2005 - 2015



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2015

Cakupan CDR rata-rata Kabupaten pada tahun 2015 mengalami peningkatan, termasuk jumlah Puskesmas yang mencapai target CDR mengalami peningkatan, dimana terdapat 5 (13.51%) Puskesmas dengan cakupan CDR memenuhi target yang ditentukan, sementara tahun 2014 hanya 2 Puskesmas (5.40%) dengan cakupan penemuan TB BTA Positif mencapai target, sedang 32 (86.49%) Puskesmas tidak memenuhi target, sementara tahun 2014 sejumlah 35 Puskesmas (94.59%) tidak mencapai target.

Gambar 3.8 CDR Kasus TB Per Puskesmas di Kabupaten Kediri Tahun 2015

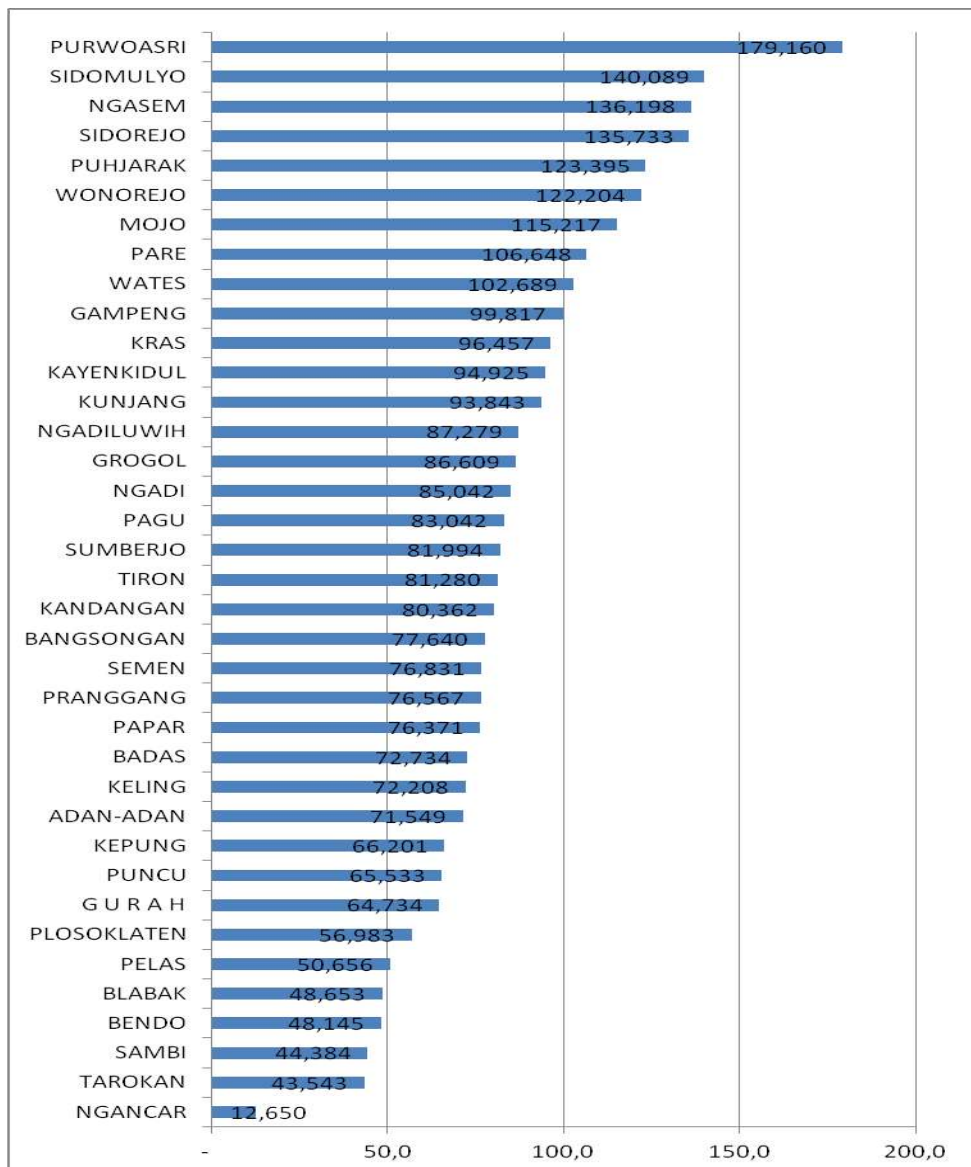


Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Kondisi di atas menunjukkan masih adanya kemungkinan penemuan penderita baru BTA positif baru akan meningkat pada periode yang akan datang. Dengan makin banyaknya penderita TB BTA positif yang ditemukan, diharapkan dapat menurunkan risiko penularan di masyarakat.

Case Notification Rate Kabupaten Kediri pada tahun 2015 mencapai 98.59%.

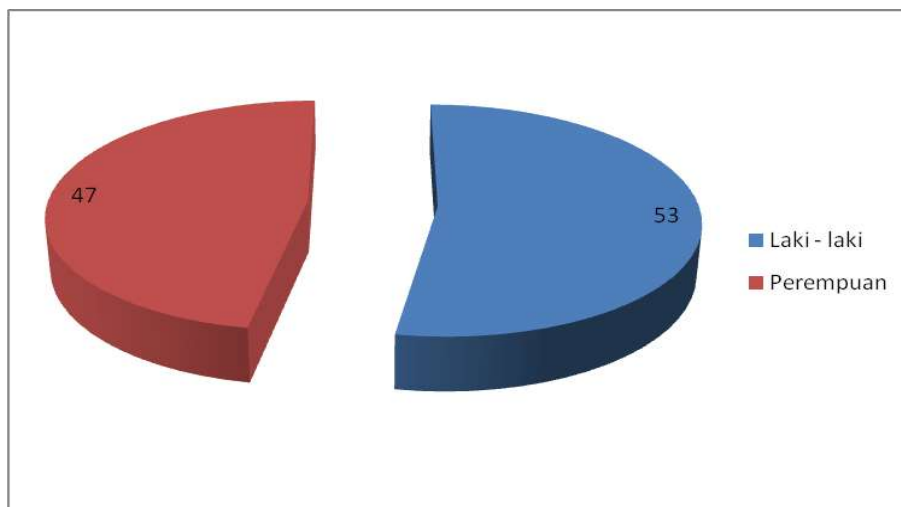
Gambar 3.9 Cakupan Case Notification Rate Per Puskesmas di Kabupaten Kediri Tahun 2015



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Berdasarkan jenis kelamin, penderita TB kasus baru (semua type) yang ditemukan pada tahun 2015 cenderung lebih banyak pada jenis kelamin laki - laki daripada perempuan, di mana penderita laki - laki 805 orang (53%) dan perempuan 720 orang (47%). Hal ini sama dengan kondisi tahun 2014, dimana kasus laki-laki lebih banyak daripada kasus perempuan.

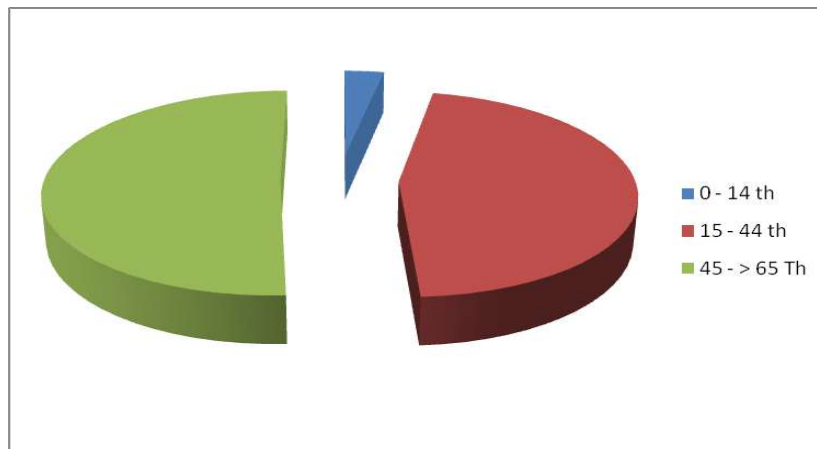
Gambar 3.10 Penderita TB Baru (Semua *Type*) Menurut Jenis Kelamin di Kabupaten Kediri Tahun 2015



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Bila dilihat berdasarkan usia, maka yang mendominasi penderita TB adalah kelompok usia produktif yaitu usia dewasa (45 - >65 th) dan diikuti usia dewasa muda (15-44 tahun).

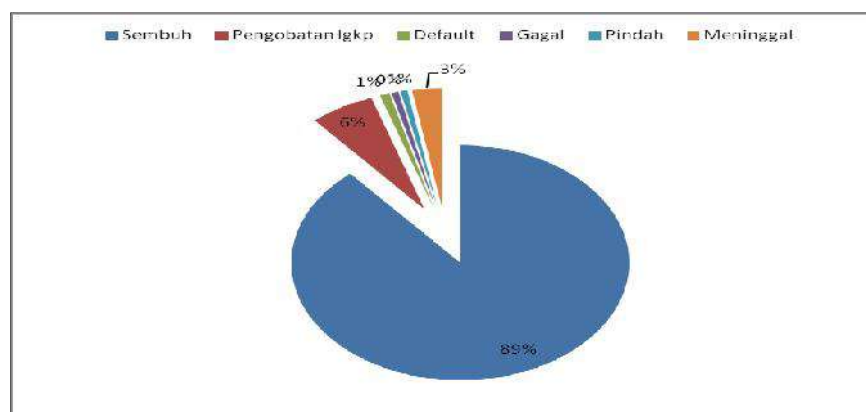
Gambar 3.11 Penderita TB BTA Positif Baru Menurut Kelompok Usia di Kabupaten Kediri Tahun 2015



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Strategi penanganan TB dilaksanakan melalui strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*), yaitu strategi pengobatan dengan menggunakan pemeriksaan mikroskopis sebagai sarana diagnosis, pengobatan jangka pendek dengan pengawasan langsung oleh seorang PMO (Pengawas Menelan Obat), dengan adanya jaminan ketersediaan obat serta dilakukan pencatatan standard. Komitmen politis menjadi salah satu unsur penting dari strategi ini. Pada tahun 2014 angka kesembuhan TB paru BTA positif mencapai 89%. Hal ini mengalami penurunan dari tahun 2013, dimana angka kesembuhan mencapai 92%, akan tetapi pencapaian tersebut masih di atas target yaitu 85%.

Gambar 3.12 Evaluasi Pengobatan Penderita TB Bta Positif Baru di Kabupaten Kediri pada 2015



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

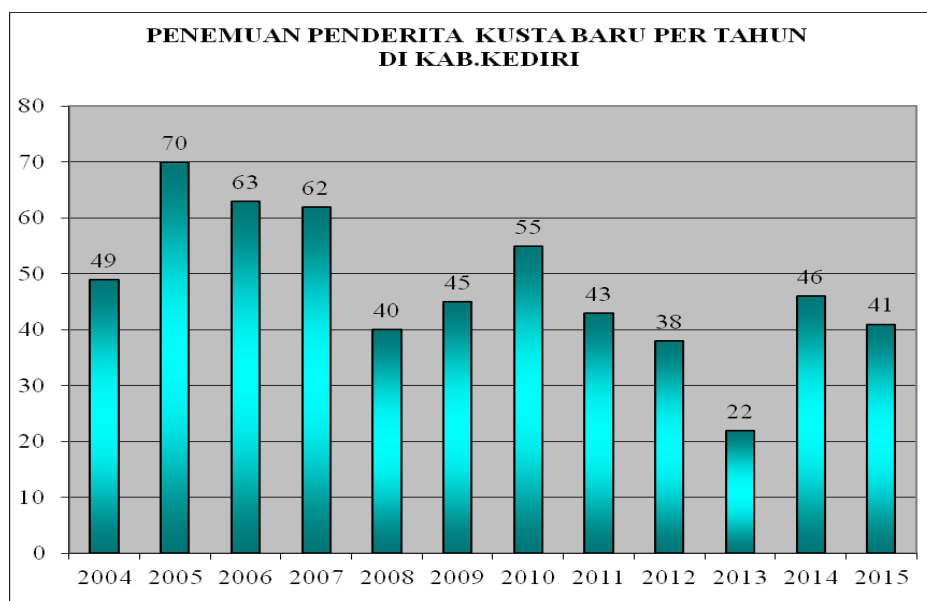
b. Kusta

Penyakit Kusta atau yang lebih sering disebut Lepra adalah penyakit infeksi kronis yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae* yang menyerang syaraf tepi dan jaringan tubuh lainnya. Indonesia merupakan penyumbang penderita kusta terbesar di dunia setelah India dan Brazil, sementara Propinsi Jawa Timur menduduki peringkat pertama di Indonesia dalam jumlah penderita kusta. Penyakit kusta di Jawa Timur masih menjadi masalah, terutama di wilayah pantai utara Jawa dan Madura karena prevalensi masih di atas 1/10.000 penduduk.

Di Kabupaten Kediri, penemuan penderita kusta dari tahun ke tahun tidak terdapat perbedaan yang berarti.

Penemuan tahun 2015 sebanyak 41 orang. Hal ini mengalami penurunan dari tahun sebelumnya, yaitu 46 orang. Adanya penurunan penemuan ini, diharapkan seiring dengan menurunnya angka kecacatan karena kusta di masyarakat, yang berarti penemuan dapat dilakukan sedini mungkin.

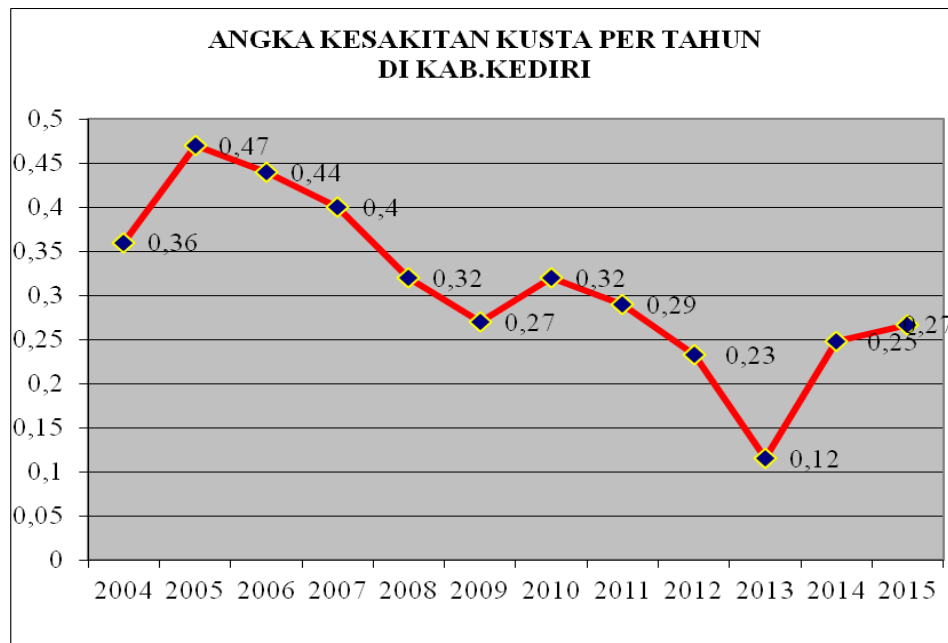
Gambar 3.13 Penemuan Penderita Kusta di Kabupaten Kediri Tahun 2004 – 2015



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Angka kesakitan kusta di Kabupaten Kediri dari tahun ke tahun sudah di bawah 1/10.000 penduduk sesuai target eliminasi kusta.

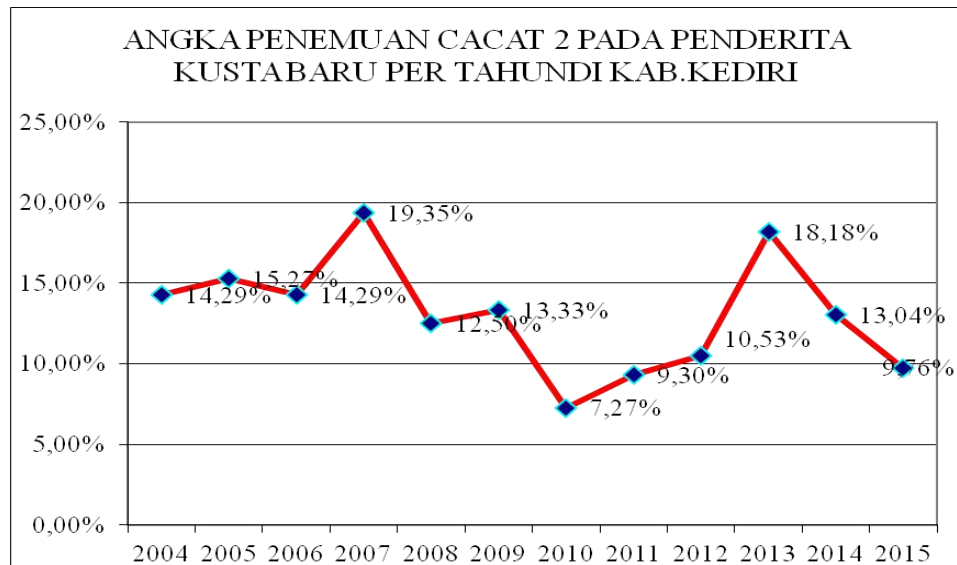
Gambar 3.14 Angka Kesakitan Kusta di Kabupaten Kediri Tahun 2004 – 2015



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Angka penemuan penderita baru yang mengalami penurunan, ternyata tidak diikuti dengan proporsi kecacatan, dimana proporsi kecacatan pada tahun 2014 adalah 13,04%, sedangkan pada tahun 2015 mengalami penurunan menjadi 9,76%. Dari tahun ke tahun angka cacat pada penderita baru masih >5%, sedangkan target eliminasi kusta adalah <5%. Masih besarnya angka kecacatan pada penderita baru yang ditemukan ini menandakan penemuan penderita masih banyak yang terlambat. Selain dapat menimbulkan kecacatan yang menetap, penderita kusta yang terlambat ditemukan dapat menjadi sumber penularan bagi masyarakat di sekitarnya.

Gambar 3.15 Angka Penemuan Baru Dengan Cacat 2 di Kabupaten Kediri Tahun 2004 – 2015

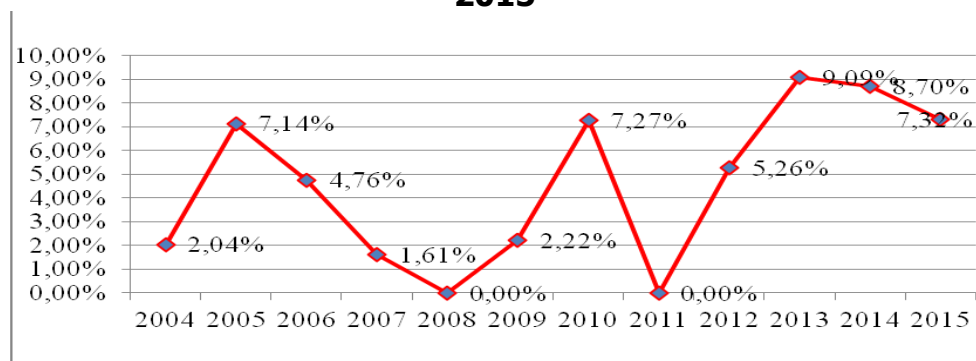


Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Dilihat dari penyebaran penderita, pada Tahun 2015 penderita tertinggi ditemukan di wilayah Puskesmas Kayen Kidul dengan angka kesakitan 1,21/10.000 penduduk yang kemudian diikuti Puskesmas Tarokan, dengan angka kesakitan 1,16/10.000 penduduk.

Untuk situasi penderita anak pada tahun 2014, proporsi penderita kusta baru pada anak usia 0-14 tahun adalah 8,7% sedangkan tahun 2015 adalah 7,3%. Hal ini masih diatas target program eliminasi Kusta, dimana penemuan Kusta baru usia 0–14 tahun adalah <5%.

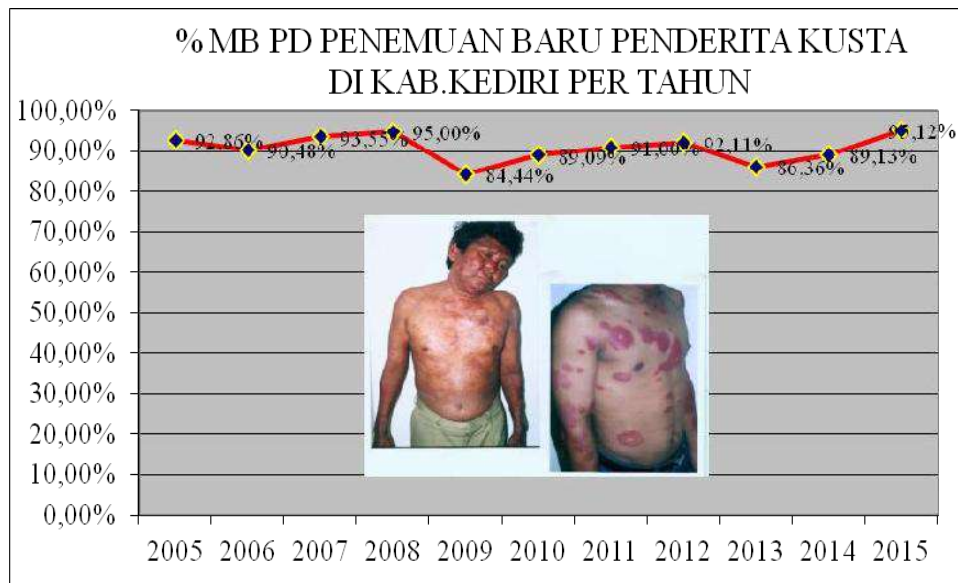
Gambar 3.16 Angka Penemuan Penderita Kusta pada Anak di Kabupaten Kediri Tahun 2004-2015



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Sementara itu proporsi type menular (MB/*Multi Basiler*) diantara penderita baru yang ditemukan masih lebih tinggi dari pada penderita type tidak menular (PB / *Pausi Basiler*).

Gambar 3.17 Prosentase Type Menular (MB) pada Penemuan Penderita Kusta di Kabupaten Kediri Tahun 2005-2015



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Kondisi yang tergambar di atas menandakan bahwa penularan penyakit kusta di Kabupaten Kediri masih berpotensi tinggi. Dengan peningkatan pengetahuan baik bagi tenaga kesehatan maupun masyarakat, sangat diperlukan untuk dapat menekan angka penularan melalui penemuan dan pengobatan penderita secepat mungkin.

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

c. IMS dan HIV-AIDS

Infeksi menular seksual (IMS) masih menimbulkan beban morbiditas dan mortalitas baik secara langsung yang berdampak pada kualitas hidup, kesehatan reproduksi dan anak-anak, serta secara tidak langsung melalui perannya dalam mempermudah transmisi seksual infeksi HIV. Dalam upaya pencegahan dan pengendalian IMS di Kabupaten Kediri memiliki 5 Puskesmas yang mampu menegakkan diagnosis IMS secara laboratorium yaitu Puskesmas Gurah, Ngasem, Ngadiluwih, Wates dan Kandangan. Selebihnya sebanyak 32 Puskesmas dengan Pendekatan *Syndrome*.

Tabel 3.1 Kunjungan IMS Laboratorium Kabupaten Kediri Tahun 2015

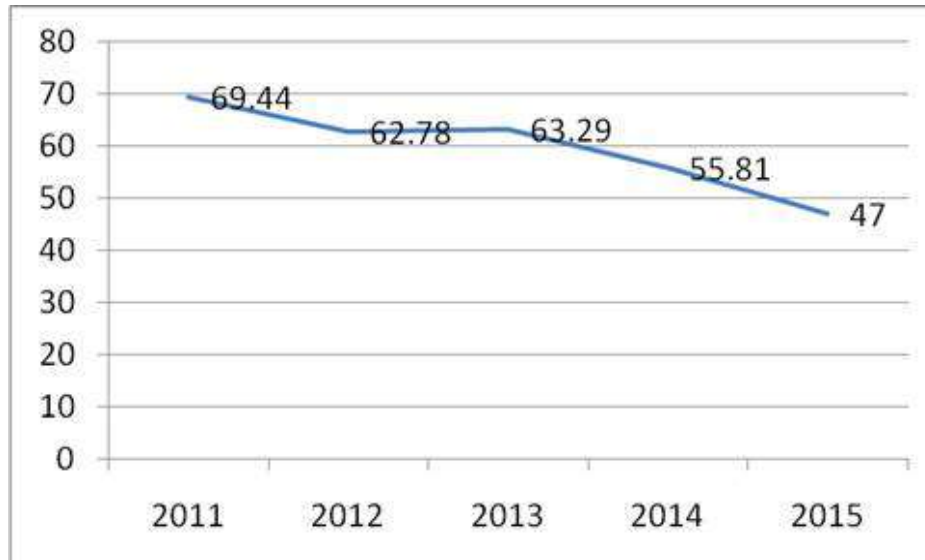
No.	Kelompok Risiko	Jumlah Kunjungan	IMS Positif	%
1	WPS	4.563	2.115	46.4
2	Waria	5	0	0
3	LSL	40	18	45
4	Pasangan Risti	40	23	57.5
5	Pelanggan PS	12	4	33.3
6	Lain-lain	176	113	64.2
Jumlah		4.836	2.273	47.0

Sumber: Laporan SIHA 2015

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa selama tahun 2015 sebanyak 4.836 kunjungan IMS, sebagian besar dari kelompok risiko wanita pekerja seks yaitu sebanyak 2.273 kunjungan. Hal ini dikarenakan kelompok risiko tersebut secara rutin dilakukan pemeriksaan atau penapisan IMS setiap dua bulan sekali. Dari kunjungan 47% diantaranya dinyatakan positif IMS.

Adapun trend persentase positif IMS dengan pendekatan laboratorium di Kabupaten Kediri periode 2011-2015 dapat dilihat pada gambar berikut:

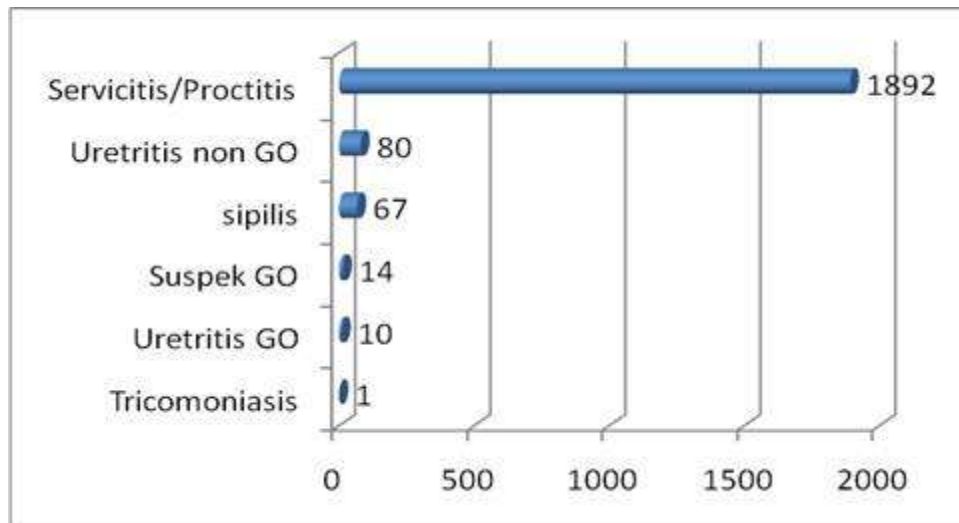
Gambar 3.18 Trend Persentase Positif IMS diantara Kunjungan di Klinik IMS Kabupaten Kediri Tahun 2011-2015



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Berdasarkan gambar di atas dapat dilihat bahwa persentase positif IMS diantara kunjungan di Klinik IMS Kabupaten Kediri pada tahun 2015 mengalami penurunan dibanding periode sebelumnya dari 55.81% menjadi 47%. Hal tersebut dikarenakan adanya peran serta dari Dinas Kesehatan, KPAD dan juga LSM dalam upaya sosialisasi pencegahan IMS dan ketersediaan kondom yang cukup. Selain itu mulai periode Juli 2015 ada perubahan indikator untuk IMS, yaitu kasus *Bacterial Vaginosis* dan Kandidiasis yang sebelumnya dimasukkan dalam kasus IMS selanjutnya dimasukkan dalam kelompok ISR (infeksi saluran reproduksi).

