

BAB I PENDAHULUAN

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945 pasal 34 menyatakan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak, sehingga proses pencapaian tujuan pembangunan kesehatan memerlukan adanya kesadaran, kemauan dan kemampuan semua komponen bangsa untuk bersama-sama mewujudkan rakyat sehat sebagai sumber kekuatan ketahanan bangsa yang dapat menjadi landasan dalam membentuk negara yang kuat. Negara kuat dari aspek kesehatan dapat diartikan sebagai negara yang memiliki ketahanan bangsa yang tangguh dengan basis utamanya dalam wujud semua rakyat sehat secara fisik, mental dan sosial serta memiliki produktifitas yang tinggi.

Dalam konstitusi organisasi kesehatan dunia yang bernaung di bawah Perserikatan Bangsa-Bangsa disebutkan bahwa salah satu Hak Asasi Manusia adalah memperoleh manfaat, mendapatkan dan atau merasakan derajat kesehatan setinggi-tingginya, hal itu pula yang mendasari Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan menjalankan kebijakan dan program pembangunan kesehatan tidak hanya berpihak pada kaum yang lemah, tetapi juga memberikan manfaat kepada seluruh rakyat Sulawesi Selatan dengan program Kesehatan Gratis yang telah dijalankan sejak tahun 2008 yang berorientasi pada pencapaian Millenium Development Goals.

Berdasarkan Intruksi Presiden Nomor 9 Tahun 2000 tentang pengarusutamaan Gender dalam Pembangunan Nasional, perjalanan sosialisasi dan advokasi yang mendorong pelaksanaan pengarusutamaan gender dalam pembangunan yang diterjemahkan dalam kebijakan, program dan kegiatan pembangunan sangat dinamis. Mulai dari upaya pengintegrasian pengarusutamaan gender *budget statement* (Pernyataan Anggaran Responsif Gender). Upaya-upaya tersebut utamanya dalam rangka mewujudkan keadilan dan kesetaraan gender ; pengarusutamaan gender (PUG) adalah salah satu strategi pembangunan yang dilakukan untuk mencapai kesetaraan gender melalui pengintegrasian permasalahan, aspirasi, kebutuhan, dan permasalahan perempuan dan laki-laki harus dimasukkan ke dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi dari seluruh kebijakan, program, proyek dan kegiatan di berbagai bidang kehidupan dan pembangunan.

Mengukur tingkat pencapaian hasil pembangunan suatu negara, termasuk pembangunan bidang kesehatan digunakan suatu indikator yang dikenal dengan Indeks Pembangunan Manusia (*Human Development Index*). Indeks Pembangunan Manusia, ditentukan oleh beberapa indikator yaitu, kesehatan, pendidikan, dan ekonomi. Keberhasilan pembangunan kesehatan diperlukan indikator kinerja dari Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan target *Millenium Development Goals* (MDGs) bidang kesehatan. Indikator kinerja SPM kesehatan di Kabupaten / Kota terdiri atas 18 indikator kinerja dari 4 kelompok jenis pelayanan bidang kesehatan yang diselenggarakan oleh Kabupaten / Kota, yaitu pelayanan kesehatan dasar (14 indikator), pelayanan kesehatan rujukan (2 indikator), penyelidikan epidemiologi dan

penanggulangan KLB, serta promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Sedangkan MDGs bidang kesehatan terdiri atas 21 indikator dari 6 target capaian.

Profil Kesehatan Provinsi merupakan salah satu sarana yang dapat digunakan untuk melaporkan hasil pemantauan terhadap pencapaian target MDGs dan hasil kinerja dari penyelenggaraan pelayanan minimal bidang kesehatan. Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan adalah gambaran situasi kesehatan di Sulawesi Selatan yang diterbitkan setahun sekali sejak tahun 1988. Dalam setiap penerbitannya, selalu dilakukan berbagai upaya perbaikan, baik dari segi materi, analisis maupun bentuk tampilan fisiknya, sesuai masukan dari para pengelola program di lingkup Dinas Kesehatan dan konsumen pada umumnya.

Tujuan diterbitkannya Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2015 ini adalah dalam rangka menyediakan media untuk memantau dan mengevaluasi pencapaian atau hasil penyelenggaraan pembangunan kesehatan tahun 2015 dengan mengacu kepada Visi MDGs 2015 dan SPM bidang kesehatan tahun 2008. Oleh karena itu, gambaran yang disajikan dalam Profil Kesehatan Indonesia 2015 ini disusun secara sistematis mengikuti pengertian dari dua indikator tersebut. Sistematika penyajian Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan 2015 ini adalah dalam bentuk narasi, tabel dan gambar.

Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan 2014 ini terdiri dari 6 (enam) bab, yaitu :

Bab I : Pendahuluan

Bab ini menyajikan tentang maksud dan tujuan diterbitkannya profil kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan dan sistematika dari penyajiannya.

Bab II : Gambaran Umum

Bab ini menyajikan tentang gambaran umum Sulawesi Selatan. Selain uraian tentang letak geografis, administratif dan informasi umum lainnya, bab ini juga mengulas faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kesehatan dan faktor-faktor lain. Misalnya faktor-faktor kependudukan, perekonomian, perkembangan pendidikan dan lain-lain.

Bab III : Situasi Derajat Kesehatan

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

Bab IV : Situasi Upaya Kesehatan

Bab ini menguraikan 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, Pelayanan Kesehatan dalam situasi bencana. Upaya pelayanan kesehatan yang diuraikan dalam bab ini juga mengakomodir indikator kinerja Standar Pelayanan Minimal (SPM)

serta Indikator MDGS (*Millinium Development Goals*) Bidang Kesehatan serta upaya pelayanan kesehatan lainnya yang diselenggarakan oleh Kabupaten / Kota.

Bab V : Situasi Sumber Daya Kesehatan

Bab ini menguraikan tentang sumber daya yang diperlukan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan, khususnya untuk tahun 2014. Gambaran tentang keadaan sumber daya mencakup tentang keadaan sarana kesehatan, tenaga kesehatan dan pembiayaan kesehatan.

Bab VI: Penutup

BAB II GAMBARAN UMUM

Propinsi Sulawesi Selatan yang beribu Kota di Makassar terletak antara 0°12' - 8° Lintang Selatan dan 116°48' - 122°36' Bujur Timur, yang berbatasan dengan Provinsi Sulawesi Barat di sebelah utara, Teluk Bone dan Sulawesi Tenggara di sebelah timur, batas sebelah barat dan timur masing-masing adalah Selat Makassar dan Laut Flores.

Jumlah sungai yang mengalir wilayah Sulawesi Selatan tercatat sekitar 67 aliran sungai dengan jumlah aliran terbesar di Kabupaten Luwu, yakni 25 aliran sungai. Sungai terpanjang tercatat ada satu sungai yakni Sungai Saddang dengan panjang 150 km yang mengalir meliputi Kabupaten Tator, Enrekang, Pinrang dan Polmas.

Di Sulawesi Selatan terdapat empat danau yakni Danau Tempe dan Sidenreng yang berada di Kabupaten Wajo, serta Danau Matana dan Towuti yang berlokasi di Kabupaten Luwu Timur. Adapun jumlah gunung tercatat sebanyak 7 gunung dengan gunung tertinggi adalah Gunung Rantemario dengan ketinggian 3.470 m di atas permukaan air laut. Gunung ini berdiri tegak di perbatasan Kabupaten Enrekang dan Luwu.

Luas wilayah Provinsi Sulawesi Selatan tercatat 46.083,94 km² yang secara administrasi pemerintahan terbagi menjadi 21 Kabupaten dan 3 Kota, dengan 304 kecamatan dan jumlah desa / kelurahan 3.023. Kabupaten Luwu Utara merupakan Kabupaten terluas dengan luas 7.365,51 km² atau luas Kabupaten tersebut merupakan 15,98% dari seluruh wilayah Sulawesi Selatan.

A. KEADAAN PENDUDUK

Masalah utama kependudukan di Indonesia pada dasarnya meliputi tiga hal pokok, yaitu jumlah penduduk yang besar, komposisi penduduk yang kurang menguntungkan dimana proporsi penduduk berusia muda masih relatif tinggi, dan persebaran penduduk yang kurang merata.

1. Jumlah dan Pertumbuhan Penduduk

Penduduk Sulawesi Selatan berdasarkan Badan Pusat Statistik tahun 2014 berjumlah 8.432.163 jiwa yang tersebar di 24 Kabupaten / Kota, dengan jumlah penduduk terbesar yakni mendiami Kota Makassar. Tingginya tingkat pertumbuhan penduduk di Kota Makassar dimungkinkan karena terjadinya arus urbanisasi dari daerah lainnya di Sulawesi Selatan terutama untuk melanjutkan pendidikan, selain itu Kota Makassar juga merupakan pusat pemerintahan dan konsentrasi kegiatan ekonomi tingkat provinsi.

Pertumbuhan penduduk adalah perubahan jumlah penduduk di suatu wilayah tertentu pada waktu tertentu dibandingkan waktu sebelumnya. Laju pertumbuhan penduduk sangat berguna untuk memperkirakan jumlah penduduk di masa yang akan datang.

Laju pertumbuhan penduduk di Indonesia pada periode 1990-2000 rata-

rata sebesar 1,35% per tahun, sedangkan laju pertumbuhan penduduk di Provinsi Sulawesi Selatan pada periode 2004-2008 rata-rata sebesar 1,32%, untuk tahun 2008-2009 melaju sebesar 6,69% per tahun, untuk tahun 2009 – 2010 laju pertumbuhan penduduk sebesar 3,66% (BPS), sedangkan untuk 2010 – 2011 laju pertumbuhan penduduk sebesar 6,64 % (kependudukan Setda) dan untuk tahun 2011-2012 laju pertumbuhan penduduk sebesar 5,09% mengalami kejadian naik dan turun disebabkan karena sumber data yang berbeda dan untuk tahun 2012-2014 laju pertumbuhan penduduk sebesar 2,01% mengalami kejadian naik disebabkan karena sumber data yang berbeda. Jumlah dan laju pertumbuhan penduduk dapat dilihat pada tabel II.A.1

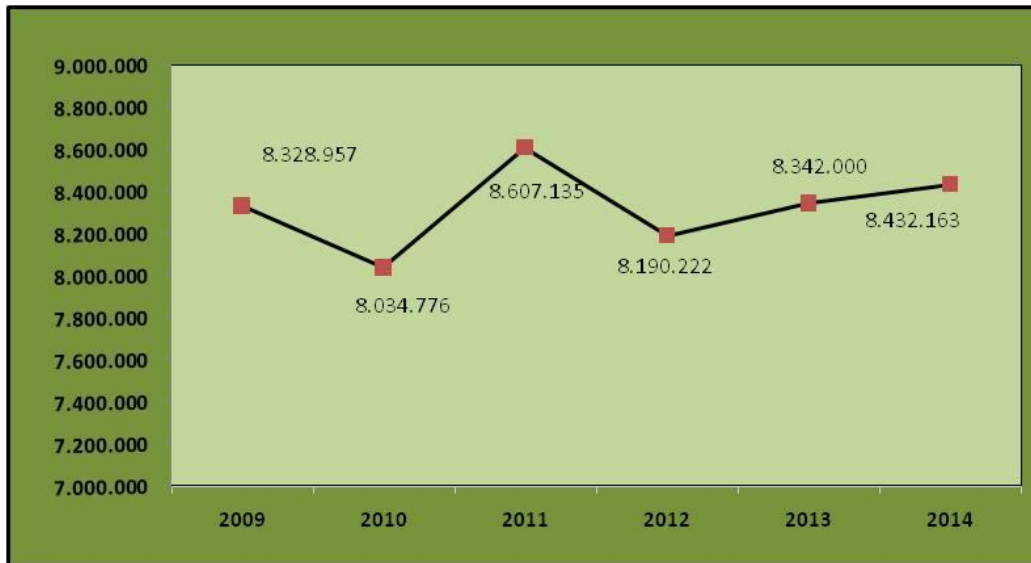
TABEL II.A.1
JUMLAH DAN LAJU PERTUMBUHAN PENDUDUK
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2004 – 2011

Tahun	Jumlah Penduduk	% Laju Pertumbuhan Penduduk per Tahun	Sumber
1	2	3	4
2004	7.379.370	1,45	BPS Sulawesi Selatan
2005	7.495.705	1,56	BPS Sulawesi Selatan
2006	7.629.689	1,77	BPS Sulawesi Selatan
2007	7.675.893	0,60	BPS Sulawesi Selatan
2008	7.771.671	1,32	BPS Sulawesi Selatan
2009	8.328.957	6,69	Kependudukan
2010	8.034.776	3,66	BPS Pusat
2011	8.607.135	6.64	Kependudukan
2012	8.190.222	5,09	BPS Sulawesi Selatan
2013	8.342.000	2,01	BPS Sulawesi Selatan
2014	8.432.163	2,01	BPS Sulawesi Selatan

Sumber: BPS, & Kependudukan Sulawesi Selatan

Pada gambar II.A 1 Perkembangan jumlah penduduk di Sulawesi Selatan dari tahun 2007-2009 mengalami peningkatan yang terjadi masih relatif kecil, dimungkinkan karena program keluarga berencana tidak mampu lagi menghambat angka kelahiran. Semakin tinggi laju pertumbuhan penduduk menyebabkan jumlah penduduk yang semakin banyak di masa yang akan datang sedangkan tahun 2009-2010 mengalami penurunan laju pertumbuhan penduduk ini dimungkinkan karena sumber data yang berbeda dan dimungkinkan karena berhasilnya program keluarga berencana yang dicanangkan

GAMBAR II.A.1
JUMLAH PENDUDUK MENURUT JENIS KELAMIN DAN KELOMPOK UMUR
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber: BPS & Kependudukan Pro v. Sulawesi Selatan 2009-2014

2. Komposisi Penduduk Menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur

Secara keseluruhan, jumlah penduduk yang berjenis kelamin perempuan lebih banyak dari penduduk yang berjenis kelamin laki-laki, hal ini tercermin dari angka rasio jenis kelamin yang lebih kecil dari 100. Beberapa Kabupaten Enrekang, Luwu, Tana Toraja, Luwu Utara, Luwu Timur, Toraja Utara, Makassar dan Palopo yang menunjukkan angka rasio jenis kelamin lebih besar dari 100, yang berarti penduduk laki-laki di enam daerah tersebut lebih besar dari jumlah penduduk perempuan.

Berdasarkan data BPS Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2009 rasio jenis kelamin sebesar 94,24%, untuk tahun 2010 data dari data BPS pusat rasio jenis kelamin sebesar 95,48% Sedangkan tahun 2011 rasio jenis kelamin tahun 2011 sebesar 96,34 % ini menunjukkan adanya peningkatan rasio jenis kelamin dari tahun sebelumnya dan untuk tahun 2012 rasio tidak ada data dari BPS, untuk tahun 2013 rasio jenis kelamin sebesar 95,34% sedangkan untuk tahun 2014 rasio jenis kelamin 95,40%. Data terinci pada lampiran Tabel 2.

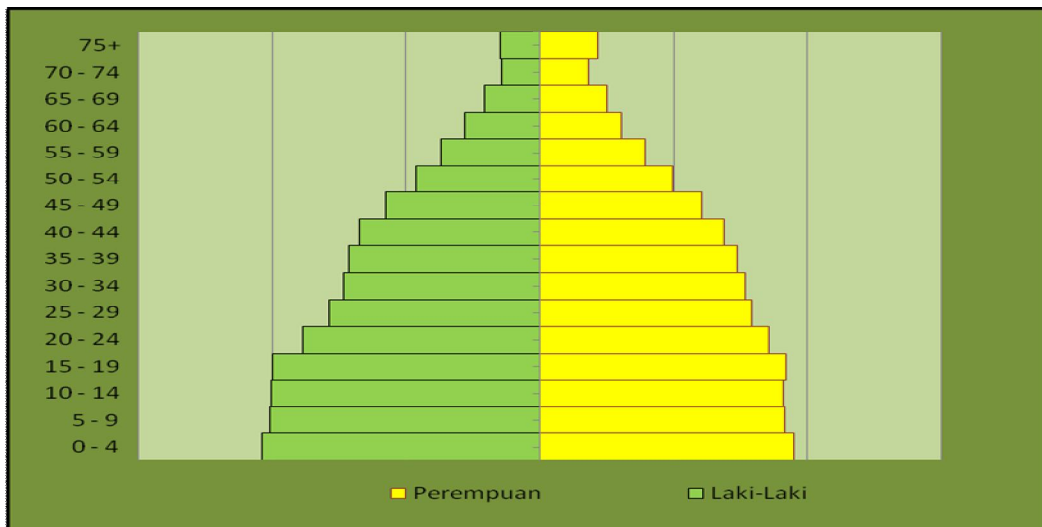
Struktur umur penduduk menurut jenis kelamin dapat digambarkan dalam bentuk piramida penduduk. Berdasarkan estimasi jumlah penduduk yang telah dilakukan, dapat disusun sebuah piramida penduduk tahun 2014. Dasar piramida menunjukkan jumlah penduduk, badan piramida bagian kiri menunjukkan banyaknya penduduk laki-laki dan badan piramida bagian kanan menunjukkan jumlah penduduk perempuan. Piramida tersebut merupakan gambaran struktur penduduk yang terdiri dari struktur penduduk muda, dewasa, dan tua. Struktur penduduk ini menjadi dasar bagi kebijakan kependudukan, sosial, budaya, dan ekonomi.

Komposisi penduduk menurut kelompok umur dapat menggambarkan tinggi/rendahnya tingkat kelahiran. Selain itu komposisi penduduk juga

mencerminkan angka beban tanggungan yaitu perbandingan antara jumlah penduduk produktif (umur 15–64 tahun) dengan umur tidak produktif (umur 0–14 tahun dan umur 65 tahun ke atas). Data BPS menunjukkan bahwa angka beban tanggungan pada tahun 2014 sebesar 53,45%. Penduduk Sulawesi Selatan yang berusia 0-14 tahun pada tahun 2014 sebesar 29,08%.

Pada gambar II.A.2 menunjukkan komposisi penduduk menurut kelompok umur menunjukkan tertinggi pada umur tidak produktif (umur 0–14 tahun) yang menggambarkan tinggi/rendahnya tingkat kelahiran. Selain itu komposisi penduduk juga mencerminkan angka beban tanggungan yaitu perbandingan antara jumlah penduduk produktif (umur 15–64 tahun) dengan dan umur 65 tahun ke atas).

GAMBAR II.A.2
JUMLAH PENDUDUK MENURUT JENIS KELAMIN DAN KELOMPOK UMUR



DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014

Sumber : BPS Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2014

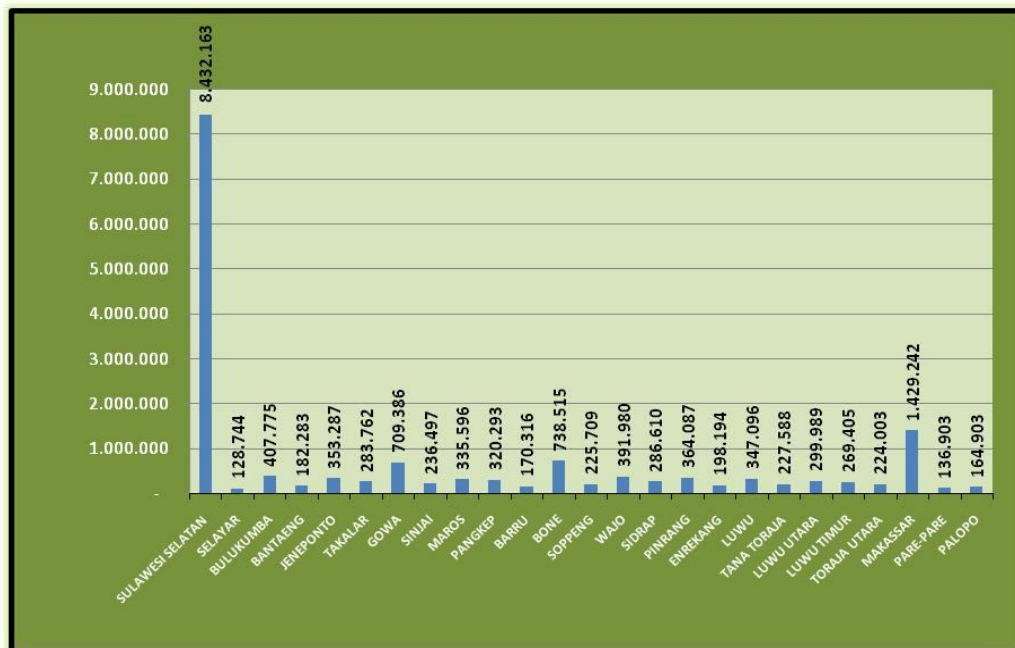
3. Persebaran dan Kepadatan Penduduk

Penduduk Sulawesi Selatan tersebar di 21 Kabupaten dan 3 Kota. Namun persebaran tersebut tidak merata dilihat dari tahun 2009 - 2014 hanya 3 Kabupaten yang paling besar tingkat persebarannya penduduknya yaitu Kabupaten Bone, Kabupaten Gowa dan Kota Makassar, jumlah penduduk pada tahun 2009 tercatat sebanyak 8.328.957 jiwa (kependudukan). Persebarannya sekitar 33,75% diantaranya tinggal di tiga daerah Kabupaten / Kota Sulawesi Selatan, yaitu Kota Makassar (16,94%), Kabupaten Bone (9,12%), dan Kabupaten Gowa (7,70%) Jumlah penduduk pada tahun 2010 tercatat 8.034.776 jiwa (BPS Pusat). Persebarannya sekitar 33,71% di antaranya tinggal di Kabupaten / Kota Sulawesi Selatan, yaitu Kota Makassar (16,66%), Kab.Bone (8,93%) dan Kab Gowa (8,12%. Dan jumlah penduduk pada tahun

2011 yang tercatat di Biro Pemerintahan Kependudukan sebesar 8.607.135 jiwa yang persebarannya tertinggi ditiga Kabupaten yaitu Kota Makassar (17,61%), Kabupaten Bone (9,25%) dan Kabupaten Gowa (7,42%).

Jumlah penduduk pada tahun 2013 yang tercatat di Badan Pusat Statistik (BPS) sebesar 8.342.000 jiwa yang persebarannya tertinggi ditiga Kabupaten yaitu Kota Makassar (16,94%), Kabupaten Bone (8,80%) dan Kabupaten Gowa (8,34%) sedangkan Jumlah penduduk pada tahun 2014 yang tercatat di Badan Pusat Statistik (BPS) sebesar 8.432.163 jiwa yang persebarannya tertinggi ditiga Kabupaten yaitu Kota Makassar (16,88%), Kabupaten Bone (8,75%) dan Kabupaten Gowa (8,41%).

GAMBAR II.A.3
PERSEBARAN PENDUDUK MENURUT KABUPATEN / KOTA
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : BPS Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2014

Daerah yang sangat *menonjol jumlah* penduduknya adalah Kota Makassar yaitu lebih dari satu juta jiwa atau sekitar 16,88% dari jumlah penduduk Sulawesi Selatan sedangkan luas wilayahnya hanya meliputi 0,39% dari luas Provinsi Sulawesi Selatan, yaitu 175,77 km² dari 45.764,53 km².

TABEL II.A.2
JUMLAH PENDUDUK DAN ANGKA BEBAN TANGGUNGAN
MENURUT JENIS KELAMIN DAN KELOMPOK USIA PRODUKTIF DAN NON
PRODUKTIF DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014

Nb	USIA	LAKI-LAKI	PEREMPUAN	LAKI LAKI DAN PEREMPUAN
1	0- 14 Tahun	1.254.112	1.198.764	2.452.876
2	15 - 69 Tahun	2.659.522	2.835.504	5.495.026
3	65 Tahun Keatas	203.103	281.158	484.261
	Jumlah	4.116.737	4.315.426	8.432.163
	Angka Beban Tanggungan	54,79	52,19	53,45

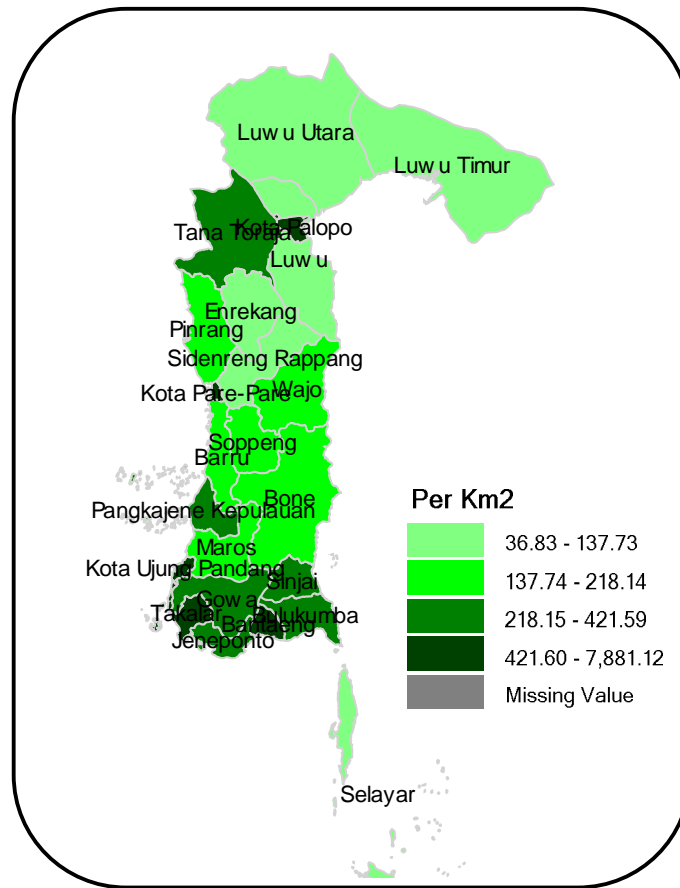
Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten / Kota Tahun 2014

Pada Tabel II.A.2, Angka Beban Tanggungan penduduk Sulawesi Selatan pada tahun 2014 sebesar 53,45. Hal ini berarti bahwa 100 penduduk Indonesia yang produktif, di samping menanggung dirinya sendiri, juga menanggung 53,45 orang yang belum/sudah tidak produktif lagi. Apabila dibandingkan antar jenis kelamin, maka Angka Beban Tanggungan laki-laki sedikit lebih besar jika dibandingkan dengan perempuan. Pada tahun 2014, angka beban tanggungan laki-laki sebesar 54,79, yang berarti bahwa 100 orang penduduk laki-laki yang produktif, di samping menanggung dirinya sendiri, akan menanggung beban 54,7 penduduk laki-laki yang belum/sudah tidak produktif lagi. Penduduk sebagai determinan pembangunan harus mendapat perhatian yang serius. Program pembangunan, termasuk pembangunan dibidang kesehatan, harus didasarkan pada dinamika kependudukan. Upaya pembangunan di bidang kesehatan tercermin dalam program kesehatan melalui upaya promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif.

Pembangunan kesehatan merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pencapaian derajat kesehatan yang optimal bukan hanya menjadi tanggung jawab dari sektor kesehatan saja, namun sektor terkait lainnya seperti sektor pendidikan, sektor ekonomi, sektor sosial dan pemerintahan juga memiliki peranan yang cukup besar. Untuk mendukung upaya tersebut diperlukan ketersediaan data mengenai penduduk sebagai sasaran program pembangunan kesehatan.

Persebaran penduduk menurut kab/Kota seperti pada gambar II.A.3. Kepadatan penduduk per km² di Sulawesi Selatan rata-rata 182.28 jiwa/km. Kota Makassar merupakan Kabupaten / Kota terpadat (8011.04 jiwa/km²), menyusul Kota Parepare (1361.12 jiwa/km²) kemudian Kota Palopo (649,64 jiwa/km²), Takalar (495.31 jiwa/km²) dan Bantaeng (369.61 jiwa/km²). Sedangkan kab/Kota dengan tingkat kepadatan penduduk terendah yaitu kab. Luwu Timur (37.87 jiwa/km²), Luwu Utara (39.63 jiwa/km²), Enrekang (109.97 jiwa/km²), Tana Toraja (110.11 jiwa/km²), Enrekang (109.97 jiwa/km²), dan Selayar (140.79 jiwa/km²).

GAMBAR II.A.4
KEPADATAN PENDUDUK PER Km2
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : BPS Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2014

Penduduk sasaran program pembangunan kesehatan sangatlah beragam, sesuai dengan karakteristik kelompok umur tertentu atau didasarkan pada kondisi siklus kehidupan yang terjadi. Beberapa upaya program kesehatan memiliki sasaran ibu hamil, ibu melahirkan, dan ibu nifas. Beberapa program lainnya dengan penduduk sasaran terfokus pada kelompok tertentu, meliputi bayi, batuta, balita, anak balita, anak usia sekolah SD, wanita usia subur, penduduk produktif dan usia lanjut.

TABEL II.A.3
ESTIMASI PENDUDUK SASARAN
PROGRAM PEMBANGUNAN KESEHATAN DI SULAWESI SELATAN
TAHUN 2014

No	Sasaran Program	Kelompok Umur/Formula	Jenis Kelamin		Jumlah
			Laki	Perempuan	
1	Jumlah Penduduk	Semua umur	4.098.674	4.297.073	8.395.747
2	Bayi	0 Tahun	82.323	78.454	160.777
3	Batita	0 -2 Tahun	249.213	236.021	485.234
4	Anak Balita	1-4 Tahun	341.228	321.635	662.863
5	Balita	0-4 Tahun	423.584	400.053	823.637
6	Pra sekolah	5-6 Tahun	176.878	166.500	343.378
7	Anak Usia Kelas 1 SD/Setingkat	7 Tahun	92.387	87.010	179.397
8	Anak Usia SD/Setingkat	7 -12 Tahun	558.793	526.229	1.085.002
9	Penduduk Usia Muda	< 15 Tahun	1.330.840	1.256.847	2.587.687
10	Penduduk Usia Produktif	15-64 Tahun	2.571.173	2.770.589	5.341.762
11	Penduduk Pra Usia Lanjut	45-59 Tahun	523.824	580.997	1.104.821
12	Penduduk Usia Lanjut	≥ 60 Tahun	303.610	402.792	706.402
13	Penduduk Usia Lanjut Risiko Tinggi	≥ 70 Tahun	115.192	168.311	283.503
14	Wanita Usia Subur	15 - 49 Tahun		2.293.737	2.293.737
15	Wanita Usia Subur Imunisasi	15 -39 Tahun		1.768.809	1.768.809
16	Ibu Hamil	1,10 x lahir hidup		184.163	184.163
17	Ibu Bersalin	1,05 x lahir hidup		175.792	175.792
18	Ibu Nifas	1,05 lahir hidup		175.792	175.792
19	Lahir hidup		85.726	81.695	167.421

Sumber : Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI

B. KEADAAN EKONOMI

Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) merupakan salah satu pencerminan kemajuan ekonomi suatu daerah, yang didefinisikan sebagai Seluruh nilai barang dan jasa yang ditimbulkan oleh faktor-faktor produksi (buruh, kewirawastaan, modal, dan barang modal) disuatu wilayah tanpa memperhatikan pemilikan faktor-faktor produksi itu. Jadi PDRB merupakan penjumlahan dari seluruh nilai tambah bruto dari setiap sektor kegiatan dalam suatu periode tertentu di suatu wilayah. PDRB per kapita yaitu indikator yang dapat mengukur tingkat kemakmuran penduduk di suatu daerah angka per kapita bruto (atas dasar harga berlaku 2000) penduduk Sulawesi Selatan pada tahun 2010 sebesar 8,18 persen.

Kondisi perekonomian merupakan salah satu aspek yang diukur dalam menentukan keberhasilan pembangunan suatu negara. Berdasarkan data dari BPS, Besaran Pertumbuhan Produk Domestik Bruto Indonesia pada tahun 2013 atas dasar harga berlaku mencapai Rp 9.084,0 triliun, naik sebesar Rp 151,4 triliun dibandingkan tahun 2012. Atas dasar harga konstan (tahun 2000) Produk Domestik Bruto Indonesia pada tahun 2013 mencapai Rp 2.770,3 triliun, naik Rp 151,4 triliun dibandingkan tahun 2012 (Rp 2.618,9 triliun).

Produk Domestik Bruto per kapita merupakan Produk Domestik Bruto atas dasar harga berlaku dibagi dengan jumlah penduduk pertengahan tahun. Dalam kurun waktu 2009–2013, Produk Domestik Bruto per kapita atas dasar harga berlaku terus mengalami peningkatan, tahun 2009 sebesar Rp 23,9 juta, tahun 2010 sebesar Rp 27,0 juta, tahun 2011 sebesar Rp 30,7 juta, tahun 2012 sebesar Rp 33,5 juta, dan tahun 2013 sebesar Rp 36,5 juta.

PDRB Sulawesi Selatan atas dasar harga berlaku pada tahun 2010 sekitar 99.904.66 milyar rupiah. Sektor pertanian mempunyai nilai tambah paling besar dibandingkan sektor lain yaitu mencapai 30.361.513,14 milyar rupiah selanjutnya di susul oleh sektor jasa-jasa terbesar kedua dengan nilai tambah mencapai 16.704,94 milyar rupiah dan sektor industri pengolahan Sulawesi Selatan yang diharapkan mampu menunjang sektor pertanian dengan berorientasi pada agrobisnis ternyata nilai tambahnya terbesar ke empat yaitu mencapai 12.514 milyar rupiah.

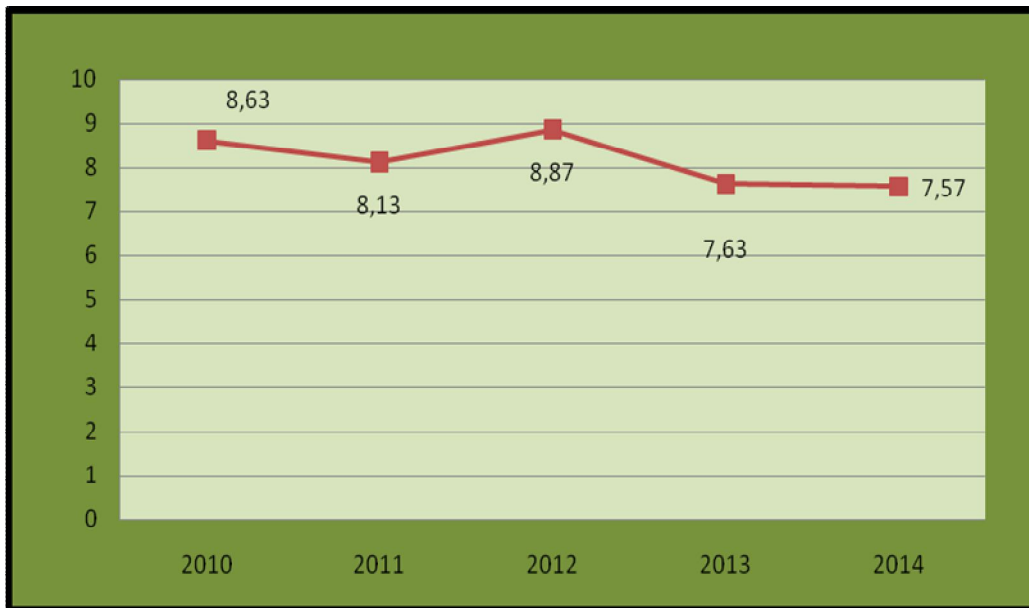
Nilai PDRB Kabupaten / Kota di Sulawesi Selatan, terlihat bahwa Kota Makassar mempunyai nilai PDRB yang paling besar mencapai 31.263,65 milyar rupiah. Terbesar ke dua selanjutnya adalah Kabupaten Luwu Timur dengan PDRB mencapai 6.416,03 milyar rupiah. Sedangkan Kabupaten Bone PDRB terbesar ke tiga yang nilainya mencapai 6.412,65 milyar.

PDRB Sulawesi Selatan atas dasar harga konstan tahun 2000 pada tahun 2006 sebesar 38.867,68 milyar rupiah atau meningkat sekitar 6,71%, lebih tinggi dibandingkan dengan tahun 2005, sedangkan untuk PDRB tahun 2009 sebesar 47.314.02 milyar rupiah atau meningkat sekitar 6.20 persen, lebih tinggi di bandingkan dengan tahun 2008.

Selain itu, keadaan perekonomian suatu wilayah dapat diukur dari banyaknya penduduk miskin. Kemiskinan menjadi isu yang cukup menjadi perhatian berbagai kalangan termasuk kesehatan. Keterjangkauan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan terkait dengan daya beli ekonomi.

Perekonomian Sulawesi Selatan pada tahun 2014 mengalami perlambatan dibandingkan pertumbuhan tahun-tahun sebelumnya. Laju pertumbuhan PDRB Sulawesi Selatan tahun 2014 mencapai 7,57 persen, sedangkan tahun 2013 sebesar 7,63 persen. Pertumbuhan ekonomi tertinggi dicapai oleh lapangan usaha Pertambangan dan Penggalian sebesar 11,43 persen. Sedangkan seluruh lapangan usaha ekonomi PDRB yang lain pada tahun 2014 mencatat pertumbuhan yang positif.

GAMBAR II.B.1
PERTUMBUHAN PDRB RIIL MENURUT LAPANGAN USAHA
DISULAWESI SELATAN TAHUN 2010 – 2014 (%)



Sumber : BPS Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2014

Gambar 11.B.1 menunjukkan pertumbuhan ekonomi disulawesi Selatan data BPS menunjukkan bahwa Pertumbuhan Produk Domestik Bruto tahun 2012 meningkat sebesar 8,87% terhadap tahun 2011. Pertumbuhan ekonomi yang terjadi pada tahun 2014 ini lebih rendah jika dibandingkan dengan pertumbuhan ekonomi yang terjadi pada tahun 2011 dan 2010.

Bila PDRB suatu daerah dibagi dengan jumlah penduduk yang tinggal di daerah tu, maka akan dihasilkan suatu PDRB Per kapita. PDRB Per kapita atas dasar harga berlaku menunjukkan nilai PDRB per kepala atau per satu orang penduduk. Pada tahun 2014, PDRB per kapita Sulawesi Selatan mencapai 35,6 juta Rupiah dengan pertumbuhan sebesar 14.10 persen pada tahun 2011 dan berturut-turut sebesar 13,82; 12.07; dan 14,78 persen pada tahun 2012-2014.

C. INDEKS PEMBANGUNAN MANUSIA (IPM)

Human Development Index (HDI) atau Indeks Pembangunan Manusia adalah pengukuran perbandingan dari harapan hidup, melek huruf, pendidikan dan standar hidup untuk semua negara dan seluruh dunia. Indeks Pembangunan Manusia digunakan untuk mengklasifikasikan apakah sebuah negara adalah negara maju, negara berkembang atau negara terbelakang dan juga mengukur pengaruh dari kebijaksanaan ekonomi terhadap kualitas hidup.

Berdasarkan standar internasional, Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dikategorikan sebagai berikut : kategori sangat tinggi, jika IPM > 0.900; kategori tinggi, jika IPM > 0,800 – 0,899; kategori sedang, jika IPM 0,500-0,799; dan kategori rendah, jika IPM <0,500.

Untuk menghitung nilai dari masing-masing indeks pembentuk IPM,

UNDP telah menetapkan batas bawah dan batas atas yang terus berkembang dari waktu ke waktu, pada tahun 1990 batas diperoleh dari hasil observasi, sedangkan pada tahun 1990, batas diperoleh dari hasil observasi, sedangkan pada tahun 1994 menggunakan suatu nilai batas tertentu. Pada tahun 2009, batas yang digunakan adalah:

1. Batas bawah angka harapan hidup adalah 25 tahun dan batas atasnya 85 tahun.
2. Indeks rata-rata lama sekolah nilainya antara 0 sampai dengan 100 persen
3. Indeks Melek huruf memiliki batas bawah 0 persen atas 100 persen
4. PDB per kapita menggunakan nilai minimal 100 US\$ dan maksimal 40000 US\$.

Pembangunan manusia merupakan model pembangunan yang menurut United Nations Development Programme "UNDP" ditujukan untuk memperluas pilihan-pilihan yang dapat ditumbuhkan melalui upaya pemberdayaan penduduk. Walaupun pada dasarnya, pilihan tersebut tidak terbatas dan terus berubah, tetapi dalam konteks pembangunan, pemberdayaan penduduk ini dicapai melalui upaya menitikberatkan pada peningkatan kemampuan dasar manusia yaitu meningkatnya derajat kesehatan, pengetahuan dan keterampilan agar dapat digunakan untuk mempertinggi dalam kegiatan produktif, sosial budaya dan politik.

IPM Indonesia pada tahun 2011 sebesar 0,617. Bila dibandingkan dengan tahun 2010, secara urutan negara Indonesia mengalami penurunan (dari peringkat ke-108 pada tahun 2010 menjadi peringkat ke-124 pada tahun 2011) namun secara nilai Indonesia mengalami peningkatan (IPM 2010 adalah 0,600).

Menurut Badan Pusat Statistik Provinsi Sulawesi Selatan IPM nasional sebesar 72,27 dari hasil perhitungan pada tahun 2010 IPM Provinsi Sulawesi Selatan sebesar 71,62 masih dibawah IPM nasional (72,27) dan secara nasional berada peringkat 19. Selama periode 2006 hingga 2010, nilai IPM Sulawesi Selatan meningkat sekitar 3,47 dengan reduction Shortfall sebesar 2,18 persen selama kurun waktu lima tahun. Angka IPM tahun 2010 menurut Kabupaten / Kota se Sulawesi Selatan memerhatikan adanya variasi yang relatif yaitu 64,92 (Jeneponto) hingga 78,79 (Makassar), penyebab terjadinya variasi angka tersebut dikarenakan oleh adanya perbedaan kebijakan terhadap bidang pendidikan, kesehatan dan pendapatan/daya beli dari masing-masing.

Pada tahun 2011 menurut Badan Pusat Statistik IPM nasional sebesar 72,77 dan adapun untuk provinsi Sulawesi Selatan sebesar 72,14 masih dibawah IPM nasional dan secara nasional berada di peringkat 19, tahun 2012 angka IPM sebesar 72,70, untuk IPM tahun 2013 angka sebesar 73,28 sedangkan untuk tahun 2014 angka sebesar .

Strategi pembangunan nasional menempatkan sumber daya manusia sebagai perspektif pembangunan. Pertumbuhan ekonomi yang terjadi seiring dengan peningkatan sumber daya manusia. Beberapa faktor penting dalam pembangunan yang sangat efektif bagi pembangunan manusia adalah pendidikan dan kesehatan. Kedua faktor ini merupakan kebutuhan dasar

manusia yang perlu dimiliki untuk meningkatkan potensinya dalam pembangunan. Pendidikan tercermin dalam rata-rata lama sekolah dan angka melek huruf sedangkan pembangunan bidang kesehatan tercermin dalam angka harapan hidup waktu lahir. Angka Harapan Hidup (AHH) adalah perkiraan lama hidup rata-rata penduduk dengan asumsi tidak ada perubahan pola mortalitas (kematian) menurut umur. Angka ini adalah angka pendekatan yang menunjukkan kemampuan untuk bertahan hidup lebih lama. AHH merupakan alat untuk mengevaluasi kinerja pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan penduduk pada umumnya, dan meningkatkan derajat kesehatan pada khususnya.

Angka harapan hidup (AHH) dapat digunakan untuk menilai status derajat kesehatan. Selain itu, AHH juga menjadi salah satu indikator yang diperhitungkan dalam menilai Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Umur Harapan Hidup (UHH) dihitung dari jumlah kelahiran sampai pada kelompok umur tertentu dalam tahun tertentu dibagi jumlah kelahiran sampai pada kelompok umur tersebut pada pertengahan tahun. Angka Harapan Hidup merupakan alat untuk mengevaluasi kinerja pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan penduduk pada umumnya, dan meningkatkan derajat kesehatan pada khususnya. Angka Harapan Hidup yang rendah di suatu daerah harus diikuti dengan program pembangunan kesehatan, dan program sosial lainnya termasuk kesehatan lingkungan, kecukupan gizi dan kalori termasuk program pemberantasan kemiskinan.

Umur Harapan Hidup (UHH) bermanfaat untuk mengetahui berapa lama orang dapat hidup sejak dari usia tertentu. Jika umur harapan hidup tinggi, itu menunjukkan tingkat taraf hidup suatu negara juga tinggi, begitupun sebaliknya. Umur harapan hidup juga digunakan untuk menilai derajat kesehatan dan kualitas hidup masyarakat baik Kabupaten / Kota, provinsi, maupun negara. UHH menjadi salah satu indikator dalam mengukur Indeks Pembangunan Manusia. Adanya perbaikan pada pelayanan kesehatan melalui keberhasilan pembangunan pada sektor kesehatan dapat diindikasikan dengan adanya peningkatan umur harapan hidup saat lahir.

Penurunan Angka Kematian Bayi sangat berpengaruh pada kenaikan Umur Harapan Hidup (UHH) waktu lahir. Angka Kematian Bayi sangat peka terhadap perubahan derajat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat, sehingga perbaikan derajat kesehatan tercermin pada penurunan AKB dan kenaikan Umur Harapan Hidup pada waktu lahir. Meningkatnya umur harapan hidup waktu lahir ini secara tidak langsung juga memberikan gambaran kepada kita tentang adanya peningkatan kualitas hidup dan derajat kesehatan masyarakat.

Angka Harapan Hidup (AHH) penduduk di Provinsi Sulawesi Selatan terus meningkat Berdasarkan data BPS Angka Harapan Hidup Tahun 2009 sebesar 69.80, tahun 2010 meningkat menjadi 70,00 begitupula Tahun 2011 mengalami peningkatan sebesar 70,20, tahun 2012 meningkat menjadi 70,45 dan untuk tahun 2013 mengalami peningkatan sebesar 70.60.

Angka harapan hidup ini sering digunakan sebagai proxy terhadap keadaan dan sistem pelayanan kesehatan suatu masyarakat (secara makro). Dari estimasi hasil penelitian yang dilakukan oleh BPS, umur harapan hidup waktu lahir (E_0) penduduk Indonesia secara Nasional mengalami peningkatan

dari 45,73 tahun pada tahun 1967 menjadi 67,97 tahun pada tahun 2000. Berdasarkan proyeksi penduduk Indonesia tahun 2000-2025, maka dapat diestimasi angka harapan hidup sebesar 67,8 tahun 2000-2005, meningkat menjadi 69,8 pada tahun 2005-2010 dan menjadi 73,6 pada tahun 2010-2025.

Sedangkan pada tahun 2009 AHH menurut BPS pusat secara nasional AHH 69,21 dan khusus Sulawesi Selatan AHH 69,80 lebih tinggi di banding dengan angka nasional dan berada di peringkat 9 dari 33 provinsi di seluruh Indonesia, untuk tahun 2010 AHH menurut BPS Sulawesi Selatan dalam angka yaitu 70,00 adapun Kabupaten tertinggi angka harapan hidup yaitu Kabupaten Enrekang 77,99 dan terendah di Kabupaten Jeneponto yaitu 60,00. Angka Harapan Hidup untuk tahun 2011 secara nasional 69,65 dan untuk Provinsi Sulawesi Selatan 70,00. ,untuk tahun 2012 AHH sebanyak 70,45 sedangkan untuk tahun 2013 sebanyak 70,60 sedangkan untuk 2014 BPS belum mengeluarkan angka AHH. Sementara itu, rata-rata Umur Harapan Hidup (UHH) penduduk di Provinsi Sulawesi Selatan dapat dilihat pada gambar berikut:

GAMBAR III.C.1
UMUR HARAPAN HIDUP WAKTU LAHIR (E₀)
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2005-2014



Sumber: Susenas, SDKI 2007, BPS 2011 dan proyeksi

BAB III

SITUASI DERAJAT KESEHATAN

Untuk menilai derajat kesehatan masyarakat, terdapat beberapa indikator yang dapat digunakan. Indikator-indikator tersebut pada umumnya tercermin dalam kondisi morbiditas, mortalitas, dan status gizi. Pada bab ini, derajat kesehatan masyarakat di Sulawesi Selatan dinilai melalui Angka kematian bayi (AKB), Angka Kematian Balita (AKABA), Angka Kematian Ibu (AKI), dan angka morbiditas; angka kesakitan beberapa beberapa penyakit balita dan dewasa.

A. MORTALITAS

Mortalitas adalah kejadian kematian yang terjadi pada kurun waktu dan tempat tertentu yang diakibatkan oleh keadaan tertentu, dapat berupa penyakit maupun sebab lainnya. Mortalitas merupakan salah satu dari tiga komponen demografi selain fertilitas dan migrasi, yang dapat mempengaruhi jumlah dan komposisi umur penduduk. WHO mendefinisikan kematian sebagai suatu peristiwa menghilangnya semua tanda-tanda kehidupan secara permanen, yang biasa terjadi setiap saat setelah kelahiran hidup. Angka kematian yang disajikan pada bab ini yaitu AKB, AKABA, AKI dan Angka Kematian Kasar.

Peristiwa kematian dewasa ini umumnya disebabkan karena penyakit menular, penyakit degeneratif, kecelakaan atau gaya hidup yang beresiko terhadap kematian. Gambaran perkembangan derajat kesehatan masyarakat dapat dilihat dari kejadian kematian dalam masyarakat dari waktu ke waktu. Di samping itu kejadian kematian juga dapat digunakan sebagai indikator dalam penilaian keberhasilan pelayanan kesehatan dan program pembangunan kesehatan lainnya. Angka kematian pada umumnya dapat dihitung dengan melakukan berbagai survei dan penelitian.

Salah satu alat untuk menilai keberhasilan program pembangunan kesehatan yang telah dilaksanakan selama ini adalah dengan melihat perkembangan angka kematian dari tahun ke tahun. Besarnya tingkat kematian dan penyakit penyebab utama kematian yang terjadi pada periode terakhir dapat dilihat dari berbagai uraian berikut:

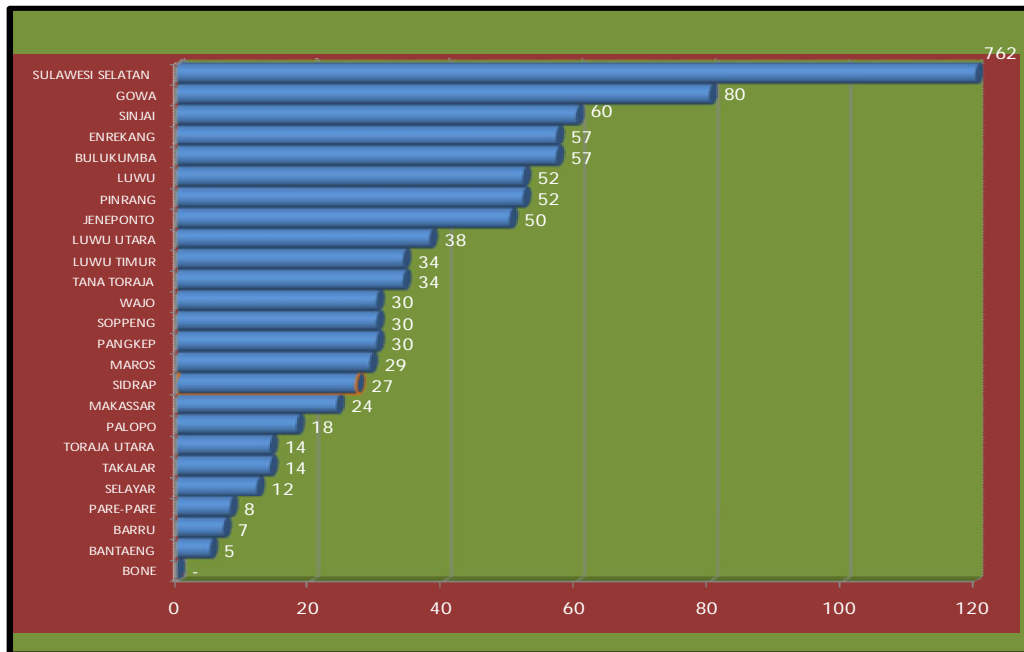
1. Angka Kematian Neonatal (AKN)

Angka Kematian Neonatal adalah jumlah penduduk yang meninggal satu bulan pertama setelah kelahiran (0-28 hari) yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama, angka kematian neonatal periode 5 tahun terakhir mengalami stagnasi. Secara nasional Berdasarkan hasil SDKI 2007 dan 2012 diestimasikan sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup. Kematian neonatal menyumbang lebih dari setengahnya kematian bayi (59,4%) sedangkan jika dibandingkan angka kematian balita, kematian neonatal

menyumbang 47,5%.

Grafik berikut ini menggambarkan AKN menurut Kabupaten / Kota tahun 2013

GAMBAR III.A.1
ANGKA KEMATIAN NEONATAL DI SULAWESI SELATAN
TAHUN 2014



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten / Kota tahun 2014

Di Sulawesi Selatan tahun 2014 Angka Kematian Neonatal menunjukkan sebesar 762 kasus yaitu 5.22 per 1.000 kelahiran hidup.

2. Angka Kematian Bayi (AKB)

Kematian bayi adalah kematian yang terjadi antara saat 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. 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 neonatal, adalah kematian bayi yang terjadi setelah usia satu bulan sampai menjelang usia satu tahun yang disebabkan oleh faktor-faktor yang bertalian dengan pengaruh lingkungan luar.

Infant Mortality Rate atau Angka kematian bayi (AKB) adalah jumlah

yang bayi yang meninggal sebelum mencapai usia satu tahun per 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Indikator ini terkait langsung dengan target kelangsungan hidup anak dan merefleksikan kondisi sosial, ekonomi dan lingkungan tempat tinggal anak-anak termasuk pemeliharaan kesehatannya. AKB cenderung lebih menggambarkan kesehatan reproduksi. AKB relevan dipakai untuk memonitor pencapaian target program karena mewakili komponen penting pada kematian balita.

Data kematian yang terdapat pada suatu komunitas dapat diperoleh melalui survei, karena sebagian besar kematian terjadi di rumah, sedangkan data kematian di fasilitas pelayanan kesehatan hanya memperlihatkan kasus rujukan. Angka Kematian Bayi di Indonesia berasal dari berbagai sumber, yaitu Sensus Penduduk, Surkesnas/Susenas/Riskesda, dan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).

Beberapa tahun terakhir AKB telah banyak mengalami penurunan yang cukup besar meskipun pada tahun 2001 meningkat kembali sebagai dampak dari berbagai krisis yang melanda Indonesia. Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia dari tahun 1995 sampai dengan tahun 1999 cenderung menurun yakni 55 kematian bayi per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1995 dan terus menurun hingga mencapai 46 kematian bayi per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1999, kemudian naik menjadi 47 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2000.

