



PROFIL KESEHATAN

PEMERINTAH KABUPATEN KEDIRI DINAS KESEHATAN

Jl. Pamenang No. 1-C Kediri, Telp. 0354-683756 Fax. 0354-680445
Email: dinkes@kedirikab.go.id - Website: dinkes.kedirikab.go.id



Profil Kesehatan Kabupaten Kediri

TAHUN 2016



KATA PENGANTAR



**PROFIL
KESEHATAN
KABUPATEN
KEDIRI TAHUN
2016**

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 2016” 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.

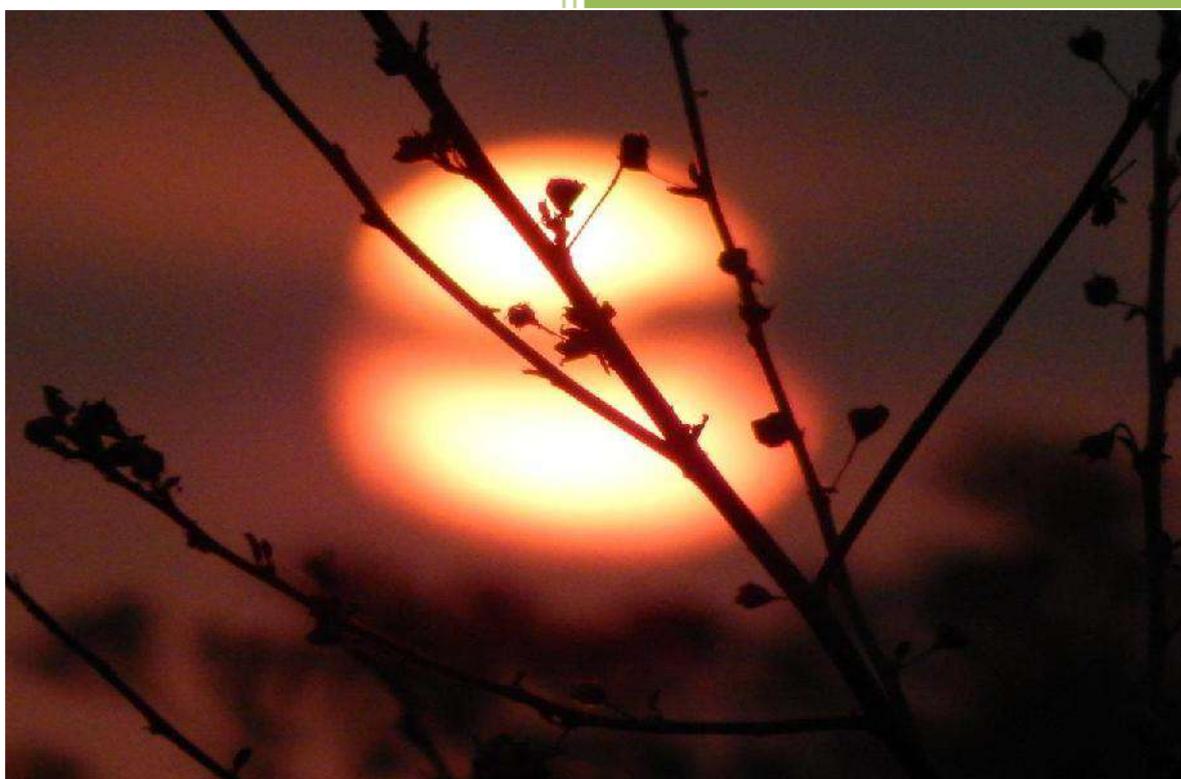
Kediri, Juni 2016
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Kediri



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



DAFTAR ISI



**PROFIL
KESEHATAN
KABUPATEN
KEDIRI TAHUN
2016**

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	3
1.4 Tujuan	5
1.5 Sistematika Penyajian	6
BAB II GAMBARAN UMUM KABUPATEN KEDIRI	7
2.1 Kondisi Geografi	8
2.2 Topografi	9
2.3 Curah Hujan	10
2.4 Pemerintahan	10
2.5 Keadaan Demografi	12
2.6 Pendidikan	13
2.7 Kondisi Ekonomi	14
BAB III SITUASI DERAJAT KESEHATAN	15
3.1. MORTALITAS (ANGKA KEMATIAN)	15
3.1.1 Angka Kematian Ibu (AKI)	16
3.1.2 Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA)	19
3.2. Umur Harapan Hidup (UHH)	24
3.3. MORBIDITAS	24
3.3.1. Penyakit Menular Langsung	24
a. Tuberkulosis	24
b. Kusta	30

	c. IMS dan HIV-AIDS	34
	d. Diare	44
	e. Pneumonia	47
	3.3.2. Penyakit Menular Bersumber Binatang	49
	a. Demam Berdarah Dengue (DBD)	49
	b. Malaria	53
	c. Filariasis (Penyakit Kaki Gajah)	53
	3.3.3. Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I)	54
	a. Difteri	56
	b. Pertusis	56
	c. Tetanus Neonatorum	56
	d. Campak	57
	e. AFP (<i>Acute Flaccid Paralysis</i>)	57
	3.3.4. Penyakit Tidak Menular (PTM)	57
	3.4. STATUS GIZI MASYARAKAT	58
	Pemantauan Status Gizi Balita	58
BAB IV	SITUASI UPAYA KESEHATAN	63
	4.1 PELAYANAN KESEHATAN DASAR	63
	4.1.1 Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak	63
	a. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil (K1 dan K4)	63
	b. Komplikasi Kebidanan Ditangani	65
	c. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin	66
	d. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas	67
	h. Pelayanan Kontrasepsi	69
	i. Kesehatan Anak	70
	4.1.2 Pelayanan Kesehatan Anak Balita dan Anak Pra Sekolah	72
	4.1.3 Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah	72
	4.1.4 Pelayanan Kesehatan Anak Berkebutuhan Khusus	76
	4.1.5 Cakupan Pelayanan Kesehatan Remaja	82
	4.1.6 Cakupan Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut	83
	4.1.7 Pelayanan Kesehatan Reproduksi	85
	4.1.8 Pelayanan Imunisasi	89

4.2 PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT	90
4.2.1 Pemberian Kapsul Vitamin A pada Bayi dan Balita serta kepada Ibu Nifas	90
4.2.2 Pemberian Tablet Besi (Fe) pada Ibu Hamil	92
4.2.3 ASI Eksklusif	93
4.2.4 Balita Gizi Buruk Mendapat Perawatan	95
4.3 KEJADIAN LUAR BIASA (KLB)	96
4.4 PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN DAN ASURANSI KESEHATAN	96
a. Program JKN	97
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	105
4.6 PERILAKU HIDUP BERSIH DAN SEHAT	106
4.7 KEADAAN LINGKUNGAN	107
a. Rumah Sehat	107
b. Penduduk Dengan Akses Berkelanjutan Terhadap Air Minum Berkualitas (Layak)	109
c. Penyehatan Tempat-Tempat Umum	111
d. Penyehatan Tempat Pengelolaan Makanan	111
BAB V SUMBER DAYA KESEHATAN	112
5.1 SARANA KESEHATAN	112
Sarana Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM)	118
a. Posyandu Balita	118
b. Posyandu Lansia	119
c. Posbindu PTM	120
d. Taman posyandu	120
e. Saka Bakti Husada	121
f. Poskestren	121
g. Poskesdes (Pos Kesehatan Desa)	122
h. Desa Siaga	123

5.2 TENAGA KESEHATAN	124
5.3 PEMBIAYAAN KESEHATAN	125
BAB VI PENUTUP	128
Lampiran Tabel Profil Kesehatan Tahun 2015	
Lampiran SPM Kesehatan Tahun 2015	
Lampiran Data Dasar Puskesmas Tahun 2015	



DAFTAR TABEL



PROFIL

KESEHATAN

KABUPATEN

KEDIRI TAHUN

2016

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



**PROFIL
KESEHATAN
KABUPATEN
KEDIRI TAHUN
2016**

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
Gambar 2.1	Peta Wilayah Kabupaten Kediri	9
Gambar 3.1	Jumlah Kematian Ibu di Kabupaten Kediri Tahun 2008-2016	17
Gambar 3.2	Penyebab Kematian Ibu di Kabupaten Kediri Tahun 2015 dan 2016	17
Gambar 3.3	Angka Kematian Ibu di Kabupaten Kediri Tahun 2007-2015	21
Gambar 3.4	Angka Kematian Bayi Berdasarkan Puskesmas di Kabupaten Kediri Tahun 2015	21
Gambar 3.5	Penyebab Kematian Bayi usia 0-7 hari di Kabupaten Kediri Tahun 2015	22
Gambar 3.6	Trend Cakupan Penemuan Kasus RB BTA Positif Baru di Kabupaten Kediri Tahun 2005-2016	25
Gambar 3.7	CDR Kasus TB Per Puskesmas di Kabupaten Kediri Tahun 2016	26
Gambar 3.8	Cakupan Case Notification Rate Per Puskesmas di Kabupaten Kediri Tahun 2016	27
Gambar 3.9	Penderita TB Baru (Semua Type) Menurut Jenis Kelamin di Kabupaten Kediri Tahun 2016	29
Gambar 3.10	Penderita TB BTA Positif Baru Menurut Kelompok Usia di Kabupaten Kediri Tahun 2016	29
Gambar 3.11	Evaluasi Pengobatan Penderita TB BTA Positif Baru di Kabupaten Kediri pada Tahun 2016	30
Gambar 3.12	Penemuan Penderita Kusta di Kabupaten Kediri Tahun 2004-2016	31
Gambar 3.13	Angka Kesakitan Kusta di Kabupaten Kediri Tahun 2004-2016	32
Gambar 3.14	Angka Penemuan Baru Dengan Cacat 2 di Kabupaten Kediri Tahun 2004-2016	33
Gambar 3.15	Angka Penemuan Penderita Kusta Pada Anak di Kabupaten Kediri Tahun 2004-2016	33
Gambar 3.16	Prosentase Type Menular (MB) Pada Penemuan Penderita Kusta di Kabupaten Kediri Tahun 2016	34
Gambar 3.17	Layanan IMS Dan HIV AIDS Kabupaten Kediri Tahun 2016	35
Gambar 3.18	Tren Persentase Positif IMS diantara Kunjungan di Klinik IMS Kabupaten Kediri Tahun 2011-2016	36
Gambar 3.19	Kasus IMS di Kabupaten Kediri Tahun 2016	37
Gambar 3.20	Trend Penemuan Kasus HIV-AIDS Kabupaten Kediri Tahun 1996-2016	40
Gambar 3.21	Kasus HIV AIDS di Kabupaten Kediri Menurut Keadaan Tahun 1996-2016	40
Gambar 3.22	Kasus HIV-AIDS Berdasarkan Jenis Kelamin di Kabupaten Kediri Tahun 2016	41
Gambar 3.23	Kasus HIV-AIDS Berdasarkan Faktor Risiko di Kabupaten Kediri Tahun 2016	41

Gambar 3.24 Kasus HIV-AIDS Berdasarkan Golongan Umur di Kabupaten Kediri Tahun 2016	42
Gambar 3.25 Urutan Kasus HIV Terbesar Menurut Profesi di Kabupaten Kediri Tahun 2016	42
Gambar 3.26 Cascade Layanan PDP di Kabupaten Kediri Tahun 2016	43
Gambar 3.27 Persentase Kantong Darah Positif HIV UTD PMI Kabupaten Kediri Tahun 2001-2016	44
Gambar 3.28 Target Dan Capaian Pelayanan dan Penderita Diare Per Puskesmas di Kabupaten Kediri Tahun 2016	46
Gambar 3.29 Cakupan Pelayanan Kasus Pneumonia Balita di Puskesmas Kabupaten Kediri Tahun 2016	48
Gambar 3.30 Penemuan Penderita Pneumonia Balita Per Bulan di Kabupaten Kediri Tahun 2016	48
Gambar 3.31 Kasus Pneumonia Berdasarkan Kelompok Umur di Kabupaten Kediri Tahun 2016	49
Gambar 3.32 Jumlah Kasus DBD Termasuk Suspect di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016	50
Gambar 3.33 Jumlah Kasus DBD Per Bulan Jan – Des di kab. Kediri 2016	51
Gambar 3.34 Kasus DBD per Kecamatan di Kabupaten Kediri Tahun 2016	51
Gambar 3.35 Kasus DBD per Kecamatan di Kabupaten Kediri Tahun 2016	52
Gambar 3.36 Kasus Filariasis per Puskesmas di Kabupaten Kediri Tahun 1999-2016	54
Gambar 3.37 Cakupan UCI Desa Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016	55
Gambar 3.38 Presentase Status Gizi Balita Menurut Indikator (BB/U) di Kabupaten Kediri Tahun 2016	59
Gambar 3.39 Presentase Balita BGM (Bawah Garis Merah) di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016	60
Gambar 3.40 Tingkat Partisipasi Masyarakat (Capaian D/S) Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016	61
Gambar 3.41 Tingkat Keberhasilan Penimbangan (Capaian Kabupaten Kediri) Tahun 2012-2016	62
Gambar 4.1 Pelayanan Ibu Hamil (K4) di Kabupaten Kediri Tahun 2016	64
Gambar 4.2 Cakupan Penanganan Komplikasi Kebidanan (PK) di Kediri Tahun 2016	65
Gambar 4.3 Cakupan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan (PN) di Kabupaten Kediri Tahun 2016	66
Gambar 4.4 Cakupan Pelayanan Nifas Oleh Tenaga Kesehatan di Kabupaten Kediri Tahun 2016	68
Gambar 4.5 Cakupan Pelayanan Kesehatan Bayi 0 Hari – 12 Bulan (Kunjungan Bayi) di Kabupaten Kediri Tahun 2016	70
Gambar 4.6 Cakupan Penanganan Komplikasi Neounatus di Kabupaten Kediri Tahun 2016	71
Gambar 4.7 Cakupan Pelayanan Anak Balita dan Anak Pra Sekolah	72
Gambar 4.8 Cakupan Hasil Skrining Siswa SD/MI di Kabupaten Kediri Tahun 2016	76
Gambar 4.9 Cakupan Pelayanan Kesehatan Remaja di Kabupaten Kediri Tahun 2016	83
Gambar 4.10 Cakupan Pelayanan Kesehatan Lansia di Kabupaten Kediri Tahun 2011-2016	84
Gambar 4.11 Cakupan Peserta KB Baru di Seluruh Puskesmas Kabupaten Kediri Tahun 2016	85
Gambar 4.12 Cakupan Peserta KB Aktif terhadap PUS di Kabupaten Kediri Tahun 2016	86

Gambar 4.13	Minat PUS Terhadap Metode Kontrasepsi di Kabupaten Kediri Tahun 2016	87
Gambar 4.14	Cakupan Peserta KB Aktif Menurut Pola Penggunaan Kontrasepsi di Kabupaten Kediri Tahun 2016	88
Gambar 4.15	Minat PUS Terhadap Metode Kontasepsi di Kabupaten Kediri Tahun 2016	88
Gambar 4.16	Cakupan UCI (Universal Child Immunization) Desa di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016	90
Gambar 4.17	Cakupan Pemberian Vitamin A 100.000 IU Pada Bayi Umur 6-11Bulan di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016	91
Gambar 4.18	Cakupan Pemberian Vitamin A 200.000 IU Pada Balita Umur 1-4Tahun di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016	91
Gambar 4.19	Cakupan Pemberian Vitamin A 200.000 IU Pada Anak Nifas di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016	92
Gambar 4.20	Cakupan Pemberian Fe 1 dan Fe 3 pada Ibu Hamil di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016	93
Gambar 4.21	Cakupan Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi Umur 0-6 Bulan di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016	94
Gambar 4.22	Jumlah Balita Gizi Buruk Dan Gizi Kurang yang Mendapatkan Intervensi di Kabupaten Kediri Tahn 2012-2016	95
Gambar 4.23	Penduduk Kabupaten Kediri yang Sudah Menjadi Peserta Jaminan Kesehatan Tahun 2016	98
Gambar 4.24	Kunjungan Peserta PBI Ke Puskesmas di Kabupaten Kediri Tahun 2016	99
Gambar 4.25	Jumlah Peserta Pemegang Kartu Jamkesda di Kabupaten Kediri Tahun 2016	102
Gambar 4.26	Kunjungan Pelayanan Kesehatan Peserta Jamkesda di Kabupaten Kediri Tahun 2016	103
Gambar 4.27	Jumlah Rumah Sehat di Kabupaten Kediri Tahun 2015-2016	108
Gambar 4.28	Jumlah Askes Penduduk Berkelanjutan Terhadap Air Minum Berkualitas (Layak) di Kabupaten Kediri Tahun 2016	110
Gambar 4.29	Presentase Kualitas Air Minum di Penyelenggara Air Minum	110
Gambar 4.30	Jumlah TPM yang Memenuhi syarat Hygien Sanitasi di Kabupaten Kediri Tahun 2016	112
Gambar 4.31	Pencanangan Ibu Bupati Kecamatan Ngancar ODF (Open Defecation Free)	114
Gambar 4.32	Kunjungan Ibu Bupati ke Rumah Sakit Salah Satu Warga	115
Gambar 4.33	Data Askes Sanitasi Yang Layak Dikabupaten Kediri Tahun 2016	115
Gambar 4.44	Jumlah Kemajuan Desa ODF di Kabupaten Kediri Tahun 2016	117
Gambar 4.44	Prosentase Desa Yang melaksanakan STBM di Kabupaten Kediri Tahun 2016	117
Gambar 5.1	Jumlah Posyandu Balita Berdasarkan Strata di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016	119
Gambar 5.2	Jumlah Posyandu Lansia Berdasarkan Strata di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016	120
Gambar 5.3	Jumlah Poskestren Berdasarkan Strata di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016	122
Gambar 5.4	Jumlah Poskesdes Berdasarkan Strata di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016	123

Gambar 5.5 Jumlah Desa Siaga Berdasarkan Strata
di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016

124



BAB I - PENDAHULUAN



**PROFIL
KESEHATAN
KABUPATEN
KEDIRI TAHUN
2016**

BAB I PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Untuk Mewujudkan dan Melestarikan Masyarakat Kabupaten Kediri yang Sehat Secara Mandiri, Bermanfaat dan Berkeadilan, salah satunya dilaksanakan dengan cara melaksanakan pelayanan administrasi internal dan pelayanan publik yang bermutu.

Pelaksanaan pelayanan publik yang bermutu diantaranya adalah pelayanan informasi yang meliputi pelayanan kehumasan dan informasi publik. Dalam rangka meningkatkan pelayanan informasi publik di bidang kesehatan, dibutuhkan adanya manajemen dan pengelolaan data dan informasi yang baik, akurat, lengkap dan tepat waktu. Peran data dan informasi kesehatan menjadi sangat penting dan semakin dibutuhkan dalam manajemen kesehatan oleh berbagai pihak. Masyarakat semakin peduli dengan situasi kesehatan dan hasil pembangunan kesehatan yang telah dilakukan oleh pemerintah, terutama terhadap masalah-masalah kesehatan yang berhubungan langsung dengan kesehatan mereka.

Kepedulian masyarakat akan informasi kesehatan ini memberikan nilai positif bagi pembangunan kesehatan itu sendiri. Untuk pengelola program harus bisa menyediakan dan memberikan informasi yang dibutuhkan masyarakat dengan dikemas secara baik, sederhana, informatif dan tepat waktu.

Profil kesehatan merupakan salah satu produk Sistem Informasi Kesehatan yang penyusunan dan penyajiannya dibuat sesederhana mungkin tetapi informatif, untuk dipakai sebagai alat tolok ukur kemajuan pembangunan kesehatan sekaligus juga sebagai bahan evaluasi program-program kesehatan. Profil Kesehatan Kabupaten Kediri adalah gambaran situasi kesehatan yang memuat berbagai data tentang situasi dan hasil pembangunan kesehatan selama satu tahun yang memuat data derajat kesehatan, sumber daya kesehatan, dan capaian indikator hasil pembangunan kesehatan.

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, rokhani 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. Meningkatnya 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.



BAB II - GAMBARAN UMUM



**PROFIL
KESEHATAN
KABUPATEN
KEDIRI TAHUN
2016**

BAB II GAMBARAN UMUM

2.1 KONDISI GEOGRAFI

Kabupaten Kediri mempunyai luas wilayah 1.386,05 Km² atau 138.605 Ha, terdiri dari lahan sawah 47.520 Ha dan lahan non sawah 91.085 Ha (*Kabupaten Kediri Dalam Angka 2016*).

Tabel 2.1
Luas Wilayah Menurut Kecamatan Kabupaten Kediri Tahun 2016

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

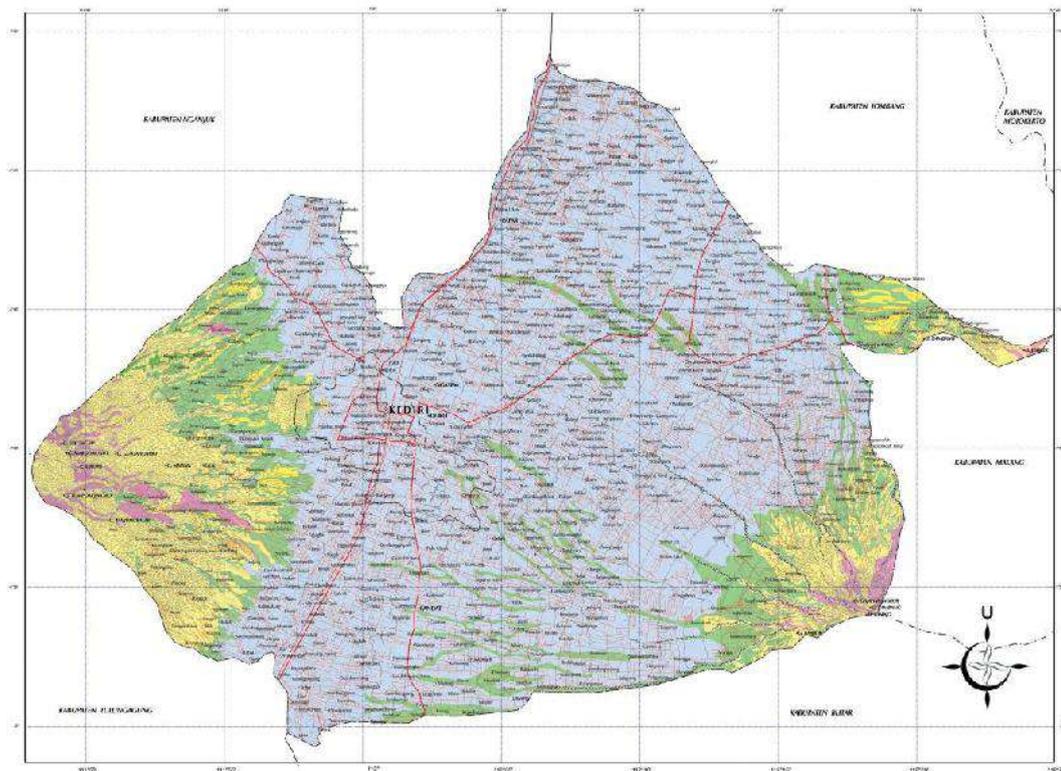
Sumber : Kabupaten Kediri Dalam Angka 2016

Dari tabel di atas terlihat bahwa Kecamatan Kepung memiliki daerah yang paling luas yakni 7.62% dari luas wilayah Kabupaten Kediri, sedangkan daerah

yang paling kecil luas wilayahnya adalah Kecamatan Ngasem yang hanya memiliki 1,35% dari luas wilayah Kabupaten Kediri.

Posisi geografi Kabupaten Kediri terletak antara 111° 47' 05" sampai dengan 112° 18' 20" Bujur Timur dan 7° 36' 12" sampai dengan 8° 0' 32" Lintang Selatan. Kabupaten Kediri diapit oleh lima Kabupaten, yakni Tulungagung (disebelah Barat-Selatan), Nganjuk (Barat-Utara), Jombang (Utara-Timur), Malang (Timur), dan Blitar (Selatan).

Gambar 2.1 Peta Wilayah Kabupaten Kediri



2.2 TOPOGRAFI

Kondisi topografi terdiri dari dataran rendah dan pegunungan yang dilalui aliran sungai Brantas yang membelah dari selatan ke utara. (*Kabupaten Kediri Dalam Angka 2016*).

Berdasarkan topografinya Kabupaten Kediri dibagi menjadi 4 golongan dari luas wilayah, yaitu ketinggian > 0-100 meter dpl seluas 32,45%; ketinggian >100-500 m dpl seluas 53,83%; >500-1000 m dpl membentang seluas 9,98% dan >1000 m dpl membentang seluas 3,7%. (*Profil Kabupaten Kediri 2015*).

2.3 CURAH HUJAN

Pada tahun 2015 tingkat curah hujan rata-rata sekitar 20,05 mm per hari, lebih tinggi dari tahun lalu yang hanya mencapai 15,45 mm per hari. (*Kabupaten Kediri Dalam Angka 2016*).

2.4 PEMERINTAHAN

Pusat Pemerintahan Kabupaten Kediri terletak di kompleks Kantor Bupati Kediri, yang berada di Jalan Pamenang 1C Kediri. Tahun 2015, Pemerintah Kabupaten Kediri memiliki 400 instansi, terdiri dari **9 Badan, 16 Dinas, 3 Kantor** (Kantor Satuan Polisi Pamong Praja (Satpol PP), Kantor Arsip dan Perpustakaan, Kantor Lingkungan Hidup, **4 BUMD** (PDP Margomulyo, PDAM, PD. Canda Bhirawa, Bank Daerah), **26 Kecamatan, 343 Desa, dan 1 Kelurahan**. Sejak 2011 satu dinas berubah menjadi badan, yaitu Dinas PPKAD menjadi BPKAD. Dan sejak 2015 terdapat badan baru yakni BPBD (Badan Penanggulangan Bencana Daerah). Di lingkup kesekretariatan daerah, selain seorang sekretaris Daerah, Pemerintah Kabupaten (Pemkab) mempunyai **3 Asisten** (Asisten Pemerintahan dan Kesejahteraan Rakyat, Asisten Perekonomian dan Pembangunan, Asisten Administrasi umum) dan delapan bagian (Bagian Hukum, Bagian Pemerintahan Umum, Bagian Humas dan Protokol, Bagian Kesra dan Kemasyarakatan, Bagian Perekonomian, Bagian Pembangunan, Bagian Umum, Bagian Organisasi, (*Kabupaten Kediri Dalam Angka 2016, Profil Daerah Kabupaten Kediri 2016*).

Jumlah organisasi RW dan RT berbeda dengan tahun sebelumnya, dimana RW bertambah namun RT berkurang, masing-masing berjumlah 2.773 RW dan 9.317 RT. RT bertambah 52 RT, sedangkan RW berkurang 39 lembaga. (*Kabupaten Kediri Dalam Angka 2016*).

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 2016 jumlah penduduk yang digunakan adalah berdasarkan hasil Sensus Penduduk oleh BPS Jatim Tahun 2010 Proyeksi Penduduk Tahun 2016 sejumlah 1.554.385 jiwa dengan komposisi laki-laki 780.097 jiwa dan perempuan 774.288 jiwa sehingga *sex rasionya* 101

Secara berurutan jumlah penduduk terbanyak terdapat di Kecamatan Pare sejumlah 99.208 jiwa, sedangkan jumlah penduduk terkecil terdapat di Kecamatan Kunjang sejumlah 31.478 jiwa, seperti terlihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 2.2
Jumlah Penduduk Kabupaten Kediri Menurut Persebarannya
Per Kecamatan Tahun 2016

No	Kecamatan	Jumlah Penduduk	%
1	Semen	47.120	3.03
2	Mojo	78.848	5.07
3	Kras	57.489	3.7
4	Ngadiluwih	71.245	4.58
5	Kandat	70.935	4.56
6	Wates	87.020	5.6
7	Ngancar	46.808	3.01
8	Puncu	56.042	3.61
9	Plosoklaten	66.661	4.29
10	Gurah	76.900	4.95
11	Pagu	36.754	2.36
12	Gampengrejo	36.694	2.36
13	Grogol	47.686	3.07
14	Papar	44.924	2.89
15	Purwoasri	64.777	4.17
16	Plemahan	54.849	3.53
17	Pare	99.208	6.38
18	Kepung	98.515	6.34

No	Kecamatan	Jumlah Penduduk	%
19	Kandangan	43.166	2.78
20	Tarokan	55.101	3.54
21	Kunjang	31.478	2.03
22	Banyakan	54.722	3.52
23	Ringinrejo	53.030	3.41
24	Kayen Kidul	45.990	2.96
25	Ngasem	68.045	4.38
26	Badas	60.378	3.88
TOTAL		1.554.385	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 1.055.676 jiwa (67.92%) dan selebihnya sebanyak 498.709 jiwa (32.08%) berusia di bawah 15 tahun dan berusia 65 tahun ke atas. Dari angka tersebut dapat diketahui angka ketergantungan (dependency ratio) Kabupaten Kediri adalah sebesar 47.02%. 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 2015/2016, ada sebanyak 2.154 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. Jumlah ini bertambah 11 lembaga dari tahun sebelumnya. Semua lembaga bertambah kecuali jenjang SMP sederajat. (*Kabupaten Kediri Dalam Angka 2016*).

Indikator yang digunakan untuk mengukur kinerja meningkatkan pemerataan pelayanan pendidikan tahun 2015/16 antara lain : cakupan PAUD realisasi 98.83%, Angka Melek Huruf Penduduk ≥ 15 tahun realisasi 99.75%, Angka Partisipasi Kasar (APK) SD/MI realisasi 109.69%, SMP/MTs realisasi 99.68%, SMA/SMK/MA realisasi 45.70%. Angka Partisipasi Murni (APM) SD/MI realisasi 99.81%, SMP/MTs realisasi 78.34%, SMA/SMK/MA realisasi 33.13%. Angka Putus Sekolah (APS) SD/MI realisasi 0.03%, SMP/MTs realisasi 0.73%, SMA/SMK/MA realisasi 0.70%. Angka melanjutkan sekolah SD/MI ke SMP/MTs realisasi 98.61%, SMP, MTs ke SMA/SMK/MA realisasi 70.34%, sedangkan realisasi 98.61%, SMP, MTs ke SMA/SMK/MA realisasi 70.34%, sedangkan realisasi murid SMA yang tidak mampu dan dibantu 84.03% (*Profil Daerah Kabupaten Kediri Tahun 2016*)

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*).



BAB III - SITUASI DERAJAT KESEHATAN



**PROFIL
KESEHATAN
KABUPATEN
KEDIRI TAHUN
2016**

BAB III

SITUASI DERAJAT KESEHATAN

Memulai *Sustainable Development Goals* (SDGs) yang telah menjadi kesepakatan. Dalam upaya memenuhi pencapaian prioritas pembangunan kesehatan tahun 2015-2019 dalam Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan mendayagunakan segenap potensi yang ada, baik dari pemerintah maupun masyarakat. Pembangunan Kesehatan dimulai dari unit terkecil dari masyarakat. Salah satu yang menjadi prioritas target Nasional tercapai penurunan AKI Dan AKB. Walaupun sampai sat ini sulit dicapai namun sudah seharusnya tetap.