Dilihat dari kasus/diagnosis IMS selama tahun 2015 dapat dilihat pada gambar berikut:

Gambar 3.19 Kasus IMS di Kabupaten Kediri Tahun 2015

Sumber: Laporan SIFHA 2015

Gambar di atas, diketahui bahwa *servicitis/proctitis* mendominasi kasus IMS dengan 1892 kasus, Urethritis non GO 80 kasus, dan Sipilis 67 kasus. Sedangkan untuk kasus kandidiasis dan *Bacterial vaginosis* dikeluarkan dari kasus IMS. Semua kasus IMS berisiko untuk terinfeksi HIV, sehingga kunjungan yang dinyatakan positif salah satu IMS tersebut maka petugas akan menyarankan untuk diperiksa HIV-nya melalui kegiatan PITC.

HIV atau *Human Immunodeficiency Virus* adalah virus yang menyerang sel darah putih di dalam tubuh (*limfosit*) yang mengakibatkan turunnya kekebalan tubuh manusia. AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) merupakan kumpulan gejala penyakit akibat menurunnya kekebalan tubuh karena diserang virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). Keberadaan penderita HIV-AIDS bagaikan fenomena gunung es dimana jumlah penderita yang ditemukan jauh lebih sedikit dibandingkan penduduk yang terinfeksi.

Program pengendalian HIV –AIDS mempunyai tiga tujuan utama yaitu yang dikenal dengan “*three zeros*” yaitu *zero new infection*, *zero death related AIDS*, dan *zero discrimination*. Di Kabupaten Kediri sampai

dengan 2015 memiliki layanan IMS dan HIV terdiri dari 5 layanan IMS, 6 layanan VCT dan 26 layanan PITC, 1 layanan PDP dan 1 layanan PMTCT.

Dalam upaya deteksi dini pada infeksi HIV, selama tahun 2015 telah dilakukan tes HIV baik melalui VCT maupun PITC.

**Tabel 3.2 Kunjungan Layanan VCT Kabupaten Kediri
Tahun 2015**

Kelompok Risiko	Jumlah Kunjungan	Reaktif	% Reaktif
WPS	2025	51	2.52
Waria	63	6	9.52
LSL	57	21	36.84
Pasangan Risti	155	11	7.1
Pelanggan PS	402	16	3.98
Lain-lain	485	3	0.62
Jumlah	3187	108	3.39

Sumber: Laporan SIFIA Tahun 2015

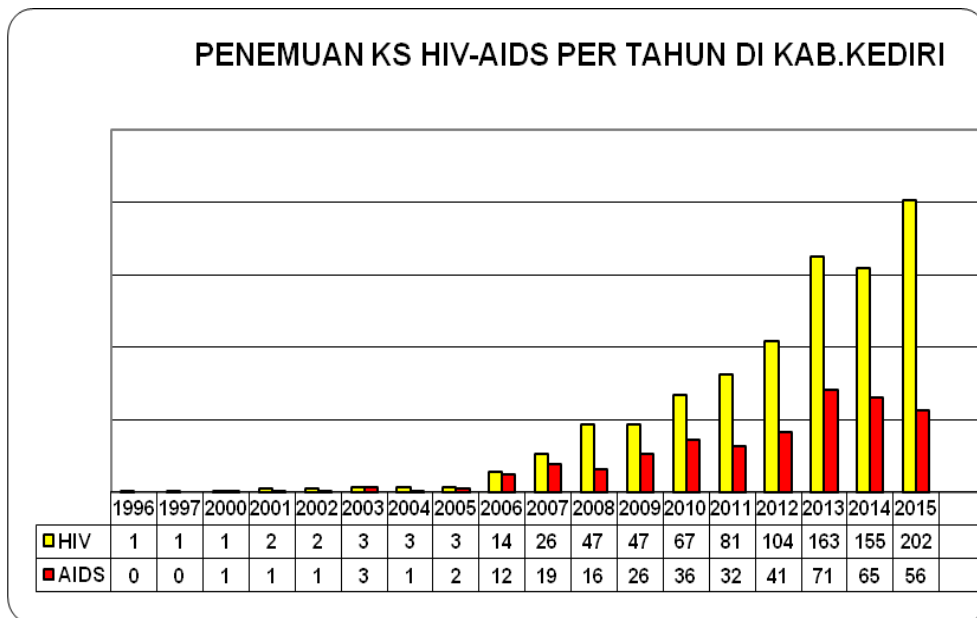
Dari tabel di atas diketahui bahwa sebagian besar yang melakukan tes HIV adalah dari kelompok risiko WPS yaitu sebanyak 2025 orang. Sedangkan untuk persentase reaktif tertinggi pada kelompok risiko LSL yaitu sebesar 36,84%.

Kunjungan layanan PITC non bumil selama tahun 2015 telah dilakukan tes HIV sebanyak 738 orang, 74 orang (10.03%) reaktif HIV. Sedangkan dari PITC pada ibu hamil telah dilakukan tes HIV sebanyak 9153 orang, 20 orang (0.22%) reaktif HIV.

Tahun 1996, Kabupaten Kediri telah menemukan kasus HIV-AIDS yang pertama. Sampai dengan akhir 2015, di Kabupaten Kediri telah ditemukan 922 kasus HIV, 383 kasus (41.54%) diantaranya ditemukan

dalam kondisi AIDS. Selengkapnya dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

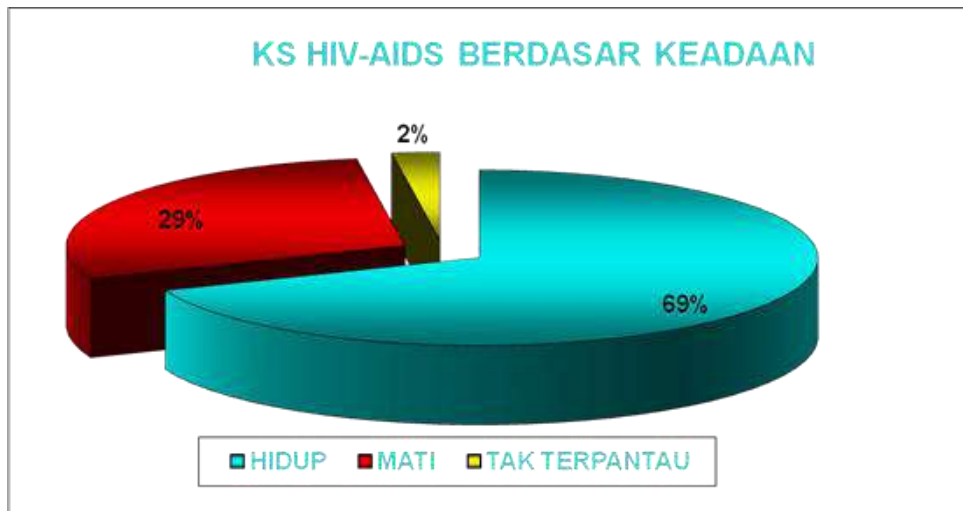
Gambar 3.20 Trend Penemuan Kasus HIV-AIDS Kabupaten Kediri Tahun 1996-2015



Sumber: Laporan SIHA 2015, Laporan Surveilans HIV-AIDS 2015

Sedangkan kasus HIV di Kabupaten Kediri sampai dengan tahun 2015, hidup sebesar 69%, meninggal 29% dan 2% tidak terpantau, sebagaimana dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

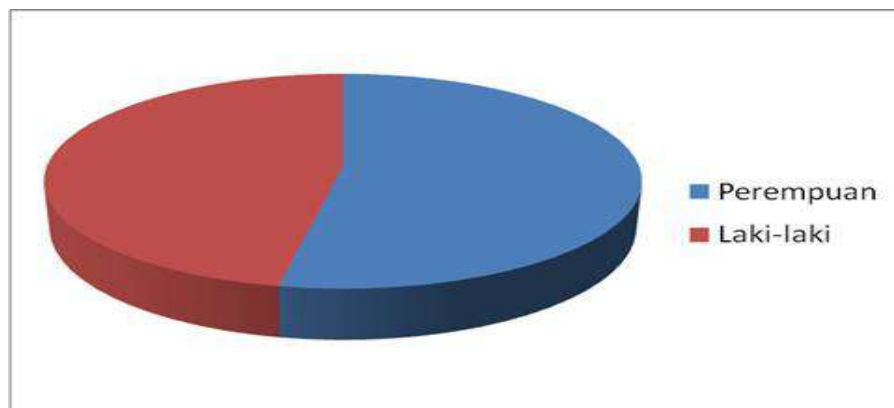
Gambar 3.21 Kasus HIV-AIDS di Kabupaten Kediri Menurut Keadaan Tahun 1996-2015



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Penemuan kasus HIV tahun 2015 menurut jenis kelamin sebagian besar 107 (53%) adalah perempuan sebagaimana dapat dilihat pada gambar berikut:

Gambar 3.22 Kasus HIV-AIDS Berdasarkan Jenis Kelamin di Kabupaten Kediri Tahun 2015

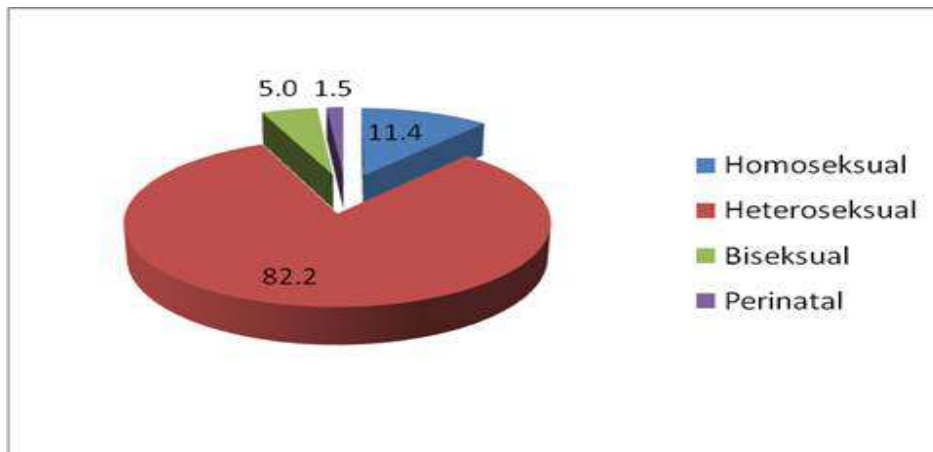


Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Penemuan kasus HIV tahun 2015 berdasarkan faktor risiko, penularan HIV melalui heteroseks sebesar 82.2%, homoseks sebesar 11.4%, biseksual 5% dan perinatal 1.5%. Yang memprihatinkan adalah telah ditemukannya 3 kasus (1.5)% penularan melalui perinatal, yaitu

penularan dari ibu HIV positif kepada anak yang telah dikandung dan dilahirkannya. Penularan dari ibu ke anak bisa dicegah melalui kegiatan PMTCT dan pemeriksaan HIV pada ibu hamil.

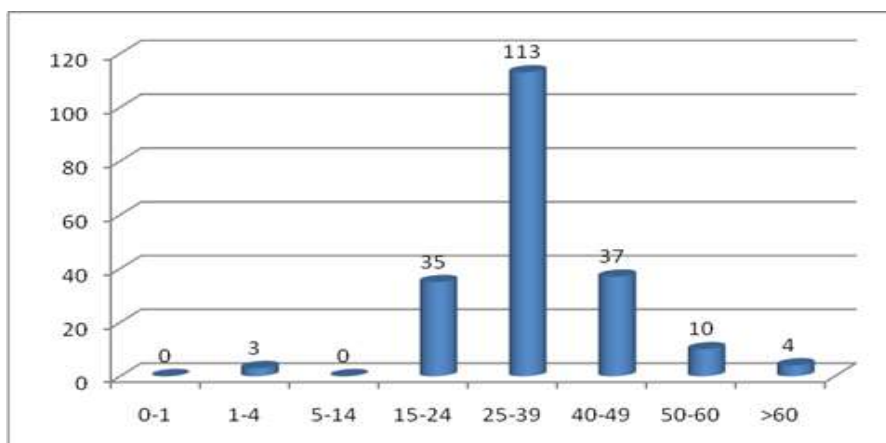
Gambar 3.23 Kasus HIV-AIDS Berdasarkan Faktor Risiko di Kabupaten Kediri Tahun 2015



Sumber: Laporan Surveilans HIV-AIDS Tahun 2015

Menurut golongan umur, penemuan kasus HIV tahun 2015 di Kabupaten Kediri didominasi oleh kelompok golongan umur usia produktif, yaitu 25-39 tahun sebanyak 113 kasus. Sedangkan usia anak (1-4 tahun) ditemukan 3 kasus.

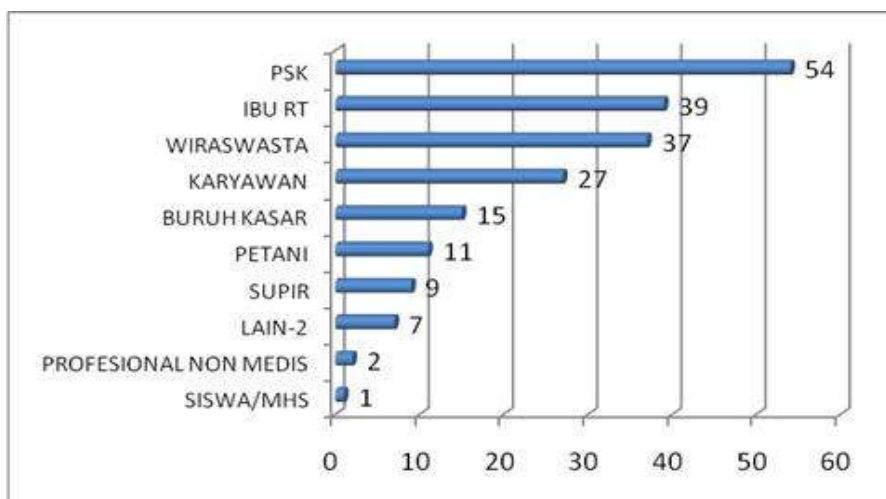
Gambar 3.24 Kasus HIV-AIDS Berdasarkan Golongan Umur di Kabupaten Kediri Tahun 2015



Sumber: Laporan Surveilans HIV-AIDS Tahun 2015

Dibedakan menurut profesi, kasus HIV-AIDS pada tahun 2015 di Kabupaten Kediri paling banyak dari PSK sebanyak 54 kasus (37,42%) diikuti oleh ibu rumah tangga sebanyak 39 kasus), wiraswasta 37 kasus. Selengkapnya dapat dilihat pada gambar berikut:

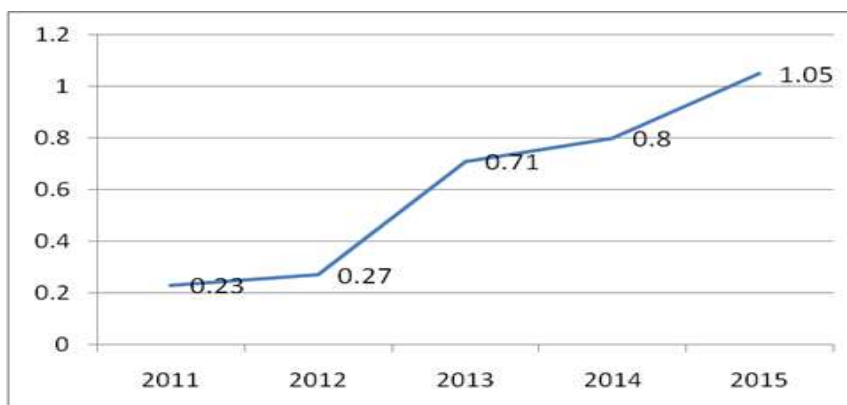
Gambar 3.25 Urutan Terbesar Kasus HIV-AIDS Menurut Profesi di Kabupaten Kediri Tahun 2015



Sumber: Laporan Surveilans HIV-AIDS Tahun 2015

Dalam upaya pencegahan penularan HIV melalui transfusi darah, Unit Transfusi Darah PMI Cabang Kediri telah melaksanakan kegiatan skrining HIV pada darah donor. Persentase kantong darah yang positif HIV dapat dilihat pada gambar berikut:

Gambar 3.26 Presentase Kantong Darah Positif HIV UTD PMI Kabupaten Kediri Tahun 2011-2015



Sumber: Laporan UTD PMI Kab. Kediri Tahun 2015

Dari hasil gambar di atas diketahui adanya peningkatan persentase kantong darah positif pada tahun 2015 dibanding tahun sebelumnya. Hal ini menunjukkan kemungkinan adanya peningkatan infeksi HIV di masyarakat.

Sebagai upaya pencapaian tujuan pengendalian IMS dan HIV AIDS dengan mendekatkan akses layanan kepada masyarakat, pada tahun 2016 direncanakan adanya penambahan layanan baik layanan IMS, VCT, PITC maupun PDP/CST di Puskesmas. Selain itu sebagai upaya juga direncanakan adanya penambahan manajer kasus / pendamping ODHA dari komunitas dan kader sebanyak 5 orang yang ditempatkan pada layanan VCT dan CST yang ada di Kabupaten Kediri.

d. Diare

Penyakit Diare sampai saat ini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dan merupakan salah satu penyebab angka kematian dan kesakitan tertinggi pada anak, terutama anak di bawah usia 5 tahun. Dari hasil Riskesdas tahun 2007, diare sebagai penyebab kematian nomor empat (13,2%) pada semua umur dalam kelompok penyakit menular dan merupakan penyebab kematian nomor satu pada bayi *postneonatal* (31,4%) dan pada anak balita (25,2%).

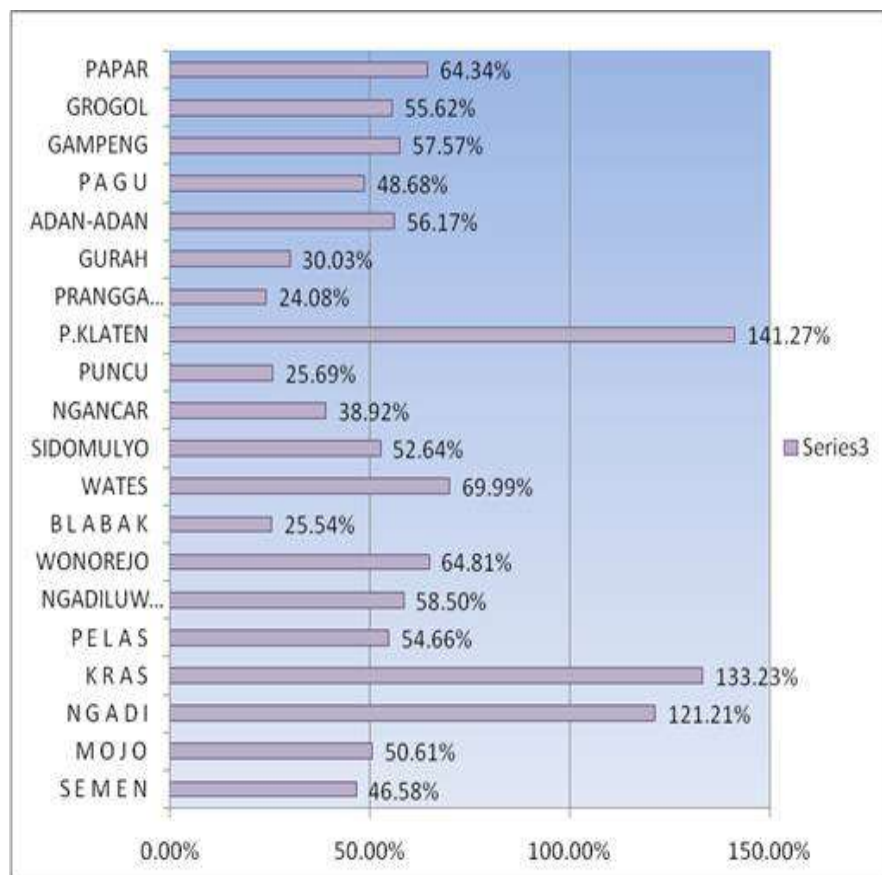
Di Jawa Timur cakupan pelayanan penderita diare tahun 2012 sebesar 63% , sedangkan tahun 2013 sudah naik melebihi target yaitu 118% (di atas target Nasional 100%). Pada tahun 2013, realisasi penderita diare di Provinsi Jawa Timur mencapai 970.834 dari target 820.022, jadi cakupan pelayanan mencapai 118,39%. Hal ini bisa terjadi karena ada penurunan angka morbiditas dari tahun 2010 yang 411/1.000 penduduk menjadi 214/1.000 penduduk pada tahun 2012.

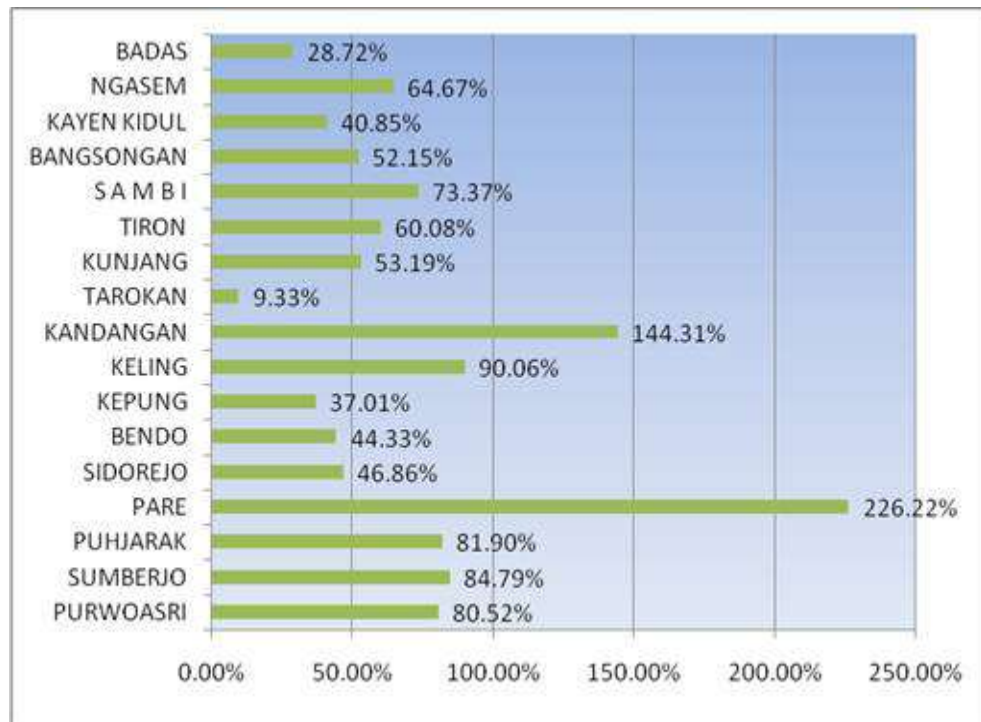
Jumlah penderita diare di Kabupaten Kediri pada tahun 2015 yang terjangkau oleh sarana pelayanan kesehatan adalah 27.686 orang

(83,63%) orang dan 9643 orang (29,13%) adalah usia balita (0-<5 tahun). Secara umum penyakit diare sangat berkaitan dengan hygiene sanitasi dan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), sehingga adanya peningkatan kasus diare merupakan cerminan dari menurunnya kualitas kedua faktor tersebut.

Upaya pencegahan dan penanggulangan kasus diare dilakukan melalui pemberian oralit, penggunaan infus, pemberian zinc tablet, penyuluhan ke masyarakat dengan harapan adanya peningkatan PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) dalam kehidupan sehari-hari. Kegiatan ini melibatkan peran serta kader dalam tatalaksana diare karena dengan penanganan yang cepat dan tepat di tingkat rumah tangga, diharapkan dapat mencegah terjadinya dehidrasi berat yang dapat berakibat kematian.

Gambar 3.27 Presentasi Cakupan Pelayanan Penderita Diare Per Puskesmas di Kabupaten Kediri Tahun 2015





Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

e. Pneumonia

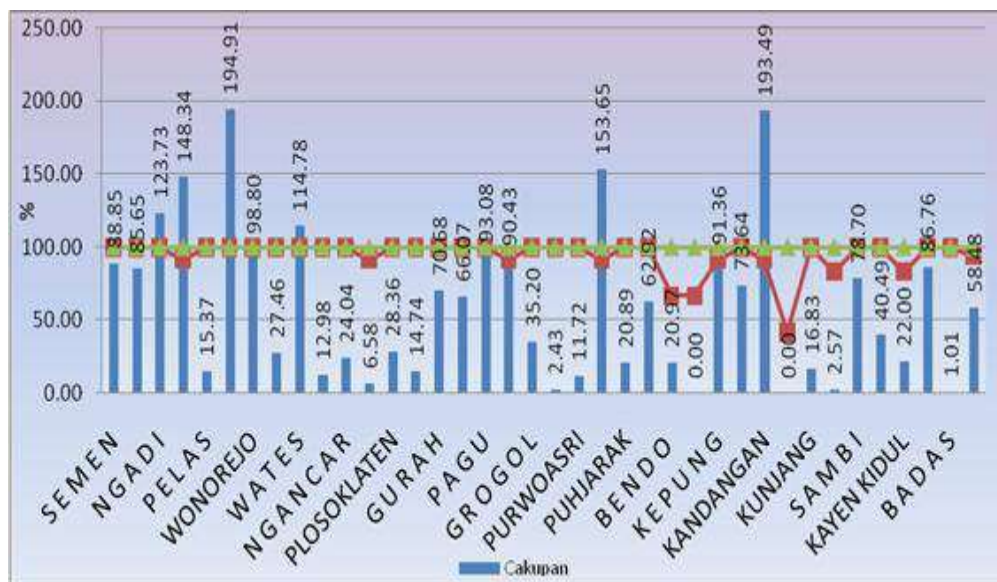
Pneumonia merupakan penyebab utama kematian bayi dan balita. Berdasarkan hasil SUSENAS tahun 2001 diketahui bahwa 80-90% dari seluruh kasus kematian ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Atas) disebabkan oleh Pneumonia. Kasus ISPA yang berlanjut kepada Pneumonia ini umumnya terjadi pada balita terutama apabila status gizi kurang dengan keadaan lingkungan yang tidak sehat (asap rokok, polusi). Satu diantara 8 target/sasaran MDG's yang sedang diupayakan untuk dicapai Indonesia adalah MDG ke 4 yaitu menurunkan angka kematian anak hingga 2/3 nya dibandingkan dengan tahun 1990. Target yang ingin dicapai tahun 2015 adalah menurunkan angka kematian balita/AKBAL 32/1000 KL dan AKB 23 /1000 KL.

Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2007 penyebab kematian bayi kedua setelah diare yaitu pneumonia 23,8%. Berdasarkan hasil Riskesdas 2007, Penyebab kematian bayi terbanyak diare (31,4%) dan pnemonia

(23,8%). dan Penyebab kematian anak balita terbanyak diare (25,2%) dan pnemonia (15,5%). Berdasarkan hasil Riskesdas Tahun 2013, Insidens dan prevalensi pneumonia Indonesia adalah 1,8% dan 4,5%.

Di Kabupaten Kediri, pada tahun 2015 telah ditemukan 3241 kasus dari target 12.629 kasus (10% jumlah balita di kabupaten Kediri) dimana penemuan lebih meningkat dibandingkan tahun 2014 yaitu 2705. Dengan cakupan untuk tahun 2015 adalah 58,27% sedangkan cakupan pada tahun 2014 adalah 21,42%. Kasus pneumonia yang ditemukan telah mendapatkan pelayanan sesuai standard yang berlaku. Upaya penanggulangan penyakit ini difokuskan pada penemuan dini dan dengan tatalaksana kasus yang cepat dan tepat pada penderita. Kecepatan keluarga dalam membawa penderita ke tempat pelayanan kesehatan serta ketrampilan petugas dalam deteksi dini melalui MTBS dan menegakkan diagnosa merupakan kunci keberhasilan penanganan penyakit pneumonia.