Menurut hasil Surkesnas/Susenas, AKB di Indonesia pada tahun 2001 sebesar 50 per 1.000 kelahiran hidup, dan pada tahun 2002 sebesar 45 per 1.000 kelahiran hidup. Sedangkan AKB menurut hasil SDKI 2002-2003 terjadi penurunan yang cukup besar, yaitu menjadi 35 per 1.000 kelahiran hidup sementara hasil SDKI 2007 hasilnya menurun lagi menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup, angka ini berada jauh dari yang diproyeksikan oleh Depkes RI yakni sebesar 26,89 per 1.000 kelahiran hidup. Adapun nilai normatif AKB yang kurang dari 40 sangat sulit diupayakan penurunannya (hard rock), antara 40-70 tergolong sedang, namun sulit untuk diturunkan, dan lebih besar dari 70 tergolong mudah untuk diturunkan.

Untuk di Sulawesi Selatan, Angka Kematian Bayi menunjukkan penurunan yang sangat tajam, yaitu dari 161 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1971 menjadi 55 pada tahun 1996, lalu turun lagi menjadi 52 pada tahun 1998 kemudian pada tahun 2003 menjadi 48 (Susenas 2003). Ini berarti rata-rata penurunan AKB selama kurun waktu 1998-2003 sekitar 4 poin. Namun, menurut hasil Surkesnas/Susenas 2002-2003, AKB di Sulawesi Selatan sebesar 47 per 1.000 kelahiran hidup sedangkan hasil Susenas 2006 menunjukkan AKB di Sulawesi Selatan pada tahun 2005 sebesar 36 per 1.000 kelahiran hidup, dan hasil SDKI 2007 menunjukkan angka 41 per 1.000 kelahiran hidup. Fluktuasi ini bisa terjadi oleh karena perbedaan besar sampel yang diteliti, sementara itu data proyeksi yang dikeluarkan oleh Depkes RI bahwa AKB di Sulawesi Selatan pada tahun 2007 sebesar 27,52 per kelahiran hidup.

Sementara laporan dari Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota bahwa jumlah kematian bayi pada tahun 2010 jumlah kematian bayi mengalami peningkatan sebesar 854 bayi atau 5,8 per 1000 kelahiran hidup, sedangkan tahun 2011 jumlah kematian bayi mengalami peningkatan menjadi 868 bayi

atau 5.90 per 1000 kelahiran hidup.

Dari hasil pengumpulan data profil kesehatan tahun 2014 jumlah kematian bayi menjadi 1.056 bayi atau 7.23 per 1000 kelahiran hidup maka masih perlu peran dari semua pihak yang terkait dalam rangka penurunan angka tersebut sehingga target (*Milinium Development Goals*) MDGs khususnya penurunan angka kematian dapat tercapai.

GAMBAR III.A.2
ANGKA KEMATIAN BAYI DI SULAWESI SELATAN
TAHUN 1996,1998,2003,2006-2014



Sumber: Susenas dan SDKI 2007 serta Profil Kes Kab/ Kota

Ada banyak faktor yang mempengaruhi tingkat AKB tetapi tidak mudah untuk menentukan faktor yang paling dominan dan faktor yang kurang dominan. Tersedianya berbagai fasilitas atau faktor aksesibilitas dan pelayanan kesehatan dari tenaga medis yang terampil, serta kesediaan masyarakat untuk merubah kehidupan tradisional ke norma kehidupan modern dalam bidang kesehatan merupakan faktor-faktor yang sangat berpengaruh terhadap tingkat AKB. Menurunnya AKB dalam beberapa waktu terakhir memberi gambaran adanya peningkatan dalam kualitas hidup dan pelayanan kesehatan masyarakat.

Dalam profil kesehatan Indonesia dijelaskan bahwa beberapa penyebab kematian bayi dapat bermula dari masa kehamilan. Penyebab kematian bayi yang terbanyak adalah disebabkan karena pertumbuhan janin yang lambat, kekurangan gizi pada janin, kelahiran prematur dan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) sedangkan penyebab lainnya yang cukup banyak terjadi adalah kejadian kurangnya oksigen dalam rahim (hipoksia intrauterus) dan kegagalan nafas secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir (asfiksia lahir).

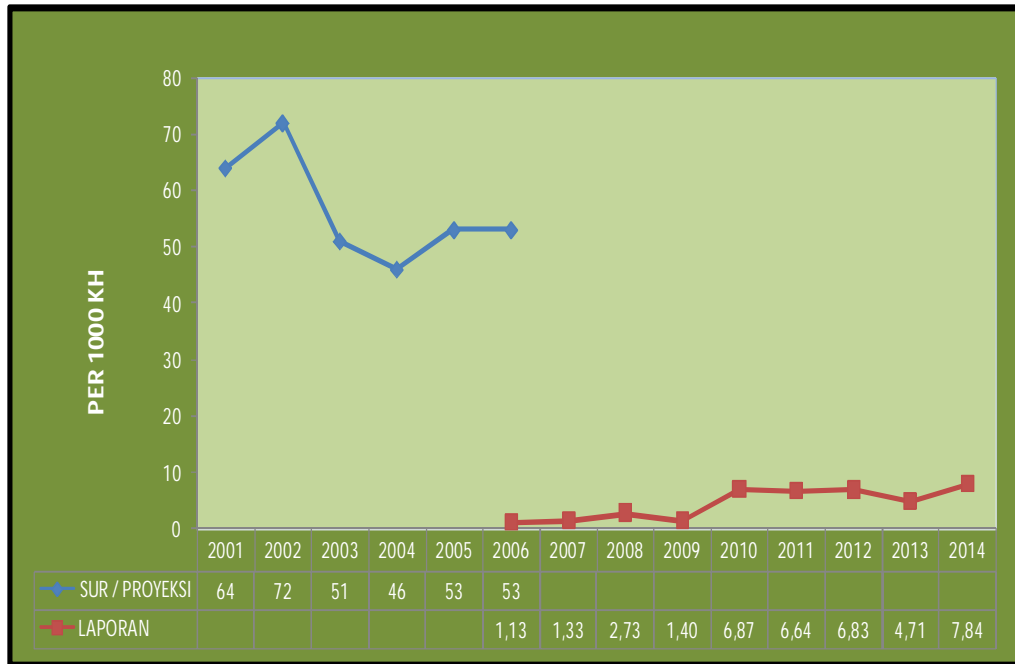
3. Angka Kematian Balita (AKABA)

Kematian Balita adalah jumlah kematian anak berusia 0-4 tahun selama satu tahun tertentu per 1.000 anak umur yang sama pada pertengahan tahun itu (termasuk kematian bayi), atau jumlah anak yang dilahirkan pada tahun tertentu dan meninggal sebelum mencapai usia 5 tahun, dinyatakan sebagai angka per 1.000 kelahiran hidup. AKABA menggambarkan tingkat permasalahan kesehatan anak dan faktor-faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap kesehatan anak Balita seperti gizi, sanitasi, penyakit menular dan kecelakaan. Indikator ini menggambarkan tingkat kesejahteraan sosial dalam arti besar dan tingkat kemiskinan penduduk, sehingga kerap dipakai untuk mengidentifikasi kesulitan ekonomi penduduk. Adapun nilai normatif AKABA yakni lebih besar dari 140 tergolong sangat tinggi, antara 71-140 sedang dan kurang dari 71 rendah. Milinium Development Goals (*MDGs*) menetapkan nilai normatif AKABA, yaitu sangat tinggi dengan nilai > 140, tinggi dengan nilai 71-140 sedang dengan nilai 20-70 dan rendah dengan nilai < 20.

Angka Kematian Balita di Indonesia (menurut estimasi SUPAS 1995) dalam beberapa tahun terakhir (kecuali tahun 2001) terlihat mengalami penurunan yang cukup bermakna. Pada tahun 1986 AKABA diperkirakan sebesar 111 per 1.000 kelahiran hidup, kemudian turun menjadi 81 pada tahun 1993 dan turun lagi menjadi 44,7 pada tahun 2000 sementara untuk Sulawesi Selatan, pada tahun yang sama berada dibawah rata-rata nasional yakni sebesar 42,16 per 1.000 kelahiran hidup. Menurut hasil SUSENAS 2001 AKABA diperkirakan sebesar 64 per 1.000 kelahiran hidup. Namun, hasil SDKI 2002-2003 menunjukkan bahwa AKABA di Sulawesi Selatan mencapai 72 per 1.000 kelahiran hidup dan menurun menjadi 53 per 1.000 kelahiran hidup menurut SDKI 2007. Jumlah kematian balita yang dilaporkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota di Sulawesi Selatan pada tahun 2010 Kabupaten / Kota melaporkan sebanyak 6,87% per 1.000 KH.

Dari hasil pengumpulan data profil kesehatan tahun 2013 jumlah kematian balita yang dilaporkan sebanyak 691 atau 4,71 per 1.000 kelahiran hidup yaitu tertinggi di Kota Makassar sebanyak 236 kasus, Kabupaten Bone sebanyak 67 kasus dan Kabupaten Luwu sebanyak 66 kasus dan terendah di Kabupaten Takalar karena tidak terdapat kasus kematian balita, Kabupaten Bantaeng sebanyak 1 kasus dan Kabupaten Selayar sebanyak 3 kasus.

GAMBAR III.A.3
ANGKA KEMATIAN BALITA DI SULAWESI SELATAN
TAHUN 2001-2014



Sumber: Susenas dan SDKI 2007 serta Profil Kes Kab/ Kota

Gambar III.A.3 menunjukkan angka kematian balita di Sulawesi Selatan gambaran Estimasi SUPAS 1995 dan SUSENAS 2001 pada awalnya dapat dikatakan sama, namun demikian hasil SUSENAS 2001 menunjukkan adanya peningkatan yang perlu mendapat perhatian bila dibandingkan dengan hasil estimasi SUPAS tahun 1995. Perbedaan ini dapat dimaklumi karena hasil estimasi yang didasarkan atas SUPAS 1995 tidak mempertimbangkan berbagai perubahan faktor resiko yang terjadi di masyarakat dalam kurun waktu setelah SUPAS, sedangkan pada SUSENAS 2001 merupakan hasil yang dijumpai di lapangan pada saat survey dilaksanakan selama tahun 2001 dengan berbagai perkembangan faktor resiko yang terjadi di masyarakat, salah satunya sebagai akibat dari krisis ekonomi. Gambaran perkembangan AKABA dalam 14 tahun terakhir dapat dilihat pada tabel III.A.3.

Di Provinsi Sulawesi Selatan telah dilakukan pengesahan Peraturan Daerah yakni PERDA No.6 Tahun 2010 tentang "ASI Eksklusif" PERDA ini dapat menjadi salah satu solusi untuk meningkatkan status gizi balita, karena PERDA ASI merupakan Perangkat hukum yang akan meningkatkan cakupan ASI eksklusif dan juga mengendalikan peredaran dan penggunaan susu formula sebagai pengganti Air Susu Ibu utamanya pelayanan kesehatan yang ada dalam lingkup Provinsi Sulawesi Selatan.

TABEL III.A.1
ANGKA KEMATIAN ANAK BALITA (1-4 TH)
DI SULAWESI SELATAN DAN INDONESIA, TAHUN 1995-2014

Tahun	AKABA per 1000 KH		Sumber
	Nasional	Propinsi	
1	2	3	4
1999	59,55		Estimasi SUPAS 1995
2000	44,7	42,16	Estimasi SUPAS 1995
2001	64		Estimasi SUSENAS
2003	46	72	Estimasi SUSENAS
2004		51	Estimasi SUSENAS
2005		46	Estimasi SUSENAS
2006		1,13	Dilaporkan dari Dinkes Kab.
2007	44	53	SDKI 2007
2007		1,33	Dilaporkan dari Dinkes Kab.
2008		2,73	Dilaporkan dari Dinkes Kab.
2009		1,40	Dilaporkan dari Dinkes Kab
2010		1,09	Dilaporkan dari Dinkes Kab
2011		0.74	Dilaporkan dari Dinkes Kab
2012	40	0,69	Dilaporkan dari Dinkes Kab
2013		1.00	Dilaporkan dari Dinkes Kab
2014		7,73	Dilaporkan dari Dinkes Kab

Sumber: Data Sekunder

Sementara itu, dari hasil penelitian mendalam terhadap semua kasus kematian AKABA yang ditemukan dalam RISKESDAS diperoleh gambaran besarnya proporsi sebab utama kematian Balita dapat dilihat pada tabel III.A.2.

TABEL III.A.2
PROPORSI PENYEBAB KEMATIAN BALITA DI INDONESIA
HASIL RISKESDAS TAHUN 2007

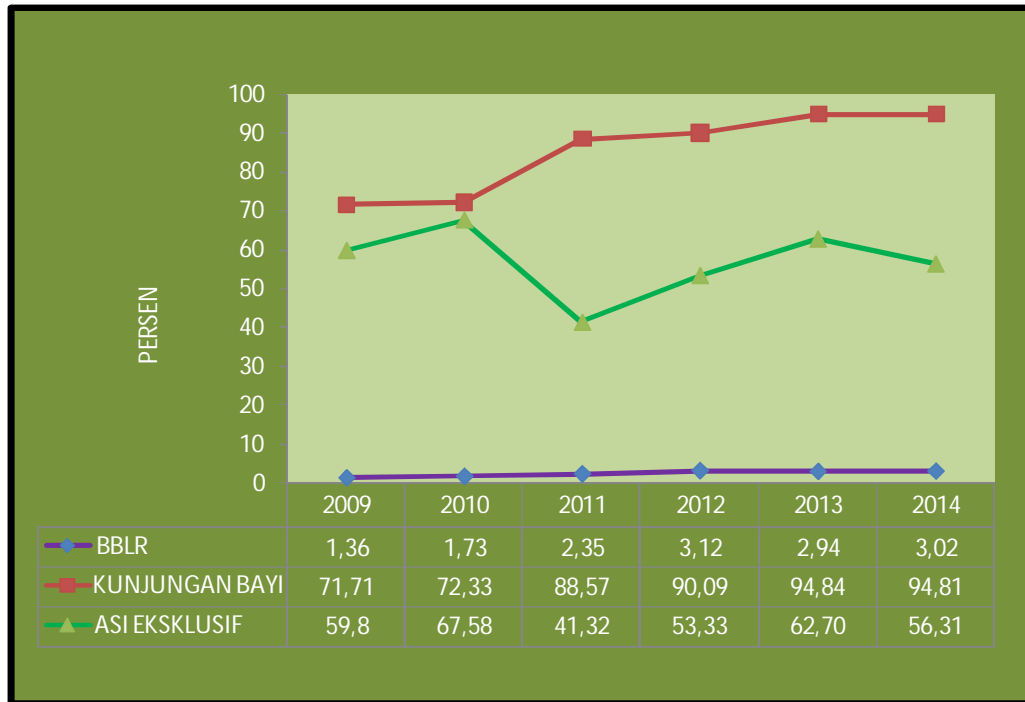
No	Penyebab kematian	%
1	Diare	25,2
2	Pneumonia	15,5
3	Nicroticans Entero Collitis (NEC)	10,7
4	Meningitis/Encefalitis	8,8
5	Demam Berdarah Dengue	6,8
6	Campak	5,8
7	Tenggelam	4,9
8	TB	3,9
9	Malaria	2,9
10	Leukemia	2,9

Sumber : Riskesdas 2007

Tabel III.A.2 menunjukkan bahwa pola penyakit penyebab kematian balita menurut Hasil Riskesdas tahun 2007 masih didominasi oleh penyakit infeksi.

Angka kematian Bayi dan Balita untuk tingkat kecamatan, Kabupaten maupun provinsi tidak tepat jika diperoleh dari survey yang berskala nasional. Hal ini karena rancangan sampel diperuntukkan untuk menggambarkan angka kematian bayi dan balita tingkat nasional.

GAMBAR III.A.4
PERSENTASE BBLR, KUNJUNGAN BAYI, DAN ASI EKSKLUSIF
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2009-2014



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten / Kota Tahun 2014

Sehubungan dengan hal tersebut, maka untuk menggambarkan angka kematian bayi dan balita di Sulawesi Selatan dapat digambarkan dengan indikator program yang dilaksanakan dalam upaya menurunkan angka kematian bayi dan balita, Dari data profil kesehatan pada tahun 2010 persentase BBLR mengalami peningkatan menjadi 1,73% dari kelahiran hidup, cakupan kunjungan bayi meningkat menjadi 78,45%, dan cakupan ASI Eksklusif meningkat menjadi 67,58%, sedangkan pada tahun 2011 persentase BBLR mengalami peningkatan menjadi 2,35% dari kelahiran hidup, cakupan kunjungan bayi meningkat menjadi 145.381 bayi (88.57%), cakupan ASI Eksklusif mengalami penurunan dari tahun lalu menjadi 41,32%.

Tahun 2012 persentase BBLR meningkat menjadi 3,12% dari kelahiran hidup, cakupan kunjungan bayi menjadi 138.379 bayi (90,09%), untuk tahun 2013 persentase BBLR menurun menjadi 2,94% dari kelahiran hidup, cakupan ASI Eksklusif (62,70%) dan cakupan kunjungan bayi menjadi 138.379 bayi (94.84%), sedangkan untuk tahun 2014 persentase BBLR menurun menjadi 3,02% dari kelahiran hidup, cakupan ASI Eksklusif (56,31%) dan cakupan kunjungan bayi menjadi bayi (94.81%)

4. Angka Kematian Ibu (AKI)

Angka Kematian Ibu (AKI) juga menjadi salah satu indikator penting menentukan derajat kesehatan masyarakat. AKI menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insedentil) selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup.

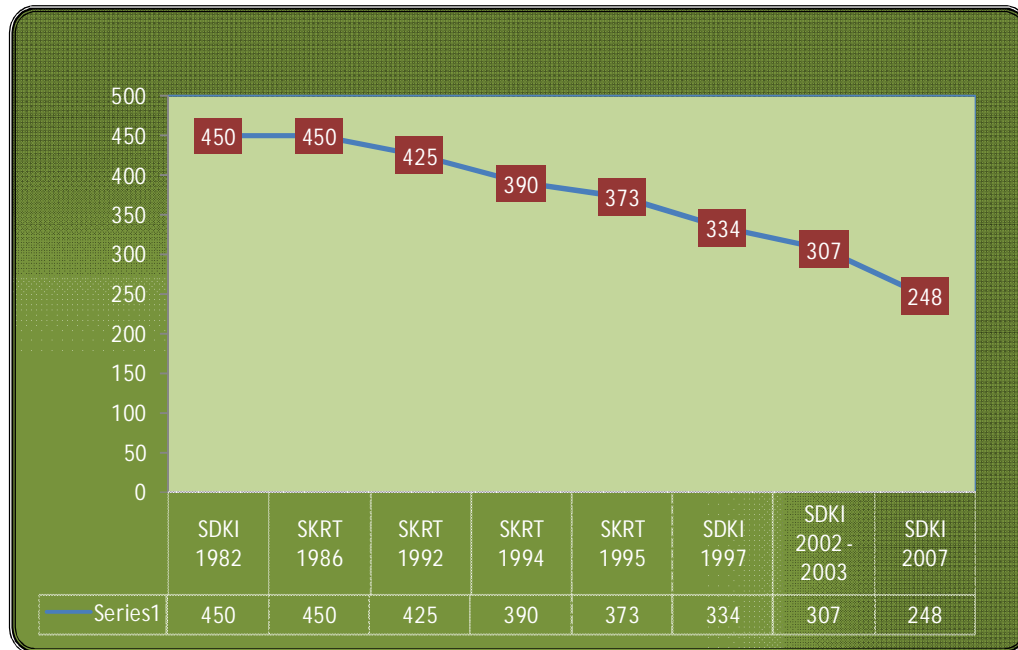
Kematian ibu adalah kematian perempuan pada saat hamil atau kematian dalam kurun waktu 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lamanya kehamilan atau tempat persalinan, yakni kematian yang disebabkan karena kehamilannya atau pengelolaannya, tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh, dan lain-lain, atau banyaknya wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan.

Angka Kematian Ibu (AKI) menggambarkan tingkat kesadaran perilaku hidup sehat, status gizi dan kesehatan ibu, kondisi kesehatan lingkungan, tingkat pelayanan kesehatan terutama untuk ibu hamil, pelayanan kesehatan waktu ibu melahirkan dan masa nifas. Untuk mengantisipasi masalah ini maka diperlukan terobosan-terobosan dengan mengurangi peran dukun dan meningkatkan peran Bidan. Harapan kita agar bidan di desa benar-benar sebagai ujung tombak dalam upaya penurunan AKB (IMR) dan AKI (MMR).

Angka Kematian Ibu (AKI) diperoleh melalui berbagai survey yang dilakukan secara khusus seperti survey di Rumah Sakit dan beberapa survey di masyarakat dengan cakupan wilayah yang terbatas. Dengan dilaksanakannya Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) dan Survey Demografi & Kesehatan Indonesia (SDKI), maka cakupan wilayah penelitian AKI menjadi lebih luas dibanding survey-survey sebelumnya.

Untuk melihat kecenderungan AKI di Indonesia secara konsisten, digunakan data hasil SKRT. Menurut SKRT, AKI menurun dari 450 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1986 menjadi 425 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1992, kemudian menurun lagi menjadi 373 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1995. Pada SKRT 2001 tidak dilakukan survey mengenai AKI. Pada tahun 2002-2003, AKI sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup diperoleh dari hasil SDKI, kemudian menjadi 248 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 2007). Hal ini menunjukkan AKI cenderung terus menurun. Tetapi bila dibandingkan dengan target yang ingin dicapai secara nasional pada tahun 2010, yaitu sebesar 125 per 100.000 kelahiran hidup dan target MDGs 2015 yaitu 102/100.000 KH, maka apabila penurunannya masih seperti tahun-tahun sebelumnya, diperkirakan target tersebut di masa mendatang sulit tercapai.

GAMBAR.III.A.5
ANGKA KEMATIAN IBU MATERNAL PER 100.000 KH
DI INDONESIA HASIL SDKI & SKRT 1982 -2007



Sumber : SDKI, SKRT Tahun 1982 – 2007

Jumlah kematian ibu maternal yang dilaporkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota di Sulawesi Selatan pada tahun 2009 menurun menjadi 118 orang atau 78,84 per 100.000 KH. Kematian ibu maternal tersebut terdiri dari kematian ibu hamil (19%), kematian ibu bersalin (46%), dan kematian ibu nifas (35%).

Berdasarkan hasil laporan tahunan Bidang Kesehatan Masyarakat tahun 2010 jumlah kematian ibu sebanyak 121 orang disebabkan karena perdarahan sebanyak 63 orang (52,07%), Infeksi 2 orang (0,02%), Hipertensi dalam kehamilan 28 orang (1,65%), Abortus 1 orang (0,82%), Partus lama 1 orang (0,82%), karena penyebab lain sebanyak 26 orang (21,48%).

Gambar III.A.6 menunjukkan Angka kematian ibu maternal yang dilaporkan dari tahun 2009-2014 masih berfluktuasi yaitu tahun 2009 sebesar 78,84 per 100.000 KH menurun pada tahun 2010 menjadi 77,13 per 100.000 KH tahun 2011 meningkat menjadi 78,88 per 100.000 KH tahun 2012 meningkat secara signifikan 31,38% yaitu 110,26 per 100.000 KH tahun 2013 menurun 78,38 per 100.000 KH dan pada tahun 2014 meningkat menjadi 93,20 per 10000 KH.

GAMBAR III.A.6
ANGKA KEMATIAN IBU MATERNAL
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2009-2014

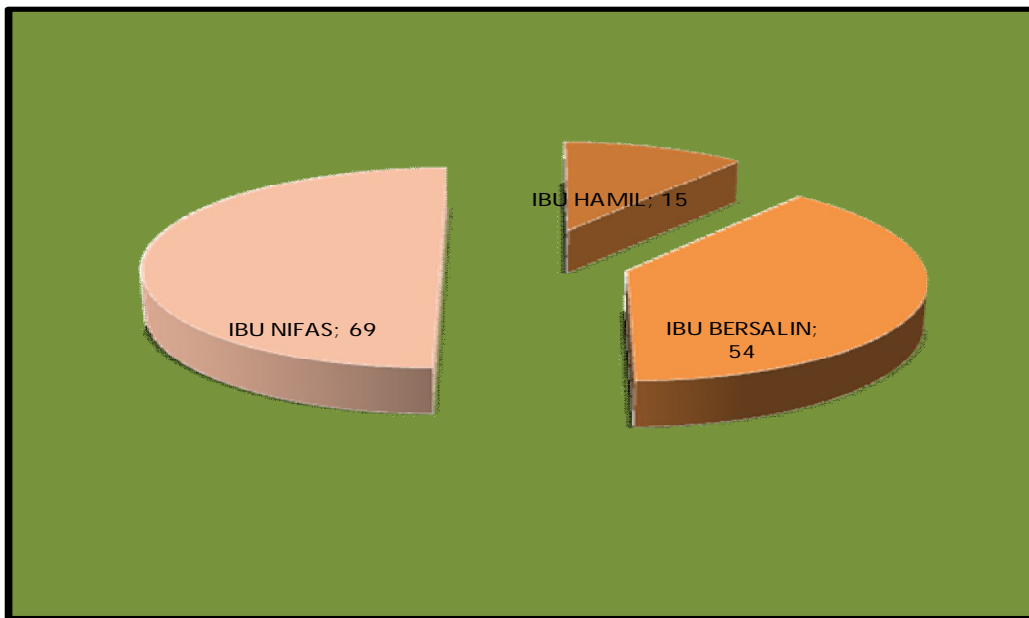


Sumber : Bidang Binkesmas Dinkes Prov.Sulsel tahun 2014

Jumlah kematian ibu pada tahun 2010 menurut profil kesehatan Kabupaten / Kota menurun menjadi 114 orang atau 77,13 per 100.000 KH. Kematian ibu terdiri dari kematian ibu hamil (15,78%), kematian ibu bersalin sebesar (64,03%) dan kematian ibu nifas sebesar (20,17%). Sedangkan untuk tahun 2011 meningkat menjadi 116 orang atau 78,88 per 100.000 KH terdiri dari kematian ibu hamil sebanyak 34 orang (29.31%), ibu bersalin 48 orang (41.37%) dan ibu nifas 34 orang (29.31%) dan adapun kematian ibu menurut umur yaitu <20 Tahun yaitu 11 orang, umur 20-34 Tahun yaitu 62 orang dan ≥ 35 Tahun sebanyak 43 orang. Tahun 2012 jumlah kematian ibu yang dilaporkan menjadi 160 orang atau 110,26 per 100.000 kelahiran hidup, terdiri dari kematian ibu hamil 45 orang (28,1%), kematian ibu bersalin 60 orang (40%), kematian ibu nifas 55 orang (30%). Adapun kematian ibu menurut umur yaitu <20 tahun sebanyak 12 orang, umur 20-34 tahun sebanyak 102 orang, dan ≥ 35 tahun sebanyak 46 orang.

Tahun 2013 jumlah kematian ibu yang dilaporkan menjadi 115 orang atau 78.38 per 100.000 kelahiran hidup, terdiri dari kematian ibu hamil 18 orang (15,65%), kematian ibu bersalin 59 orang (51,30%), kematian ibu nifas 38 orang (33,04%). Adapun kematian ibu menurut umur yaitu <20 tahun sebanyak 6 orang, umur 20-34 tahun sebanyak 77 orang, dan ≥ 35 tahun sebanyak 32 orang. sedangkan Tahun 2014 jumlah kematian ibu yang dilaporkan menjadi 138 orang atau 93.20 per 100.000 kelahiran hidup, terdiri dari kematian ibu hamil 15 orang (10,86%), kematian ibu bersalin 54 orang (39,13%), kematian ibu nifas 69 orang (50,00%). Adapun kematian ibu menurut umur yaitu <20 tahun sebanyak 14 orang, umur 20-34 tahun sebanyak 87 orang, dan ≥ 35 tahun sebanyak 37 orang.

GAMBAR III.A.7
JUMLAH KEMATIAN IBU MATERNAL
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Bidang Binkesmas Dinkes Prov.Susel Tahun 2014

B. MORBIDITAS (Angka Kesakitan)

Angka kesakitan penduduk diperoleh dari data yang berasal dari masyarakat (*community based data*) yang diperoleh melalui survei, dan hasil pengumpulan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota serta dari sarana pelayanan kesehatan (*facility based data*) yang diperoleh melalui sistem pencatatan dan pelaporan.

Morbiditas adalah angka kesakitan, baik insiden maupun prevalen dari suatu penyakit. Morbiditas menggambarkan kejadian penyakit dalam suatu populasi pada kurun waktu tertentu. Morbiditas juga berperan dalam penilaian terhadap derajat kesehatan masyarakat.

1. Penyakit Menular

Penyakit Menular adalah Penyakit yang disebabkan oleh bibit penyakit tertentu atau oleh produk toxin yang didapatkan melalui penularan bibit penyakit atau toxin yang diproduksi oleh bibit penyakit tersebut dari orang yang terinfeksi, dari binatang atau dari reservoir kepada orang yang rentan, baik secara langsung maupun tidak langsung melalui tumbuh-tumbuhan atau binatang penjamu, melalui vektor atau melalui lingkungan.

Dewasa ini tingkat angka kematian baik di Indonesia maupun di dunia secara global relatif meningkat pertahunnya, hal ini baik disebabkan kecelakaan, proses penuaan yang menyebabkan kelemahan fungsi organ tubuh ataupun karena menderita berbagai macam penyakit. Penyakit menular yang

juga dikenal sebagai penyakit infeksi dalam istilah medis adalah sebuah penyakit yang disebabkan oleh sebuah agen biologi (seperti virus, bakteri, atau parasit), bukan disebabkan faktor fisik (seperti luka bakar dan trauma benturan) atau bahan kimia seperti keracunan, yang mana bisa ditularkan atau menular kepada orang lain melalui media tertentu seperti udara (TBC, Infuenza dll), tempat makan dan minum yang kurang bersih pencuciannya (hepatitis, typhoid/tipes dll), jarum suntik dan transfusi darah (HIV Aids, hepatitis, dll).

Penyakit menular yang disajikan dalam bagian ini antara lain:

- Penyakit menular langsung : Diare, Pneumonia, Typhus, penyakit HIV/AIDS, penyakit TB Paru dan Kusta.
- Penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I).
- Penyakit bersumber binatang : Demam Berdarah Dengue, rabies, filaria, malaria.

a. Penyakit Menular Langsung

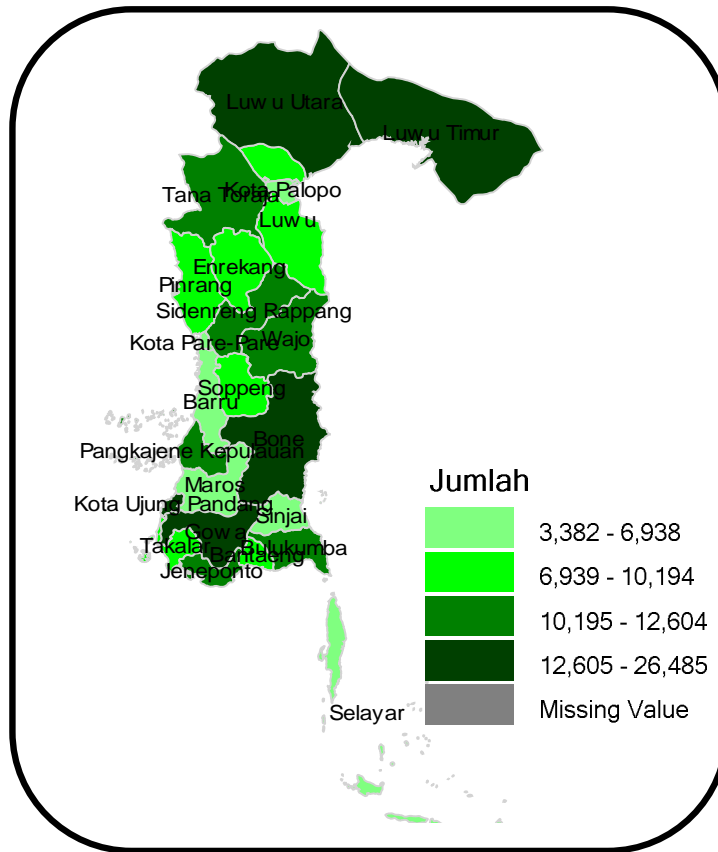
1) Penyakit Diare

Diare adalah suatu penyakit dengan tanda-tanda adanya perubahan bentuk dan konsistensi dari tinja, yang melembek sampai mencair dan bertambahnya frekuensi berak lebih dari biasanya, tiga kali atau lebih dalam sehari atau penyakit terjadi ketika terjadi perubahan konsistensi feses dari frekuensi buang air besar. Seseorang dikatakan menderita diare bila feses lebih berair dari biasanya, atau bila buang air besar tiga kali atau lebih, atau buang air besar yang berair tapi tidak berdarah dalam waktu 24 jam.

Penyakit diare sampai kini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat, walaupun secara umum angka kesakitan masih berfluktuasi, dan kematian diare yang dilaporkan oleh sarana pelayanan dan kader kesehatan mengalami penurunan namun penyakit diare ini masih sering menimbulkan KLB yang cukup banyak bahkan menimbulkan kematian.

Hasil Riskesdas 2013 mengumpulkan informasi insiden diare agar bisa dimanfaatkan program, dan period prevalens diare agar bisa dibandingkan dengan Riskesdas 2007. *Period prevalen* diare pada Riskesdas 2013 (5,2%) lebih kecil dari Riskesdas 2007 (7,9%). Penurunan *period prevalen* dimungkinkan juga karena waktu pengambilan sampel yang tidak sama antara 2007 dan 2013. Insiden diare yang didiagnosis untuk semua kelompok umur di Sulawesi Selatan adalah 2,8 persen. Pemetaan angka kesakitan diare di Sulawesi Selatan pada tahun 2013 dapat dilihat pada gambar III.B.1.

GAMBA R III.B.1
PEMETAAN JUMLAH PENDERITA DIARE
MENURUT KABUPATEN/ KOTA DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014

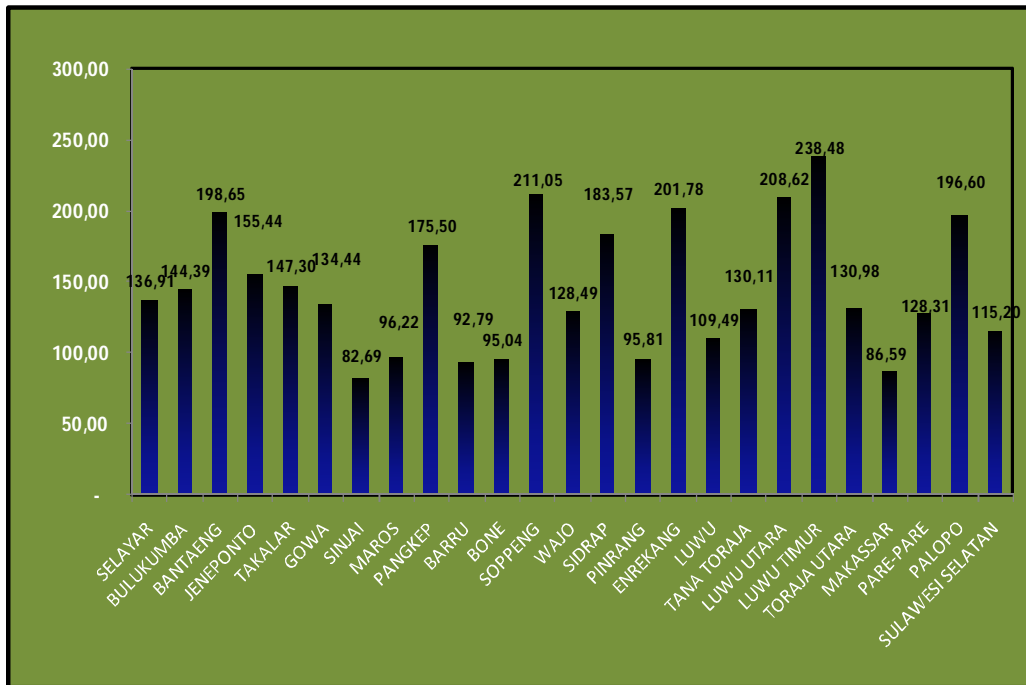


Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten / Kota 2014

Gambar III.B.1 menunjukkan bahwa Kabupaten / Kota dengan angka kesakitan diare tertinggi (13.689-28.908) yaitu Kabupaten Makassar, Gowa, Bulukumba, Takalar, Pangkep, dan Luwu Utara, sedangkan terendah (2,679-6.398) yaitu Kabupaten Selayar, Sinjai, Maros, Barru, Luwu, Tana Toraja, dan Kota Parepare.

Tindakan dalam pencegahan diare ini antara lain dengan perbaikan keadaan lingkungan, seperti penyediaan sumber air minum yang bersih, penggunaan jamban, pembuangan sampah pada tempatnya, sanitasi perumahan dan penyediaan tempat pembuangan air limbah yang layak. Perbaikan perilaku ibu terhadap balita seperti pemberian ASI sampai anak berumur 2 tahun, perbaikan cara menyapih, kebiasaan mencuci tangan sebelum dan sesudah beraktivitas, membuang tinja anak pada tempat yang tepat, memberikan imunisasi morbilitas. Masyarakat dapat terhindar dari penyakit asalkan pengetahuan tentang kesehatan dapat ditingkatkan, sehingga perilaku dan keadaan lingkungan sosialnya menjadi sehat. Bila dikelompokkan ke dalam kelompok umur maka jumlah kasus yang tertinggi berada pada kelompok umur < 5 tahun sebanyak 93.560 kasus.

GAMBAR.III.B.2
 PERSENTASE KASUS DIARE DITANGANI PER KABUPATEN / KOTA
 DISULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Profil Dinkes Kabupaten / Kota tahun 2014

Tahun 2014 perkiraan diare sebanyak 180.570 kasus, adapun diare yang ditangani sebanyak 240.381 kasus (133,12%). Dengan kejadian terbesar di Kota Makassar dengan jumlah yang ditangani dilaporkan sebanyak 26.485 kasus dari seluruh jumlah penduduk sebanyak 1.429.242 jiwa.

2) Penyakit Typhus

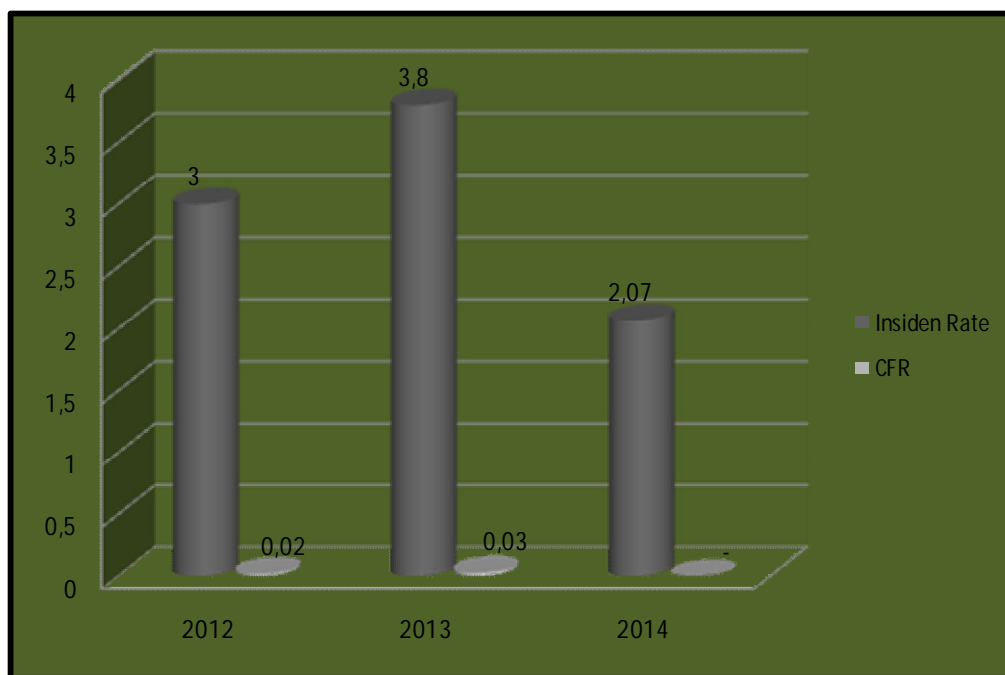
Penyakit Typhus atau Demam Tiphoid (*bahasa Inggris: Typhoid fever*) yang biasa juga disebut typhus atau tipes dalam bahasa Indonesianya, merupakan penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella enterica*, khususnya turunannya yaitu *Salmonella typhi* terutama menyerang bagian saluran pencernaan. Demam tiphoid adalah penyakit infeksi akut yang selalu ada di masyarakat (endemik) di Indonesia, mulai dari usia balita, anak-anak dan dewasa, bahkan lanjut usia.

Typhus termasuk infeksi sistemik dengan gejala yang khas yaitu demam. Adapun demam yang dialami oleh pasien yang menderita penyakit ini umumnya memiliki pola khusus dengan suhu yang meningkat (sangat tinggi) naik-turun. hal ini terjadi pada sore dan malam hari sedangkan di pagi hari hampir tidak terjadi demam. hal inilah yang biasanya tidak disadari oleh si penderita maupun keluarga si penderita.

Penyakit typhus berdasarkan Riskesdas tahun 2007 secara nasional di Sulawesi Selatan, tersebar di semua umur dan cenderung lebih tinggi pada umur dewasa. Prevalensi klinis banyak ditemukan pada kelompok umur sekolah yaitu 1,9%, terendah pada bayi yaitu 0,8%.

Gambar III.B.3 Menunjukkan situasi penyakit Typhus (demam typhoid) di Provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2014 suspek penyakit typhus tercatat sebanyak 23.271 yaitu laki-laki sebanyak 11.723 dan perempuan sebanyak 11.548 sedangkan penderita demam typhoid sebanyak 16.743 penderita yaitu laki-laki sebanyak 7.925 dan perempuan sebanyak 8.818 penderita dengan insiden rate (2,07) dan (CFR=0,00%), dengan kasus yang tertinggi yaitu di Kabupaten Bulukumba (3.270 kasus), Kota Makassar (2.325 kasus) Kabupaten Enrekang (1.153 kasus) dan terendah di Kabupaten Toraja Utara (0 kasus), Kabupaten Luwu (1 kasus) dan Kabupaten Tana Toraja (19 kasus).

GAMBAR III.B.3
SITUASI INSIDENCE RATE (IR) CASE FATALITY RATE (CFR) KASUS TIFOID
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2012 - 2014



Sumber : Bidang P2PL Dinkes Prov. Sulsel Tahun 2014

3) Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)

ISPA merupakan singkatan dari infeksi saluran pernafasan akut, istilah ini diadaptasi dari istilah dalam bahasa Inggris *Acute Respiratory Infections (ARI)*. Istilah ISPA meliputi tiga unsur yakni infeksi, saluran pernafasan dan akut, dengan pengertian sebagai berikut:

- Infeksi adalah masuknya kuman atau mikroorganisme ke dalam tubuh manusia dan berkembang biak sehingga menimbulkan gejala penyakit.
- Saluran pernafasan adalah organ mulai dari hidung hingga alveoli beserta organ adneksanya seperti sinus-sinus, rongga telinga tengah dan pleura. ISPA secara anatomis mencakup saluran pernafasan bagian atas, saluran pernafasan bagian bawah (termasuk jaringan paru-paru) dan

organ adneksa saluran pernafasan. Dengan batasan ini, jaringan paru termasuk dalam saluran pernafasan (respiratory tract)

- Infeksi akut adalah infeksi yang berlangsung sampai dengan 14 hari. Batas 14 hari diambil untuk menunjukkan proses akut meskipun untuk beberapa penyakit yang dapat digolongkan dalam ISPA proses ini dapat berlangsung lebih dari 14 hari.
- Infeksi saluran pernafasan akut disebabkan oleh virus atau bakteri. Penyakit ini diawali
- dengan panas disertai salah satu atau lebih gejala: tenggorokan sakit atau nyeri telan, pilek,
- batuk kering atau berdahak *Period prevalence* ISPA dihitung dalam kurun waktu 1 bulan terakhir.

Dari hasil Riskesdas tahun 2007 prevalensi ISPA di Sulawesi Selatan tahun 2007 yaitu 22,9% dengan tertinggi di Kab.Tana Toraja (45,8%) dan terendah di Kab. Maros (9,6%), dari 23 Kabupaten / Kota ada 10 Kabupaten / Kota yang melebihi angka provinsi. Penyakit ISPA tertinggi pada balita dan terendah pada kelompok umur 15-24 tahun, menurut jenis kelamin tertinggi pada laki-laki, dan berada di pedesaan.

Period prevalence dan prevalensi ISPA berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013 *Period prevalence* ISPA dihitung dalam kurun waktu 1 bulan terakhir. Lima Kabupaten / Kota dengan ISPA tertinggi adalah Tana Toraja (41,1%), Toraja Utara (38,2%), Bantaeng (38,0%), Jeneponto (37,9%), dan Luwu (36,1%).

Sedangkan Period prevalence dan prevalensi berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013 sebesar 2,8 persen dan 6,8 persen. Lima Kabupaten / Kota yang mempunyai *period prevalence* dan prevalensi pneumonia tertinggi untuk semua umur adalah Bantaeng (8,1% dan 17,0%), Tana Toraja (6,0% dan 14,9%), Luwu (5,3% dan 10,8%), Toraja Utara (4,2% dan 11,4%), dan Makassar (3,8% dan 8,4%). *Period Prevalence* pneumonia tahun 2007 dan 2013 di Sulawesi Selatan masing-masing 2,9 dan 2,0 persen. Penurunan tajam terjadi di Kabupaten Tana Toraja sebelum pemekaran dan Kabupaten Toraja Utara dan Tana Toraja setelah pemekaran, yaitu dari 14,2 % menjadi 6,0 % dan 4,2 %.

Pada tahun 2014 perkiraan penderita pneumonia sebesar 82.262 orang dan jumlah balita penderita pneumonia yang ditemukan dan ditangani sebanyak 14.265 (17,34%). Data rincian pada lampiran Tabel 10.

Pola 10 penyakit terbanyak di Rumah Sakit umum maupun data survei (SDKI, Surkesnas) menunjukkan tingginya kasus ISPA. Prevalensi ISPA dalam beberapa tahun menurut hasil SDKI dapat dilihat pada tabel berikut ini III.B.1

TABEL III.B.1
INFEKSI SALURAN PERNAFASAN AKUT MENURUT KELOMPOK UMUR
DENGAN PREVALENSI TERTINGGI DI INDONESIA SELAMA
TAHUN 1991, 1994, 1997, 2002-2003 & 2007

Tahun	Prevalensi	Kelompok Umur dengan Prevalensi Tertinggi
1991	9,8%	12 – 23 bulan
1994	10%	6 – 35 bulan
1997	9%	6 – 11 bulan
2002-2003	8%	6 – 23 bulan
2007	11%	12 – 23 bulan
2013	39,0%	36-47 bulan

Sumber: Hasil SDKI Tahun 1991, 1994, 1997, 2002-2003& 2007

4) HIV/AIDS dan Penyakit Menular Melalui Hubungan Seksual (PMS)

HIV adalah singkatan dari *Human Immunodeficiency Virus* yang dapat menyebabkan AIDS dengan cara menyerang sel darah putih yang bernama sel CD4 sehingga dapat merusak sistem kekebalan tubuh manusia yang pada akhirnya tidak dapat bertahan dari gangguan penyakit walaupun yang sangat ringan sekalipun. Virus HIV menyerang sel CD4 dan merubahnya menjadi tempat berkembang biak Virus HIV baru kemudian merusaknya sehingga tidak dapat digunakan lagi. Sel darah putih sangat diperlukan untuk sistem kekebalan tubuh. Tanpa kekebalan, tubuh dapat diserang berbagai macam penyakit yang pada akhirnya dapat menyebabkan kematian. Sebelum memasuki fase AIDS, penderita terlebih dulu dinyatakan sebagai HIV positif. Jumlah HIV positif yang ada di masyarakat dapat diketahui melalui 3 metode, yaitu pada layanan *Voluntary, Counseling, and Testing (VCT)*, *sero survey*, dan Survei Terpadu Biologi dan Perilaku (STBP).

AIDS adalah singkatan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome* yang merupakan dampak atau efek dari perkembangbiakan virus HIV dalam tubuh makhluk hidup. Virus HIV membutuhkan waktu untuk menyebabkan sindrom AIDS yang mematikan dan sangat berbahaya. Penyakit AIDS disebabkan oleh melemah atau menghilangnya sistem kekebalan tubuh yang tadinya dimiliki karena sel CD4 pada sel darah putih banyak dirusak oleh Virus HIV. Ketika seseorang terkena Virus HIV, tidak langsung terkena AIDS. Untuk menjadi AIDS dibutuhkan waktu yang lama, yaitu beberapa tahun untuk dapat menjadi AIDS yang mematikan. Seseorang dapat menjadi HIV positif. Saat ini belum ada obat, serum maupun vaksin yang dapat menyembuhkan manusia dari Virus HIV penyebab penyakit AIDS.

Saat ini Indonesia telah digolongkan sebagai negara dengan tingkat

epidemi yang terkonsentrasi (*concentrated level epidemic*), yaitu adanya prevalensi lebih dari 5% pada sub populasi tertentu misalnya pada kelompok penjaja seks dan pada para penyalahguna NAPZA. Tingkat epidemi ini menunjukkan tingkat perilaku beresiko yang cukup aktif menularkan di dalam suatu sub populasi tertentu. Selanjutnya perjalanan epidemi akan ditentukan oleh jumlah dan sifat hubungan antara kelompok beresiko tinggi dengan populasi umum.

Penyakit yang kemunculannya seperti fenomena gunung es (*iceberg phenomena*), yaitu jumlah penderita yang dilaporkan jauh lebih kecil daripada jumlah penderita yang sebenarnya, telah menyebar di sebagian besar provinsi di Indonesia. Hal ini berarti bahwa jumlah pengidap infeksi HIV/AIDS yang sebenarnya di Indonesia masih sangat sulit diukur dan belum diketahui secara pasti. Diperkirakan jumlah orang dengan HIV di Indonesia pada akhir tahun 2003 mencapai 90.000–130.000 orang.

Hasil SDKI 2007 menunjukkan bahwa terdapat 61% wanita pernah kawin dan 71% pria kawin pernah mendengar tentang AIDS. Angka ini serupa dengan yang tercatat di SDKI 2002-2003 (59% pada wanita dan 73% pada pria). Wanita dengan umur 20-39 tahun, wanita berstatus kawin, wanita yang tinggal di perKotaan dan wanita berpendidikan lebih tinggi lebih banyak mendengar tentang AIDS dibanding wanita lainnya. Tingkat pengetahuan pada pria kawin mengikuti pola yang sama seperti pada wanita, dengan tingkat pengetahuan lebih tinggi pada pria perKotaan dan pria berpendidikan lebih tinggi. Meskipun banyak wanita dan pria Indonesia mempunyai pengetahuan dasar tentang AIDS, namun tingkat pengetahuan tentang cara mengurangi resiko terinfeksi pada umumnya rendah.

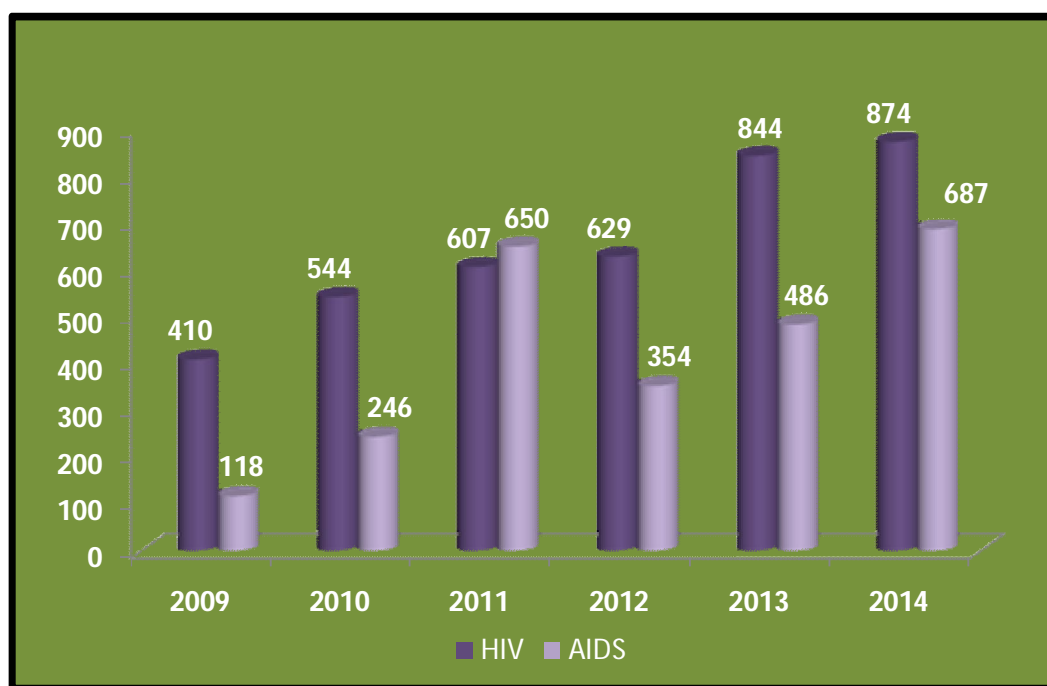
Hal ini ditunjukkan dengan adanya 42% wanita dan 52% pria mengetahui bahwa membatasi seks hanya dengan satu partner yang tidak terinfeksi sebagai cara mengurangi resiko penularan, 37% wanita dan 43% pria setuju bahwa tidak berhubungan seks akan mengurangi kemungkinan terinfeksi dan 35% wanita dan 49% pria mengatakan penggunaan kondom secara teratur akan mengurangi kemungkinan terinfeksi. Selanjutnya, pengetahuan tentang Konseling Sukarela (*Voluntary Counseling and Testing/VCT*) menunjukkan hanya 8% wanita pernah kawin dilaporkan pernah mendengar tentang adanya konseling sukarela. Pengetahuan wanita umur 15-19 tahun sangat rendah tentang konseling sukarela yakni sebesar 3%, sedangkan wanita umur 20-39 tahun, wanita perKotaan, dan wanita lulus SMP, lebih banyak mendengar tentang konseling sukarela. Pengetahuan tentang konseling sukarela lebih rendah pada wanita yang mempunyai anak lebih banyak, wanita tanpa anak adalah yang paling banyak mendengar tentang konseling sukarela dibanding wanita dengan anak lainnya. Sementara itu, hanya 7% pria kawin melaporkan pernah mendengar tentang VCT. Pria berumur 30-34 tahun, tinggal di perKotaan, dan berpendidikan tamat SLTP ke atas sepertinya lebih banyak yang pernah mendengar tentang VCT daripada wanita. Pengetahuan tentang VCT menurun seiring dengan banyaknya jumlah anak; pria tanpa anak lebih banyak mengetahui VCT dibandingkan pria yang memiliki anak. Persentase wanita pernah kawin dan pria kawin yang mengetahui tempat pelayanan VCT dari Rumah Sakit pemerintah cukup tinggi, lebih dari 60%.