PMK nomor 75 tahun 2014 Tentang Kesmas, Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Sebagai komponen yang tidak terpisahkan dari masyarakat, keluarga memiliki peran signifikan dalam status kesehatan. Keluarga berperan terhadap optimalisasi pertumbuhan, perkembangan, dan produktivitas seluruh anggotanya melalui pemenuhan kebutuhan gizi dan menjamin kesehatan anggota keluarga. Di dalam komponen keluarga, ibu dan anak merupakan kelompok rentan. Hal ini terkait dengan fase kehamilan, persalinan dan nifas pada ibu dan fase tumbuh kembang pada anak. Hal ini yang menjadi alasan pentingnya upaya kesehatan ibu dan anak menjadi salah satu prioritas pembangunan kesehatan di Indonesia.

Ibu dan anak merupakan anggota keluarga yang perlu mendapatkan prioritas dalam penyelenggaraan upaya kesehatan, karena ibu dan anak merupakan kelompok rentan terhadap keadaan keluarga dan sekitarnya secara umum. Sehingga penilaian terhadap status kesehatan dan kinerja upaya kesehatan ibu dan anak penting untuk dilakukan.

3.1. MORTALITAS (ANGKA KEMATIAN)

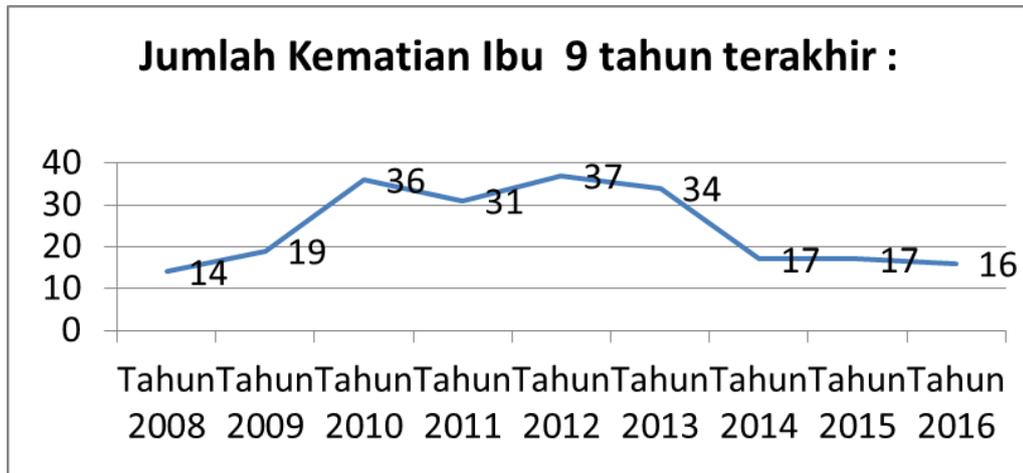
Menilai derajat kesehatan masyarakat dengan menggunakan indikator yang mencerminkan kondisi mortalitas (angka kematian) yang terdiri dari Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Balita (AKABA) dan Angka Kematian Ibu (AKI), serta morbiditas (angka kesakitan) yang terdiri dari angka kesakitan beberapa penyakit serta status gizi pada balita dan dewasa.

3.1.1 Angka Kematian Ibu (AKI)

Keberhasilan upaya kesehatan ibu, di antaranya dapat dilihat dari indikator 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.

Indikator ini tidak hanya mampu menilai program kesehatan ibu, terlebih lagi mampu menilai derajat kesehatan masyarakat, karena sensitifitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan, baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas. Penurunan AKI di Indonesia terjadi sejak tahun 1991 sampai dengan 2007, yaitu dari 390 menjadi 228. Namun demikian, SDKI tahun 2012 menunjukkan peningkatan AKI yang signifikan yaitu menjadi 359 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup. AKI kembali menunjukkan penurunan menjadi 305 kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup berdasarkan hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015. Sedangkan gambaran AKI di Kabupaten Kediri sebagai berikut

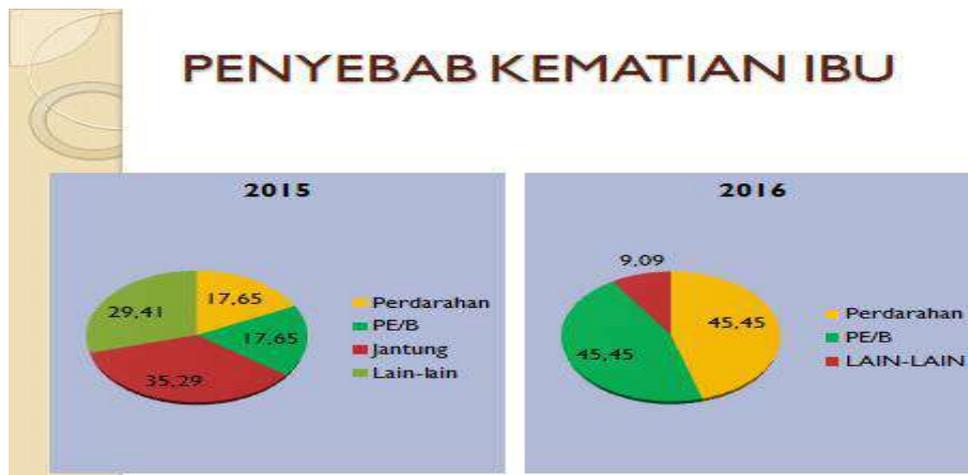
Gambar 3.1 Jumlah Kematian Ibu di Kabupaten Kediri pada Tahun 2008 – 2016



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, Dan Kesehatan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Dari data tersebut mengingatkan kita semua bahwa pada tahun 2012 Kabupaten Kediri pernah menjadi lokus kementerian dengan angka kematian ibu sebanyak 37 jiwa dan patut disyukuri karena pada tahun 2014 dan 2015 kita bisa turun diangka yang sama yaitu 17 baru kemudian tahun 2016 turun menjadi 16 ibu.

Gambar 3.2 Penyebab Kematian Ibu di Kabupaten Kediri Tahun 2015 dan 2016



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, Dan Kesehatan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

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.

Sedangkan untuk penyebab kematian ibu tahun 2016 lebih banyak di dominasi oleh Perdarahan dan Pre Eklamsia Berat masing- masing 45,45% sedangkan sisanya 9,09% dengan penyebab lain-lain. Hal ini sangat berbeda dengan tahun lalu dimana angka PE dan Perdarahan sangatlah kecil yaitu 17,65. Sedangkan pertolongan persalinan 62,5 pertolongan persalinan dibantu SpOG dengan jenis persalinan 55,6% Seksio Sesaria dan 37 % ditolong bidan.

Status obsteri kematian ibu terbanyak ada pada kehamilan pertama yaitu 45,45 % dengan masa kematian paling banyak pada waktu nifas sebanyak 45,45%.

Sebagai upaya penurunan AKI, pemerintah Kabupaten Kediri melalui Dinas Kesehatan sudah sejak tahun 2014 telah meluncurkan Gerakan Peduli Keluarga dengan tujuan mempercepat perbaikan gizi serta kesehatan ibu dan anak yang berfokus pada 1000 hari pertama kehidupan, untuk itu seluruh instansi terkait baik pemerintah maupun swasta melakukan upaya perlindungan, promosi dan dukungan terhadap program percepatan penurunan AKI dan AKB. Program ini memastikan semua peran serta semua pihak untuk berkontribusi terhadap permasalahan kesehatan utamanya kesehatan ibu dan anak. Sehingga diharapkan AKI dan AKB bisa turun secara signifikan.

Program GARPU berupaya menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian neonatal dengan cara : 1) SMS Gawe Way yaitu program SMS untuk mengirimkan data ibu hamil berikut hasil pemeriksaan ke safer sehingga bisa terpantau perkembangan kehamilannya dan apabila terjadi resiko bisa segera ditindaklanjuti 2) MOU Kediri Raya merupakan Kerjasama dengan semua RS PONEK di Kab/Kota untuk memastikan Jejaring Rujukan sasaran Kesehatan Ibu dan Anak 3) Drill Emergensi merupakan Peningkatan Ketrampilan Tenaga Kesehatan utamanya Bidan dalam Penanganan Kegawat Daruratan 4) Penggunaan Buku KIA sebagai buku wajib yang harus diselenggarakan di semua instansi Kesehatan dan menjadi syarat masuk PAUD atau Taman Kanak-kanak 5) Kunjungan Tim RS PONEK ke PONEK dalam melakukan Pembinaan.

Upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, kemudahan mendapatkan cuti hamil dan melahirkan, dan pelayanan keluarga berencana.

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.

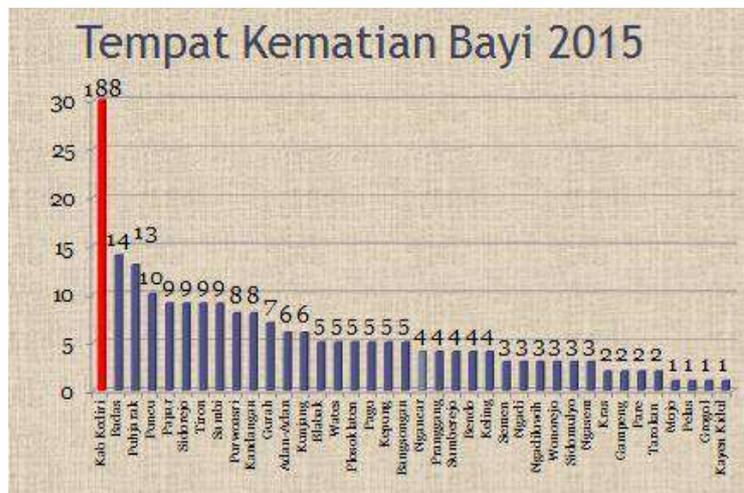
Gambar 3.3 Angka Kematian Bayi di Kabupaten Kediri Tahun 2007-2015



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 3.4 Angka Kematian Bayi Berdasarkan Puskesmas di Kabupaten Kediri Tahun 2015

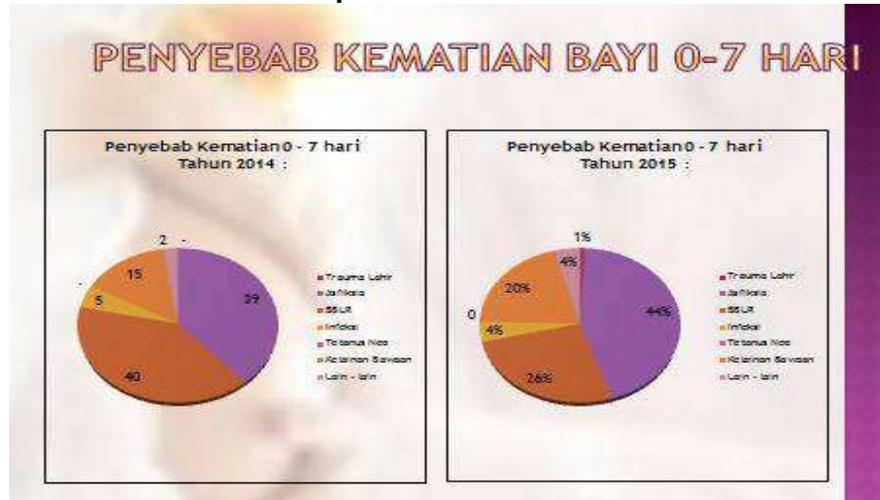


Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Kesehatan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2015

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 3.5 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 jumlahnya 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 refresing antara lain manajemen asfiksia, 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

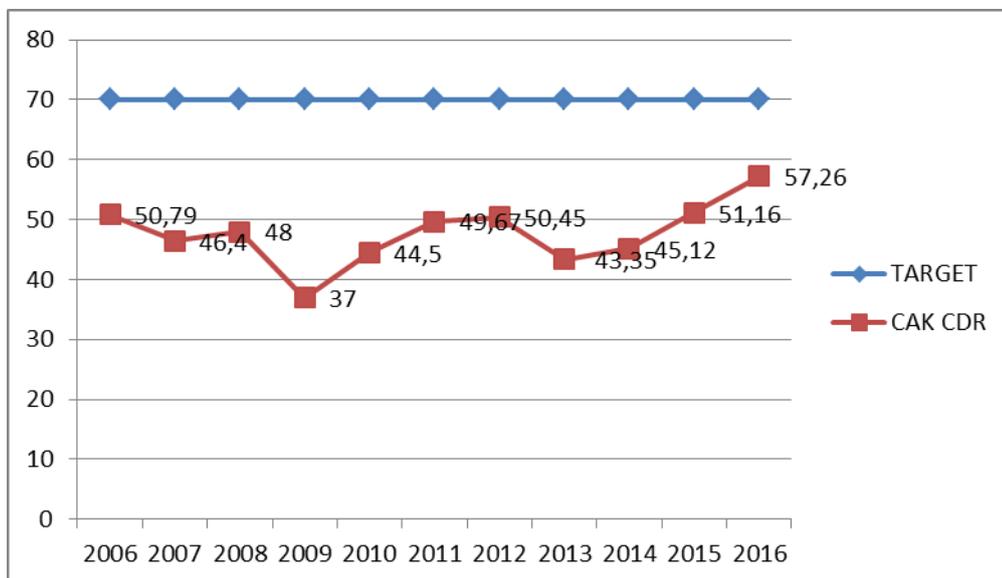
a. Tuberkulosis

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 (316/100.000 penduduk).

Cakupan program penemuan penderita TB dengan BTA positif (CDR) di Kabupaten Kediri tahun 2016 masih di bawah target, yaitu 57.26 % (ditemukan 890 orang, dari perkiraan penderita TB di Kabupaten Kediri sebesar 1.656 orang).

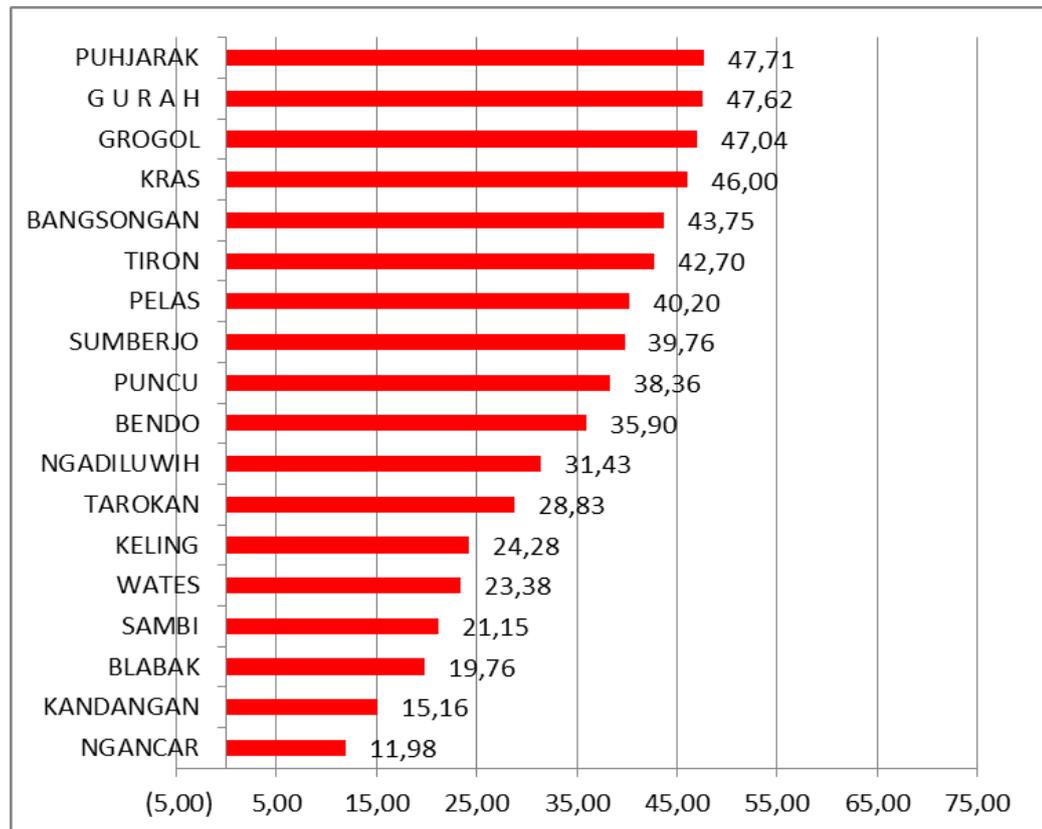
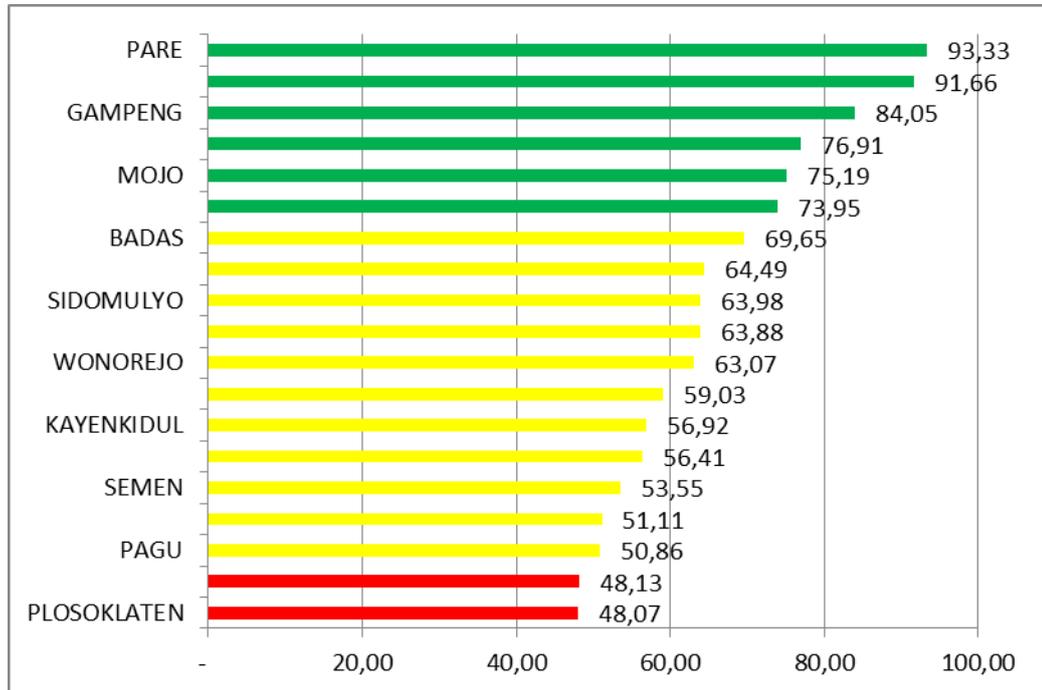
Gambar 3.6 Trend Cakupan Penemuan Kasus TB BTA Positif Baru di Kabupaten Kediri Tahun 2005 - 2016



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2016

Cakupan CDR rata-rata Kabupaten pada tahun 2016 mengalami peningkatan, termasuk jumlah Puskesmas yang mencapai target CDR mengalami peningkatan, dimana terdapat 6 (16.21%) Puskesmas dengan cakupan CDR memenuhi target yang ditentukan, sementara tahun 2015 ada 5 Puskesmas (13.51%) dengan cakupan penemuan TB BTA Positif mencapai target, sedang 31 (83.78%) Puskesmas tidak memenuhi target, sementara tahun 2015 sejumlah 35 Puskesmas (86.46%) tidak mencapai target.

Gambar 3.7 CDR Kasus TB Per Puskesmas di Kabupaten Kediri Tahun 2016

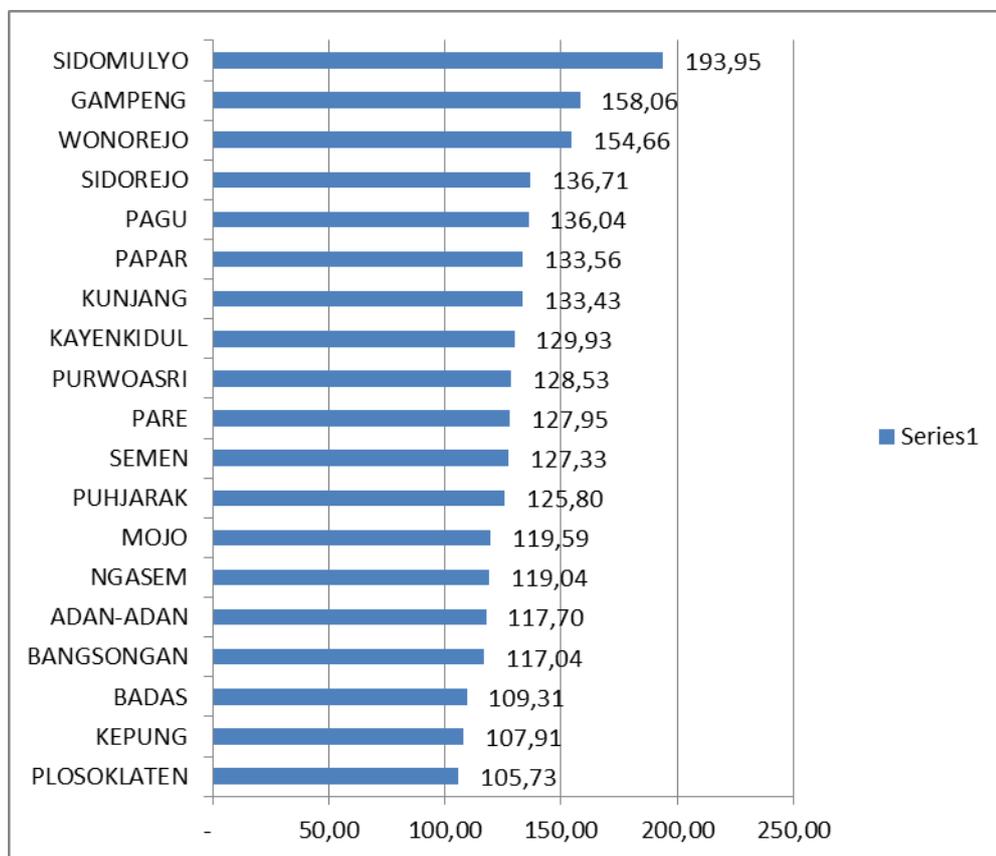


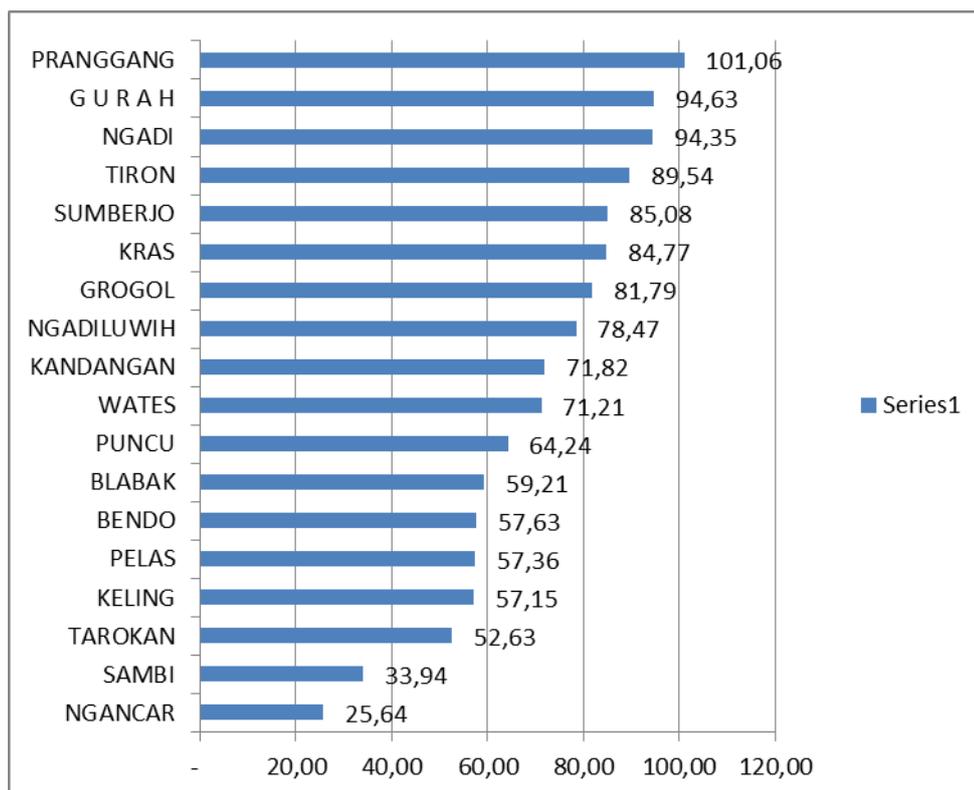
Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

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.

Pada Case Notification Rate Kabupaten Kediri pada tahun 2016 mengalami kenaikan dibanding pada tahun 2015 meski belum sesuai target karena untuk kasus CNR seharusnya ada peningkatan kasus sebesar 5% tiap tahunnya

Gambar 3.8 Cakupan Case Notification Rate Per Puskesmas di Kabupaten Kediri Tahun 2016

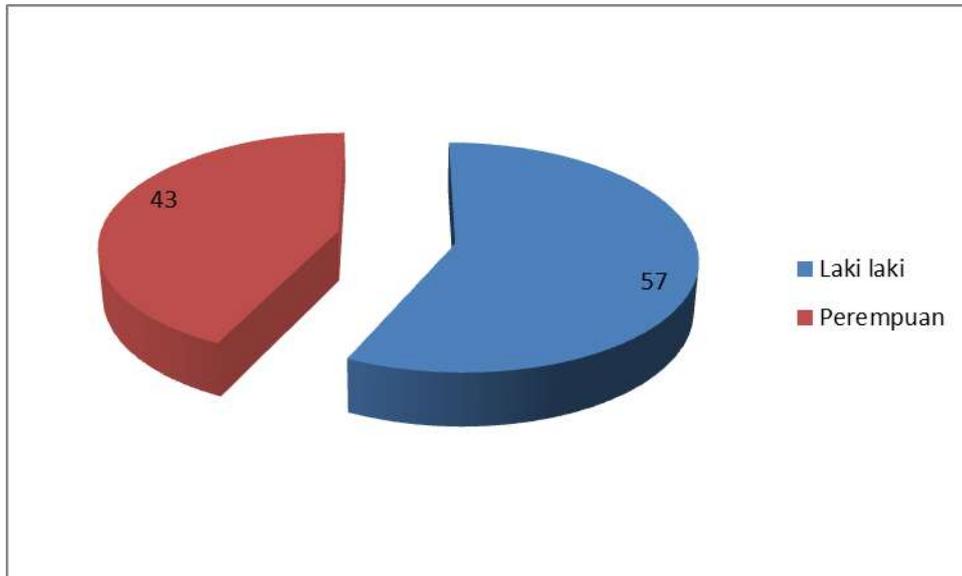




Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Berdasarkan jenis kelamin, penderita TB kasus baru (semua type) yang ditemukan pada tahun 2016 cenderung lebih banyak pada jenis kelamin laki - laki daripada perempuan, di mana penderita laki - laki 1060 orang (57%) dan perempuan 800 orang (43%). Hal ini sama dengan kondisi tahun 2015, dimana kasus laki-laki lebih banyak daripada kasus perempuan.

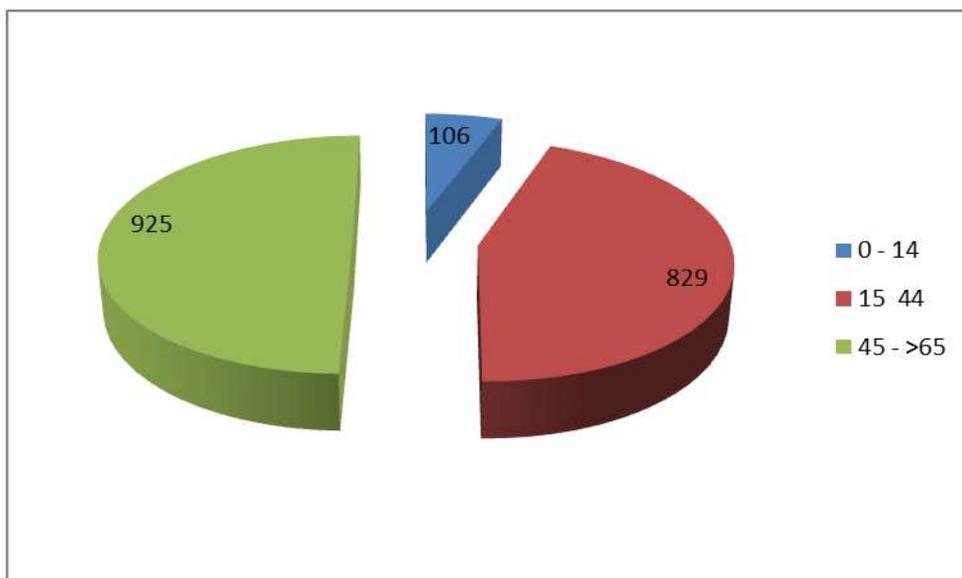
Gambar 3.9 Penderita TB Baru (Semua Type) Menurut Jenis Kelamin di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

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).

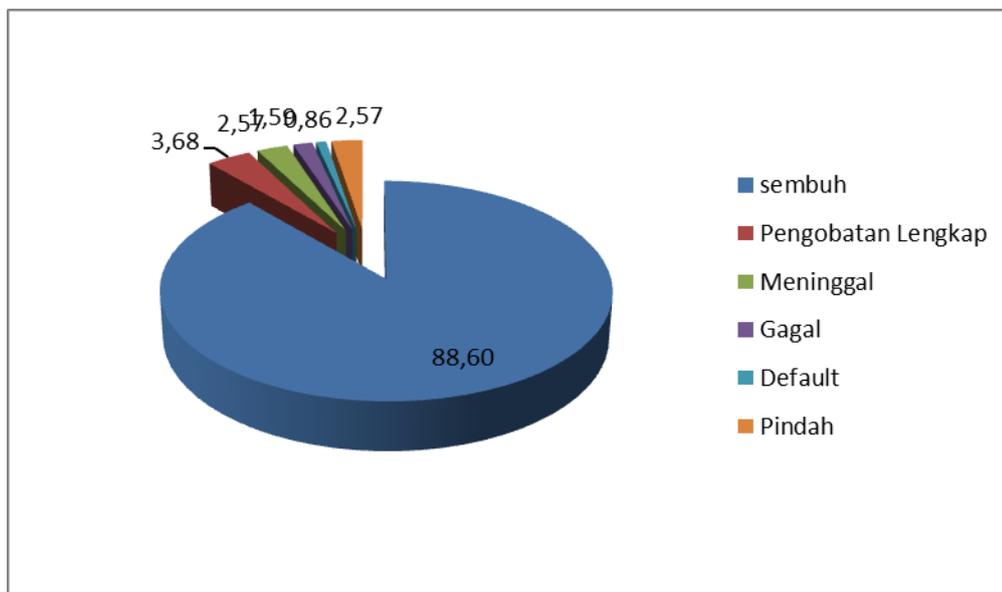
Gambar 3.10 Penderita TB BTA Positif Baru Menurut Kelompok Usia di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

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 2015 angka kesembuhan TB paru BTA positif mencapai 88.60%. Hal ini mengalami penurunan dari tahun 2014, dimana angka kesembuhan mencapai 89%, akan tetapi pencapaian tersebut masih di atas target yaitu 85%.