Gambar 3.28 Cakupan Penemuan Pneumonia Berdasarkan Puskesmas di Kabupaten Kediri Tahun 2015



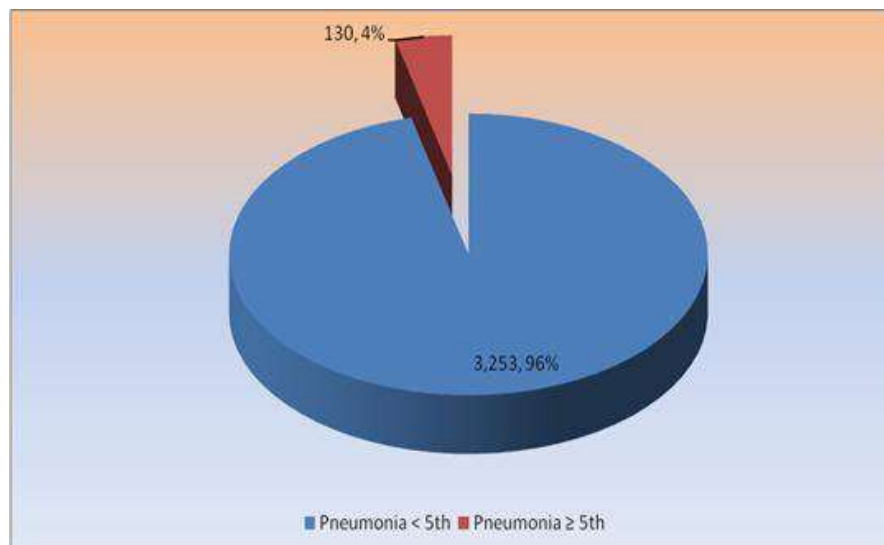
Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Gambar 3.29 Penemuan Penderita Pneumonia Per Bulan di Kabupaten Kediri Tahun 2015



Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Gambar 3.30 Kasus Pneumonia Berdasarkan Kelompok Umur di Kabupaten Kediri Tahun 2015



Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

3.3.2. Penyakit Menular Bersumber Binatang

a. Demam Berdarah Dengue (DBD)

Penyakit Demam Berdarah Dengue atau *Dengue Haemorrhagic Fever* merupakan salah satu penyakit menular yang sampai saat ini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat, sering muncul sebagai Kejadian Luar Biasa (KLB) serta menimbulkan kepanikan di masyarakat karena

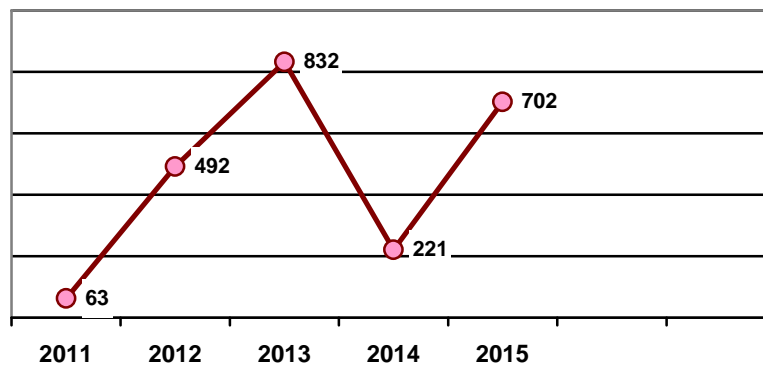
penyebarannya yang cepat berpotensi menimbulkan kematian. Penyakit ini disebabkan oleh virus Dengue penularannya melalui gigitan nyamuk *Aedes Aegypty* dan *Aedes Albopictus* yang hidup di genangan air bersih di sekitar rumah. Umumnya kasus mulai meningkat musim hujan. Di Indonesia penyakit DBD pertama kali dilaporkan di Surabaya dengan jumlah penderita 58 orang dan kematian 24 orang. Selanjutnya menyebar ke seluruh Indonesia dan menyerang semua golongan terutama anak-anak, demikian juga untuk kasus DBD di Kabupaten Kediri.

Pada tahun 2015 di Kabupaten Kediri jumlah kasus sejumlah 702 orang ($IR=45,38/100.000$ Pddk) dengan jumlah kematian 7 orang ($CFR=0,85\%$) dibandingkan dengan tahun 2014 di Kabupaten Kediri terjadi peningkatan yang sangat tajam dengan jumlah kasus sejumlah 221 orang ($IR=14,29/100.000$ pddk) dengan jumlah kematian 0 orang ($CFR=0\%$) demikian juga bila dibandingkan tahun 2013 terjadi penurunan yang sangat tajam tahun 2013 sejumlah 832 orang ($IR=53,78/100.000$ pddk) dengan jumlah kematian 11 orang ($CFR=1,32\%$). Bila dibandingkan juga dengan kasus tahun 2012 mengalami peningkatan jumlah kasus tahun 2012 sejumlah 492 orang ($IR=31,8/100.000$ pddk) dengan kematian 7 orang ($CFR=1,4\%$).

Bila dibandingkan juga dengan kasus tahun 2011 Jumlah kasus cenderung naik dikarenakan jumlah kasus tahun 2011 sejumlah 63 orang ($IR=4,07/100.000$ pddk) dan jumlah kematian sejumlah 2 orang ($CFR=3,2\%$). Insiden Rate tersebut masih dibawah nasional (<55 per 100.000 penduduk), sementara untuk angka kematian melebihi angka nasional yang targetnya seharusnya ($CFR < 1\%$)

Dari 38 Kabupaten/ Kota yang ada di Jawa Timur, Kabupaten Kediri adalah salah satu Kabupaten yang tergolong daerah KLB DBD karena dalam tahun 2015 terjadi peningkatan dua kali lipat bila dibandingkan dengan tahun 2014. Gambaran perkembangan kasus DBD di Kabupaten Kediri lima tahun terakhir dapat diamati pada gambar berikut:

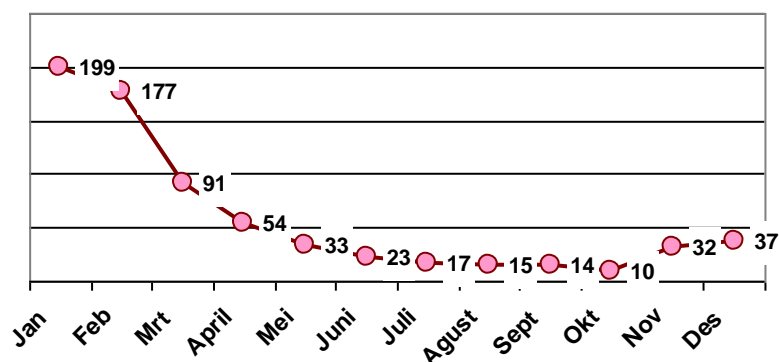
Gambar 3.31 Jumlah Kasus DBD Termasuk Suspect di Kab Kediri Tahun 2011 - 2015



Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit Bersumber Binaatang Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Penderita DBD pada Tahun 2015 di Kabupaten Kediri tercatat sebanyak 702 orang yang kasus terbanyak pada Januari 199 orang, Februari 177 orang, maret 91 orang, April 54 orang, Mei 33 orang, Juni 23 orang, Juli 17 orang, Agustus 15 orang, September 14 orang, Oktober 10 orang, November 32 orang dan Desember 37 orang. Adapun kasus per bulan bisa dilihat pada gambar di bawah ini:

Gambar 3.32 Jumlah Kasus DBD Per Bulan Jan - Des di Kab. Kediri 2015

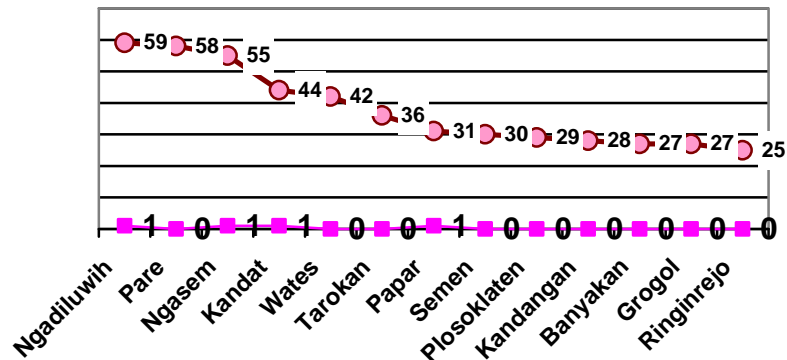


Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit Bersumber Binaatang Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Incidence Rate sebesar 45,38 per 100.000. Jumlah penderita terbanyak berdomisili di Kecamatan Wates (IR=199.68%) disusul kecamatan Kandat (IR = 111.58 %) dan kecamatan Ngasem (IR =

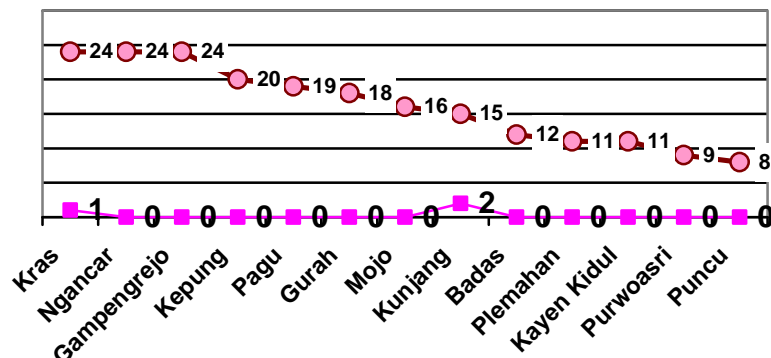
203.92%). Adapun untuk penyebaran kasus DBD per Kecamatan bisa dilihat pada grafik dibawah ini:

Gambar 3.33 Kasus DBD per Kecamatan di Kab Kediri Tahun 2015



Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit Bersumber Binaatang Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Gambar 3.34 Kasus DBD per Kecamatan di Kab Kediri Tahun 2015



Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit Bersumber Binaatang Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Kasus DBD di Kabupaten Kediri terbanyak adalah golongan umur 5 tahun s/d 14 tahun sebanyak 461 kasus (65,7%) dan untuk jenis kelamin kasus DBD yang terbanyak adalah laki-laki sebanyak (54,9%).

Upaya-upaya yang telah dilakukan dalam pencegahan dan penanggulangan DBD yang telah dilaksanakan di Kabupaten Kediri tahun 2015 untuk menurunkan kasus DBD pada bulan musim penularan DBD (musim penghujan yaitu pada bulan Oktober, November dan Desember) antara lain dengan sosialisasi tentang tata laksana DBD supaya petugas

kesehatan paham betul dengan diagnosis DBD dan masyarakat bisa segera membawa ke petugas kesehatan bila merasa terkena penyakit DBD ,selain itu juga melaksanakan monitoring dan pembinaan pokjanel PSN DBD di tingkat kecamatan, desa dan sekolah untuk membentuk jejaring dalam penanggulangan DBD di tingkat bawah, juga adanya pembentukan desa percontohan DBD di 4 kecamatan (Desa Ngebrak Kecamatan Gampengrejo, Desa Kuwik Kecamatan Kunjang, Desa Jambean Kecamatan Kras, dan Desa Padangan Kecamatan Kayen Kidul) untuk dilakukan evaluasi selama 3 tahun apakah terjadi penurunan kasus apa tidak di empat wilayah tersebut. Selain itu juga melaksanakan Fogging Focus bila ditengarai ada penyebaran kasus DBD di sekitar penderita, Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD melalui gerakan "3M PLUS" (Menguras, Mengubur, dan Menutup tempat penampungan Air, Ikanisasi, Larvasidasi, pasang kelambu dan memakai obat oles). Pelatihan kader jumentik untuk melaksanakan pemeriksaan jentik berkala, bila dilihat adanya peningkatan kasus DBD yang sangat tajam pada tahun 2015 hal ini dikarenakan bahwa partisipasi masyarakat dalam penanggulangan penyakit DBD masih rendah, terlihat dari cakupan Angka Bebas Jentik (ABJ) masih rendah yaitu sebesar 76%, diharapkan pada tahun mendatang capaian Angka Bebas Jentik (ABJ) tersebut bisa ditingkatkan menjadi lebih dari 95% sehingga tidak memberi kesempatan nyamuk untuk berkembang biak dan tidak menyebarkan virus dengue dan tidak menyebabkan kematian.

b. Malaria

Indonesia merupakan Negara dengan angka kesakitan dan kematian malaria cukup tinggi, Malaria masih endemis di beberapa wilayah Jawa Timur pantai selatan, kepulauan Sumenep dan sekitar gunung Wilis. Kasus malaria di Kabupaten Kediri pada 2008 ada dua kasus yang berasal dari Desa Butuh Kecamatan Gurah yang bekerja di Kalimantan Barat dan Desa Gayam Kecamatan Gurah yang bekerja di

Papua Barat. Ada 2 kasus pada 2009 dari desa Cangkring Kecamatan Gurah yang bekerja di Irian Jaya, tidak ada kasus pada Tahun 2011, sedangkan pada Tahun 2012 ada 8 kasus yang tersebar di 4 Kecamatan yaitu Kecamatan Ngadiluwih ada 2 kasus berasal dari Kalimantan, Kecamatan Gurah 2 kasus yang berasal dari Irian Jaya, Kecamatan Purwoasri 2 kasus yang berasal dari Irian Jaya dan Kecamatan Mojo ada 1 kasus yang berasal dari Kalimantan.

Kasus malaria pada Tahun 2013 di Kabupaten Kediri tersebar di 5 Kecamatan yaitu 2 kasus malaria dari Desa Tambakrejo Kecamatan Gurah yang berasal dari Kalimantan, 2 kasus dari Desa Sumberejo dan Desa Nambaan di Kecamatan Ngasem yang berasal dari Trenggalek dan Jayapura, 1 kasus dari Desa Pagu Kecamatan Pagu berasal yang berasal dari Jayapura dan 1 orang dari Desa Tanon Kecamatan Papar yang berasal dari Kalimantan Tengah dan 1 orang dari Desa Wonosalam Kecamatan Kandangan yang berasal dari Kalimantan Tengah. Jumlah Keseluruhan penderita malaria impor sebanyak 7 orang dan 85 % adalah laki-laki dan golongan umur terbanyak yaitu lebih dari 45 Tahun sebanyak (42 %).

Kabupaten Kediri mendapatkan sertifikat malaria pada tahun 2014 dikarenakan selama 5 tahun berturut-turut tidak ditemukan kasus *Indegenous* dan tidak ada kematian karena malaria. Tahun 2015 ada kasus malaria impor sejumlah 14 Penderita (terbanyak kasus dari Papua dan Irian Jaya).

Upaya untuk penanggulangan penyakit malaria adalah dengan mengadakan Survey Migrasi di wilayah yang Resiko Tinggi (penduduknya banyak yang bekerja di Luar Jawa), selain itu juga dilakukan penyuluhan untuk segera melaporkan bila ada masyarakat yang baru pulang (bekerja) dari luar Pulau Jawa untuk diperiksa. Sediaan darah jari untuk kewaspadaan dini penyebaran kasus malaria, selain itu juga dilakukan pemantauan kepada penderita dan diberi pengobatan supaya kasus malaria tidak menyebar ke wilayah lain.

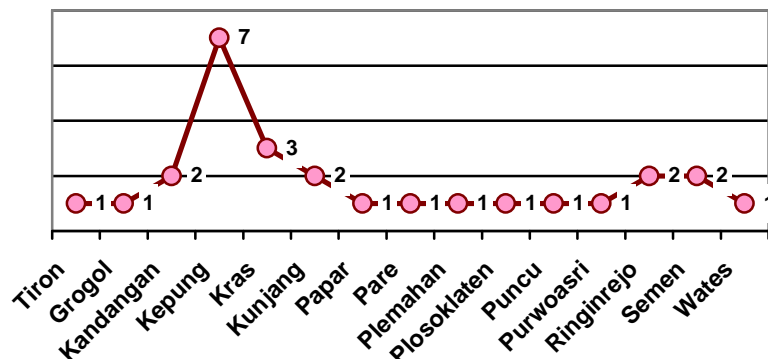
c. Filariasis (Penyakit Kaki Gajah)

Penyakit Filariasis (kaki gajah) adalah penyakit infeksi menahun (kronis) yang disebabkan oleh cacing *Filaria*. Penyakit ini ditularkan oleh berbagai jenis nyamuk yang menyerang saluran dan kelenjar getah bening yang dapat menimbulkan cacat menahun (pembesaran kaki, lengan, dan lain-lain) sehingga dapat menimbulkan stigma sosial.

Sampai dengan tahun 2015 jumlah penderita Filariasis Kronis di Kabupaten Kediri sejumlah 28 penderita (penderita ditemukan mulai tahun 1999 sampai dengan tahun 2015) kasus baru tahun 2015 ada 2 penderita yang berasal dari Desa Keling Kecamatan Kepung dan 1 orang dari Desa Pelas Kecamatan Kras.

Kabupaten Kediri dengan 26 kecamatan dan kejadian kasus Filariasis menyebar di 15 kecamatan yang ada. Adapun distribusi kasus Filariasis di Kabupaten Kediri bisa dilihat pada grafik berikut ini:

Gambar 3.35 Kasus Filariasis per Kecamatan di Kab Kediri Tahun 1999 - 2015



Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit Bersumber Binatang Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

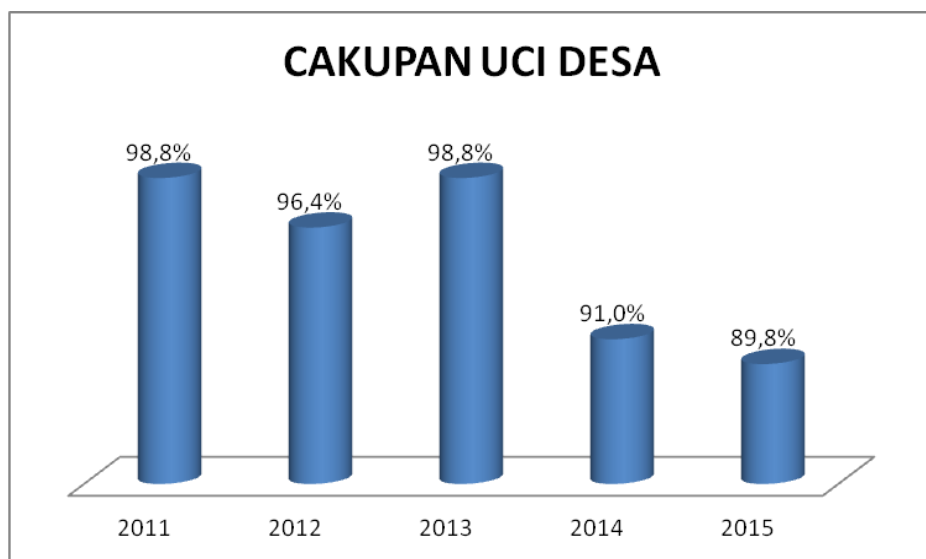
Adapun untuk upaya penanggulangan kasus Filariasis di Kabupaten Kediri adalah dengan sosialisasi untuk mengetahui gejala secara dini untuk bisa mengurangi kecacatan, selain itu Upaya Eliminasi Filariasis secara Nasional dilakukan melalui pemutusan mata rantai penularan dengan pengobatan massal di daerah endemis, sekali setahun selama 5–10 tahun dan penatalaksanaan kasus klinis penyakit Filariasis, namun

karena sampai saat ini di Kabupaten Kediri belum dinyatakan sebagai daerah non endemis Filariasis, maka kegiatan pengobatan yang dilakukan adalah dengan pemberian obat cacing pada anak usia 1 tahun sd usia 12 tahun yang rencananya akan diberikan selama 5 tahun berturut-turut. Untuk kegiatan pengobatan masal yang dilakukan pada tahun 2015 Kabupaten Kediri Mencapai 97,44 % di atas target propinsi Jawa Timur yaitu 75%.

3.3.3. Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I)

Indikator keberhasilan program imunisasi dapat dilihat dari cakupan UCI (*Universal Child Immunization*) Desa.

Gambar 3.36 Cakupan UCI Desa di Kabupaten Kediri Tahun 2011-2015



Sumber: Seksi Surveilans Epidemiologi dan Imunisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Cakupan UCI Desa Kabupaten Kediri dalam 2 (dua) tahun terakhir menunjukkan adanya penurunan, bahkan untuk tahun 2015 tidak mencapai target yang ditetapkan yakni 91%. Terdapat 12 (dua belas) puskesmas yang tidak mencapai 91% desa UCI pada Tahun 2015. Puskesmas yang tidak mencapai 91% desa UCI adalah Puskesmas Semen,

Kandangan, Wates, Kepung, Plosoklaten, Blabak, Ngadiluwih, Ngancar, Kunjang, Pranggang, Sambu dan Pare.

Beberapa penyakit menular dan berpotensi menjadi kasus KLB (Kejadian Luar Biasa) dapat dicegah dengan imunisasi. Penyakit-penyakit tersebut disebut juga Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) yang meliputi tuberkulosis, difteri, pertusis, tetanus, polio, hepatitis B, dan campak.

Berikut kasus PD3I di Kabupaten Kediri tahun 2010-2014 :

**Tabel 3.3 Jumlah Kasus PD3I di Kabupaten Kediri
Tahun 2010-2015**

JENIS PENYAKIT	JUMLAH KASUS				
	2011	2012	2013	2014	2015
Difteri	1	10	13	9	5
Pertusis	0	0	0	0	0
<i>Tetanus neonatorum</i> (TN)	0	0	0	0	0
Campak	128	89	50	31	67
<i>Acute Flaccid Paralysis</i> (AFP)	9	8	9	8	8

Sumber : Seksi Pengamatan Penyakit dan Imunisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2011.

a. Difteri

Difteri adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Corynebacterium diphtheriae* bersifat akut terutama menyerang saluran nafas bagian atas (tonsil, faring, laring, hidung) dengan gejala spesifik timbulnya membran. Kasus difteri di Kabupaten Kediri terdapat kenaikan signifikan pada tahun 2012, hal ini berkaitan erat dengan KLB Difteri di Jawa Timur. Mulai tahun 2014 sampai dengan tahun 2015 terjadi penurunan kasus difteri. Pada Januari 2013 terdapat satu kasus difteri meninggal di Desa Ringinrejo Kecamatan Ringinrejo. Selama tahun 2013 terdapat 2 kasus difteri yang hasil laboratoriumnya positif, sedangkan tahun 2014 dan 2015 hasil laboratorium adalah negatif.

b. Pertusis

Pertusis disebabkan oleh bakteri *Bordetella pertussis*, disebut juga batuk rejan atau batuk 100 hari. Penyebaran pertusis melalui percikan ludah yang keluar dari batuk atau bersin. Komplikasi pertusis adalah *Pneumonia bacterialis* yang dapat menyebabkan kematian.

c. Tetanus Neonatorum

Tetanus adalah penyakit yang disebabkan oleh *Clostridium tetani*, sedangkan Tetanus Neonatorum (TN) adalah tetanus pada bayi. Pada bayi, gejala tetanus disertai gejala berhenti menetek (*sucking*) antara 3-28 hari setelah lahir. Komplikasi tetanus neonatorum adalah patah tulang akibat kejang, pneumonia dan infeksi lain yang dapat menimbulkan kematian. Kasus TN di Kabupaten Kediri sejak tahun 2010 tidak pernah terjadi.

d. Campak

Campak adalah penyakit yang disebabkan oleh *Myxovirus viridae measles*. Disebarkan melalui udara. Gejala awal penyakit ini adalah demam, bercak kemerahan, batuk, pilek, konjunktivitis. Selanjutnya timbul ruam pada muka, leher dan menyebar ke seluruh tubuh.

Kejadian campak di Kabupaten Kediri tahun 2015 terdapat kenaikan yakni 67 kasus, hal ini kemungkinan disebabkan pada tahun ini tidak ada program kampanye campak.

e. AFP (*Acute Flaccid Paralysis*)

Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit polio melalui gerakan imunisasi polio. Upaya ini ditindaklanjuti dengan penyelidikan epidemiologi secara aktif terhadap kasus-kasus AFP kelompok umur <15 tahun, dalam upaya menemukan adanya transmisi virus polio liar. Berdasarkan perkiraan minimal kasus AFP non polio 2/100.000 anak usia <15 tahun, maka Kabupaten Kediri mendapat target menemukan sebanyak 6 kasus AFP. Sejak tahun 2011 – 2015, Kabupaten Kediri telah memenuhi target penemuan kasus AFP.

3.3.4 Penyakit Tidak Menular (PTM)

Penyakit tidak menular terpantau dalam laporan jumlah kasus dan kematian Penyakit Tidak Menular (PTM) tahun 2015 seperti dalam tabel di bawah adalah jumlah kasus baru.

Tabel 3.4 Penyakit Tidak Menular yang Dilaporkan oleh Puskesmas di Kabupaten Kediri Tahun 2015

No.	PENYAKIT TIDAK MENULAR	LAKI-LAKI	PEREMPUAN	TOTAL
1.	Hypertensi	3866	5370	9236
2.	Penyakit Jantung Koroner	50	59	109
3.	Stroke	178	159	337
4.	Diabetes Mellitus	996	1437	2433
5.	Kanker Leher Rahim	0	20	20
6.	Kanker Payudara	0	43	43
7.	PPOK	160	174	334
8.	Asma	1076	1081	2157
9.	Kecelakaan Lalin Darat			

Sumber: Seksi Pengamatan Penyakit dan Imunisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Berdasarkan tabel di atas Penyakit Tidak Menular terbanyak yang dilaporkan oleh Puskesmas pada Tahun 2015 adalah hipertensi dan diabetes mellitus.

3.4 STATUS GIZI MASYARAKAT

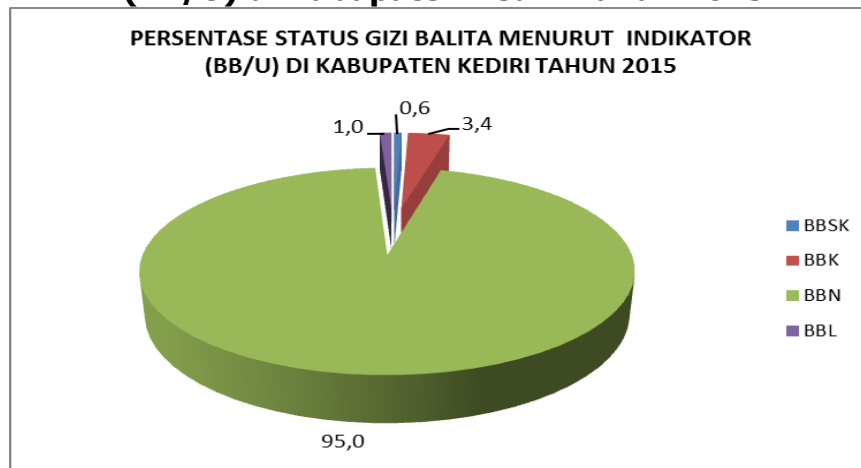
Pemantauan Status Gizi Balita

Status gizi balita merupakan salah satu indikator yang menggambarkan tingkat kesejahteraan masyarakat. Salah satu cara mengetahui status gizi balita adalah dengan menggunakan metode antropometri. Pada metode antropometri, indeks yang umum dipakai adalah berat badan menurut umur (BB/U) yang kemudian dikategorikan dalam berat badan lebih ($Z \text{ score} > +2 \text{ SD}$), berat badan normal ($Z \text{ score} -$

2 SD sampai +2 SD), berat badan kurang (Z score < -2 SD sampai -3 SD) dan berat badan sangat kurang (Z score < - 3 SD).

Berdasarkan data di Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, jumlah balita yang ditimbang pada tahun 2015 yaitu 87.428 balita. Sedangkan distribusi status gizi balita seperti pada gambar berikut:

Gambar 3.37 Presentase Status Gizi Balita Menurut Indikator (BB/U) di Kabupaten Kediri Tahun 2015

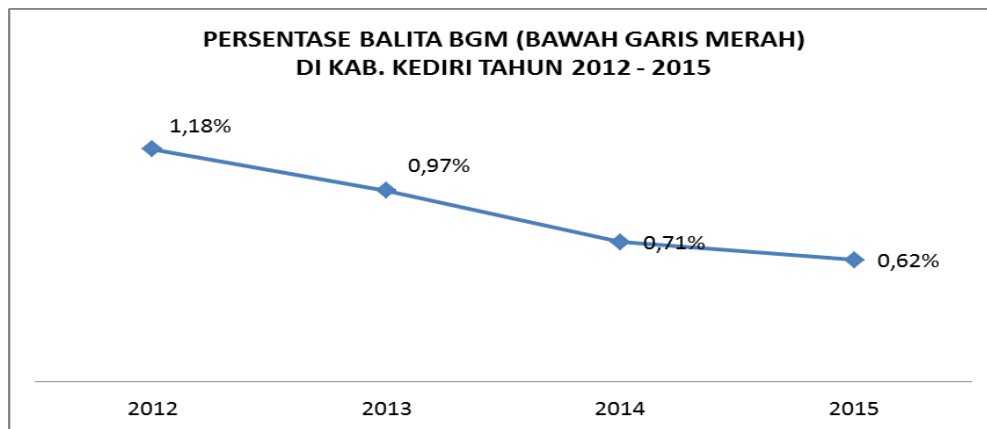


Sumber: Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Sebanyak 95,0% balita yang ditimbang mempunyai berat badan normal, 3,4% balita mempunyai berat badan kurang, 0,6% balita mempunyai berat badan sangat kurang dan 1,0% balita mempunyai berat badan lebih. Jumlah balita dengan Berat Badan Sangat Kurang (BBSK) mengalami penurunan dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya.