Hasil SDKI 2007 di Sulawesi Selatan terdapat 48% wanita dan 57,1% pria yang pernah mendengar tentang AIDS. Tingkat pengetahuan tentang cara mengurangi resiko terinfeksi pada umumnya rendah. Hal ini ditunjukkan dengan adanya 32% wanita dan 42,7% pria mengetahui bahwa membatasi seks hanya dengan satu partner yang tidak terinfeksi sebagai cara mengurangi resiko penularan, 28,4% wanita dan 43,3% setuju bahwa tidak berhubungan seks akan mengurangi kemungkinan terinfeksi dan 27,5% wanita dan 40,5% pria mengatakan penggunaan kondom secara teratur akan mengurangi kemungkinan terinfeksi. Selanjutnya, pengetahuan tentang Konseling Sukarela (*Voluntary Counseling and Testing/VCT*) menunjukkan hanya 6% wanita pernah kawin dilaporkan pernah mendengar tentang adanya konseling sukarela. Persentase wanita pernah kawin yang mengetahui tempat pelayanan VCT dari Rumah Sakit pemerintah cukup tinggi yakni sebesar 78%.

Berdasarkan hasil Riskesdas 2010 di Provinsi Sulawesi Selatan prevalensi penduduk umur 15-24 yang pernah mendengar informasi tentang HIV/AIDS adalah 71,8% laki-laki dan 72,5% perempuan, sedangkan prevalensi penduduk dengan kelompok umur yang sama yang mempunyai pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS adalah 16,5% laki-laki dan 16,4% perempuan.

Pada tahun 2013 penderita baru HIV sebanyak 844 kasus dan penderita baru AIDS sebanyak 486 orang, dan adapun persentase donor darah diskriminasi terhadap HIV dan AIDS di UTD (Unit Transfusi Darah Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan) yaitu jumlah pendonor 16.623 orang yang positif HIV yaitu laki-laki 21 orang dan Perempuan 4 orang. Meningkatnya kasus HIV /AIDS dari tahun ke tahun disebabkan faktor-faktor seperti meningkatnya industri yang berkaitan dengan seks seperti semakin banyaknya THM yang berkedok karaoke dan menjamurnya panti-panti pijat, juga mobilitas penduduk yang tinggi termasuk nelayan dari negara tetangga, meningkatnya angka kemiskinan dan pengangguran, meningkatnya pengguna NAPZA suntik yang akan lebih mempercepat epidemi lebih lanjut, dan akan menulari ibu-ibu rumah tangga, bayi-bayi, remaja putra/putri.

GAMBAR III.B.4
JUMLAH KASUS HIV/AIDS
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2008-2014



Sumber : Bidang P2PL Dinkes Prov.Sulsel Tahun 2014

Pada tahun 2014 penderita baru HIV sebanyak 874 kasus dan penderita baru AIDS sebanyak 687 orang dengan jumlah kematian sebanyak 425 orang. Jika dilihat dari tahun 2009-2014, kasus HIV/AIDS menunjukkan mengalami peningkatan, secara rinci dapat dilihat pada gambar III.B.4.

5) Penyakit TB Paru

Tuberkulosis atau TBC adalah penyakit yang mudah sekali penularannya. Seperti halnya penyakit flu biasa, dalam penyebarannya TBC juga melalui udara. Penyakit tuberkulosis sangat mematikan apabila tidak segera dilakukan penanganan. Di Indonesia, penanganan sejak dini sudah dilakukan dengan memberikan paket imunisasi BCG pada balita.

Penyakit TB Paru menurut *Millenium Development Goals* (MDGs) sebagai suatu penyakit yang menjadi target untuk diturunkan, selain malaria dan HIV & AIDS. Pada level nasional, berbagai upaya telah dilakukan untuk mengendalikan penyakit ini, di antaranya melalui program *Directly Observed Treatment Shortcourse Chemotherapy* (DOTS).

Angka kesakitan penyakit TB Paru yang terbaru belum diketahui secara pasti, karena belum pernah dilakukan penelitian yang berskala nasional. Dari hasil survei prevalensi di 15 provinsi yang dilaksanakan pada tahun 1979-1982 diperoleh gambaran angka kesakitan antara 200 - 400 penderita per 100.000 penduduk.

Menurut Surkesnas 2001, TB Paru termasuk urutan ke-3 penyebab

kematian secara umum. Sedangkan menurut laporan Rumah Sakit, selama tahun 2002 dan 2003 penyakit TB Paru termasuk 10 besar penyakit dari penderita yang dirawat di RS sekaligus merupakan 10 besar penyebab kematian pasien rawat inap di Rumah Sakit.

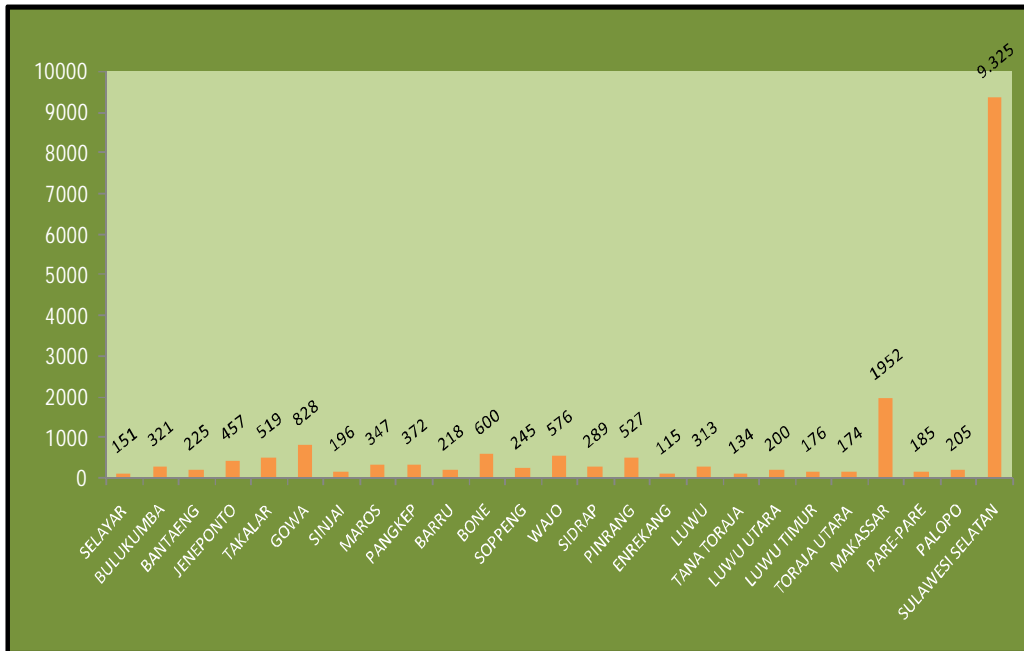
Data WHO Global Report yang dicantumkan pada laporan triwulan Sub Direktorat Penyakit TB dari Direktorat Jenderal P2&PL tahun 2010 menyebutkan estimasi kasus baru TB di Indonesia tahun 2006 adalah 275 kasus/100.000 penduduk/tahun (0,275%) dan pada tahun 2010 turun menjadi 244 kasus/100.000 penduduk/tahun (0,244%).

Data prevalensi Nasional hasil Survey Prevalensi TB pada tahun 2004 menunjukkan angka prevalensi nasional TB berdasarkan pemeriksaan mikroskopis BTA suspek adalah sebesar 104 kasus/100.000 penduduk (0,104%), dan Angka prevalensi nasional TB hasil Riskesdas 2010 sebesar (0,7%).

Dari hasil Laporan Riskesdas tahun 2007 TB paru klinis dengan prevalensi 1,03% Enam dari 23 Kabupaten / Kota di atas angka provinsi dan tertinggi di Kab. Tana Toraja (6,8%). Prevalensi TB paru cenderung meningkat sesuai bertambahnya umur, tertinggi pada umur 65 tahun. Menurut jenis kelamin, tertinggi pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan, hampir tiga kali lebih tinggi di pedesaan dibandingkan dengan perkotaan dan lima kali lebih tinggi tingkat pendidikan rendah daripada pendidikan tinggi sedangkan hasil Riskesdas 2010 yaitu prevalensi TB Paru yaitu 0,24% dan adapun proporsi kasus TB yang di obat OAT program DOTS yaitu 83,2% dan Non DOTS yaitu 26,8%. Sedangkan hasil laporan Riskesdas tahun 2010 di Sulawesi Selatan period prevalence (D) yaitu 0,6 %, period prevalence suspek TB (G) yaitu 5,2%.

Gambar III.B.5 menunjukkan jumlah penderita TB Paru perKabupaten / Kota tahun 2014 jumlah kasus TB 7.648 laki-laki dan 5.198 perempuan. Jumlah BTA+ sebesar 9.325 orang yaitu 5.587 laki-laki dan 3.738 perempuan, dengan kesembuhan 7.169 (80,22%). Adapun perkiraan kasus sebesar 77.711 orang, jumlah TB anak 0-14 tahun sebesar 407 orang (3,17%), pengobatan lengkap sebesar 539 orang (6,03%), angka kesuksesan 86,25% dengan jumlah kematian selama pengobatan sebesar 349 orang (4,14 per 100.000 pddk).

GAMBAR III.B.5
JUMLAH PENDERITA TB PARU PER KABUPATEN.KOTA
DISULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Bidang P2PL Dinkes Prov.Sulsel Tahun 2014

6) Penyakit Kusta

Penyakit Kusta disebut juga sebagai penyakit Lepra atau penyakit Hansen disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae*. Bakteri ini mengalami proses pembelahan cukup lama antara 2–3 minggu. Daya tahan hidup kuman kusta mencapai 9 hari di luar tubuh manusia. Kuman kusta memiliki masa inkubasi 2–5 tahun bahkan juga dapat memakan waktu lebih dari 5 tahun. Penatalaksanaan kasus yang buruk dapat menyebabkan kusta menjadi progresif, menyebabkan kerusakan permanen pada kulit, saraf, anggota gerak, dan mata.

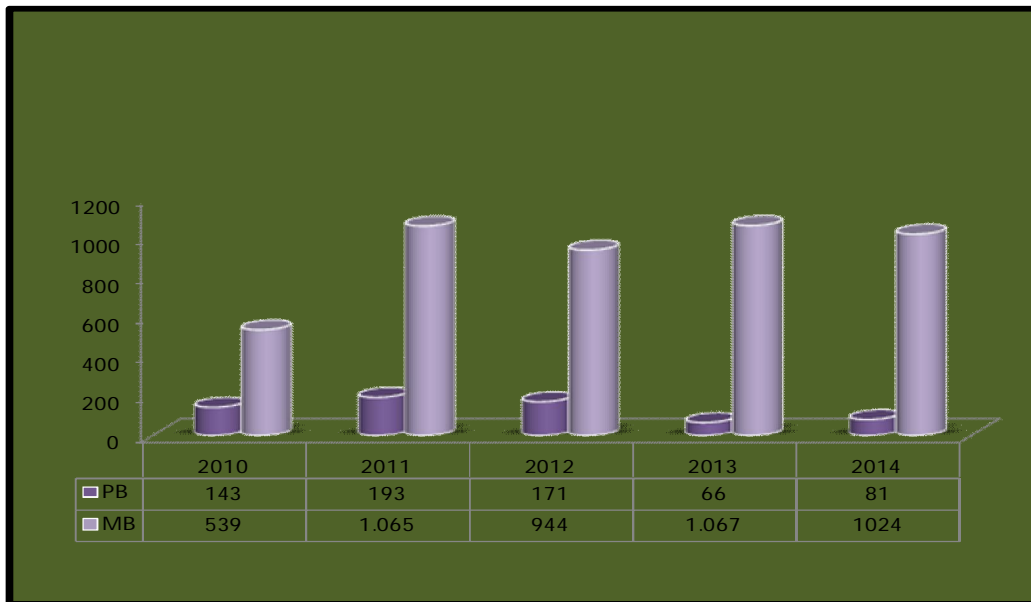
Faktor-faktor yang berperan dalam kejadian dan penyebaran kusta antara lain iklim (cuaca panas dan lembab), diet, status gizi, status sosial ekonomi dan riwayat keluarga. Meskipun belum diketahui pasti cara masuk *Mycobacterium leprae* ke dalam tubuh manusia beberapa penelitian telah memperlihatkan bahwa bakteri tersebut seringkali melalui kulit yang lecet pada bagian tubuh yang bersuhu dingin dan pada mukosa nasal. Pengaruh *Mycobacterium leprae* terhadap kulit bergantung pada faktor imunitas seseorang, pengaruh kemampuan hidup *Mycobacterium leprae* pada suhu tubuh yang rendah, waktu regenerasi yang lama dan nontoksik.

Strategi Global WHO menetapkan indikator eliminasi kusta yaitu angka penemuan penderita (NCDR) yang menggantikan indikator utama sebelumnya yaitu angka penemuan penderita terdaftar (prevalensi rate < 1/10.000

penduduk). Masalah ini diperberat dengan masih tingginya stigma di kalangan masyarakat dan sebagian petugas. Akibat dari kondisi ini, sebagian besar penderita dan mantan penderita kusta dikucilkan sehingga tidak mendapatkan akses pelayanan kesehatan serta pekerjaan yang berakibat pada meningkatnya angka kemiskinan.

Untuk Sulawesi Selatan, situasi penderita kusta hampir sama dengan pola nasional, dimana jumlah penderita dan prevalensi rate per 10.000 penduduk mengalami penurunan yang tidak signifikan dari tahun ke tahun. Jumlah penderita kusta yang terdaftar di Sulawesi Selatan. Untuk tahun 2014 kasus baru kusta sebanyak 1.059 orang, 602 laki-laki dan 457 perempuan. Penderita baru kusta Pausi Basiler (PB) sebanyak 153 orang, 71 laki-laki dan 82 perempuan. Penderita baru kusta Multi Basiler (MB) sebanyak 906 orang, 531 laki-laki dan 375 perempuan. Penderita kusta yang selesai berobat kusta Pausi Basiler (PB) sebanyak 1065 (84,66%) dengan RFT PB sebanyak 131 kasus (97,76%) dan Penderita baru kusta Multi Basiler (MB) sebanyak 932 orang dengan penderita RFT MB 837 kasus (89,81%) .

GAMBAR III.B.6
KONDISI KASUS KUSTA DI SULAWESI SELATAN
TAHUN 2009 -2014



Sumber : Bidang P2PL Dinkes Prov.Sulsel Tahun 2014

b. Penyakit Menular yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I)

Kementerian Kesehatan melaksanakan Program Pengembangan Imunisasi (PPI) pada anak dalam upaya menurunkan kejadian penyakit pada anak. Program imunisasi untuk penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) pada anak yang dicakup dalam PPI adalah satu kali imunisasi BCG, tiga kali imunisasi DPT-HB, empat kali imunisasi polio, dan satu kali imunisasi campak.

PD3I merupakan penyakit yang diharapkan dapat diberantas/ditekan

dengan pelaksanaan program imunisasi. PD3I yang dibahas dalam bab ini mencakup penyakit Tetanus Neonatorum, Campak, Difteri, Pertusis dan Hepatitis B. Jumlah kasus PD3I yang dikumpulkan dari Profil Kesehatan Kabupaten / Kota Tahun 2014 dapat dilihat pada lampiran Tabel 21.

1) Tetanus Neonatorum

Tetanus neonatorum merupakan suatu penyakit akut yang dapat berakibat fatal namun dapat dicegah, yang disebabkan oleh produksi eksotoksin dari kuman *Clostridium tetani* gram positif, dimana kuman ini mengeluarkan toksin yang dapat menyerang sistem syaraf pusat. Masa inkubasi kuman 3-28 hari, namun biasanya 6 hari, dimana kematian 100% terjadi terutama pada masa inkubasi <7 hari.

Menurut Profil Indonesia tahun 2013, dilaporkan terdapat 78 kasus Tetanus Neonatorum dengan jumlah meninggal 42 kasus. Dengan demikian, *Case Fatality Rate* (CFR) Tetanus Neonatorum pada tahun 2013 sebesar 53,8%, meningkat dibandingkan tahun 2012 yang sebesar 49,6%. Kasus yang meninggal tersebut dilaporkan dari 11 provinsi.

Pada tahun 2013 jumlah kasus Tetanus Neonatorum ada tiga, satu laki-laki dan dua perempuan dengan jumlah meninggal dua orang, sehingga *Case Fatality Rate* sebesar 50,00%, terjadi di Kabupaten Kabupaten Bulukumba dan untuk tahun 2014 tidak ditemukan kasus Tetanus Neonatorum sehingga *Case Fatality Rate* sebesar 0,00%.

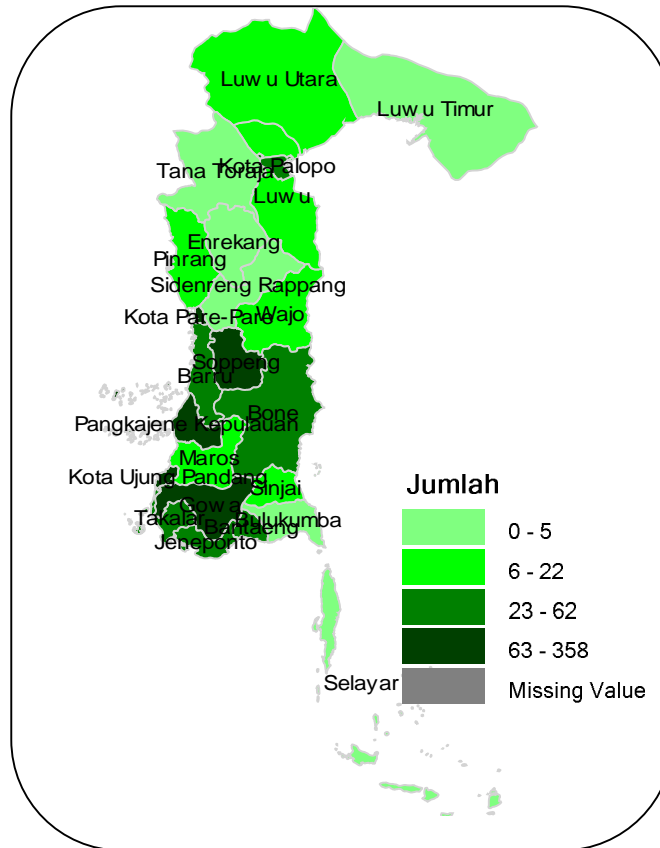
2) Campak

Penyakit Campak (Rubeola, Campak 9 hari, measles) adalah suatu infeksi virus yang sangat menular, yang ditandai dengan demam, batuk, konjungtivitis (peradangan selaput ikat mata/konjungtiva) dan ruam kulit. Penyakit ini disebabkan karena infeksi virus campak golongan *paramyxovirus*. Penularan infeksi terjadi karena menghirup percikan ludah penderita campak. Penderita bisa menularkan infeksi ini dalam waktu 2-4 hari sebelum timbulnya ruam kulit dan 4 hari setelah ruam kulit ada. Penyakit campak merupakan penyakit yang dapat dicegah melalui imunisasi. Campak merupakan penyakit menular yang sering menyebabkan kejadian luar biasa (KLB).

Menurut hasil Riskesdas tahun 2007 di Sulawesi Selatan. prevalensi campak klinis sebesar 1,32%, tertinggi di Kabupaten Tana Toraja (7,1%) dan terendah di beberapa Kabupaten dengan prevalensi 0,1%. Enam di antara 23 Kabupaten mempunyai prevalensi lebih tinggi dari angka provinsi, antara lain Tator (7,1%), Luwu Utara (2,8%), Luwu (2,5%), Bantaeng (2,2%), Gowa (1,8%), dan Luwu Timur (1,5%). Dari keempat jenis infeksi di atas, hanya ISPA yang angka prevalensinya lebih rendah dari angka nasional.

Hasil Riskesdas 2010 cakupan imunisasi campak anak umur 12-23 secara nasional sebesar 74,5, menurun di dibandingkan pada tahun 2007 (75,4%), sedangkan Sulawesi Selatan sebesar 76,5% lebih besar dari pencapaian nasional.

GAMBAR III.B.7
PEMETAAN JUMLAH KASUS CAMPAK
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten / Kota Tahun 2014

Sedangkan untuk tahun 2014 jumlah penderita campak sebesar 978 orang ada 4 Kabupaten / Kota yang tertinggi yaitu Kota Makassar 358 orang, Kabupaten Gowa 81 orang, Kabupaten Pangkep 81 orang dan Kota Parepare 69 orang. Dan terdapat 3 Kabupaten / Kota yang tidak ada kasus yaitu Kabupaten Selayar, Kabupaten Tana Toraja dan dan Kabupaten Toraja Utara. Menurut Kabupaten / Kota secara rinci dapat dilihat pada table 20.

3) Difteri

Penyakit Difteri adalah penyakit infeksi akut pada saluran pernafasan bagian atas. Penyakit ini dominan menyerang anak-anak, biasanya bagian tubuh yang diserang adalah tonsil, faring hingga laring yang merupakan saluran pernafasan bagian atas.

Penyakit difteri termasuk penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Corynebacterium diphtheria*. Bakteri tersebut bersarang dan berkembang biak dalam tenggorokan dengan toksin yang sangat kuat. Penularannya bisa terjadi melalui udara atau cipratan sewaktu penderita batuk atau bersin. Toksin dari bakteri itu dapat merusak saluran pernafasan dan masuk ke dalam aliran darah

hingga bisa menyebabkan kelainan pada organ tubuh yang penting, misalnya jantung. Penyakit tersebut terutama menyerang anak-anak usia balita, padahal difteri bisa ditangkal dengan imunisasi DPT.

Difteri termasuk penyakit menular yang jumlah kasusnya relatif rendah. Rendahnya kasus Difteri sangat dipengaruhi adanya program imunisasi. Namun KLB Difteri masih sering terjadi dan CFR-nya tinggi. Secara nasional, pada tahun 2003 terjadi 54 KLB dengan jumlah kasus sebanyak 86 dan CFR sebesar 23%.

Menurut profil Kabupaten / Kota tahun 2014 terdapat 7 kasus difteri yaitu laki-laki 3 kasus dan perempuan 4 kasus dengan kasus kematian tidak ada berarti Case fatality Rate sebesar 0,00%. Dan hanya terjadi di 3 Kabupaten / Kota yaitu Kota Makassar 5 kasus, Kabupaten Bone dan Kabupaten Gowa masing-masing terdapat 1 kasus, Menurut Kabupaten / Kota secara rinci dapat dilihat pada table 20.

4) Polio dan AFP (*Acute Flaccid Paralysis* / Lumpuh Layu Akut)

Polio disebabkan oleh infeksi virus yang menyerang sistem syaraf sehingga penderita mengalami kelumpuhan. Penyakit yang pada umumnya menyerang anak berusia 0-3 tahun ini ditandai dengan munculnya demam, lelah, sakit kepala, mual, kaku di leher, serta sakit di tungkai dan lengan. AFP merupakan kelumpuhan yang sifatnya *flaccid* yang bersifat lunglai, lemas atau layuh (bukan kaku), atau terjadi penurunan kekuatan otot, dan terjadi secara akut (mendadak). Sedangkan *Non Polio AFP* adalah kasus lumpuh layu akut yang diduga kasus Polio sampai dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium bukan kasus Polio. Kementerian Kesehatan menetapkan *non polio AFP Rate* minimal 2/100.000 populasi anak usia < 15 tahun. Pada tahun 2013, secara nasional *non polio AFP Rate* sebesar 2.74/100.000 populasi anak < 15 tahun yang berarti telah mencapai standar minimal penemuan.

Setiap kasus AFP yang ditemukan dalam kegiatan intensifikasi surveilans, akan dilakukan pemeriksaan spesimen tinja untuk mengetahui ada tidaknya virus polio liar. Untuk itu diperlukan spesimen adekuat yang sesuai dengan persyaratan yaitu diambil ≤ 14 hari setelah kelumpuhan dan suhu spesimen 0°C - 8°C sampai di laboratorium. Berdasarkan hasil pengumpulan data kasus AFP non Polio tahun 2014 sebanyak 53 kasus dengan *non polio AFP Rate* sebesar 2.59/100.000 populasi anak < 15 tahun.

5) Hepatitis

Istilah "Hepatitis" dipakai untuk semua jenis peradangan pada hati (liver). Penyebabnya dapat berbagai macam, mulai dari virus sampai dengan obat-obatan, termasuk obat tradisional. Hepatitis adalah penyakit infeksi hati yang disebabkan oleh virus Hepatitis A, B, C, D atau E. Hepatitis dapat menimbulkan gejala demam, lesu, hilang nafsu makan, mual, nyeri pada perut kanan atas, disertai uri warna coklat yang kemudian diikuti dengan ikterus (warna kuning pada kulit dan/sklera mata karena tingginya bilirubin dalam darah). Hepatitis dapat pula terjadi tanpa menunjukkan gejala (asimtomatis).

Secara nasional, jumlah kasus Hepatitis pada tahun 2003 sebanyak

29.597 kasus dengan angka insiden 1,4 per 10.000 penduduk. Pada periode tahun 2000–2003 angka insiden ini berfluktuasi, namun pada tahun 2003 terjadi sedikit peningkatan.

Prevalensi hepatitis 2013 adalah 2,5%, tiga kali lebih tinggi dibandingkan 2007 Lima Kabupaten / Kota dengan prevalensi hepatitis tertinggi adalah Kabupaten Selayar (5,9%), Kabupaten Sinjai(5,5%), Kabupaten Wajo (5,2%), Kabupaten Tana Toraja (4,9%) dan Kabupaten Toraja Utara (4,6%) Bila dibandingkan dengan Riskesdas 2007, Kabupaten Tana Toraja dan Kabupaten Toraja Utara masih merupakan provinsi dengan prevalensi hepatitis tertinggi. Berdasarkan kuintil indeks kepemilikan, kelompok terbawah menempati prevalensi hepatitis tertinggi dibandingkan dengan kelompok lainnya. Prevalensi semakin meningkat pada penduduk berusia di atas 5 tahun. Jenis hepatitis yang banyak menginfeksi penduduk Sulawesi Selatan adalah hepatitis A (17,8 %) dan hepatitis B (15,1 %).

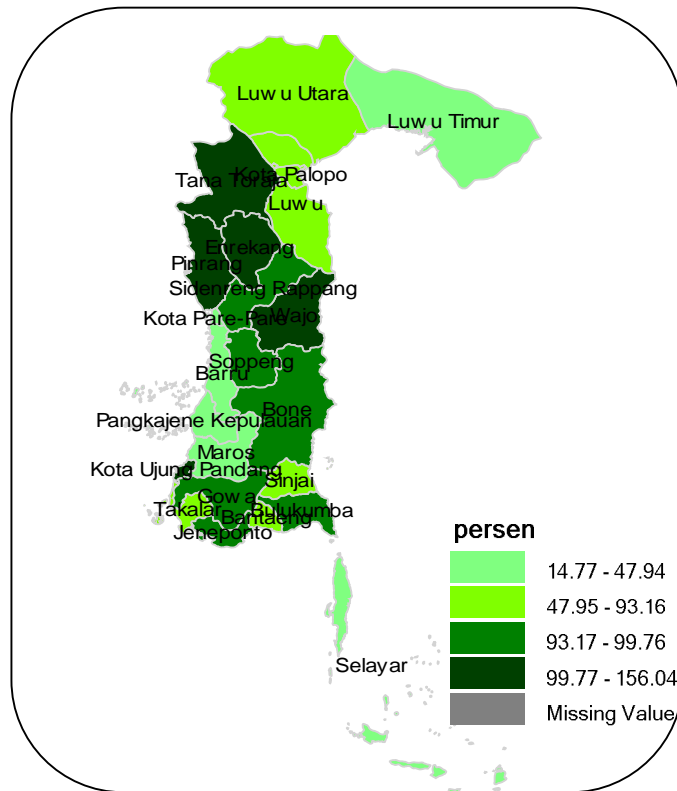
Berdasarkan laporan hasil SDKI 2007, terdapat 59% anak usia 12-23 tahun di Indonesia telah menerima semua jenis imunisasi yang dianjurkan, 9% anak tidak pernah menerima imunisasi dan sisanya 33% anak hanya menerima sebagian imunisasi. Cakupan imunisasi dasar berbeda sedikit menurut jenis kelamin anak, tetapi beragam cukup bermakna menurut latar belakang karakteristik anak, contohnya terdapat 68% anak perkotaan telah menyelesaikan imunisasi dasar dibandingkan 52% anak perdesaan.

Cakupan imunisasi lengkap meningkat dengan meningkatnya tingkat pendidikan ibu, 19% anak dari ibu tanpa pendidikan dibandingkan 73% anak dari ibu pendidikan menengah atau lebih. Adapun situasi cakupan imunisasi di Sulawesi Selatan berdasarkan SDKI 2007 tercatat BCG 79,8% (Nasional 85,4%), DPT3 61,8% (Nasional 66,7%), Polio4 53,6% (Nasional 55,5%), Campak 69% (Nasional 76,4%), Hepatitis B3 54,1% (Nasional 60,3%), imunisasi lengkap 55,1% (Nasional 58,6%), tidak pernah imunisasi 17,8% (Nasional 8,6%).

Untuk tahun 2012 berdasarkan profil Kabupaten / Kota sebanyak 93 kasus yang tersebar di lima Kabupaten / Kota. Kabupaten Bulukumba 15 kasus, Kabupaten Bantaeng 34 kasus, Kabupaten Jeneponto 21 kasus, Kabupaten Pinrang empat kasus, dan Kabupaten Enrekang 19 kasus. Tidak ada laporan kematian untuk kasus hepatitis. Sedangkan untuk tahun 2013 kasus hepatitis terdapat 68 kasus yaitu laki-laki sebanyak 24 kasus dan perempuan 44 kasus yang terdapat di 2 Kabupaten Kota yaitu Kabupaten Bantaeng 63 kasus dan di Kabupaten Pinrang 5 kasus.

Untuk tahun 2013 tercatat imunisasi BCG 101,13%, Polio4 99,28%, DPT1+HB1 103,58%, DPT3+HB3 101,72%, dan Campak 99,90%. Terdapat enam Kabupaten yang tidak memenuhi standar provinsi, yaitu Kabupaten Jeneponto, Kabupaten Gowa, Kabupaten Tana Toraja, Kabupaten Sinjai, Kabupaten Barru dan Kota Makassar.

GAMBAR III.B.8
PEMETAAN CAKUPAN HEPATITIS DPT3/HB3
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten / Kota tahun 2014

Gambar III.B.8 menunjukkan tahun 2014 tercatat imunisasi DPT1-HB3/ DPT-HB-HiB3 sebanyak 8,94%. Terdapat enam Kabupaten yang tidak memenuhi standar provinsi, yaitu Kabupaten Jeneponto, Kabupaten Gowa, Kabupaten Tana Toraja, Kabupaten Sinjai, Kabupaten Barru dan Kota Makassar.

c. Penyakit bersumber binatang

1) Malaria

Penyakit malaria adalah penyakit menular yang disebabkan oleh parasit (*plasmodium*) yang ditularkan oleh nyamuk malaria (*Anopheles*). Secara epidemiologi penyakit malaria dapat menyerang manusia baik laki-laki maupun perempuan, pada semua golongan umur, dari bayi sampai orang dewasa.

Ada beberapa macam plasmodium malaria yang dikenal saat ini, yaitu :

1. Plasmodium *vivax*
2. Plasmodium *ovale*
3. Plasmodium *falcifarum*

4. *Plasmodium malariae*
5. *Plasmodium knowlesi* (baru ditemukan di malaysia).

Insidens Parasit Malaria (API) dari hasil Riskesdas 2010 dalam satu tahun terakhir (2009-2010) berdasarkan hasil pemeriksaan darah malaria 2,4% sedangkan API di Jawa dan Bali adalah 0,8%, API lebih tinggi ditemukan pada anak balita dan kelompok umur 25-54 tahun sebanyak 2,5%.

Terjadinya peningkatan kasus diakibatkan antara lain adanya perubahan lingkungan seperti penambangan pasir yang memperluas genangan air sebagai tempat perindukan nyamuk penular malaria, penebangan hutan bakau, mobilitas penduduk dari pulau Jawa ke luar Jawa yang sebagian besar masih merupakan daerah endemis malaria, juga resistensi terhadap obat malaria yang semakin meluas.

Malaria merupakan penyakit menular yang menjadi perhatian global. Penyakit ini masih merupakan masalah kesehatan masyarakat karena sering menimbulkan KLB, berdampak luas terhadap kualitas hidup dan ekonomi, serta dapat mengakibatkan kematian. Penyakit ini dapat bersifat akut, laten atau kronis. Kepada responden yang menyatakan "tidak pernah didiagnosis malaria oleh tenaga kesehatan", ditanyakan apakah pernah menderita panas disertai menggigil atau panas naik turun secara berkala, dapat disertai sakit kepala, berkeringat, mual, muntah dalam waktu 1 bulan terakhir atau 1 tahun terakhir. Ditanyakan pula apakah pernah minum obat malaria dengan atau tanpa gejala panas. Untuk responden yang menyatakan "pernah didiagnosis malaria oleh tenaga kesehatan" ditanyakan apakah mendapat pengobatan dengan obat program kombinasi artemisinin dalam 24 jam pertama menderita panas atau lebih dari 24 jam pertama menderita panas dan apakah obat habis diminum dalam waktu 3 hari.

Hasil Riskesdas tahun 2013 Insiden Malaria pada penduduk Sulawesi Selatan tahun 2013 adalah 3,1 persen meningkat dibanding tahun 2007 (1,4%), kecuali di Kabupaten Luwu Timur dan Kabupaten Selayar mengalami sedikit penurunan jumlah penderita malaria (gambar 6.7). Prevalensi malaria tahun 2013 adalah 8,1 persen. Lima Kabupaten / Kota dengan insiden dan prevalensi tertinggi adalah Kabupaten Bantaeng (6,8% dan 15,0%), Kabupaten Sinjai (6,7% dan 15,3%), Kabupaten Tana Toraja (5,5% dan 20,3%), Kabupaten Bulukumba (5,2% dan 12,1%), dan Kabupaten Luwu (5,2% dan 13,2%). Dari 24 Kabupaten / Kota di Sulawesi Selatan, 15 Kabupaten / Kota mempunyai prevalensi malaria di atas angka nasional.

Sedangkan pengobatan malaria sesuai program dan penduduk yang mengobati sendiri penyakit malaria menurut hasil Riskesdas tahun 2013. Pengobatan malaria sesuai acuan program pengendalian malaria harus dilakukan secara efektif. Pemberian jenis obat harus benar, dan cara meminumnya harus tepat. Pengobatan efektif adalah pemberian ACT pada 24 jam pertama pasien panas dan obat harus diminum habis dalam 3 hari. Penduduk Sulawesi Selatan yang berobat ke tenaga kesehatan yang mendapatkan obat ACT dari program adalah 29,8 persen. Dari yang mendapatkan obat program, hanya 35,8 persen yang mendapatkan obat pada 24 jam pertama. Dari 35,8 persen penduduk yang mendapatkan obat dalam

24 jam pertama, 74,1 persen diantaranya meminum habis obat selama 3 hari. Dari 29,8 persen penduduk Sulawesi Selatan yang mendapatkan obat ACT dari program, hanya 7,91 persen yang melakukan pengobatan secara efektif. Lima Kabupaten / Kota yang tertinggi dalam mengobati malaria secara efektif adalah Pangkajene dan Kepulauan (46,4%), Kabupaten Luwu Timur (39,8%), Kabupaten Barru (28,4%), Kabupaten Luwu Utara (16,9%) dan Kabupaten Luwu (15,6%). Penduduk Sulawesi Selatan yang mengobati sendiri penyakit malaria yang dideritanya adalah 0,8%. Lima Kabupaten / Kota tertinggi yang penduduknya mengobati sendiri penyakit malaria adalah Kabupaten Bantaeng (2,4%), Kabupaten Selayar (2,2%), Kabupaten Bulukumba (2,1%), Kabupaten Luwu (1,9%) dan Kota Palopo (1,3%).

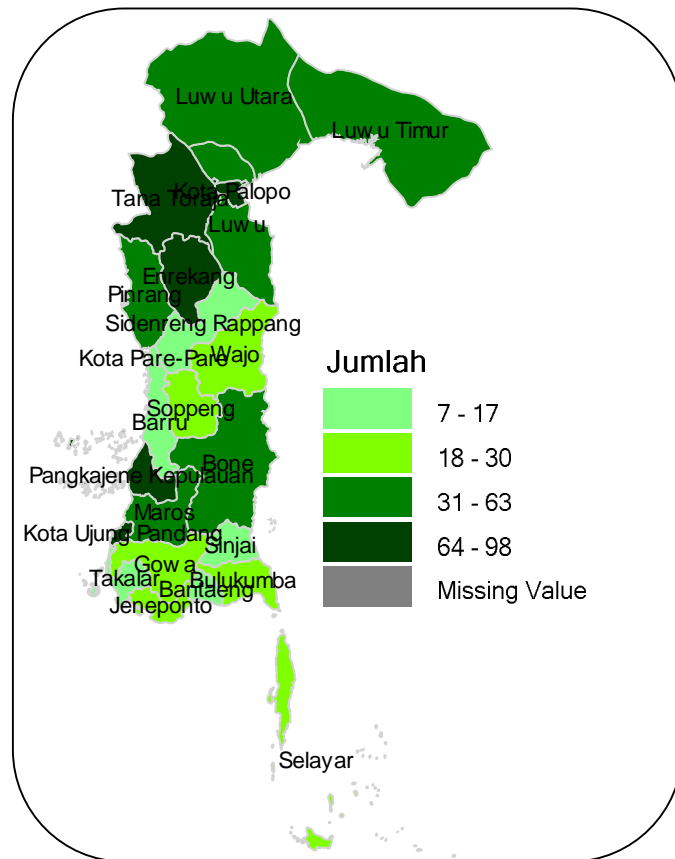
Adapun upaya-upaya yang telah dilakukan untuk menekan angka kesakitan tersebut adalah pengendalian vektor di daerah endemis, pencegahan penyakit dengan memakai kelambu berinsektisida, sosialisasi obat malaria ACT (*Artemicin Combination Based Therapy*), ACT yang digunakan oleh program pada tahun 2004 (*artesunat-amodiakuin*) dan pada tahun 2009 yang dimulai di Papua yaitu *dihydroartemisin-piperakuin*, penemuan dan pengobatan penderita (*active dan passive*) serta pengamatan vektor penyakit.

Selain itu dilakukan juga Survei malariometrik yang merupakan survei malariometrik dasar. Survei ini bertujuan untuk mengetahui tingkat endemisitas penyakit malaria di suatu wilayah, berdasarkan indikasi ditemukannya pembesaran limpha atau kasus-kasus malaria yang berkunjung ke unit-unit pelayanan kesehatan yang berasal dari suatu wilayah tertentu dan evaluasi terhadap dampak pemberantasan vektor.

Cara-cara pencegahan malaria sebagai berikut :

- Menghindari gigitan nyamuk, tidur memakai kelambu, menggunakan obat nyamuk, memakai obat oles anti nyamuk, pasang kawat kasa pada ventilasi, menjauhkan kandang ternak dari rumah, kurangi berada di luar rumah pada malam hari.
- Pengobatan pencegahan, 2 hari sebelum berangkat ke daerah malaria, minum obat doksisilin 1 x 1 kapsul/ hari sampai 2 minggu setelah keluar dari lokasi endemis malaria.
- Membersihkan lingkungan, Menimbun genangan air, membersihkan lumut, gotong royong membersihkan lingkungan sekitar.
- Menekan kepadatan nyamuk dengan menebarkan ikan pemakan jentik, seperti ikan kepala timah, nila merah, guppi, mujair, dll.

**GAMBAR III.B.9
PEMETAAN KASUS MALARIA KLINIS DAN POSITIF
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014**



Sumber : Profil Kesehatan Kab/Kota Tahun 2014

Berdasarkan Profil Kesehatan Kabupaten / Kota tahun 2013 jumlah penderita suspek malaria mengalami penurunan menjadi 288 kasus dengan jumlah penderita malaria sediaan darah diperiksa sebesar 42.371 kasus dengan hasil sediaan darah positif sebesar 1.749 kasus yaitu tertinggi di Kabupaten Toraja Utara, Kabupaten Pangkep, Kabupaten Enrekang dan Kabupaten Tana Toraja atau API sebesar 0,21 per 1000 penduduk, sedangkan tahun 2014 jumlah penderita suspek malaria mengalami peningkatan menjadi 30.436 kasus dengan jumlah positif sebanyak 988 kasus. Kasus tertinggi di Kota Makassar, Kota Palopo, Kabupaten Pangkep, Kabupaten Enrekang dan Kabupaten Toraja Utara atau AMI sebesar 0,12 per 1000 penduduk. seperti pada gambar III.B.9

2) Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)

Penyakit Demam Berdarah Dengue telah menyebar secara luas ke seluruh kawasan dengan jumlah Kabupaten / Kota terjangkit semakin meningkat hingga ke wilayah pedalaman. Penyakit ini sering muncul sebagai KLB sehingga angka kesakitan dan kematian yang terjadi dianggap merupakan

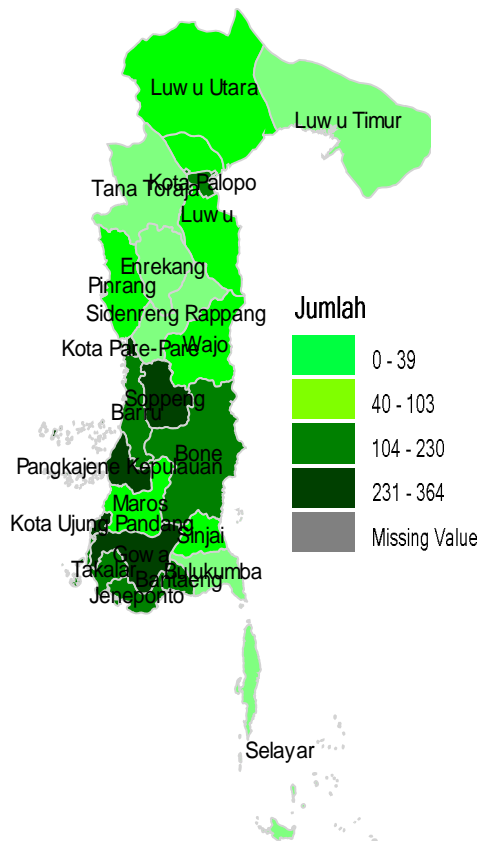
gambaran penyakit di masyarakat.

Angka insiden DBD secara nasional berfluktuasi dari tahun ke tahun. Pada awalnya pola epidemik terjadi setiap lima tahunan, namun dalam kurun waktu lima belas tahun terakhir mengalami perubahan dengan periode antara 2–5 tahunan. Sedangkan angka kematian cenderung menurun.

Angka kematian (CFR) penyakit DBD di Indonesia pada tahun 2000 mengalami penurunan dibandingkan tahun 1999, yaitu dari 2,0 % menjadi 1,4 %. Namun demikian jumlah kasus DBD meningkat dari 21.134 kasus dengan kematian 422 pada tahun 1999 menjadi 33.443 kasus dengan kematian 472 kematian pada tahun 2000. Angka kesakitan meningkat dari 10,17 per 100.000 penduduk pada tahun 1999 menjadi 15,75 per 100.000 penduduk pada tahun 2000. Sedangkan untuk tahun 2001, peningkatan terjadi baik pada angka kesakitan (insidens rate) maupun pada kematian (CFR) yakni masing-masing 17,1 per 100.000 penduduk dengan CFR sebesar 4,7%. Masih terjadinya peningkatan kasus DBD ini disebabkan antara lain dengan tingginya mobilitas dan kepadatan penduduk, nyamuk penular penyakit DBD (*Aedes aegypti*) tersebar di seluruh pelosok tanah air dan masih digunakannya tempat-tempat penampungan air (TPA) tradisional (tempayan, bal, drum, dll). Partisipasi masyarakat dalam penanggulangan penyakit DBD dapat dilihat dengan masih rendahnya angka bebas jentik (ABJ) yakni rata-rata 82,86% baik di rumah, sekolah maupun tempat-tempat umum.

Kasus DBD di Sulawesi Selatan pada tahun 2011 kategori tinggi pada Kabupaten Bulukumba, Kabupaten Gowa, Kabupaten Maros, Kabupaten Bone dan Kabupaten Luwu (130-361 kasus) dan yang terendah yaitu Kabupaten Selayar, Kabupaten Sinjai, dan Kabupaten Tana Toraja (0-19 kasus).

Kegiatan penanggulangan yang dilakukan antara lain pengasapan, pemberantasan sarang nyamuk (PSN), abatisasi dan penyuluhan. Beberapa faktor penyebab DBD di antaranya karena peningkatan kasus di daerah endemis, beberapa daerah yang selama ini sporadis terjadi KLB, kemungkinan ada kaitannya dengan pola musiman 3-5 tahunan bila dilihat dari hasil PJB. Angka bebas jentik (ABJ) di beberapa daerah endemis masih dibawah 95% (tahun 2004 ABJ sebesar 92,0%), untuk tahun 2006, ABJ tercatat sebesar 68,48%. Sedangkan untuk tahun 2007 ABJ tercatat 65,21% dan untuk tahun 2008 ABJ mengalami peningkatan menjadi 68,90%.



Adapun Kabupaten yang tidak terdapat kasus DBD yaitu Kabupaten Bantaeng, seperti pada gambar III.B.10. Berdasarkan laporan P2PL Insiden Rate DBD di Sulawesi Selatan pada tahun 2014 sebesar 35.17 per 100.000 penduduk dengan CFR 0,84%, angka IR tertinggi adalah Kota Palopo 92,18 per 100.000, Kabupaten Luwu Timur 89,83 per 100.000 pddk, Kabupaten Bantaeng 85,03 per 100.000 pddk dan terendah di Kabupaten Selayar 0,00 per 100.000 pddk, Kabupaten Enrekang IR 6,05 per 100.000 pddk dan Kabupaten Luwu 8.07 per 100.000 pddk. rata-rata angka insiden rate di Provinsi Sulawesi Selatan cenderung mengalami penurunan bila dibandingkan dengan target Nasional (36/100.000 penduduk). Hal ini menunjukkan upaya peningkatan pencegahan dan penanggulangan kasus DBD semakin membaik, namun hal ini masih perlu dukungan berbagai pihak.

Gbr. III.B.10. Pemetaan Kasus DBD di Sulawesi Selatan 2014

3) Penyakit Filariasis

Program eliminasi filariasis dilaksanakan atas dasar kesepakatan global WHO tahun 2000 yaitu "*The Global Goal of Elimination of Lymphatic Filariasis as a Public Health Problem The Year 2020*". Program eliminasi dilaksanakan melalui pengobatan massal dengan DEC dan albendazol setahun sekali selama 5 tahun di lokasi yang endemis dan perawatan kasus klinis baik yang akut maupun kronis untuk mencegah kecacatan dan mengurangi penderitanya. Indonesia akan melaksanakan eliminasi penyakit kaki gajah secara bertahap dimulai pada tahun 2002 di lima Kabupaten percontohan. Perluasan wilayah akan dilaksanakan setiap tahun. Penyebab penyakit kaki gajah adalah tiga spesies cacing filarial yaitu; *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* dan *Brugia timori*. Vektor penular di Indonesia hingga saat ini telah diketahui ada 23 spesies nyamuk dari genus *Anopheles*, *Culex*, *Mansonia*, *Aedes* & *Armigeres* yang dapat berperan sebagai vektor penular penyakit kaki gajah.

Filariasis (penyakit kaki gajah) tetap merupakan masalah kesehatan masyarakat terutama di daerah pedesaan di luar pulau Jawa, Bali dan NTB.

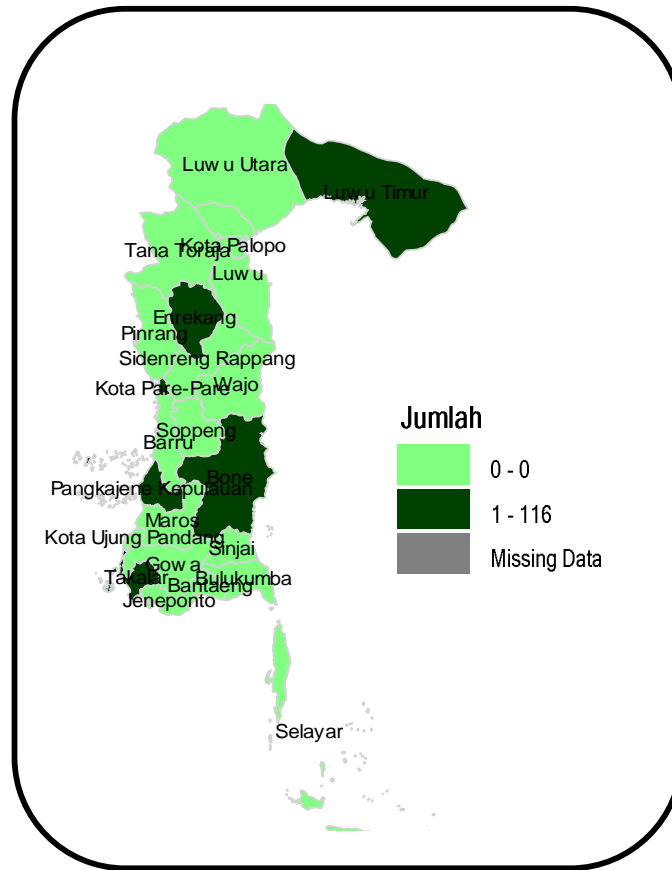
Dampak dari serangan penyakit ini adalah menurunkan derajat kesehatan masyarakat karena menurunnya daya kerja dan produktivitas serta timbulnya cacat anggota tubuh yang menetap. Di Indonesia, sampai dengan tahun 2003 kasus kronis Filariasis telah menyebar ke 30 provinsi pada lebih dari 231 Kabupaten dengan jumlah kasus kronis 6.635 orang. Sampai saat ini di Indonesia telah ditemukan tiga spesies cacing filaria, yaitu *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* dan *Brugia timori*.

Di Sulawesi Selatan, salah satu kegiatan program pemberantasan penyakit Filaria adalah survei endemisitas filariasis berupa survei darah jari yang bertujuan untuk mengetahui tingkat endemisitas berdasarkan mikrofilaria rate pada lokasi yang ditentukan kasus klinis filariasis. Prevalensi nasional menurut Rikesdas 2007 yaitu 0,11%.

Pada tahun 2009 dari hasil pengumpulan data profil kesehatan, kasus filariasis mengalami penambahan wilayah kejadian yaitu di 7 kab/Kota, dimana tertinggi di Kabupaten Enrekang 18 orang, Kabupaten Luwu Timur sebanyak 7 orang, Kabupaten Sidrap 7 orang, Kabupaten Barru 5 orang, Kabupaten Pinrang 2 orang, Kabupaten Gowa dan Kabupaten Jeneponto masing-masing 1 orang. Untuk tahun 2011 jumlah kasus filariasis terjadi di empat Kabupaten yaitu Kabupaten Gowa dua orang, Kabupaten Pangkep enam orang, Kabupaten Wajo satu orang dan Kabupaten Enrekang 19 orang, sedangkan kasus baru 7 orang yaitu satu laki-laki dan enam perempuan. Jika dibandingkan dengan tahun 2010 dari jumlah wilayah maka terjadi pengurangan.

Dari hasil pengumpulan data profil kesehatan pada tahun 2010 kasus filariasis terjadi pada 5 Kabupaten yaitu dari Kabupaten Toraja Utara 33 orang, Kabupaten Enrekang 20 orang, Kabupaten Bone 5 orang, Kabupaten Sidrap 7 orang dan Kabupaten Gowa 2 orang sedangkan kasus baru di temukan sebesar 42 orang yaitu 26 laki-laki dan 16 perempuan dengan angka kesakitan yaitu 0,83 per 100.000 penduduk. Untuk tahun 2012 jumlah kasus filariasis sebanyak 206 orang yang berada di tiga Kabupaten. Kabupaten Pangkajene Kepulauan merupakan kasus terbanyak dengan penderita 162 orang, Kabupaten Luwu Timur 43 orang, dan Kabupaten Toraja Utara satu orang.

GAMBAR III.B.11
PEMETAAN KASUS FILARIASIS
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Profil Kesehatan Kab/Kota Tahun 2014

Pada gambar III.B.11 menunjukkan kasus filariasis tahun 2014 terdapat 165 kasus yaitu laki-laki sebanyak 100 kasus dan perempuan 65 kasus dan hanya terjadi di 6 Kabupaten / Kota yaitu Pangkep (116 kasus) yaitu laki-laki 72 kasus dan perempuan 44 kasus), Kabupaten Luwu Timur 39 kasus yaitu laki-laki sebanyak 23 kasus dan perempuan 16 kasus, Kabupaten Enrekang (4 kasus) yaitu laki-laki sebanyak 1 dan perempuan 3 kasus), Kabupaten Bone (3 kasus) yaitu laki-laki 2 kasus dan perempuan 1 kasus, Kota Makassar masing-masing 1 kasus dan Kabupaten Takalar terdapat (1 Kasus) yaitu laki-laki dengan angka kesakitan per 100.000 pddk 1.96 yaitu laki –laki 2.43 per 100.000 pddk dan perempuan 1.51 per 100.000 pddk.