Gambar 3.11 Evaluasi Pengobatan Penderita TB Bta Positif Baru di Kabupaten Kediri pada 2016



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

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 2016 sebanyak 43 orang. Hal ini mengalami penurunan dari tahun sebelumnya, yaitu 41 orang. Adanya penurunan penemuan ini, diharapkan seiring dengan menurunnya angka kecacatan karena kusta di masyarakat, yang berarti penemuan dapat dilakukan sedini mungkin.

Gambar 3.12 Penemuan Penderita Kusta di Kabupaten Kediri Tahun 2004 – 2016



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

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

Gambar 3.13 Angka Kesakitan Kusta di Kabupaten Kediri Tahun 2004 – 2016



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Angka penemuan penderita baru yang mengalami penurunan, ternyata tidak diikuti dengan proporsi kecacatan, dimana proporsi kecacatan pada tahun 2015 adalah 9.76%, sedangkan pada tahun 2016 mengalami peningkatan menjadi 4.55%. Hal ini Kabupaten Kediri telah mencapai target eliminasi kusta, dimana angka cacat dua pada penemuan penderita baru kusta adalah < 5%. Selain dapat menimbulkan kecacatan yang menetap, penderita kusta yang terlambat ditemukan dapat menjadi sumber penularan bagi masyarakat di sekitarnya.

Gambar 3.14 Angka Penemuan Baru Dengan Cacat 2 di Kabupaten Kediri Tahun 2004 – 2016



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

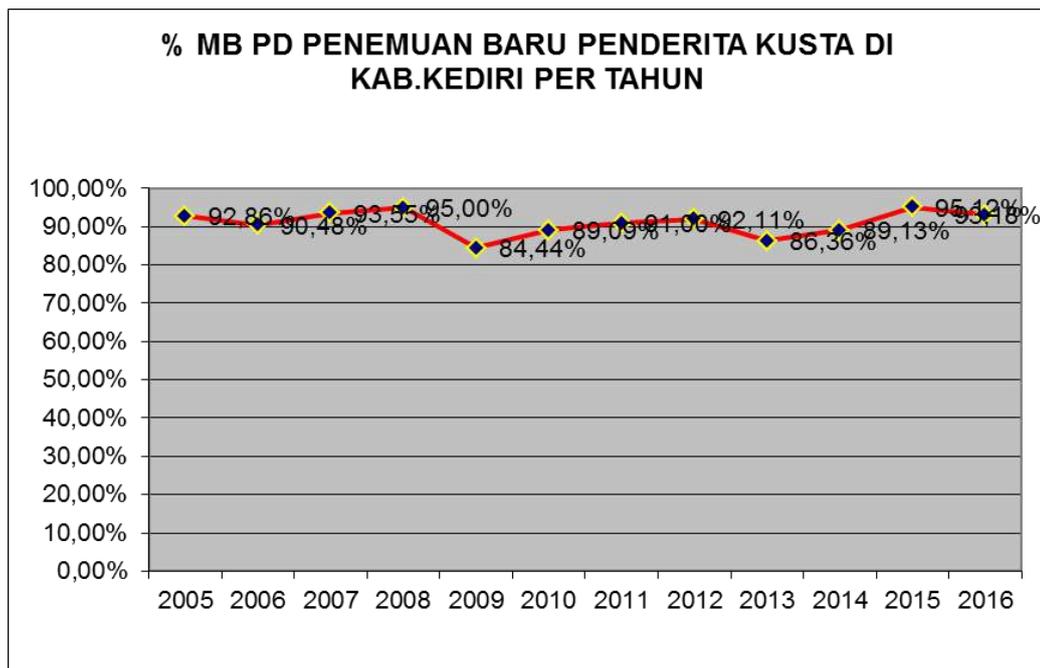
Gambar 3.15 Angka Penemuan Penderita Kusta pada Anak di Kabupaten Kediri Tahun 2004-2016



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

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 3.16 Prosentase Type Menular (MB) pada Penemuan Penderita Kusta di Kabupaten Kediri Tahun 2005-2016



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

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.

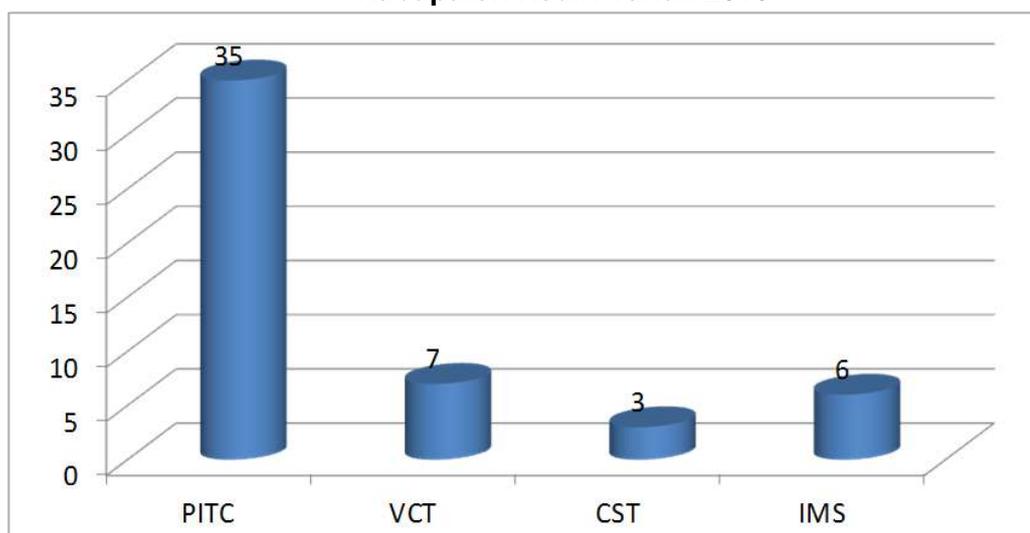
Upaya pencegahan dan penanggulangan penyakit kusta dilakukan melalui penemuan penderita, pengobatan MDT (*Multi Drug Therapy*), sedangkan untuk mencegah kecacatan penderita dilakukan pemeriksaan POD (*Prevention Of Disability*) setiap bulan selama masa pengobatan dan rehabilitasi medis.

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 dan HIV AIDS di Kabupaten Kediri memiliki layanan sebagai berikut:

Gambar 3.17 Layanan IMS Dan HIV AIDS Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Tabel 3.1 Kunjungan IMS Pendekatan Laboratorium Kabupaten Kediri Tahun 2016

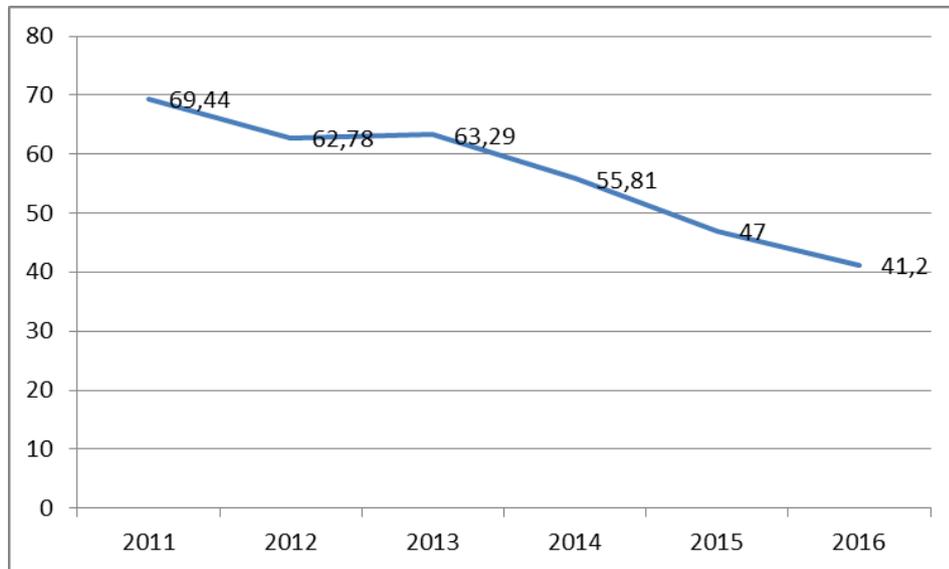
No.	Kelompok Risiko	Jumlah Kunjungan	IMS Positif	%
1	WPS	2654	1045	39,4
2	Waria	2	1	50
3	LSL	33	12	36,4
4	Pasangan Risti	19	16	84,2
5	Pelanggan PS	15	11	73,3
6	Lain-lain	129	91	70,4
Jumlah		2852	1175	41,2

Sumber: Laporan SIHA 2016

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa selama tahun 2016 sebanyak 2.852 kunjungan IMS, sebagian besar dari kelompok risiko wanita pekerja seks yaitu sebanyak 2.654 kunjungan. Hal ini dikarenakan kelompok risiko tersebut secara rutin dilakukan pemeriksaan atau penapisan IMS setiap dua bulan sekali. Dari kunjungan 41.2% diantaranya dinyatakan positif IMS.

Adapun trend persentase positif IMS dengan pendekatan laboratorium di Kabupaten Kediri periode 2011-2016 dapat dilihat pada gambar berikut:

Gambar 3.18 Trend Persentase Positif IMS diantara Kunjungan di Klinik IMS Kabupaten Kediri Tahun 2011-2016

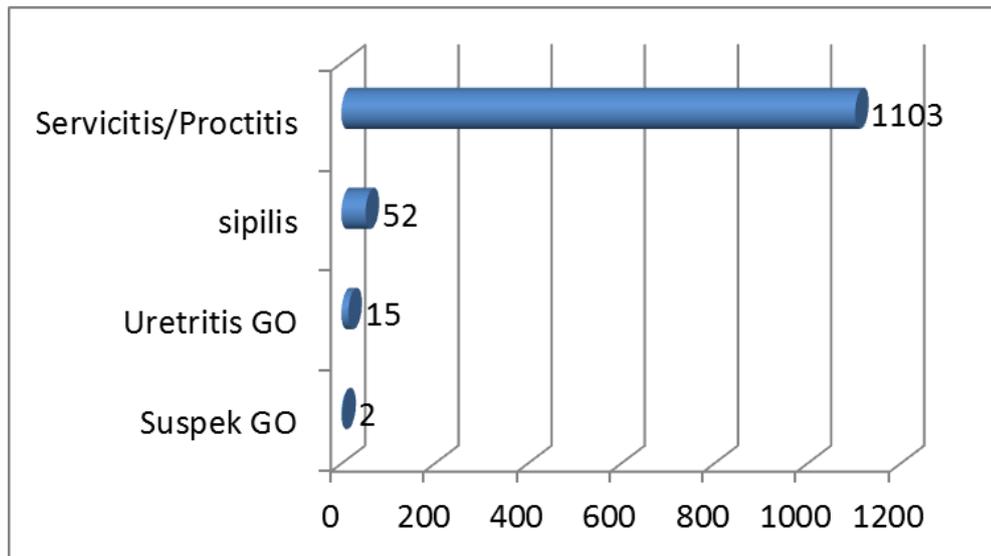


Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Berdasarkan gambar di atas dapat dilihat bahwa persentase positif IMS diantara kunjungan di Klinik IMS Kabupaten Kediri pada tahun 2016 mengalami penurunan dibanding periode sebelumnya dari 47% pada tahun 2015 menjadi 41.2%. 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 2016 dapat dilihat pada gambar berikut:

Gambar 3.19 Kasus IMS di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber: Laporan SIHA 2016

Dari gambar di atas, diketahui bahwa *servicitis/proctitis* mendominasi kasus IMS dengan 1103 kasus, Sipilis 52 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. Kasus IMS yang ditemukan tersebut selanjutnya mendapatkan pengobatan dan perubahan perilaku untuk mengurangi risiko terinfeksi HIV.

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*.

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 2016

TOTAL KUNJUNGAN VCT 2016				
	KUNJUNGAN	REAKTIF	%	
L	633	42	6,64%	
P	2.492	49	1,97%	
JUMLAH	3.115	91	2,92%	

KUNJUNGAN VCT PER KLP RISIKO				
KLP RISIKO	JML KUNJUNGAN	% dr semua kunjunga VCT	REAKTIF	%
WPS	2.263	72,65%	37	1,63%
PPS	0	0,00%	0	#DIV/0 !
WARIA	116	3,72%	5	4,31%
LSL	97	3,11%	25	25,77%
IDU	3	0,10%	0	0,00%
WBP	0	0,00%	0	#DIV/0 !
PAS.RISTI	89	2,86%	9	10,11%
PELANGGAN PS	59	1,89%	7	11,86%
LAIN-2	488	15,67%	8	1,64%
TOTAL	3.115	100,00%	91	2,92%

Sumber: Laporan SIHA Tahun 2016

Dari tabel diatas diketahui bahwa sebagian besar yang melakukan tes HIV adalah dari kelompok jenis kelamin perempuan yaitu sebesar 80%, namun jika dilihat dari positif rate laki laki lebih besar yaitu 6,64% dibanding perempuan 1,97%. Kunjungan terbesar dari kelompok risiko WPS yaitu sebanyak 2263 orang atau 72,65%. Sedangkan untuk persentase reaktif tertinggi pada kelompok risiko LSL sebesar 25,77%.

**Tabel 3.3 Kunjungan Layanan PITC (Non Bumil)
Kabupaten Kediri Tahun 2016**

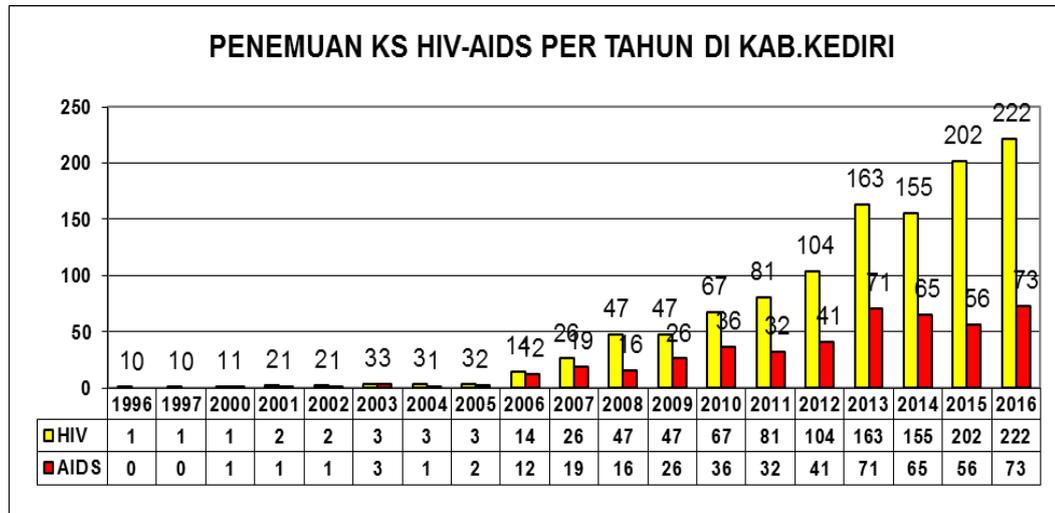
TOTAL KUNJUNGAN PITC (non BUMIL) 2016					
	JML DI-TEST	REAKTIF	%		
L	1.321	78	5,90%		
P	1.355	37	2,73%		
JUMLAH	2.676	115	4,30%		
PEMERIKSAAN BUMIL (VCT dan PITC)				jml HIV ditemukan VCT+PITC (non Bumil)	206
DITAWARKAN		16.047	jml diperiksa HIV (VCT+PITC, Non Bumil)	5.791	
DI-TEST		16.047	positif rate	3,56%	
REAKTIF		16			
%		0,10%			

Sumber: Laporan SIHA Tahun 2016

Dari tabel diatas diketahui bahwa jumlah kunjungan PITC yang bukan ibu hamil menurut jenis kelamin antara laki-laki relative sama, Tetapi jika dilihat positif rate jenis kelamin laki-laki lebih tinggi yaitu sebesar 5,90% dibanding perempuan 2,73%. Sedangkan pada kelompok ibu hamil selama tahun 2016 telah diperiksa sebanyak 16047 ibu hamil dengan positif HIV sebanyak 16 ibu hamil (0,10%).

Di Kabupaten Kediri telah mulai tahun 1996 sampai dengan tahun 2016 telah ditemukan 1144 kasus HIV, 456 kasus (39,86%) diantaranya ditemukan dalam kondisi AIDS. Selengkapnya dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

Gambar 3.20 Trend Penemuan Kasus HIV-AIDS Kabupaten Kediri Tahun 1996-2016

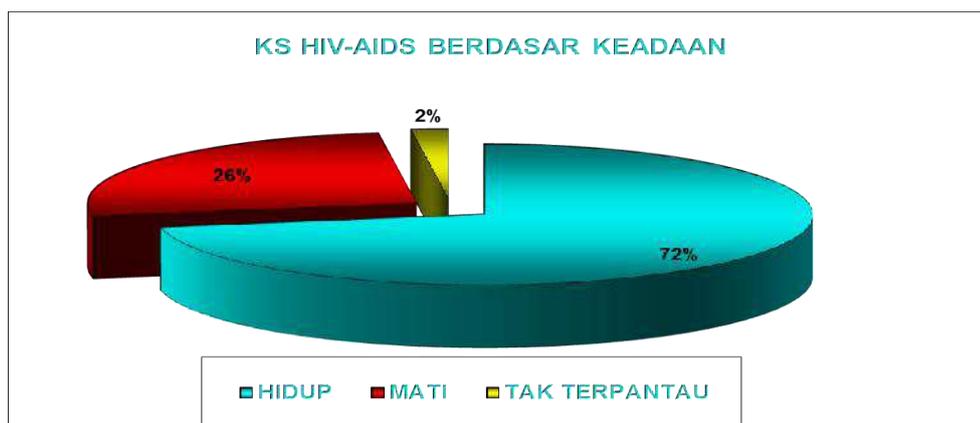


Sumber : Laporan SIHA 2016, Laporan Surveilans HIV-AIDS 2016

Dari gambar diatas diketahui bahwa penemuan kasus HIV dari tahun ke tahun mengalami kenaikan, hal ini karena adanya upaya penemuan diagnosis dengan penambahan jumlah layanan tes HIV yang ada di Kaupaten Kediri.

Sedangkan kasus HIV di Kabupaten Kediri sampai dengan tahun 2016, hidup sebesar 72%, meninggal 26% dan 2% tidak terpantau, sebagaimana dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

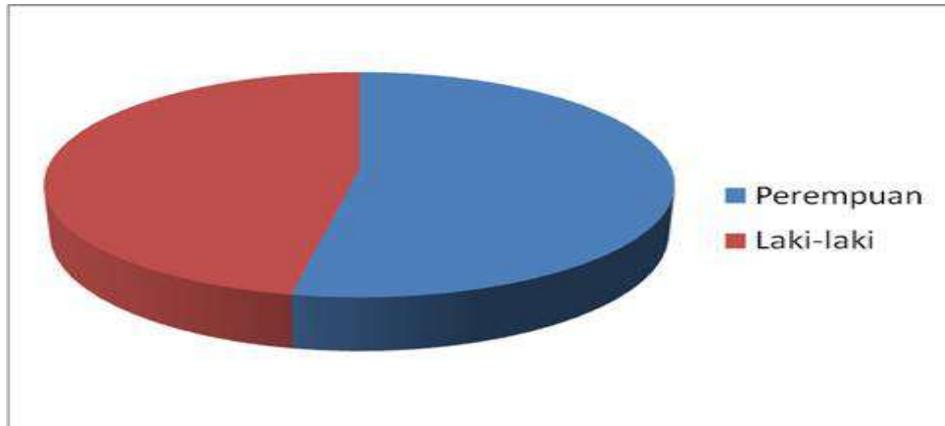
Gambar 3.21 Kasus HIV-AIDS di Kabupaten Kediri Menurut Keadaan Tahun 1996-2016



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Penemuan kasus HIV tahun 2016 menurut jenis kelamin sebagian besar adalah perempuan yaitu sebesar 58% sebagaimana dapat dilihat pada gambar berikut:

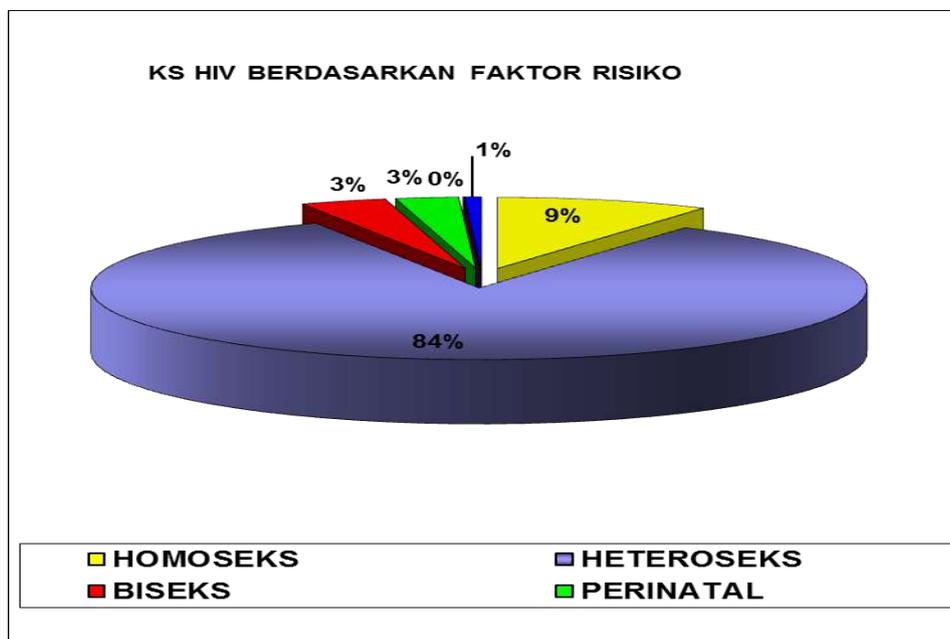
Gambar 3.22 Kasus HIV-AIDS Berdasarkan Jenis Kelamin di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Penemuan kasus HIV tahun 2016 berdasarkan faktor risiko, penularan HIV melalui heteroseks sebesar 84%, homoseks sebesar 9%, biseksual 3% dan perinatal 3%.

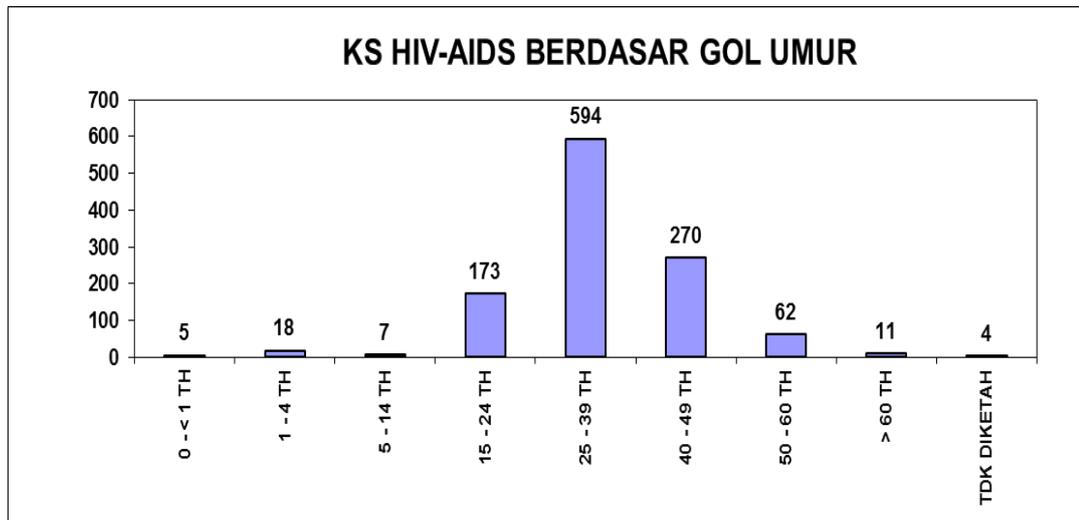
Gambar 3.23 Kasus HIV-AIDS Berdasarkan Faktor Risiko di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber: Laporan Surveilans HIV-AIDS Tahun 2016

Menurut golongan umur, penemuan kasus HIV tahun 2016 di Kabupaten Kediri didominasi oleh kelompok golongan umur usia produktif, yaitu 25-39 tahun sebanyak 594 kasus. Sedangkan usia anak (0-14 tahun) ditemukan 30 kasus.

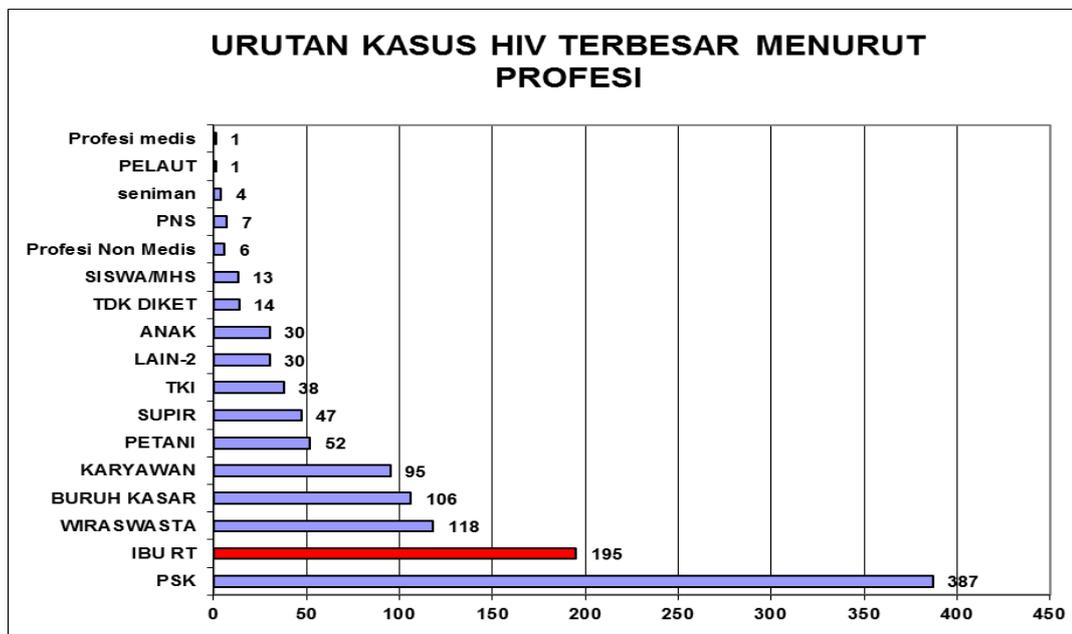
Gambar 3.24 Kasus HIV-AIDS Berdasarkan Golongan Umur di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber: Laporan Surveilans HIV-AIDS Tahun 2016

Dibedakan menurut profesi, kasus HIV-AIDS pada tahun 2016 di Kabupaten Kediri paling banyak dari PSK sebanyak 387 kasus diikuti oleh ibu rumah tangga sebanyak 195 kasus, wiraswasta 118 kasus. Selengkapnya dapat dilihat pada gambar berikut:

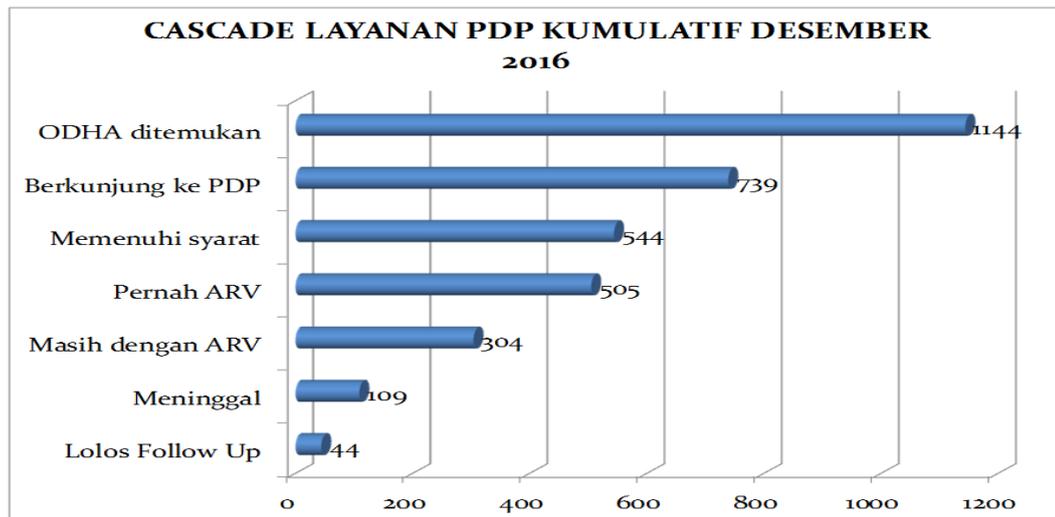
Gambar 3.25 Urutan Kasus HIV Terbesar Menurut Profesi di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber: Laporan Surveilans HIV-AIDS Tahun 2016

Kasus HIV yang ditemukan tersebut selanjutnya akan dirujuk ke layanan PDP (Pengobatan, Perawatan dan Dukungan) untuk mendapat ARV bagi ODHA yang telah memenuhi syarat ARV. Berikut ini gambar cascade layanan ARV sampai dengan Desember 2016.

Gambar 3.26 Cascade Layanan PDP di Kabupaten Kediri Tahun 2016

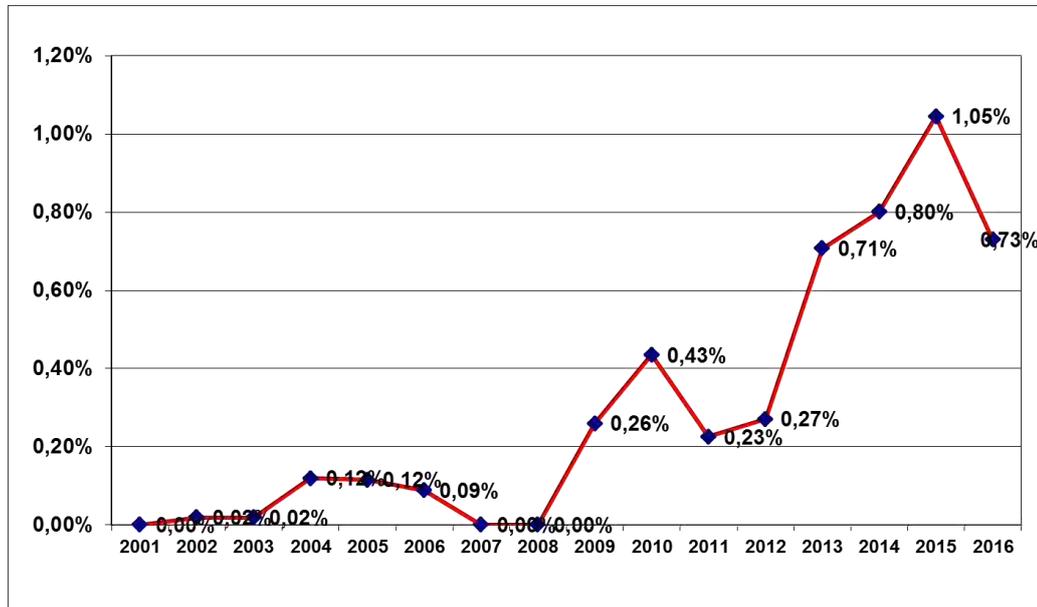


Sumber: Laporan Bulanan Perawatan HIV dan ART Tahun 2016

Dari gambar diatas diketahui bahwa sampai dengan Desember 2016, orang dengan HIV-AIDS yang berkunjung ke PDP sebanyak 739 orang, 544 diantaranya sudah memenuhi syarat ARV, 505 orang sudah pernah ARV dan 304 orang masih dengan ARV. Sedangkan yang meninggal dan lolos follow up masing-masing 109 dan 44 orang.