Berikut gambar grafik jumlah balita dengan berat badan sangat kurang (BBSK) atau umum disebut dengan BGM (Bawah Garis Merah) selama empat tahun terakhir di Kabupaten Kediri:

Gambar 3.38 Presentase Balita BGM (Bawah Garis Merah) di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2015

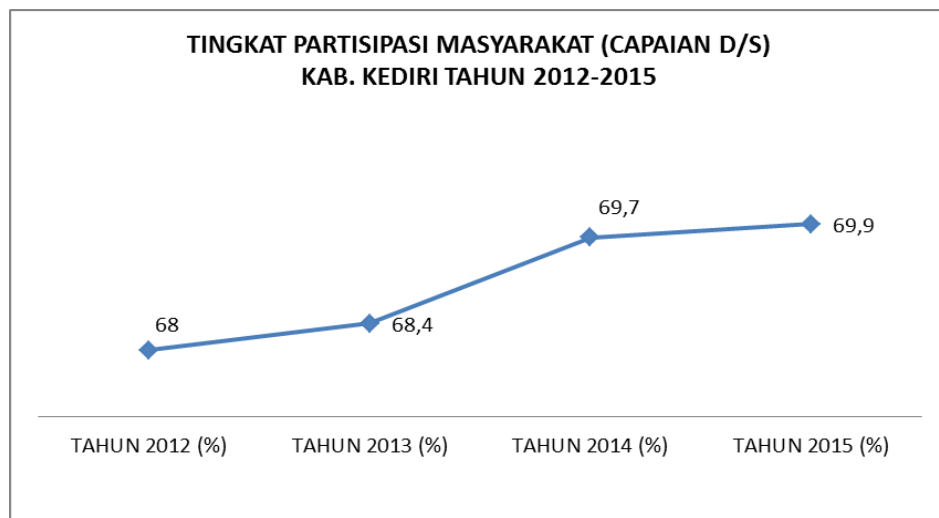


Sumber: Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2015

Berdasarkan gambar di atas diketahui bahwa selama empat tahun terakhir jumlah balita BGM mempunyai kecenderungan mengalami penurunan. Beberapa hal yang telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri di dalam menurunkan jumlah balita gizi bawah garis merah antara lain meningkatkan jumlah kunjungan balita ke posyandu, melakukan pelacakan kasus gizi buruk sedini mungkin, memberikan intervensi gizi berupa penyuluhan dan pemberian bantuan PMT pemulihan kepada balita gizi buruk/kurang dari keluarga miskin yaitu dengan memberikan bantuan berupa susu balita usia 1-3 tahun kepada 304 balita. Satu balita mendapatkan 10.800 gr susu dan diberikan selama 6 bulan berturut-turut. Selain itu juga melakukan rujukan serta pendampingan oleh kader dan petugas kesehatan.

Tingkat partisipasi masyarakat terhadap kegiatan di posyandu Kabupaten Kediri mulai tahun 2012 sampai 2015 disajikan pada gambar berikut:

**Gambar 3.39 Tingkat Partisipasi Masyarakat (Capaian D/S)
Kabupaten Kediri Tahun 2012-2015**

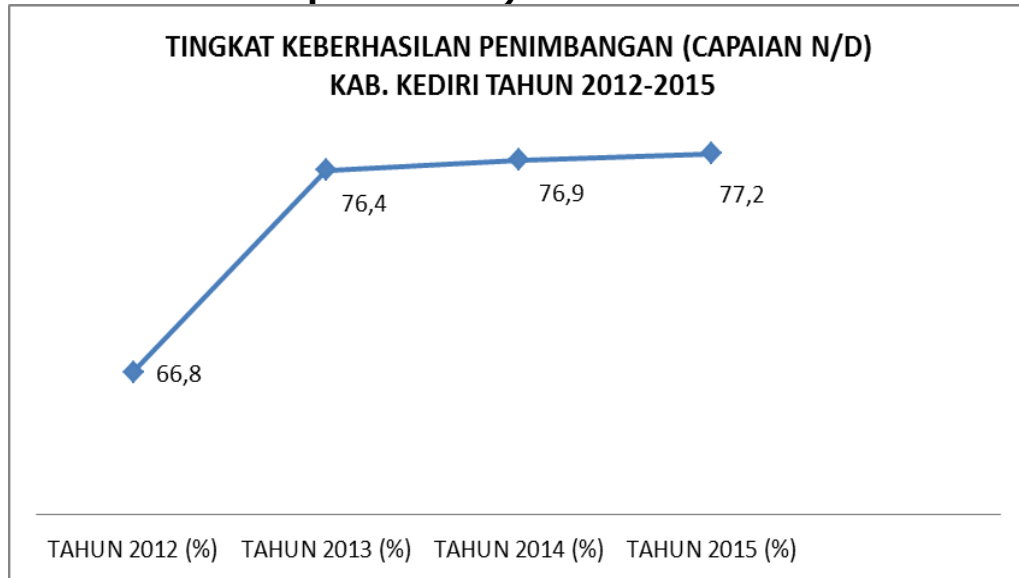


Sumber: Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Berdasarkan gambar di atas menunjukkan bahwa tingkat partisipasi masyarakat untuk menimbang balitanya di posyandu mengalami peningkatan. Hal tersebut karena adanya dukungan dan peran serta kader/petugas/motivator (tokoh agama, pamong) serta adanya peningkatan kesadaran masyarakat dalam memantau pertumbuhan dan perkembangan balitanya. Untuk meningkatkan jumlah balita yang ditimbang di posyandu diperlukan upaya revitalisasi posyandu di tiap desa/ kelurahan agar peran posyandu sebagai salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM) dapat ditingkatkan, sekaligus meningkatkan kesadaran dan kemandirian masyarakat di bidang kesehatan.

Adapun untuk menggambarkan keberhasilan program penimbangan di posyandu di wilayah Kabupaten Kediri, salah satu ukuran yang digunakan adalah dari kenaikan berat badan balita. Jumlah balita ditimbang di posyandu yang mengalami kenaikan berat badan pada tahun 2012 sampai dengan tahun 2015 disajikan pada gambar berikut :

Gambar 3.40 Tingkat Keberhasilan Penimbangan (Capaian Kabupaten Kediri) Tahun 2012-2015



Sumber: Seksi Pengamatan Penyakit dan Imunisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Dari gambar di atas, terlihat jumlah balita yang mengalami kenaikan berat badan mengalami peningkatan dari tahun-tahun sebelumnya. Hal ini dimungkinkan karena pemahaman ibu terhadap interpretasi hasil penimbangan balitanya yang ada dalam KMS (Kartu Menuju Sehat) mulai meningkat. Sehingga ibu balita berusaha untuk memberi asupan yang seimbang agar pada bulan penimbangan berikutnya berat badan balitanya meningkat secara signifikan.



SITUASI UPAYA KESEHATAN



PROFIL KESEHATAN KABUPATEN KEDIRI 2015



SITUASI UPAYA KESEHATAN

4.1 Pelayanan Kesehatan Dasar

Dewasa ini di Indonesia terdapat beberapa masalah kesehatan penduduk yang masih perlu mendapat perhatian secara sungguh-sungguh dari semua pihak karena dampaknya akan mempengaruhi kualitas bahan baku Sumber Daya Manusia (SDM) Indonesia di masa yang akan datang..

Guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, perlu dilakukan upaya pelayanan kesehatan yang melibatkan masyarakat sebagai individu dan masyarakat sebagai bagian dari kelompok atau komunitas. Upaya kesehatan mencakup upaya-upaya pelayanankesehatan, promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan, pemberantasan penyakitmenular, pengendalian penyakit tidak menular, penyehatan lingkungan dan penyediaan sanitasi dasar, perbaikan gizi masyarakat, pengamanan sediaan farmasi dan alat kesehatan, penanggulangan bencana dan sebagainya.

Upaya pelayanan kesehatan dasar merupakan langkah awal yang sangat penting dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat. Dengan pemberian pelayanan kesehatan dasar secara cepat dan tepat diharapkan sebagian besar masalah kesehatan masyarakat dapat diatasi dan merupakan langkah awal yang sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dengan pemberian pelayanan kesehatan dasar secara tepat dan cepat, diharapkan sebagian besar masalah kesehatan masyarakat sudah dapat diatasi.

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam pelayanan kesehatan dasar antara lain adalah pelayanan kesehatan ibu dan bayi, pelayanan

kesehatan anak pra sekolah, usia sekolah dan remaja, pelayanan keluarga berencana, pelayanan imunisasi, perbaikan gizi masyarakat, promosi kesehatan, kesehatan lingkungan serta pelayanan kesehatan pra-usia lanjut dan usia lanjut. Selain itu, masih terdapat pelayanan penunjang yaitu pelayanan kefarmasian serta pelayanan kesehatan rujukan yaitu pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Sebagai bentuk peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) telah dilaksanakan Program *Safe Motherhood Initiative* dan dipertajam dengan program MP (*Making Pregnancy Safer*).

Tiga Pesan Kunci MPS :

1. Setiap persalinan ditolong tenaga kesehatan terampil
2. Setiap komplikasi obstetri dan neonatal ditangani secara adekuat → Puskesmas Pelayanan *Obstetri Neonatus Essensial Dasar* (PONED).
3. Setiap Wanita Usia Subur (WUS) mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanggulangan komplikasi keguguran.

Pemantauan Program pelayanan kesehatan Ibu hamil di ukur melalui indikator cakupan kunjungan K1 (kontak pertama ibu Hamil yang melakukan pemeriksaan antenatal pertama kali pada Trimester pertama / pada umur kehamilan 0–12 minggu) dan K4. Merupakan jumlah Kunjungan ibu hamil yang melakukan pemeriksaan rutin selama 4 kali dalam masa kehamilan.

4.1.1 Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

a. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil (K1 dan K4)

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan profesional baik itu dokter spesialis kandungan dan kebidanan, dokter umum, maupun bidan kepada ibu hamil selama masa kehamilannya sesuai dengan pedoman pelayanan antenatal yang ada. Titik berat

kegiatan ini adalah upaya preventif dan promotif sedangkan hasilnya dapat dilihat dari cakupan pelayanan K1 dan K4 (Wiyono, 1997).

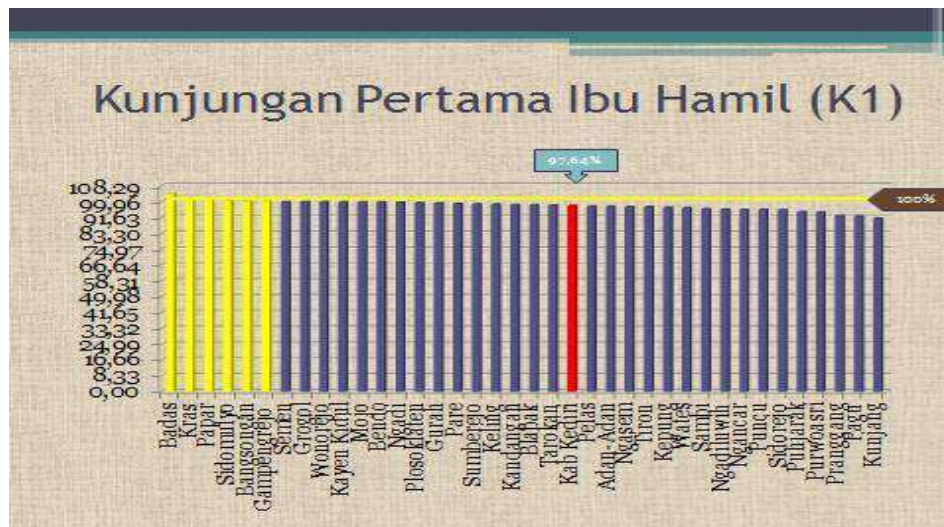
Cakupan K1 atau disebut juga akses pelayanan ibu hamil, menggambarkan besaran ibu hamil yang telah melakukan kunjungan pertama/ kontak pertama dengan tenaga kesehatan/ fasilitas kesehatan untuk mendapatkan pelayanan antenatal. Indikator akses ini digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat. Pencapaian K1 di Kabupaten Kediri sebesar 97,64% meningkat bila dibandingkan tahun lalu namun masih belum sesuai target 2015 sebesar 100%. Cakupan tertinggi di Puskesmas Badas dan terendah Puskesmas Kunjang.

Sedangkan cakupan K4 adalah besaran ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar minimal empat kali kunjungan selama masa kehamilannya dengan distribusi satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua dan dua kali pada trimester ketiga. Indikator ini berfungsi untuk menggambarkan tingkat perlindungan ibu hamil di suatu wilayah dan untuk menggambarkan kemampuan manajemen ataupun kelangsungan program KIA. Kualitas ANC saat ini ditingkatkan dengan pelayanan yang lebih komprehensif melalui pelayanan ANC terpadu pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim sebagai batasan pemeriksaan Antenatal Care adalah pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fungsi ibu hamil, sehingga mampu menghadapi persalinan, nifas, dalam pemberian ASI dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar.

Pelayanan antenatal terpadu yang berkualitas adalah pelayanan antenatal komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil dengan pelayanan 10 T. Berikut hasil evaluasi Standar Pelayanan Minimal.

1. K1

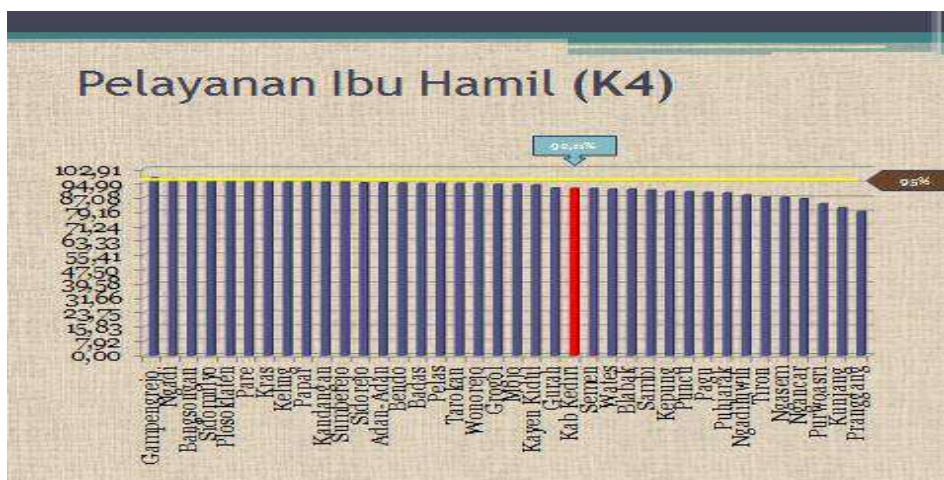
Gambar 4.1 Cakupan K1 di Kabupaten Kediri Tahun 2015



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

2. K4

Gambar 4.2 Cakupan K4 di Kabupaten Kediri Tahun 2015



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

b. Deteksi Resiko Tinggi Ibu Hamil

Ibu hamil resiko tinggi atau komplikasi adalah ibu hamil yang mempunyai kondisi resiko/berbahaya pada waktu kehamilan maupun persalinan. Dalam pelayanan antenatal khususnya oleh bidan di Puskesmas, sekitar 20% diantara ibu hamil yang ditemui tergolong dalam

kasus resiko tinggi yang memerlukan pelayanan kesehatan rujukan. Kasus-kasus resiko tinggi diantaranya adalah kehamilan usia di bawah 20 tahun atau di atas 35 tahun, jarak kehamilan sebelumnya yang terlalu dekat, memiliki anak lebih dari 4, tinggi badan kurang dari 145 cm dan lain sebagainya.

Guna menemukan ibu hamil yang beresiko tinggi tersebut, dibedakan antara deteksi dini resiko tinggi oleh masyarakat dan deteksi dini resiko tinggi oleh tenaga kesehatan. Cakupan deteksi dini oleh masyarakat dapat digunakan memantau kemampuan dan peran serta masyarakat, sedangkan cakupan deteksi dini resiko tinggi nakes dapat digunakan untuk memperkirakan besarnya masalah yang dihadapi oleh program KIA.

c. Deteksi Resiko Tinggi Ibu Hamil oleh Masyarakat

Adalah Bumil Risti baru dengan skor KSPR ≥ 6 ditemukan masyarakat dan dirujuk ke nakes dan dinyatakan bahwa ibu hamil tersebut resiko tinggi sesuai hasil KSPR, hanya dilaporkan satu kali selama periode hamil. Capaian untuk deteksi resiko tinggi oleh masyarakat 16,61% meningkat bila dibandingkan tahun lalu. Hal ini menunjukkan partisipasi dan kepedulian masyarakat dalam program meningkatkan kesehatan ibu dan anak.

d. Cakupan Deteksi Dini Resiko Tinggi oleh Tenaga Kesehatan

Adalah bumil risti baru dengan skor KSPR ≥ 6 ditemukan tenaga kesehatan atau melalui rujukan dari masyarakat, hanya dilaporkan satu kali selama periode hamil. Adapun keadaan sampai dengan akhir tahun 2015, dari 27.455 sasaran ibu hamil. Melalui sasaran tersebut, jumlah ibu hamil resiko tinggi yang ditemukan sebanyak 5.710 orang atau 20,80% dari sasaran ibu hamil. Capaian ini menunjukkan angka yang lebih tinggi bila dibandingkan dengan target nasional yaitu 20%. Seluruh ibu hamil resiko tinggi yang ditemukan seluruhnya telah memperoleh penanganan sesuai dengan prosedur.

Melalui pemeriksaan kehamilan secara rutin, tenaga kesehatan dapat mengetahui sejak dini kondisi ibu hamil yang masuk dalam kategori resiko tinggi atau komplikasi dan memerlukan pelayanan rujukan. Ada 6 puskesmas PONEK di Kabupaten Kediri yang siap untuk menangani ibu hamil resiko tinggi sedangkan untuk kasus kebidanan *emergency* komplikasi yang membutuhkan rujukan akan segera dirujuk ke rumah sakit PONEK.

e. Komplikasi Kebidanan Ditangani

Penanganan komplikasi kehamilan di Kabupaten Kediri bekerja sama dengan dalam penanganan rujukan bumil resti ke rumah sakit PONEK telah banyak membantu upaya penurunan AKI dan AKB. Rujukan tersebut dibagi menjadi 2 wilayah yaitu wilayah barat ke RSUD Gambiran dan wilayah lainnya ke RSUD Pare.

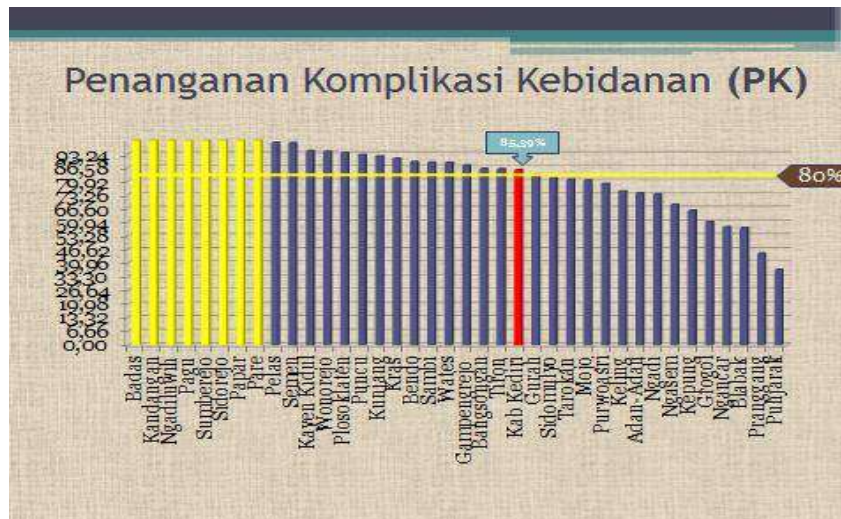
Komplikasi yang dimaksud adalah kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas yang dapat mengancam jiwa ibu dan atau bayi.

Komplikasi dalam kehamilan abortus, *hiperemesis gravidarum*, perdarahan per vaginam, hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia, eklampsia), kehamilan lewat waktu, ketuban pecah dini. Komplikasi dalam persalinan kelainan, letak/presentasi janin, *partus* macet/*distosia*, hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia, eklampsia), perdarahan pasca persalinan, infeksi berat/*sepsis*, kontraksi dini/persalinan prematur, kehamilan ganda. Komplikasi dalam nifas hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia, eklampsia), infeksi nifas, perdarahan nifas.

Ibu hamil, ibu bersalin dan nifas dengan komplikasi yang ditangani adalah ibu hamil, bersalin dan nifas dengan komplikasi yang mendapatkan pelayanan sesuai standar pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan (polindes, puskesmas, puskesmas PONEK, rumah bersalin, RSIA/RSB, RSU, RSU PONEK).

Capaian SPM komplikasi kebidanan ditangani tahun ini mendapatkan 85,39% dan paling tinggi capaian ada di Puskesmas Badas namun paling tinggi juga untuk angka kematian Bayi.

Gambar 4.3 Cakupan Penanganan Komplikasi Kebidanan di Kabupaten Kediri Tahun 2015

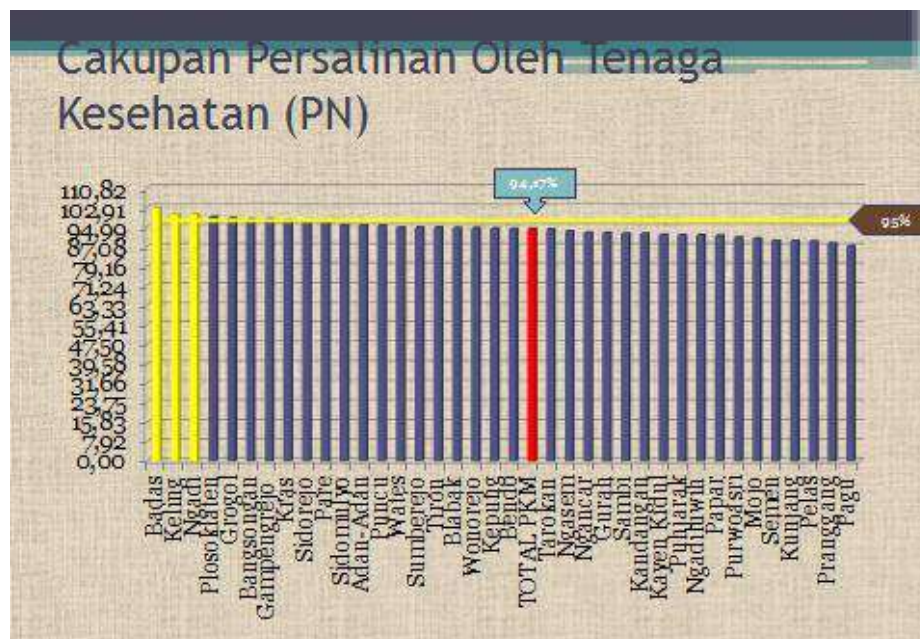


Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

f. Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan

Data dari Bidang Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri menyebutkan, tahun 2015 terdapat 26.207 sasaran ibu bersalin. Dari jumlah tersebut, yang ditolong oleh tenaga kesehatan sebanyak 24.680 atau 94,17%. Pencapaian ini masih di bawah target SPM tahun 2015 yang ditetapkan sebesar 95%. Data pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dapat diamati pada gambar berikut. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan merupakan salah satu dari enam indikator pemantauan program KIA. Melalui indikator ini dapat diperkirakan proporsi persalinan yang ditangani oleh tenaga kesehatan sekaligus menggambarkan kemampuan manajemen program KIA dalam menangani persalinan secara profesional.

Gambar 4.4 Cakupan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan (PN) di Kabupaten Kediri Tahun 2015



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Capaian tertinggi ada di Puskesmas Badas dan terendah di Puskesmas Pagu. Untuk persalinan dukun ada 11 ibu. Angka ini turun bila dibandingkan tahun lalu yang sebanyak 12 orang, namun target yang ditetapkan adalah 100% ibu bersalin harus ditolong tenaga yang kompeten. Pendekatan persuasif melalui program kemitraan bidan dan dukun perlu lebih ditekankan di puskesmas-puskesmas yang memiliki persalinan dukun. Selanjutnya peran serta muspika setempat sangatlah diperlukan.

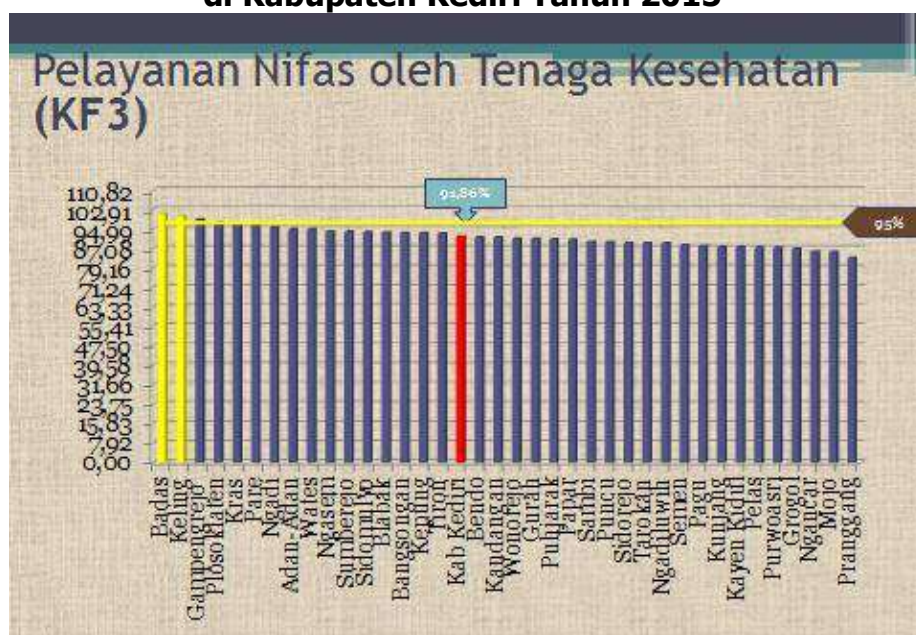
g. Pelayanan Nifas

Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai 42 hari pasca persalinan oleh tenaga kesehatan (dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan dan perawat). Untuk deteksi ini komplikasi pada ibu nifas diperlukan pemantauan pemeriksaan terhadap ibu nifas dengan dilakukan kunjungan nifas minimal 3 kali dengan distribusi pemberian pelayanan minimal 1 kali pada masa 6 jam–3

hari setelah persalinan, minimal 1 kali pada masa 4 hari–28 hari setelah persalinan dan minimal 1 kali pada masa 29 hari sampai dengan 42 hari setelah persalinan.

Berdasarkan laporan Puskesmas tahun 2015 didapatkan 91,86 % (24.075) naik 0,61% dari tahun lalu, namun masih di bawah target. Capaian tertinggi di Puskesmas Badas dan terendah di Puskesmas Pranggang.

Gambar 4.5 Cakupan Pelayanan Nifas oleh Tenaga Kesehatan di Kabupaten Kediri Tahun 2015



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

h. Kunjungan Bayi

1) Kunjungan Neonatus

Kunjungan neonatus adalah bayi usia 0-28 hari yang kontak dengan tenaga kesehatan untuk memperoleh pelayanan kesehatan minimal tiga kali yaitu dua kali pada umur 6- 48 jam, 3-7 hari (KN Murni) dan satu kali pada umur 8-28 hari (KN lengkap). Angka yang diperoleh dari kunjungan neonatus dapat digunakan untuk mengetahui jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan neonatus.