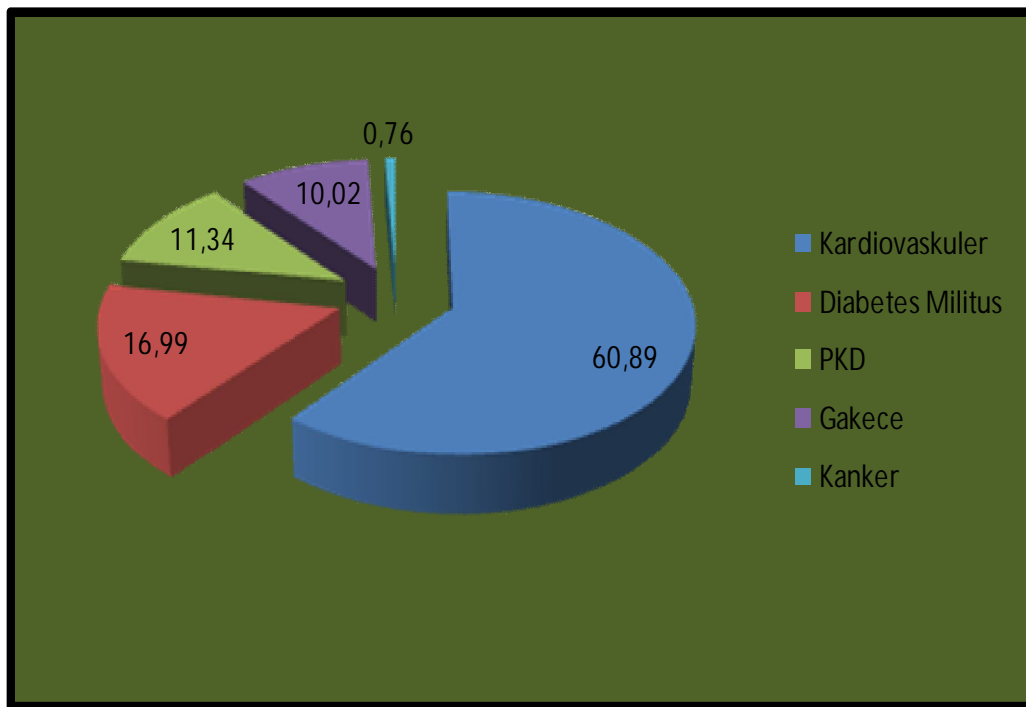
2. Penyakit Tidak Menular yang Diamati

Semakin meningkatnya arus globalisasi di segala bidang, telah banyak membawa perubahan pada perilaku dan gaya hidup masyarakat termasuk dalam pola konsumsi makanan keluarga. Perubahan tersebut tanpa disadari telah memberi pengaruh terhadap terjadinya transisi epidemiologi dengan

semakin meningkatnya kasus-kasus penyakit tidak menular seperti penyakit jantung, tumor, diabetes, hipertensi, gagal ginjal dan sebagainya.

Di Sulawesi Selatan berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2007, dari 23 Kabupaten / Kota prevelensi penyakit sendi adalah 26,6%. Menurut Kabupaten prevalensi penyakit sendi tertinggi dijumpai di Jeneponto 51,9% dan terendah di Kota Pare-pare 17,1%. Dari hasil pengukuran tekanan darah, prevalensi hipertensi di Sulawesi Selatan 20,9%, menurut Kabupaten / Kota prevalensi tertinggi di Soppeng 40,6% dan terendah di Kabupaten Sidenreng Rappang 23,3%. Terdapat 67,6% kasus stroke di Sulawesi Selatan yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan, prevalensi tertinggi dijumpai di Kabupaten Wajo 13,6% dan terendah di Kabupaten Pangkajene Kepulauan 2,9%.

GAMBAR III.B.12
PROPORSI CAKUPAN PENYAKIT TIDAK MENULAR
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan Prov.Sulsel Tahun 2014

Untuk tahun 2014 berdasarkan laporan P2PL Pemberantasan Penyakit tidak Menular terdapat lima penyakit tidak menular yaitu kardiovaskuler 60,89%, Diabetes Mellitus 16,99%, Penyakit Kronis dan Degeneratif (PKD) 11,34%, Gangguan Kecelakaan 10,02%, dan kanker 0,76%. Sedangkan penyebab kematian tertinggi penyakit tidak menular yaitu kardiovaskuler di urutan pertama 49,44%, PKD 20,45%, diabetes mellitus 19,24%, Gakece 7,70%, dan kanker 3,14%.

a. Diabetes melitus

Diabetes melitus adalah penyakit metabolisme yang merupakan suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang karena adanya peningkatan kadar glukosa darah di atas nilai normal. Penyakit ini disebabkan gangguan metabolisme glukosa akibat kekurangan insulin baik secara absolut maupun relatif. Ada 2 tipe diabetes melitus yaitu diabetes tipe I /diabetes *juvenile* yaitu diabetes yang umumnya didapat sejak masa kanak-kanak dan diabetes tipe II yaitu diabetes yang didapat setelah dewasa.

Gejala diabetes antara lain: rasa haus yang berlebihan (polidipsi), sering kencing (poliuri) terutama malam hari, sering merasa lapar (poliphagi), berat badan yang turun dengan cepat, keluhan lemah, kesemutan pada tangan dan kaki, gatal-gatal, penglihatan jadi kabur, impotensi, luka sulit sembuh, keputihan, penyakit kulit akibat jamur di bawah lipatan kulit, dan pada ibu-ibu sering melahirkan bayi besar dengan berat badan >4 kg. Didefinisikan sebagai DM jika pernah didiagnosis menderita kencing manis oleh dokter atau belum pernah didiagnosis menderita kencing manis oleh dokter tetapi dalam 1 bulan terakhir mengalami gejala: sering lapar dan sering haus dan sering buang air kecil dengan jumlah banyak dan berat badan turun.

Menurut hasil Riskesdas Tahun 2013 Prevalensi diabetes dan hipertiroid di Sulawesi Selatan yang didiagnosis dokter sebesar 1,6 persen dan 0,5 persen. DM yang didiagnosis dokter atau berdasarkan gejala sebesar 3,4 persen. Prevalensi diabetes yang didiagnosis dokter tertinggi terdapat di Kabupaten Pinrang (2,8%), Kota Makassar (2,5%), Kabupaten Toraja Utara (2,3%) dan Kota Palopo (2,1%). Prevalensi diabetes yang didiagnosis dokter atau berdasarkan gejala, tertinggi di Kabupaten Tana Toraja (6,1%), Kota Makassar (5,3%), Kabupaten Luwu (5,2%) dan Kabupaten Luwu Utara (4,0%). Prevalensi hipertiroid tertinggi di Kabupaten Barru (1,1%), Kabupaten Wajo, Kabupaten Soppeng dan Kabupaten Sinjai (masing-masing 1,0%). Prevalensi diabetes melitus berdasarkan diagnosis dokter dan gejala meningkat sesuai dengan bertambahnya umur, namun mulai umur ≥ 65 tahun cenderung menurun. Prevalensi DM pada perempuan cenderung lebih tinggi daripada laki-laki. Prevalensi DM, di perkotaan cenderung lebih tinggi daripada di perdesaan. Prevalensi DM cenderung lebih tinggi pada masyarakat dengan tingkat pendidikan lebih tinggi dan dengan kuintil indeks kepemilikan lebih atas.

Berdasarkan data Surveilans Penyakit tidak menular Bidang P2PL Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2014 terdapat Diabetes Mellitus 27.470 kasus baru, 66.780 kasus lama dengan 747 kematian.

b. Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah

Penyakit jantung pada orang dewasa yang sering ditemui adalah penyakit jantung koroner dan gagal jantung. Responden biasanya mengetahui penyakit jantung yang diderita sebagai penyakit jantung saja. Cara membedakannya dengan menanyakan gejala yang dialami responden.

❖ Penyakit jantung koroner

Penyakit jantung koroner adalah gangguan fungsi jantung akibat otot jantung kekurangan darah karena adanya penyempitan pembuluh darah koroner. Secara klinis, ditandai dengan nyeri dada atau rasa tidak nyaman di dada atau rasa tertekan berat di dada ketika sedang mendaki/kerja berat ataupun berjalan terburu-buru di jalan datar atau berjalan jauh. Didefinisikan sebagai PJK jika pernah didiagnosis menderita PJK (*angina pectoris* dan/atau *infark miokard*) oleh dokter atau belum pernah didiagnosis menderita PJK tetapi pernah mengalami gejala/riwayat nyeri di dalam dada/rasa tertekan berat/tidak nyaman di dada dan nyeri/tidak nyaman di dada yang dirasakan di dada bagian tengah/dada kiri depan/menjalar kelengan kiri dan nyeri/tidak nyaman di dada yang dirasakan ketika mendaki/naik tangga/berjalan tergesa-gesa dan nyeri/tidak nyaman di dada yang hilang ketika menghentikan aktifitas/istirahat.

Menurut hasil Riskesdas tahun 2013 Prevalensi penyakit jantung koroner (PJK) yang didiagnosis dokter serta yang didiagnosis dokter atau gejala meningkat seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada kelompok umur 65 -74 tahun yaitu 2,1 persen, kemudian menurun pada kelompok umur ≥ 75 tahun. Prevalensi PJK yang didiagnosis dokter maupun berdasarkan diagnosis dokter atau gejala antara perempuan dengan laki-laki tidak begitu berbeda. Berdasarkan diagnosis dokter prevalensi lebih tinggi di perKotaan dan kuintil kepemilikan teratas. Kemudian berdasarkan diagnosis dokter dan gejala tidak berbeda antara perKotaan dan perdesaan, namun cenderung lebih tinggi pada kuintil indeks kepemilikan lebih bawah. Prevalensi penyakit gagal jantung meningkat seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada umur 55 – 64 tahun (0,4%) untuk yang didiagnosis dokter, kemudian menurun dan meningkat setelah umur tersebut, tetapi untuk yang didiagnosis dokter atau gejala tertinggi pada umur ≥ 75 tahun (1,3%). Untuk yang didiagnosis dokter, prevalensi pada perempuan dan laki-laki hampir sama (0,1%), sedang untuk yang berdasarkan diagnosis dokter atau gejala prevalensi juga hampir sama antara laki-laki dan perempuan (0,5% dan 0,6%). Prevalensi yang didiagnosis dokter atau gejala lebih tinggi pada masyarakat dengan pendidikan rendah. Prevalensi yang didiagnosis dokter lebih tinggi di perKotaan dan dengan kuintil indeks kepemilikan menengah dan menengah atas. Untuk yang didiagnosis dokter atau gejala hampir sama antara perKotaan dan perdesaan.

Prevalensi jantung koroner yang didiagnosis dokter di Sulawesi Selatan sebesar 0,6 persen, dan yang didiagnosis dokter atau gejala sebesar 2,9 persen. Prevalensi jantung koroner yang didiagnosis dokter tertinggi di Toraja Utara (1,1%), diikuti Kota Makassar, Kabupaten Tana Toraja, Kabupaten Pinrang dan Kabupaten Bulukumba masing-masing 1,0 persen. Kemudian prevalensi jantung koroner menurut diagnosis atau gejala tertinggi di Kabupaten Tana Toraja (6,2%), diikuti Kabupaten Bantaeng (5,7%), Kabupaten Luwu (5,4%) dan Kabupaten Toraja Utara (5,0%).

Berdasarkan data Surveilans Penyakit tidak menular Bidang P2PL Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2014 terdapat penderita jantung sebesar 957 kasus terdiri dari jantung koroner sebanyak 204 kasus lama, 104

kasus baru, 4 kematian, infark miokard akut 320 kasus baru, 41 kasus lama terdapat 39 kematian, infark miokard Subsekuen 191 kasus baru dan 97 kasus lama dengan 8 kematian.

❖ Asma

Asma merupakan gangguan inflamasi kronis di jalan napas. Dasar penyakit ini adalah hiperaktivitas bronkus dan obstruksi jalan napas. Gejala asma adalah gangguan pernapasan (sesak), batuk produktif terutama pada malam hari atau menjelang pagi, dan dada terasa tertekan. Gejala tersebut memburuk pada malam hari, adanya alergen (seperti debu, asap rokok) atau saat sedang menderita sakit seperti demam. Gejala hilang dengan atau tanpa pengobatan. Didefinisikan sebagai asma jika pernah mengalami gejala sesak napas yang terjadi pada salah satu atau lebih kondisi: terpapar udara dingin dan/atau debu dan/atau asap rokok dan/atau stres dan/atau flu atau infeksi dan/atau kelelahan dan/atau alergi obat dan/atau alergi makanan dengan disertai salah satu atau lebih gejala: mengi dan/atau sesak napas berkurang atau menghilang dengan pengobatan dan/atau sesak napas berkurang atau menghilang tanpa pengobatan dan/atau sesak napas lebih berat dirasakan pada malam hari atau menjelang pagi dan jika pertama kali merasakan sesak napas saat berumur <40 tahun (usia serangan terbanyak).

Menurut hasil Riskesdas tahun 2013 Prevalensi asma tertinggi terdapat di Luwu (11,7%), diikuti Bulukumba (9,5%), Makassar (8,6%), dan Tana Toraja (8,3%). Prevalensi asma pada kelompok umur ≥ 45 tahun mulai menurun. Prevalensi kanker meningkat pada umur ≥ 15 tahun, dan tertinggi pada umur ≥ 75 tahun.

Berdasarkan data Surveilans Penyakit tidak menular Bidang P2PL dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2014 terdapat penderita asma sebanyak 1.654 kasus lama, 1.151 kasus baru, dengan 15 kematian.

❖ Stroke

Stroke adalah penyakit pada otak berupa gangguan fungsi syaraf lokal dan/atau global, munculnya mendadak, progresif, dan cepat. Gangguan fungsi syaraf pada stroke disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik. Gangguan syaraf tersebut menimbulkan gejala antara lain: kelumpuhan wajah atau anggota badan, bicara tidak lancar, bicara tidak jelas (pelo), mungkin disertai perubahan kesadaran, gangguan penglihatan, dan lain-lain.

Didefinisikan sebagai stroke jika pernah didiagnosis menderita penyakit stroke oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) atau belum pernah didiagnosis menderita penyakit stroke oleh nakes tetapi pernah mengalami secara mendadak keluhan kelumpuhan pada satu sisi tubuh atau kelumpuhan pada satu sisi tubuh yang disertai kesemutan atau baal satu sisi tubuh atau mulut menjadi mencong tanpa kelumpuhan otot mata atau bicara pelo atau sulit bicara/komunikasi dan atau tidak mengerti pembicaraan.

Menurut hasil Riskesdas tahun 2013 Prevalensi penyakit stroke pada

kelompok yang didiagnosis nakes serta yang didiagnosis nakes atau gejala meningkat seiring dengan bertambahnya umur, tertinggi pada umur ≥ 75 tahun (38,5% dan 69,1%). Prevalensi stroke yang didiagnosis nakes maupun yang didiagnosis atau berdasarkan gejala pada laki-laki lebih tinggi dari perempuan. Prevalensi stroke cenderung lebih tinggi pada masyarakat dengan pendidikan rendah baik yang didiagnosis nakes (16,0%) maupun yang didiagnosis nakes atau gejala (37,0%). Prevalensi stroke di Kota lebih tinggi dari di desa, baik berdasarkan diagnosis nakes (7,8%) maupun berdasarkan diagnosis nakes atau gejala (21,8%). Prevalensi lebih tinggi pada masyarakat yang tidak bekerja baik yang didiagnosis nakes (10,3%) maupun yang didiagnosis nakes atau gejala (22,2%). Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis atau gejala tertinggi pada kuintil indeks kepemilikan menengah atas masing masing 9,3 dan 20,3 per mil.

Berdasarkan data Surveilans Penyakit tidak menular Bidang P2PL Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2014 bahwa terdapat stroke penderita lama sebanyak 1.811 kasus dan penderita baru sebanyak 3.512 kasus dengan 160 kematian.

❖ **Hipertensi/Tekanan darah tinggi**

Hipertensi adalah suatu keadaan ketika tekanan darah di pembuluh darah meningkat secara kronis. Hal tersebut dapat terjadi karena jantung bekerja lebih keras memompa darah untuk memenuhi kebutuhan oksigen dan nutrisi tubuh. Jika dibiarkan, penyakit ini dapat mengganggu fungsi organ-organ lain, terutama organ-organ vital seperti jantung dan ginjal. Didefinisikan sebagai hipertensi jika pernah didiagnosis menderita hipertensi/penyakit tekanan darah tinggi oleh tenaga kesehatan (dokter/perawat/bidan) atau belum pernah didiagnosis menderita hipertensi tetapi saat diwawancara sedang minum obat medis untuk tekanan darah tinggi (minum obat sendiri). Kriteria hipertensi yang digunakan pada penetapan kasus merujuk pada kriteria diagnosis JNC VII 2003, yaitu hasil pengukuran tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg. Kriteria JNC VII 2003 hanya berlaku untuk umur ≥ 18 tahun, maka prevalensi hipertensi berdasarkan pengukuran tekanan darah dihitung hanya pada penduduk umur ≥ 18 tahun. Mengingat pengukuran tekanan darah dilakukan pada penduduk umur ≥ 15 tahun maka temuan kasus hipertensi pada umur 15-17 tahun sesuai kriteria JNC VII 2003 akan dilaporkan secara garis besar sebagai tambahan informasi.

Menurut hasil Riskesdas tahun 2013 Prevalensi hipertensi di Sulawesi Selatan yang didapat melalui pengukuran pada umur ≥ 18 tahun sebesar 28,1 persen, tertinggi di Enrekang (31,3%), diikuti Bulukumba (30,8%), Sinjai(30,4%) dan Gowa (29,2%). Prevalensi hipertensi di Sulawesi Selatan yang didapat melalui kuesioner yang didiagnosis tenaga kesehatan sebesar 10,3 persen, yang didiagnosis tenaga kesehatan atau sedang minum obat sebesar 10,5 persen, sehingga ada 0,2 persen yang minum obat sendiri.

Berdasarkan data Surveilans Penyakit tidak menular Bidang P2PL Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2014 terdapat penderita baru hipertensi esensial (primer) sebanyak 5.902 kasus, penderita lama sebanyak

7.575 kasus, dengan kematian 65 orang, jantung hipertensi penderita lama 1.687 kasus, penderita baru 1.670 kasus dengan kematian 24 orang, ginjal hipertensi penderita baru sebanyak 58 kasus, penderita lama sebanyak 34 kasus dengan kematian 5 orang, jantung dan dan hipertensi sekunder penderita lama sebanyak 2.082 kasus dan penderita baru sebanyak 2.081 kasus dengan kematian 18 orang.

C. STATUS GIZI

Status gizi seseorang sangat erat kaitannya dengan permasalahan kesehatan secara umum, karena selain sebagai faktor predisposisi yang dapat memperparah penyakit infeksi secara langsung juga dapat menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan individual. Bahkan status gizi janin yang masih berada dalam kandungan dan bayi yang sedang menyusui sangat dipengaruhi oleh status gizi ibu hamil atau ibu menyusui.

Berikut ini akan disajikan gambaran mengenai indikator-indikator status gizi masyarakat antara lain bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), status gizi balita, status gizi wanita usia subur, Kurang Energi Kronis (KEK), Anemia Gizi Besi (AGB) pada ibu dan pekerja wanita, dan Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY) sebagaimana diuraikan berikut ini :

1. Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

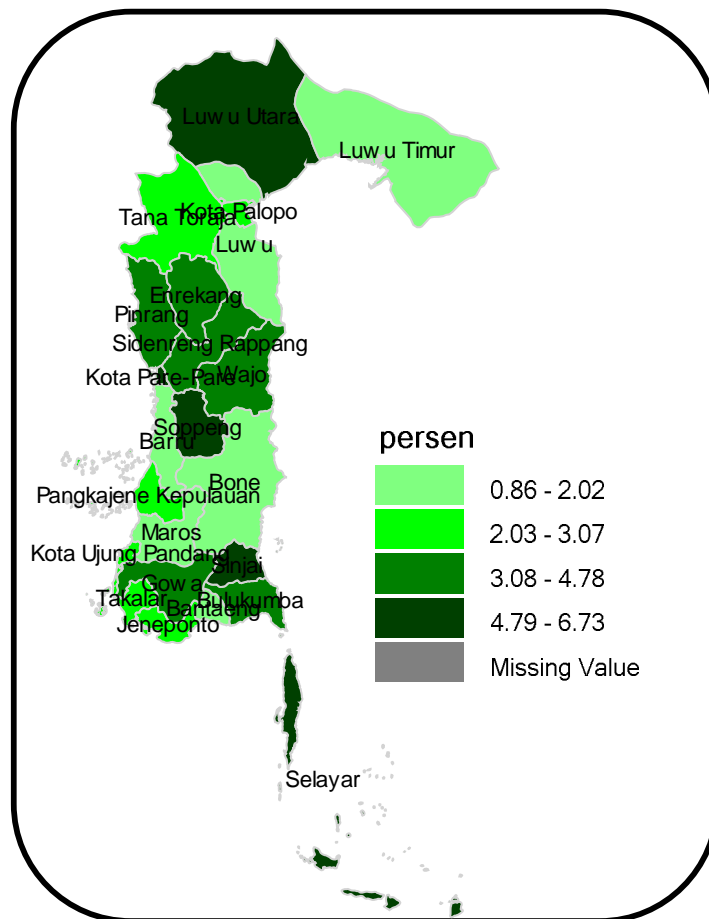
Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi. Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam 1 (satu) jam setelah lahir. Prevalensi bayi berat lahir rendah (BBLR) diperkirakan 15% dari seluruh kelahiran di dunia dengan batasan 3,3%-38% dan lebih sering terjadi di negara-negara berkembang atau sosio-ekonomi rendah. Secara statistik menunjukkan 90% kejadian BBLR didapatkan di negara berkembang dan angka kematiannya 35 kali lebih tinggi dibanding pada bayi dengan berat lahir lebih dari 2500 gram. BBLR termasuk faktor utama dalam peningkatan mortalitas, morbiditas dan disabilitas neonatus, bayi dan anak serta memberikan dampak jangka panjang terhadap kehidupannya di masa depan. Angka kejadian di Indonesia sangat bervariasi antara satu daerah dengan daerah lain, yaitu berkisar antara 9%-30%, hasil studi di tujuh daerah multicenter diperoleh angka BBLR dengan rentang 2.1% - 17,2%. Secara nasional berdasarkan analisa lanjut SDKI, angka BBLR sekitar 7,5%. Angka ini lebih besar dari target BBLR yang ditetapkan pada sasaran program perbaikan gizi menuju Indonesia Sehat 2010 yakni maksimal 7%.

Berat Badan Lahir Rendah (kurang dari 2.500 gram) merupakan salah satu faktor utama yang berpengaruh terhadap kematian perinatal dan neonatal. BBLR dibedakan dalam 2 kategori yaitu BBLR karena prematur (usia kandungan kurang dari 37 minggu) atau BBLR karena *Intra Uterine Growth Retardation* (IUGR), yaitu bayi yang lahir cukup bulan tetapi berat badannya kurang. Di negara berkembang, banyak BBLR dengan IUGR karena ibu berstatus gizi buruk, anemia, malaria dan menderita penyakit menular seksual (PMS) sebelum konsepsi atau pada saat hamil.

Menurut hasil Riskesdas tahun 2013 Persentase BBLR pada perempuan (14,5%) lebih tinggi daripada laki-laki (10,3%), namun persentase berat lahir ≥ 4000 gram pada laki-laki (6,1%) lebih tinggi dibandingkan perempuan (4,3%). Menurut pendidikan dan kuintil indeks kepemilikan terlihat adanya kecenderungan semakin tinggi pendidikan dan kuintil indeks kepemilikan, semakin rendah prevalensi BBLR. Menurut jenis pekerjaan, persentase BBLR tertinggi pada anak balita dengan kepala rumah tangga yang bekerja lainnya (21,8%), sedangkan persentase terendah pada kelompok tidak bekerja dan wiraswasta (masing-masing 10,7%). Persentase BBLR di perdesaan (12,4%) tidak begitu berbeda dengan di perKotaan (12,3%).

Gambar III.C.1 menunjukkan pemetaan persentase bayi dengan berat badan lahir rendah di Sulawesi Selatan tahun 2014 jumlah bayi lahir hidup sebesar 148.062, bayi lahir hidup ditimbang sebesar 144.864, dengan jumlah BBLR yaitu 4.376 kasus (3,02%). Dan tertinggi di Kota Makassar sebesar 690 kasus, Kabupaten Gowa 342 kasus, dan Kabupaten Luwu 288 kasus, dan terendah di Kabupaten Barru 27 kasus, Kabupaten Bantaeng 47 kasus dan Kabupaten Tana Toraja 65 kasus.

GAMBAR III.C.1
PEMETAAN BAYI DENGAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Bidang Binkesmas Dinkes Prov.Sulsel Tahun 2014

2. Status Gizi Balita

Menurut Standar WHO 2005 status gizi balita dinilai berdasarkan parameter antropometri yang terdiri dari berat badan dan panjang/tinggi badan. Status gizi balita merupakan salah satu indikator yang menggambarkan tingkat kesejahteraan masyarakat. Salah satu cara yang diukur melalui indeks Berat Badan menurut umur (BB/U) atau berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB).

Kategori yang digunakan adalah: **gizi lebih** ($z\text{-score} > +2\text{ SD}$); **gizi baik** ($z\text{-score} -2\text{ SD}$ sampai $+2\text{ SD}$); **gizi kurang** ($z\text{-score} < -2\text{ SD}$ sampai -3 SD) dan **gizi buruk** ($z\text{-score} < -3\text{SD}$), sedangkan Indikator status gizi menurut MDGs (*Millenium Development Goals (MDGs)*) adalah BB/U dan angka prevalensi status "underweight" (gizi kurang dan buruk).

Masalah gizi kurang pada anak balita dikaji kecenderungannya menurut Susenas dan survei atau pemantauan lainnya. Secara nasional, menurut Susenas tahun 1989, prevalensi gizi buruk dan kurang pada balita adalah 37,5% menurun menjadi 24,7% tahun 2000, yang berarti mengalami penurunan sekitar 34%.

Dari hasil Susenas 2001 di Indonesia, persentase balita yang bergizi baik adalah sebesar 64,14%, yang bergizi sedang 21,51% dan sisanya 9,35% adalah balita bergizi kurang/buruk atau yang dikenal dengan istilah Kurang Kalori Protein (KKP). Bila dibandingkan menurut jenis kelamin, persentase balita perempuan bergizi baik relatif lebih tinggi daripada balita laki-laki, demikian pula gizi kurang/buruk lebih tinggi pada balita laki-laki dibandingkan balita perempuan.

Berdasarkan Hasil Riskesdas secara nasional prevalensi balita gizi buruk dan kurang menurun sebanyak 0,5% yaitu dari 18,4% pada tahun 2007 menjadi 17,9% pada tahun 2010, demikian pula halnya dengan prevalensi balita pendek yang menurun sebanyak 1,2% yaitu 36,8% pada tahun 2007 menjadi 35,6% pada tahun 2010 dan prevalensi balita kurus menurun sebanyak 0,3% yaitu 13,6% pada tahun 2007 menjadi 13,3% pada tahun 2010.

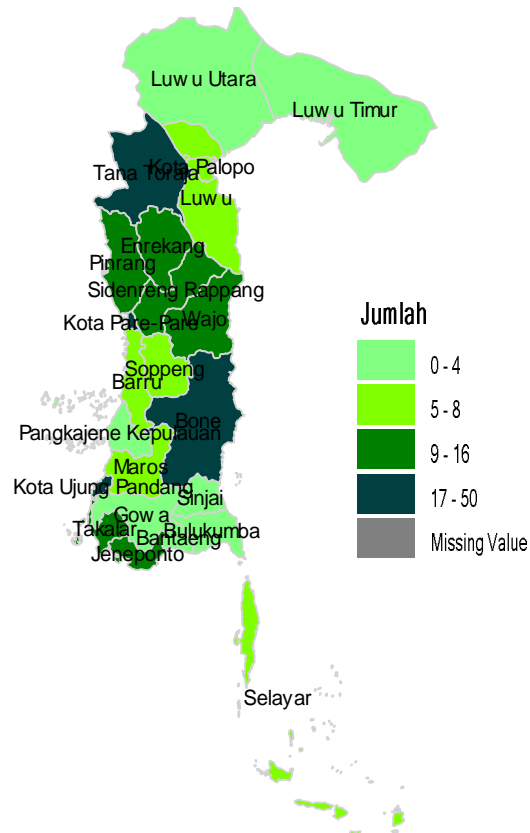
Secara umum prevalensi gizi buruk di Sulawesi Selatan menurut hasil Riskesdas 2007 adalah 5,1% dan gizi buruk 12,5% dari 23 Kabupaten / Kota terdapat delapan Kabupaten / Kota di atas angka provinsi dan Sulawesi Selatan sudah mencapai target pencapaian program perbaikan gizi pada RPJM 2015 sebesar 20% sedangkan pada tahun 2010 prevalensi balita gizi kurang dan buruk menurut indikator BB/U sebanyak 25,0%, balita pendek dan sangat pendek menurut indikator TB/U sebanyak 39,0% dan prevalensi balita gizi buruk kurus dan sangat kurus menurut indikator BB/TB sebanyak 12,5%.

Menurut hasil Riskesdas tahun 2013 prevalensi gizi buruk kurang pada anak balita sebesar 25,6 persen, yang berarti masalah gizi berat-kurang di Sulawesi Selatan masih merupakan masalah kesehatan masyarakat dengan prevalensi tinggi. Diantara 24 Kabupaten / Kota, terdapat tiga Kabupaten / Kota termasuk kategori prevalensi sangat tinggi, yaitu Kabupaten Bone, Kabupaten Pangkep dan Kabupaten Bantaeng.

Kasus gizi buruk jenis marasmus di Sulawesi Selatan pada tahun 2008

sebanyak 48 kasus, empat Kabupaten / Kota terbanyak antara lain Kabupaten Pinrang 12 kasus, Kabupaten Bone 11 kasus, Kabupaten Luwu Timur 7 kasus dan Kabupaten Jeneponto sebanyak 6 kasus. Kwashiorkor adalah keadaan gizi buruk yang disertai tanda-tanda klinis seperti edema di seluruh tubuh, rambut tipis, wajah membulat dan sembab. Kasus gizi buruk jenis kwashiorkor ditemukan terbanyak pada Kabupaten Wajo 5 kasus, Kabupaten Soppeng, Kabupaten Pinrang, Kabupaten Selayar, Kabupaten Bulukumba dan Kabupaten Bantaeng masing-masing 3 kasus.

Untuk tahun 2014 berdasarkan pengumpulan data Kabupaten / Kota, balita yang ditimbang 587.987, D/s sebanyak 75,04 dan gizi buruk 2,962 (0,71%). Sedangkan untuk tahun 2014 balita ditimbang Data selengkapnya dapat dilihat pada lampiran Tabel 47.



Gbr. III.C.2 Pemetaan Situasi Gizi Buruk di Sulsel, 2014

Sedangkan gizi buruk jenis marasmus-kwashiorkor (M+K) adalah gizi buruk dengan gambaran klinis yang merupakan campuran dari beberapa gejala klinis kwashiorkor dan marasmus dengan BB/U <60% baku median WHO-NCHS disertai edema yang tidak mencolok. Kasus M+K di Sulawesi Selatan pada tahun 2008 terbanyak di Kabupaten Enrekang 7 kasus, Kabupaten Pangkep 6 kasus, dan Kabupaten Bone 5 kasus.

Pada Gambar IIIC.2 menunjukkan Kabupaten / Kota yang paling tinggi (5-50) kasus gizi buruk yaitu, Kota Makassar, Kabupaten Bone, Kota Parepare, Kabupaten Toraja Utara, Kabupaten Jeneponto, Kabupaten Sidrap, Kabupaten Pinrang, Kabupaten Wajo, Kabupaten Takalar, Kabupaten Enrekang, Kabupaten Tana Toraja, Kabupaten Selayar, Kabupaten Barru, Kabupaten Maros, Kabupaten Luwu, dan Kota Palopo adapun Kabupaten terendah (0-4) yaitu Kabupaten Bulukumba, Kabupaten Gowa, Kabupaten Sinjai, Kabupaten Pangkep, Kabupaten Luwu, Kabupaten Luwu Utara dan Kabupaten Luwu Timur.

BAB IV

SITUASI UPAYA KESEHATAN

Secara umum upaya kesehatan terdiri atas dua unsur utama, yaitu upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan, Upaya kesehatan masyarakat adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan di masyarakat, Upaya kesehatan masyarakat mencakup upaya-upaya promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan, pemberantasan penyakit menular, pengendalian penyakit tiudak menular, penyehatan lingkungan dan penyediaan sanitasi dasar, perbaikan gizi masyarakat, kesehatan jiwa, pengamanan sediaan farmasi dan alat kesehatan, pengamanan penggunaan zat adiktif dalam makanan dan minuman, pengamanan narkotika, psikotropika, zat adiktif dan bahan berbahaya, serta penanggulangan bencana dan bantuan kemanusiaan.

Dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, telah dilakukan berbagai upaya pelayanan kesehatan masyarakat. Berikut ini diuraikan gambaran situasi upaya kesehatan khususnya untuk tahun 2014.

A. PELAYANAN KESEHATAN IBU

UU No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanatkan bahwa upaya kesehatan ibu ditujukan untuk menjaga kesehatan ibu kesehatan sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu. Upaya kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada Undang-Undang tersebut meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Upaya pemeliharaan kesehatan bayi dan anak harus ditujukan untuk mempersiapkan generasi akan datang yang sehat, cerdas dan berkualitas serta untuk menurunkan angka kematian bayi dan anak. Upaya Pemeliharaan kesehatan anak dilakukan sejak janin masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan sampai 18 (delapan belas tahun).

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, angka kematian ibu (yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan nifas) sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini masih cukup tinggi apalagi jika dibandingkan dengan negara-negara tetangga. Sejak tahun 1990 upaya strategis yang dilakukan dalam upaya menekan Angka Kematian Ibu (AKI) adalah dengan pendekatan *safe motherhood*, dengan menganggap bahwa setiap kehamilan mengandung risiko, walaupun kondisi kesehatan ibu sebelum dan selama kehamilan dalam keadaan baik. Di Indonesia *Safe Motherhood initiative* ditindaklanjuti dengan peluncuran Gerakan Sayang Ibu di tahun 1996 oleh Presiden yang melibatkan berbagi sektor pemerintahan di samping sektor kesehatan. Salah satu program utama yang ditujukan untuk mengatasi masalah kematian ibu adalah penempatan bidan di tingkat desa

secara besar besaran yang bertujuan untuk mendekatkan akses pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir ke masyarakat. Di tahun 2000, Kementerian Kesehatan RI memperkuat strategi intervensi sektor kesehatan untuk mengatasi kematian ibu dengan mencanangkan strategi *Making Pregnancy Safer*. Pada tahun 2012 Kementerian Kesehatan meluncurkan program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan neonatal sebesar 25%. Program ini dilaksanakan di provinsi dan Kabupaten dengan jumlah kematian ibu dan neonatal yang besar, yaitu Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Sulawesi Selatan. Dasar pemilihan provinsi-provinsi tersebut dikarenakan 52,6% dari jumlah total kejadian kematian ibu di Indonesia berasal dari enam provinsi tersebut. Sehingga dengan menurunkan angka kematian ibu di enam provinsi tersebut diharapkan akan dapat menurunkan angka kematian ibu di Indonesia secara signifikan.

Upaya penurunan angka kematian ibu dan angka kematian neonatal melalui program EMAS dilakukan dengan cara:

- ✚ Meningkatkan kualitas pelayanan emergensi obstetri dan bayi baru lahir minimal di 150
- ✚ Rumah Sakit (PONEK) dan 300 Puskesmas/Balkesmas (PONED).
- ✚ Memperkuat sistem rujukan yang efisien dan efektif antar Puskesmas dan Rumah Sakit.

Selain itu, pemerintah bersama masyarakat juga bertanggung jawab untuk menjamin bahwa setiap ibu memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas, mulai dari saat hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih, dan perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, dan memperoleh cuti hamil dan melahirkan serta akses terhadap keluarga berencana. Di samping itu, pentingnya melakukan intervensi lebih ke hulu yakni kepada kelompok remaja dan dewasa muda dalam upaya percepatan penurunan AKI

Upaya kesehatan ibu dan anak diharapkan mampu menurunkan angka kematian. Indikator angka kematian yang berhubungan dengan ibu dan anak adalah Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Neonatal (AKN), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Balita (AKABA). Berdasarkan hasil survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007, AKI sebesar 228 per 100.000 ribu, sedangkan SDKI tahun 2012 menyebutkan bahwa AKB sebesar 32 per.1000 kelahiran hidup AKN sebesar 19 per.1000 kelahiran hidup, dan AKABA sebesar 40 per.1000 kelahiran hidup.

Komitmen Global dalam MDGs menetapkan target terkait kematian ibu dan kematian anak yaitu menurunkan Angka Kematian Ibu hingga tiga per empat dalam kurun waktu 1990-2015 dan menurunkan angka kematian anak hingga dua pertiga dalam kurun waktu 1990-2015.

Upaya pelayanan kesehatan dasar merupakan langkah awal yang sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dengan pemberian pelayanan kesehatan dasar secara tepat dan cepat, diharapkan sebagian besar masalah kesehatan masyarakat sudah dapat diatasi. Berbagai pelayanan kesehatan dasar yang dilaksanakan pada fasilitas pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

Upaya Kesehatan ibu hamil merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan (SPK).sedangkan tenaga kesehatan yang berkompeten memberikan pelayanan antenatal kepada ibu hamil antara lain dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan dan perawat. Masa kehamilan merupakan masa 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.

Cakupan K1 atau juga disebut akses pelayanan ibu hamil merupakan gambaran besaran ibu hamil yang telah melakukan kunjungan pertama ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar yang pertama kali pada masa kehamilan. Sedangkan cakupan K4 adalah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit empat kali, dengan distribusi pemberian pelayanan yang dianjurkan adalah minimal satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua dan dua kali pada triwulan ketiga umur kehamilan.

Pelayanan antenatal diupayakan agar memenuhi standar kualitas yang mencakup minimal :

- Penimbangan berat badan dan Pengukuran tinggi badan,
- Pengukuran tekanan darah;
- Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri);
- Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi;
- Pembelian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan,
- Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling termasuk keluarga berencana); serta
- Pelaksanaan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb) dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya).

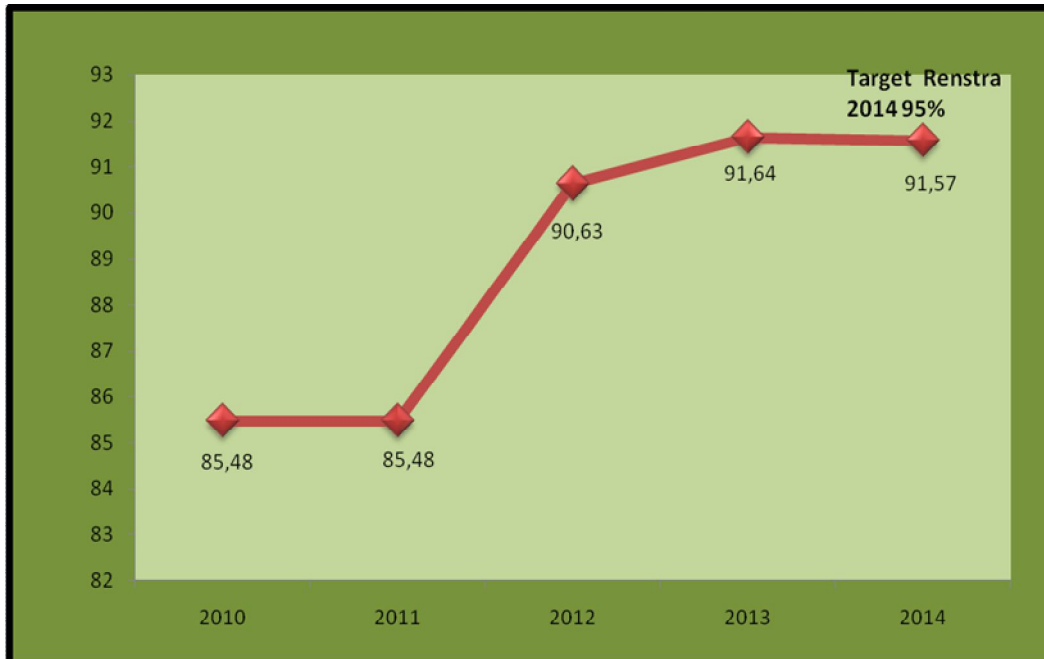
Menurut hasil Riskesdas tahun 2013 bahwa 95,7 persen dari kelahiran yang mendapat ANC (K1). Persentase K1 dan ANC minimal 4 kali merupakan indikator ANC tanpa memperhatikan periode trimester saat melakukan pemeriksaan kehamilan. Cakupan K1 bervariasi dengan rentang antara 86,2 persen (Kabupaten Sinjai) dan 100,0 persen (Kabupaten Selayar, Kabupaten Sidenreng Rappang dan Kabupaten Takalar). Untuk cakupan ANC minimal 4 kali, terentang dari 57,2 persen (Kabupaten Tana Toraja) dan 99,6% (Kabupaten Takalar). Selisih antara K1 dan ANC 4 kali menunjukkan adanya kehamilan yang tidak optimal mendapat pelayanan ANC.

Capaian pelayanan kesehatan ibu hamil dapat dinilai dengan menggunakan indikator cakupan K1 dan K4, cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali, 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.

Gambaran kecenderungan cakupan K1 dan K4 sejak tahun 2010 hingga tahun 2014 dapat dilihat pada gambar IV.A.1 dan cakupan K4 berada di bawah target Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan (95%).

GAMBAR IV.A.1
PERSENTASE CAKUPAN PELAYANAN K4 IBU HAMIL
DI SULAWESI SELATAN SELAMA TAHUN 2014

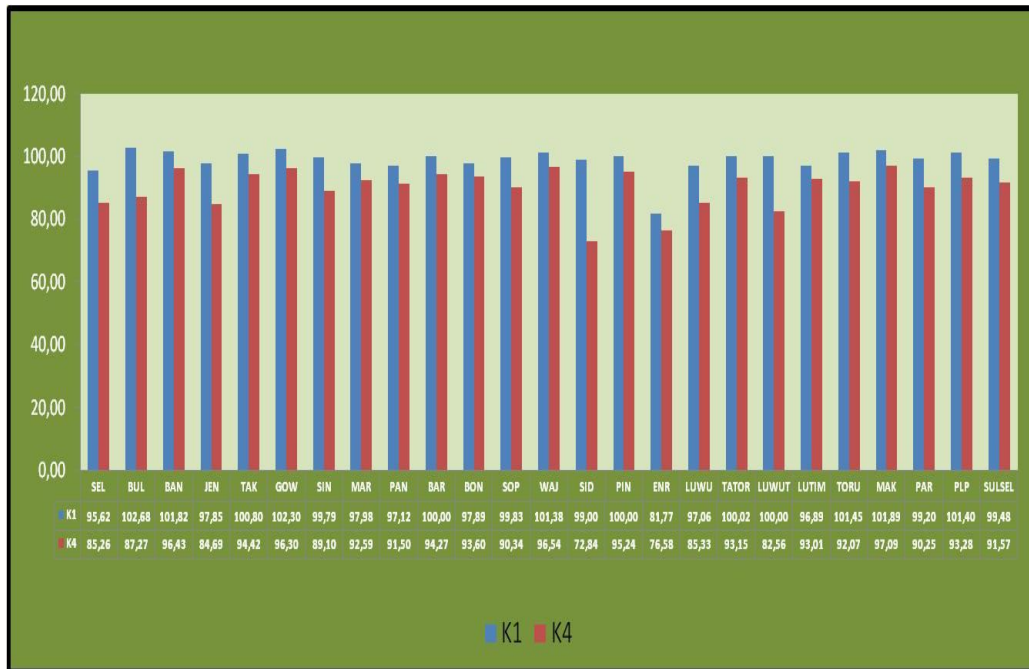


Sumber : Bidang Binkesmas Dinkes Prov.Sulsel Tahun 2014

Hasil pencapaian indikator kinerja " Persentase Ibu Hamil Mendapat Pelayanan Antenatal (Cakupan K4)" tahun 2014 yaitu mencapai 91,64%, jika dibandingkan dengan target indikator cakupan K4 secara nasional masih berada dibawah target Standar Pelayanan Minimal (SPM) yaitu 95% beberapa faktor yang diduga berpengaruh terhadap pemeriksaan kehamilan K4 yaitu tingkat pendidikan, jenis pekerjaan ibu, dan tingkat sosial ekonomi.

Menurut hasil Riskesdas 2013 proporsi pelayanan ANC menurut tenaga dan tempat menerima ANC. Bidan merupakan tenaga kesehatan yang paling berperan (87,8%) dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu hamil dan fasilitas kesehatan yang banyak dimanfaatkan ibu hamil adalah Puskesmas/Pustu bidan (51,1%), praktek bidan (17,4%) dan Poskesdes/Polindes (10,6%).

GAMBAR IV.A.2
PERSENTASE CAKUPAN PELAYANAN K1 DAN K4 IBU HAMIL
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kab./Kota Tahun 2014

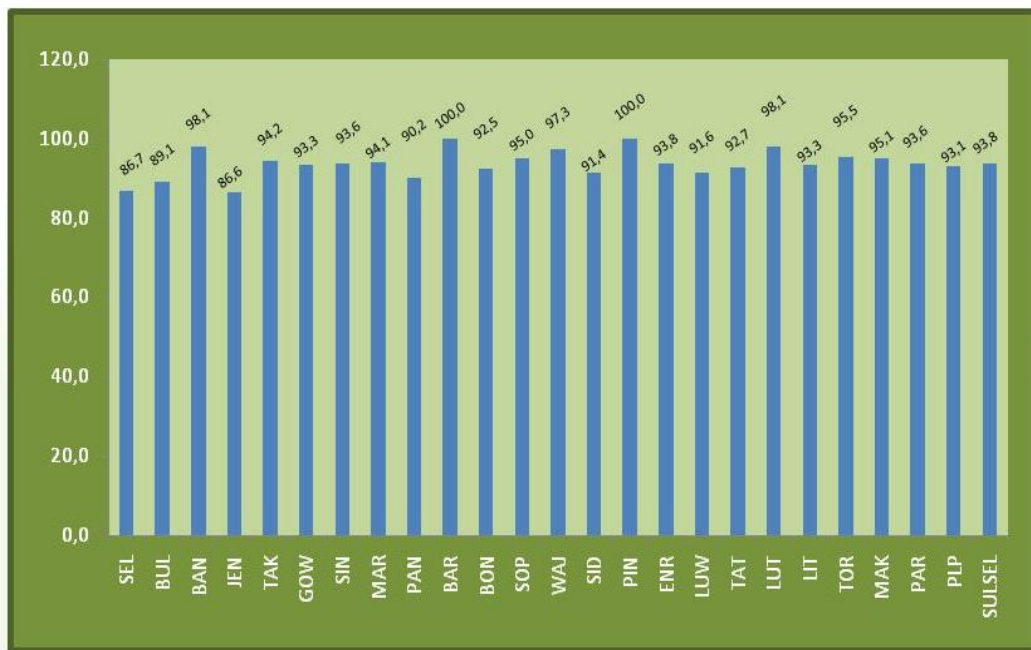
Pada Gambar IV.A.2 dapat diketahui bahwa persentase cakupan pelayanan K1 tahun 2014 tercatat sebesar 99,48% yaitu Kabupaten paling tinggi cakupannya yaitu Kabupaten Bulukumba sebesar 102,68% dan terendah di Kabupaten Enrekang sebesar 81,77% dan K4 sebesar 91,57% yaitu Kabupaten paling tinggi yaitu Kota Makassar sebesar 97,09% dan terendah di Kabupaten Sidrap sebesar 72,84%.

a. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin

Upaya kesehatan ibu bersalin diwujudkan dalam upaya mendorong agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih dan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pertolongan persalinan adalah proses pelayanan persalinan di mulai pada kala I sampai dengan kala IV persalinan. Pencapaian upaya kesehatan ibu bersalin diukur melalui indikator persentase persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih (Cakupan Pn), indikator ini memperlihatkan tingkat kemampuan pemerintah daerah dalam menyediakan pelayanan persalinan berkualitas yang ditolong tenaga kesehatan terlatih.

Komplikasi dan kematian ibu maternal dan bayi baru lahir sebagian besar terjadi pada masa disekitar persalinan. Hal ini antara lain disebabkan pertolongan tidak dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan (profesional).

GAMBAR IV.A.2
PERSENTASE PERSALINAN DI TOLONG TENAGA KESEHATAN
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kab./Kota Tahun 2014

Hasil Riskesdas tahun 2010 pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan berdasarkan karakteristik penduduk, dapat dilihat kelompok penduduk yang tinggal di perkotaan sebesar 91,%, terjadi disparitas yang cukup lebar untuk kelompok penduduk yang tinggal di pedesaan (72,9%).

Berdasarkan hasil SDKI tahun 2012 persentase pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan secara nasional sebesar 95,7%, persentase melahirkan ditolong tenaga kesehatan sebesar 83,1%, persentase melahirkan di fasilitas kesehatan sebesar 63,2%, persentase melahirkan di fasilitas kesehatan jika dilihat dari tepat tinggal di perkotaan sebesar 80% dan di pedesaan sebesar 46,7%.

Menurut hasil Riskesdas tahun 2013 bahwa pada persalinan kualifikasi tertinggi dan kualifikasi terendah, sebagian besar persalinan ditolong oleh bidan (62,3% dan 59,3%). Sehingga penolong linakes (dokter atau bidan) untuk kualifikasi tertinggi sebesar 81,2 persen dan kualifikasi terendah adalah 69,6 persen.

Pada tahun 2014, pencapaian indikator kinerja " Persentase persalinan yang ditolong tenaga kesehatan terlatih (cakupan Pn) dapat terealisasi dengan baik yaitu mencapai 92,69% jika dibandingkan dengan target nasional Standar Pelayanan Minimal (SPM) 90% berarti telah tercapai tetapi bila dibandingkan dengan Target Renstra 2014 93% berarti belum tercapai. Berdasarkan profil Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota tahun 2014 dengan cakupan tertinggi adalah Kabupaten Bantaeng sebesar 101,12% diikuti Kabupaten Toraja Utara sebesar 95,50% dan Kota Makassar sebesar 95,11% dan Kabupaten / Kota

dengan capaian terendah yaitu Kabupaten Selayar sebesar 86,66% diikuti Kabupaten Jeneponto sebesar 86,65% dan Kabupaten Bulukumba sebesar 89,26%.

Pada gambar IV.A.4 berikut ini menyajikan indikator cakupan pelayanan persalinan dengan pertolongan tenaga kesehatan, pada tahun 2009 sebesar 72,06% dan untuk tahun 2010 terjadi peningkatan menjadi 88,66%, pada tahun 2011 sebanyak 92,17% , tahun 2012 meningkat menjadi 95,03% dan tahun 2013 sebanyak 92,74%. Data selengkapnya dapat dilihat pada lampiran Tabel 28.

GAMBAR IV.A.4
PERSENTASE PERKEMBANGAN CAKUPAN PERSALINAN
DI SULAWESI SELATAN SELAMA TAHUN 2009-2014



Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota Tahun 2014

Analisis kematian ibu yang dilakukan Direktorat Bina Kesehatan Ibu Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2010 membuktikan bahwa kematian ibu terkait erat dengan penolong persalinan dan tempat/fasilitas persalinan. Persalinan yang ditolong tenaga kesehatan terbukti berkontribusi terhadap turunnya resiko kematian ibu. Demikian pula dengan tempat/fasilitas, jika persalinan dilakukan di fasilitas kesehatan, juga akan semakin menekan risiko kematian ibu.

Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan tetap konsisten dalam menerapkan kebijakan bahwa seluruh persalinan harus ditolong tenaga kesehatan dan didorong untuk dilakukan di fasilitas kesehatan. Kebijakan Dana Alokasi Khusus (DAK) Bidang Kesehatan menggariskan bahwa pembangunan Puskesmas harus satu paket dengan rumah dinas tenaga kesehatan. Demikian pula dengan Pembangunan Poskesdes yang harus bisa sekaligus menjadi rumah tinggal bidan di desa. Dengan disediakan rumah tinggal, maka tenaga

kesehatan termasuk bidan akan siaga di tempat tugasnya.

Berdasarkan penelitian Women Research Institusi pada tahun 2007-2008 di tujuh Kabupaten / Kota di Indonesia salah satu hal yang menjadi alasan seorang ibu melahirkan di rumah dan di bantu oleh dukun adalah kekurangan biaya, penelitian tersebut membuktikan di kalangan masyarakat masih terdapat kekhawatiran akan mahalnya biaya persalinan ditolong dokter atau bidan si fasilitas kesehatan yang berakibat masyarakat menjatuhkan pilihan kepada dukun, meskipun masyarakat tahu risikonya.

Menyadari hal tersebut, Kementerian Kesehatan sejak tahun 2011 meluncurkan Jaminan Persalinan (Jampersal) yang merupakan jaminan paket pembiayaan sejak pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, hingga pelayanan nifas termasuk pelayanan bayi baru lahir dan KB pasca persalinan. Penyediaan Jampersal diyakini turut meningkatkan cakupan Persalinan (Pn) di seluruh wilayah Indonesia. Keberhasilan pencapaian target indikator cakupan persalinan (Pn) merupakan buah dari kerja keras dan pelaksanaan berbagai program yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah daerah, dan masyarakat termasuk sektor swasta.

b. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

Nifas adalah periode mulai dari 6 jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan. Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar, yang dilakukan sekurang-kurangnya 3 (tiga) kali sesuai jadwal yang dianjurkan, yaitu pada 6 jam sampai dengan 3 hari pasca persalinan, pada hari ke-4 sampai dengan hari ke-28 pascapersalinan, dan pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 pasca persalinan Masa nifas adalah masa pasca persalinan. Selama masa nifas, vagina akan terus-menerus mengeluarkan darah yang mengandung trombosit, sel-sel tua, sel-sel mati (*nekrosis*), serta sel-sel dinding rahim (*endometrium*), yang disebut *lochia*.

Jenis pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan meliputi :

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

Pencapaian upaya kesehatan ibu nifas diukur melalui indikator cakupan pelayanan kesehatan ibu nifas (cakupan Kf-3) Indikator ini mengukur kemampuan negara dalam menyediakan pelayanan kesehatan ibu nifas yang berkualitas sesuai standar.

Menurut hasil Riskesdas tahun 2013 Periode masa nifas yang berisiko terhadap komplikasi pasca persalinan terutama terjadi pada periode 3 hari pertama setelah melahirkan. Cakupan pelayanan kesehatan masa nifas periode 3 hari pertama setelah melahirkan bervariasi yaitu 81,2 adapun Kabupaten / Kota yaitu tertinggi di Kabupaten Sidenreng Rappang (97,1%) dan terendah di

Kabupaten Tana Toraja (57,1%), KF2 (7-28 hari) yaitu 26,9%, KF 3 (29 - 49 hari) yaitu 29,4% dan KF lengkap yaitu 15,5%.

Gambar IV.A.5 menunjukkan capaian indikator Kf-3 dari tahun 2009 sampai tahun 2014 memperlihatkan turun naiknya cakupan kunjungan nifas. Ini berarti masih perlunya perhatian dari pemerintah daerah dan masyarakat termasuk sektor swasta dalam meningkatkan cakupan indikator Kf-3 termasuk program Pegawai Tidak Tetap (PTT) dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) untuk Puskesmas, Poskesdes dan Posyandu lebih mengintensifkan implementasi upaya kesehatan termasuk pelayanan kesehatan kepada ibu nifas.