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 3.27 Presentase Kantong Darah Positif HIV UTD PMI Kabupaten Kediri Tahun 2001-2016



Sumber: Laporan UTD PMI Kab. Kediri Tahun 2016

Dari hasil gambar diatas diketahui adanya penurunan persentase kantong darah positif pada tahun 2016 dibanding tahun 2014 dan 2015.

Sebagai upaya pencapaian tujuan pengendalian IMS dan HIV AIDS dengan mendekati 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.

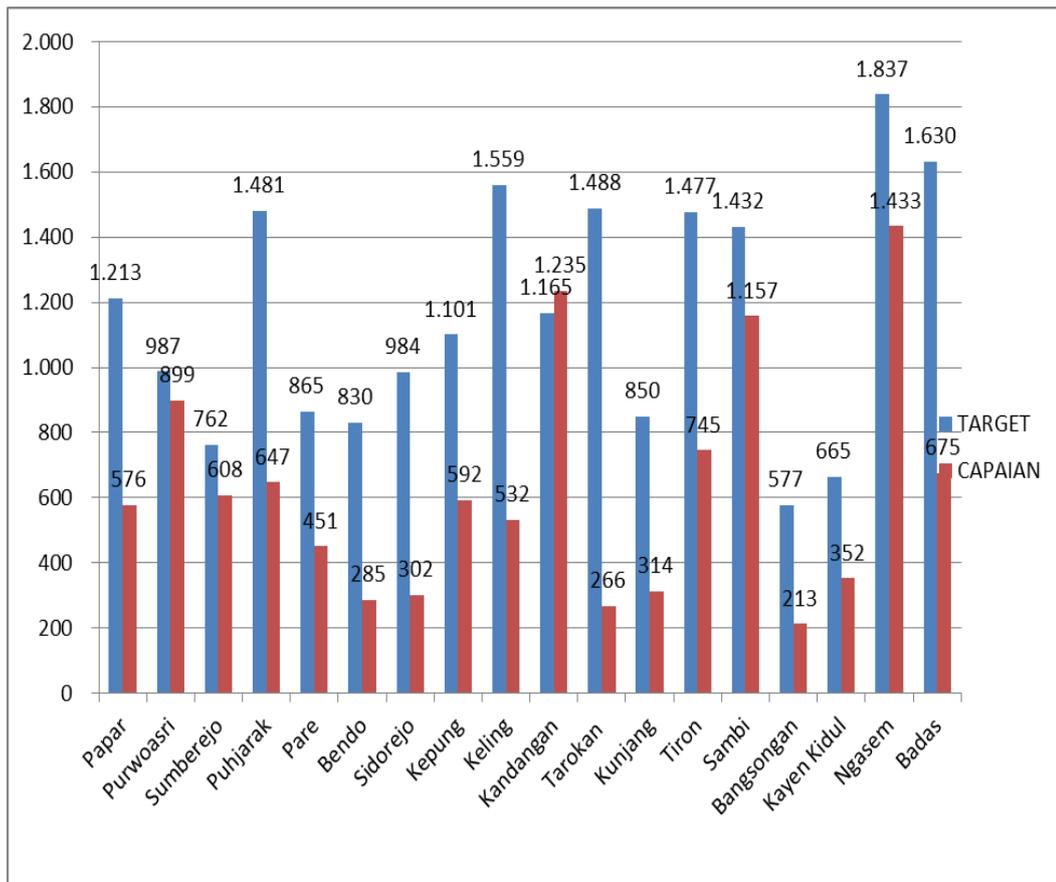
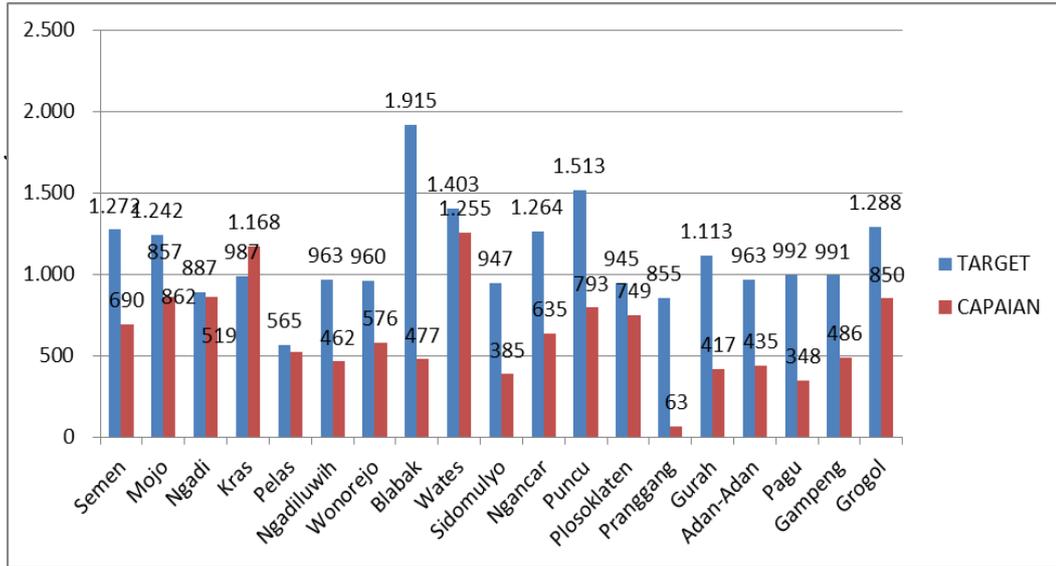
Jumlah penderita diare di Kabupaten Kediri pada tahun 2015 yang terjangkau oleh sarana pelayanan kesehatan adalah 27.686 orang (83,63%) orang dan 9643 orang (29,13%) adalah usia balita (0-<5 tahun). Secara umum penyakit diare sangat berkaitan dengan hygiene sanitasi dan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), sehingga adanya peningkatan kasus diare merupakan cerminan dari menurunnya kualitas kedua faktor tersebut.

Untuk menghitung jumlah penderita diare di Kabupaten Kediri untuk tahun 2016 ada perubahan pada jumlah target sasaran dimana pada tahun 2015 adalah 10% dari angka kesakitan dimana angka kesakitan masih mengikuti rumus 214 per 1000 penduduk . Sedangkan untuk tahun 2016 ada perubahan untuk target penderita dimana kalau semua umur adalah 10% dari angka kesakitan yaitu 270 per 1000 penduduk dan untuk balita adalah 24% dari angka kesakitan yaitu 843 per 1000 penduduk.

Jumlah penderita diare yang terjangkau oleh sarana pelayanan kesehatan untuk tahun 2016 adalah 27.686 (83,63%) orang dimana 6893 orang (24,89%) 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 3.28 Target dan Capaian Pelayanan Penderita Diare Per Puskesmas di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber: Seksi Pemberantasan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

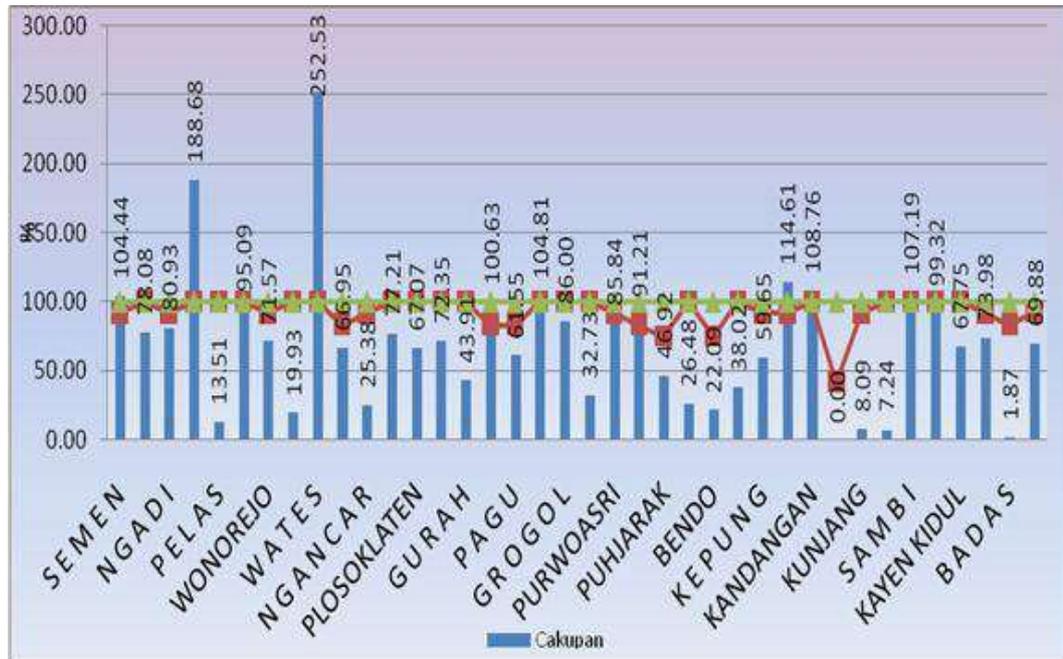
e. Pneumonia

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 2016 telah ditemukan 3.841 kasus dimana penemuan lebih meningkat dibandingkan tahun 2015 yaitu 3.253. Terjadi kenaikan penemuan dan pelayanan kasus pneumonia yang semula di tahun 2015 (58,48 %) dari perkiraan, yaitu 5.562 kasus di tahun 2016 cakupan menjadi 69,88 % dari target atau perkiraan 5.496 kasus. Kasus pnemonia yang ditemukan telah mendapatkan pelayanan sesuai standart yang berlaku. Upaya penanggulangan penyakit ini difokuskan pada penemuan dini dan dengan tatalaksana kasus yang cepat dan tepat pada penderita yaitu setiap balita batuk dilakukan hitung nafas. 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 3.29 Cakupan Pelayanan Kasus Pneumonia Balita di Puskesmas Kabupaten Kediri Tahun 2016



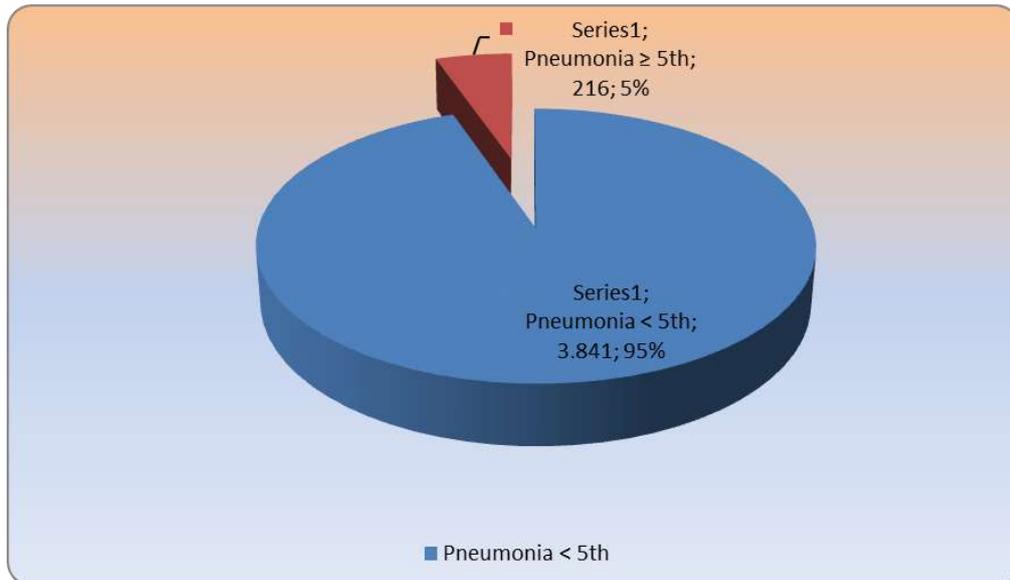
Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Gambar 3.30 Penemuan Penderita Pneumonia Balita Per Bulan di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Gambar 3.31 Kasus Pneumonia Berdasarkan Kelompok Umur di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit Menular Langsung Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

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.

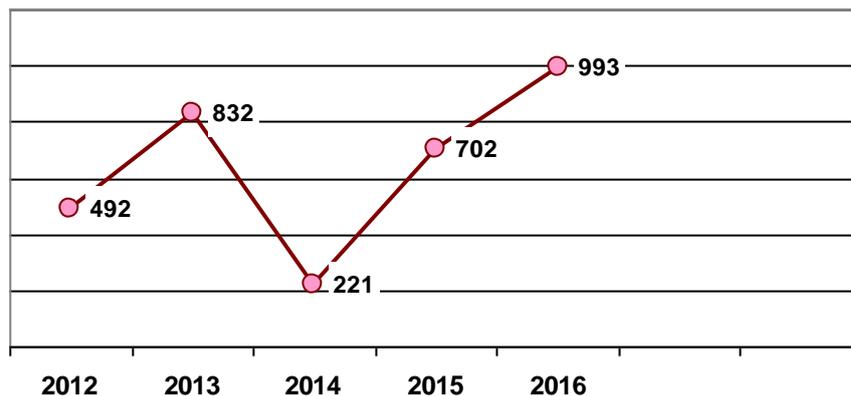
Pada tahun 2016 di Kabupaten Kediri jumlah kasus sejumlah 993 orang (IR = 64,19 / 100.000 penduduk) dengan jumlah kematian 18 orang (CFR = 1,8%) dibandingkan dengan tahun 2015 di Kabupaten Kediri terjadi peningkatan yang sangat tajam dengan Jumlah kasus sejumlah 702 orang dengan jumlah kematian 7 orang demikian juga bila dibandingkan tahun 2014 Terjadi

penurunan yang sangat tajam tahun 2014 sejumlah 221 orang dengan jumlah kematian 0 orang. Bila dibandingkan juga dengan kasus tahun 2013 mengalami peningkatan jumlah kasus tahun 2013 sejumlah 832 orang dengan kematian 11 orang.

Bila dibandingkan juga dengan kasus tahun 2012 Jumlah kasus cenderung Naik di karenakan jumlah kasus tahun 2012 sejumlah 492 orang dan jumlah kematian sejumlah 7 orang.

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 3.32 Jumlah Kasus DBD Termasuk Suspect di Kab Kediri Tahun 2012 - 2016

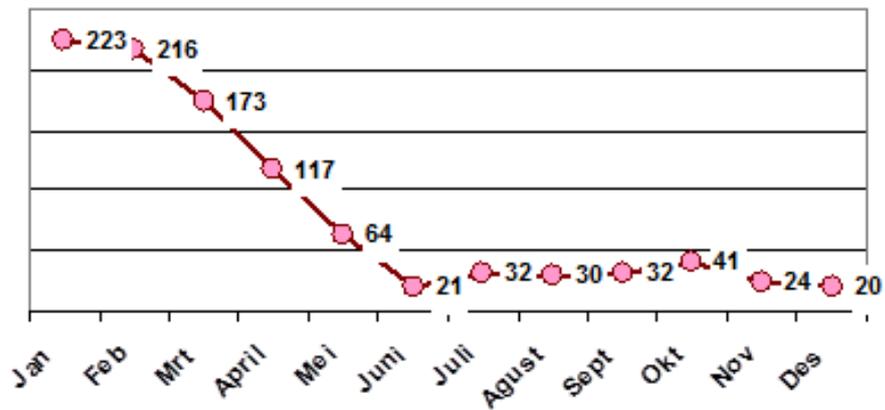


Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit Bersumber Binaatang Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Untuk tahun 2016 penderita DBD di Kabupaten Kediri tercatat sebanyak 993 orang yang kasus terbanyak pada bulan Januari 223 orang, bulan Februari 216 orang, bulan Maret 173 orang, bulan April 117 orang, bulan Mei 64 orang, bulan Juni 21 orang, bulan Juli 32 orang, bulan Agustus 30 orang, bulan September 32 orang, bulan Oktober 41 orang, bulan November 24 orang dan bulan Desember 20 orang. Adapun kasus per bulan bisa dilihat pada gambar dibawah ini

Gambar 3.33

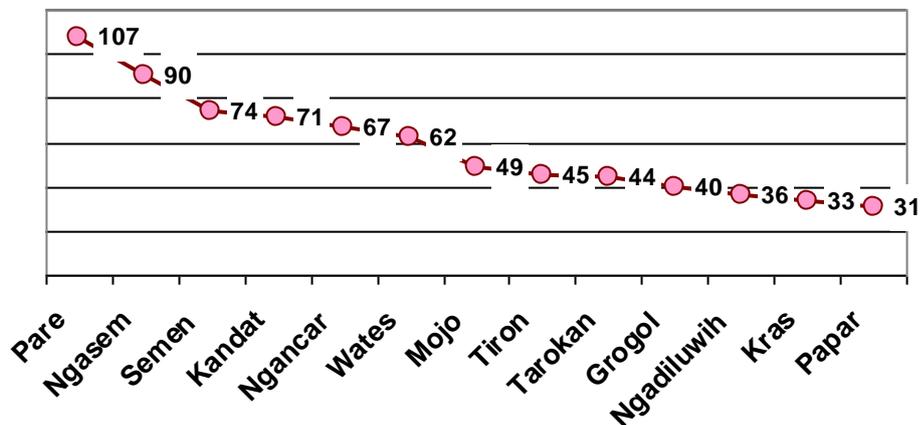
Jumlah Kasus DBD Per Bulan
Jan - Des di Kab. Kediri 2016



Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit Bersumber Binaatang Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

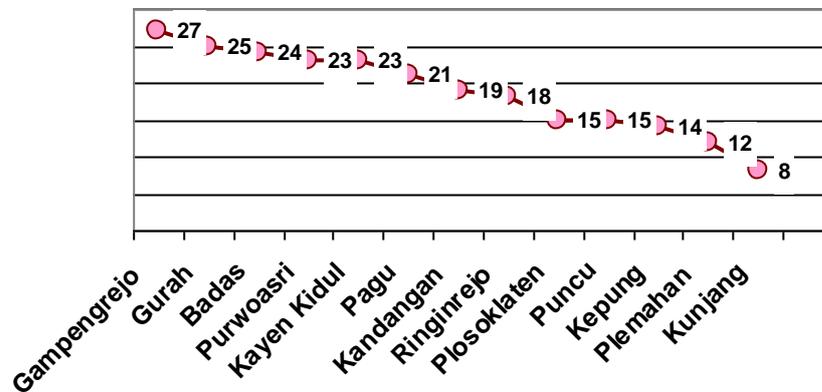
Incidence Rate sebesar 64,19 per 100.000. Jumlah penderita terbanyak berdomisili di Kecamatan Pare jumlah kasus 107 penderita disusul kecamatan Ngasem 90 penderita dan kecamatan Semen 74 penderita. Adapun untuk penyebaran kasus DBD per Kecamatan bisa dilihat pada grafik dibawah ini:

Gambar 3.34 Kasus DBD per Kecamatan
di Kab Kediri Tahun 2016



Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit Bersumber Binaatang Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Gambar 3.35 Kasus DBD per Kecamatan di Kab Kediri Tahun 2016



Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit Bersumber Binaatang Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Kasus DBD di Kabupaten Kediri terbanyak adalah golongan umur 15 tahun s/d 44 tahun sebanyak 559 kasus (56.29%) dan untuk jenis kelamin kasus DBD yang terbanyak adalah laki–laki sebanyak 537 orang (54,09%).

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 pokjnal 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 2016 hal ini dikarenakan bahwa partisipasi masyarakat dalam

penanggulangan penyakit DBD masih rendah, terlihat dari cakupan Angka Bebas Jentik (ABJ) masih rendah yaitu sebesar 79%, 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. Untuk Kasus Malaria di Kabupaten Kediri tahun 2016 ada satu kasus yang berasal dari Kecamatan Plemahan dan 2 kasus dari Kecamatan Mojo dan ada 2 kasus dari Kecamatan Gurah, ada 1 Kasus di Kecamatan Gampeng dan 1 kasus di Kecamatan Badas. Untuk tahun 2016 Jumlah total kasus Malaria di Kabupaten Kediri sebanyak 8 Kasus (Kasus Import).

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 Import 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) di 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.

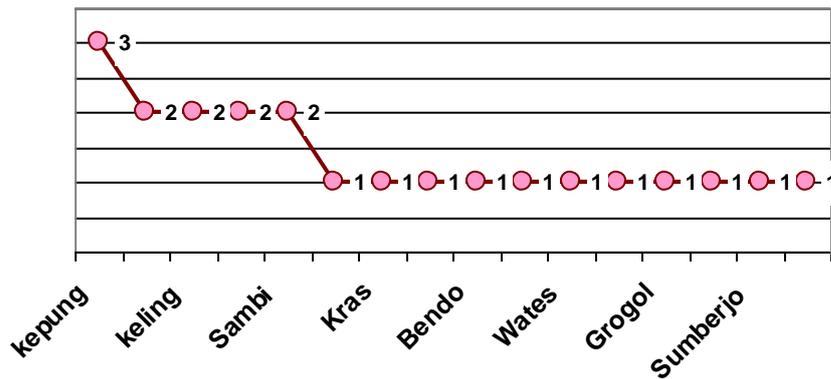
c. Filariasis (Penyakit Kaki Gajah)

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 2016 jumlah penderita Filariasis Kronis di Kabupaten Kediri sejumlah 24 penderita (penderita ditemukan mulai tahun 1999 sampai dengan tahun 2016).

Dari 37 Puskesmas yang ada di Kabupaten Kediri kasus Filariasis menyebar di 15 Puskesmas yang ada. Adapun distribusi kasus Filariasis di Kabupaten Kediri bisa dilihat pada grafik berikut ini:

Gambar 3.36 Kasus Filariasis per Puskesmas di Kab Kediri Tahun 1999 - 2016



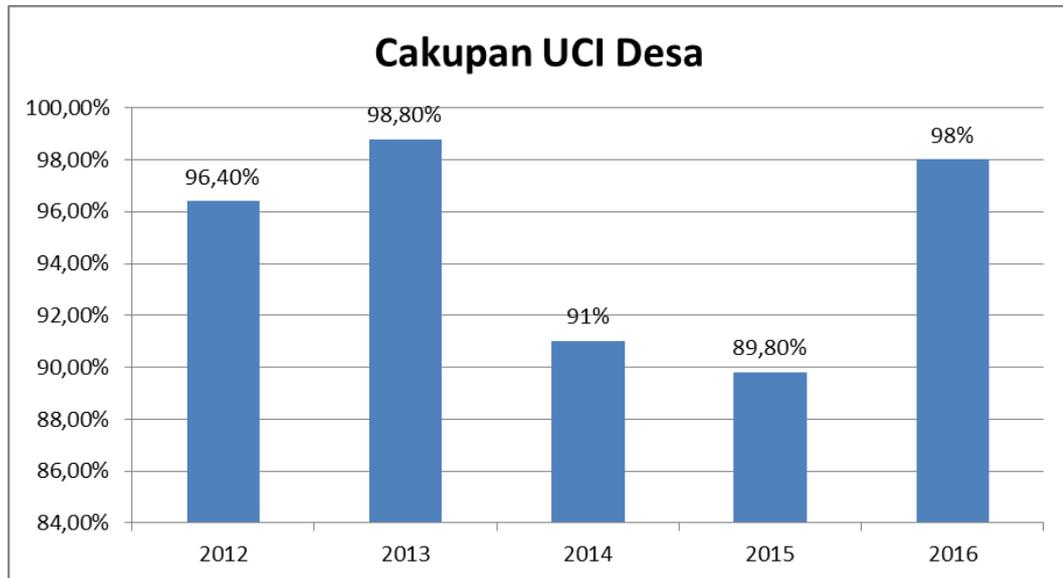
Sumber: Seksi Pencegahan Penyakit Bersumber Binaatang Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

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 2016 Kabupaten Kediri Mencapai 95 % 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 3.37 Cakupan UCI Desa di Kabupaten Kediri
Tahun 2012-2016**



Sumber: Seksi Surveilans Epidemiologi dan Imunisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Cakupan UCI Desa Kabupaten Kediri dalam 2 (dua) tahun terakhir menunjukkan adanya kenaikan yang signifikan, bahkan untuk tahun 2015 tidak mencapai target yang ditetapkan yakni 91%. Sedangkan di tahun 2016 kita sudah mencapai target yg ditetapkan, yaitu 91%, bahkan melebihi target yang ditentukan kalau dilihat secara keseluruhan. Tapi ada beberapa puskesmas yg tidak mencapai target 90% dalam tahun 2016, yaitu : Puskesmas Puncu, Plosoklaten, Sumberjo, Bendo dan Sambu

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 2012-2016 :

Tabel 3.4 Jumlah Kasus PD3I di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016

JENIS PENYAKIT	JUMLAH KASUS				
	2012	2013	2014	2015	2016
Difteri	10	13	9	5	3
Pertusis	0	0	0	0	0
<i>Tetanus neonatorum</i> (TN)	0	0	0	0	0
Campak	89	50	31	67	126
<i>Acute Flaccid Paralysis</i> (AFP)	8	9	8	8	7

Sumber : Seksi Pengamatan Penyakit dan Imunisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2016

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 kasus.

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 2016 terdapat kenaikan yakni dari 67 kasus menjadi 126 kasus, hal ini kemungkinan disebabkan pada tahun ini tidak ada program kampanye campak dan aktifnya peran petugas puskesmas.

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 2012 – 2016, 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 2016 seperti dalam tabel di bawah adalah jumlah kasus baru.

Tabel 3.5 Penyakit Tidak Menular yang Dilaporkan oleh Puskesmas di Kabupaten Kediri Tahun 2016

No.	Penyakit Tidak Menular	Laki-Laki	Perempuan	Total
1.	Hypertensi	12664	22417	35081
2.	Penyakit Jantung Koroner	565	548	1113

No.	Penyakit Tidak Menular	Laki-Laki	Perempuan	Total
3.	Stroke	669	762	1431
4.	Diabetes Mellitus	4394	7595	11989
5.	Kanker Leher Rahim	0	81	81
6.	Kanker Payudara	0	215	215
7.	PPOK	726	459	1185
8.	Asma	3307	3378	6685
9.	Kecelakaan Lalin Darat	465	422	887

Sumber: Seksi Pengamatan Penyakit dan Imunisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Berdasarkan tabel di atas Penyakit Tidak Menular terbanyak yang dilaporkan oleh Puskesmas pada Tahun 2016 adalah hipertensi dan diabetes mellitus.

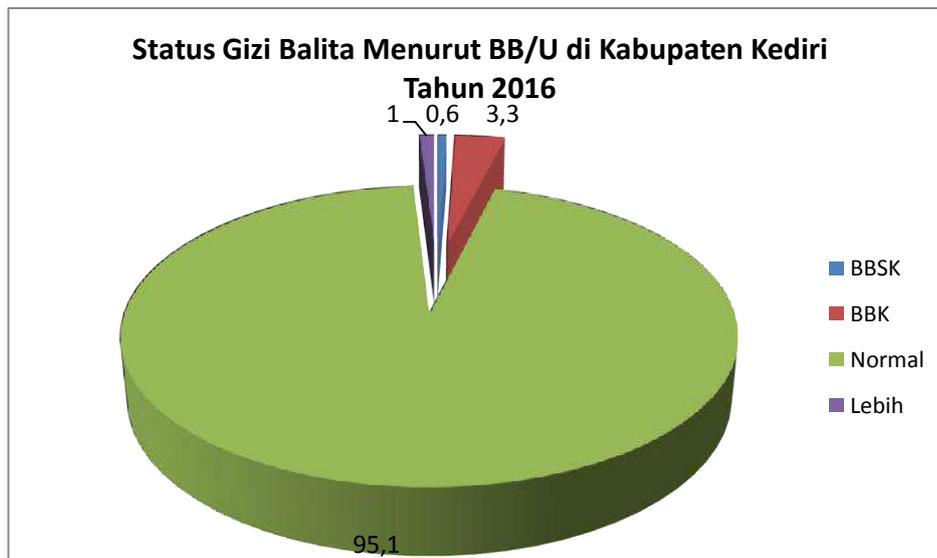
3.4 STATUS GIZI MASYARAKAT

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 ($Z \text{ score} -2 \text{ SD}$ sampai $+2 \text{ SD}$), berat badan kurang ($Z \text{ score} < -2 \text{ SD}$ sampai -3 SD) dan berat badan sangat kurang ($Z \text{ score} < -3 \text{ SD}$).