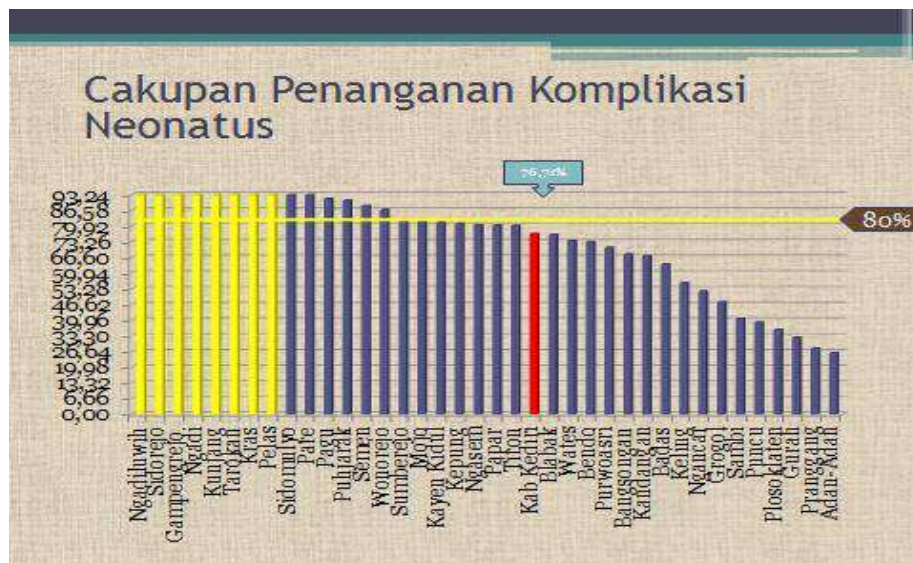
Pencapaian KN1 maupun KN2 cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Pencapaian kunjungan neonatus terutama KN1 masih terkendala budaya masyarakat yang melarang bayi sebelum usia 36 hari untuk keluar rumah. Selain itu, peran aktif tenaga kesehatan untuk melaksanakan kunjungan neonatus ke rumah-rumah juga masih perlu ditingkatkan. Hasil cakupan tahun 2015, kunjungan Neonatal Pertama 98,26% dan KN lengkap 96,24% menurun bila dibandingkan tahun lalu dikarenakan memang mobilitas penduduk yang sangat tinggi terutama di daerah perbatasan.

2) Cakupan Neonatal Komplikasi

Cakupan neonatal komplikasi adalah cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani secara definitif oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Penanganan definitif adalah pemberian tindakan akhir pada setiap kasus komplikasi neonatus yang pelaporannya dihitung 1 kali pada masa neonatal. Kasus komplikasi yang ditangani adalah seluruh kasus yang ditangani tanpa melihat hasilnya hidup atau mati.

Komplikasi pada neonatus antara lain: prematuritas dan BBLR (Bayi Berat Lahir Rendah <2500), asfiksia, infeksi bakteri, kejang, ikterus, diare, hipotermia, *tetanus neonatorum*, masalah pemberian ASI, trauma lahir, sindroma gangguan pernapasan, kelainan kongenital, dan sebagainya.

Gambar 4.6 Cakupan Penanganan Komplikasi Neonatus di Kabupaten Kediri Tahun 2015



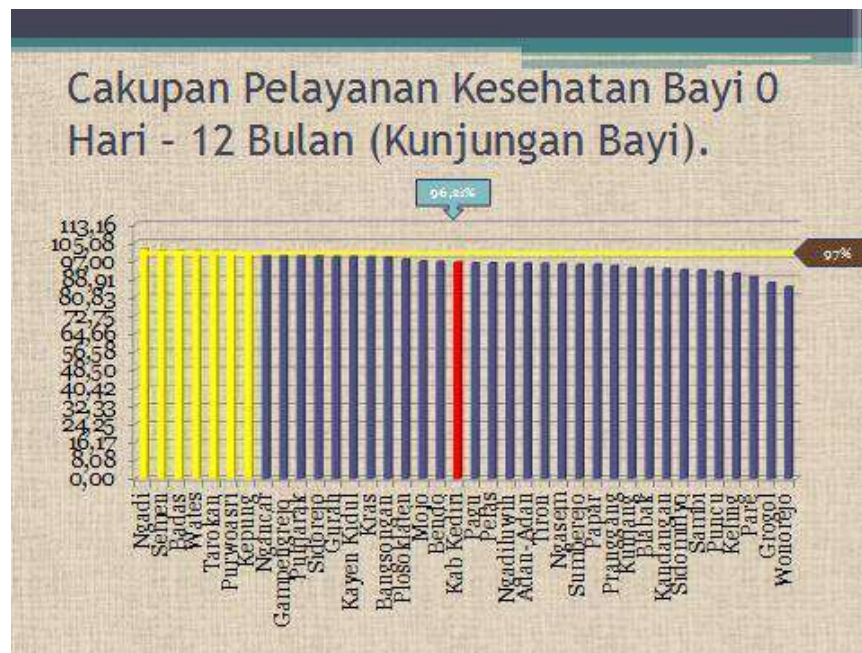
Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Dari Gambar di atas Kabupaten Kediri sudah mencapai 2.872 (76,71%) hal ini dapat di diskriptifkan bahwa semua bayi dengan komplikasi telah tertangani dengan baik.

3) Kunjungan Bayi

Kunjungan bayi adalah kunjungan anak umur 29 hari -11 bulan di sarana pelayanan kesehatan maupun di rumah, posyandu dan tempat lain untuk mendapatkan pelayanan kesehatan oleh dokter, bidan atau perawat. Pelayanan kesehatan dimaksud meliputi pemberian imunisasi dasar, stimulasi deteksi intervensi dini tumbuh kembang, vitamin A dan penyuluhan perawatan kesehatan bayi. Indikator ini bermanfaat untuk mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam melindungi kesehatan bayi.

Gambar 4.7 Cakupan Pelayanan Kesehatan Bayi 0 Hari sampai 12 Bulan Berdasarkan Kunjungan Bayi di Kabupaten Kediri Tahun 2015



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Data yang dimiliki di tingkat Kabupaten Kediri menyebutkan pada tahun 2015 terdapat 24.899 sasaran bayi. Melalui jumlah yang diketahui tersebut, yang dilakukan kunjungan sebanyak 23.955 bayi atau 96,21%. Paling rendah cakupan kabupaten ada di wilayah Puskesmas Wonorejo.

Walaupun sedikit fluktuatif, cakupan kunjungan bayi selama lima tahun terakhir menunjukkan kecenderungan perbaikan secara kualitas dan kuantitas. Apabila dibandingkan dengan target SPM, pencapaian kunjungan bayi pada tahun 2015 masih cukup jauh dari target yang ditetapkan sebesar 97%.

4.1.2 Pelayanan Kesehatan Anak Balita dan Anak Pra Sekolah

Adalah cakupan anak balita (12–59 bulan) yang memperoleh pelayanan sesuai standar, meliputi pemantauan pertumbuhan minimal 8x setahun, pemantauan perkembangan minimal 2x setahun, dan pemberian vitamin A 2x setahun.

Cakupan anak balita 81.497 (81,42%) dan pra sekolah yang ada di Kabupaten Kediri pada tahun 2015 mencapai 42.726 anak (85,67%). Hasil ini telah melampaui pencapaian target SPM untuk pemeriksaan anak balita dan pra sekolah yang ditetapkan sebesar 80%.

Anak balita dan pra sekolah adalah anak umur 60-72 bulan. Pelayanan kesehatan anak balita dan pra sekolah meliputi kegiatan deteksi dini masalah kesehatan anak dengan MTBS, monitoring pertumbuhan dengan buku KIA/KMS, pemantauan perkembangan, penanganan penyakit, stimulasi pertumbuhan balita dan rujukan ke tingkat pelayanan lanjutan. Deteksi dini tumbuh kembang anak balita dan pra sekolah dilakukan minimal dua kali per tahun oleh dokter, bidan, atau perawat.

4.1.3 Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah

Anak usia sekolah merupakan generasi penerus sebagai sumber daya manusia pada masa yang akan datang. Perkiraan jumlah anak usia sekolah saat ini sepertiga total penduduk, dan dua pertiganya adalah anak sekolah merupakan jumlah yang sangat besar dan potensial. Berdasarkan Susenas tahun 2003, tingkat partisipasi sekolah anak sekolah dasar laki-laki dan perempuan, sebesar 96,42%. Data di Kabupaten Kediri tahun 2015 jumlah Anak Usia Sekolah keseluruhan 369.586 jiwa dengan jumlah penduduk 1.546.883 jiwa. Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) sebagai salah satu program yang langsung berhubungan dengan anak sekolah sudah dirintis sejak tahun 1976 dan sejak tahun 1984 diperkuat dengan diterbitkannya surat keputusan bersama 4 Menteri yaitu Menteri Pendidikan Nasional, Menteri Kesehatan, Menteri Agama, dan Menteri Dalam Negeri yang diperbaharui tahun 2003 dengan Nomor 1/U/SKB/2003 ; Nomor 1067/Menkes/SKB/VII/2003; MA/230/A/2003; Nomor 26 tahun 2003 tanggal 23 Juli 2003 tentang Pembinaan dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah. Kondisi terakhir diperbaharui dengan Peraturan Bersama 4 Menteri Mendikbud, Menkes, Menag dan Mendagri No. 6/X/PB

Tahun 2014, No.73 Th. 2014, No.41 Th 2014, No.81 Th. 2014 tentang Pembinaan dan Pengembangan UKS/M.

Menindaklanjuti dengan adanya Surat Keputusan Bupati Kabupaten Kediri Nomor : 188.45/244/418.32/2009 tanggal 7 Agustus 2009 tentang Pembentukan Tim Pembina Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) Kabupaten Kediri. Batasan umur anak usia sekolah (7-21 th) dibagi dalam 2 kategori yaitu tingkat dasar dan tingkat lanjutan. Permasalahan kesehatan pada Anak Usia Sekolah tingkat dasar lebih banyak pada permasalahan tentang kebersihan pribadinya dan pada tingkat lanjutan (remaja) lebih kompleks dan banyak berpengaruh pada lingkungan.

Program Anak Usia Sekolah walaupun bukan program prioritas namun merupakan program yang harus diperhatikan karena Anak Usia Sekolah merupakan usia yang potensial untuk diberdayakan sekaligus usia yang rawan karena secara alamiah mereka mengalami perubahan baik fisiologi, psikologi maupun social. Masalah kesehatan yang dihadapi oleh anak usia sekolah sangat kompleks dan bervariasi. Pada anak usia TK/RA dan SD/MI (tingkat dasar), biasanya berkaitan dengan kebersihan perorangan dan lingkungan, sehingga isu yang menonjol adalah kebiasaan berperilaku hidup bersih dan sehat, seperti gosok gigi yang baik dan benar, kebiasaan cuci tangan pakai sabun, potong kuku, kebersihan diri dan lain-lain. Sedangkan pada anak usia sekolah SMP dan SMA sangat berhubungan dengan perilaku yang beresiko diantaranya HIV/AIDS, penyalahgunaan NAPZA, Penyakit Menular Seksual, Kehamilan yang tidak diinginkan/kehamilan di luar nikah. Salah satu upaya/program kesehatan yang berkaitan langsung dengan anak sekolah adalah Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).

Program UKS yang dikenal dengan Trias UKS meliputi Pendidikan Kesehatan, Pelayanan Kesehatan dan Pembinaan Lingkungan Sekolah Sehat. WHO pada tahun 2000 memperkenalkan pendekatan Sekolah Mempromosikan Kesehatan (*Health Promoting School*). Sekolah yang mempromosikan kesehatan adalah tempat dimana semua masyarakat

sekolah bekerjasama memberikan pengalaman dan menyediakan struktur pembelajaran yang terintegrasi dan positif, yang mempromosikan dan memberikan perlindungan kesehatan kepada murid. Ini meliputi pendidikan kesehatan intra dan ekstra kurikuler, penciptaan lingkungan yang aman dan sehat, penyediaan layanan kesehatan dan penyertaan keluarga dan masyarakat dalam upaya promosi kesehatan. Prinsip sekolah mempromosikan kesehatan adalah sekolah yang menjalankan Trias UKS ditambah dengan lebih memberikan perhatian pada kerjasama antar sekolah, masyarakat dan orangtua dan menyertakan peserta didik sebagai peserta aktif dalam UKS.

Program pelayanan kesehatan di sekolah diutamakan pada upaya peningkatan kesehatan (upaya promotif) dan upaya pencegahan penyakit (upaya preventif). Upaya preventif antara lain dilaksanakan melalui kegiatan penjangkaran kesehatan (skrining kesehatan) anak sekolah yang dilakukan terhadap anak yang baru masuk sekolah (kelas 1) dari tingkat dasar (SD/MI) dan lanjutan (SMP/MTs dan SMA/MA/SMK). Kegiatan penjangkaran selain untuk mengetahui secara dini masalah-masalah kesehatan anak sekolah sehingga dapat dilakukan tindakan secepatnya untuk mencegah keadaan yang lebih buruk, juga untuk memperoleh data atau informasi dalam menilai perkembangan kesehatan anak sekolah maupun untuk dijadikan pertimbangan dalam menyusun perencanaan, pemantauan, dan evaluasi kegiatan UKS. Penjangkaran kesehatan anak sekolah terutama untuk anak sekolah dasar merupakan salah satu Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang harus dilakukan tingkat Kabupaten/Kota, artinya setiap puskesmas di Kabupaten/Kota tersebut harus melaksanakan penjangkaran.

Penjangkaran kesehatan merupakan serangkaian kegiatan yang meliputi pemeriksaan fisik, laboratorium, penyimpangan mental emosional serta kesegaran jasmani. Rangkaian pemeriksaan tersebut seharusnya dilaksanakan seluruhnya namun dalam pelaksanaannya dapat disesuaikan dengan kemampuan dan kondisi wilayah setempat.

Penjaringan kesehatan peserta didik meliputi :

1. Pemeriksaan keadaan umum
2. Pengukuran tekanan darah dan denyut nadi
3. Penilaian status gizi
4. Pemeriksaan gigi dan mulut
5. Pemeriksaan indera (penglihatan, pendengaran)
6. Pemeriksaan laboratorium
7. Pengukuran kesegaran jasmani
8. Deteksi dini penyimpangan mental emosional

Adapun hasil skrining tahun 2015 seperti yang ada pada tabel berikut :

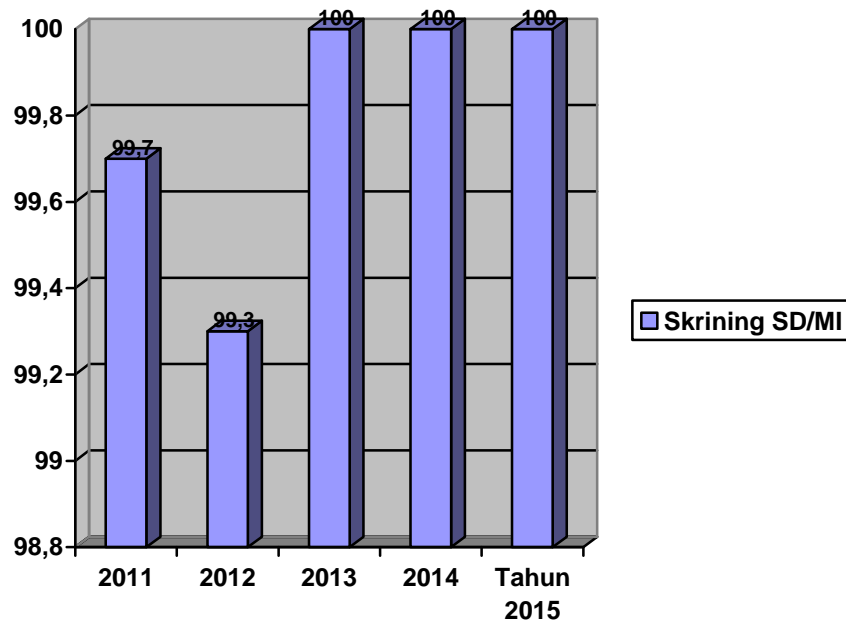
Dari jumlah siswa klas 1 SD/MI sejumlah 25.695 yang diperiksa sejumlah 25.695 sehingga cakupan Pelayanan kesehatan anak usia sekolah melalui kegiatan skrining siswa klas 1 SD/MI setingkat tercapai 100%.

Tabel 4.1 Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Siswa Klas 1 SD / MI di Kabupaten Kediri Tahun 2011 – 2015

Indikator	TAHUN 2011	TAHUN 2012	TAHUN 2013	TAHUN 2014	TAHUN 2015
Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Siswa Klas 1 SD/MI di Kabupaten Kediri	99,7	99,3	100	100	100

Sumber: Seksi Anak, Remaja, Usia Lanjut Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

GAMBAR 4.8 Cakupan Hasil Skrining Siswa SD/MI di Kabupaten Kediri pada 2015



Sumber: Seksi Anak, Remaja, dan Usia Lanjut Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Berdasarkan jumlah siswa kelas 1 SD/MI sejumlah 25.784 yang diperiksa sejumlah 25.784 atau 100 % dengan rincian hasil pemeriksaan / penjarangan sebagai berikut :

a. Status gizi

Gizi Normal	: 23.776 (92,5%)
Gizi Gemuk	: 692(2,69%)
Gizi Obesitas	: 185(0,71%)
Kurus	: 908 (3,5%)
Kurus Sekali	: 134 (0,5%)

b. Pemeriksaan Tajam Penglihatan

Normal	: 25.621 (99,72 %)
Abnormal	: 74 (0,28 %)

c. Pemeriksaan Tajam Pendengaran

Normal	: 25.580 (99,56 %)
Abnormal	: 115 (0,44 %)

- d. Pemeriksaan Gigi
Karies : 3.340 (12,99%)
- e. Pemeriksaan Hb
Anemia : 6 (0,02%)
- f. Sekolah Yang Melaksanakan Tes Kesegaran Jasmani
65 Sekolah (0,25%)
- g. Pemeriksaan Kulit
Gangguan Kulit : 345 (1,34%)

4.1.4 Pelayanan Kesehatan Anak Berkebutuhan Khusus

Anak berkebutuhan khusus adalah anak yang mengalami hambatan fisik dan atau mental sehingga mengganggu pertumbuhan dan perkembangannya secara wajar, dan anak yang akibat keadaan tertentu mengalami kekerasan, berada di lembaga permasyarakatan/ rumah tahanan, di jalanan, di daerah terpencil/ bencana/ konflik yang memerlukan penanganan secara khusus. Jadi yang dimaksud Anak Berkebutuhan Khusus adalah :

a. Anak Penyandang Cacat

Adalah setiap anak yang mempunyai kelainan fisik dan atau mental yang dapat mengganggu atau merupakan rintangan dan hambatan baginya untuk melakukan kegiatan secara selayaknya yang terdiri dari penyandang cacat fisik, penyandang cacat mental dan penyandang cacat fisik dan mental.

Sekolah khusus yang diperuntukkan bagi anak penyandang cacat yaitu di SLB (Sekolah Luar Biasa) di yang dapat dikelompokkan menjadi:

1. SLB-A: sekolah untuk tunanetra (anak yang mengalami hambatan penglihatan)
2. SLB-B: sekolah untuk tunarungu (anak yang mengalami hambatan pendengaran)

3. SLB-C: sekolah untuk Tunagrahita (anak yang mengalami retardasi mental)
4. SLB-D: sekolah untuk tunadaksa (anak yang mengalami cacat tubuh)
5. SLB-E: sekolah untuk tunalaras (anak yang mengalami penyimpangan emosi dan sosial)
6. SLB-F : sekolah khusus untuk autis
7. SLB-G : sekolah untuk tunaganda (anak yang mengalami lebih dari satu hambatan)

b. Korban Kekerasan terhadap Anak (KtA)

Adalah semua bentuk tindakan/perlakuan menyakitkan secara fisik ataupun emosional, penyalahgunaan seksual, *trafficking*, penelantaran, eksploitasi komersial termasuk Eksploitasi Seksual Komersial Anak (ESKA), anak korban TPPO (Tindak Pidana Perdagangan Orang) yang mengakibatkan cedera/kerugian nyata ataupun potensial terhadap kesehatan anak, kelangsungan hidup anak, tumbuh kembang anak atau martabat anak, yang dilakukan dalam konteks hubungan tanggungjawab, kepercayaan atau kekuasaan.

Pada kasus KtA korban dapat mendapatkan pelayanan medis dan non medis.

1. Pelayanan medis mencakup unsur pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas, pelayanan kesehatan rujukan di Rumah Sakit yang memiliki PPT (Pusat Pelayanan Terpadu) atau PKT (Pusat Krisis Terpadu) yang memiliki tim terdiri dari dokter,perawat,pekerja sosial, psikolog dan ahli hukum.
2. Pelayanan non medis mencakup aspek hukum, psikoedukatif dan sosiobudaya di tingkat dasar dan rujukannya yang melibatkan shelter/rumah aman/pendampingan, Pusat

Pelayanan Terpadu Perlindungan Perempuan dan Anak (P2TP2A), Unit Pelayanan Perempuan dan Anak (UPPA).

c. Anak Berhadapan dengan Hukum (ABH) di Lapas/Rutan

Anak yang berhadapan dengan hukum dan menjalani pembinaan di lembaga pemasyarakatan (lapas) dan rumah tahanan (rutan) di Indonesia disebut sebagai anak didik pemasyarakatan (andikpas). Pada dasarnya andikpas adalah anak yang mempunyai hak yang sama dengan anak-anak lainnya.

d. Anak Jalanan dan Pekerja Anak

Kecenderungan meningkatnya anak yang bekerja di sektor informal dan di jalanan disebabkan oleh masalah sosial sebagai dampak dari krisis ekonomi. Anak yang bekerja di jalanan dan di sektor informal rentan terhadap masalah kesehatan yang berkaitan dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) seperti merokok, penyalahgunaan NAPZA, infeksi menular seksual termasuk HIV/AIDS, dampak akibat hubungan kerja seperti terjadinya kekerasan fisik dan emosional serta penyakit akibat kerja seperti dampak menghirup lem, CO₂ dan lain-lain. Upaya penanganan kesehatan anak jalanan/pekerja anak melalui pendekatan multidisiplin dengan lintas program dan sektor terkait termasuk organisasi profesi dan LSM.

e. Anak Panti Asuhan

Panti anak adalah Lembaga Kesejahteraan Sosial Anak (LKSA) yang memberikan pelayanan kesejahteraan sosial bagi anak terlantar yang berada di dalam panti maupun anak terlantar di lingkungan sekitar panti / pelayanan di luar panti.

Merujuk pada Standar Nasional Pengasuhan Anak di Lembaga Kesejahteraan Sosial Anak tahun 2011, maka istilah Panti selanjutnya diganti menjadi Lembaga Kesejahteraan Sosial Anak (LKSA).

f. Anak Kelompok Minoritas/Terisolasi/Terasing

1. Kelompok minoritas adalah kelompok yang dilihat dari jumlahnya lebih kecil dibandingkan dengan jumlah penduduk lainnya dari negara bersangkutan dalam posisi yang tidak dominan.
2. Kelompok masyarakat terasing atau komunitas adat terpencil adalah kelompok orang yang hidup dalam kesatuan sosial budaya yang bersifat lokal dan terpencar serta kurang atau belum terlibat dalam jaringan dan pelayanan baik sosial, ekonomi maupun politik nasional.

4.1.5 Cakupan Pelayanan Kesehatan Remaja

Definisi remaja yang digunakan sesuai definisi WHO adalah mereka yang mencakup usia 10 hingga 19 tahun dan belum menikah. Dengan rentang usia antara 10–19 tahun, maka garapan utamanya adalah tingkat Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama/MTs dan Sekolah Menengah Umum/MA baik negeri maupun swasta. Sasaran dibagi dalam remaja di sekolah dan remaja di luar sekolah (anak jalanan, remaja masjid, karang taruna).

Anak sekolah tingkat SMP dan SMA sederajat memasuki usia remaja dimana pada periode ini terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang pesat baik fisik, psikologis maupun intelektual. Remaja biasanya menyukai petualangan dan tantangan serta cenderung berani mengambil resiko tanpa didahului oleh pertimbangan matang yang akan mempengaruhi status kesehatannya.

Prevalensi anemia gizi besi pada anak usia sekolah di Indonesia menurut SKRT 1995, sebesar 47,5% dan 57,5% pada anak usia 10-14 tahun. Proporsi resiko Kurang Energi Kronis (KEK) pada anak remaja wanita 15-19 tahun sebesar 35-40% pada tahun 2002 (Susenas 2002). Selain itu masalah kesehatan pada anak usia sekolah SMP dan SMA sangat berhubungan dengan perilaku yang beresiko diantaranya HIV/AIDS,

penyalahgunaan NAPZA, Penyakit Menular Seksual, Kehamilan yang tidak diinginkan/kehamilan di luar nikah.

Bentuk meningkatkan status kesehatan khususnya remaja putri baik yang bersekolah maupun tidak bersekolah Departemen Kesehatan telah mengembangkan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) yang menekankan kepada petugas yang peduli remaja, menerima remaja dengan tangan terbuka dan menyenangkan, lokasi pelayanan mudah dijangkau, aman, menjaga kerahasiaan, kenyamanan dan privasi, jam buka sesuai dengan kebutuhan remaja, tidak ada stigma. Jenis kegiatan dalam PKPR adalah pemberian informasi dan edukasi; pelayanan klinis medis termasuk pemeriksaan penunjang; konseling; Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS); pelatihan pendidik/konselor sebaya; dan pelayanan rujukan sosial dan medis.

Cakupan pelayanan kesehatan remaja terdiri dari hasil skrining klas 1 SMP/MTs dan SMA/MA/SMK, Pelayanan medis pada remaja, KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) serta Konseling Remaja. Berdasarkan jumlah remaja keseluruhan 235.809 didapatkan hasil untuk skrining 25.693, pelayanan medis 122.953 dan konseling remaja 21.188 dan persentasenya didapatkan hasil 72%. Target yang harus dicapai 85 % , sedangkan cakupan pelayanan kesehatan remaja yang sudah dilaksanakan baru tercapai 72% hal ini disebabkan antara lain karena pelaksanaan skrining bagi siswa lanjutan belum dilaksanakan pada semua sasaran sekolah lanjutan yang ada. Hal ini disebabkan dana yang masih terbatas pada prioritas pelaksanaan skrining di siswa tingkat dasar (SD/MI) karena termasuk SPM wajib 100%, sedangkan target sesuai kemampuan Kabupaten/Kota. Selain itu pelayanan kesehatan remaja belum maksimal karena belum semua puskesmas dilatih menjadi Tim puskesmas dengan PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) sehingga masih perlu upaya-upaya untuk lebih ditingkatkan. Berdasarkan 37 puskesmas masih 7 puskesmas yang sudah dilatih menjadi tim PKPR yaitu Puskesmas Pagu, Grogol, Pare, Kras, Gurah, Sambu dan Kandangan.

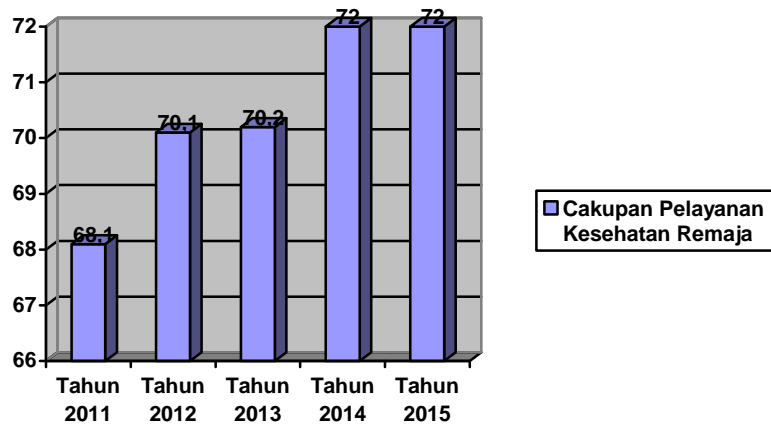
Sedangkan untuk pembentukan Konselor Sebaya masih 2 Puskesmas PKPR yang dibentuk dan dilatih yaitu Puskesmas Pagu dan Puskesmas Grogol dengan jumlah masing-masing 20 remaja. Pelatihan ini merupakan salah satu upaya nyata mengikut sertakan remaja sebagai salah satu syarat keberhasilan PKPR. Melalui program melatih remaja menjadi pendidik sebaya sekaligus konselor sebaya, beberapa keuntungan diperoleh yaitu pendidik sebaya ini akan berperan sebagai agen pengubah sebayanya untuk berperilaku sehat, sebagai agen promotor keberadaan PKPR dan sebagai kelompok yang siap membantu dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi PKPR. Pendidik sebaya yang berminat, berbakat dan sering menjadi tempat “curhat” bagi teman yang membutuhkannya diberikan pelatihan Konselor Sebaya untuk memperdalam keterampilan *interpersonal relationship* dan konseling, sehingga dapat berperan sebagai konselor remaja.