GAMBAR.IV.A.5
CAKUPAN KUNJUNGAN NIFAS
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota tahun 2014

Cakupan pelayanan ibu nifas pada tahun 2014 yaitu 89,99% Kabupaten / Kota dengan capaian tertinggi Kabupaten Bantaeng sebesar 102,53%, diikuti oleh Kabupaten Wajo sebesar 95,56% dan Kabupaten Soppeng sebesar 94,60%. Kabupaten / Kota dengan capaian terendah adalah Kabupaten Jeneponto sebesar 78,65%, diikuti Kabupaten Luwu Utara sebesar 80,64% dan Kabupaten Selayar sebesar 84,42%. Informasi lebih rinci menurut Kabupaten / Kota terkait cakupan pelayanan ibu nifas yang dilaporkan dapat dilihat pada lampiran Tabel 29.

c. Pelayanan/Penanganan Komplikasi Maternal

Komplikasi maternal 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, yang tidak disebabkan oleh trauma/kecelakaan. Pencegahan dan

penanganan komplikasi maternal adalah pelayanan kepada ibu dengan komplikasi maternal untuk mendapatkan perlindungan /pencegahan dan penanganan definitif sesuai standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan.

Kegiatan deteksi dini dan penanganan ibu hamil berisiko/komplikasi kebidanan perlu lebih ditingkatkan baik di fasilitas pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) maupun dimasyarakat. Risti/komplikasi adalah keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Risti/komplikasi kebidanan meliputi Hb < 8 g %. Tekanan darah tinggi (sistole > 140 mmHg, diastole > 90 mmHg). Oedema nyata, eklampsia, perdarahan pervagina, ketuban pecah dini, letak lintang usia kehamilan > 32 minggu, letak sungsang pada primigravida, infeksi berat/sepsis, persalinan prematur.

Upaya Pencegahan dan penanganan komplikasi maternal diukur melalui indikator cakupan penanganan komplikasi maternal (cakupan PK) . indikator ini mengukur kemampuan negara dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional kepada ibu (hamil, bersalin, nifas) dengan komplikasi.

Indikator yang digunakan untuk mengukur keberhasilan pencegahan dan penanganan komplikasi maternal adalah cakupan penanganan komplikasi maternal (Cakupan PK). Indikator ini mengukur kemampuan Negara dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional kepada ibu (hamil, bersalin, nifas) dengan komplikasi.

Terdapat tiga jenis area intervensi yang dilakukan untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu dan neonatal yaitu melalui : 1) peningkatan pelayanan antenatal yang mampu mendeteksi dan menangani kasus resiko tinggi secara memadai; 2) pertolongan persalinan yang bersih dan aman oleh tenaga kesehatan terampil, pelayanan pasca persalinan dan kelahiran; serta 3) pelayanan emergensi obstetrik dan neonatal dasar (PONED) dan komprehensif (PONEK) yang dapat dijangkau.

Gambar IV.A.6 berikut menyajikan capaian indikator PK dari tahun 2009 sampai dengan tahun 2014 terjadi fluktuasi. Peningkatan nampak terjadi pada tahun 2011 56,44%, tahun 2012 59,95%, tahun 2013 64,99 dan tahun 2014 sebesar 71,57%. dan terjadi penurunan pada tahun 2010 sebesar 24,98 %.

GAMBAR.IV.A.6
PERSENTASE CAKUPAN IBU HAMIL RISTI/KOMPLIKASI YANG DITANGANI
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota Tahun 2014

Upaya terobosan dalam penurunan AKI dan AKB di Sulawesi Selatan adalah melalui Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang menitikberatkan fokus totalitas monitoring yang menjadi salah satu upaya deteksi dini, menghindari risiko kesehatan pada ibu hamil serta menyediakan akses dan pelayanan kesehatan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal dasar di tingkat Puskesmas dan pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal komprehensif di Rumah Sakit (PONEK).

Berdasarkan data hasil SDKI 2007, pemeriksaan kehamilan di Sulawesi Selatan secara garis besar masih sangat rendah, hal ini ditunjukkan dengan persentase pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan mencapai 92,2% (Nasional 93,2%), yang memperoleh imunisasi TT paling sedikit 1 kali sebesar 82,5% (Nasional 73%), yang menerima tablet zat besi selama hamil sebesar 71,9% (Nasional 77,3%), yang melahirkan pada tenaga kesehatan sebesar 58,8% (Nasional 73%) dan yang melahirkan pada fasilitas kesehatan sebesar 30,6% (Nasional 46,1%).

Pada tahun 2014 jumlah ibu hamil risti/komplikasi tercatat sebanyak 33.226 (20% dari ibu hamil) dan hanya 71.57% cakupan penanganan komplikasi kebidanan yang ditangani jika dibandingkan dengan target Renstra (70%) Dinas kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2014 berarti sudah mencapai target. Data selengkapnya dapat dilihat pada lampiran Tabel 33.

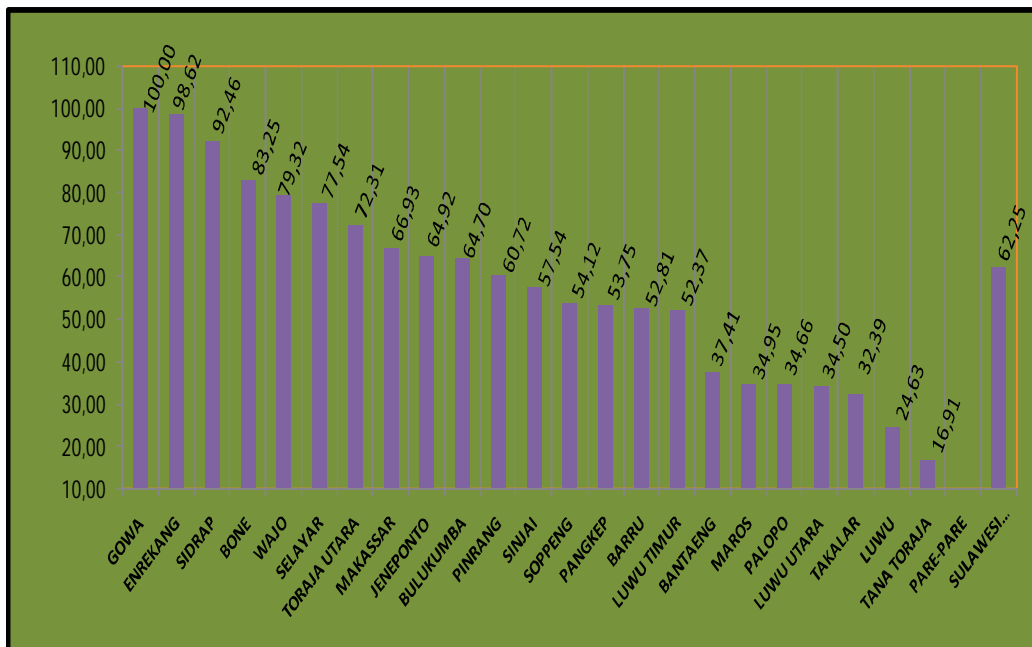
d. Kunjungan Neonatal Komplikasi

Neonatal komplikasi adalah neonatus dengan penyakit dan atau kelainan yang dapat menyebabkan kecacatan dan atau kematian, seperti

asfiksia, ikterus, hipotermia, tetanus neonatorum, infeksi/sepsis, trauma lahir, BBLR (Berat Lahir < 2.500 gram), sindroma gangguan pernafasan, dan kelainan kongenital maupun yang termasuk klasifikasi kuning pada pemeriksaan dengan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM). Dalam melaksanakan pelayanan neonatus, petugas kesehatan selain melakukan pemeriksaan kesehatan bayi juga melakukan konseling perawatan bayi kepada ibu. Pelayanan kesehatan tersebut meliputi pelayanan kesehatan neonatal dasar (tindakan resusitasi, pencegahan hipotermia, pemberian ASI dini dan eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, kulit dan pemberian imunisasi), pemberian Vitamin K, manajemen terpadu balita muda (MTBM) dan penyuluhan perawatan neonatus di rumah menggunakan buku KIA.

Yang dimaksud dengan penanganan Neonatus komplikasi adalah neonatus sakit dan atau neonatus kelainan yang mendapat pelayanan sesuai standar oleh tenaga kesehatan (dokter, bidan atau perawat) baik di rumah, sarana pelayanan kesehatan dasar maupun sarana pelayanan kesehatan rujukan. Pelayanan sesuai standar antara lain sesuai standar MTBM, manajemen Asfiksia Bayi Baru Lahir, Manajemen Bayi Berat Lahir Rendah, pedoman pelayanan neonatal esensial ditingkat pelayanan kesehatan dasar, PONEK, PONEK atau sesuai standar pelayanan lainnya.

GAMBAR IV.A.7.
PERSENTASE CAKUPAN KOMPLIKASI NEONATUS YANG DITANGANI
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota tahun 2014

Pada gambar IV.A.7 diatas, nampak bahwa capaian penanganan neonatal komplikasi pada tahun 2014 sebesar 62,25%, jika dibandingkan tahun 2013 sebesar 56,22% mengalami peningkatan.

Rendahnya cakupan penanganan komplikasi neonatal disebabkan sistem

pencatatan dan pelaporan penanganan neonatus dengan komplikasi belum mengakomodir semua laporan fasilitas kesehatan dasar dan rujukan swasta. Selain itu juga dapat disebabkan masih banyak tenaga kesehatan yang belum memahami definisi operasional dari terminologi penanganan neonatus dengan komplikasi.

e. Kunjungan Neonatal

Bayi baru lahir atau yang lebih dikenal dengan neonatal merupakan salahsatu kelompok yang paling rentan terhadap gangguan kesehatan beberapa upaya kesehatan dilakukan untuk mengendalikan risiko pada kelompok ini diantaranya dengan mengupayakan agar persalinan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan difasilitas kesehatan serta menjamin tersedianya pelayanan kesehatan sesuai standar pada kunjungan bayi baru lahir.

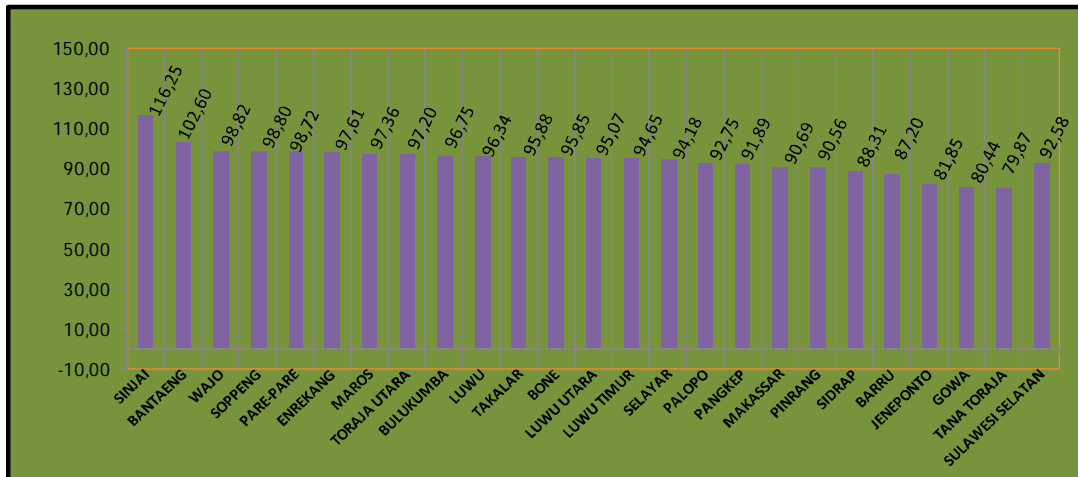
Neonatus atau bayi baru lahir (0-28%) merupakan kelompok umur yang merupakan kelompok umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi. Upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi risiko tersebut antara lain dengan melakukan pertolongan persalinan tenaga difasilitas kesehatan dan memberikan pelayanan sesuai standar pada kunjungan bayi baru lahir.

Pelayanan kesehatan neonatal sesuai standar adalah pelayanan kesehatan neonatal saat lahir dan pelayanan kesehatan saat kunjungan neonatal sebanyak 3 kali. Pelayanan yang diberikan saat kunjungan neonatal adalah pemeriksaan sesuai standar Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) dan konseling perawatan bayi baru lahir termasuk ASI eksklusif dan perawatan tali pusat. Pada kunjungan neonatal peratma (KN1), bayi baru lahir mendapatkan vitamin K1 injeksi dan imunisasi hepatitis BO bila belum diberikan pada saat lahir.

Hasil Riskesdas tahun 2010 secara nasional persentase cakupan pemeriksaan neonatus oleh tenaga kesehatan (umur 3-7 hari) sebesar 60,6% tertinggi di provinsi Yogyakarta (84,4%) dan terendah di provinsi Papua Barat (17,4%), khusus Sulawesi Selatan sebesar 44,5%, sedangkan pemeriksaan neonatus (umur 8-28 hari) sebesar 37,7%, tertinggi di Yogyakarta (66,7%) dan terendah di Provinsi Sulawesi Barat (9,1%) khusus Sulawesi Selatan sebesar 29,2%.

Sedangkan perkembangan persentase cakupan kunjungan neonatus di Sulawesi Selatan sejak tahun 2009-2013 pada tahun 2010 sebesar 82,81%, untuk tahun 2011 mengalami penurunan yaitu sebesar 81,27% meskipun mengalami penurunan 1,54%, tahun 2012 mengalami peningkatan sebesar 93,85% dan untuk tahun 2013 mengalami penurunan menjadi 91,58%, ini berarti sudah melebihi standar nasional (Renstra Kemenkes RI 2011 86%). Kunjungan neonatus lengkap (KN3) di Provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2014 dapat dilihat pada gambar IV.A 8 berikut.

GAMBAR IV.A.8.
 PERSENTASE CAKUPAN KUNJUNGAN NEONATUS LENGKAP (KN3)
 DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Bidang Binkesmas Dinkes Prov. Sulsel Tahun 2014

Upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi risiko neonatus dengan komplikasi antara lain dengan melakukan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan pelayanan kesehatan pada neonatus (0-28 hari) minimal 2 kali, satu kali pada umur 0-7 hari dan satu kali lagi pada umur 8-28 hari. Dalam melaksanakan pelayanan neonatus, petugas kesehatan selain melakukan pemeriksaan kesehatan bayi juga melakukan konseling perawatan bayi kepada ibu.

Pada gambar IV.A.8 menunjukkan persentase kunjungan neonatus lengkap (KN3) tahun 2014 sebesar 92,58% dengan Kabupaten tertinggi yaitu Kabupaten Sinjai (116,25%), Kabupaten Bantaeng (102,60%), Kabupaten Wajo (98,82%) dan terendah di Kabupaten Tana Toraja (79,87%), Kabupaten Gowa (80,44%), dan Kabupaten Jeneponto (81,85%), sedangkan pada gambar IV.A.9. dibawah ini menunjukkan Perkembangan Cakupan Neonatus dari tahun 2009-2014. Dimana pada tahun 2010 mengalami peningkatan yaitu 82,81%, tahun 2011 mengalami penurunan menjadi 81,27%, dan pada tahun 2012 mengalami peningkatan secara signifikan yaitu 93,94%, tahun 2013 mengalami penurunan yaitu 87,34 dan tahun 2014 mengalami peningkatan menjadi 92,58%.

GAMBAR IV.A.9
PERSENTASE PERKEMBANGAN CAKUPAN NEONATUS
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2009-2014



Sumber : Dinas kesehatan Kabupaten / Kota Tahun 2014

f. Pelayanan Kesehatan Pada Bayi

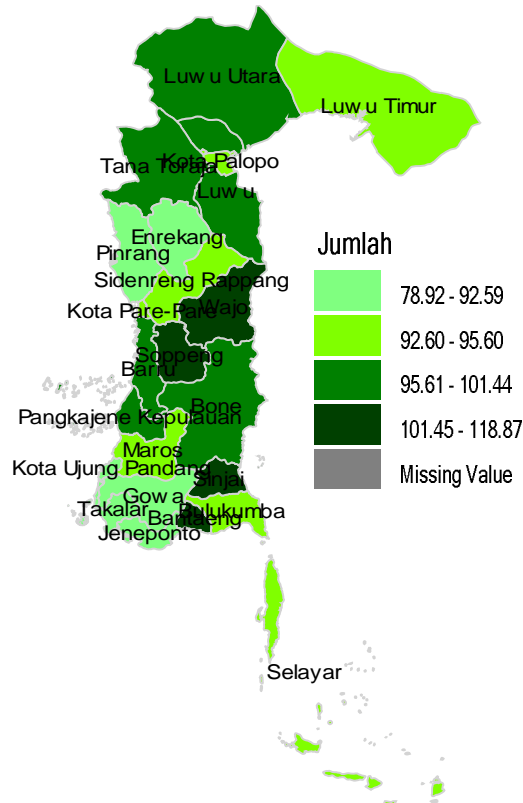
Bayi juga merupakan salah satu kelompok yang rentan terhadap gangguan kesehatan maupun serangan penyakit. Kesehatan bayi dan balita harus dipantau untuk memastikan kesehatan mereka selalu dalam kondisi optimal. Pelayanan kesehatan bayi termasuk salah satu dari beberapa indikator yang bisa menjadi ukuran keberhasilan upaya peningkatan kesehatan bayi dan balita. Pelayanan kesehatan pada bayi ditujukan pada bayi usia 29 hari sampai dengan 11 bulan dengan memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis kesehatan (dokter, bidan, dan perawat) minimal 4 kali, yaitu pada 29 hari – 2 bulan, 3 – 5 bulan, 6 – 8 bulan dan 9 – 12 bulan sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Pelayanan kesehatan bayi ditujukan pada bayi usia 29 hari – 11 bulan yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis kesehatan (dokter, bidan dan perawat) minimal 4 kali. Pelayanan ini meliputi pemberian imunisasi dasar (BCG, DPT/HB1-3, polio 1-4 dan campak) stimulasi deteksi intervensi dini tumbuh kembang (SDIDTK) bayi, pemberian vitamin A pada bayi, dan penyuluhan perawatan kesehatan bayi serta penyuluhan ASI Eksklusif, MP ASI dan lain-lain.

Pemeriksaan kesehatan bayi juga melakukan konseling perawatan bayi kepada ibu. Pelayanan kesehatan tersebut meliputi pelayanan kesehatan neonatal dasar (tindakan resusitasi, pencegahan hipotermia, pemberian ASI dini

dan eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, kulit dan pemberian imunisasi), pemberian Vitamin K, manajemen terpadu balita muda (MTBM) dan penyuluhan perawatan neonatus di rumah menggunakan buku KIA.

Cakupan pelayanan kesehatan bayi dapat menggambarkan upaya pemerintah dan meningkatkan akses bayi untuk memperoleh pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin adanya kelainan atau penyakit, pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit serta peningkatan kualitas hidup bayi.



Hasil pengumpulan data/indikator kinerja bidang kesehatan menunjukkan bahwa persentase cakupan kunjungan bayi di Indonesia. Adapun Tahun 2014 Kabupaten / Kota yang memiliki cakupan kunjungan bayi minimal 4 kali tertinggi (memenuhi standar nasional =90%) yaitu Kab. Selayar, Bulukumba, Sinjai, Maros, Pangkep, Barru, Bone, Soppeng, Wajo, Sidrap, Tana Toraja, Luwu Utara, Luwu Timur, Toraja Utara, Makassar, Parepare dan Palopo sedangkan Kabupaten / Kota dengan cakupan kunjungan bayi terendah adalah Kabupaten Jeneponto, Takalar, Gowa, Pinrang dan Enrekang. Data terinci pada lampiran Tabel 40.

Gbr.IV.A.10 Pemetaan Kunjungan Bayi di Sulsel 2014

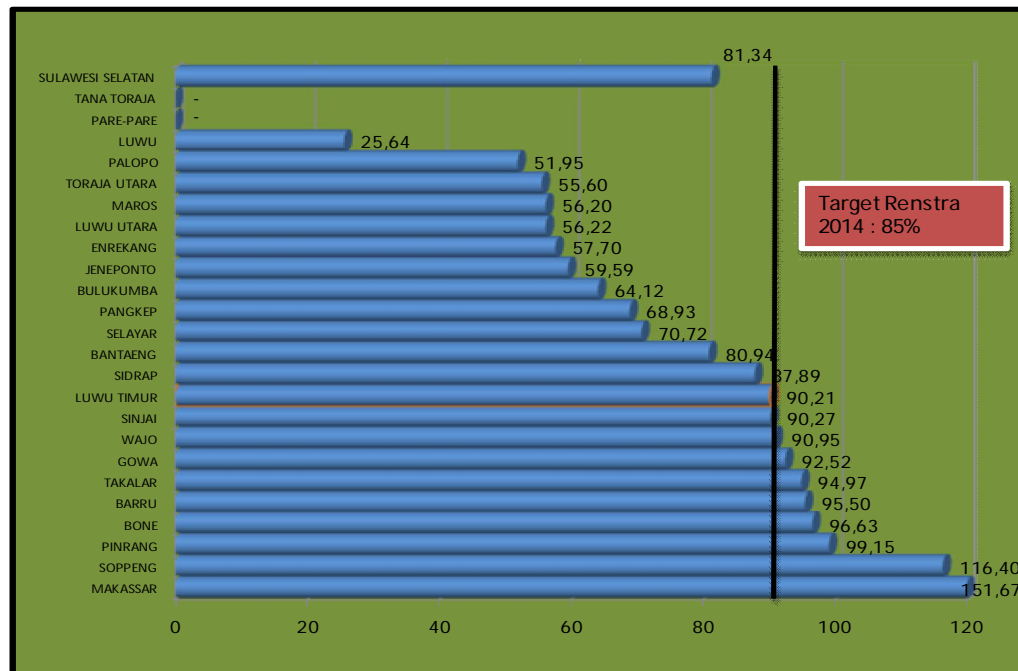
g. Pelayanan Kesehatan pada Anak Balita

Pelayanan Kesehatan anak balita adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan pada anak usia 12-59 bulan dalam upaya meningkatkan kualitas hidup anak balita diantaranya adalah melakukan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan dan stimulasi tumbuh kembang pada anak dengan menggunakan instrumen SDIDTK, pembinaan posyandu, pembinaan anak prasekolah (PAUD) dan konseling keluarga pada kelas ibu balita dengan memanfaatkan buku KIA, perawatan anak balita dengan

pemberian ASI sampai 2 tahun, makanan gizi seimbang dan vitamin A.

Cakupan pelayanan kesehatan anak balita pada tahun 2014 sebesar 81,34%. Angka ini lebih besar dibandingkan tahun 2013 sebesar 57,34%, cakupan tahun 2014 belum mencapai target Standar Pelayanan Minimal (SPM) 90%, begitupula dengan target Renstra provinsi 85%.

GAMBAR IV.A.11.
PERSENTASE CAKUPAN KUNJUNGAN ANAK BALITA
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota Tahun 2014

h. Pelayanan Kesehatan Pada Siswa SD dan Setingkat

Pelayanan kesehatan pada kelompok ini dilakukan dengan pelaksanaan pemantauan dini terhadap tumbuh kembang dan pemantauan kesehatan anak prasekolah, pemeriksaan anak sekolah dasar/ sederajat, serta pelayanan kesehatan pada remaja, baik yang dilakukan oleh tenaga kesehatan maupun peran serta tenaga terlatih lainnya seperti kader kesehatan, guru UKS dan dokter kecil.

Mulai masuk sekolah merupakan hal penting bagi tahap perkembangan anak. Banyak masalah kesehatan terjadi pada anak usia sekolah, seperti misalnya pelaksanaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) seperti menggosok gigi dengan baik dan benar, mencuci tangan menggunakan sabun, karies gigi, kecacingan, kelainan refraksi/ketajaman penglihatan dan masalah gizi. Pelayanan kesehatan pada anak termasuk pula intervensi pada anak usia sekolah.

Anak usia sekolah merupakan sasaran yang strategis untuk pelaksanaan

program kesehatan, karena selain jumlahnya yang besar, mereka juga merupakan sasaran yang mudah dijangkau karena terorganisir dengan baik. Sasaran dari pelaksanaan kegiatan ini diutamakan untuk siswa SD/ sederajat kelas 1. Pemeriksaan kesehatan dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama tenaga lainnya yang terlatih (guru UKS/UKSG dan dokter kecil). Tenaga kesehatan disini adalah tenaga medis, tenaga keperawatan atau petugas puskesmas lainnya yang telah dilatih sebagai tenaga pelaksana UKS/UKGS. Guru UKS/UKGS adalah guru kelas atau guru yang ditunjuk sebagai pembina UKS/UKGS di sekolah dan telah dilatih tentang UKS/UKGS. Dokter kecil adalah kader kesehatan sekolah yang biasanya berasal dari murid kelas 4 dan 5 SD dan setingkat yang telah mendapatkan pelatihan dokter kecil.

Hal ini dimaksudkan agar pembelajaran tentang kebersihan dan kesehatan gigi bisa dilaksanakan sedini mungkin. Kegiatan ini dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan siswa tentang pentingnya menjaga kesehatan gigi dan mulut pada khususnya dan kesehatan tubuh serta lingkungan pada umumnya. Upaya kesehatan pada kelompok ini yang dilakukan melalui penjangkaran kesehatan terhadap murid SD/MI kelas 1 juga menjadi salah satu indikator yang dievaluasi keberhasilannya melalui Renstra Kementerian Kesehatan. Kegiatan penjangkaran kesehatan 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 Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).

Kegiatan penjangkaran kesehatan ini terdiri dari :

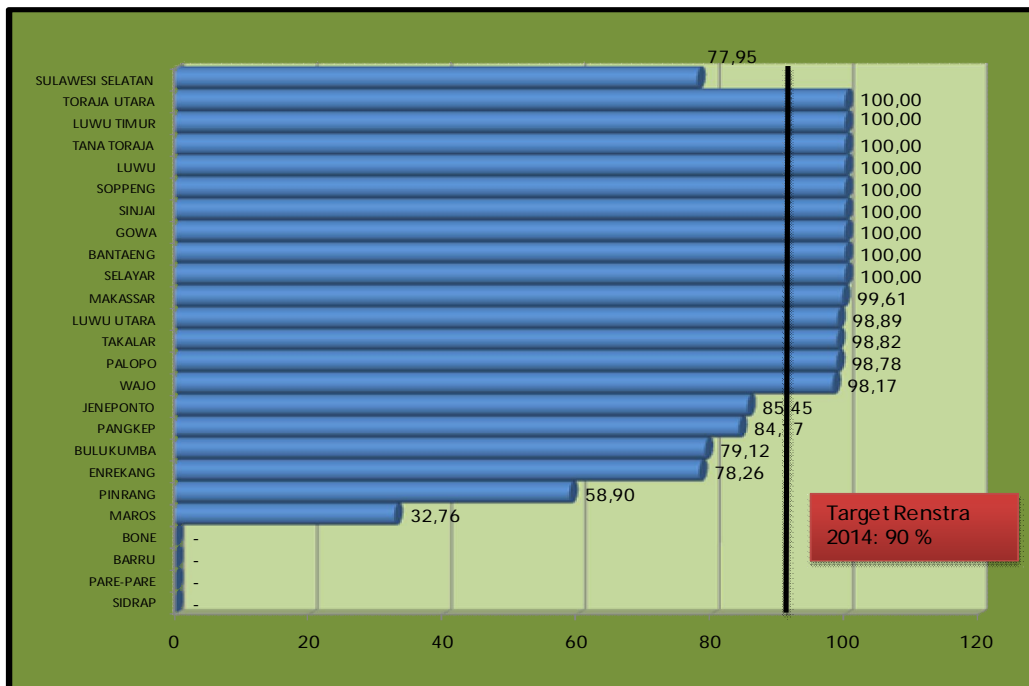
1. Pemeriksaan kebersihan perorangan (rambut, kulit dan kuku)
2. Pemeriksaan status gizi melalui pengukuran antropometri
3. Pemeriksaan ketajaman indera (penglihatan dan pendengaran)
4. Pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut
5. Pemeriksaan laboratorium untuk anemia dan kecacingan
6. Pengukuran kebugaran jasmani
7. Deteksi dini masalah mental emosional. Penjangkaran kesehatan merupakan

Serangkaian kegiatan pemeriksaan kesehatan yang dilakukan terhadap siswa kelas 1 Sekolah Dasar atau yang setingkat untuk memilah siswa yang mempunyai masalah kesehatan agar segera mendapatkan penanganan sedini mungkin. Kegiatan tersebut meliputi pemeriksaan kesehatan dalam penjangkaran kesehatan siswa tersendiri dari pemeriksaan kebersihan perorangan (rambut, kulit, dan kuku) pemeriksaan status gizi melalui pengukuran antropometri, pemeriksaan ketajaman indera (penglihatan dan pendengaran), pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut, pemeriksaan laboratorium untuk anemia dan kecacingan, pengukuran kebugaran jasmani dan deteksi dini masalah mental emosional.

Secara nasional pada tahun 2012, cakupan SD atau sederajat yang melaksanakan penjangkaran kesehatan untuk siswa kelas 1 di Indonesia sebesar 83,95%. Penjangkaran kesehatan dinilai dengan menghitung persentase SD/MI yang melakukan penjangkaran kesehatan terhadap seluruh SD/MI yang menjadi sasaran penjangkaran. Cakupan SD atau sederajat yang melaksanakan

penjaringan kesehatan untuk siswa kelas 1 pada tahun 2013 di Indonesia yang sebesar 73,91% mengalami penurunan dibandingkan cakupan tahun 2012 yang sebesar 83,95%. Selain terjadi penurunan dibandingkan tahun sebelumnya, capaian tersebut juga belum memenuhi target Renstra 2013 yang sebesar 94%.

GAMBAR IV.A.12
PERSENTASE CAKUPAN PENJARINGAN SISWA SD DAN SETINGKAT
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten / Kota Tahun 2014

Pada gambar di atas diketahui bahwa hanya 14 Kabupaten / Kota yang telah mencapai target yaitu Kabupaten Toraja Utara (100%), Kabupaten Luwu Timur (100%), Kabupaten Tana Toraja (100%), Kabupaten Luwu (100%), Kabupaten Soppeng (100%), Kabupaten Sinjai (100%), Kabupaten Gowa (100%), Kabupaten Bantaeng (100%) dan Kabupaten Selayar (100%) Sedangkan 10 Kabupaten / Kota yang lain belum mencapai target Renstra. Persentase cakupan penjaringan Siswa SD dan setingkat di Sulawesi Selatan pada tahun 2014 data terinci pada lampiran Tabel 49. Sulitnya tercapai target penjaringan SD/MI disebabkan oleh beberapa masalah. Masalah utama yang sering ditemukan di Kabupaten / Kota tenaga yang sudah dilatih dipindahkan ke bidang/tempat lain dan juga kurangnya tenaga di Puskesmas untuk melaksanakan penjaringan kesehatan karena membutuhkan waktu yang lama.

i. Pelayanan Keluarga Berencana (KB)

Program Keluarga Berencana (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). Keluarga berencana (KB) 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.

Tingkat pencapaian pelayanan Keluarga Berencana dapat dilihat dari cakupan Pasangan Usia Subur (PUS) yang sedang menggunakan alat/metode kontrasepsi (KB aktif), cakupan peserta KB yang baru menggunakan alat/metode kontrasepsi, tempat pelayanan KB, dan jenis kontrasepsi yang digunakan akseptor.

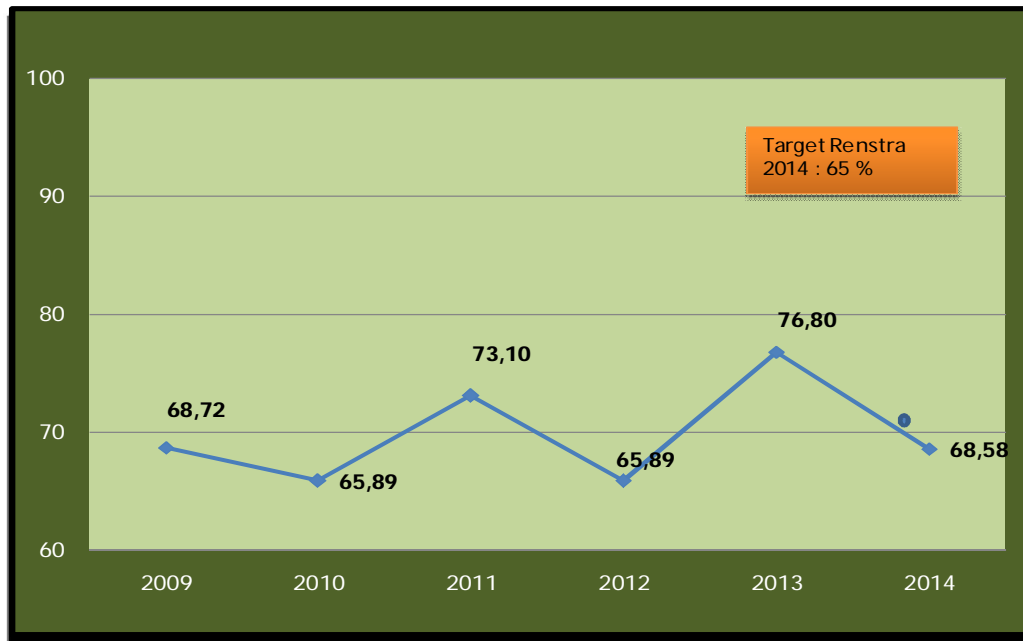
Masa subur seorang wanita memiliki peranan bagi terjadinya kehamilan sehingga peluang wanita melahirkan menjadi cukup tinggi. Menurut hasil penelitian usia subur seorang wanita rata-rata 15 – 49 tahun walaupun sebagaimana wanita mengalami menarche (haid pertama) pada usia 9 – 10 tahun. Oleh karena itu untuk mengatur jumlah kelahiran atau menjarangkan kelahiran, pasangan usia subur ini lebih diprioritaskan untuk menggunakan alat/cara KB. Tingkat pencapaian pelayanan Keluarga Berencana dapat dilihat dari cakupan (KB aktif), cakupan peserta KB yang baru menggunakan alat/metode kontrasepsi, tempat pelayanan KB dan jenis kontrasepsi yang digunakan akseptor.

Baik suami maupun istri memiliki hak yang sama untuk menetapkan berapa jumlah anak yang akan dimiliki dan kapan akan memiliki anak. Melalui tahapan konseling pelayanan KB, pasangan usia subur (PUS) dapat menentukan pilihan kontrasepsi sesuai dengan kondisi dan kebutuhannya berdasarkan informasi yang telah mereka pahami, termasuk keuntungan dan kerugian, risiko metode kontrasepsi dari petugas kesehatan. Program Keluarga Berencana (KB) dilakukan dalam rangka mengatur jumlah kelahiran atau menjarangkan kelahiran. Sasaran program KB adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang lebih dititikberatkan pada kelompok Wanita Usia Subur (WUS) yang berada pada kisaran usia 15-49 tahun.

Berdasarkan Survei Sosial Ekonomi Nasional tahun 2007, persentase wanita berumur 10 tahun ke atas yang pernah kawin dengan jumlah anak yang dilahirkan hidup terbesar adalah 2 orang (23,02%), 1 orang (19,52%) dan 3 orang (17,11%) sedangkan rata-rata jumlah anak lahir hidup per wanita usia 15 –49 tahun adalah 1.79 untuk daerah perKotaan dan pedesaan, 1,57 di perKotaan dan 1.98 di pedesaan.

Secara nasional, menurut hasil Riskesdas 2010 proporsi perempuan berstatus kawin umur 15-49 tahun menggunakan alat/cara KB sebesar 56,0% dan adapun proporsi penggunaan alat kotrasepsi pada perempuan berstatus kawin usia 15-49 tahun yaitu menggunakan sebesar 56,0%, pernah/tidak menggunakan lagi sebesar 25,6% dan tidak pernah sama sekali sebesar 18,4%.

GAMBAR. IV.A.13
PERSENTASE PERKEMBANGAN CAKUPAN KAB AKTIF
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2009 - 2014



Sumber : Profil Dinas Kesehatan Tahun 2014

Di Sulawesi Selatan pada tahun 2010-2014 persentase peserta KB aktif cenderung berfluktuasi. Data terinci pada lampiran Tabel 34. Gambaran persentase peserta KB aktif di Sulawesi Selatan selama tahun 2010-2014 (gbr.IV.A.13).

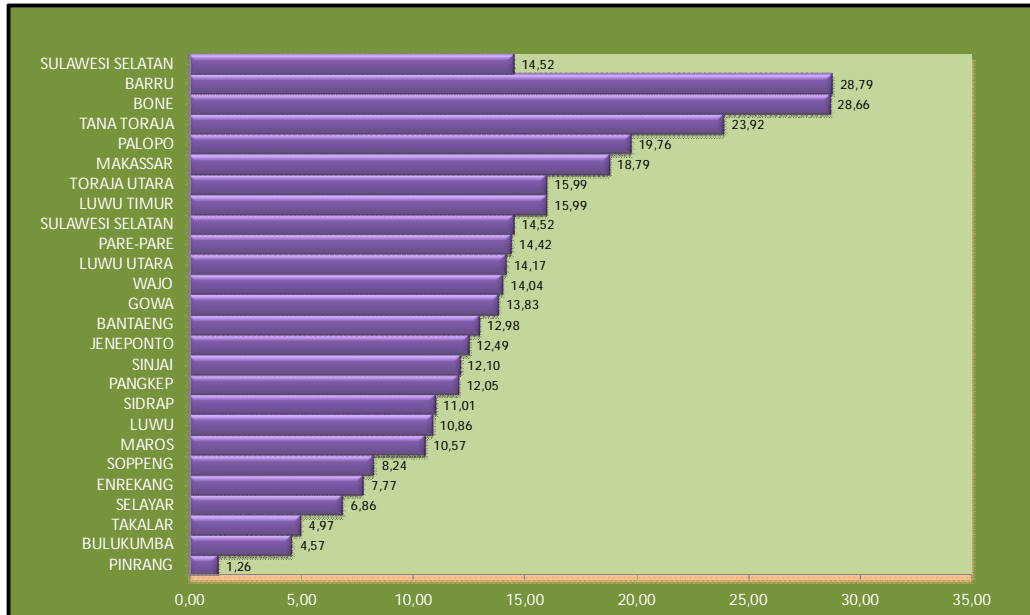
Adapun proporsi perempuan berstatus kawin umur 15-49 tahun menurut jenis penggunaan alat/cara KB yaitu sterilisasi wanita (2,2%, sterilisasi pria (0,1%,PIL (12,8%, IUD/AKDR/Spiral (5,1%), Suntikan (32,4%), Implant (1,4%), Kondom (1,1%), Amenorrhoe laktasi (0,1%), pantang berkala/kalender (0,4%), senggama terputus (0,3%), lainnya (0,1%) dan tidak menggunakan (44,0%), Riskesdas 2010.

Pada gambar IV.A.14 dapat dilihat bahwa Kabupaten / Kota dengan persentase peserta KB Baru tertinggi ialah Kabupaten Barru (28,79%), kemudian Bone (28,66%), dan Tana Toraja (25,92%). Sedangkan Kabupaten / Kota dengan persentase peserta KB baru terendah ialah Kabupaten Pinrang (1,26%), Kabupaten Bulukumba (4,57%), dan Kabupaten Takalar (4,97%). Tingkat provinsi, persentase peserta KB baru pada tahun 2014 adalah sebesar 14,52%. Data dan informasi terkait kontrasepsi selengkapnya disajikan pada lampiran tabel 36.

Sedangkan pada peserta KB baru, persentase metode kontrasepsi yang terbanyak digunakan adalah suntikan, yakni sebesar 50,60%. Metode terbanyak ke dua adalah pil, sebesar 28,87%. Metode yang paling sedikit dipilih oleh para peserta KB baru adalah metode operasi pria (MOP) sebanyak 0,14%, kemudian metode operasi wanita (MOW) sebanyak 0,65%, dan kondom (8,06%). Gambaran mengenai persentase peserta KB baru menurut

metode kontrasepsi tahun 2014 Selain itu, persentase peserta KB baru menurut Kabupaten / Kota tahun 2014 disajikan pada tabel 35.

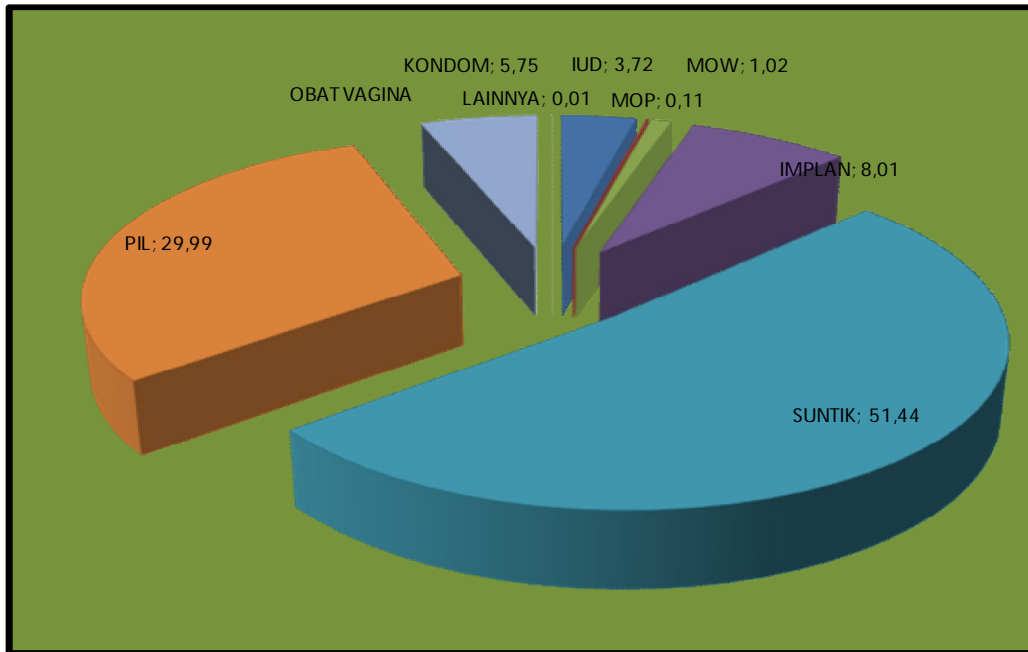
GAMBAR. IV.A.14
PERSENTASE CAKUPAN KB BARU
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Profil Dinas Kesehatan Tahun 2014

Adapun metode kontrasepsi yang paling banyak digunakan oleh peserta KB aktif adalah suntikan (51,44%) dan terbanyak ke dua adalah pil (29,99%). Sedangkan metode kontrasepsi yang paling sedikit dipilih oleh peserta KB aktif adalah Metoda Operasi Pria (MOP), yakni sebanyak 0,11%, kemudian lainnya sebanyak 0,01%. Proporsi peserta KB aktif menurut jenis kontrasepsi yang digunakan selengkapnya dapat dilihat pada gambar IV.A.15.

**GAMBAR IV.A.15
PROPORSI PESERTA KB AKTIF MENURUT JENIS
KONTRASEPSI YANG DIGUNAKAN
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014**



Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota tahun 2014

j. Pelayanan Imunisasi

Kegiatan imunisasi rutin meliputi pemberian imunisasi untuk bayi umur 0 – 1 tahun (BCG, DPT, Polio, Campak, HB), imunisasi untuk Wanita Usia subur/Ibu Hamil (TT) dan imunisasi tambahan dilakukan atas dasar ditemukannya masalah seperti Desa non UCI, potensial/risti KLB, ditemukan/diduga adanya virus polio liar atau kegiatan lainnya berdasarkan kebijakan teknis.

Bayi dan anak memiliki risiko yang lebih tinggi terserang penyakit menular dibandingkan kelompok penduduk dewasa. Penyakit menular yang kerap dikenal sebagai penyakit Yang dapat dicegah imunisasi (PD3I) yaitu Difteri, Tetanus, Hepatitis B, radang selaput otak, radang paru-paru, pertusis, dan polio. Dengan keadaan tersebut, salah satu bentuk upaya pencegahan yang terbaik dan sangat vital agar kelompok berisiko tersebut dapat melindungi adalah imunisasi.

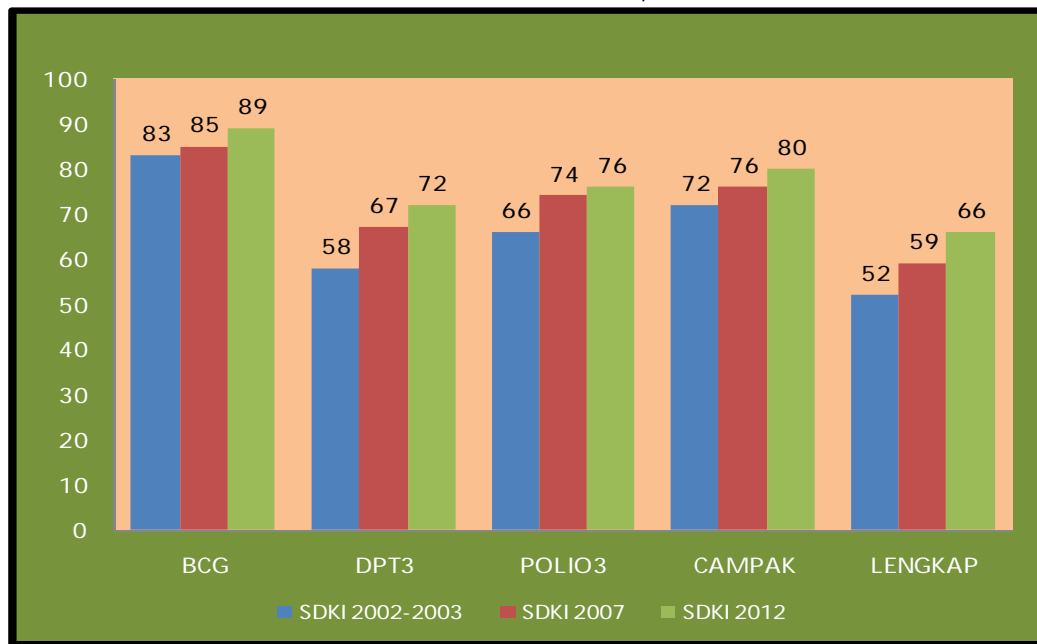
✚ Imunisasi Dasar pada Bayi

Pelayanan imunisasi bayi mencakup vaksinasi BCG, DPT (3 kali), Polio (4 kali), Hepatitis-B (3 kali) dan Imunisasi Campak (1 kali), yang dilakukan melalui pelayanan rutin di posyandu dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Cakupan imunisasi dasar pada bayi (cakupan imunisasi campak) secara nasional

di tahun 2011 sebesar 93,6%. data terinci pada lampiran tabel 23.

Pencapaian Universal Child Immunization (UCI) pada dasarnya merupakan proyeksi terhadap cakupan sasaran bayi yang telah mendapatkan imunisasi secara lengkap. Bila cakupan UCI dikaitkan dengan batasan suatu wilayah tertentu, berarti dalam wilayah tersebut juga menggambarkan besarnya tingkat kekebalan masyarakat (herd immunity) terhadap penularan PD3I. Suatu desa/kelurahan telah mencapai target UCI apabila >80 % bayi didesa/kelurahan tersebut mendapat imunisasi lengkap.

GAMBAR IV.A.16
PERSENTASE CAKUPAN IMUNISASI
DI INDONESIA TAHUN 2002-2003, 2007 DAN 2012

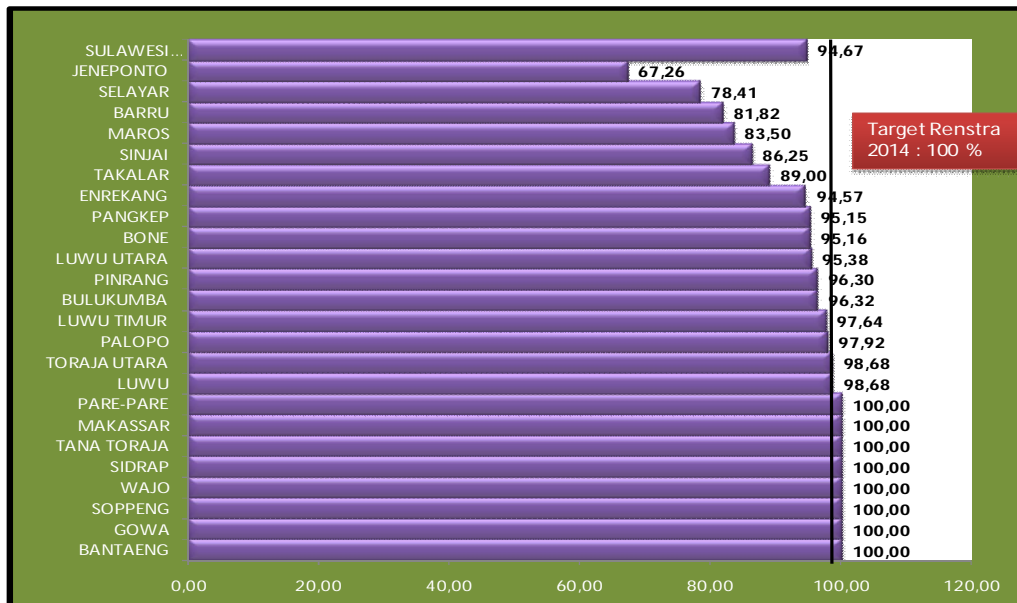


Sumber : BPS hasil SDKI 2003,2007 dan 2012

Menurut hasil SDKI tahun 2007 pencapaian indikator imunisasi lengkap secara nasional 59 % dengan provinsi tertinggi yaitu DIY Yogyakarta yaitu 93,8% dan terendah di provinsi Papua yaitu 32,6% dan adapun hasil SDKI 2012 pencapaian indikator imunisasi lengkap secara nasional yaitu 66% dengan provinsi tertinggi yaitu DIY Yogyakarta yaitu 93,5% dan terendah di provinsi Papua yaitu 34%.

Sementara itu, pencapaian UCI tingkat desa/kelurahan pada tahun 2010 pencapaian UCI menurun menjadi 77,47%, pada tahun 2011 pencapaian UCI meningkat menjadi 84,70%, pada tahun 2012 menjadi 90.32% dan untuk tahun 2013 terjadi penurunan menjadi 90,16%. Data terinci pada lampiran Tabel 41.

GAMBAR IV.A.17
 PERSENTASE CAKUPAN DESA/KELURAHAN UCI
 DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Bidang P2PL Dinkes Prov.Sulsel Tahun 2014

Cakupan imunisasi campak untuk mencegah penyakit campak yang diberikan hanya satu kali pada umur 9-11 bulan dengan cara menyuntik pada lengan kiri atas (*subkutan*). Cakupan imunisasi campak di Sulawesi Selatan pada tahun 2014 telah memenuhi target provinsi yaitu 1% (melebihi 3,08% dari target provinsi). Namun masih terdapat 11 kab/Kota yang belum memenuhi target provinsi (dibawah 90%), antara lain Kabupaten Selayar, Kabupaten Bulukumba, Kabupaten Jeneponto, Kabupaten Bone, Kabupaten Sidrap, Kabupaten Enrekang, Kabupaten Luwu, Kabupaten Luwu Utara, Kabupaten Tator, Kota Palopo dan Kabupaten Toraja Utara. Tetapi dua kab/ Kota yang telah memenuhi target nasional (100%) yaitu Kabupaten Bantaeng, Kabupaten Maros, Kota Parepare, Kota Makassar, Kabupaten Enrekang , lebih rinci dapat dilihat pada gambar IV.A.17.

Imunisasi pada ibu Hamil

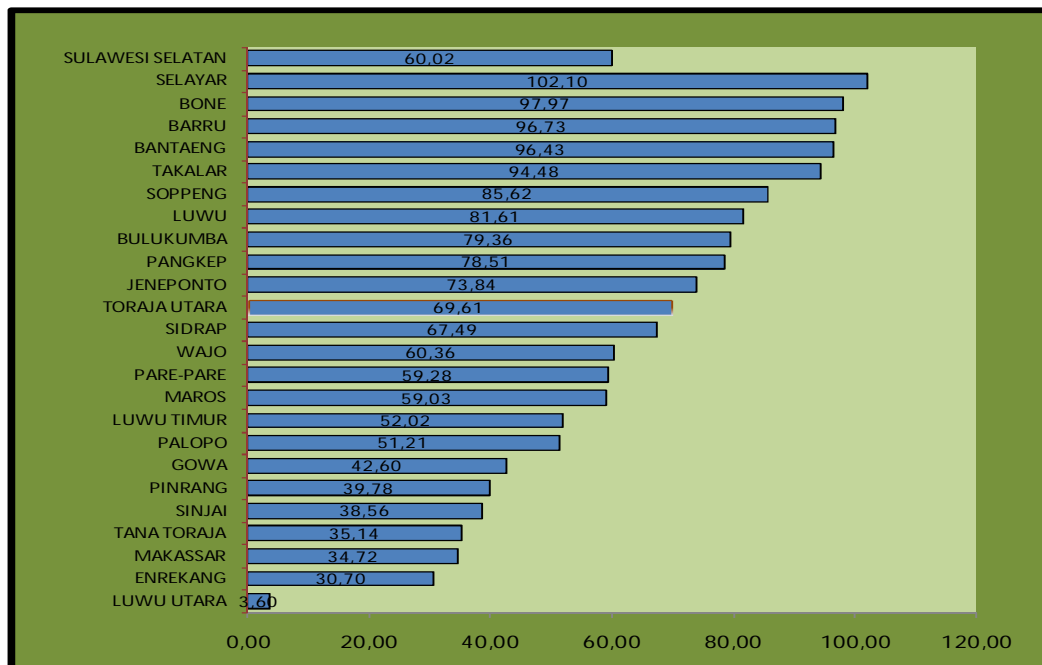
Maternal and Neonatal Tetanus Elimination (MNTE) merupakan salah satu kegiatan imunisasi tambahan yang bertujuan untuk menurunkan jumlah kasus Tetanus Neonatal di setiap Kabupaten / Kota hingga < 1 kasus per 1000 kelahiran hidup pertahun. Pada masa lalu sasaran kegiatan MNTE adalah calon pengantin dan ibu hamil namun pencapaian target agak lambat, sehingga dilakukan kegiatan akselerasi berupa pemberian TT4 dosis pada seluruh wanita usia subur termasuk ibu hamil (usia 15 – 39 tahun).

Imunisasi TT ibu hamil adalah pemberian imunisasi TT pada ibu hamil sebanyak 5 dosis dengan interval tertentu (yang dimulai saat dan atau sebelum

kehamilan) yang berguna bagi kekebalan seumur hidup, pemberian TT2 selang waktu pemberian minimal 4 minggu setelah TT1 dengan masa perlindungan 3 tahun, TT3 selang waktu pemberian minimal 6 bulan setelah TT2 dengan masa perlindungan 5 tahun, TT4 selang waktu pemberian minimal 1 tahun setelah TT3 dengan masa perlindungan 10 tahun, pemberian TT5 selang waktu pemberian minimal 1 tahun setelah TT4 dengan masa perlindungan 25 tahun dan pemberian TT2 imunisasi yang diberikan minimal 2 kali saat kehamilan (yang dimulai saat dan atau sebelum kehamilan).