Berdasarkan data di Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, jumlah balita yang ditimbang pada tahun 2016 yaitu 90.630 balita. Sedangkan distribusi status gizi balita seperti pada gambar berikut:

Gambar 3.38 Presentase Status Gizi Balita Menurut Indikator (BB/U) di Kabupaten Kediri Tahun 2016

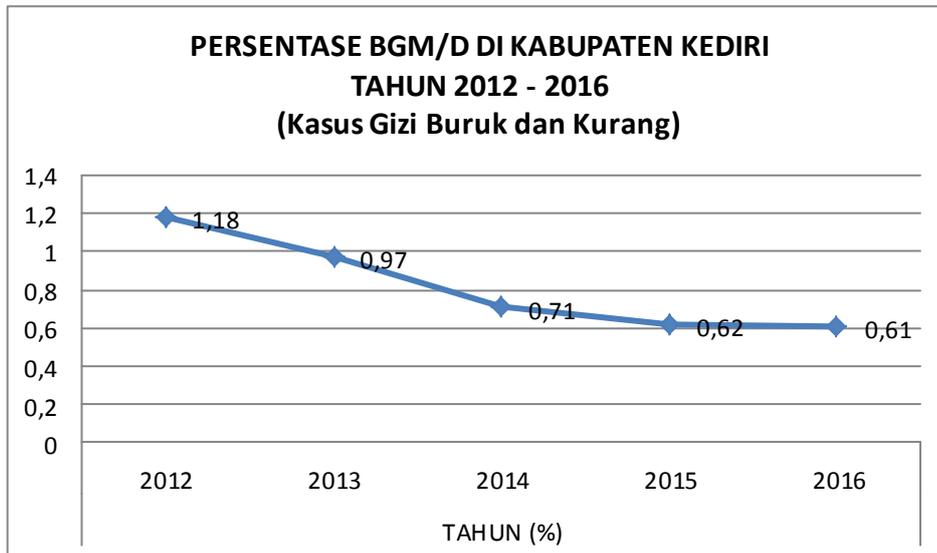


Sumber: Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Sebanyak 95,1% balita yang ditimbang mempunyai berat badan normal, 3,3% 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 grafik kecenderungan jumlah balita dengan berat badan sangat kurang (BBSK) atau umum disebut dengan BGM (Bawah Garis Merah) selama empat tahun terakhir di Kabupaten Kediri:

Gambar 3.39 Presentase Balita BGM (Bawah Garis Merah) di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016

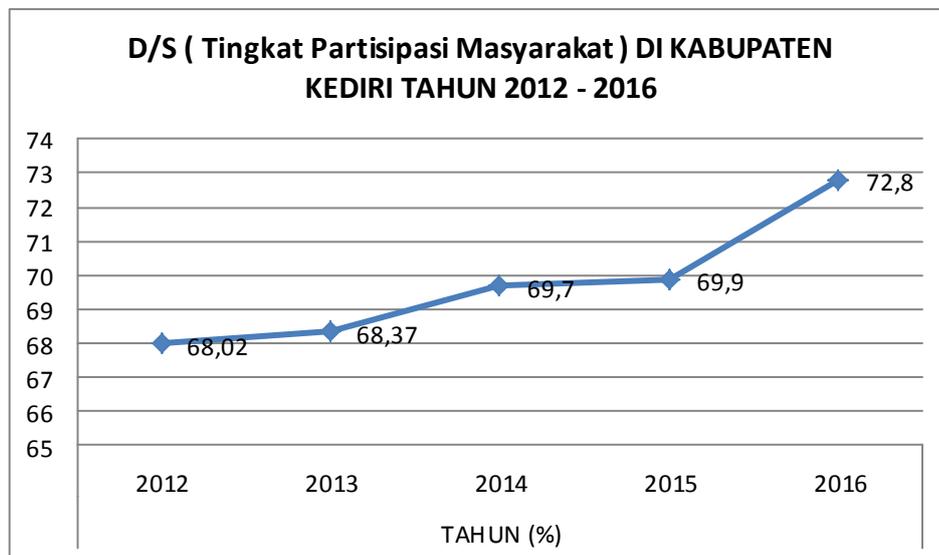


Sumber: Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2016

Berdasarkan gambar di atas diketahui bahwa selama lima 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 2016 disajikan pada gambar berikut:

Gambar 3.40 Tingkat Partisipasi Masyarakat (Capaian D/S) Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016

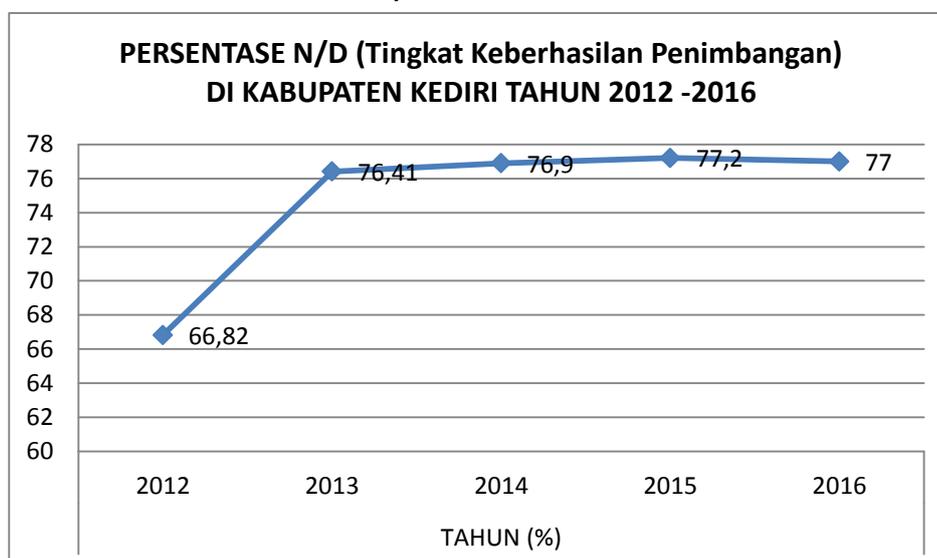


Sumber: Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

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 2016 disajikan pada gambar berikut :

Gambar 3.41 Tingkat Keberhasilan Penimbangan (Capaian Kabupaten Kediri) Tahun 2012-2016



Sumber: Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

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.



BAB IV - SITUASI UPAYA KESEHATAN



**PROFIL
KESEHATAN
KABUPATEN
KEDIRI TAHUN
2016**

BAB IV

SITUASI UPAYA KESEHATAN

4.1 Pelayanan Kesehatan Dasar

Upaya pelayanan kesehatan dasar merupakan langkah awal yang sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat. Dengan pemberian pelayanan kesehatan dasar secara cepat dan tepat, diharapkan sebagian besar masalah kesehatan masyarakat dapat teratasi. Berbagai pelayanan kesehatan dasar yang dilaksanakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan antara lain:

4.1.1 Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

a. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

Pelayanan kesehatan ibu hamil diberikan kepada ibu hamil yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Proses ini dilakukan selama rentang usia kehamilan ibu yang dikelompokkan sesuai usia kehamilan menjadi trimester pertama, trimester kedua, dan trimester ketiga. Pelayanan kesehatan ibu hamil yang diberikan harus memenuhi elemen pelayanan sebagai berikut :

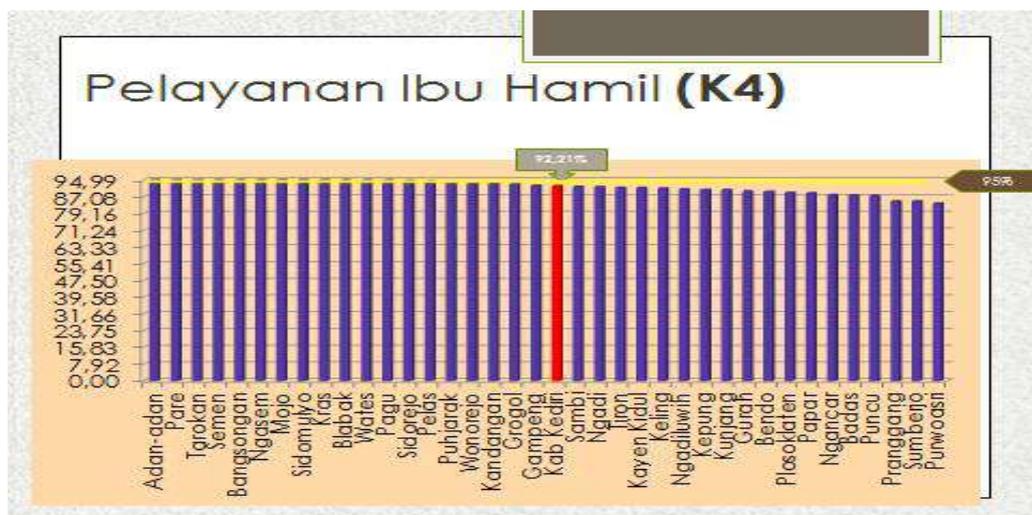
1. Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan;
2. Pengukuran tekanan darah;
3. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA);
4. Pengukuran tinggi puncak rahim (*fundus uteri*);
5. Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi;
6. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan;
7. Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ);
8. Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana);
9. Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya); dan

10. Tatalaksana kasus.

Selain elemen tindakan yang harus dipenuhi, pelayanan kesehatan ibu hamil juga harus memenuhi frekuensi minimal di tiap trimester, yaitu satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan). Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan.

Penilaian terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dilakukan dengan melihat cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali oleh tenaga kesehatan dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Sedangkan cakupan K4 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit empat kali sesuai jadwal yang dianjurkan di tiap trimester dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Indikator tersebut memperlihatkan akses pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil dan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan.

Gambar 4.1 Pelayanan Ibu Hamil (K4) di Kabupaten Kediri Tahun 2016

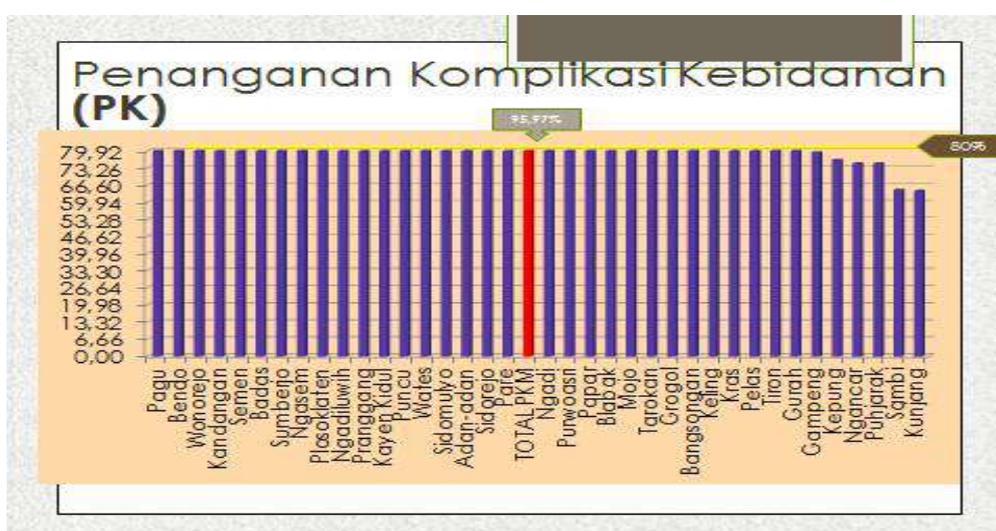


Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Dari gambar diatas mencerminkan bahwa Kabupaten Kediri belum memenuhi target yang telah ditetapkan propinsi yaitu 92,21 % untuk .Cakupan terendah pada Puskesmas Purwoasri.Kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu hamil tidak hanya dari sisi akses. Kualitas pelayanan yang diberikan juga harus ditingkatkan, di antaranya pemenuhan semua komponen pelayanan kesehatan ibu hamil harus diberikan saat kunjungan.

b. Komplikasi Kebidanan Ditangani

Gambar 4.2 Cakupan Penanganan Komplikasi Kebidanan (PK) di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Dari Gambar diatas menunjukkan bahwa komplikasi kebidanan yaitu Komplikasi pada proses kehamilan, persalinan dan nifas juga merupakan salah satu penyebab kematian ibu dan kematian bayi. Komplikasi kebidanan adalah kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan atau janin dalam kandungan, baik langsung maupun tidak langsung, termasuk penyakit menular dan tidak menular yang dapat mengancam jiwa ibu dan atau janin.

Sebagai upaya menurunkan angka kematian ibu dan kematian bayi maka dilakukan pelayanan/penanganan komplikasi kebidanan. pelayanan/penanganan komplikasi kebidanan adalah pelayanan kepada ibu hamil, bersalin, atau nifas untuk memberikan perlindungan dan penanganan definitif sesuai standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan.

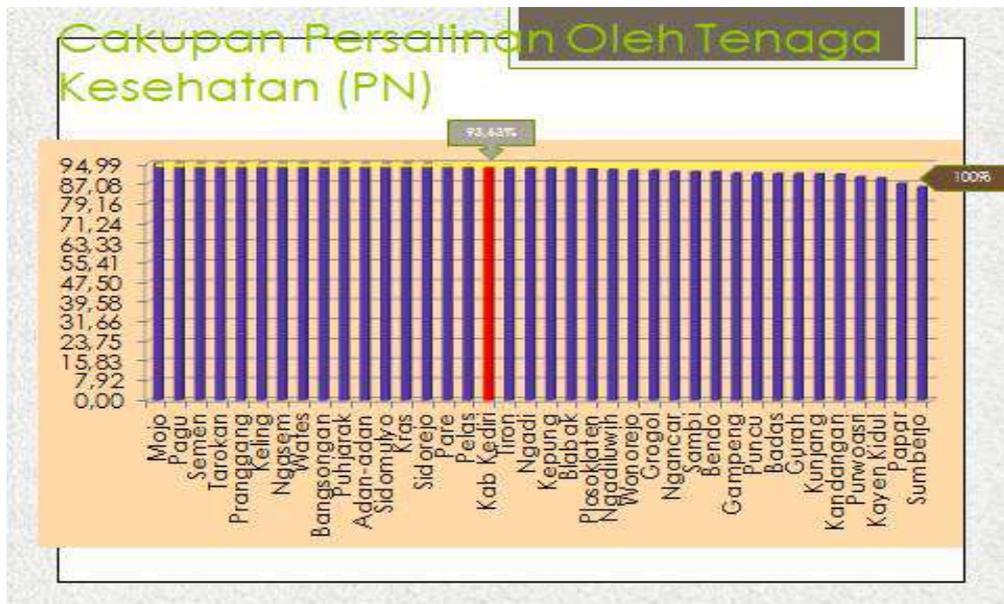
Keberhasilan program ini dapat diukur melalui indikator cakupan penanganan komplikasi kebidanan (Cakupan PK). Indikator ini mengukur kemampuan negara dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara

profesional kepada ibu (hamil, bersalin, nifas) dengan komplikasi yang dialami ibu hamil, ibu bersalin dan nifas dihitung satu (1) kali dalam satu periode. Hampir semua Puskesmas berada diatas target Kabupaten.

c. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin

Upaya lain yang dilakukan untuk menurunkan kematian ibu dan kematian bayi yaitu dengan mendorong agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih yaitu dokter spesialis kebidanan dan kandungan (SpOG), dokter umum, dan bidan, serta diupayakan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pertolongan persalinan adalah proses pelayanan persalinan yang dimulai pada kala I sampai dengan kala IV persalinan. Keberhasilan program ini diukur melalui indikator persentase persalinan ditolong tenaga kesehatan terlatih (Cakupan PN) dan persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (cakupan PF).

Gambar 4.3 Cakupan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan (PN) di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Persentase pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Kediri menunjukkan kecenderungan lebih baik dan hampir semua ibu bersalin di Tenaga Kesehatan hanya 6 yang ditolong selain nakes. Kebijakan Dinas Kesehatan dalam dekade terakhir menekankan agar setiap persalinan ditolong

oleh tenaga kesehatan dalam rangka menurunkan kematian ibu dan kematian bayi. Untuk cakupan Persalinan Nakes tertinggi ada pada Puskesmas Mojo.

Untuk daerah dengan akses sulit, kebijakan Kementerian Kesehatan yaitu mengembangkan program Kemitraan Bidan dan Dukun serta Rumah Tunggu Kelahiran. Para dukun diupayakan bermitra dengan bidan dengan hak dan kewajiban yang jelas. Pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan tidak lagi dikerjakan oleh dukun, namun dirujuk ke bidan.

Bagi ibu hamil yang di daerah tempat tinggalnya tidak ada bidan atau jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan, maka menjelang hari taksiran persalinan diupayakan sudah berada di dekat fasilitas pelayanan kesehatan, yaitu di Rumah Tunggu Kelahiran. Rumah Tunggu Kelahiran tersebut dapat berupa rumah tunggu khusus yang dikembangkan melalui pemberdayaan masyarakat maupun di rumah sanak saudara yang letak rumahnya berdekatan dengan fasilitas pelayanan kesehatan.

d. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar, yang dilakukan sekurang-kurangnya tiga kali sesuai jadwal yang dianjurkan, yaitu pada enam jam sampai dengan tiga hari pasca persalinan, pada hari ke empat sampai dengan hari ke-28 pasca persalinan, dan pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 pasca persalinan. Masa nifas dimulai dari enam jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan.

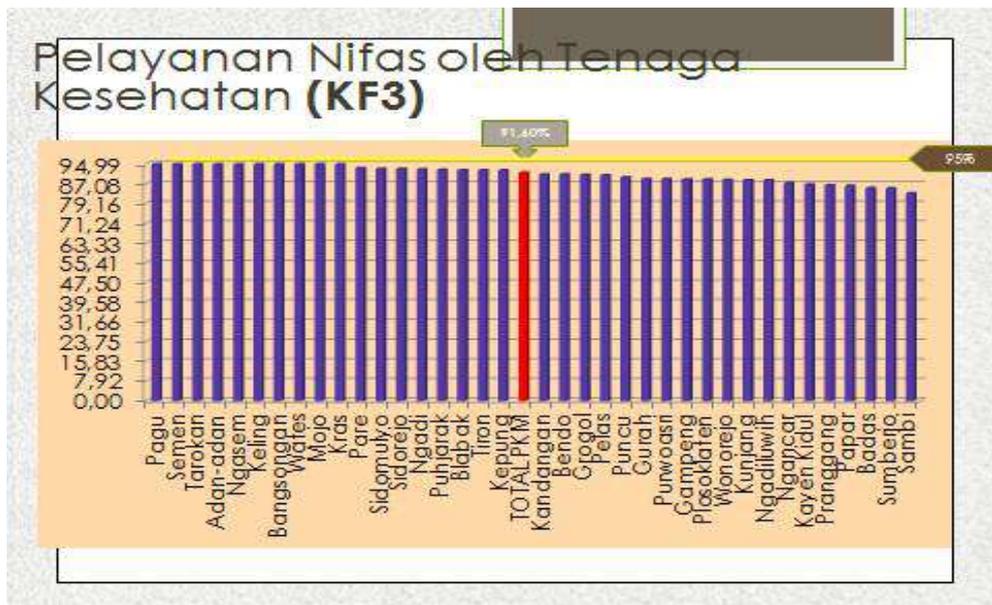
Jenis pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan terdiri dari :

- a) Pemeriksaan tanda vital (tekanan darah, nadi, nafas, dan suhu);
- b) Pemeriksaan tinggi puncak rahim (*fundus uteri*);
- c) Pemeriksaan lochia dan cairan *per vaginam* lain;
- d) Pemeriksaan payudara dan pemberian anjuran ASI eksklusif;
- e) Pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) kesehatan ibu nifas dan bayi baru lahir, termasuk keluarga berencana;

Di dalam pelayanan keluarga berencana pasca persalinan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) sejak tahun 2010, puskesmas, poskesdes, dan posyandu lebih terbantu dalam mengintensifkan implementasi upaya kesehatan termasuk di dalamnya pelayanan kesehatan ibu nifas. Pelayanan kesehatan ibu

nifas termasuk di antaranya kegiatan *sweeping* atau kunjungan rumah bagi yang tidak datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Capaian kunjungan nifas terdapat pada gambar berikut ini.

Gambar 4.4 Cakupan Pelayanan Nifas oleh Tenaga Kesehatan di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Berdasarkan gambar di atas dapat diketahui bahwa Puskesmas Pagu memiliki capaian tertinggi dan paling rendah Puskesmas Sambi. Sedangkan cakupan Kabupaten belum memenuhi target yang ditentukan.

Beberapa terobosan dalam penurunan AKI dan AKB di Indonesia telah dilakukan, salah satunya Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Program tersebut menitikberatkan kepedulian dan peran keluarga dan masyarakat dalam melakukan upaya deteksi dini, menghindari risiko kesehatan pada ibu hamil, serta menyediakan akses dan pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal dasar di tingkat Puskesmas (PONED) dan pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal komprehensif di Rumah Sakit (PONEK). Dalam implementasinya, P4K merupakan salah satu unsur dari Desa Siaga. P4K mulai diperkenalkan oleh Menteri Kesehatan pada tahun 2007. Pelaksanaan P4K di desa-desa tersebut perlu dipastikan agar mampu membantu keluarga dalam membuat perencanaan persalinan yang baik dan meningkatkan

kesiapsiagaan keluarga dalam menghadapi tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan nifas agar dapat mengambil tindakan yang tepat.

Dilakukan pula kegiatan Audit Maternal Perinatal (AMP), yang merupakan upaya dalam penilaian pelaksanaan serta peningkatan mutu pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Kegiatan ini dilakukan melalui pembahasan kasus kematian ibu atau bayi baru lahir sejak di level masyarakat sampai di level fasilitas pelayanan kesehatan. Salah satu hasil kajian yang didapat dari AMP adalah kendala yang timbul dalam upaya penyelamatan ibu pada saat terjadi kegawatdaruratan maternal dan bayi baru lahir. Kajian tersebut juga menghasilkan rekomendasi intervensi dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan ibu dan bayi di masa mendatang.

e. Pelayanan Kontrasepsi

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, dan Sistem Informasi Keluarga menyebutkan bahwa program keluarga berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.

KB merupakan salah satu strategi untuk mengurangi kematian ibu khususnya ibu dengan kondisi 4T; terlalu muda melahirkan (di bawah usia 20 tahun), terlalu sering melahirkan, terlalu dekat jarak melahirkan, dan terlalu tua melahirkan (di atas usia 35 tahun). Selain itu, program KB juga bertujuan untuk meningkatkan kualitas keluarga agar dapat timbul rasa aman, tentram, dan harapan masa depan yang lebih baik dalam mewujudkan kesejahteraan lahir dan kebahagiaan batin.

KB juga merupakan salah satu cara yang paling efektif untuk meningkatkan ketahanan keluarga, kesehatan, dan keselamatan ibu, anak, serta perempuan. Pelayanan KB menyediakan informasi, pendidikan, dan cara-cara bagi laki-laki dan perempuan untuk dapat merencanakan kapan akan mempunyai anak, berapa jumlah anak, berapa tahun jarak usia antara anak, serta kapan akan berhenti mempunyai anak.

f. Kesehatan Anak

Upaya pemeliharaan kesehatan anak ditujukan untuk mempersiapkan generasi yang akan datang yang sehat, cerdas, dan berkualitas serta untuk menurunkan angka kematian anak. Upaya pemeliharaan kesehatan anak dilakukan sejak janin masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan, dan sampai berusia delapan belas tahun. 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 4.5 Cakupan Pelayanan Kesehatan Bayi 0 Hari - 12 Bulan (Kunjungan Bayi) di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

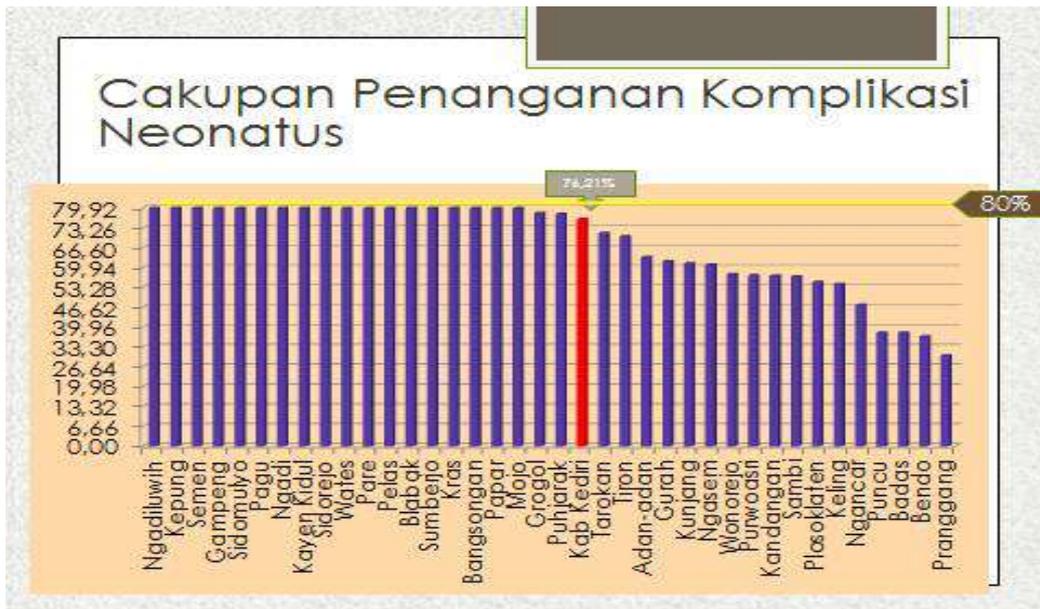
Data yang dimiliki di tingkat Kabupaten Kediri menyebutkan pada tahun 2016 terdapat 24.626 sasaran bayi. Dari jumlah tersebut, yang dilayani secara paripurna sebanyak 23.661 bayi atau 96,08. Paling rendah cakupan kabupaten ada di wilayah Puskesmas Wonorejo.

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, dll.

Gambar 4.6 Cakupan Penanganan Komplikasi Neonatus di Kabupaten Kediri Tahun 2015

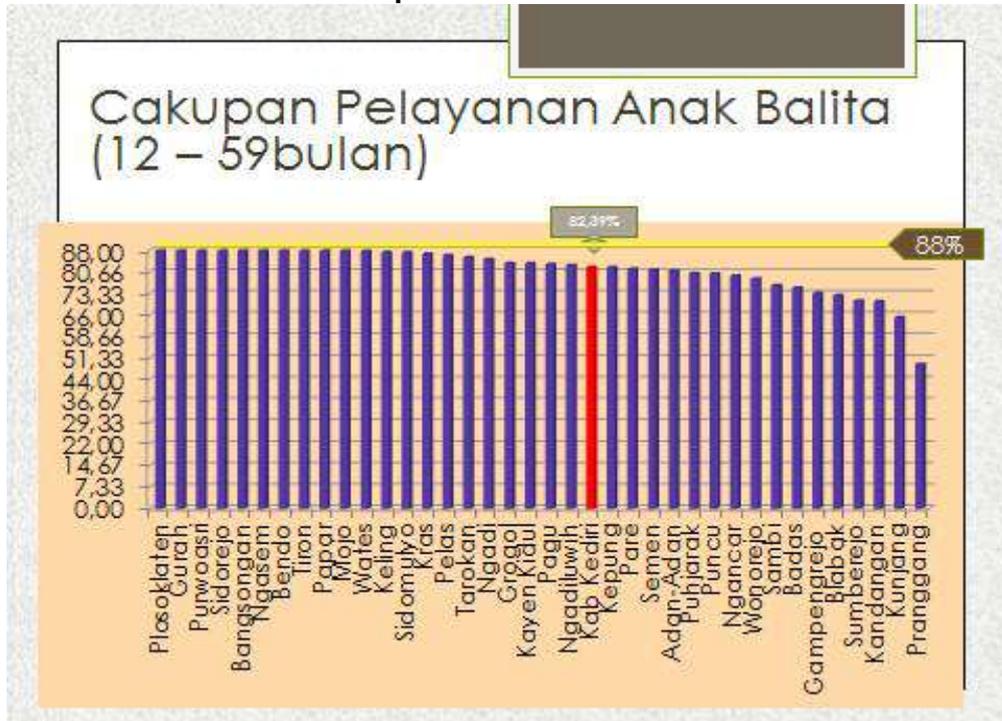


Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Dari Gambar diatas kabupaten kediri sudah mencapai 2825 (76,21) hal ini dapat di diskriptifkan bahwa semua bayi dengan komplikasi telah tertangani dengan baik.

4.1.2 Pelayanan Kesehatan Anak Balita dan Anak Pra Sekolah

Gambar 4.7 Cakupan Pelayanan Anak Balita (12 – 59 bulan) di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

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 89,55 % 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 penjarangan 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 penjarangan 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. Penjarangan 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 penjarangan.

Penjarangan 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 :

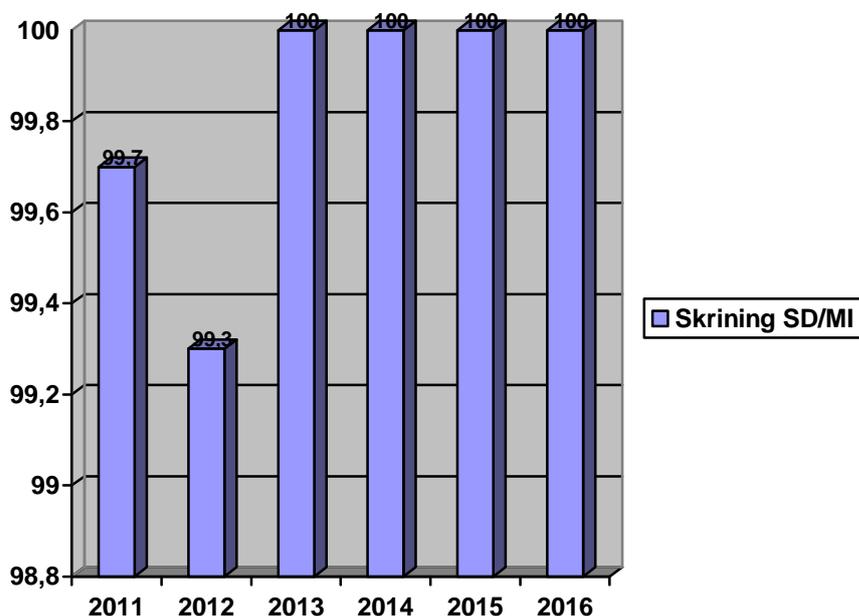
Dari jumlah siswa klas 1 SD/MI sejumlah 25.695 yang diperiksa sejumlah 25.695 sehingga cakupan Pelayanan kesehatan anak usia sekolah melalui kegiatan skrining siswa klas 1 SD/MI setingkat tercapai 100%.

Tabel 4.1 Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Siswa Klas 1 SD / MI di Kabupaten Kediri Tahun 2012 – 2016

Indikator	TAHUN 2012	TAHUN 2013	TAHUN 2014	TAHUN 2015	TAHUN 2016
Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Siswa Klas 1 SD/MI di Kabupaten Kediri	99,3	100	100	100	100

Sumber: Seksi Anak, Remaja, Usia Lanjut Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Gambar 4.8 Cakupan Hasil Skrining Siswa SD/MI di Kabupaten Kediri pada 2016



Sumber: Seksi Anak, Remaja, dan Usia Lanjut Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

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, *trafiking*, 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.

STRATEGI OPERASIONAL PELAYANAN KESEHATAN :

Pembinaan kesehatan anak berkebutuhan khusus sama seperti pembinaan kesehatan pada umumnya yang meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Pelayanan kesehatan terhadap Anak Berkebutuhan Khusus harus memperhatikan kebutuhan dasar anak. Kebutuhan yang dimaksud meliputi 3 aspek yaitu asuh, asih dan asah.

ASUH (Kebutuhan fisik biologis) antara lain asupan nutrisi termasuk Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Eksklusif; Makanan Pendamping ASI (MP-ASI); perawatan kesehatan; imunisasi lengkap; penimbangan teratur dan periodik; Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) khususnya pertumbuhan fisik, kebersihan badan dan lingkungan, pengobatan; sandang, pangan, papan, olahraga, bermain/rekreasi.

ASIH (ikatan serasi antara ibu dan anak) antara lain pemberian rasa aman dan nyaman, perlindungan, perhatian, dukungan, penghargaan, komunikasi yang menyenangkan, lingkungan yang ceria dan menghibur, anak diberi contoh (bukan dipaksa) dan dibimbing (bukan diancam/dihukum).

ASAH antara lain proses belajar (pendidikan/pelatihan) pada anak; stimulasi sedini mungkin Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) khususnya pengembangan intelegensia, meliputi kecerdasan majemuk, budi luhur, moral dan etika, kepribadian, ketrampilan berbahasa, kemandirian, kreatifitas, produktifitas dan lain-lain.

Langkah-langkah Pelayanan Kesehatan Anak Berkebutuhan Khusus :

1. Meningkatkan akses anak berkebutuhan khusus terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan pendekatan sesuai kebutuhan, antara lain :
 - a. Korban KtA melalui pelayanan komprehensif dengan pendekatan medis, psikososial dan medikolegal.
 - b. Anak cacat melalui pelayanan UKS di SLB/sekolah inklusi dan pelayanan di panti.

- c. Anak di Lapas/Rutan melalui poliklinik Lapas/Rutan dan rujukan ke Puskesmas/ RS.
 - d. Anak jalanan melalui rumah singgah/shelter dan rujukan ke Puskesmas.
2. Meningkatkan kapasitas petugas kesehatan pemberi layanan di Puskesmas dan RS dalam upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif melalui pelatihan/orientasi program.
 3. Meningkatkan manajemen program kesehatan anak berkebutuhan khusus di institusi pelayanan dasar (Puskesmas), institusi pelayanan rujukan (Rumah Sakit), Kabupaten/Kota dan Dinas Kesehatan Provinsi.
 4. Meningkatkan jejaring kemitraan dengan Lintas Program, Lintas Sektor, Tokoh Agama, Tokoh Masyarakat, LSM dan organisasi profesi terkait dan pihak swasta.
 5. Meningkatkan sistem informasi, pencatatan pelaporan, monitoring dan evaluasi program kesehatan anak berkebutuhan khusus.
 6. Menggerakkan dan memberdayakan keluarga/masyarakat untuk mendukung upaya program kesehatan anak berkebutuhan khusus.