Tabel 4.2 Cakupan Pelayanan Kesehatan Remaja di Kabupaten Kediri Tahun 2011 – 2015

	TAHUN 2011	TAHUN 2012	TAHUN 2013	TAHUN 2014	TAHUN 2015
Cakupan Pelayanan Kesehatan Remaja di Kabupaten Kediri	68,1	70,1	70,24	72	72

Sumber: Seksi Anak, Remaja, Usia Lanjut Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Gambar 4.9 Cakupan Pelayanan Kesehatan Remaja di Kabupaten Kediri Tahun 2015



Sumber: Seksi Anak, Remaja, Usia Lanjut Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

4.1.6 Cakupan Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut

Cakupan pelayanan kesehatan usia lanjut terdiri dari hasil pelayanan kesehatan pada pra lansia dan lansia. Kelompok pra lansia seseorang yang berusia 45-59 tahun sedangkan kelompok lanjut usia yang berusia 60 tahun atau lebih. Hasil cakupan pelayanan kesehatan pada kelompok lansia 120.879 dan pra lansia 192.314 sedangkan jumlah keseluruhan lansia 192.314 dan pra lansia 300.022, sehingga hasil yang didapat adalah capaian lansia 63% dan pra lansia 64%. Target yang harus dicapai 65%, hal ini disebabkan karena sasaran jumlah penduduk lanjut usia meningkat dari tahun sebelumnya, selain itu ada beberapa kendala antara lain koordinasi lintas program dan lintas sektor yang masih kurang, sarana dan prasarana masih terbatas, pelatihan untuk petugas dan kader lansia masih kurang.

Beberapa program yang sedang dilaksanakan dan dikembangkan dalam mengoptimalkan pelayanan kesehatan lanjut usia adalah puskesmas santun lansia dan posyandu lansia. Puskesmas santun lansia adalah puskesmas yang melakukan pelayanan kepada usia lanjut yang mengutamakan aspek promotif dan preventif disamping aspek kuratif dan rehabilitatif, secara proaktif, baik, dan sopan serta memberikan

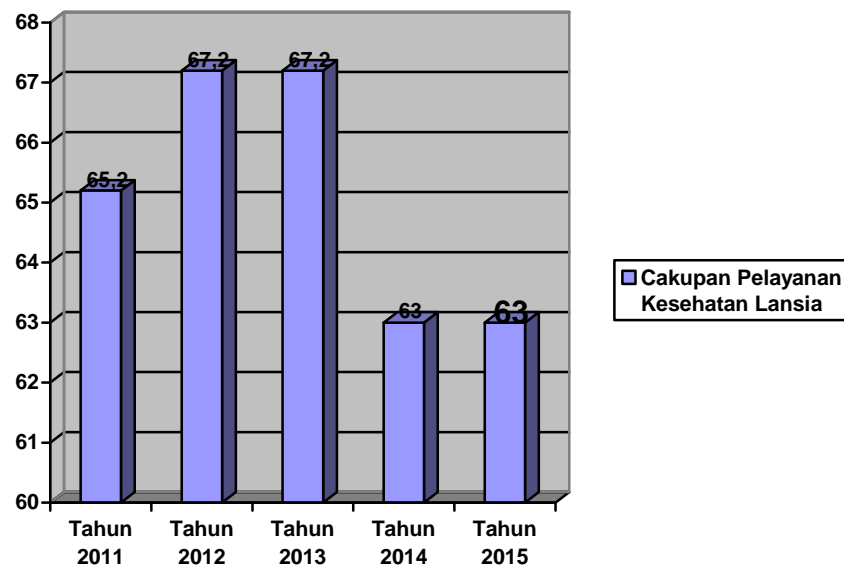
kemudahan dan dukungan bagi usia lanjut. Pelayanan puskesmas santun lansia diharapkan bisa diterapkan di semua puskesmas, namun demikian ada 5 puskesmas yang ditetapkan menjadi puskesmas santun lansia yaitu Puskesmas Gurah, Ngasem, Papar, Puncu, Ngadiluwih. Rencana pada 2016 persiapan yaitu Puskesmas Blabak, Ngancar, dan Sambu. Posyandu lansia yang merupakan pelayanan kesehatan di kelompok usia lanjut meliputi pemeriksaan fisik dan mental emosional. Guna memberikan pelayanan kesehatan yang prima terhadap usia lanjut di kelompok, mekanisme pelaksanaan kegiatan yang digunakan adalah sistem lima (5) tahapan/meja. Data di Kabupaten Kediri tahun 2015 terdapat 514 Posyandu. Target minimal bahwa 1 desa harus terdapat minimal 1 posyandu lansia maka dengan jumlah desa yang ada di Kabupaten Kediri sejumlah 344 desa, dari jumlah tersebut menunjukkan peningkatan namun demikian masih belum merata karena ada beberapa desa yang memiliki lebih satu posyandu namun ada juga desa yang belum mempunyai posyandu lansia. Oleh karena itu, diharapkan ada pembentukan dari masyarakat sendiri sesuai dengan konsep posyandu lansia yang merupakan suatu bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) diharapkan pada pelaksanaannya dilakukan dari, oleh dan untuk masyarakat, sedangkan pembinaan kegiatan oleh puskesmas setempat.

Tabel 4.3 Cakupan Pelayanan Kesehatan Lansia di Kabupaten Kediri Tahun 2011 – 2015

	TAHUN 2011	TAHUN 2012	TAHUN 2013	TAHUN 2014	TAHUN 2015
Cakupan Pelayanan Kesehatan Lansia di Kabupaten Kediri	65,2	67,2	67,2	63	63

Sumber: Seksi Anak, Remaja, Usia Lanjut Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Gambar 4.10 Cakupan Pelayanan Kesehatan Lansia di Kabupaten Kediri Tahun 2011-2015



Sumber: Seksi Anak, Remaja, Usia Lanjut Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

4.1.7 Pelayanan Kesehatan Reproduksi

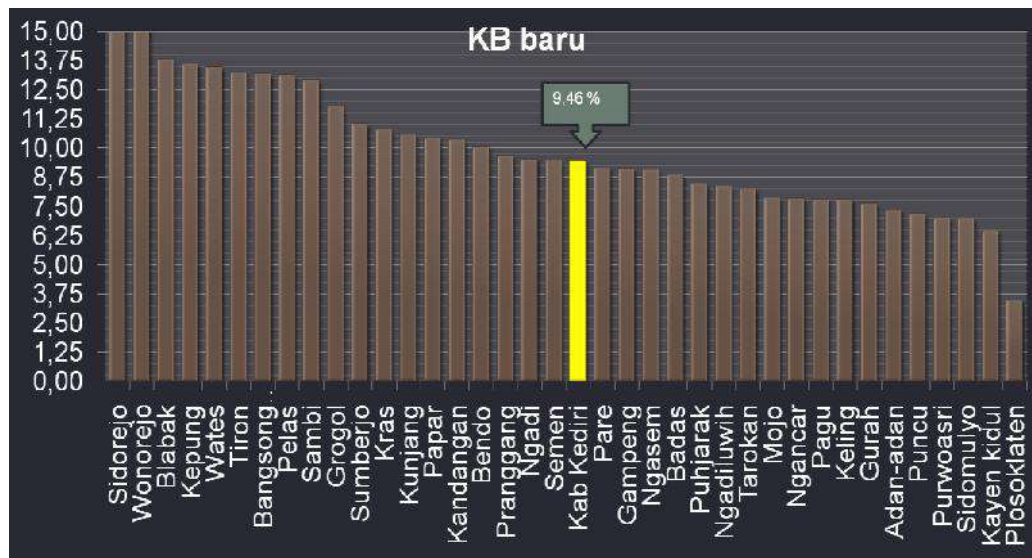
Indonesia merupakan salah satu negara yang ikut menyepakati hasil konferensi internasional mengenai kependudukan dan pembangunan *International Conference Population Development* (ICPD). Dewasa ini pengelolaan kependudukan tidak lagi semata-mata menurunkan fertilitas melainkan juga berorientasi terhadap pemenuhan hak reproduksi perorangan, sehingga diharapkan akan mampu meningkatkan derajat kesehatan reproduksi individu.

Kontribusi sektor terkait lainnya dalam Pembangunan Kesehatan di Kabupaten Kediri adalah pencapaian peserta keluarga Berencana khususnya akseptor KB terhadap Pasangan Usia Subur (PUS). Indikator-indikator tersebut :

a. Cakupan Peserta KB Baru

Berikut merupakan laporan peserta KB baru di seluruh puskesmas:

Gambar 4.11 Cakupan Peserta KB Baru di Seluruh Puskesmas di Kabupaten Kediri Tahun 2015



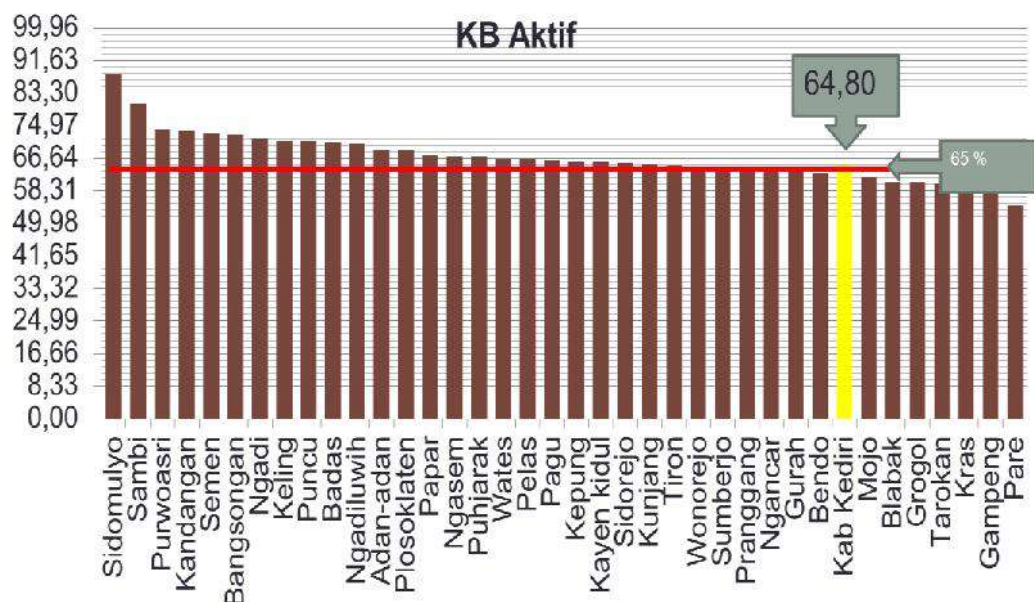
Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Pasangan Usia Subur (PUS) yang baru pertama kali menggunakan metode kontrasepsi termasuk mereka yang baru menikah karena belum ingin punya anak, pasca keguguran, sesudah melahirkan, atau pasca istirahat minimal 3 tahun. Indikator ini digunakan untuk menilai kinerja program KB. Berdasarkan data dan validasi data puskesmas yang dilaksanakan di Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri tahun 2015 pencapaian KB baru terhadap PUS adalah sebesar 9,46% dimana pola penggunaan alat kontrasepsi MKJP (26,10%) yang paling banyak menggunakan implant (15,10%), sedangkan penggunaan untuk Non MKJP (77%) yang paling banyak digunakan adalah metode suntik 61,40%. Sebagai bentuk meningkatkan MKJP diperlukan sosialisasi, promosi ke masyarakat dan konseling menggunakan APBK dengan benar. Cakupan KB baru terendah adalah puskesmas keling (8,50%).

1. Cakupan peserta KB Aktif (*Contraceptive Prevalence Rate/CPR*)

Merupakan peserta KB baru dan lama yang masih aktif memakai alokon terus menerus hingga saat ini untuk menunda kehamilan, mengatur jarak kehamilan atau mengakhiri kesuburan. Cakupan peserta KB Aktif dapat diketahui dari beberapa indikator antara lain: cakupan peserta KB aktif menurut pola penggunaan kontrasepsi. Cakupan peserta KB aktif terhadap PUS tahun 2015 mencapai 64,80% dari target 65%.

Gambar 4.12 Cakupan peserta KB Aktif terhadap PUS di Kabupaten Kediri Tahun 2015



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Rincian pemakaian kontrasepsi adalah 56.165 (29%) memakai metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP), sedangkan sisanya 137.191 (71%) memakai non metode kontrasepsi jangka panjang (non MKJP). Peminatan terbanyak pemilihan metode kontrasepsi terbanyak adalah suntik sebanyak 109.485 (56,60%). Hal ini menggambarkan minat masyarakat dalam pemilihan metode kontrasepsi yang dipakainya sangat rentan dengan kejadian drop out tidak ikut ber-KB, dan beresiko besar

terhadap terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan, hamil terlalu tua (usia lebih 35 tahun) ataupun jarak kehamilan yang terlalu dekat (kurang dari 2 tahun) serta menambah angka *unmet need* (PUS tidak ingin punya anak dan tidak ingin melakukan KB).

Puskesmas dengan capaian KB Aktifnya >75% (Sidomulyo dan Sambi), hal ini disebabkan :

1. Definisi operasional belum paham
2. Sistem pencatatan pelaporan yang belum teratur dan sistematis
3. Tidak ada pelaporan dari bawah (tingkat desa) dan ada perubahan jumlah PUS.

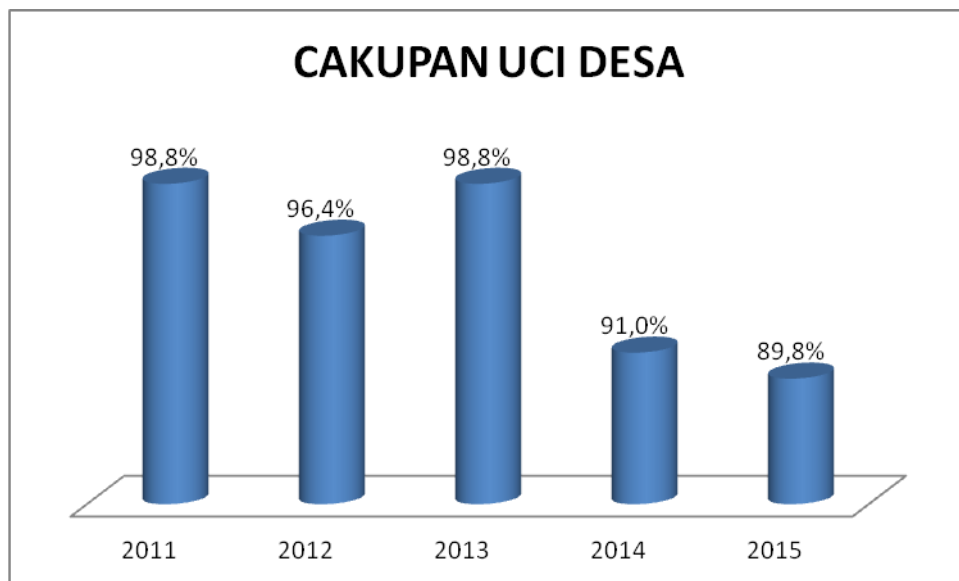
4.1.8 Pelayanan Imunisasi

Pelayanan imunisasi merupakan salah satu upaya untuk melindungi penduduk terhadap penyakit tertentu. Beberapa penyakit menular yang termasuk ke dalam Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) antara lain: difteri, pertusis, *Tetanus neonatorum*, campak, *Acute Flaccid Paralysis* (AFP). Program ini diberikan kepada kelompok yang memiliki risiko tinggi terhadap penyakit menular yaitu bayi, anak usia sekolah, Wanita Usia Subur (WUS), dan ibu hamil.

Pelayanan imunisasi di Indonesia dimulai sejak 1956. Tujuan dari pelayanan imunisasi adalah menurunkan angka kesakitan, kecacatan, dan kematian akibat Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). Pentingnya pemberian imunisasi yang merata sebagai bentuk menekan kejadian PD3I. Penilaian keberhasilan program imunisasi dengan menggunakan indikator angka UCI (*Universal Child Immunization*) desa.

Penggunaan UCI pada awalnya dijabarkan sebagai bentuk melengkapi cakupan imunisasi lengkap minimal 80% untuk tiga (3) jenis antigen yaitu PD3I, polio, dan campak. Kemudian mulai 2003 indikator perhitungan UCI sudah mencakup semua jenis antigen. Apabila upaya cakupan UCI dihubungkan dengan suatu wilayah, maka hal ini menunjukkan tingkat kekebalan suatu kelompok masyarakat.

Gambar 4.13 Cakupan UCI (*Universal Child Immunization*) Desa di Kabupaten Kediri Tahun 2011-2015



Sumber: Seksi Surveilans Epidemiologi dan Imunisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

4.2 PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT

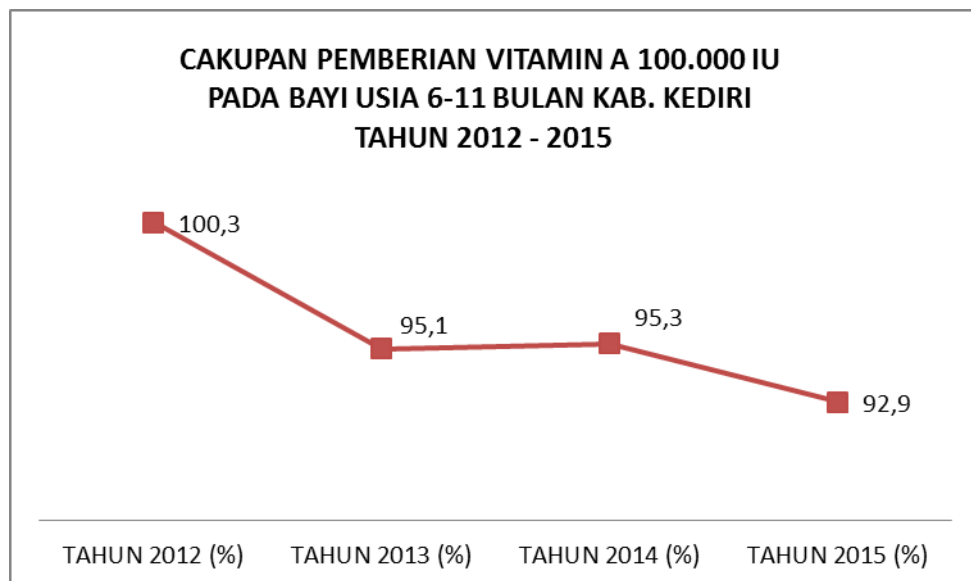
Upaya-upaya perbaikan gizi masyarakat yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri meliputi :

4.2.1 Pemberian Kapsul Vitamin A pada Bayi dan Balita, serta kepada Ibu Nifas

Strategi penanggulangan kurang vitamin A dilaksanakan melalui pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi yaitu kapsul vitamin A biru untuk bayi (6-11 bulan) sebanyak satu kali dalam setahun yaitu pada bulan Februari atau Agustus, dan kapsul vitamin A merah untuk anak balita (1-5 tahun) sebanyak dua kali setahun yaitu tiap Februari dan Agustus.

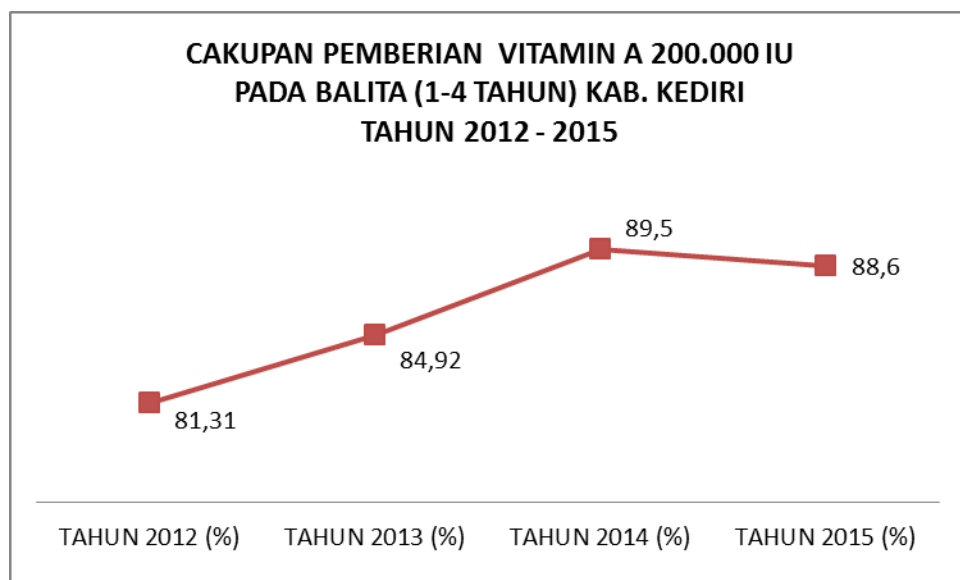
Berdasarkan laporan bulanan Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, cakupan pemberian kapsul vitamin A selama empat tahun terakhir dapat dilihat pada gambar berikut:

Gambar 4.14 Cakupan Pemberian Vitamin A 100.000 IU pada Bayi Umur 6-11 bulan di Kabupaten Kediri Tahun 2015



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Gambar 4.15 Cakupan Pemberian Vitamin A 200.000 IU pada Balita Umur 1-4 tahun di Kabupaten Kediri Tahun 2015



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

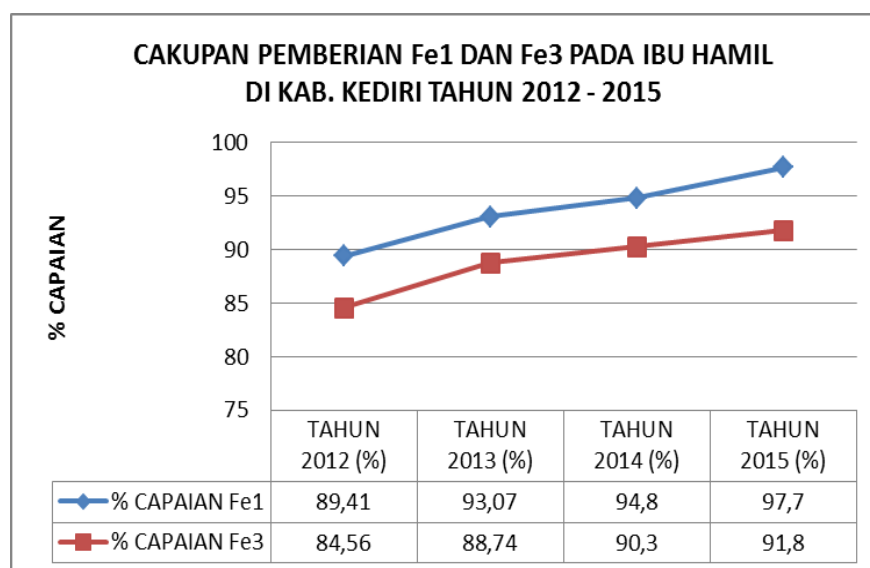
Hasil pencapaian tersebut dipengaruhi oleh jumlah sasaran berdasarkan perkiraan penduduk, keaktifan petugas mendistribusikan kapsul vitamin A dan ibu balita yang menyadari akan pentingnya kapsul vitamin A bagi balitanya.

4.2.2 Pemberian Tablet Besi (Fe) pada Ibu Hamil

Menurut Survei Konsumsi Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001 diketahui bahwa secara nasional prevalensi anemia gizi masih tinggi, yaitu 26,4 % pada Wanita Usia Subur (WUS) dan 40,1% pada ibu hamil. WUS dan ibu hamil merupakan kelompok yang perlu mendapatkan perhatian serius mengingat dampak yang ditimbulkan antara lain resiko perdarahan saat melahirkan dan bayi yang dilahirkan dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Salah satu upaya pencegahan dan penanggulangan anemia gizi yaitu melalui pemberian tablet Fe (zat besi) yang biasanya diberikan pada saat pelayanan antenatal.

Berdasarkan laporan bulanan Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri cakupan pemberian tablet Fe pada ibu hamil selama empat tahun terakhir dapat dilihat pada gambar berikut:

Gambar 4.16 Cakupan Pemberian Fe 1 dan Fe 3 pada Ibu Hamil di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2015



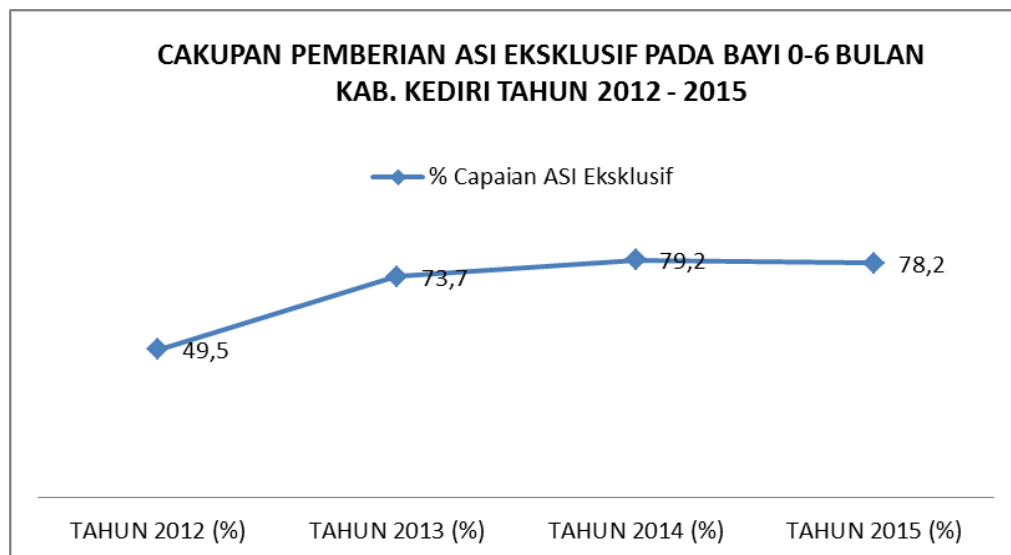
Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Berdasarkan gambar di atas diketahui bahwa cakupan pemberian tablet Fe 1 dan Fe 3 pada ibu hamil mengalami peningkatan dari tahun 2012 sampai dengan 2015. Hal tersebut menunjukkan bahwa kesadaran masyarakat terhadap pentingnya kesehatan ibu hamil sudah mulai meningkat.

4.2.3 ASI Eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja kepada bayi sejak lahir sampai berusia 6 bulan tanpa diberi makanan lain selain ASI. ASI merupakan makanan yang sempurna dan terbaik bagi bayi karena mengandung semua unsur gizi yang dibutuhkan bayi guna pertumbuhan dan perkembangannya yang optimal. Berdasarkan laporan bulanan Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri pencapaian pemberian ASI eksklusif pada bayi dari tahun 2012 sampai 2015 dapat dilihat pada gambar berikut ini:

Gambar 4.17 Cakupan Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi Umur 0-6 Bulan di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2015



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

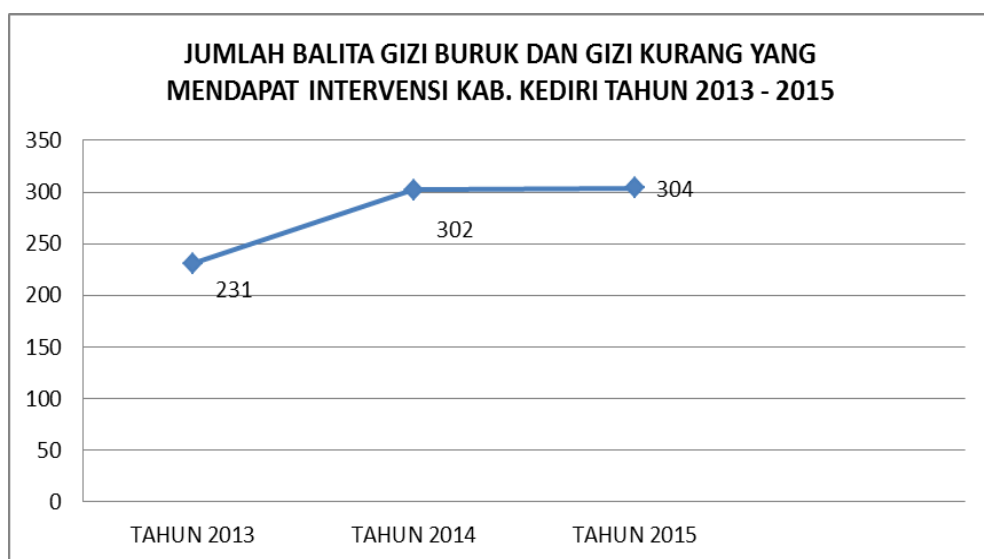
Berdasarkan gambar tersebut diketahui bahwa cakupan pemberian ASI eksklusif mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Cara untuk

menghitung cakupan ASI eksklusif dilakukan dengan menjumlah semua bayi mulai umur 0 – 6 bulan yang diberi ASI eksklusif dan dibandingkan dengan jumlah bayi yang diperiksa. Sosialisasi pemberian ASI eksklusif melalui lintas sektor dan program, posyandu, LSM, PKK, serta tokoh masyarakat sangat efektif untuk meningkatkan kesadaran akan pentingnya pemberian ASI eksklusif. Adanya penurunan capaian ASI eksklusif dalam satu tahun terakhir dikarenakan masih belum tertibnya pencatatan dan pelaporan dari desa.