Adapun cakupan imunisasi TT ibu hamil pada tahun 2013 yaitu TT-1 sebesar 62,57%, TT-2 sebesar 51,11%, TT-3 sebesar 6,64%, TT-4 sebesar 3,67%, TT-5 sebesar 8,7% dan TT2+ sebanyak 70,09%. Data terinci pada lampiran Tabel 30. Sedangkan persentase cakupan imunisasi TT2 pada ibu hamil tahun 2014 dapat dilihat pada gambar IV.A.18.

GAMBAR IV.A.18
PERSENTASE CAKUPAN IMUNISASI TT2+ PADA IBU HAMIL
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota Tahun 2014

k. Pelayanan Kesehatan Pra Usia Lanjut dan Usia Lanjut

Pelayanan kesehatan untuk kelompok usia lanjut pada penyuluhan kesehatan melalui pembentukan Posyandu Lansia. Keikutsertaan masyarakat ditingkatkan melalui posyandu ini, di mana selain penyuluhan kesehatan juga dilaksanakan pemeriksaan kesehatan secara berkala. Pelayanan kesehatan yang paripurna terhadap usila dilaksanakan oleh Puskesmas, baik dalam gedung maupun diluar gedung.

Di Sulawesi Selatan cakupan pelayanan kesehatan pra usila dan usila

pada tahun yang sama tercatat baru pada tahun 2014 cakupan pelayanan kesehatan usia lanjut sebesar 34.07 % dengan cakupan tertinggi Kabupaten Kota Palopo sebesar 122,26% dan terendah di Kabupaten Bulukumba sebesar 8,12%. Persentase cakupan pelayanan kesehatan pra usila dan usila menurut Kabupaten / Kota tahun 2014 disajikan pada lampiran Tabel 52.

B. PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN DAN PENUNJANG

Upaya pelayanan kesehatan rujukan dan penyediaan fasilitas penunjang merupakan bagian dari upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Adapun kegiatan pokok upaya kesehatan perorangan peningkatan pelayanan kesehatan rujukan, pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin di kelas III di Rumah Sakit dll. Berikut adalah uraian singkat tentang pelayanan kesehatan rujukan dan penunjang tersebut.

a. Indikator Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Penilaian tingkat keberhasilan pelayanan di Rumah Sakit biasanya dilihat berbagai segi yaitu tingkat pemanfaatan sarana, mutu dan tingkat efisiensi pelayanan. Beberapa indikator standar terkait dengan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit yang dipantau antara lain pemanfaatan tempat tidur (*Bed Occupancy Rate /BOR*), rata-rata lama hari perawatan (*Length of stay/LOS*), rata-rata tempat tidur di pakai (*Bed Turn Over/BTO*), rata-rata selang waktu pemakaian tempat tidur (*Turn of interval/TOI*), persentase pasien keluar yang meninggal (*Gross Dateh/GDR*) dan persentase pasien keluar yang meninggal >48 jam perawatan (*Net Death Rate/NDR*).

Hasil pengumpulan data profil kesehatan tahun 2014 persentase pemanfaatan tempat tidur Rumah Sakit umum (BOR) tercatat sebesar 66,05% rata-rata lama perawatan (LOS) sebesar 60,62%, persentasi rata-rata hari tempat tidur tidak dipakai dari saat terisi ke saat terisi berikutnya (TOI) 2,04%, angka kematian umum di Rumah Sakit untuk tiap-tiap 1,000 penderita keluar (GDR) 2,36% dan Jumlah Pasien mati >48 jam setelah dirawat (NDR) 0,97% bila dibandingkan dengan tahun 2014 mengalami penurunan karena masih ada Rumah Sakit belum melaporkan. Data terinci pada lampiran tabel 55 dan 56.

b. Kunjungan Rawat Inap

Data dan informasi terkait kunjungan rawat inap pasien di Rumah Sakit menggambarkan jumlah pasien rawat inap keluar hidup, jumlah pasien rawat inap keluar mati ≤ 48 jam, jumlah pasien rawat inap keluar mati ≥ 48 jam, jumlah hari perawatan, dan lama dirawat. Berdasarkan data dari tabel 55 dinas kesehatan Kabupaten / Kota tahun 2014 jumlah kunjungan rawat inap yang dilaporkan sebesar 347.366 pasien, jumlah pasien keluar mati pada tahun 2014 sebesar 6.455 pasien. Sedangkan jumlah pasien keluar mati ≥ 48 jam menunjukkan bahwa 2.649 pasien.

c. Pelayanan Kesehatan Jaminan Kesehatan

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) adalah suatu konsep atau metode penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna (preventif, promotif, rehabilitatif dan kuratif) berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan yang berkesinambungan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra-upaya.

Tujuan penyelenggaraan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yaitu untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu, menurunkan angka kematian bayi dan balita serta menurunkan angka kematian ibu, menurunkan angka kematian bayi dan balita serta menurunkan angka kelahiran di samping dapat terlayannya kasus-kasus kesehatan bagi masyarakat miskin.

Kecenderungan meningkatnya biaya pemeliharaan kesehatan menyulitkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya. Keadaan ini terjadi terutama pada keadaan dimana pembiayaannya harus ditanggung sendiri ("*out of pocket*") dalam sistem tunai ("*fee for service*"). Kenaikan biaya kesehatan terjadi akibat penerapan teknologi canggih, karakter '*supply induced demand*' dalam pelayanan kesehatan, pola pembayaran tunai langsung ke pemberi pelayanan kesehatan, pola penyakit kronik dan degeneratif, serta inflasi. Kenaikan biaya pemeliharaan kesehatan itu semakin sulit diatasi oleh kemampuan penyediaan dana pemerintah maupun masyarakat. Peningkatan biaya itu mengancam akses dan mutu pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil pengumpulan data profil tahun 2014 menunjukkan penduduk yang dicakup Jaminan Pemeliharaan Kesehatan sebanyak 25,54% terdiri dari Jaminan kesehatan Nasional sebanyak (46,13%), Penerima Bantuan Iuran (PBI) APBN (34,92%), Pekerja Penerima Upah (PPU) (6,32%), Pekerja bukan penerima Upah (PBPU) Mandiri (2,12%), bukan pekerja (BP) (2,75%), Jamkesda (51,49%), Asuransi Swasta (1,78%), Asuransi Perusahaan (0,0%). Data rinci disajikan pada lampiran tabel 53.

C. PENCEGAHAN DAN PEMBERANTASAN PENYAKIT MENULAR

Upaya pemberantasan penyakit menular lebih ditekankan pada pelaksanaan surveilans epidemiologi dengan upaya penemuan penderita secara dini yang ditindaklanjuti dengan penanganan secara cepat melalui pengobatan penderita dan pemutusan mata rantai penularan. Di samping itu pelayanan lain yang diberikan adalah upaya pencegahan dengan pemberian imunisasi, upaya pengurangan faktor risiko melalui kegiatan untuk peningkatan kualitas lingkungan serta peningkatan peran serta masyarakat dalam upaya pemberantasan penyakit menular yang dilaksanakan melalui berbagai kegiatan. Uraian singkat berbagai upaya tersebut seperti berikut ini:

a. Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa

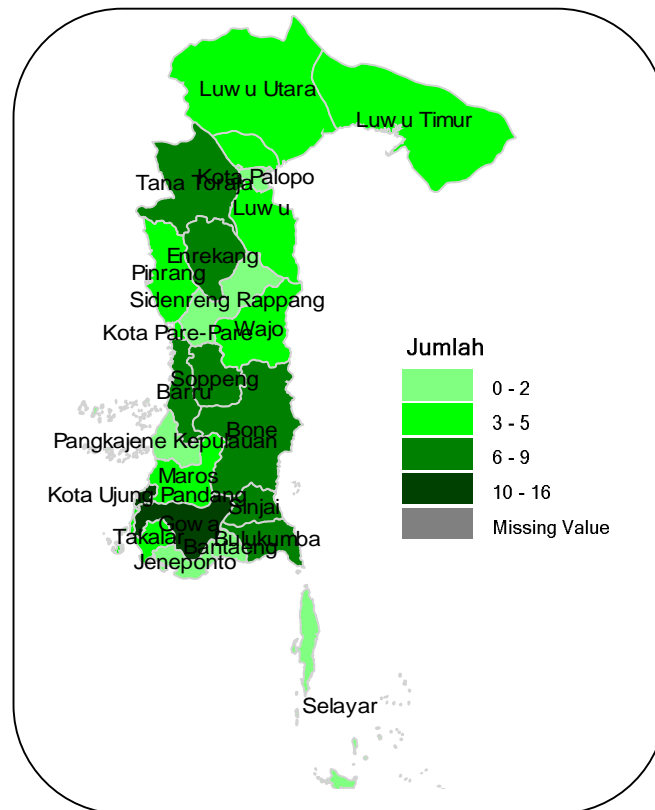
Menurut UU No 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana, bencana dikategorikan menjadi bencana alam dan bencana non alam dan bencana sosial. Bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam antara lain gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan, dan tanah longsor. Bencana non alam antara lain kebakaran hutan yang disebabkan oleh manusia, kecelakaan transportasi, kegagalan konstruksi, dampak industri, ledakan nuklir, pencemaran lingkungan dan kegiatan ke antariksa. bencana sosial antara lain berupa kerusuhan sosial, konflik sosial dalam masyarakat yang sering terjadi.

Upaya penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) merupakan tindak lanjut dari penemuan dini kasus-kasus penyakit berpotensi KLB/wabah yang terjadi pada masyarakat. Upaya penanggulangan yang dilakukan dimaksudkan untuk mencegah penyebaran lebih luas dan mengurangi dampak yang ditimbulkan. Penanggulangan KLB adalah upaya untuk menemukan penderita atau tersangka penderita, penatalaksanaan penderita, pencegahan, peningkatan, perluasan dan menghentikan suatu KLB.

Hasil pengumpulan data profil tahun 2010 jumlah desa/kelurahan yang mengalami KLB dilaporkan sebanyak 288 desa/kelurahan dari jumlah tersebut, sebanyak 2011 desa/kelurahan (69,79%) yang ditangani <24 jam dan adapun Kabupaten / Kota dengan jumlah desa/kelurahan terbanyak terkena KLB adalah Kabupaten Bulukumba, Kabupaten Gowa, Kabupaten Wajo, Kabupaten Enrekang, Kabupaten Luwu Utara, dan Kota Makassar. Capaian tahun 2011 menunjukkan bahwa jumlah desa/kelurahan yang mengalami KLB dilaporkan sebanyak 118 desa/kelurahan, dari jumlah tersebut sebanyak 84 desa/kelurahan (71,19%) yang ditangani <24 jam. Sedangkan pada tahun 2012 menunjukkan jumlah desa/kelurahan yang mengalami KLB dilaporkan sebanyak 141 desa/kelurahan dari jumlah tersebut sebanyak 133 desa/kelurahan yang ditangani <24 jam atau (94,33%), adapun Kabupaten / Kota dengan jumlah desa/kelurahan terbanyak terkena KLB yaitu Kabupaten Gowa, Kabupaten Luwu Utara, Kabupaten Wajo, Kabupaten Pangkep dan Kabupaten Bone. Untuk tahun 2013 menunjukkan bahwa jumlah desa/kelurahan yang mengalami KLB dilaporkan sebanyak 127 desa/kelurahan, dari jumlah tersebut sebanyak 123 desa/kelurahan (96,85%) yang ditangani <24 jam

Untuk tahun 2014 menunjukkan bahwa jumlah desa/kelurahan yang mengalami KLB dilaporkan sebanyak 130 desa/kelurahan, dari jumlah tersebut sebanyak 126 desa/kelurahan (96,92%) yang ditangani <24 jam. Jika dibandingkan dengan target kinerja SPM bidang kesehatan sudah mencapai target, untuk Kabupaten / Kota terinci pada lampiran Tabel 28.

GAMBAR IV.C.1
PETA DESA YANG TERKENA KLB
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan Prov.Sulsel 2014

b. Pemberantasan Penyakit Polio

Polio adalah salah satu penyakit menular yang termasuk PD3I. Penyakit ini disebabkan oleh infeksi virus yang menyerang system syaraf hingga penderita mengalami kelumpuhan. Penyakit yang pada umumnya menyerang anak berusia 0-3 tahun ini ditandai dengan munculnya demam, lelah, sakit kepala, mual, kaku di leher, serta sakit di tungkai dan lengan.

Eradikasi polio adalah apabila tidak ditemukan virus polio liar indigenous selama 3 tahun berturut-turut di suatu region yang dibuktikan dengan surveilans AFP yang sesuai standar sertifikasi.

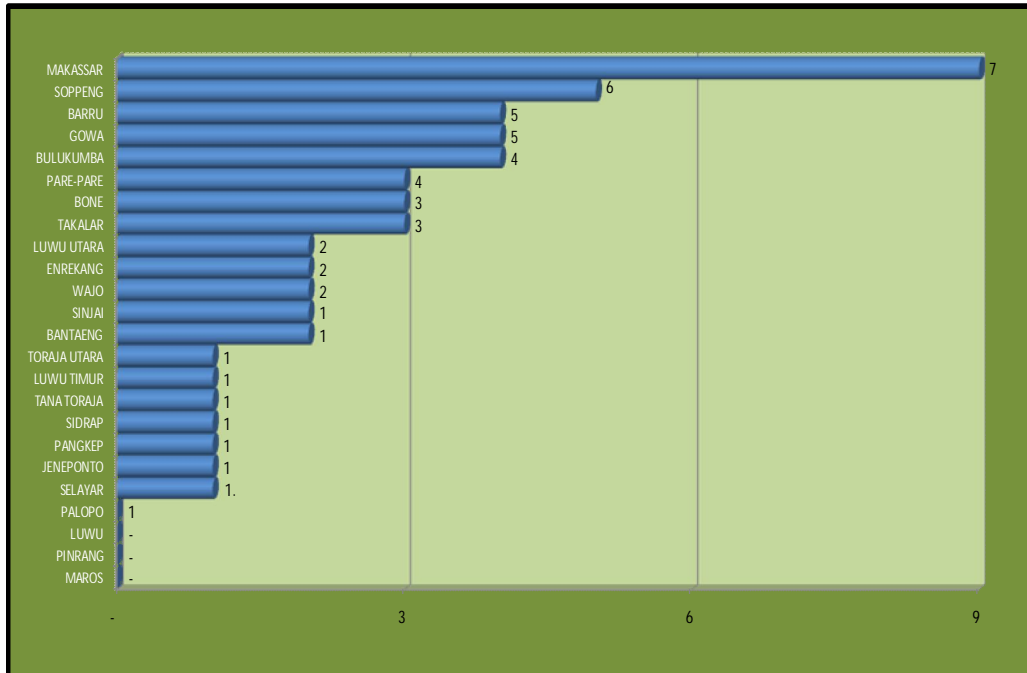
Dasar pemikiran Eradikasi Polio adalah :

- i. Manusia satu-satunya reservoir dan tidak ada kongterm carrier pada manusia.
- ii. Sifat virus poli yang tidak tahan lama hidup di lingkungan
- iii. Tersedianya vaksin yang mempunyai efektifitas > 90% dan mudah dalam pemberian.
- iv. Layak dilaksanakan secara operasional.

Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit Polio telah dilakukan melalui gerakan imunisasi polio. Upaya ini juga ditindaklanjuti dengan kegiatan surveilans epidemiologi secara aktif terhadap kasus-kasus *Acute Flaccid Paralysis* (AFP) kelompok umur <15 tahun hingga dalam kurun waktu tertentu, untuk mencari kemungkinan adanya virus Polio liar yang berkembang di masyarakat dengan pemeriksaan spesimen tinja dari kasus AFP yang dijumpai.

Adapun strategi dalam upaya pemberantasan polio yaitu 1). Imunisasi yang meliputi peningkatan imunisasi rutin polio, PI dan Mop-up, 2). Surveilans AFP, 3). Sertifikasi bebas polio, dan 4) pengamanan virus polio di laboratorium. Setiap kasus AFP yang ditemukan dalam kegiatan intensifikasi surveilans, akan dilakukan pemeriksaan spesimen tinja untuk mengetahui ada tidaknya virus polio liar yang menyerang masyarakat. Gambaran AFP rate di Sulawesi Selatan tahun 2014 seperti pada gambar IV.C.2.

GAMBAR IV.C.2
SITUASI AFP PERKABUPATEN / KOTA DI SULAWESI SELATAN
TAHUN 2014



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten / Kota Tahun 2014

Pada tahun 2010 dari hasil pengumpulan data profil kesehatan mengalami peningkatan yaitu penemuan kasus AFP (non Polio) 59 penderita (8,36%). Penemuan kasus AFP selama tahun 2011 berdasarkan hasil pelacakan ditemukan kasus sebanyak 60 penderita dari 22 Kabupaten / Kota dengan AFP rate sebesar 2.51 per 100.000 anak umur < 15 tahun . Penemuan kasus AFP selama tahun 2012 berdasarkan hasil pelacakan ditemukan kasus sebanyak 51 penderita dari 24 Kabupaten / Kota dengan AFP rate sebesar 2.03 per 100.000 anak umur < 15 tahun, tahun 2013 berdasarkan hasil pelacakan ditemukan kasus sebanyak 53 penderita dari 24 Kabupaten / Kota dengan AFP rate sebesar 2.03 per 100.000 anak umur < 15 tahun. Penemuan kasus AFP selama tahun

2014 berdasarkan hasil pelacakan ditemukan kasus sebanyak 53 penderita dari 24 Kabupaten / Kota dengan AFP rate sebesar 2.59 per 100.000 anak umur < 15 tahun.

c. Pemberantasan TB Paru

Micobacterium tuberculosis (TB) telah menginfeksi sepertiga penduduk dunia, menurut WHO sekitar 8 juta penduduk dunia diserang TB dengan kematian 3 juta orang per tahun (WHO, 1993). Di negara berkembang kematian ini merupakan 25% dari kematian penyakit yang sebenarnya dapat dilakukan pencegahan. Diperkirakan 95% penderita TB berada di negara-negara berkembang Dengan munculnya epidemi HIV/AIDS di dunia jumlah penderita TB akan meningkat. Kematian wanita karena TB lebih banyak dari pada kematian wanita karena kehamilan, persalinan serta nifas (WHO). WHO mencanangkan keadaan darurat global untuk penyakit TB pada tahun 1993 karena diperkirakan sepertiga penduduk dunia telah terinfeksi kuman TB.

Prevalensi TB menurut WHO adalah angka penderita TB Paru positif pada 100.000 populasi berusia 15 tahun atau lebih, sementara definisi operasional untuk TB paru Positif menurut Internasional Standard fo TB Care (ISTC) yang telah di adopsi oleh Indonesia mulai tahun 2006 adalah suspek TB yang telah positif diuji secara mikroskopis BTA (Basil Tahan Asam) apusan dahaknya dengan minimal pembacaan terhadap apusan dahak yang dikumpulkan dua kali atau lebih baik tiga kali (*sewaktu, pagi, sewaktu*) dan paling sedikit satu kali (*pagi*).

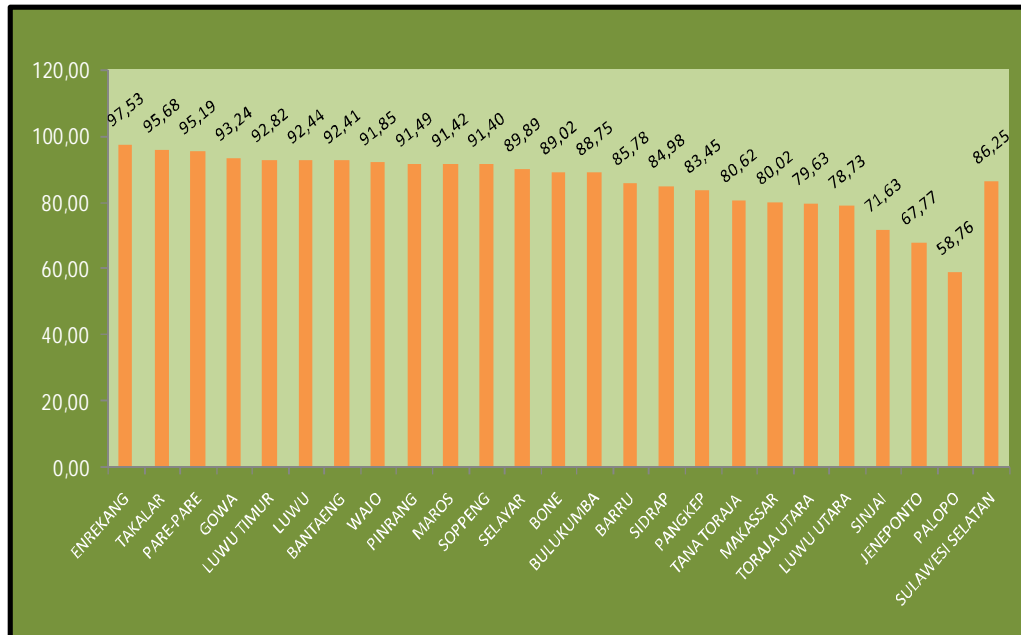
Tujuan utama pengendalian TB Paru adalah : (1) menurunkan insidens TB Paru pada tahun 2015, (2) menurunkan prevalensi TB Paru dan angka kematian akibat TB Paru menjadi setengahnya pada tahun 2015 di bandingkan tahun 1990. (3) sedikitnya 70% kasus TB Paru BTA+ terdeteksi dan diobati melalui program DOTS (*Directly Observe Treatment Shortcourse*) atau pengobatan TB Paru dengan pengawasan langsung oleh Pengawas minum Obat (PMO) dan (4) sedikitnya 85 % tercapai Succes rate.

Strategi pencegahan dan pemberantasan TB Paru jangka pendek dengan melakukan pendekatan *Directly Observe Treatment Shortcourse* (DOTS) atau pengobatan TB-Paru dengan pengawasan langsung oleh Pengawas minum Obat (PMO). Kegiatan ini meliputi upaya penemuan penderita dengan pemeriksaan dahak di sarana pelayanan kesehatan yang ditindaklanjuti dengan paket pengobatan.

Prevalensi TB Paru berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2010 secara nasional dengan diagnosis 0,7% (D) dan gejala (DG) sebesar 3,3%. sedangkan untuk Sulawesi Selatan tahun 2010 dengan diagnosis (D) 0,6%, dan (DG) 5,2%. Untuk tahun 2011 angka insidens TB Paru BTA positif sebesar 9.162 per 100.000 penduduk yaitu 5.367 laki-laki dan 3.795 perempuan, prevalensi TB paru sebesar 107 per 100.000 penduduk yaitu 127 laki-laki dan 87 perempuan dan kematian akibat TB Paru BTA positif sebesar 322 (3,7%) per 100.000 penduduk, angka penemuan penderita TB Paru BTA positif *Case Detection Rate* (CDR) sebesar 55,13% sedangkan angka kesuksesan (*Success Rate*) sebesar 89,18% bila dibandingkan pada tahun 2010 mengalami penurunan.

Pada gambar dibawah ini menunjukkan distribusi angka keberhasilan pengobatan penderita TB Paru tahun 2014 (penderita yang diobati tahun 2013) menurut Kabupaten / Kota. Persentase keberhasilan pengobatan penderita TB Paru menurut Kabupaten / Kota di Sulawesi Selatan dapat dilihat pada Lampiran Tabel 9.

GAMBAR IV.C.3
 PERSENTASE KEBERHASILAN PENGOBATAN PENDERITA TB PARU
 DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



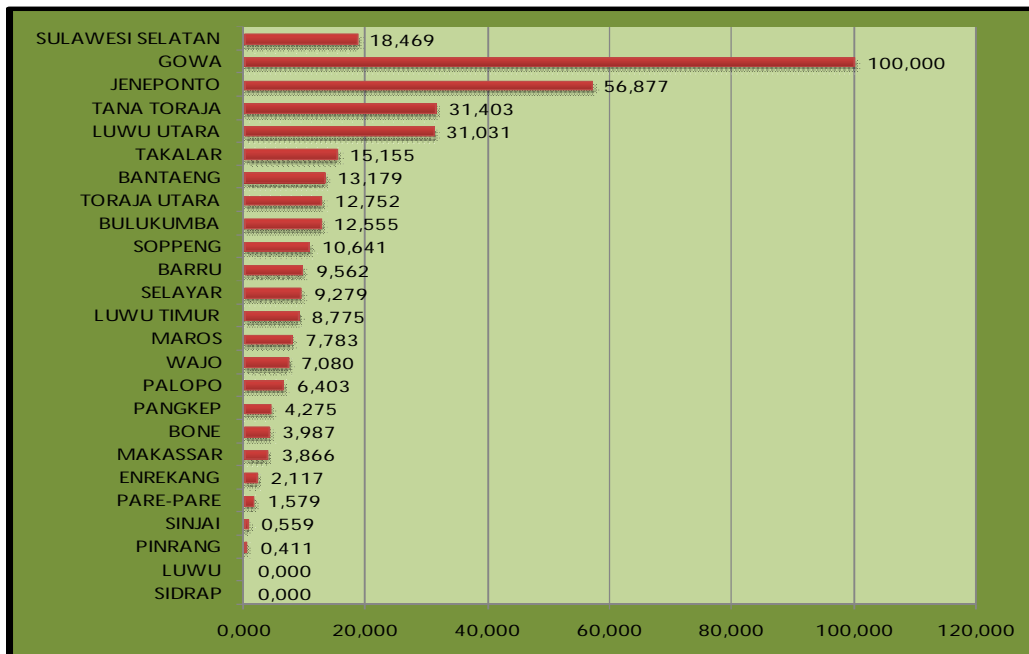
Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten / Kota Tahun 2014

d. Pemberantasan Penyakit ISPA

Program Pemberantasan penyakit ISPA membagi penyakit ISPA dalam dua golongan yaitu pneumonia dan yang bukan pneumonia (penyakit batuk pilek seperti rinitis, faringitis, tonsilitis dan penyakit jalan napas bagian atas lainnya digolongkan). Pneumonia terbagi atas derajat beratnya penyakit yaitu pneumonia berat dan pneumonia tidak berat. Klasifikasi Bukan-pneumonia mencakup kelompok balita penderita batuk yang tidak menunjukkan gejala peningkatan frekuensi nafas dan tidak menunjukkan adanya penarikan dinding dada bagian bawah ke dalam. Penyakit ISPA di luar pneumonia ini antara lain: batuk-pilek biasa (common cold), pharyngitis, tonsilitis dan otitis. Pharyngitis, tonsilitis dan otitis, tidak termasuk penyakit yang tercakup dalam program ini.

Upaya dalam rangka pemberantasan penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut (P2 ISPA) lebih difokuskan pada upaya penemuan secara dini dan tatalaksana kasus yang cepat dan tepat terhadap penderita Pneumonia Balita yang ditemukan. Upaya ini dikembangkan melalui suatu manajemen terpadu dalam penanganan balita sakit yang datang ke unit pelayanan kesehatan atau lebih dikenal dengan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).

GAMBAR IV.C.4
CAKUPAN PENEMUAN PENDERITA PNEUMONIA PADA BALITA DI
SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Profil Kesehatan kab./Kota tahun 2014

Cakupan penemuan penderita pneumonia belum memenuhi target yang ditentukan. Hambatan yang ditemui dalam meningkatkan cakupan penemuan Pneumonia balita di puskesmas yaitu:

- Sebagian besar pengelola program dan petugas ISPA di poliklinik belum terlatih karena keterbatasan dana dan mutasi petugas yang tinggi.
- Manajemen data :
 - Under reported yang disebabkan karena kerancuan diagnose kerja dan klasifikasi ISPA (Pneumonia, Pneumonia Berat, Batuk Bukan Pneumonia,/ISPA biasa), sehingga banyak kasus Pnumonia dimasukkan kedalam ISPA biasa
 - Keterlambatan pelaporan secara berjenjang.
- Pengendalian pneumonia balita masih berbasis puskesmas. Data kasus pneumonia belum mencakup RS Pemerintah dan swasta, klinik, praktek, dan sarana kesehatan lain.
- Pada beberapa Kabupaten / Kota masih terjadi kesalahan perhitungan target cakupan.

ISPA (infeksi Saluran Pernafasan Akut) merupakan penyakit kematian terbesar pada bayi maupun pada anak balita terutama di Negara berkembang dimana 1 orang balita meninggal tiap 20 detik atau 3 orang permenit (Unicef,2006), Diketahui bahwa pneumonia merupakan penyebab kematian bayi terbesar di Indonesia, yaitu sebesar 22,3% dari seluruh kematian bayi.

Studi mortalitas pada Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa proporsi kematian pada pada bayi (post neonatal) karena pneumonia sebesar 23,% pada anak balita sebesar 15,5%.

e. Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS dan PMS

AIDS merupakan singkatan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome*. Penyakit AIDS yaitu suatu penyakit yang ditimbulkan sebagai dampak berkembangbiaknya virus HIV (Human Immunodeficiency Virus) di dalam tubuh manusia, yang mana virus ini menyerang sel darah putih (sel CD4) sehingga mengakibatkan rusaknya sistem kekebalan tubuh. Hilangnya atau berkurangnya daya tahan tubuh membuat si penderita mudah sekali terjangkit berbagai macam penyakit termasuk penyakit ringan sekalipun.

Upaya pelayanan dalam rangka pemberantasan penyakit HIV/AIDS selain ditujukan pada penanganan penderita yang ditemukan juga diarahkan pada upaya pencegahan yang dilakukan melalui skrining HIV/AIDS terhadap darah donor dan upaya pemantauan dan pengobatan penderita penyakit menular seksual (PMS), penyalahgunaan obat dengan suntikan (IDUs), penghuni lapas (lembaga permasyarakatan), atau melakukan penelitian pada kelompok berisiko rendah seperti ibu rumah tangga dan sebagainya.

Target MDGs yaitu mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru HIV/AIDS hingga tahun 2015 dan adapun hasil Riskesdas tahun 2010 prevalensi penduduk 15-24 tahun mendengar tentang HIV/AIDS menurut jenis kelamin laki-laki sebesar 75,4% dan perempuan sebesar 74,8%, adapun menurut provinsi diatas rata-rata terdapat 10 provinsi yaitu Yogyakarta, Bali, DKI Jakarta, Kepulauan Riau, Sulawesi Utara, Jawa Tengah, Papua, NTB, Jawa Timur dan Papua Barat.

Tingginya kasus HIV/AIDS pada kelompok umur 25-49 tahun karena pada kelompok umur tersebut merupakan kelompok usia dewasa muda yang sangat produktif sehingga sangat berisiko terhadap penularan penyakit. Bila dilihat faktor resiko dari kasus HIV & AIDS, penularan terutama melalui pada kelompok IDUs dengan porsi sebesar 42,44% menggeser pola penularan yang tahun sebelumnya dari kelompok Heteroseksual sebesar 23,83%. Sehingga menjadikan Sulsel diperkirakan akan mengalami situasi epidemi ganda AIDS dan Narkoba.

Berdasarkan pengumpulan data profil kesehatan tahun 2014 jumlah kasus HIV sebesar 874 kasus, AIDS sebesar 687 kasus, kematian yang di akibatkan AIDS yaitu 425 kasus terdiri dari laki-laki sebanyak 351 kasus dan perempuan sebanyak 74 kasus. Jumlah kasus HIV/AIDS dan IMS pada tahun 2014 menurut Kabupaten / Kota di Sulawesi Selatan dapat dilihat pada Lampiran Tabel 11.

TABEL IV.C.1
CAKUPAN PENEMUAN PENDERITA HIV/AIDS
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2005- 2014

Tahun	Pengidap HIV	Pengidap AIDS	Total
2005	245	147	392
2006	511	137	648
2007	393	219	612
2008	456	90	546
2009	562	153	715
2010	548	246	794
2011	607	650	1257
2012	629	354	983
2013	844	486	1.330
2014	874	687	1.561

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2014

f. Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) *bahasa medisnya disebut Dengue Hemorrhagic Fever (DHF)* adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*, yang mana menyebabkan gangguan pada pembuluh darah kapiler dan pada sistem pembekuan darah, sehingga mengakibatkan perdarahan-perdarahan.

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu penyakit yang perjalanan penyakitnya cepat dan dapat menyebabkan kematian dalam waktu singkat. Penyakit ini merupakan penyakit menular yang sering menimbulkan kejadian luar biasa di Indonesia. Penyebab DBD adalah virus dengue yang ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* dan *aedes albopictus* yang hidup di genangan air bersih sekitar rumah. Di Indonesia saat ini dikenal 4 serotipe virus dengue yaitu Den-1, Den-2, Den-3, Den-4. Dari 4 serotipe tersebut yang paling banyak bersirkulasi adalah serotipe Den-3. Kasus umumnya mulai meningkat pada saat musim hujan yaitu antara bulan Oktober – Mei.

DHF (*Dengue Hemorrhagic Fever*) dibagi atas beberapa derajat, yaitu:

1. DHF derajat I: Tanda-tanda infeksi virus, dengan manifestasi perdarahan yang tampak hanya dengan Uji Torniquet positif.
2. DHF derajat II: Tanda infeksi virus dengan manifestasi perdarahan spontan (mimisan, bintik-bintik merah)
3. DHF derajat III: Disebut juga fase pre syok, dengan tanda DHF grade II namun penderita mulai mengalami tanda syok; kesadaran menurun, tangan dan kaki dingin, nadi teraba cepat dan lemah, tekanan nadi masih terukur.
4. DHF derajat IV: Atau fase syok (disebut juga dengue syok syndrome/DSS), penderita syok dalam dengan kesadaran sangat menurun hingga koma,

tangan dan kaki dingin dan pucat, nadi sangat lemah sampai tidak teraba, tekanan nadi tidak dapat diukur.

Upaya pemberantasan DBD terdiri dari tiga hal yaitu 1) Peningkatan kegiatan surveilans penyakit dan surveilans vektor, 2) Diagnosis dini dan pengobatan dini 3). Peningkatan upaya pemberantasan vektor penular penyakit DBD dan upaya pemberantasan dititikberatkan pada penggerakan potensi masyarakat untuk dapat berperan serta dalam pemberantasan sarang nyamuk (gerakan 3M), juru pemantau jentik (Jumantik) untuk memantau angka bebas jentik (ABJ), serta pengenalan gejala DBD dan penanganannya di rumah tangga.

Tahun 2014 jumlah kasus ditemukan sebesar 2.966 kasus, angka kesakitan DBD Incidence Rate sebesar 35,17 per 100.000 penduduk dan meninggal 25 yaitu laki-laki 10 orang dan perempuan 15 orang, *Case Fatality Rate DBD* (CFR) sebesar 0,84%. Kasus DBD menurut Kabupaten / Kota se Sulawesi Selatan tahun 2014 dapat dilihat pada lampiran tabel 21.

g. Pemberantasan Penyakit Malaria

Penyakit malaria merupakan masalah kesehatan dunia karena mengakibatkan dampak yang luas, dan memungkinkan sebagai penyakit *emerging dan re-emerging* karena adanya kasus import dan vektor potensial yang dapat menularkan dan menyebarkan malaria. Selain itu malaria umumnya merupakan penyakit di daerah terpencil atau sulit dijangkau dan di negara miskin atau berkembang, sehingga tidak mengherankan malaria juga merupakan *neglected disease*. Oleh sebab itu malaria menjadi salah satu penyakit menular yang menjadi sasaran prioritas komitmen global di *Milinium Development Goals (MDGs)*.

Di Indonesia eliminasi malaria dimulai sejak tahun 2009 untuk percepatan penanggulangan malaria dilakukan berbagai intervensi: kelambu berinsektisida untuk penduduk beresiko, pengobatan yang tepat untuk subjek terinfeksi malaria dengan *artemisinin-based combination therapy* (ACT), penyemprotan rumah dengan insektisida dan pengobatan pencegahan pada ibu hamil.

Meningkatnya jumlah penderita malaria dan terjadinya Kejadian Luar Biasa Malaria sangat berkaitan erat dengan beberapa hal sebagai berikut: 1)adanya perubahan lingkungan yang berakibat meluasnya tempat perindukkan nyamuk penular malaria; 2)mobilitas penduduk yang cukup tinggi; 3)perubahan iklim yang menyebabkan musim hujan lebih panjang dari musim kemarau; 4)krisis ekonomi yang berkepanjangan memberikan dampak pada daerah tertentu dengan adanya masyarakat yang mengalami gizi buruk sehingga lebih rentan untuk terserang Malaria; 5)tidak efektifnya pengobatan karena terjadi *Plasmodium falciparum* resisten klorokuin dan meluasnya daerah resisten, dan 6) menurunnya perhatian dan kepedulian masyarakat terhadap upaya penanggulangan Malaria terpadu.

Di Indonesia dari hasil Riskesdas 2010 Insiden Parasit Malaria (API) sebesar 2,4% demikian pula period prevalensi malaria pada tahun 2010

(10,7%) meningkat tajam dibandingkan API pada tahun 2007 (2,85%), sedangkan untuk Sulawesi Selatan sebesar 2,0%.

Jumlah dan persentase penderita malaria yang diobati menurut Kabupaten / Kota se Sulawesi Selatan pada tahun 2014 suspek penderita malaria sebesar 30,436 orang, untuk malaria dengan pemeriksaan persediaan darah positif sebesar 222 orang Angka kesakitan yang dilaporkan dari Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota sebesar 0,03 per 1.000 penduduk berisiko dengan CFR sebesar 0,00 per 1.000 penduduk, untuk melihat data per Kabupaten / Kota dapat dilihat pada lampiran tabel 22.

Upaya – upaya yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan provinsi Sulawesi Selatan untuk menekan angka kesakitan penyakit malaria adalah pengendalian penyakit vector didaerah endemis dan reseptif selain itu juga dilakukan penyemprotan pada daerah transmigrasi di Kabupaten Luwu Timur Kabupaten Selayar dan Pangkep, pencegahan penyakit dengan mendistribusikan kelambu berinsektisida bagi ibu hamil dan bayi imunisasi lengkap dengan maksud lain untuk pencegahan terhadap penyakit malaria, kegiatan lain yang dilakukan dalam upaya pengendalian penyakit malaria adalah meningkatkan kapasitas quality assurance para petugas mikroskopist dengan pelaksanaan pelatihan, penemuan penderita melalui survey kontak, survey migrasi dan Mass Blood Survey (MBS), selain itu juga dilakukan kerjasama lintas sector dengan mulai menyusun kurikulum pengendalian malaria yang akan diajarkan pada tingkat akademi kebidanan dan anak usia sekolah dasar, selain itu juga telah dibentuk POSMALDES di Kabupaten Selayar yang merupakan forum kerjasama lintas sector yang bertujuan untuk kerjasama dalam pengendalian malaria menuju Eliminasi Malaria dan pembuatan Pergub Eliminasi Malaria.

h. Pemberantasan Penyakit Kusta

Penyakit kusta atau lepra (leprosy) atau disebut juga Morbus Hansen, adalah sebuah penyakit infeksi menular kronis yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium leprae*. Indonesia dikenal sebagai satu dari tiga negara yang paling banyak memiliki penderita kusta. Bakteri *Mycobacterium leprae* ditemukan oleh seorang ahli fisika Norwegia bernama Gerhard Armauer Hansen, pada tahun 1873 lalu. Umumnya penyakit kusta terdapat di negara yang sedang berkembang, dan sebagian besar penderitanya adalah dari golongan ekonomi lemah.

Penyakit kusta disebabkan oleh kuman yang disebut sebagai *mycobacterium*, dimana *mycobacterium* ini adalah kuman aerob, tidak membentuk spora, berbentuk batang yang tidak mudah diwarnai namun jika diwarnai akan tahan terhadap dekolonisasi oleh asam atau alkohol sehingga oleh karena itu dinamakan sebagai Basil Tahan Asam.

Pemberantasan penyakit kusta dapat dilakukan dengan cara penemuan penderita melalui berbagai survei anak sekolah, survei kontak dan pemeriksaan intensif penderita yang datang ke pelayanan kesehatan dengan keluhan atau kontak dengan penderita penyakit kusta.

Pada penderita Kusta yang ditemukan, diberikan pengobatan paket MDT yang terdiri atas Rifampicin, Lampren dan DDS yang diberikan dalam kurun

waktu tertentu. Berdasarkan rekapitulasi data profil Kabupaten / Kota tahun 2013 di laporkan jumlah kasus yang tercatat PB sebesar 66 kasus dan MB sebesar 1.067 kasus, jumlah penderita baru PB sebesar 137 penderita, MB sebesar 1.035 penderita, jumlah kasus baru kusta 0-14 tahun PB dan MB sebesar 70 penderita, adapun Angka Penemuan Kasus Baru NCDR (*New Case Detection Rate*) sebesar 11,86 Per 10.000 penduduk, cacat tingkat 2 sebesar 9,39%, angka prevalensi penyakit kusta sebesar 1,15% per 10.000 penduduk. Jumlah dan persentase penderita Kusta menurut Kabupaten / Kota se Sulawesi Selatan tahun 2014 dapat dilihat pada lampiran Tabel 14,15,16 dan 17.

i. Pemberantasan Penyakit Filariasis

WHO sudah menetapkan Kesepakatan Global (*The Global Goal of Elimination of Lymphatic Filariasis as a Public Health problem by The Year 2020*). Tahun 1997 Indonesia akan melaksanakan eliminasi penyakit kaki gajah secara bertahap dimulai pada tahun 2002 di lima Kabupaten percontohan. Perluasan wilayah eliminasi akan dilaksanakan setiap tahun. Penyebab Penyakit Kaki Gajah adalah tiga spesies cacing filarial yaitu *Wucheria bancrofti*, *Brugia malayi* dan *Brugia timori*. Vektor penular di Indonesia hingga saat ini telah diketahui ada 23 spesies nyamuk dari *genus Anopheles, Culex, Mansonia, Aedes & Armigeres*.

Filariasis (Penyakit Kaki Gajah) yang disebabkan oleh cacing *Filaria* yang ditularkan oleh berbagai jenis nyamuk. bersifat menahun (kronis) dan bila tidak mendapatkan pengobatan dapat menimbulkan cacat menetap berupa pembesaran kaki, lengan dan alat kelamin baik perempuan maupun laki-laki. Program Eliminasi dilaksanakan melalui pilar kegiatan yaitu:

- a. Pengobatan massal kepada semua penduduk di Kabupaten endemis filariasis dengan menggunakan DEC 6 mg/kg BB dikombinasikan dengan Albendazole 440 mg sekali setahun selama 5 tahun, guna memutuskan mata rantai penularan.
- b. Tatalaksana kasus klinis filariasis guna mencegah dan mengurangi kecacatan.

Kegiatan tatalaksana kasus klinis filariasis harus dilakukan pada semua penderita. Tatalaksana ini bertujuan untuk mencegah atau mengurangi kecacatan penderita dan agar penderita menjadi mandiri dalam merawat dirinya sedangkan tatalaksana kasus kronis pada penderita dan keluarganya dalam melakukan perawatan terhadap diri sendiri untuk menghindari efek yang ditimbulkan sebagai akibat dari kecacatan. Tatalaksana yang dimaksud secara dini meliputi pencarian, penemuan, pengobatan dan perawatan penderita secara klinis yang mandiri dan seumur hidup. Tatalaksana kasus kronis filariasis dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan melalui 1.) survei kasus kronis filariasis 2) survei data dasar prevalensi mikrofilaria (SDJ/BRT).

Adapun tindakan yang dilakukan yang sifatnya mendukung pencegahan penularan yang perlu ditindak lanjuti adalah:

1. Meningkatkan surveilans lapangan untuk mengetahui potensi

- penularan filariasis
2. Pemberian Obat filariasis dosis tunggal Diethylcarbamazine (DEC) dengan dosis 6 mg/kkBB pada kasus BRT positif
 3. Melakukan penanggulangan vektor secara terintegrasi dengan program lain,

Setiap penderita dibuatkan status rekam medis yang disimpan di Puskesmas, dan mendapatkan kunjungan dari petugas minimal 6 kali dalam setahun. Hasil Pengumpulan data profil Kabupaten / Kota yang dilaporkan tahun 2014 penderita penyakit filariasis sebanyak 165 penderita dan 4 kasus baru ditemukan masing-masing di Kabupaten Takalar 1 kasus, Kabupaten Tana Toraja 1 kasus dan Kota Makassar 2 kasus, rincian dapat dilihat pada lampiran tabel 23.

j. Pengendalian Penyakit Tidak menular

Pengendalian Penyakit Diabetes Militus

Ruang lingkup pengendalian penyakit diabetes militus yang ditangani seksi Pengamatan Penyakit, Kesehatan Matra. Diabetes Militus disebabkan oleh pola makan/nutrisi, kebiasaan tidak sehat, kurang aktifitas fisik, dan stress. Tujuan program pengendalian diabetes melitus adalah terselenggaranya peningkatan kemandirian masyarakat dalam pencegahan dan penganggulangan penyakit faktor resiko dengan melibatkan pengelola program di pusat dan Kabupaten / Kota, UPT, lintas program organisasi profesi LSM dan Masyarakat.

Kegiatan pengendalian penyakit Diabetes Militus dan penyakit metabolik yang telah dilaksanakan terdiri dari pokok-pokok kegiatan yaitu:

1. Penyusunan pedoman
2. Peningkatan kapasitas SDM
3. Menjalin kemitraan

Pengendalian Jantung dan pembuluh Darah

Ruang lingkup pengendalian penyakit diabetes militus yang ditangani seksi Pengamatan Penyakit, Kesehatan Matra. Penyakit jantung dan pembuluh darah meliputi sebagai berikut : hipertensi esensial, penyakit ginjal hipertensi, penyakit jantung hipertensi, stroke, gagal jantung, penyakit jantung koroner (PJK), kardiomiopathy, penyakit jantung rheumatic, penyakit jantung bawaan, dan infark miocard.

Prioritas pengendalian penyakit tidak menular penyakit jantung dan pembuluh darah oleh Kementerian Kesehatan RI yaitu ;

1. Penyusunan Norma Standar Prosedur Kriteria (NSPK).sampai dengan tahun 2012 NSPK yang telah disusun berupa :
2. Pengembangan sumber daya manusia.
3. Penyediaan alat stimulan berupa mascrening yang terdiri dari timbangan badan, alat ukur tinggi badan, lingkaran pinggang, tekanan darah, cardiocheck dan EKG
4. Surveilans Epidemiologi

5. Pengendalian faktor resiko penyakit jantung dan pembuluh darah berbasis masyarakat.
6. Jejaring kerja berdasarkan faktor risiko penyakit jantung dan pembuluh darah.

D. PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT

Upaya perbaikan gizi masyarakat pada hakikatnya dimaksudkan untuk menangani permasalahan gizi yang dihadapi masyarakat. Beberapa permasalahan gizi yang sering dijumpai pada kelompok masyarakat adalah kekurangan kalori protein, kekurangan vitamin A, gangguan akibat kekurangan yodium dan anemia gizi besi.

a. Pemantauan Pertumbuhan Balita

Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan setiap anak usia 12-59 bulan dilaksanakan melalui pelayanan SDIDTK minimal 2 kali pertahun (setiap 6 bulan) dan tercatat pada kohort Anak Balita dan prasekolah atau pencatatan pelaporan lainnya, pelayanan SDIDTK dilaksanakan oleh tenaga kesehatan, ahli gizi, penyuluh kesehatan masyarakat dan petugas sektor lain yang dalam menjalankan tugasnya melakukan stimulasi dan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang anak. Pemantauan pertumbuhan balita meliputi pengukuran berat badan per tinggi/panjang badan (BB/TB). Di tingkat masyarakat pemantauan pertumbuhan adalah pengukuran berat badan per umur (BB/U) setiap bulan di posyandu, taman bermain, Pos PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini), Taman Penitipan Anak dan Taman Kanak-Kanak dan Pemantauan perkembangan balita adalah penilaian perkembangan gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian, pemeriksaan daya dengar, daya lihat, jika ada keluhan atau kecurigaan terhadap anak dilakukan pemeriksaan untuk gangguan mental emosional, autisme serta pemusatan perhatian dan hiperaktifitas.

Hasil Riskesdas tahun 2010 secara nasional prevalensi balita gizi kurang dan buruk (BB/U) menurut jenis kelamin yaitu laki-laki sebesar 19,1%, perempuan sebesar 16,7%, prevalensi balita kurus dan sangat kurus (TB/U) yaitu laki-laki sebesar 37,3%, perempuan sebesar 33,9%, prevalensi balita kurus dan sangat kurus (BB/TB) laki-laki sebesar 13,5% dan perempuan sebesar 13,0%. Dan untuk Sulawesi Selatan prevalensi gizi buruk menurut (BB/U) sebesar 6,40%, gizi kurang sebesar 18,6% sedangkan prevalensi balita kurus dan sangat kurus yaitu 12,0%.

Upaya pemantauan terhadap pertumbuhan balita dilakukan melalui kegiatan penimbangan di Posyandu secara rutin setiap bulan. Pada tahun 2014 jumlah balita ditimbang 587.987 balita (75,04%) jika dibandingkan dengan target renstra provinsi tahun 2014 (80%) ini belum mencapai target, sedangkan gizi buruk sebesar 250 balita. Rincian hasil penimbangan Balita menurut Kabupaten / Kota di Sulawesi Selatan tahun 2014 dapat dilihat pada lampiran Tabel 48.

b. Pemberian Kapsul Vitamin A

Vitamin A adalah salah satu zat gizi mikro yang diperlukan oleh tubuh yang berguna untuk meningkatkan daya tahan tubuh (imunitas) dan kesehatan mata. Anak yang kekurangan vitamin A, bila terserang campak, diare atau penyakit infeksi lain, penyakit tersebut akan bertambah parah dan dapat mengakibatkan kematian. Infeksi akan menghambat kemampuan tubuh untuk menyerap zat-zat gizi dan pada saat yang sama akan mengikis habis simpanan vitamin A dalam tubuh. Kekurangan vitamin A untuk jangka waktu lama juga kan mengakibatkan terjadinya gangguan pada mata, bila anak tidak segera mendapat vitamin A akan mengakibatkan kebutaan.

Adapun kelompok sasaran pemberian Vitamin A dosis tinggi yaitu bayi, anak, balita dan ibu nifas.

a. Bayi

Kapsul Vitamin A 10.000 SI diberikan kepada semua anak bayi (umur 6-11 bulan) baik sehat maupun sakit. Diberikan setiap 6 bulan secara serempak pada bulan Februari dan Agustus.

b. Anak Balita

Kapsul Vitamin A 200.000 SI diberikan kepada semua anak balita (umur 1-4 tahun) baik sehat maupun sakit. Diberikan setiap 6 bulan secara serempak pada bulan Februari dan Agustus.

c. Ibu Nifas

Kapsul Vitamin A 200.000 SI diberikan kepada ibu yang baru melahirkan (nifas) sehingga bayinya akan memperoleh Vitamin A yang cukup melalui ASI. Diberikan paling lambat 30 hari setelah melahirkan.

Untuk tahun 2014 hasil capaian cakupan pemberian kapsul vitamin A pada bayi (6-11 bulan) dilaporkan sebesar 66,14%, adapun Kabupaten dengan cakupan tertinggi yaitu Kabupaten Pinrang sebesar 99,95%, sedangkan yang terendah yaitu di Kabupaten Wajo sebesar 42,29%. Cakupan pemberian vitamin A pada anak balita sebesar 84,61% jika dibandingkan dengan target provinsi (85%) belum mencapai target, dan cakupan pemberian kapsul vitamin A pada Balita sebesar (88,17%). Data terinci dapat dilihat pada lampiran Tabel 44.

GAMBAR IV.D.1
PERSENTASE CAKUPAN BALITA YANG MENDAPAT VITAMIN A DUA KALI
DISULAWESI SELATAN TAHUN 2010-2014



Sumber : Profil Kesehatan Prov. Sulawesi Selatan Tahun 2010-2014

c. Pemberian Tablet Besi

Anemia pada kehamilan juga berhubungan dengan meningkatnya kesakitan ibu. Anemia karena defisiensi zat besi merupakan penyebab utama anemia pada ibu hamil dibandingkan dengan defisiensi zat gizi lainnya. Oleh karena itu anemia gizi pada masa kehamilan sering diidentikkan dengan anemia gizi besi bahwa sekitar 70 % ibu hamil di Indonesia menderita anemia gizi. Anemia defisiensi zat besi merupakan masalah gizi yang paling lazim di dunia dan menjangkiti lebih dari 600 juta manusia. Dengan frekuensi yang masih cukup tinggi berkisar antara 10 % dan 20 %.

Untuk menentukan apakah seseorang menderita anemia atau tidak, umumnya digunakan nilai-nilai batas normal yang tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI No.736a/Menkes/XI/1989, yaitu :

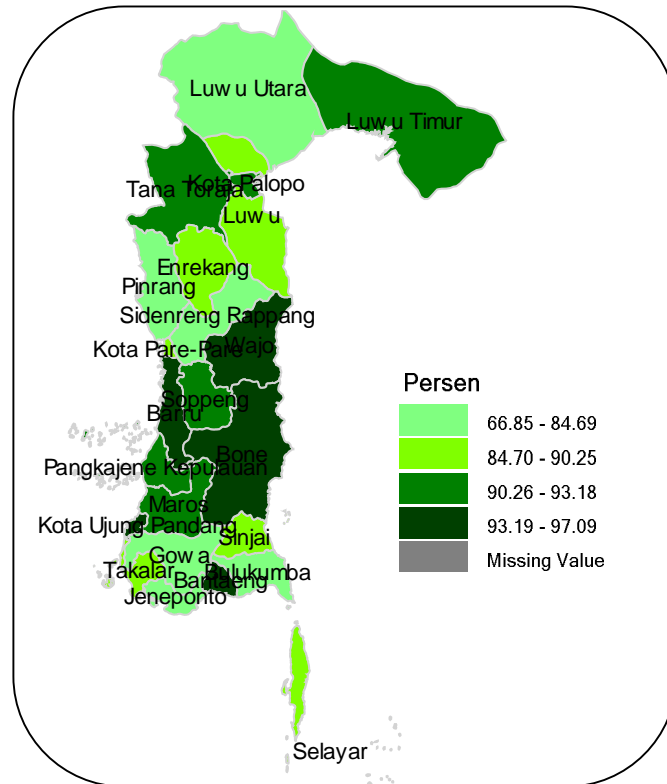
- Hb laki-laki dewasa: > 13 g/dl
- Hb perempuan dewasa: >12 g/dl
- Hb anak-anak: > 11 g/dl
- Hb ibu hamil: >11 g/dl

Seseorang dikatakan anemia bila kadar Hb-nya kurang dari nilai baku tersebut diatas.