Seluruh Puskesmas melakukan pelayanan kesehatan ABK sesuai sasaran yang ada di wilayahnya. Data terakhir jumlah SLB ada 21 SLB sedangkan Panti Asuhan sejumlah 41 Panti. Untuk korban kekerasan terhadap anak ditangani secara terpadu melalui P2TP2A (Pusat Pelayanan Terpadu Perlindungan Perempuan dan Anak) dan KPAID (Komisi Perlindungan Anak Indonesia Daerah) yang terdiri dari Lintas sektor terkait dan LSM. Puskesmas mampu tata laksana korban KtA yang sudah dilatih petugas medis dan paramedisnya di Propinsi sejumlah 3 Puskesmas yaitu : Puskesmas Tiron, Puhjark dan Papar. Dengan demikian Puskesmas yang sudah dilatih bisa siap bilamana ada kasus KtA. Target dari Propinsi masing-masing Kab./Kota minimal ada 2 Puskesmas yang mampu tata laksana KtA.

Untuk ABK dengan kecacatan di SLB yang klas 1 baru juga mendapatkan pelayanan skrining sesuai jadwal yang dilakukan oleh Puskesmas pada saat ajaran baru. Dari 21 SLB semua sudah dilakukan skrining.

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.

Untuk 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 prosentasenya didapatkan hasil 72%. Target yang harus dicapai 85%, sedangkan cakupan pelayanan kesehatan

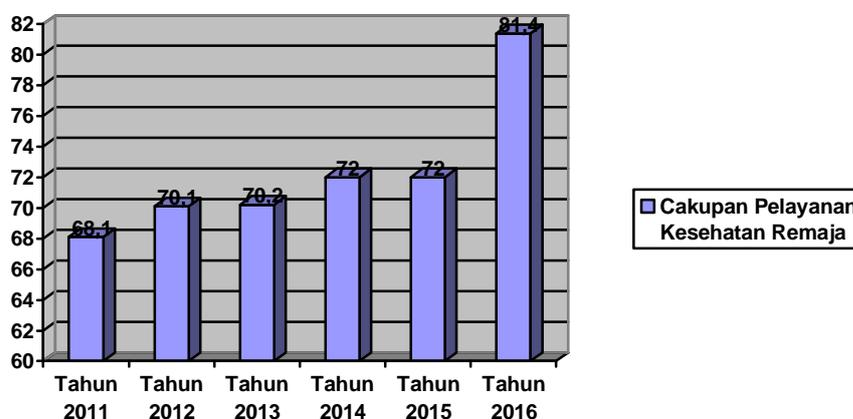
remaja yang sudah dilaksanakan baru tercapai 72% hal ini disebabkan antara lain karena pelaksanaan skrining bagi siswa lanjutan belum dilaksanakan pada semua sasaran sekolah lanjutan yang ada. Hal ini disebabkan dana yang masih terbatas pada prioritas pelaksanaan skrining di siswa tingkat dasar (SD/MI) 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, Sambi 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 2012 – 2016

	TAHUN 2012	TAHUN 2013	TAHUN 2014	TAHUN 2015	TAHUN 2016
Cakupan Pelayanan Kesehatan Remaja di Kabupaten Kediri	70,1	70,24	72	72	81.4

Sumber: Seksi Anak, Remaja, Usia Lanjut Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Gambar 4.9 Cakupan Pelayanan Kesehatan Remaja di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber: Seksi Anak, Remaja, Usia Lanjut Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

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 134.471 dan pra lansia 206.747 sedangkan jumlah keseluruhan lansia 198.373 dan pra lansia 305.849, sehingga hasil yang didapat adalah capaian lansia 67,7% dan pra lansia 67,6%. Target yang harus dicapai 72%.

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 Sambi. 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

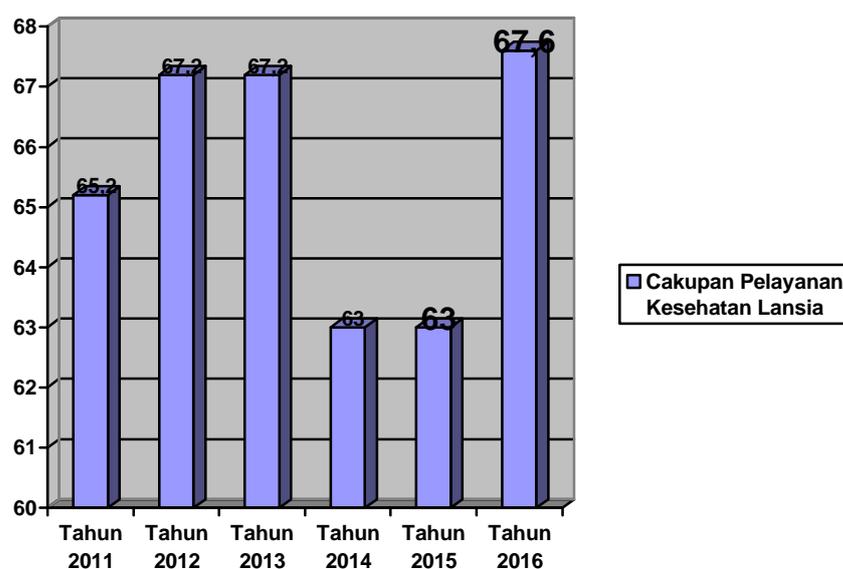
Kabupaten Kediri tahun 2015 terdapat 514 Posyandu. Target minimal bahwa 1 desa harus terdapat minimal 1 posyandu lansia maka dengan jumlah desa yang ada di Kabupaten Kediri sejumlah 344 desa, dari jumlah tersebut menunjukkan peningkatan namun demikian masih belum merata karena ada beberapa desa yang 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 2012 – 2016

	TAHUN 2012	TAHUN 2013	TAHUN 2014	TAHUN 2015	TAHUN 2016
Cakupan Pelayanan Kesehatan Lansia di Kabupaten Kediri	67,2	67,2	63	63	67.6

Sumber: Seksi Anak, Remaja, Usia Lanjut Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Gambar 4.10 Cakupan Pelayanan Kesehatan Lansia di Kabupaten Kediri Tahun 2011-2016



Sumber: Seksi Anak, Remaja, Usia Lanjut Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

4.1.7 Pelayanan Kesehatan Reproduksi

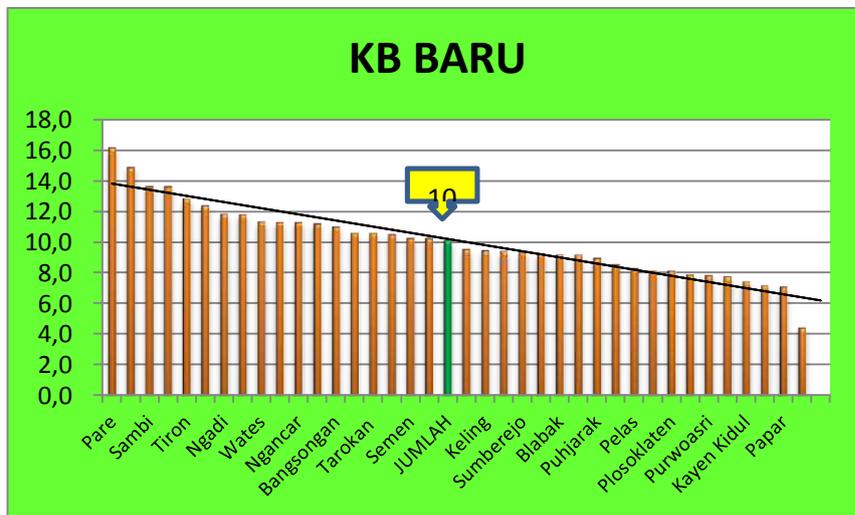
Indonesia merupakan salah satu negara yang ikut menyepakati hasil konferensi internasional mengenai kependudukan dan pembangunan *International Conference Population Development* (ICPD). Dewasa ini pengelolaan kependudukan tidak lagi semata-mata menurunkan fertilitas melainkan juga berorientasi terhadap 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 2016



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

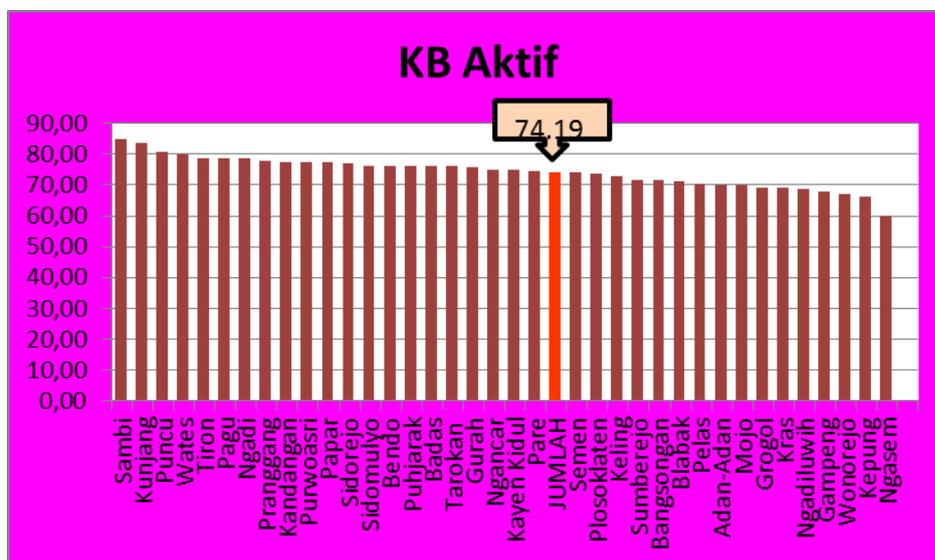
Pasangan Usia Subur (PUS) yang baru pertama kali menggunakan metode kontrasepsi termasuk mereka yang baru menikah karena belum ingin punya anak, pasca keguguran, sesudah melahirkan, atau pasca istirahat minimal 3 tahun. Indikator ini digunakan untuk menilai kinerja program KB. Berdasarkan

data dan validasi Puskesmas yang dilaksanakan di Dinas Kesehatan tahun 2016 pencapaian KB baru terhadap PUS adalah sebesar 10,1 % dimana pola penggunaan alat kontrasepsi MKJP (33,6 %), yang paling banyak menggunakan implant (19,6 %), sedangkan penggunaan untuk Non MKJP (66,4 %) yang paling banyak digunakan adalah metode suntik 57,4 %. Untuk meningkatkan MKJP diperlukan sosialisasi, promosi ke masyarakat dan konseling penggunaan APBK dengan benar.

b. 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 2016 mencapai 74.19% dari target 70%.

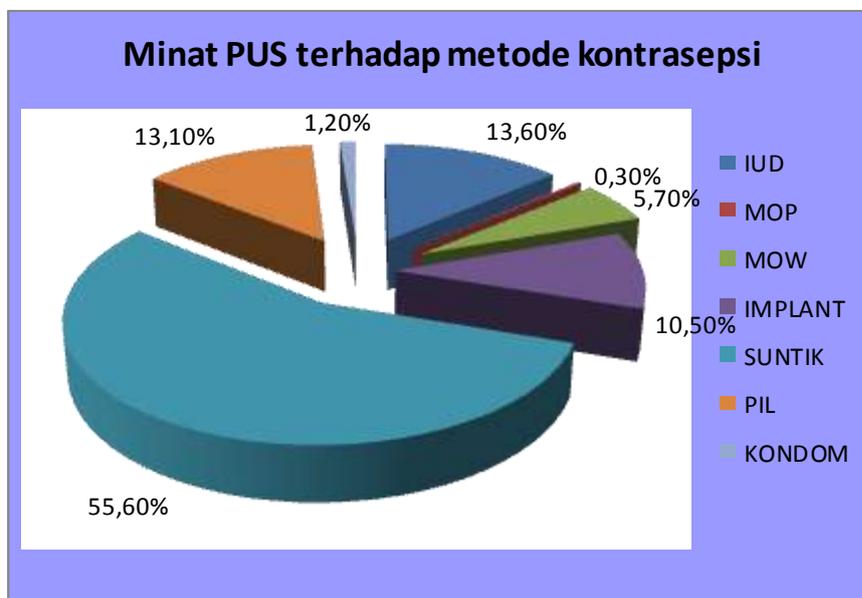
Gambar 4.12 Cakupan peserta KB Aktif terhadap PUS di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Peminatan terbanyak pemilihan metode kontrasepsi terbanyak adalah suntik sebanyak 108.810 (55,50%). 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 yg 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 berKB).

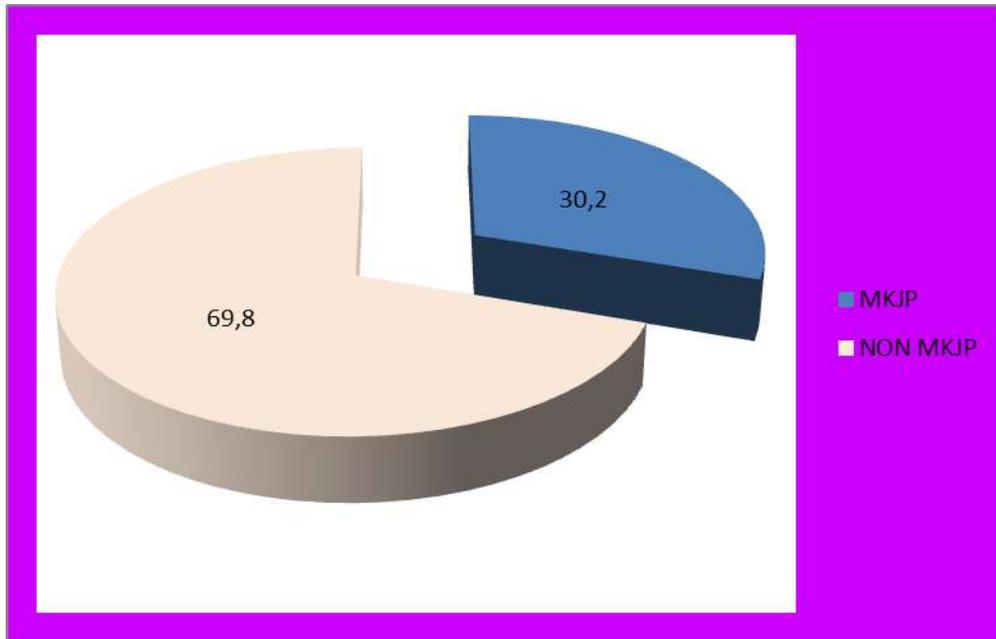
Gambar 4.13 Minat PUS Terhadap Metode Kontrasepsi di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Cakupan peserta KB aktif menurut pola penggunaan kontrasepsi. Rincian pemakaian kontrasepsi adalah 59.185 (30,2 %) memakai metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP), sedangkan sebanyak 136.861 (69,8 %) memakai non metode kontrasepsi jangka panjang (Non MKJP).

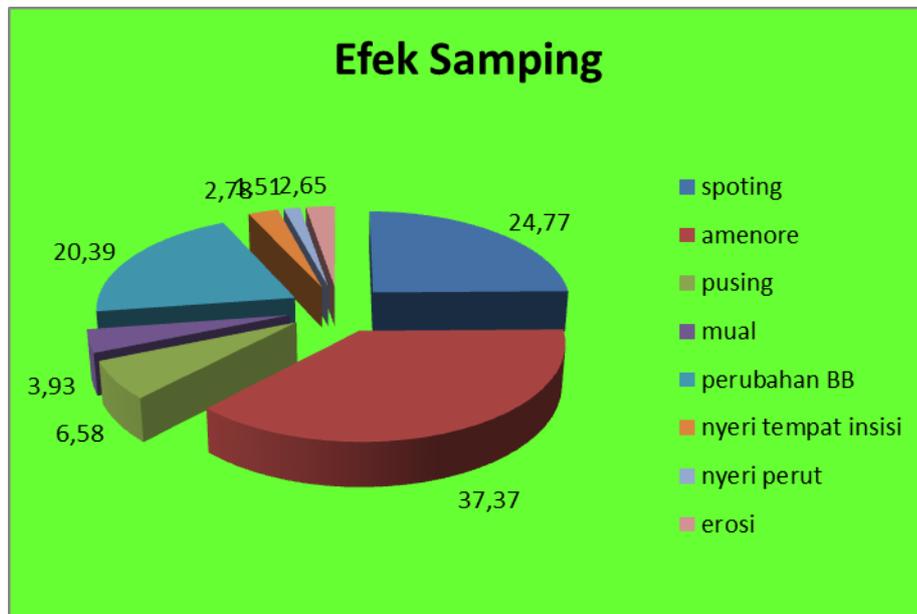
Gambar 4.14 Cakupan Peserta KB Aktif Menurut Pola Penggunaan Kontrasepsi di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

c. Efek Samping Metode Kontrasepsi

Gambar 4.15 Minat PUS Terhadap Metode Kontrasepsi di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Pada peserta KB Aktif yang mengalami kasus efek samping sebanyak 17.214 orang. Kasus terbanyak amenore sejumlah 6434 (37,37%), kemudian spotting sejumlah 4264 (24,77%). Hal tersebut disebabkan oleh efek dari metode kontrasepsi hormonal yang masih banyak dipakai oleh masyarakat

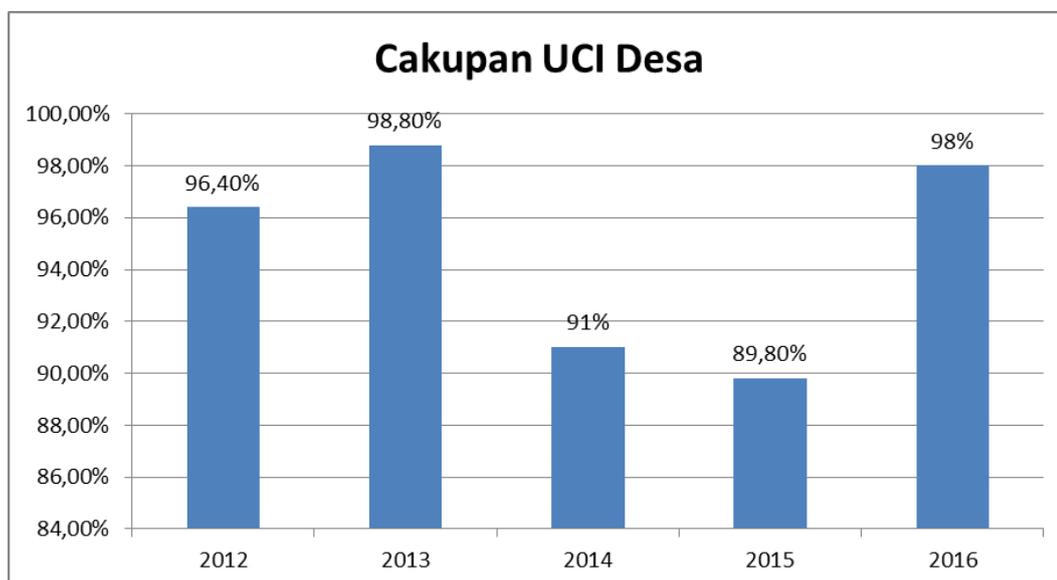
4.1.8 Pelayanan Imunisasi

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 4.16 Cakupan UCI (*Universal Child Immunization*) Desa di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016



Sumber: Seksi Surveilans Epidemiologi dan Imunisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

4.2 PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT

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

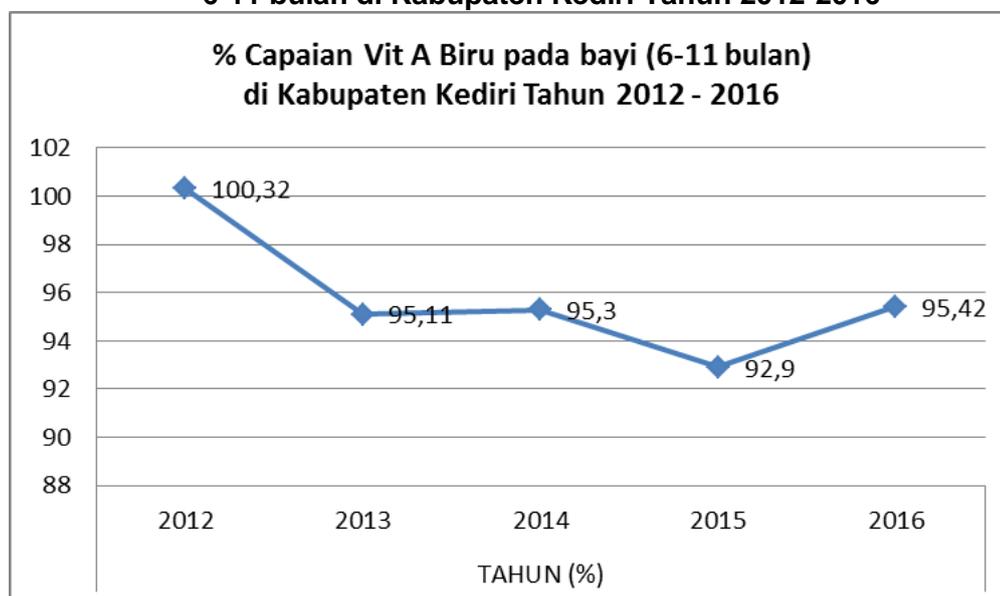
4.2.1 Pemberian Kapsul Vitamin A pada Bayi dan Balita, serta kepada Ibu Nifas

Vitamin A berperan penting dalam pertumbuhan dan kesehatan mata balita. Disamping itu vitamin A juga mampu meningkatkan kekebalan tubuh terhadap penyakit infeksi sehingga dapat meningkatkan kesehatan tubuh seorang balita pada umumnya.

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.

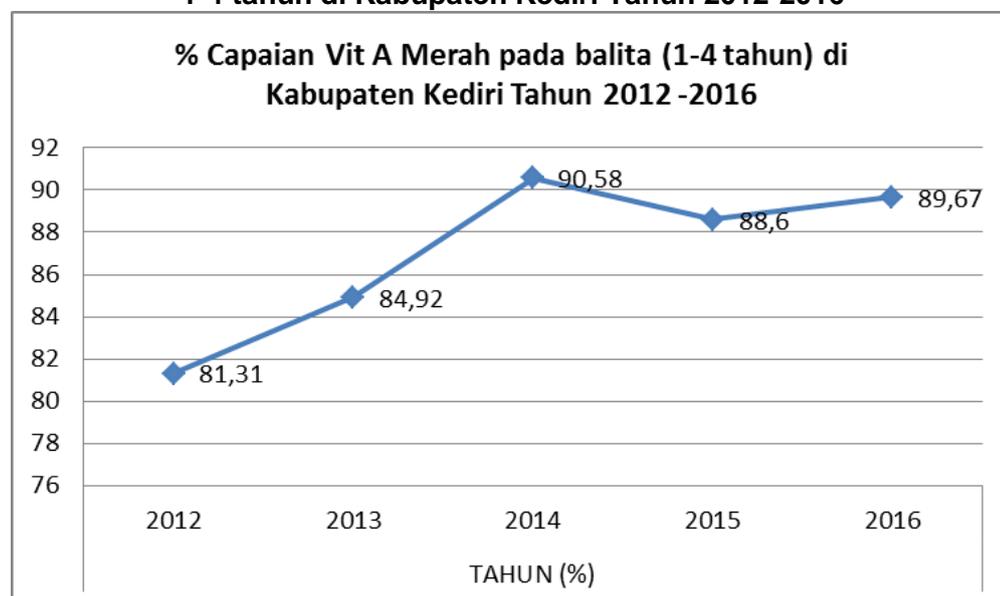
Berdasarkan laporan bulanan Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, cakupan pemberian kapsul vitamin A selama empat tahun terakhir dapat dilihat pada gambar berikut:

Gambar 4.17 Cakupan Pemberian Vitamin A 100.000 IU pada Bayi Umur 6-11 bulan di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Gambar 4.18 Cakupan Pemberian Vitamin A 200.000 IU pada Balita Umur 1-4 tahun di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016

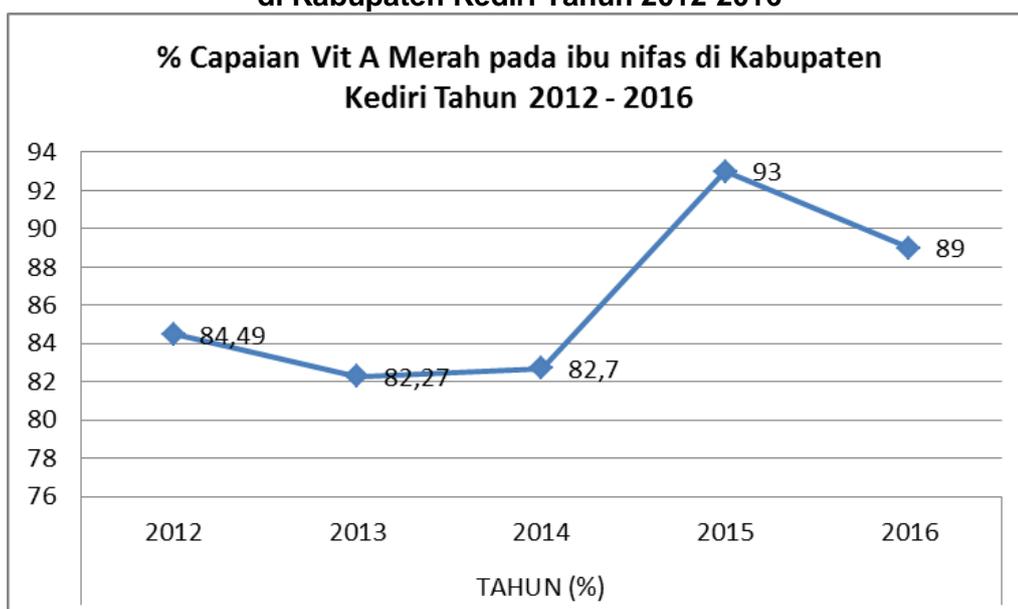


Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

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.

Dalam upaya menurunkan kematian bayi karena infeksi dan upaya peningkatan kandungan vitamin A pada ASI maka dilakukan pemberian Vitamin A pada ibu nifas. Pencapaian pemberian kapsul vitamin A pada ibu nifas lima tahun terakhir disajikan pada gambar berikut :

Gambar 4.19 Cakupan Pemberian Vitamin A 200.000 IU pada Ibu Nifas di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

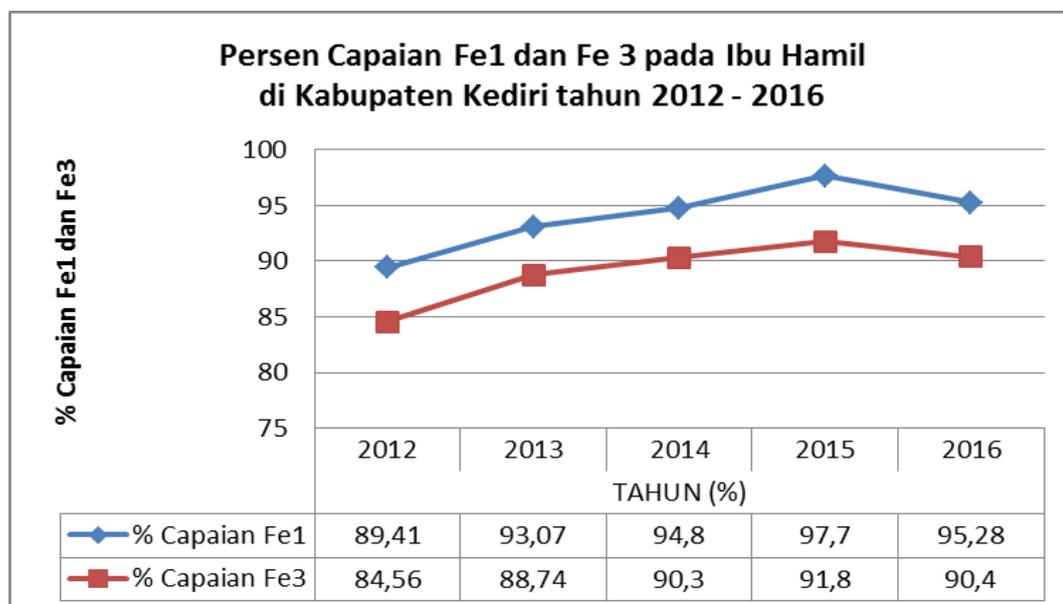
Gambar diatas menunjukkan adanya kecenderungan yang fluktuatif dari pencapaian pemberian kapsul vitamin A pada ibu nifas, hal ini disebabkan karena masalah kurang tertibnya administrasi.

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 4.20 Cakupan Pemberian Fe 1 dan Fe 3 pada Ibu Hamil di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016



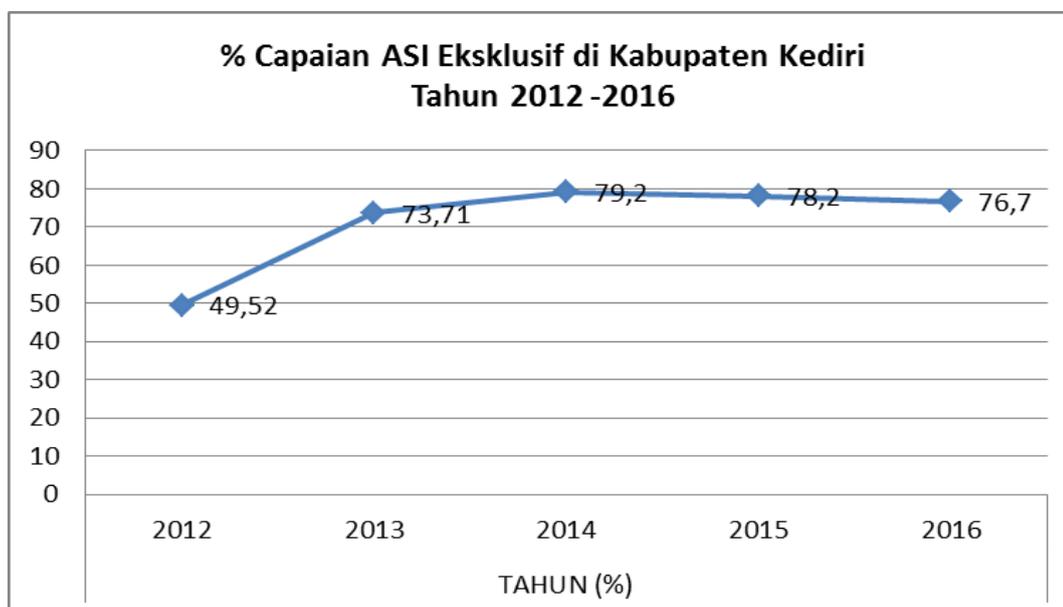
Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Berdasarkan gambar tersebut diatas diketahui bahwa cakupan pemberian tablet Fe 1 dan Fe 3 pada ibu hamil mengalami peningkatan dari tahun 2012 sampai dengan 2015 namun cenderung menurun pada tahun 2016. Hal tersebut menunjukkan bahwa kesadaran masyarakat terhadap pentingnya kesehatan ibu hamil sudah mulai meningkat sehingga ada upaya untuk meningkatkan kesehatan ibu hamil salah satunya dengan mengkonsumsi tablet Fe.