4.2.4 Balita Gizi Buruk Mendapat Perawatan

Balita gizi yang dimaksud adalah status/keadaan gizi berdasarkan Berat Badan menurut Umur ($BB/U < -3 SD$). Kasus gizi buruk dapat terjadi karena keadaan kurang gizi tingkat berat yang disebabkan rendahnya konsumsi energi (karbohidrat, protein dan lemak) dalam makanan sehari-hari dan atau disertai penyakit infeksi, sehingga tidak memenuhi Angka Kecukupan Gizi (AKG) dan sering disertai dengan kekurangan zat gizi mikro (vitamin dan mineral). Berikut ini jumlah balita gizi buruk dan gizi kurang yang mendapat perawatan mulai tahun 2013 sampai dengan 2015.

Gambar 4.18 Jumlah Balita Gizi Buruk dan Gizi Kurang yang Mendapatkan Intervensi di Kabupaten Kediri Tahun 2013-2015



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Peningkatan kasus gizi buruk/gizi kurang yang ditemukan sudah mendapatkan intervensi dari Dinas Kesehatan maupun sumber lain berupa Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan berupa susu balita.

4.3 KEJADIAN LUAR BIASA (KLB)

Kejadian Luar Biasa dimaksud adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan atau kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu. Jumlah KLB di Kabupaten Kediri antara tahun 2010-2014 seperti pada tabel berikut.

Tabel 4.4 Jumlah KLB Ditangani < 24 jam di Kabupaten Kediri Tahun 2010-2015

Tahun	Jumlah KLB Ditangani < 24 Jam
2010	34
2011	16
2012	12
2013	19
2014	15
2015	9

Sumber : Seksi Pengamatan Penyakit dan Imunisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2015

4.4 PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN DAN ASURANSI KESEHATAN

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang secara efektif diberlakukan sejak tanggal 01 Januari 2014 yang lalu, merupakan amanat konstitusi yaitu UUD 1945 Pasal 28 H ayat 3. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), sebagaimana diamanatkan oleh Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Melalui SJSN sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial pada hakekatnya bertujuan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 disebutkan bahwa kepesertaan dalam Jaminan Kesehatan Nasional ini bersifat wajib dan dilakukan secara bertahap sehingga kelak dapat menjangkau seluruh penduduk. Tahap pertama yang telah dimulai sejak 01 Januari 2014, yang menjadi peserta JKN adalah peserta PBI, PNS/TNI/Polri dan keluarganya, peserta Askes dan keluarganya, serta peserta Jamsostek beserta keluarganya.

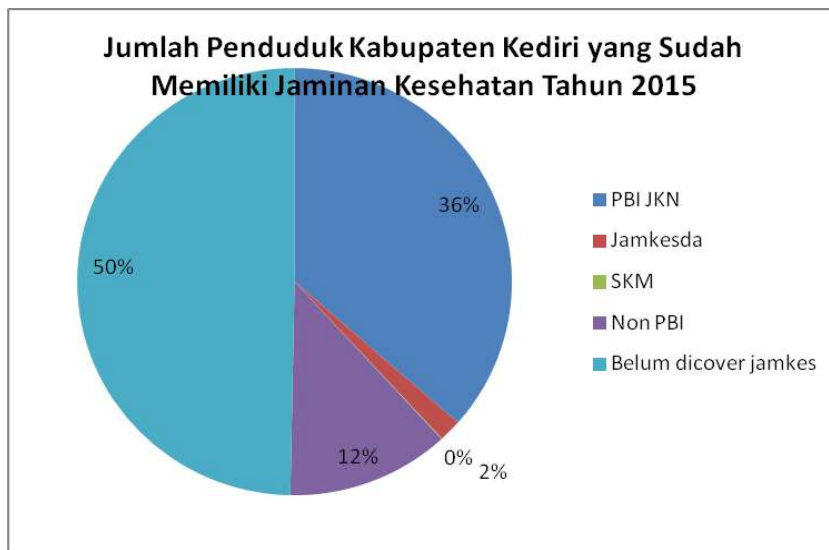
Seluruh penyelenggaraan program jaminan kesehatan yang menyelenggarakan jaminan kesehatan dan telah berlangsung selama ini disatukan dalam satu penyelenggaraan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.

Pemerintah telah menjamin masyarakat miskin dan tidak mampu dengan pembiayaan dari dana APBN dengan nama Penerima Bantuan Iuran (PBI) sedang masyarakat miskin dan tidak mampu yang tidak masuk kuota PBI JKN, Pemerintah Kabupaten Kediri menjamin kesehatannya dalam program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda).

Sebagai akibat makin majunya ilmu dan teknologi kedokteran berakibat makin meningkatnya biaya kesehatan. Hal ini dapat mengakibatkan makin sulitnya masyarakat miskin untuk pemanfaatan layanan kesehatan. Padahal masyarakat miskin juga mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan termasuk pelayanan kesehatan sebagaimana yang diatur dalam UUD 1945 pasal 28 H. Sebagai bentuk mengatasi permasalahan ini yang dinilai menjanjikan banyak harapan adalah penerapan program jaminan kesehatan. Tentang jaminan kesehatan ini pemerintah telah mengeluarkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

beberapa penduduk di Kabupaten Kediri sudah memiliki jaminan kesehatan yang dicakup oleh program jaminan kesehatan termasuk mereka yang masyarakat miskin. Seperti yang terdapat dalam grafik dibawah ini:

Gambar 4.19 Jumlah Penduduk Kabupaten Kediri yang Sudah Memiliki Jaminan Kesehatan Tahun 2015



Sumber: Seksi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Berdasarkan gambar diagram di atas terlihat bahwa penduduk di wilayah Kabupaten Kediri yang sudah memiliki jaminan kesehatan adalah program JKN bagi peserta PBI (eksJamkesmas) sebanyak 36% kemudian diikuti oleh program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) sebesar 2% dan yang paling kecil adalah dari jaminan kesehatan daerah lainnya (SKM) sebesar 0,003%. Sedangkan untuk peserta JKN yang berasal dari Non PBI (Pekerja Penerima Upah (PPU), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja) sebanyak 12%. Bagi masyarakat yang belum mendapatkan jaminan kesehatan sebesar 50%. Diharapkan 2019 nanti seluruh penduduk Kabupaten Kediri sudah menjadi Peserta JKN baik yang dari Peserta PBI maupun dari Peserta Non PBI.

a. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

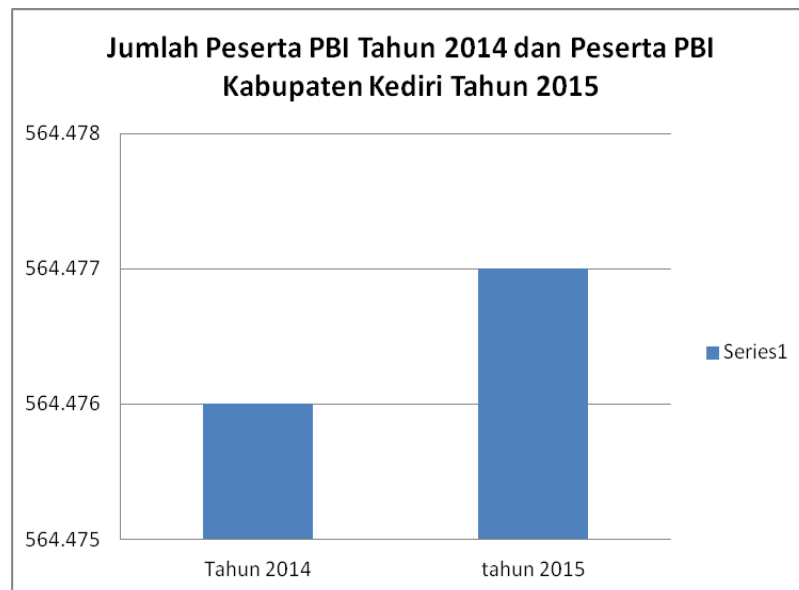
Sejak tahun 2008 pemerintah telah menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dengan sasaran program Jamkesmas terdiri dari masyarakat miskin dan masyarakat tidak mampu.

Jamkesmas diharapkan keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu dapat diatasi. Adanya program Jamkesmas, derajat kesehatan masyarakat miskin dan tidak mampu dapat ditingkatkan sehingga diharapkan dapat lebih produktif lagi.

Menurut Undang-undang RI Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) pada pasal 60 ayat 1 dan ayat 2 disebutkan bahwa BPJS Kesehatan mulai beroperasi menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada tanggal 1 Januari 2014 dan Kementerian Kesehatan tidak lagi menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Ini berarti bahwa pelaksanaan program Jamkesmas yang dulu dibawah kendali Kementerian Kesehatan, sejak tanggal 1 Januari 2014 sudah diambil alih oleh BPJS Kesehatan termasuk didalamnya kepesertaan Program Jamkesmas yang terdiri dari masyarakat miskin dan masyarakat tidak mampu.

Cakupan kuota kepesertaan jaminan kesehatan untuk peserta PBI (eksJamkesmas) untuk wilayah Kabupaten Kediri pada 2015 ada perubahan sedikit dibandingkan tahun 2014. Jumlah peserta JKN dari peserta PBI tahun 2014 yakni sebesar 564.476 jiwa, sedangkan pada tahun 2015 ada sebesar 564.477 jiwa. Seperti pada grafik di bawah ini:

Gambar 4.20 Jumlah Peserta PBI 2014 dan Peserta PBI 2015 di Kabupaten Kediri



Sumber: Seksi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

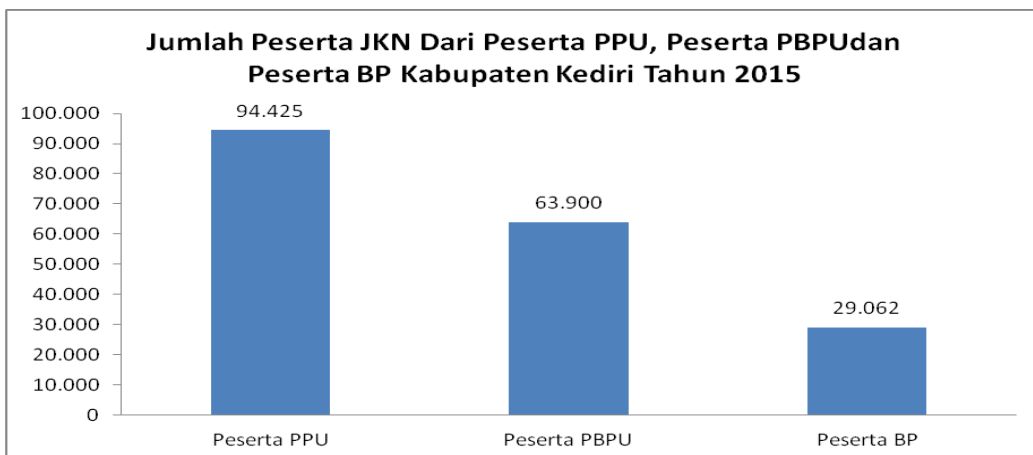
Meskipun adanya perubahan dari program Jamkesmas ke program JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, tetapi untuk kepesertaan program JKN tidak mengalami perubahan jumlah. Mereka yang berasal dari Jamkesmas tetap bisa menjadi peserta JKN yang berubah namanya menjadi peserta PBI. Peserta PBI ini iuran preminya per bulan dibayar oleh pemerintah. Apabila ada masyarakat miskin yang belum tercover oleh program JKN, maka jaminan kesehatannya dapat melalui program Jamkesda yang sudah dianggarkan oleh pemerintah Kabupaten Kediri.

Berdasarkan jumlah kuota peserta PBI 2015 sebesar 564.477 jiwa tersebut ternyata tidak semuanya menerima kartu JKN/KIS. Bagi peserta PBI yang belum menerima kartu JKN/KIS atau Kartu BPJS kesehatan tetapi masuk dalam database kepesertaan PBI BPJS kesehatan tahun 2015, diharapkan peserta PBI yang belum menerima kartu JKN/KIS melapor ke Kantor BPJS kesehatan cabang utama Kediri untuk diproses lebih lanjut.

Selain peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang iurannya dibayarkan oleh pemerintah, kepesertaan program JKN ada yang berasal dari Non PBI, yaitu Pekerja Penerima Upah (PPU) dan anggota keluarganya, Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU/Peserta Mandiri) dan anggota keluarganya serta Bukan Pekerja (BP) dan anggota keluarganya.

Berdasarkan peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) di wilayah kabupaten Kediri yang sudah terdaftar di BPJS kesehatan sebesar 94.425 jiwa. Mereka terdiri dari TNI, Polri, PNS, tenaga kerja perusahaan swasta dan BUMN termasuk anggota keluarganya. Sedangkan untuk peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) atau Peserta Mandiri di wilayah kabupaten Kediri yang sudah terdaftar di BPJS Kesehatan sebesar 63.900 jiwa. Sebesar 29.062 jiwa untuk peserta Bukan Pekerja (BP) atau di wilayah Kabupaten Kediri sudah terdaftar di BPJS Kesehatan.

Gambar 4.21 Jumlah Peserta JKN dari Peserta PPU, Peserta PBPU dan Peserta BP Kabupaten Kediri Tahun 2015



Sumber: Seksi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Manfaat jaminan yang diberikan kepada peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medik. Setiap peserta mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP),

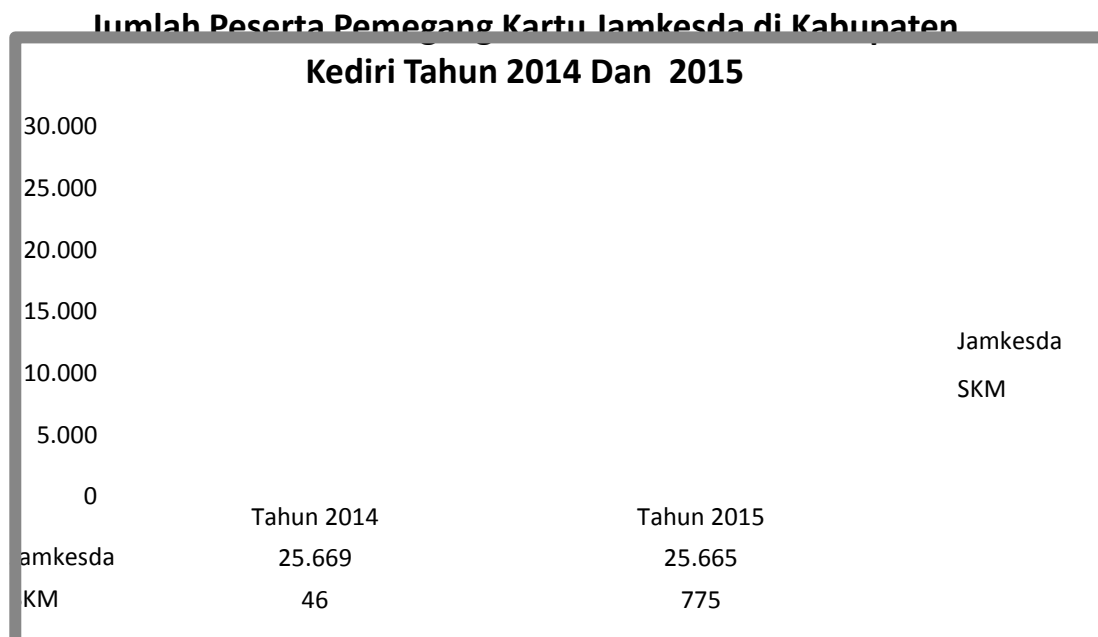
pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL), Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) dan pelayanan Gawat Darurat.

b. Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda)

Sejak bergulirnya program JKN yang dikelola oleh BPJS Kesehatan pada 1 Januari 2014, ternyata masih ada penduduk miskin yang belum terdaftar oleh program JKN. Pemerintah Provinsi Jawa Timur telah mencanangkan program unggulan yaitu Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) sejak 2009. Jamkesda merupakan bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu di luar kuota program JKN dan tidak terdaftar oleh program JKN. Adapun tujuan dari pelaksanaan program Jamkesda adalah meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan kepada seluruh rakyat miskin di Provinsi Jawa Timur agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.

Sebagai bagian dari Pemerintah Provinsi Jawa Timur, pemerintah Kabupaten Kediri juga mengikutsertakan penduduk miskin yang belum terdaftar dalam program JKN dalam program Jamkesda. Peserta program Jamkesda terdiri dari peserta Jamkesda yang pemegang Kartu Jamkesda dan peserta diluar pemegang kartu Jamkesda yakni penduduk miskin yang menggunakan SKM (Surat Keterangan Miskin). Adapun jumlah pemegang kartu Jamkesda pada 2014 dan 2015 seperti pada gambar grafik di bawah ini:

Gambar 4.22 Jumlah Peserta Pemegang Kartu Jamkesda di Kabupaten Kediri Tahun 2014 dan 2015



Sumber: Seksi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

Seperti yang terlihat pada gambar grafik di atas, terlihat ada perbedaan jumlah peserta pemegang kartu Jamkesda pada tahun 2014 dan tahun 2015. Hal ini disebabkan karena peserta pemegang kartu Jamkesda yang pada tahun 2014 ada yang masuk pada kepesertaan program JKN tahun 2015.

Selain pemegang Kartu Jamkesda, program Jamkesda di Kabupaten Kediri juga ada yang pemegang SKM (Surat Keterangan Miskin). Pemegang SKM ini adalah penduduk miskin dan tidak mampu yang tidak masuk dalam database pemegang kartu Jamkesda tahun 2010. Program Jamkesda pemegang SKM ini merupakan inisiatif dari Pemerintah Kabupaten Kediri sejak 2010 karena masih adanya penduduk miskin dan tidak mampu yang tidak terdaftar program Jamkesmas dan program Jamkesda pemegang kartu. Ada sebanyak 46 jiwa penduduk miskin dan tidak mampu yang mengurus SKM pada 2014, sedang pada 2015 penduduk miskin yang mengurus Jamkesda dalam bentuk SKM hanya sebesar 775 jiwa. Adanya program JKN pada 2014 ini menyebabkan

masyarakat yang dulunya ikut Jamkesda pemegang SKM (Surat Keterangan Miskin) mendaftarkan dirinya menjadi peserta JKN yang mandiri.

Manfaat jaminan yang diberikan kepada peserta jamkesda pemegang Kartu dan peserta Jamkesda pemegang SKM dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medik. Setiap peserta mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL), Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) kelas III dan pelayanan Gawat Darurat.

4.5 AKSES DAN MUTU PELAYANAN MASYARAKAT

4.5.1 Sarana Pelayanan Kefarmasian

Kebijakan pemerintah terhadap peningkatan akses obat telah ditetapkan antara lain dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dan Kebijakan Obat Nasional (KONAS). Dalam upaya pelayanan kesehatan, ketersediaan obat dalam jenis yang lengkap, jumlah yang cukup, terjamin kesehatan, ketersediaan obat dalam jenis yang lengkap, jumlah yang cukup, terjamin khasiatnya, aman, efektif dan bermutu dengan harga terjangkau serta mudah diakses adalah sasaran yang harus dicapai.

Di dalam Renstra Kemenkes Tahun 2015-2019, dinyatakan bahwa sasaran hasil program kefarmasian dan alat kesehatan adalah meningkatnya sediaan farmasi dan alat kesehatan yang memenuhi standar dan terjangkau oleh masyarakat. Indikator tercapainya sasaran hasil tersebut pada tahun 2015 yaitu persentase ketersediaan obat dan vaksin sebesar 100%. Untuk mencapai sasaran hasil tersebut, salah satu kegiatan yang dilakukan yaitu peningkatan ketersediaan obat esensial generik di sarana pelayanan kesehatan dasar.

Untuk mendapatkan gambaran ketersediaan obat dan vaksin dilakukan pemantauan ketersediaan obat dan vaksin. Obat yang dipantau ketersediaannya merupakan obat indikator yang digunakan untuk pelayanan kesehatan dasar dan obat yang mendukung pelaksanaan program kesehatan. Jumlah item obat yang dipantau adalah 144 item obat dan vaksin yang terdiri dari 135 item obat untuk pelayanan kesehatan dasar dan 9 jenis vaksin untuk imunisasi dasar.

Pada umumnya kebutuhan obat tercukupi namun ada beberapa yang kosong atau stok tinggal sedikit. Stok yang kosong karena beberapa obat tersebut tidak digunakan di puskesmas, tidak ada usulan permintaan/pengadaan dari puskesmas. Namun demikian sebagian juga karena pada pengadaan sebagian obat tidak bisa terpenuhi jumlahnya sehingga ada kekurangan sebagian item obat.

Sedangkan obat dengan jumlah berlebih diantaranya disebabkan tidak ada laporan pemakaian dari puskesmas secara riil data, terutama obat program, obat tersebut memang sudah jarang/tidak dibutuhkan lagi di pelayanan kesehatan.

4.5.2. Pelayanan Kesehatan Rujukan

Dalam Sistem Kesehatan Nasional dinyatakan bahwa Indonesia menganut sistem rujukan (Referral System). Inilah sebabnya pelayanan kesehatan yang ada di Indonesia dibedakan dalam beberapa strata misalnya S tipe A sampai tipe C. Adapun yang dimaksud dengan sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab secara timbal balik terhadap suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada kepada unit yang lebih mampu atau secara horisontal antar unit-unit yang setara kemampuannya. Pelayanan kesehatan rujukan dan penunjang keduanya merupakan bagian dari upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat. (Wiyono, 1997)

Rumah Sakit di Indonesia wajib melakukan pencatatan dan pelaporantentang semua kegiatan penyelenggaraan Rumah Sakit sebagaimana ketentuan dalam Pasal 52 ayat (1) UndangUndang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. UU Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan informasi Publik (KIP) maka tersedianya data dan Informasi Mutlak dibutuhkan terutama oleh badan layanan umum seperti rumah sakit.

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

4.5.3. Sarana dan Prasarana

PUSKESMAS adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kab/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di satu atau sebagian wilayah kecamatan. (*Kepmenkes 18.2004*). REVITALISASI PUSKESMAS dilaksanakan agar Puskesmas dapat melaksanakan pelayanan kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan perorangan secara serasi dan sinergis sesuai dengan perkembangan IPTEK kesehatan. Selain ketersediaan tenaga kesehatan dalam jumlah dan kualifikasi yang cukup, diperlukan juga dukungan sarana dan prasarana yang memadai agar pelaksanaan pembangunan kesehatan dapat berjalan dengan baik. Situasi sarana kesehatan di Kabupaten Kediri pada tahun 2015 akan diuraikan sebagai berikut.

Pada tahun 2015 di Kabupaten Kediri telah berdiri 37 puskesmas dan 8 diantaranya adalah puskesmas dengan perawatan yaitu Puskesmas Mojo, Puskesmas Semen, Puskesmas Ngadiluwih, Puskesmas Wates, Puskesmas Kandangan, Puskesmas Papar, Puskesmas Grogol, dan Puskesmas Kayenkidul. Untuk Puskesmas Grogol dan Puskesmas Kayenkidul pelayanan rawat inapnya belum aktif. Guna memperluas jangkauan pelayanan puskesmas, dikembangkan puskesmas pembantu (Pustu) yang seluruhnya berjumlah 80 buah. Selain itu, terdapat sarana puskesmas keliling roda empat sebanyak 41 unit yang dapat menjangkau seluruh daerah di wilayah Kabupaten Kediri dan ambulans 2 unit. Selain itu, ada 15 Ponkesdes, Polindes sebanyak 228 tempat, Poskesdes 344 tempat, Posyandu sebanyak 1.726, dan Pos UKK sebanyak 4 tempat di Kabupaten Kediri.

Untuk pelayanan kesehatan rujukan, di Kabupaten Kediri sudah berdiri sebelas rumah sakit yaitu Rumah Sakit Umum Daerah Pare milik Pemerintah,

Rumah Sakit Amelia, Rumah Sakit Toeloeng Rejo milik BUMN , Rumah Sakit Muhammadiyah Surya Melati, Rumah Sakit Muhammadiyah Siti Khodijah, RS Aura Syifa, RS Wilujeng, ketujuh rumah sakit tersebut menyediakan pelayanan untuk umum. Sedangkan Rumah Sakit Kasih Bunda, Rumah Sakit Bedah Arga Husada, RSIA Nuraini dan RSIA permata Hati menyediakan pelayanan khusus.

4.6 PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT

PHBS di rumah tangga adalah upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar tahu, mau dan mampu melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat yang bertujuan untuk mencapai rumah tangga sehat.

Rumah Tangga ber-PHBS adalah rumah tangga yang seluruh anggotanya berperilaku hidup bersih dan sehat, yang meliputi 10 indikator yaitu persalinan di tolong oleh tenaga kesehatan, memberi bayi ASI eksklusif, menimbang balita setiap bulan, menggunakan air bersih, mencuci tangan dengan air bersih dan sabun, menggunakan jamban sehat, memberantas jentik di rumah sekali seminggu, makan sayur dan buah setiap hari, melakukan aktivitas fisik setiap hari, dan tidak merokok di dalam rumah.

Di bawah ini adalah hasil survey rumah tangga yang ada di wilayah Kabupaten Kediri tahun 2015 sebanyak 457.609, yang dipantau 41.500 rumah tangga dengan hasil 50,1% rumah tangga be-PHBS. Sedangkan target dari propinsi Jawa Timur adalah 65%, ini berarti cakupan PHBS di wilayah Kabupaten Kediri masih di bawah target Propinsi Jawa Timur ini dikarenakan : belum maksimalnya pelaksanaan survey PHBS di Rumah tangga yang dilakukan oleh kader dan petugas kesehatan, luas wilayah juga menjadi kendala dalam pelaksanaan kegiatan survey, belum maksimalnya pembinaan tentang PHBS di tingkat Kecamatan dan desa, kurang terampilnya kader dalam pelaksanaan survey PHBS di tingkat rumah tangga.

4.7 KEADAAN LINGKUNGAN

Untuk memperkecil resiko terjadinya penyakit atau gangguan kesehatan sebagai akibat dari lingkungan yang kurang sehat, Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri telah mengkoordinir berbagai upaya untuk meningkatkan kualitas lingkungan, diantaranya dengan pembinaan kesehatan lingkungan pada institusi,

akses air bersih dan jamban, sarana sanitasi dasar, sarana pengolahan air limbah dan pengawasan tempat-tempat umum. Hasil kegiatan kesehatan lingkungan dapat dilihat sebagai berikut :

a. Rumah Sehat

Menurut WHO rumah sehat dapat diartikan sebagai tempat berlindung/ bernaung dan tempat untuk beristirahat, sehingga menumbuhkan kehidupan yang sempurna baik fisik, rohani maupun sosial. Persyaratan Rumah Sehat menurut Winsloe dan APHA harus memenuhi persyaratan antara lain :

1. Memenuhi kebutuhan *physiologis*.
Antara lain pencahayaan (baik alami maupun buatan), ventilasi/ penghawaan dan kebisingan.
2. Memenuhi kebutuhan *psycologis*.
Antara lain cukup aman dan nyaman bagi masing – masing penghuni, mempunyai ruang untuk berkumpulnya anggota keluarga, mempunyai halaman yang ditanami pepohonan serta penataan perabotan yang sesuai
3. Mencegah penularan penyakit.
Meliputi tersedianya air minum dan air bersih yang memenuhi persyaratan kesehatan, bebas dari vektor penyakit, tersedianya tempat pembuangan sampah serta air limbah.
4. Mencegah terjadinya kecelakaan.
Meliputi bahan/ material untuk membangun rumah harus berkualitas baik, dikerjakan oleh orang-orang yang berpengalaman, dinding dapur dekat tungku dilapisi oleh bahan yang tahan terhadap api sehingga tidak mudah terbakar dll.