Menurut hasil Riskesdas tahun 2013 menunjukkan konsumsi zat besi dan variasi jumlah asupan zat besi selama hamil di Sulawesi Selatan sebesar 89,5 persen, lebih tinggi dari angka nasional 89,1 persen. Di antara yang

mengonsumsi zat besi tersebut, terdapat 21,9 persen mengonsumsi minimal 90 hari selama kehamilannya, sehingga lebih rendah dari angka nasional 33,3 persen.

GAMBAR IV.D.2
PETA CAKUPAN PEMBERIAN F3 PADA IBU HAMIL
DI SULAWESI SELATAN SELAMA TAHUN 2014

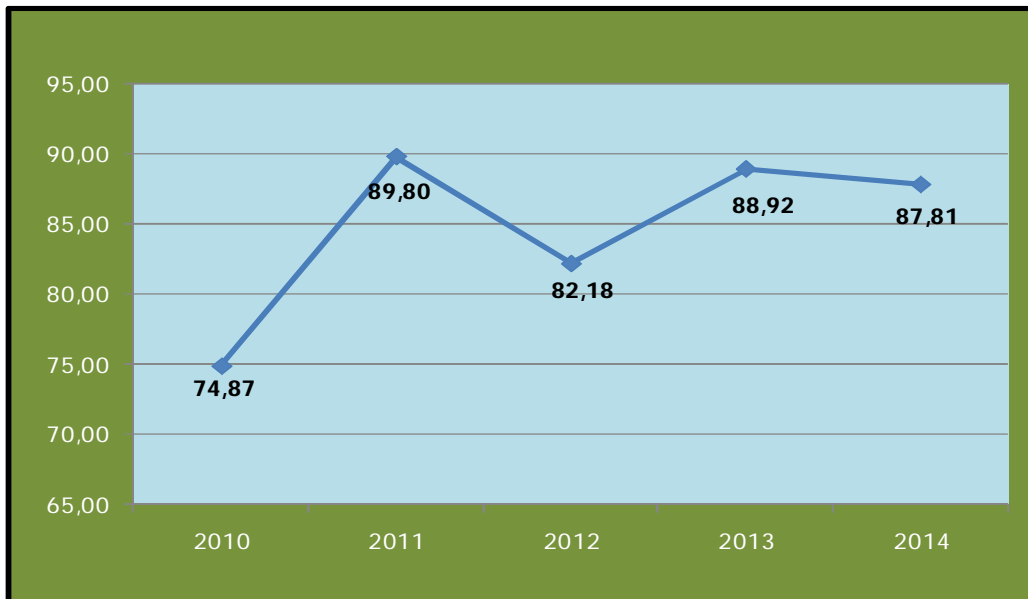


Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten / Kota Tahun 2014

Pemberian tablet besi (Fe) dimaksudkan untuk mengatasi kasus anemia serta meminimalisasi dampak buruk akibat kekurangan Fe khususnya yang dialami ibu hamil. Pencapaian pemberian tablet Fe₃ tersebut berdasarkan Kabupaten / Kota jika dilihat pada gambar IV.E.2, maka yang memadai (92.33-98.39) hanya enam Kabupaten / Kota Kabupaten Selayar, Kabupaten Maros, Kabupaten Bone, Kabupaten Wajo, Kabupaten Pinrang, Kabupaten Tana Toraja dan Kota Parepare dan Kota Palopo yaitu cakupannya di atas 92%, sedangkan yang tidak memadai (74.82-86.08) yaitu Kabupaten Sinjai, Kabupaten Soppeng, Kabupaten Sidrap, Kabupaten Enrekang, Kabupaten Luwu, Kabupaten Luwu Utara, Kabupaten Toraja Utara dan Kota Makassar. Cakupan yang kurang memadai (86.09-92.32) yaitu Kabupaten Bulukumba, Kabupaten Jeneponto, Kabupaten Gowa, Kabupaten Pangkep, Kabupaten Barru, dan Kabupaten Luwu Timur.

Perkembangan cakupan pemberian tablet besi pada ibu hamil selama tahun 2009-2014 di Sulawesi Selatan mengalami fluktuasi dari tahun 2009 dapat dilihat pada gambar IV.E.3. Data terinci dapat dilihat juga pada lampiran tabel 32.

GAMBAR IV.D.3
 PERSENTASE CAKUPAN PEMBERIAN TABLET BESI PADA IBU HAMIL
 DI SULAWESI SELATAN SELAMA TAHUN 2010 – 2014



Sumber : Profil Kesehatan Prov. Sulawesi Selatan Tahun 2010-2014

E. KEADAAN KESEHATAN LINGKUNGAN

Program pembangunan kesehatan yang dilaksanakan telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara bermakna, walaupun masih dijumpai berbagai masalah dan hambatan yang akan mempengaruhi pelaksanaan pembangunan kesehatan. Salah satu fenomena utama yang berpengaruh terhadap pembangunan kesehatan adalah perubahan lingkungan yang berpengaruh terhadap derajat dan upaya kesehatan.

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar kita, baik berupa benda hidup, benda mati, benda nyata ataupun abstrak termasuk manusia lainnya. Suasana yang terbentuk karena terjadinya interaksi di antara elemen-elemen di alam atau kesatuan ruang dengan semua benda, daya, keadaan dan makhluk hidup, termasuk manusia dan perilakunya yang mempengaruhi alam itu sendiri, kelangsungan perikehidupan, dan kesejahteraan manusia serta makhluk hidup lainnya. *Sustainable development* atau pembangunan berwawasan lingkungan pada dasarnya adalah pembangunan yang mampu membawa rakyat secara merata memperoleh kebutuhan hidupnya. Dalam arti terpenuhi kebutuhan materil dan spiritual termasuk kualitas lingkungan yang layak huni tanpa terkena derita penyakit menahun dan makin subur sebagai sumber daya alam untuk kelangsungan kehidupan generasi penerusnya.

Indikator-indikator tersebut adalah persentase rumah sehat, persentase tempat-tempat umum sehat, persentase penduduk dengan akses air minum, serta persentase sarana pembuangan air besar dan tempat penampungan akhir kotoran/tinja pada rumah tangga.

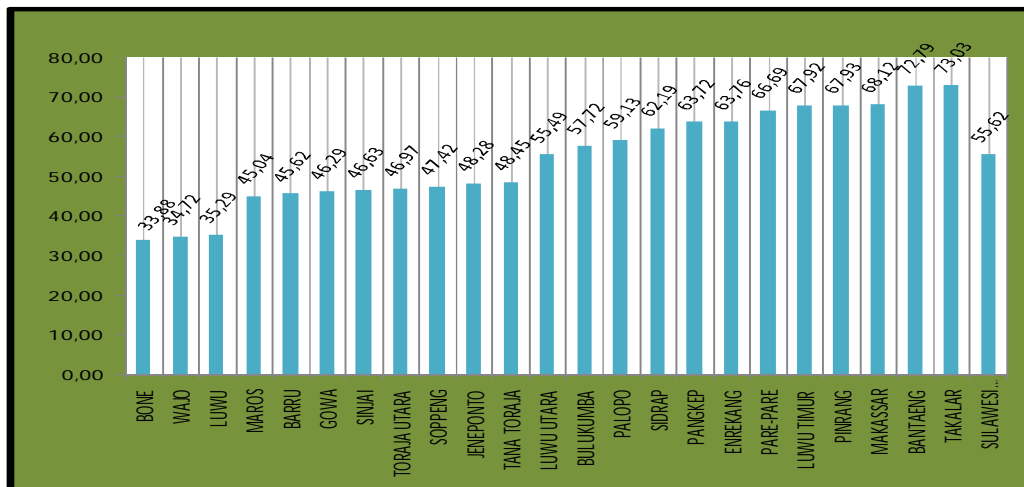
a. Rumah Sehat

Menurut (Kepmenkes no.829/Menkes.SK/VII/1999 tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan rumah sehat adalah bangunan rumah tinggal yang memenuhi syarat kesehatan yaitu rumah yang memiliki jamban sehat, sarana air bersih, tempat pembuangan sampah, sarana pembuangan air limbah, ventilasi rumah yang baik seperti kepadatan hunian rumah yang sesuai dan lantai rumah yang tidak terbuat dari tanah

Rumah Sehat adalah tempat untuk berlindung atau bernaung dan tempat untuk beristirahat sehingga menumbuhkan kehidupan yang sempurna, baik fisik, kimia, biologi rohani maupun sosial didalam rumah dan perumahan sehingga memungkinkan penghuni atau masyarakat memperoleh derajat kesehatan yang optimal.

Adapun pencapaian persentase rumah sehat tahun 2014 sebesar 68,60% untuk masing-masing Kabupaten / Kota, yang tertinggi di Kabupaten Luwu Timur (105.94%), sedangkan yang terendah di Kabupaten Wajo (44,30%) adapun Kota Parepare untuk data rumah sehat tidak ada. Hal ini tergantung dengan jumlah rumah yang diperiksa. Data terinci pada lampiran tabel 58.

GAMBAR.IV.E.1
PERSENTASE PENDUDUK BER PHBS PER KAB./KOTA
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Profil Kesehatan Dinkes Kab./Kota Tahun 2014

b. Pengawasan Tempat-tempat Umum

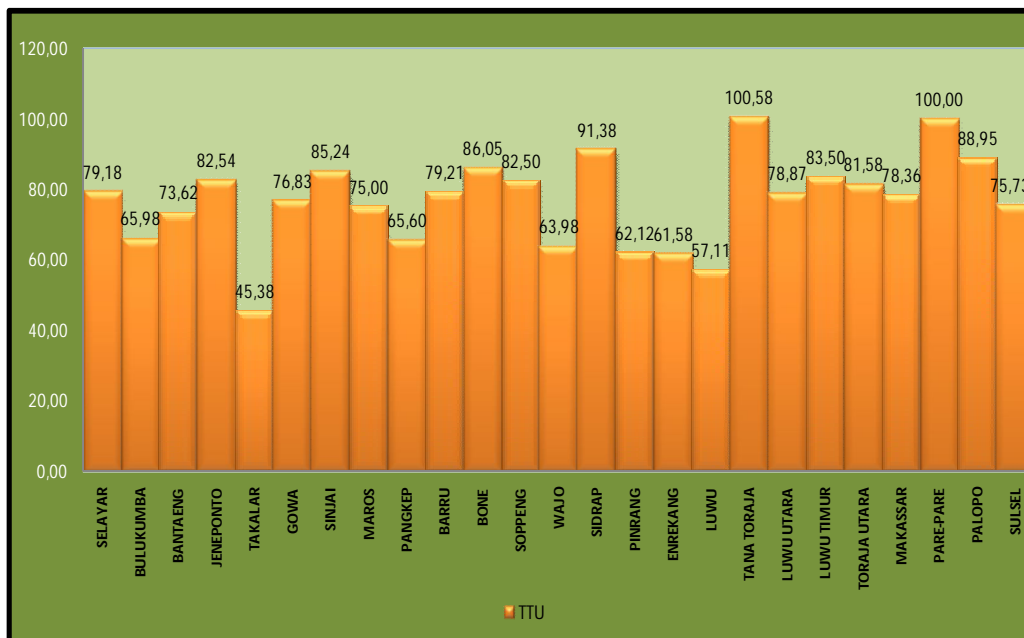
Tempat – Tempat Umum (TTU) merupakan suatu sarana yang dikunjungi banyak orang, dan berpotensi menjadi tempat penyebaran penyakit. TUPM meliputi Hotel, Restoran-Rumah Makan Dan TUPM Lainnya. Sedangkan TUMP sehat adalah tempat umum dan tempat pengelolaan makanan dan minuman yang memenuhi syarat Kesehatan, yaitu memiliki sarana air bersih, tempat pembuangan sampah, sarana pembuangan air limbah, ventilasi yang baik, luas lantai (luas ruangan) yang sesuai dengan banyaknya pengunjung dan memiliki pencahayaan ruang yang memadai.

Aspek penting dalam penyelenggaraan Sanitasi Tempat-Tempat Umum (STTU) yaitu aspek teknis/ hukum yaitu peraturan dan perundang-undangan sanitasi, aspek sosial, yang meliputi pengetahuan tentang : kebiasaan hidup, adat istiadat, kebudayaan, keadaan ekonomi, kepercayaan, komunikasi, dll dan aspek administrasi dan management, yang meliputi penguasaan pengetahuan tentang cara pengelolaan STTU yang meliputi : Man, Money, Method, Material dan Machine.

Menurut hasil pengumpulan data profil kesehatan tahun 2014 jumlah TTU sebanyak 10.599 TTU, yang memenuhi syarat atau sehat sebanyak 80.027 TTU (75,73%). Adapun Jumlah dan persentase TTU dan TPM menurut Kabupaten / Kota se Sulawesi Selatan tahun 2014 dapat dilihat pada lampiran Tabel 63.

Gambar IV.E.2 menunjukkan persentase TTU yang memenuhi syarat di Kabupaten / Kota tahun 2014 cakupan TTU tertinggi di Kabupaten Tana Toraja (100,58%), Kota Parepare (100%) dan Kabupaten Sidrap (91,38%) dan cakupan terendah yaitu Kabupaten Takalar (45,38%), Kabupaten Luwu (57,11%) dan Kabupaten Enrekang (61,58%).

GAMBAR. IV.E.2
PERSENTASE TTU YANG MEMENUHI SYARAT KESEHATAN
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Profil Dinas Kabupaten / Kota tahun 2014

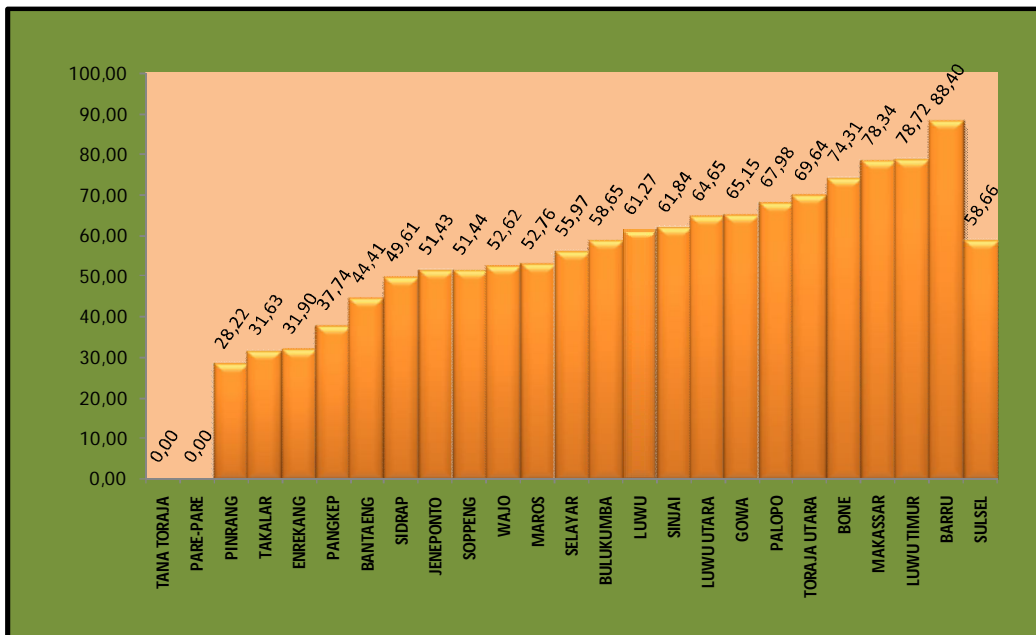
c. Pengawasan Tempat Pengelolaan Makanan (TPM)

Berdasarkan data yang diperoleh dari Bidang P2&PL Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan dimana TUPM ini terdiri dari jasa boga, makanan jajanan, industri makanan minuman, desa pengrajin makanan, rumah ibadah, RS, industri kecil RT dan terminal angkutan darat.

Data yang diperoleh dari rekapitulasi profil Kabupaten / Kota persentase Tempat-tempat Umum dan Pengelolaan Makanan (TUPM) yang sehat pada tahun 2012 (70,91%) meliputi hotel (88,18%), Restoran/R-Makan (73,06%), Pasar (42,47%), Tempat Umum & Pengelolaan Makanan lainnya (TUPM) lainnya 71,43%. Sedangkan Tempat-tempat Umum dan Pengelolaan Makanan (TUPM) yang sehat pada tahun 2012 (70,91%) meliputi Hotel (88,18%), Restoran/R-Makan (73,06%), Pasar (42,47%), Tempat-Tempat Umum dan Pengelolaan Makanan (71,43%).

Berdasarkan hasil rekapitulasi profil Kabupaten / Kota Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) yang sehat pada tahun 2013 (73,39%) meliputi Hotel Bintang (80%) dan Hotel Non Bintang (75,17%) dan sarana kesehatan yaitu Puskesmas (100%) dan Rumah Sakit (95,83%), Sedangkan Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) yang tidak higienis pada tahun 2013 (37,76%) meliputi Jasa Boga (92 buah), Restoran/R-Makan (1.154 buah), Depot Air Minum (357 buah) dan Makanan Jajanan (3.815 buah).

GAMBAR. IV.E.3
PERSENTASE TPM YANG MEMENUHI SYARAT HIGIENE SANITASI
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten / Kota Tahun 2014

Dari gambar diatas menunjukkan bahwa TPM di Sulawesi Selatan yang memenuhi syarat kesehatan pada tahun 2014 sebesar 58,66% Kabupaten tertinggi yaitu Barru (88,40%), Kabupaten Luwu timur 78,72, Kota Makassar (78,34%) dan adapun terendah di Kabupaten Tana Toraja dan Kota Parepare (0,00%) dan Kabupaten Pinrang (28,22%).

Berdasarkan hasil rekapitulasi profil Kabupaten / Kota Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) yang sehat pada tahun 2014 tercatat sebesar (34,10%) meliputi Jasa Boga (383 buah) Rumah Makan/Restoran (2.990),

Depot Air Minum(DAM) (1.888) dan Makanan Jajanan (5.645), Sedangkan Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) yang tidak higienis pada tahun 2014 (34,10%) meliputi Jasa Boga (136 buah), Restoran/R-Makan (1.508 buah), Depot Air Minum (510 buah)dan Makanan Jajanan (4.178 buah). Data terinci pada lampiran Tabel 64.

d. Akses Terhadap Air Minum

Air minum adalah air yang melalui proses pengolahan atau tanpa proses pengolahan yang memenuhi syarat kesehatan dan dapat langsung diminum. Penyelenggara air minum dapat berasal dari badan usaha milik negara/badan usaha milik daerah, koperasi, badan usaha swasta, usaha perorangan, kelompok masyarakat, dan/atau individual yang melakukan penyelenggaraan penyediaan air minum, syarat-syarat kualitas air minum sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 492/Menkes/Per/IV/2010 diantaranya adalah sebagai berikut.

- Parameter mikrobiologi E Coli dan total bakteri Koliform, kadar maksimum yang diperbolehkan 0 jumlah per 100 ml sampel,
- Syarat fisik : Tidak berbau, tidak berasa, dan berawarna
- Syarat kimia : Kadar Besi : maksimum yang diperbolehkan 0,3 mg/l, kesdahan (maks 500 mg/l), pH 6,5-8,5

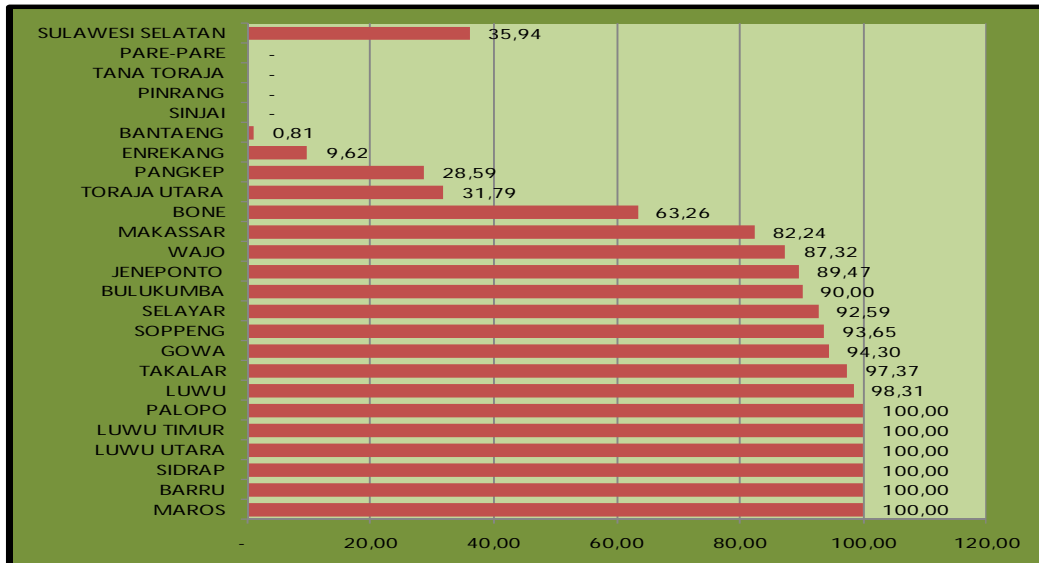
Statistik Kesejahteraan Rakyat tahun 2007 yang diterbitkan oleh BPS mengategorikan sumber air minum yang digunakan rumah tangga menjadi 2 kelompok besar, yaitu air minum terlindung dan tidak terlindung. Sumber air minum terlindung terdiri dari air kemasan, ledeng, pompa, mata air terlindung, sumur terlindung, dan air hujan. Sedangkan sumber air minum tak terlindung terdiri dari sumur tak terlindung, mata air tak terlindung, air sungai dan lainnya.

Jenis sarana air bersih yang di gunakan Sumber air minum yang digunakan rumah tangga dibedakan menurut air kemasan, air isi ulang, ledeng, pompa, sumur terlindung, sumur tidak terlindung, mata air terlindung, mata air tidak terlindung, air sungai, air hujan dan lainnya.

Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2010 menunjukkan persentase keluarga menurut jenis sarana air bersih yang digunakan untuk keperluan rumah tangga dan untuk keperluan rumah tangga dan untuk keperluan air minum. Secara nasional, persentase tertinggi jenis sarana air bersih yang digunakan untuk keperluan rumah tangga adalah air sumur gali terlindung (27,9%), sumur bor/pompa (22,2%), dan air ledeng/PAM (19.5%). Sedangkan persentase tertinggi jenis sarana air bersih yang digunakan untuk air minum adalah sumur gali terlindungi (24,7%), air ledeng/PAM (14,2%) dan sumur bor/pompa (14%).

Berdasarkan profil dinas kesehatan Kabupaten / Kota pada tahun 2014 persentase kualitas air minum di jumlah penyelenggaraan air minum yang memenuhi syarat kesehatan sebanyak 4.723 (35,94%), penyelenggara air minum sebanyak (26.991) sedangkan sampel yang diperiksa sebanyak 13.141. Data terinci pada lampiran Tabel 60.

GAMBAR. IV.E.4
PERSENTASE KUALITAS AIR MINUM MEMENUHI SYARAT KESEHATAN
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten / Kota Tahun 2014

e. Sarana Pembuangan Tinja pada Rumah Tangga

Masalah penyehatan lingkungan pemukiman khususnya pada pembuangan tinja merupakan salah satu dari berbagai masalah kesehatan yang perlu mendapatkan prioritas. Penyediaan sarana pembuangan tinja masyarakat terutama dalam pelaksanaannya tidaklah mudah, karena menyangkut peran serta masyarakat yang biasanya sangat erat kaitannya dengan prilaku, tingkat ekonomi, kebudayaan dan pendidikan.

Fasilitas rumah tinggal yang berkaitan dengan kesehatan adalah ketersediaan jamban sendiri dengan tangki septik. Sehubungan dengan itu pemerintah telah melaksanakan program sanitasi lingkungan, di antaranya pengadaan jamban keluarga. Kesadaran masyarakat Sulawesi Selatan terhadap sanitasi lingkungan mengalami peningkatan hal ini terkait jumlah rumah tangga yang menggunakan tangki septik sebagai penampungan akhir walaupun masih relatif kecil.

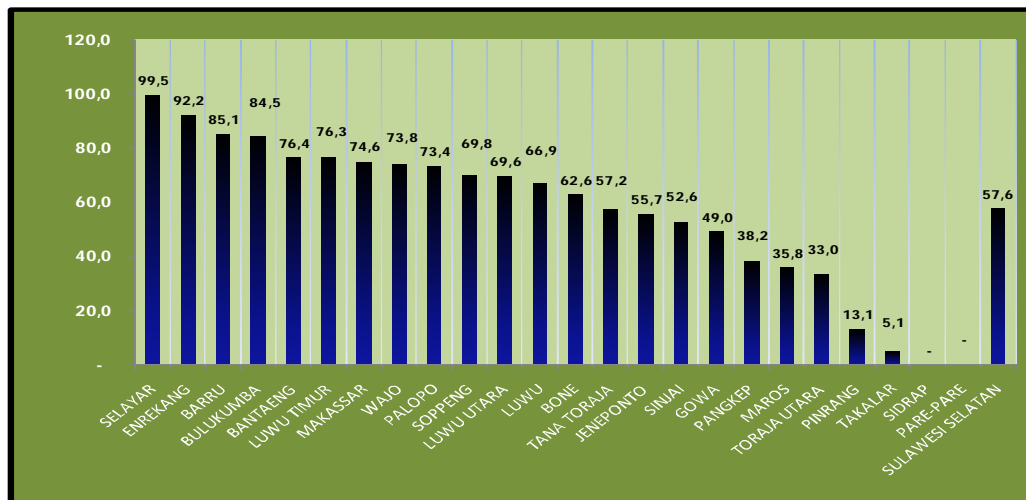
Menurut hasil Riskesdas tahun 2013 bahwa pembuangan akhir tinja rumah tangga di Sulawesi Selatan sebagian besar menggunakan tangki septik (64,2%). Lima Kabupaten / Kota dengan proporsi tertinggi untuk rumah tangga dengan pembuangan akhir tinja berupa tangki septik adalah Kota Makassar (95,2%), Kabupaten Sidenreng Rappang (84,8%), Kabupaten Soppeng (84,6%), Kabupaten Barru (79,6%), dan Kota Pare-Pare (79,3%), masih ada rumah tangga dengan pembuangan akhir tinja tidak ke tangki septik (SPAL, kolam/sawah, langsung ke sungai/danau/laut, lubang tanah, atau pantai/kebun). Lima Kabupaten / Kota dengan proporsi pembuangan akhir tinja tidak ke tangki septik tertinggi adalah Kabupaten Gowa (61,7%), Kabupaten Bantaeng (60,1%), Kabupaten Bone (58,8%), Kabupaten Bulukumba (51,7%), dan Kabupaten Maros (49,6%). Berdasarkan karakteristik,

proporsi rumah tangga dengan pembuangan akhir tinja menggunakan tangki septik di perKotaan lebih tinggi (81,4%) dibanding di perdesaan (54,0%). Semakin tinggi kuintil indeks kepemilikan, proporsi rumah tangga dengan pembuangan tinja ke tangki septik juga semakin tinggi. Sebaliknya, semakin rendah kuintil indeks kepemilikan; proporsi rumah tangga yang tidak menggunakan tangki septik semakin tinggi.

Tahun 2012 jumlah KK sebanyak 1.927.822 keluarga yang diperiksa sebanyak 1.497.401 keluarga yang memiliki jamban sebanyak 1.169.837 keluarga dan keluarga yang memiliki jamban sehat sebanyak 922.122 keluarga (78,82%). Sedangkan untuk tahun 2013 jumlah sarana plensengan sebanyak 11.327 keluarga dan jumlah sarana cemplung sebanyak 130.286 keluarga.

Gambar.IV.C.5 dibawah menunjukkan persentase penduduk dengan akses sanitasi layak perKabupaten / Kota tahun 2014 dengan Kabupaten tertinggi capaiannya yaitu Kabupaten Selayar (99,52%) dan terendah di Kabupaten Takalar (5,07%). Terdapat 2 Kabupaten / Kota yang tidak mempunyai data yaitu Kabupaten Sidrap dan Kota Parepare. Data terinci pada lampiran Tabel 61.

GAMBAR. IV.E.5
PERSENTASE PENDUDUK BERAKSES SANITASI LAYAK
PER KABUPATEN/ KOTA DI SULAWESI SELATAN
TAHUN 2014



Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota tahun 2014

F. KEADAAN PERILAKU MASYARAKAT

Komponen perilaku dan lingkungan sehat merupakan sasaran utama promosi kesehatan. Promosi kesehatan adalah upaya untuk memberdayakan masyarakat agar dapat memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya (WHO). Pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan bukanlah pekerjaan yang mudah, karena menyangkut aspek perilaku yang erat kaitannya dengan sikap, kebiasaan, kemampuan, potensi dan faktor budaya pada umumnya. Selanjutnya perilaku kesehatan adalah hal-hal yang dilakukan oleh manusia yang didasari oleh pengetahuan, sikap dan kemampuan yang dapat

berdampak positif atau negatif terhadap kesehatan.

Kedudukan perilaku masyarakat yang berpengaruh terhadap derajat kesehatan digambarkan melalui indikator-indikator persentase rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat, persentase posyandu purnama dan mandiri.

1. RumahTangga ber PHBS

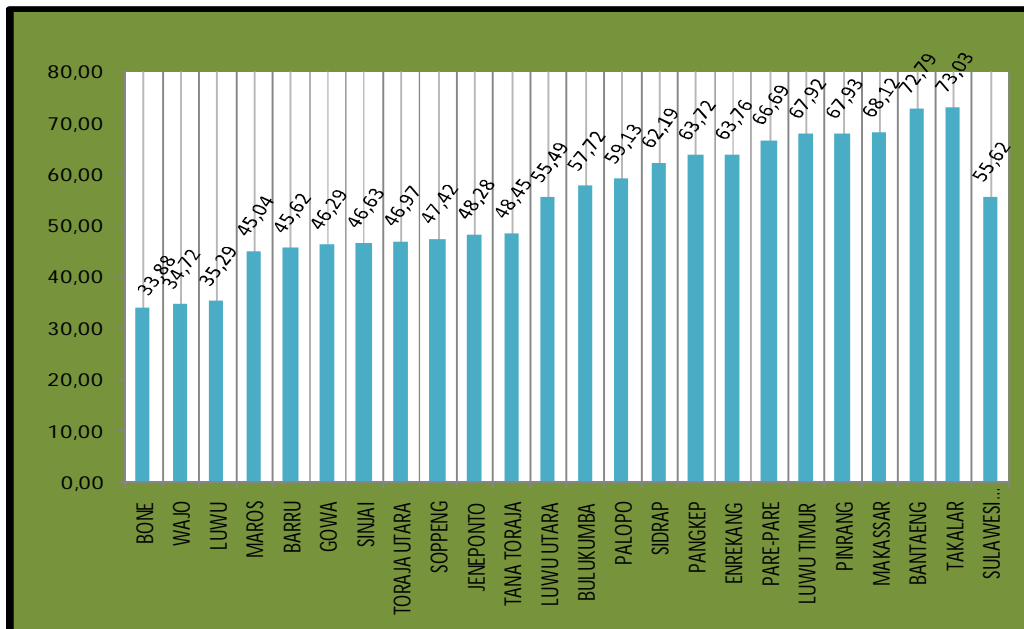
PHBS adalah semua perilaku yang dilakukan atas kesadaran sehingga anggota keluarga atau keluarga dapat menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam kegiatan-kegiatan kesehatan dimasyarakat dan PHBS di rumah tangga adalah upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar tahu, mau dan mampu mempraktekkan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat.

Hasil Riskesdas 2007 tercatat penduduk yang telah memenuhi kriteria PHBS baik sebesar 44%, lebih tinggi dari angka nasional (38,7%). Terdapat sepuluh Kabupaten dengan persentase PHBS di bawah angka provinsi.

Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) 2007 mengumpulkan 10 indikator tunggal Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang terdiri dari enam indikator individu dan empat indikator rumah tangga. Indikator individu meliputi pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, bayi 0-6 bulan mendapat ASI eksklusif, kepemilikan/ketersediaan jaminan pemeliharaan kesehatan, penduduk tidak merokok, penduduk cukup beraktifitas fisik dan penduduk cukup mengkonsumsi sayur dan buah. Indikator Rumah Tangga meliputi rumah tangga memiliki akses terhadap air bersih, akses jamban sehat, kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni ($\geq 8\text{m}^2/\text{orang}$) dan rumah tangga dengan lantai rumah bukan tanah. Perilaku yang menunjang kesehatan adalah adanya rumah tangga yang menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Gambar IV.F.1 dibawah ini menunjukkan rumah tangga ber PHBS yang di pantau tahun 2014 sebanyak 1.175.513 (62,24%) dan terdapat 65.384 (55.62%) rumah tangga ber PHBS adapun dengan capaian tertinggi yaitu Kabupaten Kabupaten Takalar (73,03 %) dan terendah pada Kabupaten Bone yaitu (33,88%)Data terinci pada lampiran Tabel 57.

GAMBAR.IV.F.1
PERSENTASE PENDUDUK BERPHBS PERKABUPATEN./KOTA
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten / Kota Tahun 2014

2. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

Peningkatan akses terhadap air minum yang berkualitas perlu diikuti dengan perilaku higienis untuk mencapai tujuan kesehatan, melalui pelaksanaan STBM, dalam kerangka pembangunan kesehatan dengan titik berat pada upaya promotif dan preventif dalam perbaikan lingkungan untuk mencapai salah satu sasaran MDGs. STBM menjadi ujung tombak keberhasilan pembangunan air minum dan penyehatan lingkungan secara keseluruhan. Sanitasi total berbasis masyarakat sebagai pilihan pendekatan, strategi dan program untuk mengubah perilaku hygiene dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan menggunakan metode pemecuan dalam rangka mencapai target MDGs. Dalam pelaksanaan STBM mencakup 5 pilar yaitu

1. Stop buang air sembarangan
2. Cuci tangan pakai sabun
3. Pengelolaan air minum dan makanan yang aman di rumah tangga
4. Pengelolaan sampah dengan benar
5. Pengelolaan air limbah cair rumah tangga dengan aman.

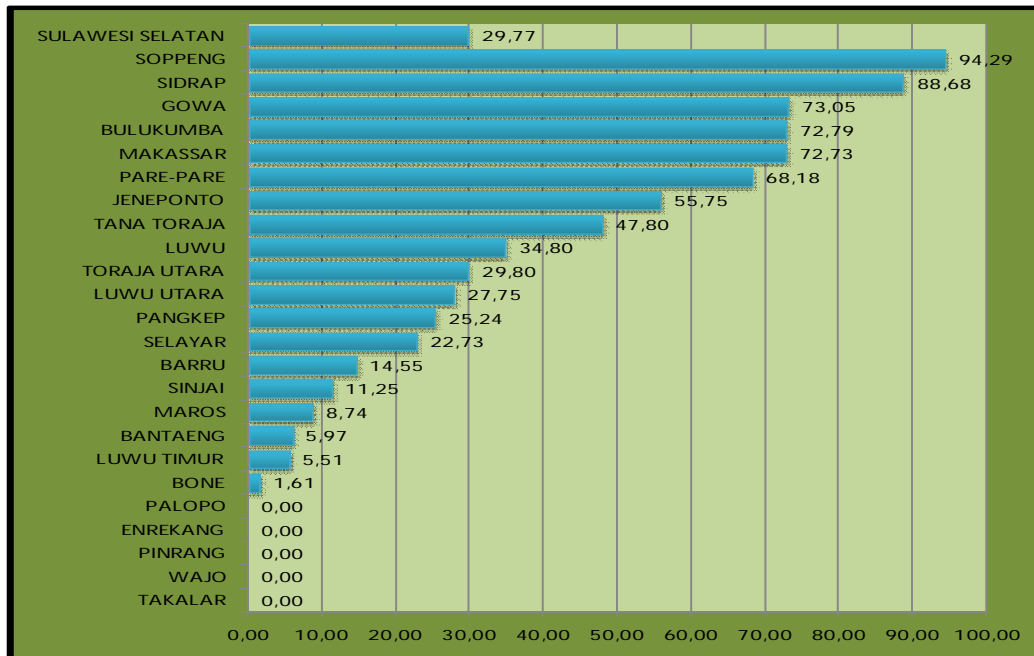
Pemerintah memberikan prioritas dan komitmen yang tinggi terhadap kegiatan STBM, hal ini tercantum pada instruksi Presiden Nomor 3 tahun 2010 memepertegas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 852/MENKES/SK/IX/2008 dan Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 132 Tahun 2012 terkait STBM. Tujuan dari STBM adalah untuk mencapai kondisi sanitasi total dengan mengubah perilaku higienis dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan 3 komponen strategi yaitu :

1. Menciptakan lingkungan yang mendukung terlaksananya kegiatan

- STBM melalui :
- a. Advokasi dan sosialisasi kepada pemerintah dan pemangku kepentingan secara berjenjang
 - b. Peningkatan kapasitas institusi pelaksana di daerah; dan
 - c. Meningkatkan kemitraan multi publik
2. Peningkatan kebutuhan akan sarana sanitasi melalui peningkatan kesadaran masyarakat tentang konsekuensi dari kebiasaan buruk sanitasi (buang air besar) dan dilanjutkan pemicuan perubahan perilaku komunitas:
- a. Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memilih teknologi, material dan biaya sarana sanitasi yang sehat; dan
 - b. Mengembangkan kepemimpinan di masyarakat (natural leader) untuk memfasilitasi pemicuan perubahan perilaku masyarakat dan mengembangkan system penghargaan kepada masyarakat untuk meningkatkan dan menjaga keberlanjutan STBM melalui deklarasi Stop Buang Air Besar Sembarangan.
3. Peningkatan penyediaan melalui peningkatan kapasitas produksi swasta lokal dalam penyediaan sarana sanitasi, yaitu melalui pengembangan kemitraan dengan kelompok masyarakat, koperasi, pengusaha lokal dalam sarana penyediaan sarana sanitasi.
- Suatu desa/kelurahan dikatakan telah melaksanakan STBM didasarkan pada kondisi:
1. Minimal telah ada intervensi melalui pemicuan di salah satu dusun dalam desa/kelurahan tersebut,
 2. Adanya masyarakat yang bertanggung jawab untuk melanjutkan aksi intervensi STBM baik individu atau dalam bentuk komite dan sebagai respon dari aksi intervensi STBM, dan
 3. Masyarakat menyusun suatu rencana aksi kegiatan dalam rangka mencapai komitmen - komitmen perubahan perilaku pilar-pilar STBM yang disepakati bersama.

Menurut hasil Riskesdas tahun 2013 menyajikan proporsi rumah tangga yang memiliki akses terhadap sanitasi *improved* dan kecenderungannya (2007 dan 2013) sesuai dengan kriteria JMP WHO – Unicef tahun 2006. Proporsi rumah tangga yang memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi *improved* di Sulawesi Selatan tahun 2013 adalah 54,9 persen. Lima Kabupaten / Kota dengan proporsi rumah tangga yang memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi *improved* tertinggi adalah Kabupaten Soppeng (80,5%), Kota Makassar (78,2%), Kabupaten Barru (72,9%), Kabupaten Sidenreng Rappang (69,0%) dan Kota Pare - Pare (67,8%); sedang lima Kabupaten / Kota dengan proporsi akses terendah adalah Kabupaten Bantaeng (29,3%), Kabupaten Gowa (34,4%), Kabupaten Bone (38,1%), Kabupaten Bulukumba (43,6%) dan Kabupaten Maros (44,9%). Bila dibandingkan dengan hasil Riskesdas tahun 2007 dan 2010, proporsi rumah tangga di Sulawesi Selatan yang memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi *improved* cenderung mengalami peningkatan (tahun 2007 44,8% dan tahun 2013 54,9%).

GAMBAR.IV.F.2
PERSENTASE PENDUDUK BERPHBS PERKABUPATEN./KOTA
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten / Kota Tahun 2014

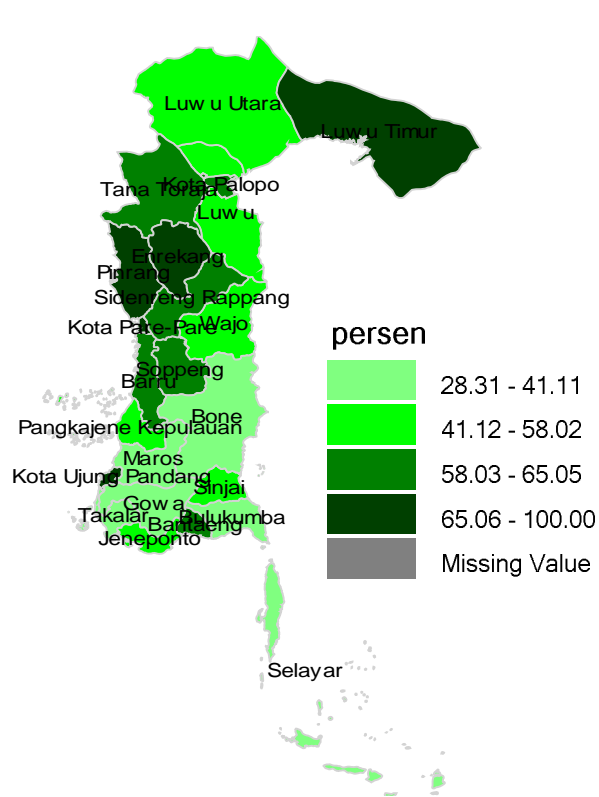
Gambar diatas menunjukkan persentase desa/kelurahan yang telah melaksanakan STBM terbesar di Kota Makassar (100%), Kota Palopo (100%) dan Kabupaten Gowa sebesar (88,62%). Persentase desa/kelurahan yang belum melaksanakan STBM terdapat di Kabupaten Takalar, Kabupaten Wajo, Kabupaten Pinrang, Kabupaten Enrekang dan Kota Palopo. Data terinci pada lampiran Tabel 62.

3. Posyandu Purnama dan Mandiri

Pengertian Posyandu adalah suatu wadah komunikasi alih teknologi dalam pelayanan kesehatan masyarakat dari BKKBN dari masyarakat, oleh masyarakat dan untuk masyarakat dengan dukungan pelayanan serta pembinaan teknis dari petugas kesehatan dan keluarga berencana.

Peran serta masyarakat di bidang kesehatan sangat besar. Wujud nyata bentuk peran serta masyarakat antara lain muncul dan berkembangnya Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM), misalnya Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) yang merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh masyarakat untuk masyarakat dengan dukungan tehnis dari petugas kesehatan.

Sebagai indikator peran aktif masyarakat melalui pengembangan UKBM digunakan persentase desa yang memiliki Posyandu. Posyandu merupakan wahana kesehatan bersumberdaya masyarakat yang memberikan layanan 5 kegiatan utama (KIA, KB, Gizi, Imunisasi dan P2 Diare) dilakukan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat.



Adapun pencapaian posyandu purnama dan mandiri (posyandu aktif) di Sulawesi Selatan yang tinggi capaiannya yaitu Kabupaten Makassar (100%), Luwu Timur (92,83%), Parepare (90,00%), Pinrang (74,31%), Enrekang (74,07%) Sidrap (65,05%), Sedangkan pencapaian posyandu purnama dan mandiri terendah yaitu Kab. Toraja Utara (25,19%), Bulukumba (28,31%), Takalar (29,62%), Gowa (34,15%), Maros (35,62%) dan kab Bone (36,78%). Data terinci pada lampiran Tabel 69.

Gbr..IV.F.3 Peta Posyandu Aktif di Sulawesi Selatan Tahun 2014

BAB V

SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN

Sumber daya kesehatan merupakan tatanan yang menghimpun berbagai upaya Perencanaan, Pendidikan, dan Pelatihan, serta pendayagunaan tenaga kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Tenaga kesehatan adalah semua orang yang bekerja secara aktif dan profesional di bidang kesehatan, berpendidikan formal kesehatan atau tidak, yang untuk jenis tertentu memerlukan upaya kesehatan. Salah satu faktor pendukung upaya pembangunan kesehatan dapat berdaya guna dan berhasil guna bila kebutuhan sumber daya kesehatan dapat terpenuhi yang diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan.

Dalam bab ini, gambaran mengenai situasi sumber daya kesehatan dikelompokkan ke dalam sajian data dan informasi mengenai sarana kesehatan, tenaga kesehatan dan pembiayaan kesehatan.

A. SARANA KESEHATAN

Sarana Kesehatan yang diuraikan pada bagian ini meliputi tentang sarana kesehatan di antaranya puskesmas, Rumah Sakit, sarana produksi dan distribusi farmasi dan alat kesehatan, sarana Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), institusi pendidikan tenaga kesehatan serta pembiayaan kesehatan.

1. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128 Tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas mendefinisikan puskesmas adalah Unit Pelaksana Teknis (UPT) dinas kesehatan Kabupaten / Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Pembangunan kesehatan adalah penyelenggaraan upaya kesehatan oleh bangsa Indonesia untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Dalam menjalankan fungsinya sebagai pusat pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, pusat pelayanan kesehatan masyarakat primer, dan pusat pelayanan kesehatan perorangan primer, puskesmas berkewajiban memberikan upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan.

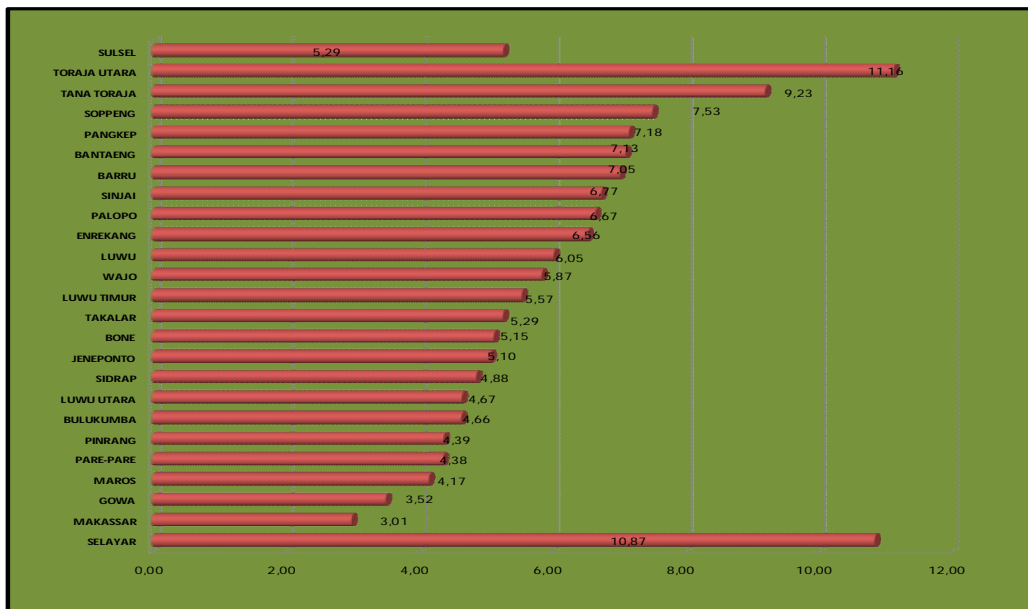
Upaya kesehatan wajib terdiri dari:

1. Upaya promosi kesehatan
2. Upaya kesehatan lingkungan
3. Upaya kesehatan ibu dan anak serta Keluarga Berencana
4. Upaya perbaikan gizi
5. Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
6. Upaya pengobatan

Pusat Kesehatan Masyarakat, disingkat Puskesmas, adalah organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat, dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan kepada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan.

Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis kesehatan di bawah supervisi Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota. Secara umum, mereka harus memberikan pelayanan preventif, promotif, kuratif sampai dengan rehabilitatif baik melalui Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) atau Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Puskesmas dapat memberikan pelayanan Rawat Inap selain pelayanan Rawat Jalan. Hal ini disepakati oleh Puskesmas dan Dinas Kesehatan yang bersangkutan. Dalam memberikan pelayanan di masyarakat, puskesmas biasanya memiliki sub unit pelayanan seperti Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, Posyandu, Pos Kesehatan Desa maupun Pos Bersalin Desa (Polindes).

GAMBAR V.A.1
RASIO PUSKESMAS PER 100.000 PENDUDUK MENURUT KAB/KOTA
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten / Kota Tahun 2014

Jumlah Puskesmas seluruh Indonesia sebanyak 9.510 unit. Dengan rincian jumlah puskesmas perawatan 3.152 unit dan puskesmas non perawatan sebanyak 6.358 unit. Di Sulawesi Selatan dari hasil pengumpulan data profil tahun 2014 jumlah puskesmas meningkat menjadi 446 unit terdiri dari puskesmas perawatan sebanyak 259 unit dan puskesmas nonperawatan sebanyak 187 unit dengan 1.227 Puskesmas Pembantu. Adapun rasio puskesmas

per 100.000 penduduk 5,29 per 100.000 penduduk.

Salah satu indikator yang digunakan untuk mengetahui keterjangkauan penduduk terhadap Puskesmas adalah rasio Puskesmas per 100.000 penduduk. Bila dibandingkan dengan konsep wilayah kerja puskesmas, dimana Dari hasil Pengumpulan data di 24 Kabupaten / Kota Jumlah Puskesmas pada tahun 2014 sebanyak 446 unit, Adapun rasio puskesmas per 100.000 penduduk sebesar 5,29 dan gambaran jumlah puskesmas di Sulawesi Selatan selama tahun 2009 – 2014 dapat dilihat pada pada gambar V.A.1 dan gambar V.A.2.

GAMBAR V.A.2
PERKEMBANGAN JUMLAH PUSKESMAS DI SULAWESI SELATAN
SELAMA TAHUN 2009 – 2014



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten / Kota Tahun 2014

Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas, beberapa Puskesmas telah ditingkatkan fungsinya menjadi Puskesmas dengan tempat perawatan. Puskesmas Perawatan ini terutama yang berlokasi jauh dari Rumah Sakit, di jalur-jalur jalan raya yang rawan kecelakaan, serta di wilayah pulau-pulau yang terpencil.

2. Rumah Sakit

Rumah Sakit merupakan pelayanan kesehatan pada masyarakat yang bergerak dalam kegiatan kuratif & rehabilitatif dan berfungsi sebagai sarana pelayanan kesehatan rujukan ruang lingkup pembangunan kesehatan selain upaya promotif dan preventif. Indikator yang digunakan untuk menilai perkembangan sarana Rumah Sakit antara lain dengan melihat perkembangan fasilitas perawatan yang biasanya diukur dengan jumlah Rumah Sakit dan

tempat tidurnya serta rasionya terhadap jumlah penduduk.

Sejak tahun 2011, berdasarkan kepemilikan, Rumah Sakit dikelompokkan menjadi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit privat. Pengelompokan ini berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 147/Menkes/PER/I/2010 tentang perizinan Rumah Sakit. Rumah Sakit publik adalah Rumah Sakit yang dikelola Pemerintah, Pemerintah Daerah dan badan hukum yang bersifat nirlaba, dan Rumah Sakit Privat adalah Rumah Sakit yang dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk perseroan terbatas atau persero.

Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2011 jumlah Rumah Sakit Publik di Indonesia berjumlah 1.406 unit sedangkan Rumah Sakit Umum (RSU) berjumlah 1.127 unit dan Rumah Sakit Khusus (RSK) berjumlah 279 unit. Rumah Sakit tersebut dikelola oleh Kementerian Kesehatan, Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten / Kota, TNI POLRI, departemen lain/BUMN serta swasta non profit. Sedangkan jumlah Rumah Sakit privat sebanyak 315 unit, yang terdiri atas Rumah Sakit umum (RSU) berjumlah 245 unit dan Rumah Sakit khusus (RSK) berjumlah 70 unit. Rumah Sakit privat tersebut dikelola oleh BUMN dan swasta. Jumlah Rumah Sakit tersebut merupakan Rumah Sakit yang telah terdata dan mendapatkan kode Rumah Sakit melalui sistem informasi Rumah Sakit (SIRS).

Tabel V.A.1 menunjukkan Pada tahun 2009–2014, perkembangan jumlah Rumah Sakit (Umum dan Khusus) di Sulawesi Selatan cenderung relatif stabil. Data terinci pada lampiran Tabel 68. Adapun perkembangan jumlah Rumah Sakit (Umum dan Khusus) tersebut dapat dilihat pada tabel berikut :

Rasio tempat tidur Rumah Sakit terhadap jumlah penduduk juga dapat menggambarkan kemampuan Rumah Sakit tersebut dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat untuk tahun 2014, jumlah tempat tidur dan rasionya terhadap 100.000 penduduk tercatat sebanyak 4.507 tempat tidur dengan rasio sebesar 54 per 100.000 penduduk.

TABEL V.A.1
PERKEMBANGAN JUMLAH RUMAH SAKIT (UMUM & KHUSUS) MENURUT
KEPEMILIKAN/PENGELOLA DI SULAWESI SELATAN
TAHUN 2009-2014

No	Pengelola / Kepemilikan	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1	Kementerian Kesehatan	1	2	2	2	2	2
2	Pemerintah Prov/Kab/Kota	38	38	37	37	37	37
3	TNI/POLRI	7	7	7	7	7	7
4	BUMN/Departemen Lain	1	1	1	1	1	1
5	Swasta	39	39	39	39	48	48
Jumlah		85	86	86	86	95	87

Sumber: Profil Kesehatan Sulawesi Selatan Tahun 2009-2014

3. Sarana Produksi, Distribusi Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan

Ketersediaan farmasi dan alat kesehatan memiliki peran yang signifikan dalam pelayanan kesehatan. Akses masyarakat terhadap obat khususnya obat esensial merupakan salah satu hak asasi manusia. Dengan demikian penyediaan obat esensial merupakan kewajiban bagi pemerintah dan institusi pelayanan kesehatan baik publik maupun privat. Sebagai komoditi khusus, semua obat yang beredar harus terjamin keamanan, khasiat dan mutunya agar dapat memberikan manfaat bagi kesehatan. Oleh karena itu salah satu upaya yang dilakukan untuk menjamin mutu obat hingga diterima konsumen adalah menyediakan sarana penyimpanan obat dan alat kesehatan yang dapat menjaga keamanan secara fisik serta dapat mempertahankan kualitas obat di samping tenaga pengelola yang terlatih.