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 2016 dapat dilihat pada gambar berikut ini:

Gambar 4.21 Cakupan Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi Umur 0-6 Bulan di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Dari gambar tersebut diketahui bahwa cakupan pemberian ASI eksklusif mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Untuk menghitung cakupan ASI eksklusif dilakukan dengan cara 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 lintas program, posyandu, LSM, PKK, serta tokoh masyarakat sangat efektif untuk meningkatkan kesadaran akan pentingnya pemberian ASI eksklusif.

Pemerintah Kabupaten Kediri menyadari pentingnya pemberian ASI Eksklusif dan pemberian makanan pada bayi dan anak yang tepat merupakan investasi bagi sumber daya masyarakat yang cemerlang di masa depan. Hal ini selaras dengan program pemerintah pusat yaitu 1000 HPK (Hari Pertama Kehidupan). Penerapan intervensi gizi yang tepat pada 1000 HPK akan menurunkan angka stunting yang saat ini merupakan masalah yang dihadapi oleh bangsa Indonesia.

Kegiatan yang telah diupayakan oleh Pemerintah Kabupaten Kediri melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri dan jajarannya adalah Pembentukan Pengurus KPASI Tingkat Kabupaten sebagai wadah KPASI tingkat desa yang telah terbentuk terlebih dahulu dimana pada tahun 2016 berjumlah 141 KPASI Desa. Selain itu desa telah mempunyai Motivator ASI Eksklusif yang terdiri atas

kader-kader yang telah dilatih untuk membantu ibu menyusui yang mengalami kesulitan menyusui.

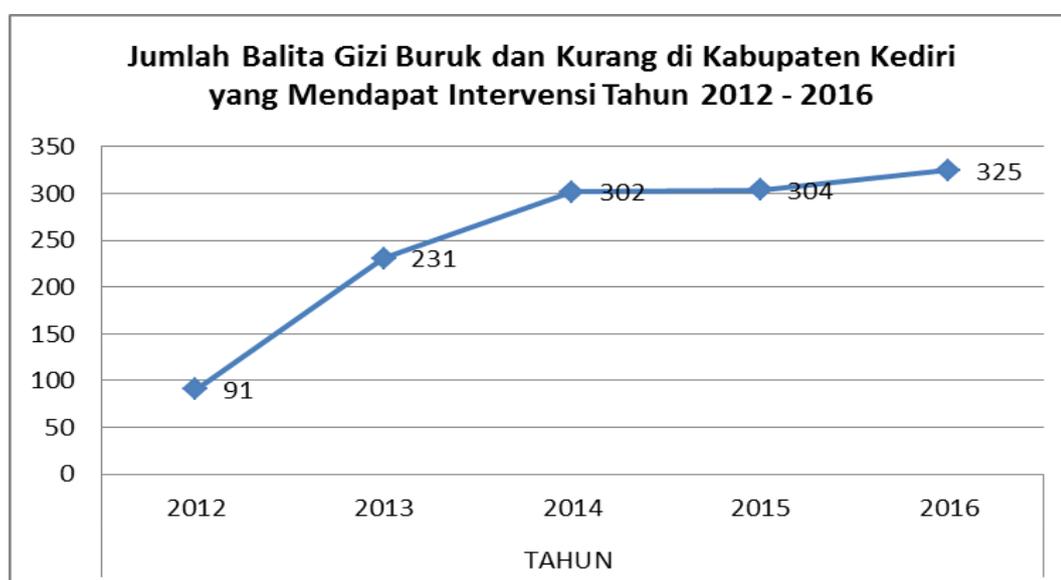
Adanya penurunan capaian ASI eksklusif dalam satu tahun terakhir dikarenakan masih belum tertibnya pencatatan dan pelaporan dari desa sehingga mempengaruhi rata-rata pencapaian.

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 dan intervensi PMT Pemulihan mulai tahun 2012 sampai dengan 2016.

Gambar 4.22 Jumlah Balita Gizi Buruk dan Gizi Kurang yang Mendapatkan Intervensi di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016



Sumber: Seksi Kesehatan Ibu, Bayi, dan Reproduksi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri 2016

Dalam upaya untuk mencegah kasus gizi kurang menjadi kasus gizi buruk maka gizi kasus gizi kurang telah diberikan intervensi oleh Dinas Kesehatan maupun sumber lain berupa Pemberian Makanan Tambahan

Pemulihan berupa susu balita dan hal ini memberikan hasil yang signifikan dengan semakin berkurangnya kasus Bawah Garis Merah atau BBSK.

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 2010-2016 seperti pada tabel berikut.

Tabel 4.4 Jumlah KLB Ditangani < 24 jam di Kabupaten Kediri Tahun 2010-2016

Tahun	Jumlah KLB Ditangani < 24 Jam
2010	34
2011	16
2012	12
2013	19
2014	15
2015	9
2016	7

Sumber : Seksi Pengamatan Penyakit dan Imunisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2016

4.4 PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN DAN ASURANSI KESEHATAN

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara resmi diimplementasikan pada tanggal 01 Januari 2014 untuk memberikan jaminan kesehatan kepada peserta agar dapat memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Program JKN diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) yang merupakan transformasi dari PT Askes. JKN diselenggarakan secara nasional dengan prinsip asuransi social dan prinsip ekuitas.

Kepesertaan JKN bersifat wajib bagi seluruh penduduk dengan prinsip gotong royong. Dengan prinsip gotong royong diharapkan penduduk yang sehat membantu kepada penduduk yang sakit dan penduduk yang kaya membantu penduduk yang miskin sehingga mendukung terselenggaranya prinsip ekuitas

(kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis) sehingga diharapkan masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan

Kepesertaan program JKN adalah peserta program jaminan kesehatan yang dialihkan secara langsung ke program JKN yaitu peserta Jamkesmas, peserta Askes PNS, jaminan kesehatan TNI/Polri, dan JPK Jamsostek. Mulai saat itu pula, BPJS Kesehatan membuka pendaftaran bagi setiap penduduk yang ingin mendaftar JKN, baik perorangan, melalui perusahaan, ataupun melalui pemerintah daerah sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI) daerah. Perpres Jaminan Kesehatan mengamanahkan seluruh penduduk Indonesia telah terdaftar sebagai peserta JKN atau mencapai Universal Health Coverage (UHC) pada tahun 2019.

a. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

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 01 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 01 Januari 2014 sudah diambil alih oleh BPJS Kesehatan termasuk didalamnya kepesertaan Program Jamkesmas yang terdiri dari masyarakat miskin dan masyarakat tidak mampu.

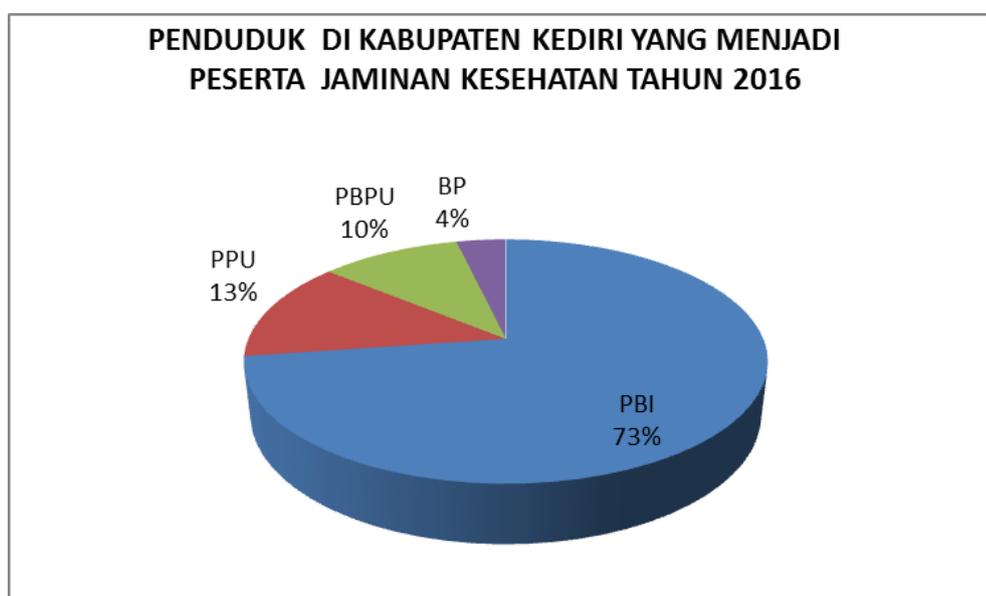
Dalam era JKN, Pemerintah telah menjamin masyarakat miskin dan tidak mampu dengan pembiayaan dari dana APBN dengan nama Penerima Bantuan Iuran (PBI) sedang masyarakat miskin dan tidak mampu yang tidak masuk kuota PBI JKN, Pemerintah Kabupaten Kediri menjamin kesehatannya dalam program Jaminan Kesehatan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

Sebagai akibat makin majunya ilmu dan teknologi kedokteran berakibat makin meningkatnya biaya kesehatan. Dan 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. Untuk 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).

Di Kabupaten Kediri , sudah banyak masyarakat miskin yang dicakup oleh program jaminan kesehatan. Dalam hal ini masyarakat miskin dan tidak mampu yang masuk sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN. Seperti yang terdapat dalam grafik dibawah ini :

Gambar 4.23 Penduduk di Kabupaten Kediri Yang Sudah Menjadi Peserta Jaminan Kesehatan Tahun 2016



Sumber : Kantor BPJS Kesehatan Divre VII Jawa Timur tahun 2016

Dari gambar diagram pie diatas terlihat bahwa penduduk di wilayah kabupaten Kediri yang paling banyak mendapatkan jaminan kesehatan adalah program JKN bagi Penerima Bantuan Iuran (PBI) sebanyak 73 % atau sebesar 593.944 jiwa, kemudian diikuti oleh peserta Pekerja Penerima Upah (PPU) sebesar 13% atau sebesar 108.408 jiwa dan kemudian dari peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) atau yang dikenal dengan Peserta Mandiri sebanyak 10% atau sebesar 84.594 jiwa. Dan yang paling kecil adalah dari kepesertaan Bukan Pekerja (BP) sebesar 4% atau sebesar..

Peserta PBI merupakan peserta JKN yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah.baik pusat maupun daerah. Sebagian besar peserta PBI adalah penduduk miskin dan tidak mampu. Peserta PBI Pusat ditetapkan oleh Menteri

Sosial. Data peserta PBI bersumber dari Basis Data Terpadu (BDT) hasil pendataan Program Perlindungan Sosial tahun 2011.

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. Adapun hasil dari pelayanan kesehatan bagi peserta PBI yang berkunjung di Puskesmas pada tahun 2016 seperti yang tercantum dalam grafik pie di bawah ini.

Gambar 4.24 Kunjungan Peserta PBI ke Puskesmas di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber : Data Laporan Kunjungan JKN Tahun 2016

Peserta PBI JKN yang berkunjung ke Puskesmas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ada sebanyak 506.250 kunjungan baik kunjungan lama maupun kunjungan baru. Dari kunjungan peserta PBI JKN, sebagian besar memanfaatkan kunjungan rawat jalan sebesar 94 % atau 476.474 kunjungan. Sedangkan apabila ada peserta PBI JKN yang membutuhkan pelayanan tindak lanjut dimana Puskesmas tidak mampu mengatasinya maka dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Jumlah peserta PBI JKN yang dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut sebesar 27.388 rujukan atau 5%. Di

kabupaten Kediri ada beberapa Puskesmas yang memiliki fasilitas rawat inap. Peserta PBI JKN yang menggunakan fasilitas rawat inap sebesar 2.388 atau sebesar 1%.

Sebagai program yang sudah berjalan selama dua tahun ini, program JKN menghadapi banyak tantangan. *Pertama* menyangkut perluasan kepesertaan. Hampir dari separuh penduduk kabupaten Kediri belum masuk dalam dalam program JKN. Tantangan terbesar justru ada pada penduduk yang mampu dan kaya terutama yang sehat untuk turut dalam kepesertaan program JKN ini. Penduduk yang mampu ini diperkirakan memiliki kemauan yang rendah untuk membayar iuran premi JKN dan dan bergabung dalam program JKN karena berbagai factor. Perlunya sosialisasi yang terus menerus baik lewat media cetak maupun elektronik oleh BPJS Kesehatan agar mereka yang mampu ini untuk ikut dalam program JKN, terutama dalam hal sosialisasi manfaat yang diperoleh. Permasalahan yang *kedua* adalah soal penyiapan fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Lonjakan jumlah peserta JKN berpengaruh pada kunjungan dan penggunaan layanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Jika tidak diantisipasi dan ditangani dengan baik dapat menimbulkan kekacauan pelayanan kesehatan yang akan sangat berpengaruh terhadap kualitas pelayanan. Perlunya BPJS Kesehatan menambah kerja sama dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dari Dokter Praktek Mandiri, Klinik-klinik swasta, Dokter Gigi praktek mandiri yang ada di kabupaten Kediri. Permasalahan yang ketiga adalah menyangkut pelayanan rujukan. Seperti yang kita ketahui, pelayanan dalam program JKN dilaksanakan secara berjenjang mulai dari FKTP sampai faskes rujukan tingkat lanjut (FKTL). Tidak jarang peserta JKN atas kemauan sendiri meminta dirujuk ke FKTL padahal penyakitnya tersebut bisa diatasi oleh FKTP. Perlunya edukasi yang terus menerus kepada peserta terhadap penyakit-penyakit mana yang bisa dirujuk ke FKTL, karena hal itu terkait dengan kompetensi yang sudah ada di FKTP.

Terlepas dari permasalahan-permasalahan itu, JKN merupakan program yang sangat dibutuhkan terutama untuk memastikan pemenuhan hak setiap penduduk untuk mendapatkan layanan kesehatan yang berkualitas serta memperbaiki status kesehatan. Perbaikan status kesehatan tentunya akan sangat berpengaruh terhadap kualitas pembangunan Indonesia secara umum.

Oleh karena itu, kontribusi setiap pihak untuk terus memperbaiki setiap celah dari penyelenggaraan program JKN sangat diharapkan.

Meskipun adanya perubahan dari program Jamkesmas ke program JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, tetapi untuk kepesertaan program JKN tidak mengalami perubahan jumlah. Apabila ada masyarakat miskin yang belum tercover oleh program JKN, maka jaminan kesehatannya dapat melalui program Jamkesda yang sudah dianggarkan oleh Pemerintah Kabupaten Kediri.

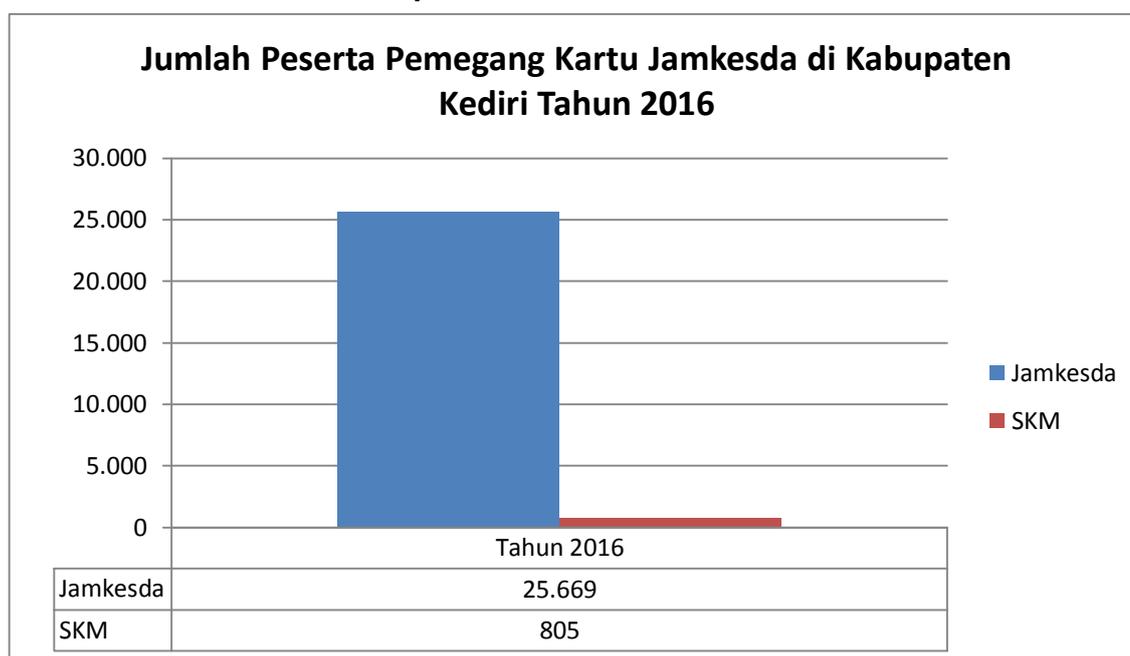
Dari jumlah kuota peserta PBI tahun 2016 sebesar 593.944 jiwa tersebut ternyata tidak semuanya menerima kartu Jamkesmas. Bagi peserta PBI yang belum menerima kartu JKN / KIS atau Kartu BPJS Kesehatan tetapi masuk dalam database kepesertaan PBI BPJS Kesehatan tahun 2016, Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri mengeluarkan kebijakan dengan menerbitkan Surat Keterangan yang bisa dipergunakan peserta untuk mendapatkan pelayanan di PPK BPJS Kesehatan.

b. Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda)

Sejak bergulirnya program JKN yang dikelola oleh BPJS Kesehatan pada tanggal 01 Januari 2014, ternyata masih ada penduduk miskin yang belum tercover oleh program JKN. Sejak tahun 2009 Pemerintah Provinsi Jawa Timur telah mencanangkan program unggulan yaitu Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Jamkesda merupakan bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu di luar kuota 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 ter-cover dalam program JKN dalam program Jamkesda. Peserta program Jamkesda terdiri dari peserta Jamkesda yang pemegang Kartu Jamkesda yang diterbitkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dan peserta diluar pemegang kartu Jamkesda yakni penduduk miskin yang menggunakan SKM (Surat Keterangan Miskin) yang diterbitkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri. Adapun jumlah pemegang kartu Jamkesda dan peserta pemegang SKM pada tahun 2016 seperti pada gambar grafik dibawah ini.

Gambar 4.25 Jumlah Peserta Pemegang Kartu Jamkesda di Kabupaten Kediri Tahun 2016

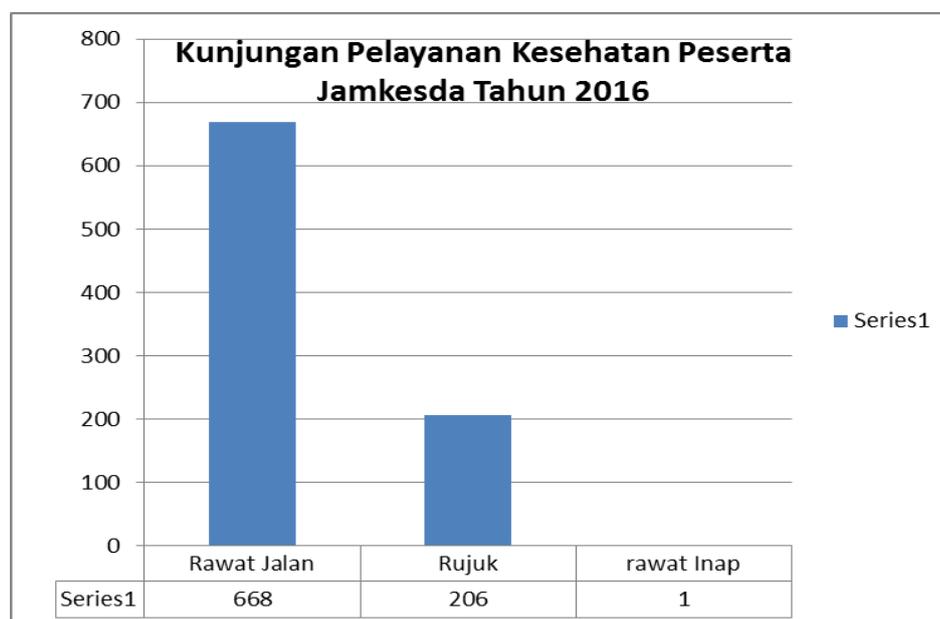


Sumber : Seksi JPKM Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri Tahun 2016

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 tahun 2010 karena masih adanya penduduk miskin dan tidak mampu yang tidak ter-cover program JKN dan program Jamkesda pemegang kartu. Pada tahun 2016, ada sebanyak 805 jiwa penduduk miskin dan tidak mampu yang mengurus SKM

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

Gambar 4.26 Kunjungan Pelayanan Kesehatan Peserta Jamkesda di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber : Data laporan kunjungan jamkesda 2016

Peserta Jamkesda baik pemegang kartu Jamkesda maupun pemegang SKM yang berkunjung ke Puskesmas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ada sebanyak 875 kunjungan baik kunjungan lama maupun kunjungan baru. Dari kunjungan peserta Jamkesda, sebagian besar memanfaatkan kunjungan rawat jalan sebesar 76 % atau 668 kunjungan. Sedangkan apabila ada peserta Jamkesda yang membutuhkan pelayanan tindak lanjut maka dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Jumlah peserta Jamkesda yang dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut sebesar 206 rujukan atau 24%. Dan tidak ada atau sedikit sekali peserta Jamkesda yang memanfaatkan pelayanan rawat inap di Puskesmas karena sebagian besar sudah memanfaatkan pelayanan tingkat lanjut di RSUD baik di kabupaten maupun RSUD milik provinsi.

Untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi peserta pemegang Kartu Jamkesda, Pemerintah Kabupaten Kediri berencana memasukkan sebagian dari Peserta Pemegang Kartu Jamkesda menjadi Peserta PBI Daerah pada tahun 2017 dimana pembayaran iuran premi per bulannya akan di tanggung oleh Pemerintah Kabupaten Kediri. Begitu seterusnya untuk tahun-tahun berikutnya sehingga masyarakat miskin dan tidak mampu yang ada di wilayah Kabupaten Kediri akan menjadi peserta PBI Daerah. Ke depannya program Jamkesda harus

diarahkan untuk dapat mengikuti dan mendukung program JKN yang dikelola oleh BPJS Kesehatan.

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. Ketersediaan obat dan vaksin yang dipantau adalah ketersediaan obat dan vaksin yang ada di UPTD GFK dan yang digunakan di unit pelayanan kesehatan dasar dan obat yang mendukung pelaksanaan program kesehatan. Jumlah item obat dan vaksin yang dipantau adalah 144 item terdiri dari 135 item obat yang digunakan di pelayanan kesehatan dasar dan 9 item vaksin yang digunakan untuk mendukung program iminisasi dasar.

Pada umumnya kebutuhan obat tercukupi namun ada beberapa item obat yang ketersediaannya berlebih dan ada yang stoknya sedikit serta ada yang mengalami kekosongan. Adapun obat yang mengalami kekosongan dan stok yang sedikit disebabkan karena pada pengadaan obat sebagian tidak bisa dipenuhi sehingga jumlahnya tidak bisa mencukupi untuk pelayanan kesehatan. Sedang obat yang stoknya berlebih disebabkan karena beberapa item obat tersebut sudah jarang digunakan di pelayanan kesehatan dasar.

Di Kabupaten Kediri sampai dengan tahun 2016 terdapat 5 Usaha Kecil Obat Tradisional (UKOT), 3 Pedagang Besar Farmasi (PBF), 107 Apotek, dan 15 Toko Obat.

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 2016 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 39 unit dengan rincian 33 unit dalam kondisi baik, 4 unit rusak ringan, dan 2 unit rusak berat. 37 Pusling dapat menjangkau seluruh daerah di wilayah Kabupaten Kediri dan jumlah ambulans meningkat tajam dari semula hanya 2 unit menjadi 37 unit merata di semua puskesmas. Selain itu, ada 15 Ponkesdes, Polindes sebanyak 232 tempat, Poskesdes 344 tempat, Poskestren 13 tempat, Posyandu Balita sebanyak 1.727, dan Posyandu Lansia sebanyak 531 pos serta terdapat 68 pos Posbindu PTM.

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 Muhamadiyah Surya Melati, Rumah Sakit Muhamadiyah 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

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat adalah semua perilaku kesehatan yang dilakukan atas dasar kesadaran sehingga dalam menolong dirinya sendiri dalam hal kesehatan dan berperan aktif dalam kegiatan – kegiatan masyarakat. Untuk mengetahui tingkat kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan

sehat maka dilakukan survey PHBS di 5 tatanan antara lain Tatanan Rumah tangga, Institusi Kesehatan, Perkantoran, Pendidikan dan Tempat tempat umum. Dari hasil survey PHBS di 5 Tatanan

4.7 KEADAAN LINGKUNGAN

Untuk mencapai tujuan nasional diselenggarakan upaya pembangunan yang berkesinambungan yang merupakan suatu rangkaian pembangunan yang menyeluruh, terarah dan terpadu termasuk diantaranya pembangunan kesehatan. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh dalam bentuk upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat.

Kesehatan Lingkungan sebagai salah satu upaya kesehatan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, baik fisik, kimia, biologi maupun sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagaimana tercantum dalam pasal 162 undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan lingkungan diselenggarakan melalui upaya Penyehatan, Pengamanan dan Pengendalian yang dilakukan terhadap lingkungan pemukiman, Tempat kerja, tempat rekreasi serta tempat dan fasilitas umum.

Hasil kegiatan kesehatan lingkungan dapat dilihat sebagai berikut :

a. Rumah Sehat

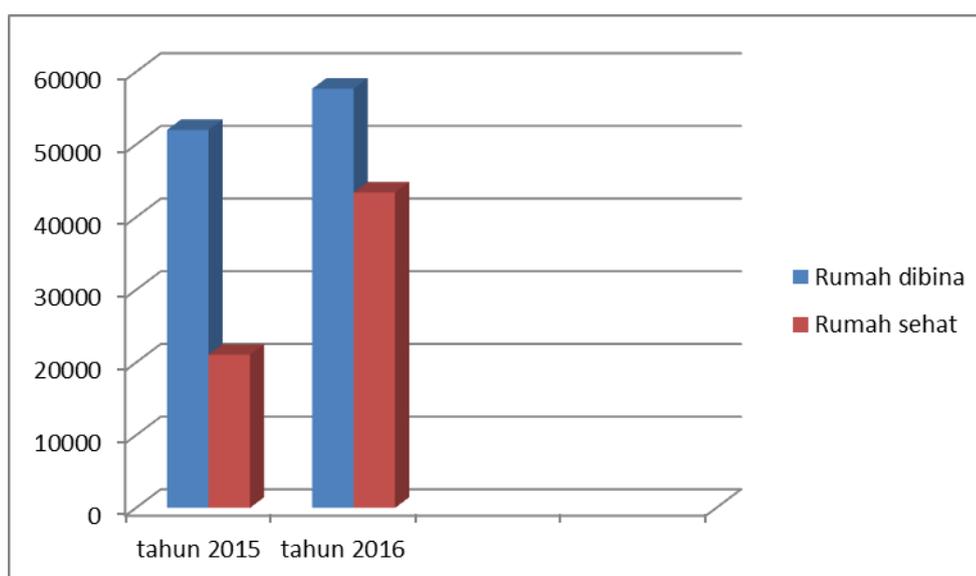
Menurut WHO rumah sehat dapat diartikan sebagai tempat berlindung/ bernaung dan tempat untuk beristirahat, sehingga menumbuhkan kehidupan yang sempurna baik fisik, rohani maupun sosial. Persyaratan Rumah Sehat menurut Winsloe dan APHA harus memenuhi persyaratan antara lain :

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 yang tersebar di 37 UPTD Puskesmas di Kabupaten Kediri, didapat data pada tahun 2016 menyebutkan terdapat jumlah total rumah sebanyak 393.865 rumah. Dari sekian banyak rumah, yang dibina mencapai 57.670 rumah. Dan didapatkan hasil sebesar 43.395 rumah termasuk dalam kategori rumah sehat atau 75,25 %.

Gambar 4.27 Jumlah Rumah Sehat di Kabupaten Kediri Tahun 2015 – 2016



Sumber : Seksi Kesehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri Tahun 2016

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.

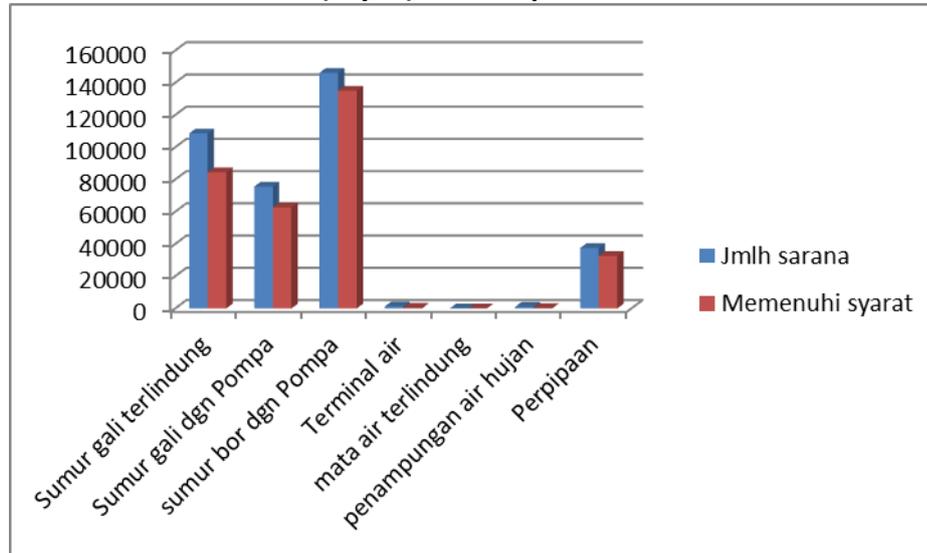
b. Penduduk Dengan Akses Berkelanjutan Terhadap Air Minum Berkualitas (Layak)

Pengawasan kualitas air minum menjadi dominan tugas pokok dan fungsi Kementerian Kesehatan. Sesuai dengan amanat UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang diturunkan dalam bentuk PP No. 66 Tahun 2014 tentang kesehatan Lingkungan dengan didukung Permenkes 736 tahun 2010 tentang Tatalaksana Pengawasan Kualitas Air minum dan Peremenkes No. 492 tahun 2010 tentang Persyaratan Kualitas Air Minum yang menjadi acuan untuk kegiatan pengawasan kualitas air minum. Sementara air yang diperlukan untuk kebutuhan hygiene sehari-hari ditingkat rumah tangga menggunakan standar baku mutu air bersih sesuai dengan Kepmenkes 416 tahun 1990 tentang kualitas air bersih.