Dari 26 kecamatan di Kabupaten Kediri, didapat data pada tahun 2015 menyebutkan terdapat jumlah total rumah sebanyak 393.758 rumah. Dari sekian banyak rumah, yang dibina mencapai 52.024 rumah. Dan didapatkan hasil sebesar 29.359 rumah yang termasuk dalam kategori rumah sehat, atau 56,43%. Penilaian rumah sehat ada 5 kategori yaitu tentang sarana air bersih, tempat pembuangan kotoran , Bangunan rumah, sarana pembuangan air limbah dan kondisi lingkungan termasuk pemanfaatan pekarangan serta kandang.

b. Penduduk Dengan Akses Berkelanjutan Terhadap Air Minum Berkualitas (Layak)

Air bersih merupakan kebutuhan yang mendasar bagi kehidupan manusia, karena air bersih dipergunakan dalam memenuhi aktifitas manusia seperti mandi, mencuci dan sebagainya. Hal ini tentu akan memerlukan akses air bersih baik dari segi kualitas maupun kuantitas air bersih, yakni tersedia sarana air bersih dengan kapasitas minimal 60 liter/ orang/ hari dan dari segi kualitas memenuhi persyaratan kualitas air bersih/ minum (fisik, kimia dan bakteriologi). Sumber air bersih terbagi menjadi 3 yakni PDAM/ perpipaan mandiri, Sumur Gali/ bor dan air kemasan/ isi ulang.

Sumber air minum yang digunakan oleh masyarakat dibedakan menurut sumur gali terlindung, sumur gali dengan pompa, terminal air, mata air terlindung, penampungan air hujan, dan perpipaan. Dari data yang ada diketahui bahwa jumlah sumur gali terlindung sebanyak 124.696 sarana, dimana yang memenuhi syarat sebanyak 57.594 sarana. Sedangkan penduduk pengguna sumur gali terlindung yang memenuhi syarat sebanyak 228.006 orang. Untuk sumur gali dengan pompa sebanyak 58.328 buah, yang memenuhi syarat sebanyak 36.775 buah menurut data yang ada. Penduduk pengguna sumur gali dengan pompa memenuhi syarat sebanyak 147.209 orang. Sedangkan pengguna sumur bor dengan pompa sebanyak 462.552, 336.496 orang pengguna sarana yang memenuhi syarat dari 97.861 sarana yang memenuhi syarat. Untuk terminal air jumlah sarana 1.186 buah, 366 buah memenuhi syarat, sarana perpipaan yang terdata sejumlah 43.878 buah dimana sebanyak 35.301 sarana memenuhi syarat yang digunakan oleh 121.490 penduduk. Untuk sarana penampungan air hujan data tidak lengkap. Dari gambaran di atas diketahui bahwa penduduk dengan akses berkelanjutan terhadap air minum yang layak sejumlah 833.874 orang atau sebanyak 53,91%.

c. Sarana Tempat – Tempat Umum

Tempat-tempat umum merupakan suatu sarana yang dikunjungi oleh banyak orang sehingga dikhawatirkan dapat menjadi sumber penyebaran penyakit. Yang termasuk tempat – tempat umum antara lain adalah hotel, tempat pariwisata, pasar, tempat ibadah, perkantoran dan institusi pendidikan. Adapun TTU yang dapat dikategorikan sehat adalah TTU yang memiliki sarana air bersih,

tempat pembuangan sampah, sarana pembuangan limbah, ventilasi yang baik serta luas yang sesuai dengan banyaknya pengunjung.

Data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan, menyebutkan bahwa pada tahun 2015 terdapat jumlah TTU berupa sarana pendidikan (SD, SLTP, SLTA),, sarana kesehatan (puskesmas, rumah sakit umum), hotel (bintang, non bintang).

Sarana pendidikan berjumlah 1.119 sarana, sedangkan jumlah sarana pendidikan yang memenuhi syarat sebanyak 928 sarana (82,9%). Sedangkan sarana kesehatan yang ada 50 sarana, 47 diantaranya memenuhi syarat, dan sarana hotel ada 18 sarana. Jadi dari 996 Tempat-Tempat Umum yang ada 83,9% diantaranya memenuhi syarat kesehatan.

d. Sarana Tempat Makanan dan Depot Air Minum

Makanan termasuk kebutuhan dasar terpenting dan sangat esensial dalam kehidupan manusia. Salah satu ciri makanan yang baik adalah aman untuk dikonsumsi. Jaminan akan keamanan pangan merupakan hak asasi masyarakat/konsumen.

Makanan yang menarik, nikmat, dan tinggi gizinya, akan menjadi tidak berarti sama sekali jika tak aman untuk dikonsumsi. Menurut Undang-Undang No.7 tahun 1996, keamanan pangan didefinisikan sebagai suatu kondisi dan upaya yang diperlukan untuk mencegah pangan dari kemungkinan cemaran biologis, kimia, dan benda lain yang dapat mengganggu, merugikan, dan membahayakan kesehatan manusia.

Makanan yang aman adalah yang tidak tercemar, tidak mengandung mikroorganisme atau bakteri dan bahan kimia berbahaya, telah diolah dengan tata cara yang benar sehingga sifat dan zat gizinya tidak rusak, serta tidak bertentangan dengan kesehatan manusia. Karena itu, kualitas makanan, baik secara bakteriologi, kimia, dan fisik, harus selalu diperhatikan.

Kualitas dari produk pangan untuk konsumsi manusia pada dasarnya dipengaruhi oleh mikroorganisme. Pertumbuhan mikroorganisme dalam makanan memegang peran penting dalam pembentukan senyawa yang memproduksi bau tidak enak dan menyebabkan makanan menjadi tak layak makan. Beberapa mikroorganisme yang mengontaminasi makanan dapat menimbulkan bahaya bagi yang mengonsumsinya. Kondisi tersebut dapat menyebabkan infeksi dan keracunan makanan.

Sarana Tempat Pengolahan Makanan (TPM) meliputi pengolahan makanan di Restoran/Rumah makan, jasa boga, depot air minum (DAM), makanan jajanan.

Jumlah TPM yang memenuhi syarat higiene sanitasi sebanyak 1.095 sarana (40,50%) Sedangkan TPM yang tidak memenuhi syarat higiene sanitasi sebanyak 742 sarana (27,44%).



SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN



SUMBER DAYA KESEHATAN

Sumber daya kesehatan merupakan salah satu faktor pendukung dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas, yang diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada bab ini, gambaran sumber daya kesehatan diulas dengan menyajikan gambaran keadaan sarana kesehatan, tenaga kesehatan, dan pembiayaan kesehatan.

5.1 SARANA KESEHATAN

Sarana pelayanan kesehatan atau fasilitas kesehatan baik pemerintah maupun swasta yang ada di Kabupaten Kediri pada tahun 2015 meliputi : Rumah Sakit Umum sebanyak 7, yaitu 1 RSUD (Pare), 1 RSUD BUMN (RSUD Toelongrejo), 5 RSUD Swasta (RSUD Surya Melati, RSUD Muhammadiyah Siti Khodijah, RSIA Aura Syifa, RSUD Amelia, RSUD Wilujeng); Rumah Sakit Khusus ada 4 yaitu RSAB Kasih Bunda, RSUD Bedah Arga Husada, RSAB Nuraini dan RSAB Permata Hati; puskesmas ada 37, puskesmas perawatan ada 8, puskesmas non perawatan ada 29, puskesmas pembantu ada 80, puskesmas keliling ada 41, posyandu ada 1.726, klinik 34, apotek ada 102, praktik pengobatan tradisional 153, poskesdes 344, toko obat 14, Gudang Farmasi Kesehatan 1, Pedagang Besar Farmasi (PBF) ada 4, Penyalur Alat Kesehatan (PAK) ada 1, Usaha Kecil Obat Tradisional ada 4.

Sarana Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat

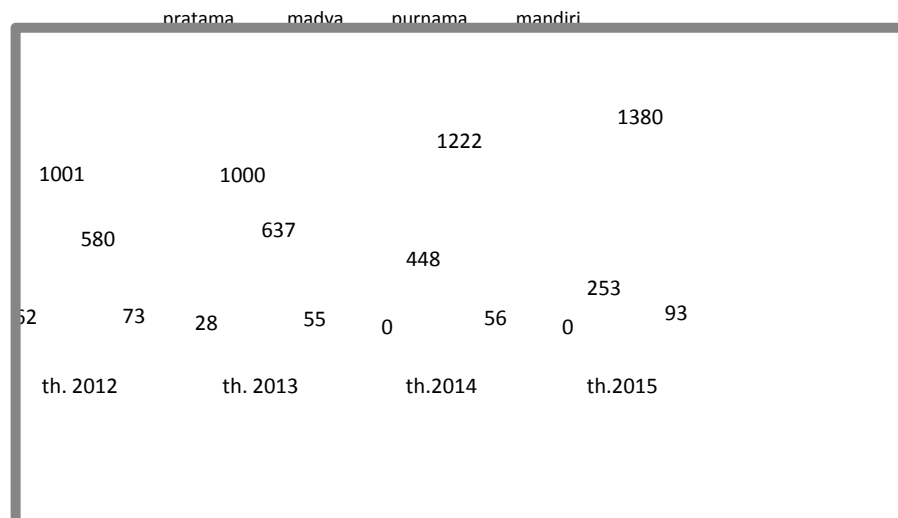
Dengan berbagai cara dan upaya untuk meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, berbagai upaya telah dilakukan termasuk dengan memanfaatkan potensi yang dimiliki oleh masyarakat yaitu dengan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang kegiatannya antara lain melalui posyandu balita dan lansia, Posbindu PTM (Penyakit Tidak Menular) poskesdes, poskestren, Saka Bakti Husada dan desa siaga.

a. Posyandu Balita

Posyandu merupakan salah satu bentuk UKBM yang paling dikenal oleh masyarakat. Posyandu menyelenggarakan minimal 5 prioritas kesehatan yaitu ibu anak, KB, perbaikan gizi, imunisasi dan penanggulangan diare.

Jumlah Posyandu di Kabupaten Kediri pada tahun 2015 sebanyak 1.726 buah dengan strata posyandu dan jumlah yang meningkat dari tahun sebelumnya khususnya strata purnama mandiri, Adanya peningkatan strata posyandu diharapkan meningkat pula kegiatan di dalam posyandu dan keterampilan kader.

Gambar 5.1. Jumlah Posyandu Balita Berdasarkan Strata di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2015



Sumber : Seksi Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2014

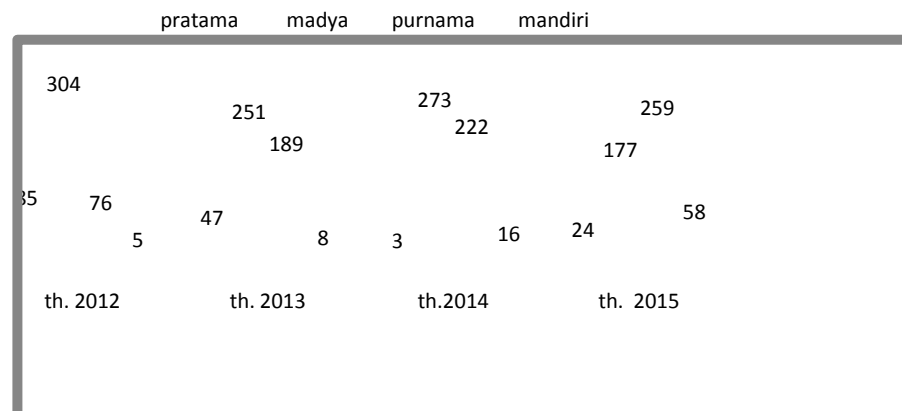
Dari data di atas menunjukkan adanya peningkatan strata posyandu dari tahun sebelumnya. Hal ini dikarenakan meningkatnya peran serta kader serta adanya kegiatan bimbingan teknis dimana dilakukan evaluasi terhadap tiap-tiap posyandu khususnya dalam teknis penilaian yang sesuai buku petunjuk teknis, sehingga jumlah posyandu yang mengalami peningkatan strata terus meningkat.

b. Posyandu Lansia

Posyandu lansia merupakan suatu wadah untuk memberikan pelayanan kesehatan dan pembinaan kepada kelompok usia lanjut dengan melibatkan

peran serta aktif masyarakat melalui kader kesehatan dan kerjasama lintas program dan lintas sektor dalam rangka untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat pada umumnya dan khususnya kelompok usia lanjut. Di Kabupaten Kediri terdapat 518 Pos Posyandu Lansia. Jumlah ini meningkat dari tahun 2014 yang terdapat 514 Pos Posyandu Lansia.

Gambar 5. 2. Jumlah Posyandu Lansia Berdasarkan Strata di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2015



Sumber : Seksi Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2015

c. Posbindu PTM (Pos Binaan Terpadu – Penyakit Tidak Menular)

Posbindu PTM merupakan peran serta masyarakat dalam melakukan kegiatan deteksi dini dan pemantauan faktor risiko PTM Utama yang dilaksanakan secara terpadu, rutin, dan periodik. Faktor risiko penyakit tidak menular (PTM) meliputi merokok, konsumsi minuman beralkohol, pola makan tidak sehat, kurang aktifitas fisik, obesitas, stres, hipertensihiperglikemi, hiperkolesterol serta menindak lanjuti secara dini faktor risiko yang ditemukan melalui konseling kesehatan dan segera merujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan dasar. Kelompok PTM Utama adalah diabetes melitus (DM), kanker, penyakit jantung dan pembuluh darah (PJPD), penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), dan gangguan akibat kecelakaan dan tindak kekerasan. Di Kabupaten Kediri masih terdapat 43 Pos Posbindu PTM.

d. Taman Posyandu

Taman posyandu adalah kegiatan terintegrasi pengembangan posyandu purnama atau mandiri yang diberi tambahan layanan Pengembangan Anak Usia Dini (PAUD) dan Bina Keluarga Balita (BKB). Dengan 3 Kegiatan yaitu Posyandu bertujuan untuk deteksi dini tumbuh kembang balita. BKB bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan orang tua dalam pembinaan tumbuh kembang anak 0-5 tahun. PAUD bertujuan untuk pembinaan anak sejak lahir sampai dengan 6 tahun yang dilakukan melalui pemberian rangsangan pendidikan untuk membantu pertumbuhan dan perkembangan jasmani dan rohani agar anak memiliki kesiapan dalam memasuki pendidikan lebih lanjut. Sejak di mulainya pembentukan Taman Posyandu di tahun 2011 sampai dengan 2015 di Kabupaten Kediri terdapat 414 taman Posyandu.

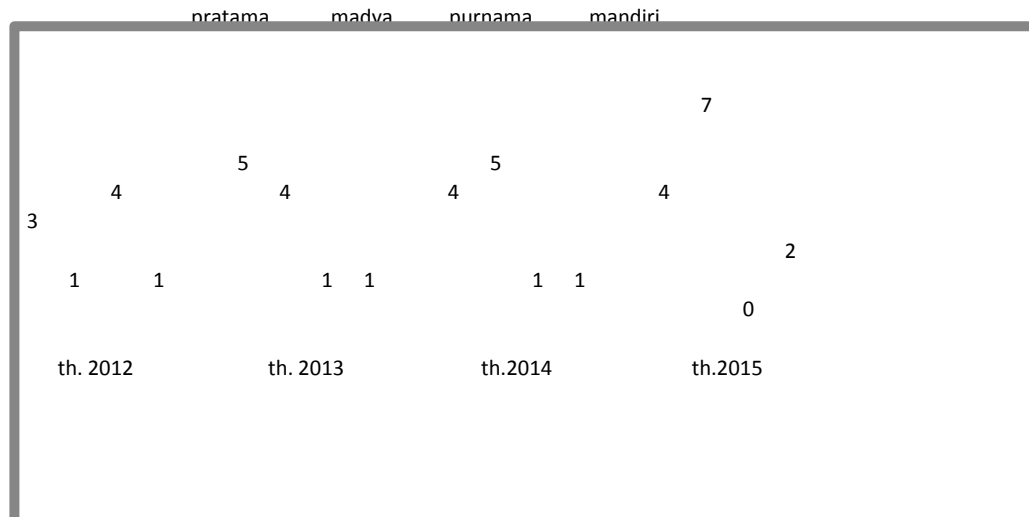
e. Saka Bakti Husada (SBH)

Saka Bakti Husada merupakan wadah gerakan kepramukaan penegak dan pandega untuk pengembangan pengetahuan, pembinaan keterampilan, penambahan pengalaman dan pemberian kesempatan membaktikan dirinya kepada masyarakat dalam bidang kesehatan. Kegiatan SBH meliputi 6 Krida antara lain krida Krida Bina Lingkungan Sehat Krida Bina Keluarga Sehat Krida Penanggulangan Penyakit Krida Bina Gizi Krida Bina Obat Krida Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Sampai saat ini di kabupaten Kediri masih terbentuk 7 Pangkalan SBH.

f. Poskestren

Poskestren adalah pesantren yang memiliki kesiapan dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah- masalah kesehatan, secara mandiri sesuai dengan kemampuannya. Sebagai salah satu UKBM diharapkan poskestren mampu menjadi wadah kegiatan kesehatan yang ada di pondok pesantren. Di Kabupaten Kediri masih terdapat 13 poskestren.

Gambar 5.3. Jumlah Poskestren Berdasarkan Strata di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2015

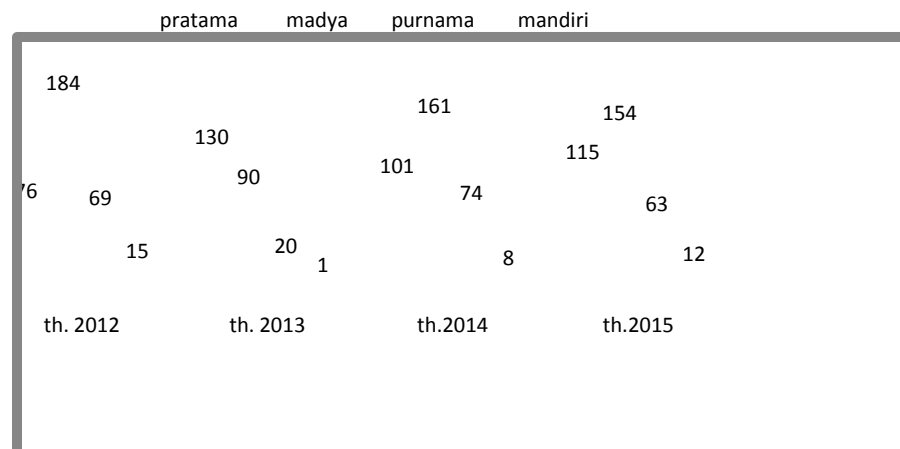


Sumber : Seksi Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2015

g. Poskesdes (Pos Kesehatan Desa)

Poskesdes adalah Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka mendekatkan/ menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa. Poskesdes dapat dikatakan sebagai sarana kesehatan yang merupakan pertemuan antara upaya-upaya masyarakat dan dukungan pemerintah. Pelayanannya meliputi upaya-upaya promotif, preventif, dan kuratif yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan (terutama bidan) dengan melibatkan kader atau tenaga sukarela lainnya.

Gambar 5.4. Jumlah Poskesdes Berdasarkan Strata di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2015



Sumber : Seksi Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2015

Dari gambar tersebut terlihat bahwa strata poskesdes di Kabupaten Kediri terbanyak ada pada strata madya yaitu 154 Poskesdes. Hal ini dikarenakan masih banyak poskesdes yang belum ada gedung sendiri dan masih gabung dengan balai desa setempat.

h. Desa Siaga

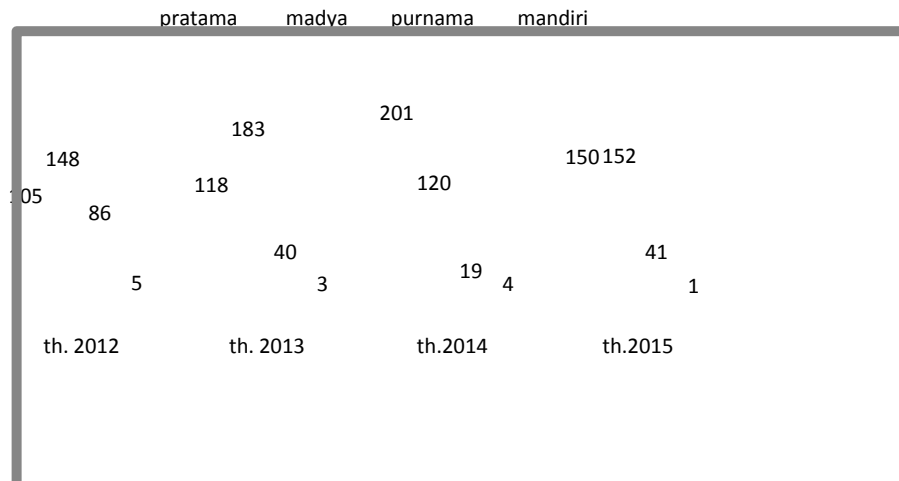
Desa Siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya serta kemauan dan kemampuan untuk mencegah dan mengatasi masalah, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. Jumlah desa siaga yang sudah terbentuk di Kabupaten Kediri sebanyak 344 buah dari seluruh total jumlah desa.

Tabel 5.1. Kondisi Bangunan dan Sarana Pendukung Puskesmas Kabupaten Kediri Tahun 2015

No	Sarana	Jumlah	Kondisi			
			Baik	Rusak Ringan	Rusak Sedang	Rusak Berat
1	Puskesmas	37	10	24	3	-
2	Pustu	80	46	33	-	1
3	Rumah Dinas	37	-	37	-	-
4	Pusling Roda 4	41	32	6	-	3

Sumber : Subbag Umum dan Perlengkapan Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2015

Gambar 5.5. Jumlah Desa Siaga berdasarkan Strata di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2015



Sumber : Seksi Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2015

Dari gambar di atas terlihat perkembangan desa siaga di Kabupaten Kediri yaitu masih banyak Desa yang berada pada strata Madya. Hal ini dikarenakan belum optimalnya dukungan dari lintas sektor dan lintas program dalam pengembangan Desa Siaga.

5.2 TENAGA KESEHATAN

Sumberdaya manusia (SDM) merupakan salah satu faktor penggerak utama dalam mencapai tujuan program pembangunan dan keberhasilan proses pembangunan kesehatan salah satunya ditentukan oleh keberadaan SDM kesehatan yang berkualitas. Peningkatan kualitas SDM kesehatan dilaksanakan melalui pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan.

Data Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDM Kesehatan) yang terkumpul di Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri belum sepenuhnya dapat menggambarkan SDM Kesehatan secara lengkap, dikarenakan :

1. Dinas Kesehatan belum memiliki data SDM Kesehatan secara lengkap terutama dari rumah sakit baik milik pemerintah maupun swasta, klinik, sarana pelayanan kesehatan lain, maupun data SDM Kesehatan di Institusi Diknakes/ Diklat.
2. Belum ada sistem yang handal yang mengatur manajemen pengumpulan data SDM di daerah.

Jumlah tenaga kesehatan Kabupaten Kediri pada tahun 2015 sebanyak 2.740 orang dengan proporsi terbesar adalah perawat 830 orang dengan rasio 53,76 per 100.000 penduduk, kemudian tenaga bidan 606 orang dengan rasio 79,12 per 100.000 penduduk, jumlah dokter spesialis 131 orang dengan rasio 8,5359 per 100.000 penduduk, jumlah dokter umum 147 orang dengan rasio 9,5785 per 100.000 penduduk, jumlah dokter gigi dan dokter gigi spesialis 64 orang, perawat gigi 48 orang, jumlah tenaga kefarmasian 141 orang , tenaga kesehatan masyarakat 37 orang, tenaga sanitasi 50 orang dan tenaga gizi sebanyak 63 orang.

5.3 PEMBIAYAAN KESEHATAN

Pembiayaan program dan kegiatan Kesehatan di Kabupaten Kediri diperoleh dari berbagai sumber diantaranya dana APBD Kabupaten, APBD Provinsi, APBN, serta Pinjaman/ Hibah Luar Negeri (PHLN).

Total anggaran kesehatan Kabupaten Kediri Tahun 2015 sebesar 394,639,494,709 dari 2,789,122,187,869 total APBD Kabupaten atau sebesar 13.96%.

Tabel 5.2. Anggaran Kesehatan Kabupaten Kediri Tahun 2015

NO	SUMBER BIAYA	ALOKASI ANGGARAN KESEHATAN	
		Rupiah	%
1	2	3	4
	ANGGARAN KESEHATAN BERSUMBER:		
1	APBD KAB/KOTA	389,312,758,709	98.65
	a. Belanja Langsung	289,297,313,809	
	b. Belanja Tidak Langsung	100,015,444,900	
2	APBD PROVINSI	197,623,000	0.05
	a. APBD Provinsi Program Gizi	21,250,000	
	b. Bantuan Keuangan Provinsi Program Promkes	176,373,000	
3	APBN :	4,626,001,000	1.17
	a. Dana Dekonsentrasi (Program Gizi)	16,275,000	0.00
	b. Dana Dekonsentrasi Program Penyakit Tidak Menular (PTM)	57,882,000	
	c. Dana Tugas Pembantuan Kabupaten/Kota	4,551,844,000	1.15
	d. Lain-lain (sebutkan)		0.00
4	PINJAMAN/HIBAH LUAR NEGERI (PHLN)	503,112,000	0.13
	Hibah Luar Negeri :		
	a. Global Fund (GF) Program HIV	374,950,000	
	b. Global Fund (GF) Program TB	31,527,000	
	c. NLR Program Kusta	7,900,000	
	d. BLN GAVI Sosialisasi PIN Polio	88,735,000	
5	SUMBER PEMERINTAH LAIN		0.00
TOTAL ANGGARAN KESEHATAN		394,639,494,709	
TOTAL APBD KAB/KOTA		2,789,122,187,869	
% APBD KESEHATAN THD APBD KAB/KOTA			13.96
ANGGARAN KESEHATAN PERKAPITA		255,119.16	

Sumber : Tabel 79 lampiran Profil Kesehatan Kabupaten Kediri Tahun 2015



PENUTUP



PENUTUP

Penyusunan profil kesehatan sebagai salah satu instrumen dalam Sistem Informasi Kesehatan Daerah disadari maupun tidak memegang peran penting bagi semua pihak yang terlibat dalam pembangunan. Hal ini karena data dan informasi merupakan sumber daya strategis bagi organisasi maupun individu dalam menjalankan sistem manajemen yaitu dalam proses perencanaan sampai dengan pengambilan keputusan. Keputusan yang baik dapat dihasilkan apabila ditunjang dengan data yang akurat dan validitasnya tidak diragukan.

Sangat disadari bahwa butuh perjuangan lebih untuk dapat memenuhi kebutuhan akan data dan informasi kesehatan agar dapat diperoleh potret terinci dari situasi kesehatan di suatu wilayah, akan tetapi dari seluruh pemaparan dalam profil ini, diharapkan dapat diperoleh gambaran secara umum akan situasi dan kondisi pembangunan kesehatan di Kabupaten Kediri selama tahun 2015. Implikasi yang diharapkan setelah mengetahui gambaran umum situasi kesehatan di Kabupaten Kediri, dapat dipergunakan sebagai masukan terutama bagi pembuat kebijakan untuk menyusun perencanaan yang lebih tepat sasaran sehingga pencapaian pembangunan kesehatan di tahun-tahun mendatang dapat lebih baik dari pencapaian sebelumnya.

Hal-hal yang masih perlu mendapat perhatian dari pencapaian pembangunan kesehatan pada tahun 2015 diantaranya adalah perlunya peningkatan koordinasi lintas program dan lintas sektor untuk mempercepat pencapaian tujuan pembangunan kesehatan serta advokasi yang ditujukan kepada pemerintah Kabupaten Kediri terkait pembiayaan kesehatan agar dapat lebih ditingkatkan. Selain itu, promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan juga masih sangat perlu ditingkatkan pelaksanaannya.

Berangkat dari permasalahan yang dihadapi dari penyusunan Profil Kesehatan Kabupaten Kediri tahun 2015 ini, diharapkan kesadaran dan peran serta aktif dari semua pihak untuk membenahi sistem manajemen data agar

kinerja dari masing-masing bidang dapat lebih terukur dan memberikan gambaran yang lebih rinci dari pencapaian masing-masing program serta kontribusinya bagi pencapaian visi dan misi pembangunan kesehatan di Kabupaten Kediri.

Kediri Lagi



**PROFIL KESEHATAN KABUPATEN KEDIRI
TAHUN 2015**