Sumber air minum yang digunakan oleh masyarakat dibedakan menurut jenisnya yaitu sumur gali terlindung, sumur gali dengan pompa, terminal air, mata air terlindung, penampungan air hujan dan perpipaan. Dari data akses penduduk terhadap akses sumur gali terlindung dengan jumlah 108.667 sarana dengan jumlah memenuhi syarat 84.408 sarana, sarana sumur gali dengan pompa dengan jumlah 75.623 sarana dengan jumlah yang memenuhi syarat 52.730 sarana, akses penduduk dengan jumlah sarana sumur gali dengan pompa adalah 146.226 sarana dan jumlah yang memenuhi syarat ada 135.037 sarana. Akses penduduk dengan sarana terminal air jumlah sarana 1.186 sarana dengan jumlah sarana yang memenuhi syarat 365 sarana. Sedangkan akses penduduk dengan mata air terlindung dengan jumlah 43 sarana dengan jumlah yang memenuhi syarat 21 sarana. Akses penampungan air hujan dengan jumlah 959 sarana dengan jumlah yang memenuhi syarat 243 sarana. Sedangkan jumlah penduduk dengan akses sarana air minum perpipaan adalah sejumlah 37.498 sarana dengan jumlah yang memenuhi syarat 32.555 sarana.

Dari gambaran diatas diketahui bahwa penduduk dengan akses berkelanjutan terhadap air minum yang layak sebanyak 1.217.133 orang atau sebanyak 78,30 %.

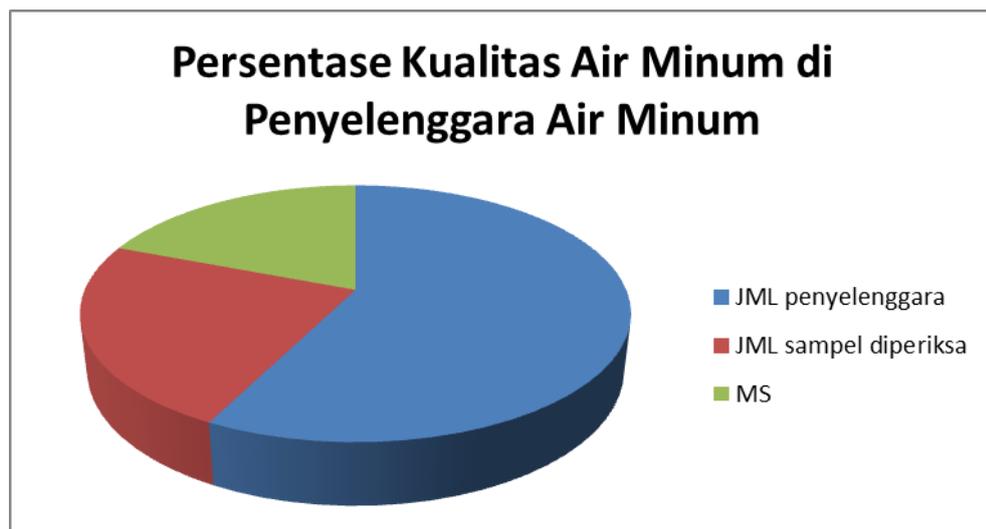
Gambar 4.28 Jumlah Akses Penduduk Berkelanjutan Terhadap Air Minum Berkualitas (Layak) di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber : Seksi Kesehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri Tahun 2016

Untuk masyarakat dengan menggunakan jaringan perpipaan baik itu yang dikelola BPSPAM atau PDAM di Kabupaten Kediri tahun 2016 ada 81 penyelenggara air minum. Yang sudah dilakukan pemeriksaan adalah 33 sarana dengan hasil yang memenuhi syarat 27 sarana atau 81,81 %.

Gambar 4.29 Persentase Kualitas Air Minum di Penyelenggara Air Minum



Sumber : Seksi Kesehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri Tahun 2016

Di Kabupaten Kediri kegiatan pengawasan kualitas air minum yang layak adalah dengan melakukan uji petik kualitas air minum.

c. Penyehatan 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 2016 terdapat jumlah TTU berupa sarana pendidikan (SD, SLTP, SLTA), sarana kesehatan (puskesmas, rumah sakit umum), hotel (bintang, non bintang).

Sarana pendidikan dengan jumlah 1.179 sarana, sedangkan jumlah sarana pendidikan yang memenuhi syarat sebanyak 995 sarana 84,4%. Sedangkan sarana kesehatan yang ada 120 sarana dan yang memenuhi syarat 105 sarana. Hotel ada 17 sarana yang memenuhi syarat 16 sarana . Dari tempat-tempat umum yang ada yang memenuhi syarat ada 84,6 %.

d. Penyehatan Tempat Pengelolaan Makanan

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.

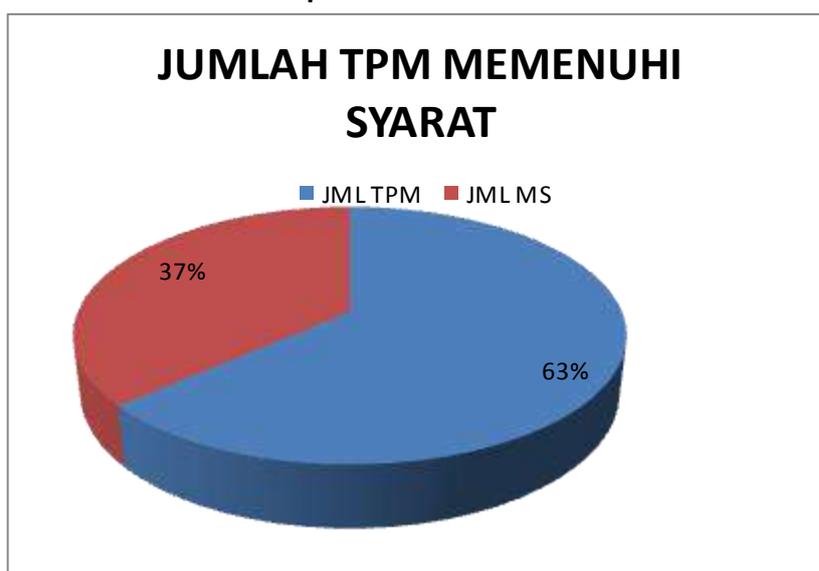
Makanan yang aman adalah yang tidak tercemar, tidak mengandung mikroorganisme atau bakteri dan bahan kimia berbahaya, telah diolah dengan

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 pengelolaan makanan terdiri dari jasa boga, rumah makan/restoran, depot air minum, makanan jajanan dengan total jumlah 3.732 sarana dan yang memenuhi syarat ada 2.153 sarana atau sekitar 57,69%.

Gambar 4.30 Jumlah TPM Yang Memenuhi Syarat Hygien Sanitasi di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber : Seksi Kesehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri Tahun 2016

Untuk sarana tempat pengelolaan makanan yang tidak memenuhi syarat ada 1.579 sarana oleh karena itu dilakukan pembinaan ke TPM dengan jumlah TPM yang dibina tahun 2016 ada 1.578 sarana dan yang diuji petik baru ada 29 sarana dari jumlah TPM yang dibina dan memenuhi syarat ada 352 sarana.

e. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat adalah merupakan pendekatan dan paradigma baru pembangunan sanitasi di Indonesia yang mengedepankan pemberdayaan masyarakat dan perubahan perilaku. STBM ditetapkan sebagai kebijakan nasional berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 tahun 2014. Adapun tujuan penyelenggaraan STBM adalah untuk mewujudkan perilaku masyarakat yang higienes dan saniter secara mandiri dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Pendekatan STBM diadopsi dari hasil uji coba Community Led Total Sanitation (CLTS) yang telah sukses dilakukan, khususnya dalam mendorong kesadaran masyarakat untuk mengubah perilaku buang air besar sembarangan (BABS) menjadi buang air besar di jamban yang hygiene dan layak. Perubahan perilaku BAB merupakan pintu masuk perubahan perilaku sanitasi secara menyeluruh. Atas dasar pengalaman keberhasilan CLTS, pemerintah menyempurnakan pendekatan CLTS dengan aspek sanitasi lain yang saling berkaitan yang ditetapkan sebagai 5 pilar STBM yaitu 1) Stop Buang air Besar Sembarangan (SBS), 2) Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), 3) Pengelolaan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga, 4) Pengamanan sampah rumah tangga dan 5) Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga.

Pendekatan STBM terdiri dari tiga komponen yang harus dilaksanakan secara seimbang dan komprehensif yaitu 1) Peningkatan kebutuhan sanitasi, 2) Peningkatan penyediaan sanitasi dan 3) Peningkatan lingkungan yang kondusif.

Upaya-upaya yang dilakukan oleh Kabupaten Kediri adalah dengan kegiatan sebagai berikut :

a. Pelatihan Tukang sanitasi

Dengan tujuan adalah meningkatkan penyediaan sanitasi yang tujuannya adanya tukang sanitasi yang bisa mengerjakan jamban yang hygiene dan layak. Dilakukan dengan peserta 15 orang di wilayah UPTD Puskesmas Plosoklaten.

- b. Pemicuan baik dimasyarakat maupun di sekolah.
Pemicuan dimasyarakat dengan tujuan adalah terpicunya masyarakat untuk meningkatkan jamban yang hygiene dan layak. Dan Pemicuan di sekolah dengan tujuan agar perubahan perilaku yang sehat harus dimulai dari usia anak-anak , yang mana pemicuan ini ditujukan kepada anak-anak Sekolah Dasar. Pemicuan Tahun 2016 difokuskan pada daerah yang mendapatkan dana Bansos STBM.
- c. Deklarasi ODF
Deklarasi ODF (Open Defecation Free) adalah kegiatan dimana seluruh warga / KK di desa tersebut telah berubah perilakunya menggunakan jamban yang sehat. Tahun 2016 ini ada satu (1) kecamatan yang sudah ODF yaitu kecamatan ngancar. Deklarasi dicanangkan oleh Ibu Bupati sebagai bentuk penghargaan kepada Kecamatan dan seluruh desa di wilayah kecamatan Ngancar telah berubah perilakunya.

Gambar 4.31 Penganangan Ibu Bupati Kecamatan Ngancar sebagai Kecamatan ODF (Open Defecation Free)

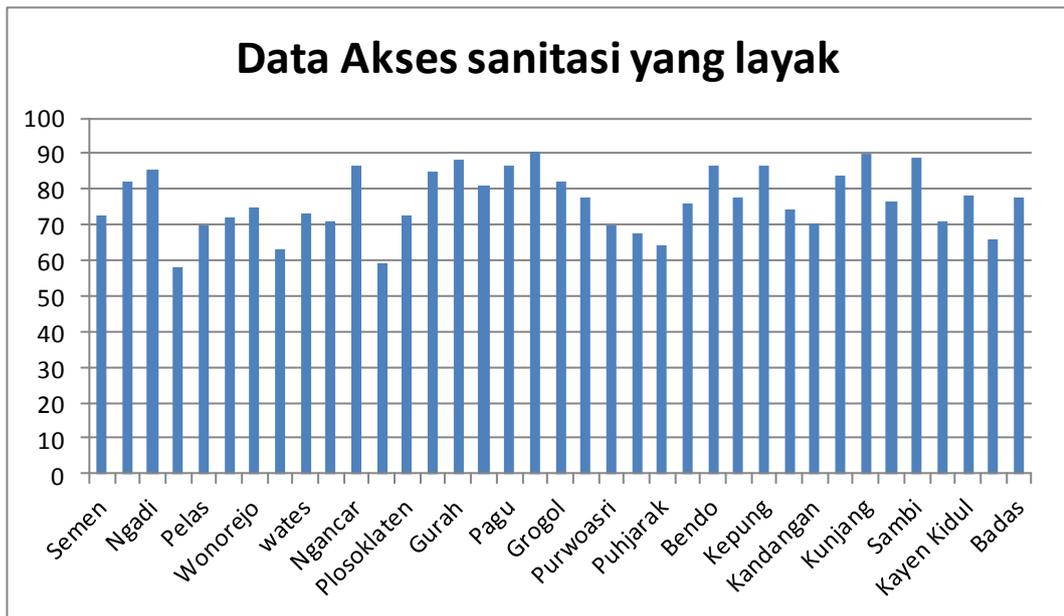


Gambar 4.32 Kunjungan Ibu Bupati ke Rumah Salah Satu Warga



Data akses sanitasi yang layak di Kabupaten Kediri adalah sebagai berikut :

Gambar 4.33 Data Akses Sanitasi Yang Layak di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber : Data STBM Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri. Tahun 2016

Dari jumlah sanitasi yang layak tahun 2016 adalah 74,3% dan yang sudah mendeklarasikan ODF adalah 20 desa dari 344 desa yang ada di Kabupaten Kediri.

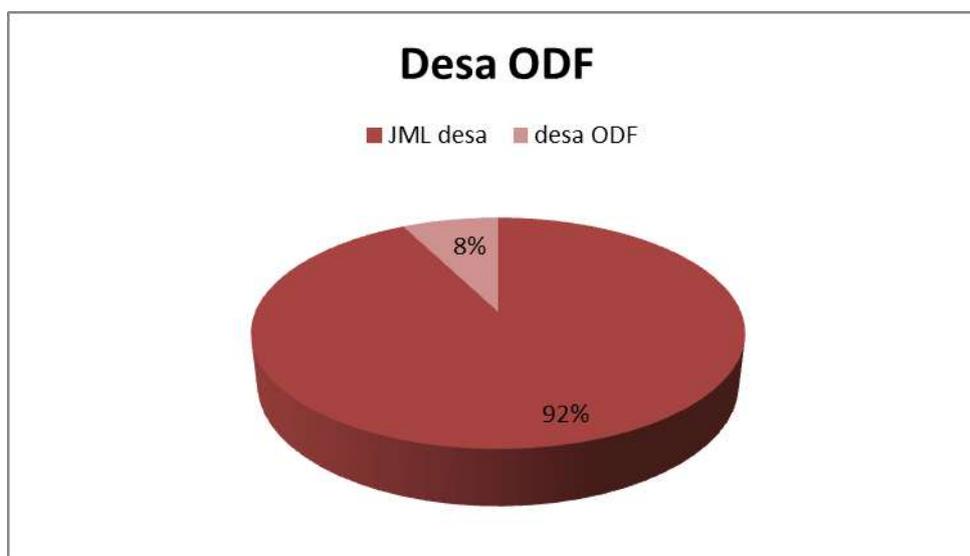
Jumlah desa ODF (Open Defecation Free) di Kabupaten Kediri adalah sebagai berikut :

Tabel 4.5 Jumlah Desa ODF di Kabupaten Kediri Sampai Tahun 2016

NO.	DESA	KECAMATAN
1	Pandantoyo	Ngancar
2	Ngancar	Ngancar
3	Babadan	Ngancar
4	Sempu	Ngancar
5	Sugihwaras	Ngancar
6	Margourip	Ngancar
7	Kunjang	Ngancar
8	Jagul	Ngancar
9	Bedali	Ngancar
10	Manggis	Ngancar
11	Wonoasri	Grogol
12	Sumberjo	Grogol
13	Bakalan	Grogol
14	Datengan	Grogol
15	Gambyok	Grogol
16	Sonorejo	Grogol
17	Cerme	Grogol
18	Grogol	Grogol
19	Paron	Ngasem
20	Bendo	Pagu
21	Sitimerto	Pagu
22	Wates	Pagu
23	Kayen Lor	Plemahan
24	Ringinpitu	Plemahan
25	Sebet	Plemahan
26	Kedungsari	Tarokan
27	Kerep	Tarokan
28	Sumberduren	Tarokan

Sumber : Data STBM Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri. Tahun 2016

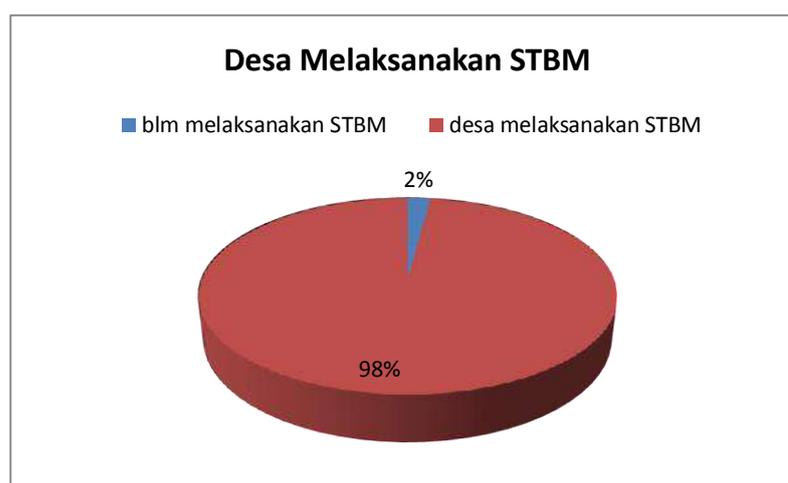
Gambar 4.44 Jumlah Kemajuan Desa ODF di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber : Data STBM Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, Tahun 2016

Sedangkan desa yang melaksanakan STBM yaitu desa yang hanya melakukan pemucuan atau sosialisasi STBM adalah ada 337 desa jadi sudah 97,9 % desa sudah terpapar adanya STBM.

Gambar 4.45 Prosentase Desa Yang Melaksanakan STBM di Kabupaten Kediri Tahun 2016



Sumber : Seksi Kesehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri Tahun 2016



BAB V - SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN



**PROFIL
KESEHATAN
KABUPATEN
KEDIRI TAHUN
2016**

BAB V

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 2016 meliputi : Rumah Sakit Umum sebanyak 7, yaitu 1 RSUD (Pare), 1 RSUD (RSU Toelongrejo), 5 RSUD Swasta (RSU 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 39, posyandu ada 1.727, klinik 42, apotek ada 107, praktik pengobatan tradisional 166, praktik dokter perorangan 192, poskesdes 344, toko obat 15, Gudang Farmasi Kesehatan 1, Pedagang Besar Farmasi (PBF) ada 3, Usaha Kecil Obat Tradisional ada 5.

Sarana Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat

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 merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan yang mengembangkan potensi yang ada di Masyarakat.

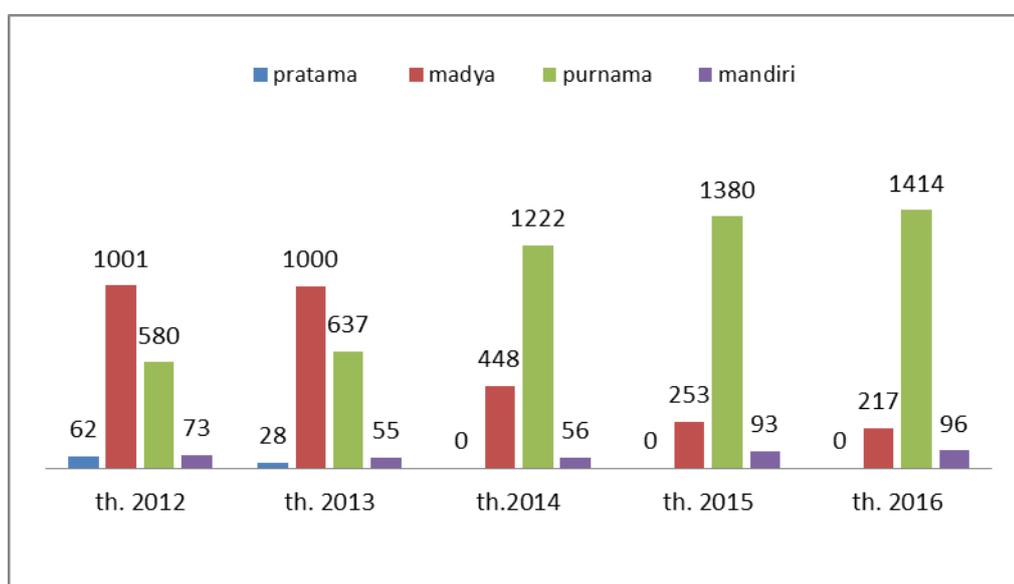
a. Posyandu Balita

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 2016 sebanyak 1.727 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 2012-2016



Sumber : Seksi Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2016

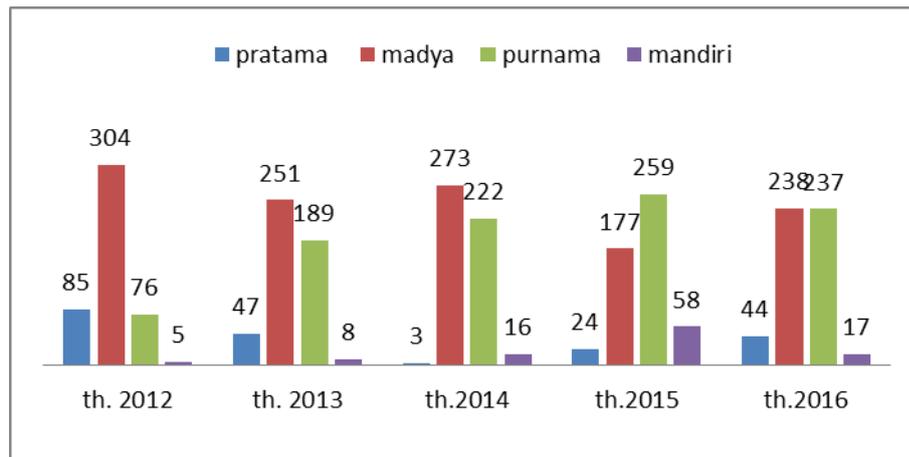
Dari data di atas menunjukkan adanya peningkatan strata posyandu dari tahun sebelumnya. Hal ini dikarenakan meningkatnya peran serta kader serta adanya dukungan lintas Program dan lintas sektor khususnya di dalam Pokjantal Posyandu sehingga jumlah posyandu yang mengalami peningkatan strata terus meningkat. Selain itu juga adanya dukungan dari Dana Desa yang mengalokasikan untuk kegiatan Pemberdayaan di Masyarakat.

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 531 Pos Posyandu Lansia. Jumlah ini meningkat dari tahun 2015 yang terdapat 518 Pos Posyandu Lansia.

Gambar 5. 2. Jumlah Posyandu Lansia Berdasarkan Strata di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016



Sumber : Seksi Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2016

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 68 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 2016 di Kabupaten Kediri terdapat 422 Taman Posyandu.

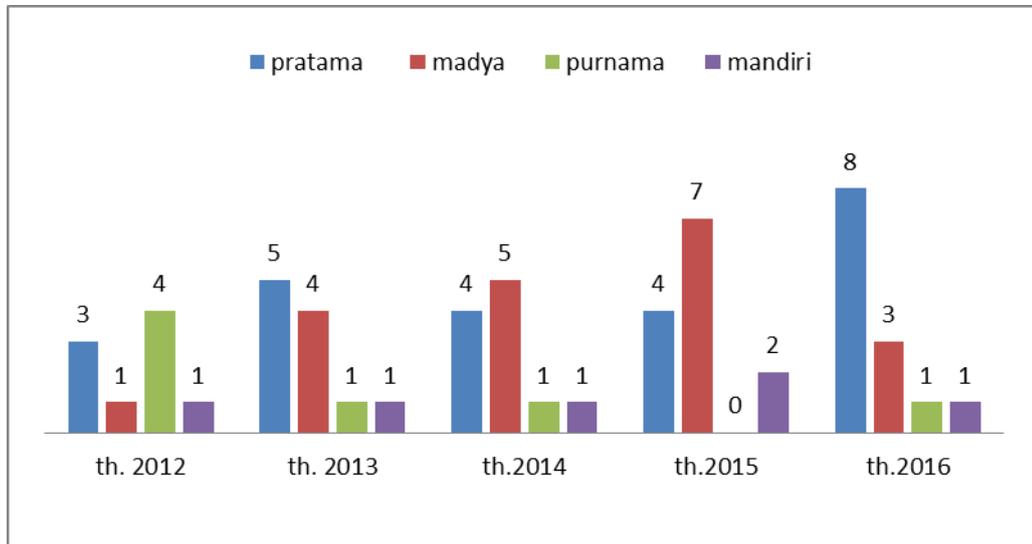
e. **Saka Bakti Husada (SBH)**

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 15 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 terdapat 97 Ponpes aktif dan dari jumlah tersebut masih terdapat 13 poskestren..

Gambar 5.3. Jumlah Poskestren Berdasarkan Strata di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016

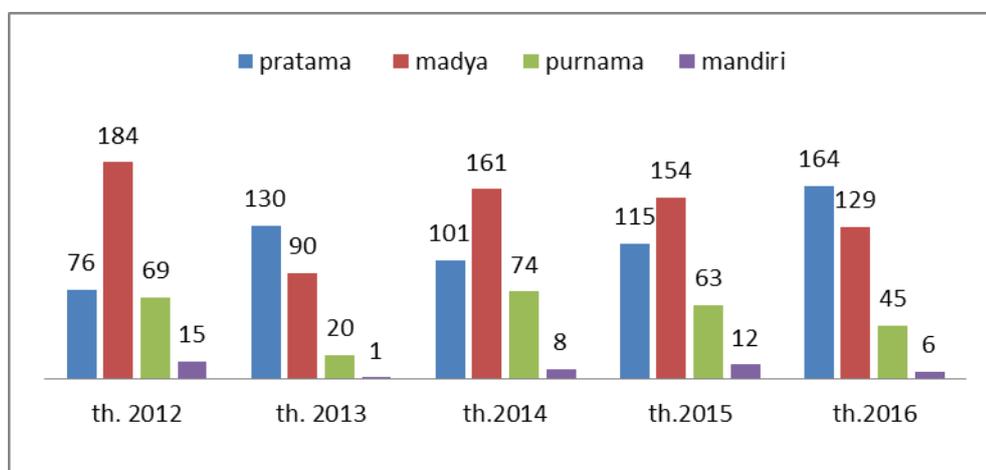


Sumber : Seksi Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2016

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 2012-2016



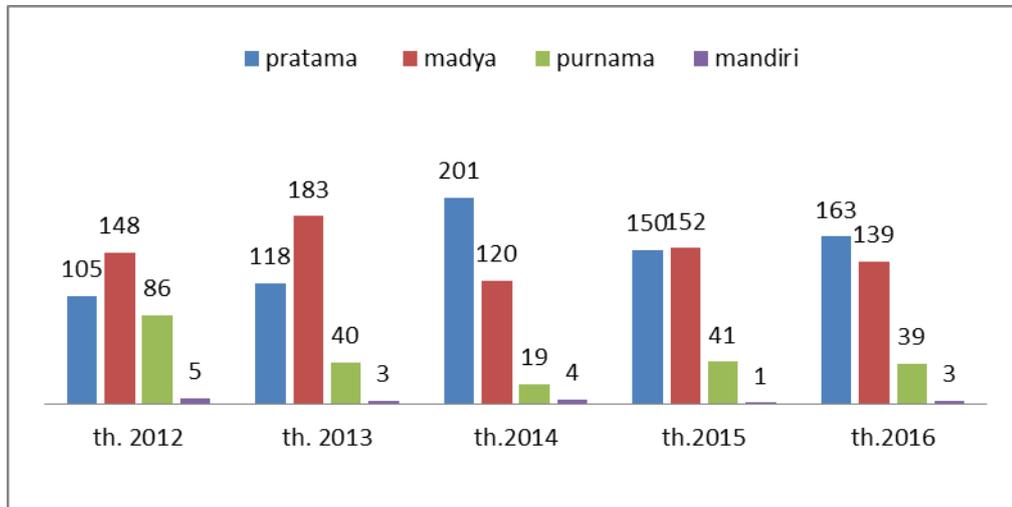
Sumber : Seksi Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2016

Dari gambar tersebut terlihat bahwa strata poskesdes di Kabupaten Kediri terbanyak ada pada strata madya yaitu 161 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.

Gambar 5.5. Jumlah Desa Siaga berdasarkan Strata di Kabupaten Kediri Tahun 2012-2016



Sumber : Seksi Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, 2016

Dari gambar di atas terlihat perkembangan desa siaga di Kabupaten Kediri yaitu masih banyak Desa yang berada pada strata Pratama. Hal ini dikarenakan belum optimalnya Pokjanal 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 2016 sebanyak 2.282 orang dengan proporsi terbesar adalah bidan 445 orang dengan rasio 28.63 per 100.000 penduduk, kemudian tenaga perawat 400 orang dengan rasio 25.73 per 100.000 penduduk, jumlah dokter spesialis 35 orang, jumlah dokter umum 68 orang dengan rasio (dokter spesialis ditambah dokter umum) 6.63 per 100.000 penduduk, jumlah dokter gigi dan dokter gigi spesialis 47 orang, perawat gigi 47 orang, jumlah tenaga kefarmasian 80 orang, tenaga kesehatan masyarakat 18 orang, tenaga sanitasi 46 orang dan tenaga gizi sebanyak 42 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 2016 sebesar Rp. 361.881.783.012,00 dari Rp. 3.203.149.389.519,61 total APBD Kabupaten atau sebesar 11.28%.

Tabel 5.1. Anggaran Kesehatan Kabupaten Kediri Tahun 2016

NO	SUMBER BIAYA	ALOKASI ANGGARAN KESEHATAN	
		Rupiah	%
1	2	3	4
	ANGGARAN KESEHATAN BERSUMBER:		
1	APBD KAB/KOTA	361.175.471.312	100
	a. Belanja Langsung	254.381.311.142	
	b. Belanja Tidak Langsung	106.794.160.170	
2	APBD PROVINSI	-	-
	- Dana Tugas Pembantuan (TP) Provinsi	-	-

NO	SUMBER BIAYA	ALOKASI ANGGARAN KESEHATAN	
		Rupiah	%
1	2	3	4
3	APBN :	706.311.700	0
	- Dana Alokasi Umum (DAU/APBD I)	18.150.000	0
	Kegiatan Monitoring garam Beryodium di Masyarakat	18.150.000	
	Pemetaan Kadarzi	6.300.000	
	- Dana Alokasi Khusus (DAK) : sudah include/masuk di anggaran APBD Kab		-
	- Dana Dekonsentrasi	82.130.000	0
	Program penguatan pelaksanaan JKN Kegiatan Pengembangan pembiayaan kesehatan dan JKN/KIS	74.340.000	
	Pertemuan Lintor dalam rangka surveilans gizi	1.590.000	
	Pelaporan bulanan dalam rangka surveilans gizi	1.200.000	
	pelacakan dan konfirmasi kasus gizi buruk	5.000.000	
	- Dana Tugas Pembantuan Kabupaten/Kota	-	-
	- Lain-lain (sebutkan)	606.031.700	0
	GF/BLN :	508.146.700	
	Program New Funding Model	508.146.700	
	WHO :	97.885.000	
	Program Surveilans Epidemiologi	6.750.000	
	Program Imunisasi	91.135.000	
4	PINJAMAN/HIBAH LUAR NEGERI (PHLN) (sebutkan <i>project</i> dan sumber dananya)		-
5	SUMBER PEMERINTAH LAIN		-
	TOTAL ANGGARAN KESEHATAN	361.881.783.012	

TOTAL APBD KAB/KOTA	3.203.149.389.519,61	
% APBD KESEHATAN THD APBD KAB/KOTA		11,28
ANGGARAN KESEHATAN PERKAPITA	232.813,48	

Sumber : Tabel 81 lampiran Profil Kesehatan Kabupaten Kediri Tahun 2016



BAB VI - PENUTUP



**PROFIL
KESEHATAN
KABUPATEN
KEDIRI TAHUN
2016**

BAB VI 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 2016 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 2016 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 2016