Salah satu kebijakan pelaksanaan dalam Program Obat dan Perbekalan Kesehatan adalah pengendalian obat dan perbekalan kesehatan diarahkan untuk menjamin keamanan, khasiat dan mutu sediaan farmasi dan alat kesehatan. Hal ini bertujuan untuk melindungi masyarakat dari bahaya yang disebabkan oleh penyalahgunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan atau penggunaan yang salah/tidak tepat serta tidak memenuhi mutu keamanan dan pemanfaatan yang dilakukan sejak proses produksi, distribusi hingga penggunaannya dimasyarakat. Cakupan sarana produksi bidang kefarmasian dan alat kesehatan menggambarkan tingkat ketersediaan sarana pelayanan kesehatan yang melakukan upaya produksi di bidang kefarmasian dan alat kesehatan. Yang termasuk sarana produksi di bidang kefarmasian dan alat kesehatan antara lain Industri Farmasi, Industri Obat Tradisional (IOT), Industri Ekstrak Bahan Alam (IEBA), Industri Kosmetika, Usaha Kecil Obat Tradisional (UKOT), Usaha Mikro Obat Tradisional (UMOT), Produksi Alat Kesehatan Produksi Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT), dan Industri Kosmetika. Sarana produksi dan distribusi di Indonesia masih menunjukkan adanya ketimpangan dalam hal persebaran jumlah.

Sebagian besar sarana produksi maupun distribusi berlokasi di Indonesia bagian Barat yaitu Sumatera dan Jawa dengan proporsi, yaitu sebesar 94,4% sarana produksi dan 78,4% sarana distribusi. Ketersediaan ini terkait dengan sumberdaya yang Obat merupakan salah satu komponen yang tergantung dalam pelayanan kesehatan. Akses terhadap obat terutama obat esensial merupakan salah satu hak asasi manusia. Dengan demikian penyediaan obat esensial merupakan kewajiban bagi pemerintah dan institusi pelayanan kesehatan baik publik dan privat. Sebagai komoditi khusus, semua obat yang beredar harus terjamin keamanan, khasiat dan mutunya agar dapat memberikan manfaat bagi kesehatan. Oleh karena itu salah satu upaya yang dilakukan untuk menjamin mutu obat hingga ke tangan konsumen adalah menyediakan sarana penyimpanan obat dan alat kesehatan yang dapat menjaga keamanan secara fisik serta dapat mempertahankan kualitas obat di samping tenaga pengelola yang terlatih.

Ketersediaan ini terkait dengan sumberdaya yang dimiliki dan kebutuhan pada wilayah setempat. Kondisi ini dapat dijadikan sebagai salah satu acuan dalam kebijakan untuk mengembangkan jumlah sarana produksi

dan distribusi kefarmasian dan alat kesehatan di Indonesia bagian Tengah dan Timur, sehingga terjadi pemerataan jumlah sarana tersebut di seluruh Indonesia. Selain itu, hal ini bertujuan untuk membuka akses terhadap keterjangkauan masyarakat terhadap sarana kesehatan di bidang kefarmasian dan alat kesehatan.

Salah satu kebijakan pelaksanaan dalam Program Obat dan Perbekalan Kesehatan adalah pengendalian obat dan perbekalan kesehatan diarahkan untuk menjamin keamanan, khasiat dan mutu sediaan farmasi dan alat kesehatan. Hal ini bertujuan untuk melindungi masyarakat dari bahaya yang disebabkan oleh penyalahgunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan atau penggunaan yang dilakukan sejak proses produksi, distribusi hingga penggunaannya di masyarakat. Sarana produksi di bidang kefarmasian dan alat kesehatan menggambarkan tingkat ketersediaan sarana pelayanan kesehatan yang melakukan upaya produksi di bidang kefarmasian dan alat kesehatan. Yang termasuk sarana produksi di bidang kefarmasian dan alat kesehatan antara lain Industri Farmasi, Industri Obat Tradisional (IOT), industri kecil Obat Tradisional (IKOT), Produksi Alat Kesehatan, Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT) dan Industri Kosmetika.

Di Kabupaten / Kota, distribusi sediaan farmasi dan alat kesehatan milik pemerintah dikelola oleh unit pengelola obat, dahulu disebut sebagai gudang farmasi Kabupaten. Adapun jumlah unit pengelola obat (ex gudang farmasi) Kabupaten / Kota pada tahun 2008 di Sulawesi Selatan tercatat sebanyak 24.

Jumlah sarana distribusi sediaan farmasi dan alat kesehatan tahun 2014 sebanyak 676 apotek, 377 toko obat, 102 pedagang besar farmasi, 86 penyalur alat kesehatan, 36 usaha kecil obat tradisional dan 2 Industri obat tradisional. Data terinci pada lampiran Tabel 67.

4. Sarana Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat

Dalam mewujudkan masyarakat sehat, diperlukan kesadaran setiap anggota masyarakat akan pentingnya perilaku sehat, berkeinginan, serta berdaya untuk hidup sehat. Masyarakat bersinergi membangun kondisi lingkungan yang kondusif untuk hidup sehat. Langkah tersebut tercermin dalam pengembangan sarana Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) di desa dan kelurahan, seperti adanya Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) dan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu).

UKBM yang ada di desa dan kelurahan menjadi ciri khas bahwa desa dan kelurahan tersebut telah menjadi desa kelurahan siaga aktif. Dinyatakan demikian karena penduduk di desa dan kelurahan siaga tersebut dapat mengakses dengan mudah pelayanan kesehatan dasar dan mengembangkan UKBM serta melaksanakan surveilans berbasis masyarakat (pemantauan penyakit, kesehatan ibu dan anak, gizi, lingkungan dan perilaku), kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana, serta penyehatan lingkungan sehingga masyarakatnya menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

Upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat, berbagai upaya dilakukan dengan memanfaatkan potensi dan sumberdaya yang ada di masyarakat. Upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) di

antaranya adalah Posyandu, Polindes (Pondok Bersalin Desa), Toga (Tanaman Obat Keluarga), POD (Pos Obat Desa), Pos UKK (Pos Upaya Kesehatan Kerja), desa siaga dan sebagainya. Selain Posyandu, situasi dan kondisi upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat lainnya sudah sulit dideteksi/dipantau sejak pemberlakuan otonomi daerah di masing-masing Kabupaten / Kota, kecuali desa siaga yang baru muncul pada tahun 2007 ini. Oleh karena itu, pelaksanaan kegiatan ini perlu mendapat perhatian yang optimal kembali dari masing-masing pengelola program kesehatan.

Posyandu merupakan salah satu bentuk UKBM yang paling dikenal di masyarakat. Posyandu menyelenggarakan minimal lima program prioritas, yaitu Kesehatan Ibu dan Anak, Keluarga Berencana, Perbaikan Gizi, Imunisasi dan Penanggulangan Diare. Untuk memantau perkembangannya, Posyandu dikelompokkan ke dalam empat strata, yaitu Posyandu Pratama, Posyandu Madya, Posyandu Purnama dan Posyandu Mandiri.

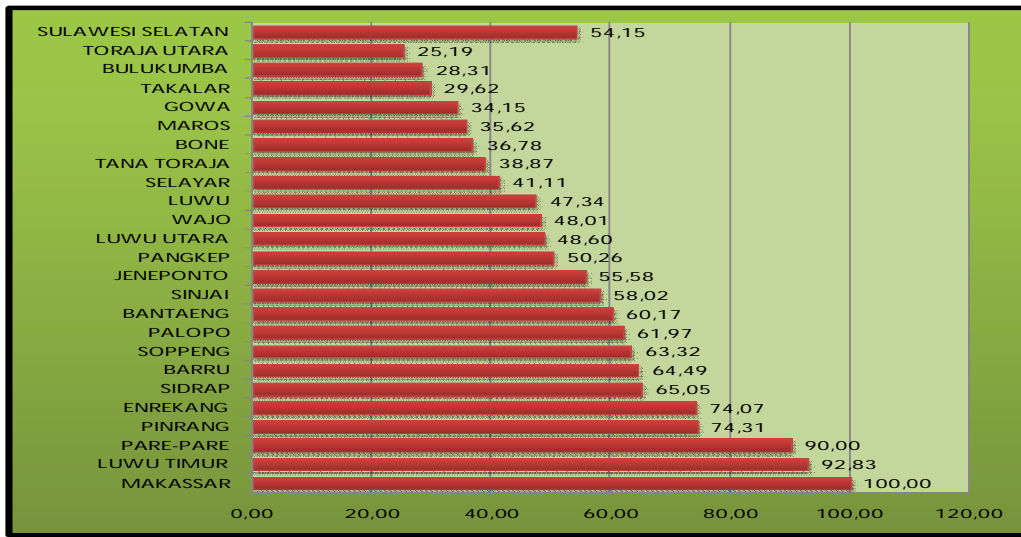
3. Posyandu Purnama dan Mandiri

Pengertian Posyandu adalah suatu wadah komunikasi alih teknologi dalam pelayanan kesehatan masyarakat dari BKKBN dari masyarakat, oleh masyarakat dan untuk masyarakat dengan dukungan pelayanan serta pembinaan teknis dari petugas kesehatan dan keluarga berencana.

Peran serta masyarakat di bidang kesehatan sangat besar. Wujud nyata bentuk peran serta masyarakat antara lain muncul dan berkembangnya Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM), misalnya Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) yang merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh masyarakat untuk masyarakat dengan dukungan tehnis dari petugas kesehatan. Sebagai indikator peran aktif masyarakat melalui pengembangan UKBM digunakan persentase desa yang memiliki Posyandu. Posyandu merupakan wahana kesehatan bersumberdaya masyarakat yang memberikan layanan 5 kegiatan utama (KIA, KB, Gizi, Imunisasi dan P2 Diare) dilakukan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat.

Gambar IV.F.3 menunjukkan Pencapaian posyandu purnama dan mandiri (posyandu aktif) tahun 2014 sebesar 54,15% di Sulawesi Selatan yang tertinggi capaiannya yaitu Kota Makassar, Kabupaten Luwu Timur, dan Kota Parepare dan Palopo Sedangkan pencapaian Posyandu Purnama dan Mandiri terendah yaitu Kabupaten Toraja Utara, Kabupaten Bulukumba, Kabupaten Takalar). Data terinci pada lampiran Tabel 70.

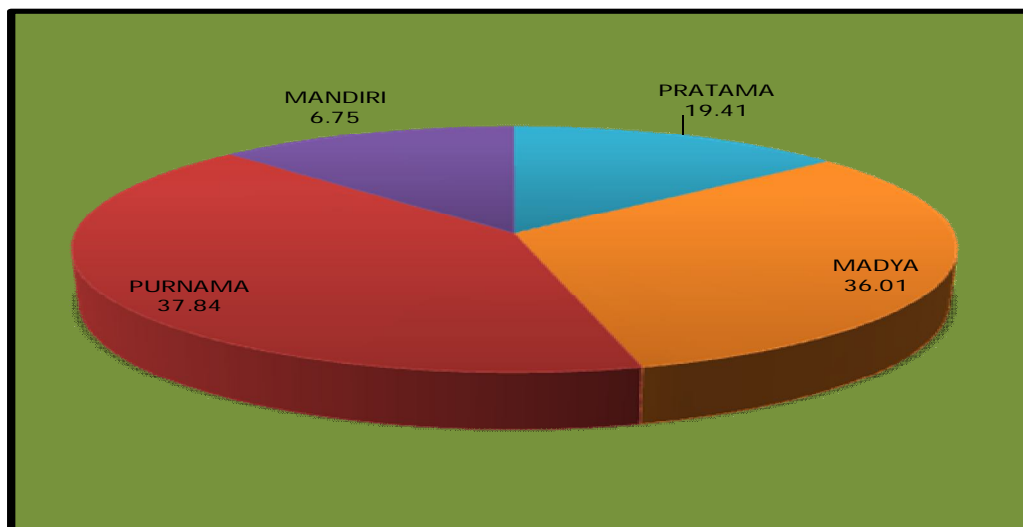
GAMBAR.V.A.3
 CAKUPAN POSYANDU AKTIF PERKABUPATEN./KOTA
 DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten / Kota Tahun 2014

Untuk tahun 2014 jumlah Posyandu sebanyak 9.657 buah dan 13,91% berstatus Pratama, 31,95% berstatus Madya, 41,78% berstatus Purnama, 12,36% berstatus Mandiri, dan Posyandu yang aktif sebanyak 5.229 (54,15%). Gambar V.A.3 menggambarkan persentase posyandu aktif pada tahun 2014 menurut strata atau tingkat perkembangannya dapat dilihat pada gambar V.A.4, dan data terinci dapat dilihat pada lampiran Tabel 70.

GAMBAR V.A.4
 PROPORSI POSYANDU MENURUT STRATA
 DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber: Bidang Binkesmas Dinkes Prov.Sulsel Tahun 2014

5. Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)

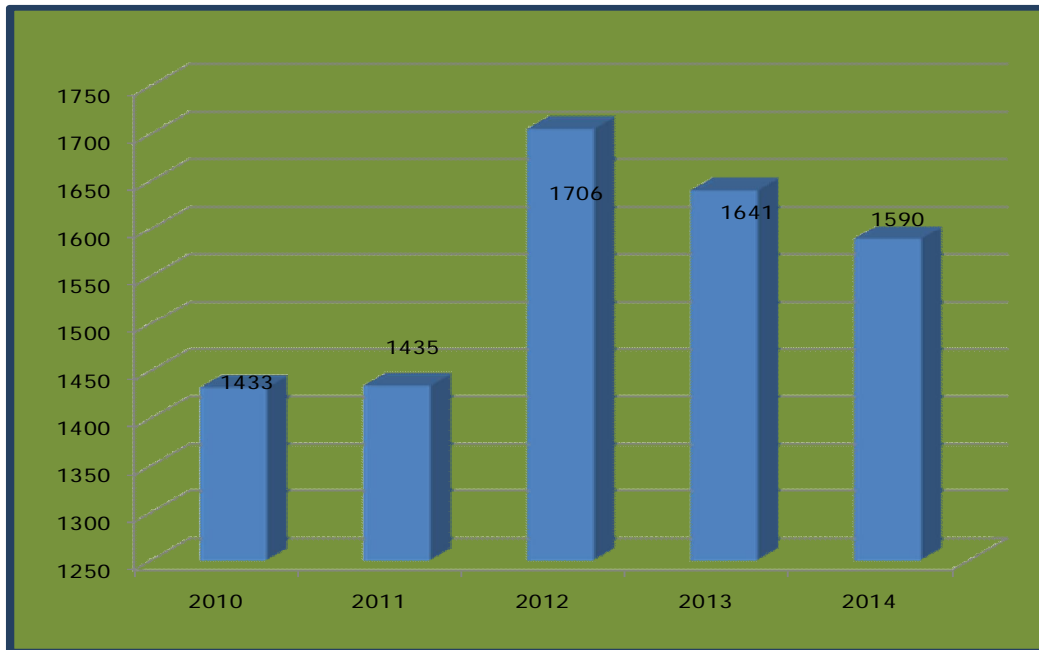
Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) adalah Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka mendekatkan/ menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa. Poskesdes dapat dikatakan sebagai sarana kesehatan yang merupakan pertemuan antara upaya-upaya masyarakat dan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

Untuk dapat menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa, Poskesdes memiliki kegiatan :

1. Pengamatan epidemiologi sederhana terhadap penyakit terutama penyakit menular yang berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB) dan faktor resikonya termasuk status gizi serta kesehatan ibu hamil yang beresiko.
2. Penanggulangan penyakit, terutama penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan KLB serta faktor resikonya termasuk kurang gizi.
3. Kesiapsiagaan dan penanggulangan bencana dan kegawatdarutan kesehatan.
4. Pelayanan medis dasar sesuai dengan kompetensinya.
5. Promosi kesehatan untuk peningkatan keluarga sadar gizi, peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), penyehatan lingkungan dan lain-lain.

Salah satu kriteria desa siaga adalah memiliki satu Poskesdes. Jumlah Poskesdes tercatat pada Profil Kesehatan Indonesia jumlah poskesdes di Sulawesi Selatan sebanyak 881 unit, pada tahun 2009 meningkat sebesar 1.004 unit, pada tahun 2010 meningkat menjadi 1.433 unit, pada tahun 2011 meningkat 1.435 unit, pada tahun 2012 meningkat 1.706 unit, tahun 2013 meningkat sebesar 1,641 unit sedangkan tahun 2014 menurun sebesar 1.684 unit.

GAMBAR V.A.4
PERKEMBANGAN JUMLAH POSKESDES
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014

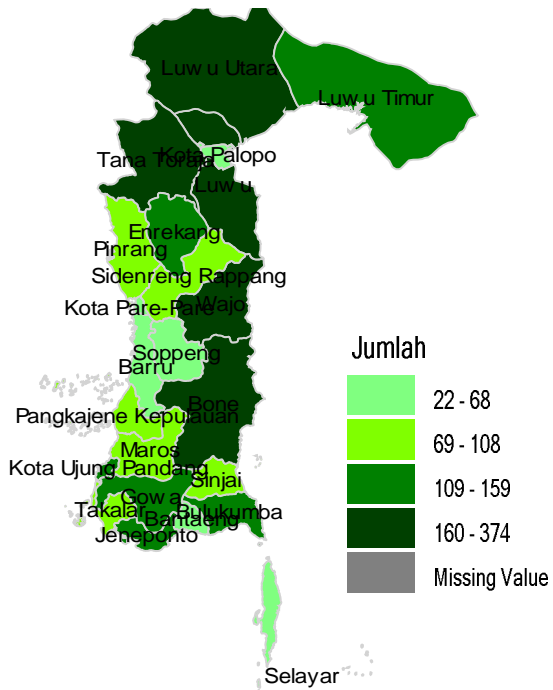


Sumber : Profil Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota tahun 2014

Gambar V.A.4 menunjukkan perkembangan jumlah Poskesdes dari tahun 2010-2014 yang mengalami fluktuasi antara tahun 2010 sampai dengan 2012 terjadi peningkatan namun tahun 2014 mengalami penurunan menjadi 1.590 buah.

6. Desa Siaga

Desa siaga aktif merupakan desa / kelurahan yang penduduknya dapat mengakses pelayanan kesehatan dasar mengembangkan UKBM yang dapat melaksanakan surveilans berbasis masyarakat (pemantauan penyakit, kesehatan ibu dan anak, gizi, lingkungan dan perilaku) kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana serta penyehatan lingkungan sehingga masyarakat ber Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

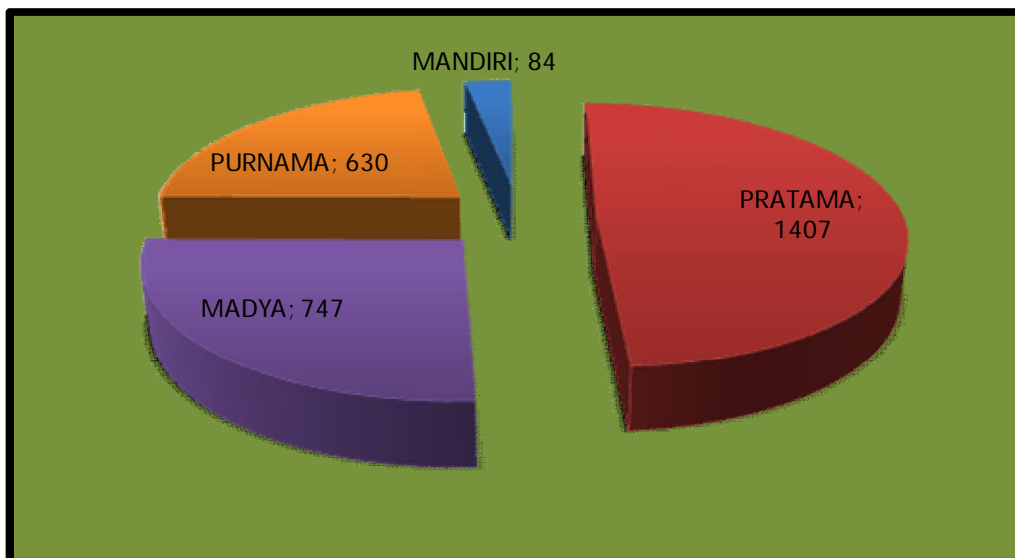


Desa Siaga juga dapat merupakan pengembangan dari konsep Siap-Antar-Jaga, sehingga diharapkan pada gilirannya akan menjadi Desa Siaga dan selanjutnya Desa Sehat yang dilengkapi komponen-komponen yaitu dikembangkannya pelayanan kesehatan dasar dan UKBM, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di kalangan masyarakat, diciptakannya kesiapsiagaan, masyarakat dalam menghadapi kegawatdaruratan dan bencana, serta sistem pembiayaan kesehatan yang berbasis masyarakat.

Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten / Kota Tahun 2014

Gambar V.A.4 menunjukkan jumlah desa siaga pada tahun 2014 berdasarkan klasifikasi yaitu desa siaga pratama sebanyak 1.407 desa, desa siaga Madya sebanyak 747 desa, desa siaga Purnama sebanyak 630 desa, dan desa siaga Mandiri sebanyak 84 desa. Data terinci pada lampiran Tabel 72.

GAMBAR V.A.4
JUMLAH DESA SIAGA BERDASARKAN KLASIFIKASI
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten / Kota Tahun 2014

B. TENAGA KESEHATAN

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada pasal 21 menyebutkan bahwa pemerintah mengatur perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Dalam Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional dijelaskan bahwa untuk melaksanakan upaya kesehatan dalam rangka pembangunan kesehatan diperlukan sumber daya manusia kesehatan yang mencukupi dalam jumlah, jenis dan kualitasnya serta terdistribusi secara adil dan merata. Sumber daya manusia kesehatan yang disajikan pada bab ini lebih diutamakan pada kelompok tenaga kesehatan. Dalam Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan memutuskan bahwa tenaga kesehatan terdiri dari tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga gizi, tenaga keterapi fisik dan tenaga eteknisian medis.

Salah satu unsur yang berperan dalam percepatan pembangunan kesehatan adalah tenaga kesehatan yang bertugas di fasilitas pelayanan kesehatan di masyarakat. Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan / atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

Dalam pembangunan kesehatan berkelanjutan membutuhkan tenaga kesehatan yang memadai baik dari segi jumlah maupun kualitas diperlukan berbagai jenis tenaga kesehatan yang memiliki kemampuan melaksanakan upaya kesehatan dengan paradigma sehat, yang mengutamakan upaya peningkatan, pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pengadaan tenaga kesehatan dilaksanakan melalui pendidikan dan pengembangan tenaga kesehatan melalui pelatihan tenaga oleh pemerintah maupun masyarakat.

Sumber Daya Manusia (SDM Kesehatan) di daerah terdiri dari SDM Kesehatan yang bertugas di unit kesehatan (sarana pelayanan dan non pelayanan) di Kabupaten / Kota dengan status kepegawaian PNS,CPNS, PTT, TNI/POLRI dan swasta. SDM Kesehatan tersebut bekerja di Dinas Kesehatan provinsi dan unit pelaksana teknis (UPT), Dinas Kabupaten / Kota dan UPT termasuk Puskesmas), Rumah Sakit / Poliklinik dan sarana kesehatan lainnya milik Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, TNI/POLRI dan Swasta.

Saat ini, jumlah tenaga kesehatan di Sulawesi Selatan yang tercatat melalui Profil Kesehatan Kabupaten / Kota pada tahun 2014 sebanyak 20.286 orang (pegawai kesehatan) dengan proporsi tenaga kesehatan yang terbesar adalah perawat 109,52% (9.136), bidan 44,51% (3.713 orang), kemudian medis sebesar 35.89% (2.994 orang). Sedangkan jumlah tenaga khusus dalam lingkup Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan hingga akhir 2013 berjumlah 219 orang.

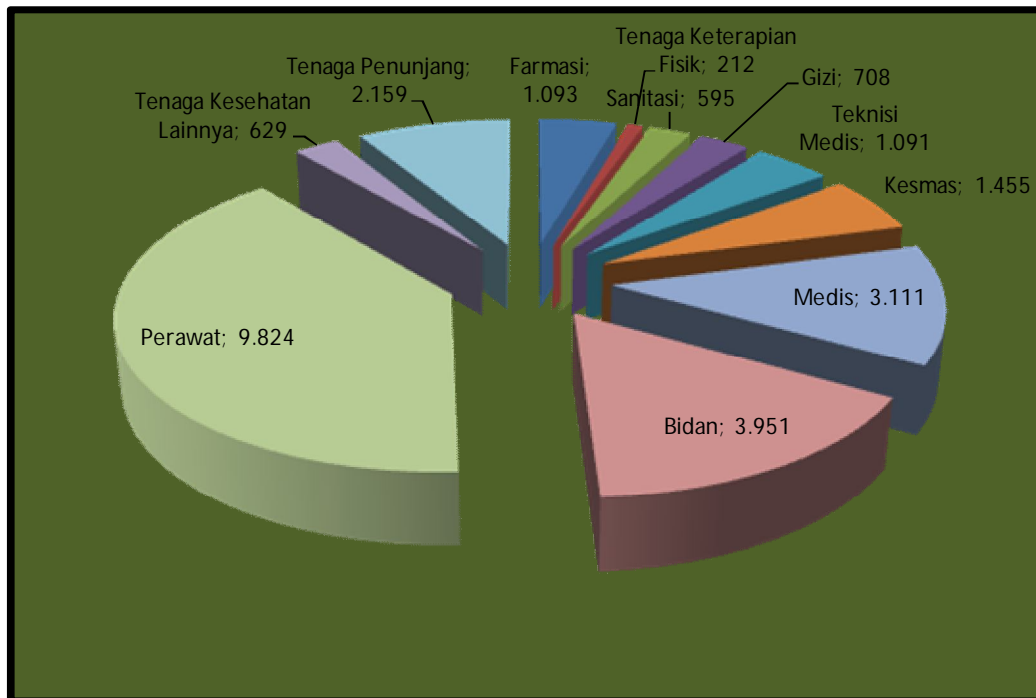
a. Tenaga Medis

Tenaga medis adalah dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi dan dokter keluarga. Hingga tahun 2014 di Sulawesi Selatan tercatat jumlah tenaga

medis sebanyak 3.111 orang terdiri dari dokter spesialis sebanyak 1.077 orang, dokter umum sebanyak 1.456 orang, dokter gigi sebanyak 556 orang dan dokter spesialis Gigi sebanyak 365 orang dengan rasio tenaga medis sebanyak 36,89 per 100.000 penduduk.

Sedangkan rasio masing-masing tenaga medis per 100.000 penduduk berdasarkan data yang diterima melalui 24 Profil Kesehatan Kabupaten / Kota tahun 2014 diperoleh bahwa rasio dokter spesialis sebesar 12,77 per 100.000 penduduk, rasio dokter umum 17,27 per 100.000 penduduk dan rasio dokter gigi sebesar 6,59 per 100.000, rasio spesialis dokter gigi sebanyak 0,26 per.100.000 pdck penduduk nampak bahwa rasio untuk tenaga dokter spesialis dan dokter umum telah mencapai target (dokter spesialis 6 per 100.000 penduduk, dokter umum 40 per 100.000 penduduk), namun rasio dokter gigi belum mencapai target (dokter gigi 11 per 100.000 penduduk). Data terinci pada lampiran Tabel 72.

GAMBAR V.B.1
JUMLAH TENAGA KESEHATAN MENURUT JENIS TENAGA
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten / Kota Tahun 2014

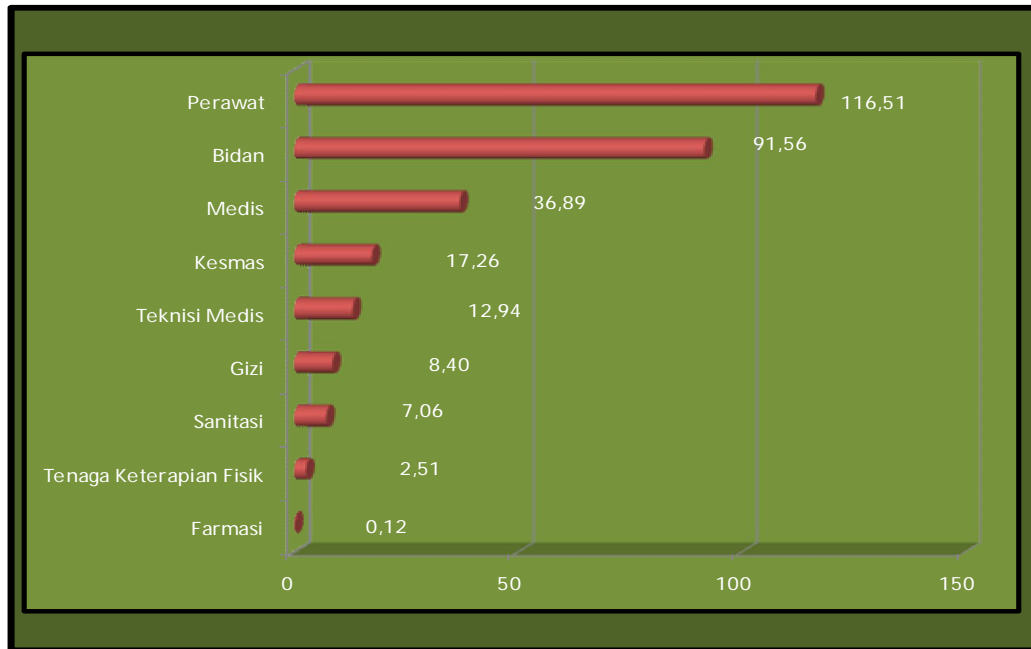
b. Tenaga Kefarmasian dan Gizi

Untuk tenaga kefarmasian, saat ini (2014) telah berjumlah 1,093 orang dengan rincian: tenaga teknis kefarmasian sebanyak 584 orang atau 53,43,59% dari seluruh tenaga farmasi dan apoteker sebanyak 509 orang atau 46,56%. Rasio tenaga kefarmasian per 100.000 penduduk yaitu 0,12, per 100.000 penduduk.

Sementara itu, jumlah tenaga gizi hingga tahun 2014 di Sulawesi Selatan

sebanyak 708 orang dengan rasio sebesar 8,40 per 100.000 penduduk. Data terinci pada lampiran Tabel 76.

GAMBAR V.B.2
RASIO TENAGA KESEHATAN PER 100.000 PENDUDUK
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014



Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten / Kota Tahun 2014

c. Tenaga Keperawatan dan Bidan

Jenis tenaga kesehatan berikutnya adalah tenaga keperawatan, yang terdiri dari tenaga perawat dan bidan. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor

HK.02.02/MENKES/148/I/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat, perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan perawat baik di dalam maupun di luar negeri sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Tenaga keperawatan adalah Perawat dan Bidan. Rasio tenaga keperawatan di Sulawesi Selatan hingga tahun 2014 sebesar 116.51 per 100.000 penduduk. Namun bila dirinci menurut jenisnya maka di Sulawesi Selatan, pada tahun yang sama tercatat jumlah perawat sebanyak 9.824 orang terdiri dari perawat sebesar 9.289 orang atau 110,16% dan perawat gigi sebesar 535 orang 6.34% dari jumlah keseluruhan tenaga perawat. Proporsi tenaga perawat 39,56% dari seluruh tenaga kesehatan.

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 369/MENKES/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan, bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan bidan yang diakui oleh pemerintah dan organisasi profesi di wilayah negara Republik Indonesia serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk di register, sertifikasi dan atau secara sah

mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan. Bidan diakui sebagai tenaga profesional yang bertanggung jawab dan akuntabel, yang bekerja sebagai mitra perempuan untuk memberikan dukungan, asuhan dan nasihat selama hamil, masa kehamilan dan masa nifas, memimpin persalinan atas tanggung jawab sendiri dan memberikan asuhan kepada bayi baru lahir dan bayi. Asuhan ini mencakup upaya pencegahan, promosi persalinan normal, deteksi komplikasi pada ibu dan anak, akses bantuan medis atau bantuan lain yang sesuai, serta melaksanakan tindakan kegawatdaruratan.

Jumlah tenaga bidan tahun 2014 sebanyak 3.951 orang atau dengan proporsi sebesar 15,91% dari seluruh tenaga kesehatan, sementara rasio tenaga bidan sebesar 91,56 per 100.000 penduduk. Data terinci pada lampiran Tabel 73.

d. Tenaga Kesehatan Masyarakat dan Sanitasi

Jumlah tenaga Kesehatan Masyarakat di Sulawesi Selatan Dari hasil pengumpulan profil kesehatan tahun 2009 tercatat jumlah tenaga kesehatan masyarakat sebanyak 1.393 dengan rasio sebesar 16.72 per 100.000 penduduk dan untuk sanitasi tercatat sebanyak 6,14 per 100.000 penduduk.

Dan pada tahun 2012 jumlah tenaga kesehatan masyarakat tercatat 2.237 orang dengan rasio sebesar 18,78 dari 100.000 penduduk dan adapun jumlah tenaga sanitasi yang dilaporkan sebanyak 653 orang dengan rasio sebesar 6,65% per 100.000 penduduk, pada tahun 2013 jumlah tenaga kesehatan masyarakat tercatat 1.324 orang dengan rasio sebesar 15.87 dari 100.000 penduduk, sedangkan pada tahun 2014 jumlah tenaga kesehatan masyarakat tercatat 1.455 orang dengan rasio sebesar 17.26 dari 100.000 penduduk dan adapun jumlah tenaga sanitasi yang dilaporkan sebanyak 595 orang dengan rasio sebesar 7.06 per 100.000 penduduk Data terinci dapat dilihat pada lampiran Tabel 75.

e. Tenaga Teknisi Medis

Tenaga teknisi medis terdiri dari analis laboratorium, TEM (Teknisi Elektro Medis), Pranata Anestesi (seorang yang ahli melakukan anestesi bius), sebelum pasien dirawat di puskesmas, Rumah Sakit, dan sarana pelayanan kesehatan. Adapun jumlah tenaga teknisi medis tahun 2014 yang dilaporkan sebanyak 1091 orang dengan rasio sebesar 12.94 per 100.000 penduduk. teknisi kardiovaskuler 15 orang, Radiografer 165 orang, radioteraphis 8 orang, teknis elektromedis sebanyak 224 orang, teknisi gigi sebanyak 29 orang, Analis Kesehatan sebanyak 525 orang, Refraksionis Opitisien dan ortetik prostetik tidak ada tenaga, Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sebanyak 118 orang, dan Teknisi transfusi darah sebanyak 7 orang.

f. Tenaga Keterampilan Fisik

Tenaga keterampilan fisik yaitu seorang therapis yang mengobati kecelakaan atau disfungsi dengan latihan dan pengobatan fisik lainnya pada bagian tubuh yang mengalami kerusakan (di Puskesmas, Rumah Sakit, dan

sarana), terdiri dari fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara dan akupuntur, adapun jumlah tenaga keterampilan fisik tahun 2014 sebanyak 212 orang, terdiri dari fisiotherapis sebanyak 206 orang, Okupasi terapis sebanyak 2 orang, terapi Wicara sebanyak 2 dan akupuntur 2 orang dengan rasio sebesar 2,51 per 100.000 pddk.

C. PEMBIAYAAN KESEHATAN

Dengan perubahan Visi, Misi dan Strategi Pembangunan Kesehatan, maka beban kerja Kementerian Kesehatan Republik Indonesia cukup berat, luas dan kompleks. Selain itu, kita juga diperhadapkan dengan permasalahan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan gizi masyarakat, meningkatkan kelembagaan serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, pembiayaan pembangunan kesehatan diarahkan agar dapat mendukung berbagai program antara lain penerapan paradigma sehat, pelaksanaan desentralisasi, mengatasi berbagai kedaruratan, peningkatan profesionalisme tenaga kesehatan dan pengembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM).

Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan tersebut, pemerintah telah melakukan berbagai upaya melalui upaya pelayanan kesehatan dasar yang menitikberatkan pada upaya pencegahan dan penyuluhan kesehatan. Dalam melaksanakan upaya pelayanan kesehatan tersebut diperlukan pembiayaan, baik yang bersumber dari pemerintah maupun masyarakat, termasuk swasta. Sejak dilaksanakannya kebijakan desentralisasi pada tahun 2001, biaya untuk pelaksanaan upaya kesehatan dari pemerintah diharapkan sebagian besar berasal dari Pemerintah Daerah.

Sesuai dengan data yang berhasil dikumpulkan, untuk menggambarkan situasi pembiayaan kesehatan di Sulawesi Selatan, berikut ini akan diuraikan tentang pembiayaan kesehatan oleh pemerintah yaitu mengenai alokasi Anggaran Pembangunan Nasional (APBN) dan alokasi APBD Kabupaten / Kota untuk kesehatan, dan juga uraian tentang salah satu wujud pembiayaan kesehatan oleh masyarakat yaitu mengenai jaminan pemeliharaan kesehatan.

1. Anggaran Pembangunan Kementerian Kesehatan

Anggaran Pembangunan Kementerian Kesehatan dekosentrasi pada tahun 2011 sebanyak Rp. 45.625.550.000,- terdiri dari rupiah murni dan RM Pendamping sebanyak Rp. 25.796.369.000.-, dan PHLN sebanyak Rp.19.829.181.000,-, dan adapun total realisasi sebanyak 36.097.404.361.- (79,12%), yang terdiri dari rupiah murni dan RM pendamping sebanyak Rp.19.892.839.299.- (77,11%), dan PHLN sebanyak 16.204.565.062.- (81,72%).

Untuk tahun 2012 dana dekosentrasi sebanyak Rp. 38.134.061.000,- terdiri dari rupiah murni sebanyak Rp. 22.047.828.000.- dan PHLN sebanyak Rp.16.086.233.000,-, dan adapun total realisasi sebanyak 36.266.212.761.- (95,10%), yang terdiri dari rupiah murni sebanyak Rp 21.002.929.061.- (95,26%), dan PHLN sebanyak Rp.15.263.283.700.- (94,88%). Dan dana DAK

sebanyak Rp.148.083.740.000.- yaitu pelayanan kesehatan dasar Rp.63.587.606.638.-, pelayanan farmasi Rp.47.203.823.351.- dan pelayanan rujukan Rp. 37.726.086.725.- dengan realisasi sebanyak Rp. 117.821.221.050.- yaitu pelayanan kesehatan dasar Rp.54.481.112.940.-, (86%) pelayanan farmasi Rp.44.728.614.272.- (95%) dan pelayanan rujukan Rp. 18.611.493.838.- (40%) Sedangkan dana alokasi dana program Jamkesmas–Jampersal tahun 2012 sebesar Rp. 89.149.453.271.- dengan realisasi sebanyak Rp.73.928.402.449.-

Tahun 2013 dana dekosentrasi yang dialokasikan Dinas kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan sebanyak Rp. 33.891.931.000,- dan adapun total realisasi sebanyak 30.141.987.405.- (88,94%), dengan realisasi fisik sebanyak 99,05%. Dan dana DAK sebanyak Rp.148.083.740.000.- yaitu pelayanan kesehatan dasar Rp.62.375.221,515.-, pelayanan farmasi Rp.51.312.200.390.- dan pelayanan rujukan Rp. 42.241.120.196.- dengan realisasi sebanyak Rp. 117.821.221.050.- yaitu pelayanan kesehatan dasar Rp.54.481.112.940.-, (86%) pelayanan farmasi Rp.44.728.614.272.- (95%) dan pelayanan rujukan Rp. 18.611.493.838.- (40%) Sedangkan dana alokasi dana program Jamkesmas–Jampersal tahun 2012 sebesar Rp. 89.149.453.271.- dengan realisasi sebanyak Rp.73.928.402.449.-

Sedangkan untuk tahun 2014 dana dekosentrasi yang dialokasikan Dinas kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan sebanyak Rp.38.657.797.000,- dan adapun total realisasi sebanyak Rp. 34.115.381.446- (88,25%), dengan realisasi fisik sebanyak 97,62% Dan dana DAK sebanyak Rp.180.964.060.188.- yaitu pelayanan kesehatan dasar Rp.75.463.314,796.-, pelayanan farmasi Rp.54.048.347.267.- dan pelayanan rujukan Rp. 49.705.548.125.- dengan realisasi sebanyak Rp. 154.295.171.334.- (85%) yaitu pelayanan kesehatan dasar Rp.67.933.368.692.-, (90%) pelayanan farmasi Rp.49.572.038.795.- (93%) dan pelayanan rujukan Rp. 35.060.763.697.- (89%).

2. Anggaran Pembangunan Daerah

Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), adalah rencana keuangan tahunan pemerintah daerah di Indonesia yang disetujui oleh Dewan Perwakilan Rakyat Daerah. APBD ditetapkan dengan Peraturan Daerah. Tahun anggaran APBD meliputi masa satu tahun, mulai dari tanggal 1 Januari sampai dengan tanggal 31 Desember.

Dasar penganggaran yang digunakan adalah menurut Kepmendagri Nomor 29 Tahun 2003, dimana jenis penganggaran melalui APBD terdiri dari Aparatur (administrasi dan operasional) dan Publik (biaya program), sedangkan untuk tahun 2007 digunakan Permendagri Nomor 13 Tahun 2006 dimana jenis penganggaran menjadi Belanja Langsung (publik dan operasional) dan Belanja Tidak Langsung (biaya aparatur), dengan kata lain bahwa denominator dari belanja langsung menjadi lebih besar oleh karena terhitung dengan biaya operasional sehingga persentase nampak kecil sementara secara absolut, total APBD bidang kesehatan mengalami peningkatan pada periode tahun yang sama.

Sesuai Undang-Undang Kesehatan No 36 Tahun 2009 Tentang

Kesehatan, anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, Kabupaten / Kota memiliki alokasi minimal sepuluh persen dari total Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) di luar gaji (belanja pegawai).

Tahun 2014 alokasi pembiayaan untuk Dinas Kesehatan sebesar Rp.37.376.463.690.- yang terdiri dari dari belanja langsung sebesar Rp.20.294.517.274.- dan belanja tidak langsung sebesar Rp.17.081.946.416.-, dengan jumlah realisasi keseluruhan sebesar Rp.36.970.258.980.- (98,91) yang terdiri dari belanja langsung sebesar Rp.20.254.307.216.- (99,80%), dan belanja tidak langsung sebesar Rp.16.715.951.764.- (99,35%).

3. Bantuan Operasional Kesehatan

Bantuan Operasional Kesehatan merupakan bantuan dana dari Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan RI dalam membantu pemerintahan Kabupaten / Kota untuk meningkatkan akses dan pemerataan pelayanan kesehatan masyarakat melalui kegiatan Puskesmas untuk mendukung tercapainya target *Standar Pelayanan Minimal (SPM)* dan *Millennium Development Goals (MDGs)* Bidang kesehatan tahun 2015, selain itu diharapkan dengan bantuan ini dapat meningkatkan kualitas manajemen Puskesmas, terutama dalam perencanaan tingkat puskesmas dan lokakarya mini puskesmas, meningkatkan upaya untuk menggerakkan potensi masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatannya, dan meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif yang dilakukan oleh Puskesmas dan jaringannya serta Poskesdes dan Posyandu.

Pemanfaatan dana BOK difokuskan pada beberapa upaya kesehatan promotif preventif meliputi KIA-KB, imunisasi, perbaikan gizi masyarakat, promosi kesehatan, kesehatan lingkungan dan pengendalian penyakit, dan upaya kesehatan lainnya sesuai risiko dan masalah utama kesehatan di wilayah setempat dan tetap mengacu pada pencapaian target Standar Pelayanan Minimal (SPM) serta target MDGs bidang kesehatan tahun 2015.

Tahun 2014 realisasi pemanfaatan dana BOK menunjukkan alokasi anggaran sebanyak 1.360.000.0003.- dengan realisasi sebanyak Rp.1.221.120.900.- (89,79%).

BOK salah satu program strategis Kementerian Kesehatan disamping Jamkesmas/Jampersal sehingga terus diupayakan perbaikan agar BOK di manfaatkan dengan optimal oleh Puskesmas. Dinas Kesehatan Provinsi memiliki peran serta yaitu melakukan pembinaan dan evaluasi pelaksanaan BOK di Kabupaten / Kota. Dengan adanya BOK diharapkan petugas kesehatan/kader kesehatan tidak lagi mengalami kendala dalam melakukan kegiatan untuk meningkatkan untuk mendekatkan akses pada masyarakat.

4. Pembiayaan Kesehatan Gratis

Salah satu program unggulan Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan yaitu pelayanan kesehatan gratis kepada masyarakat. Program tersebut berjalan sejak bulan Juli 2008. Kepesertaan pelayanan kesehatan gratis ini diperuntukkan bagi seluruh penduduk Sulawesi Selatan yang belum mempunyai jaminan kesehatan

yang berasal dari program lain dan memiliki kartu identitas penduduk Sulawesi Selatan.

Pelayanan Kesehatan gratis pada masyarakat diberikan sesuai fungsi dan kemampuan sarana, prasarana dan tenaga kesehatan yang ada di setiap tingkat fasilitas pelayanan kesehatan dan diberikan sesuai dengan indikasi medik. Jenis pelayanan kesehatan yang diberikan berupa pelayanan kesehatan tingkat dasar dan pelayanan kesehatan tingkat lanjut. Pelayanan kesehatan tingkat dasar berupa Rawat Jalan Tingkat Dasar (RJTD), Rawat Inap Tingkat Dasar (RITD) dan penanganan gawat darurat yang diberikan di Puskesmas dan jaringannya. Pelayanan kesehatan tingkat lanjut berupa Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL), Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) dan penanganan gawat darurat yang diberikan di PPK milik Pemerintah yang telah ditunjuk. Sedangkan pelayanan pada kasus gawat darurat (emergency), seluruh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) milik Pemerintah wajib memberikan pelayanan tanpa terlebih dahulu meminta kartu identitas korban/ pasien.

Kunjungan peserta kesehatan gratis di Sulawesi Selatan pada tahun untuk tahun 2014 berdasarkan laporan dari tim 9 Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan Rumah Sakit sebanyak 133.462 orang (rawat jalan) dan 43.869 orang (rawat inap), UGD sebanyak 64.094 orang, kasus yang dirujuk sebanyak 1.989 orang dan untuk puskesmas sebanyak 6.174.154 orang dan 64.262 orang (Rawat Inap) UGD sebanyak 24.009 orang, kasus yang dirujuk sebanyak 177.195 orang

Penyerapan dana kesehatan gratis yang dialokasikan oleh Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan sebesar Rp. 439.909.175.911- dan kelebihan dana sebelumnya sebesar Rp.89.679.239.911.- dan terealisasi sebesar 378.679.239.911.- (89,57%). Data tentang kesehatan gratis secara rinci dapat dilihat pada tabel V.C.1

TABEL V.C.1
JUMLAH, REALISASI DAN SISA DANA KESEHATAN GRATIS DINAS
KESEHATAN YANG BERSUMBER APBD PROVINSI DI SULAWESI SELATAN
TAHUN 2014

NO	KAB/KOTA	KLAIM (Rp)	REALISASI (Rp)	JUMLAH KUNJUNGAN			
				Rawat Jalan	Rawat Inap	UGD	Kasus Dirujuk
7301	SELAYAR	Rp 2.669.032.900	Rp 2.669.032.900	232.330	741	-	1.278
7302	BULLUKUMBA	Rp 10.940.726.539	Rp 10.940.726.539	-	-	-	-
7303	BANTAENG	Rp 3.799.103.319	Rp 1.513.264.239	233.666	1523	0	5312
7304	JENEPONTO	Rp 5.645.740.600	Rp 5.645.040.600	146.116	3.108	-	1.073
7305	TAKALAR	Rp 5.965.254.700	Rp 5.965.254.700	337.108	3.479	13.737	4.392
7306	GONA	Rp 4.753.633.048	Rp 4.753.633.048	798.803	8.133	-	20.872
7307	SINJAI	Rp 1.663.301.500	Rp 1.663.301.500	26.526	826		
7308	MAROS	Rp 4.290.212.400	Rp 4.290.212.400	142.816	2.280	-	6.475
7309	PANGKEP	Rp 2.292.224.209	Rp 2.292.224.209	247.707	5.261	-	11.257
7310	BARRU	Rp 2.872.011.500	Rp 2.872.011.500	117.286	2548	0	5.772
7311	BONE	Rp 11.832.111.650	Rp 11.832.111.650	452.731	2.502	-	8.942
7312	SOPPENG	Rp 3.986.093.725	Rp 3.986.093.725	87.680	1.218	-	2.186
7313	WAJO	Rp 8.237.673.900	Rp 8.237.673.900	365.939	4.236	-	4.386
7314	SIDRAP	Rp 5.007.771.450	Rp 5.007.771.450	251.524	5.023	-	10.193
7315	PINRANG	Rp 5.302.825.000	Rp 5.302.825.000	303.025	4.428	0	4.792
7316	ENREKANG	Rp 2.441.184.140	Rp 2.441.184.140	55.220	500	0	-
7317	LUWU	Rp 4.761.205.032	Rp 4.761.205.032	122.491	1.686	-	10.028
7318	TANA TORAJA	Rp 2.487.772.000	Rp 2.487.772.000	150.565	326	0	5.988
7325	LUWU UTARA	Rp 4.458.073.500	Rp 4.458.073.500	265.167	5.925	-	-
7326	LUWU TIMUR	Rp 4.494.700.400	Rp 4.494.700.400	417.869	7.753	-	27.672
7326	TORAJA UTARA	Rp 6.992.283.750	Rp 6.992.283.750	-	-	-	-
7371	MAKASSAR	Rp 37.733.488.469	Rp 37.733.488.469	1.243.801	586	1.506	36.089
7372	PARE-PARE	Rp 4.013.715.230	Rp 2.431.604.180	100.459	1.594	8.766	7.523
7373	PALOPO	Rp 660.988.500	Rp 660.988.500	75.325	586	-	2.965
TOTAL		Rp 147.301.127.461	Rp 143.432.477.331	6.174.154	64.262	24.009	177.195

Sumber : Sek. Tim 9 Kesehatan Gratis

TABEL V.C.1A
JUMLAH, REALISASI DAN SISA DANA KESEHATAN GRATIS RSUD YANG
BERSUMBER APBD PROVINSI DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2014

NO	KABIKOTA	KIAM (Rp)	REALISASI (Rp)	JUMAHKUNJUNGAN				
				Rawat Jalan	Rawat Inap	UGD	Rujukan yg diterima	Kasus dirujuk
7.301	SELAYAR	Rp 2223.663.600	Rp 2223.663.600	3708	1.339	2137	-	-
7.302	BULUKUMBA	Rp 17962.484.416	Rp 10910283.429	-	-	-	-	-
7.303	BANTENG	Rp 9903.392.712	Rp 9903.392.748	-	-	-	-	-
7.304	JENEPONTO	Rp 8920.333.440	Rp 6933.476.554	18.429	5.831	3.522	-	-
7.305	TAKALAR	Rp 11.527.690.354	Rp 11.527.690.354	12.459	3.679	3.263	18.614	299
7.306	GOVA	Rp 11.453.231.660	Rp 11.453.231.660	-	-	-	-	-
7.307	SINIA	Rp 12.163.513.882	Rp 12.163.513.882					
7.308	MAROS	Rp 8.871.502.736	Rp 8.871.502.736	12.669	3.700	2.301	10.155	522
7.309	PANGKAP	Rp 11.710.793.334	Rp 11.710.793.334	18.096	5.717	3.039	19.153	657
7.310	BARRU	Rp 22.538.266.340	Rp 22.538.266.340	7.159	2.177	2.877	7.303	98
7.311	RSUBONE	Rp 29.191.202.274	Rp 29.190.887.441	13.580	3.623	1.982	6.721	20
7.312	SOPENG	Rp 8.363.154.482	Rp 6.614.335.918	-	-	-	-	-
7.313	WAO	Rp 1.235.539.916	Rp 1.235.539.916	3.423	2.039	1.086	-	-
7.314	SIDRAP(Milino)	Rp 5.985.474.492	Rp 5.985.474.492	5.751	2.214	722	2.143	39
	RSUAifinNUMang	Rp 3.934.271.437	Rp 2.514.628.925	5.453	2.248	1.454	-	101
7.315	FINRANG	Rp 10.479.818.489	Rp 8.854.531.061	6.922	3.978	-	-	-
7.316	ENREKANG	Rp 4.461.949.765	Rp 4.461.949.765	-	-	-	-	-
7.317	LUWU	Rp 18.678.184.262	Rp 18.678.184.262	-	-	-	-	-
7.318	TANATORAJA	Rp 7.381.112.665	Rp 7.381.112.665	-	-	-	-	-
7.319	LUWUTARA	Rp 10.873.582.569	Rp 10.873.582.569	23.429	5.217	-	-	253
7.320	LUWUTIMUR	Rp 22.070.288.422	Rp 22.070.288.422	-	-	-	-	-
7.321	TORAJAUJARA	Rp 3.095.140.448	Rp 3.095.140.448	-	-	-	-	-
7.322	MAKASSARDAYA	Rp 1.374.148.359	Rp 1.374.148.359	975	536	932	-	-
7.323	PALE-PALE	Rp 1.796.623.200	Rp 1.796.623.200	-	-	-	-	-
7.324	PALFO	Rp 8.053.488.568	Rp 7.500.694.256	1.414	1.481	591	-	-
TOTAL		Rp 242.488.318.22	Rp 239.852.986.336	133.462	43.869	23.926	64.094	1.989

Demikian gambaran singkat mengenai situasi sumber daya kesehatan di Sulawesi Selatan sampai dengan tahun 2014.

Upaya pembangunan kesehatan dapat berdaya guna dan berhasil guna bila kebutuhan sumber daya kesehatan dapat terpenuhi. Dalam bab ini, gambaran mengenai situasi sumber daya kesehatan dikelompokkan ke dalam sajian data dan informasi mengenai sarana kesehatan, tenaga kesehatan dan pembiayaan kesehatan.

BAB VI PENUTUP

Berdasarkan data-data yang telah dipaparkan, secara umum dapat disimpulkan bahwa hingga tahun 2014 ini berbagai peningkatan derajat kesehatan masyarakat telah dicapai sebagai hasil dari pembangunan kesehatan, sejalan dengan perbaikan kondisi umum, perbaikan keadaan sosial dan ekonomi masyarakat Sulawesi Selatan.

Situasi dan kondisi sektor kesehatan hingga tahun 2014 telah memperlihatkan seberapa jauh perubahan dan perbaikan keadaan kesehatan yang telah dicapai, menunjukkan kekurangan dan kelebihan dari setiap upaya-upaya kesehatan yang dilaksanakan yang tentunya juga tidak terlepas dari kontribusi lintas sektor terkait. Pada sisi output (hasil antara) nampak bahwa perilaku masyarakat untuk hidup bersih dan sehat masih rendah, demikian juga dengan sanitasi dasar lingkungan serta akses dan mutu pelayanan kesehatan. Sementara pada sisi proses dan masukan, masih terdapat beberapa kriteria dari pelayanan kesehatan, manajemen kesehatan dan sumber daya kesehatan yang masih belum mencapai target, SPM Bidang Kesehatan maupun MDGs, demikian pula dengan kontribusi lintas sektor terkait seperti pendidikan, dimana angka melek huruf dan angka partisipasi sekolah di Sulawesi Selatan masih sangat rendah dibandingkan angka nasional, masih rendahnya pelayanan KB dan juga penggunaan air bersih.

Gambaran tersebut merupakan fakta yang harus dikomunikasikan, baik kepada para pimpinan dan pengelola program kesehatan maupun kepada lintas sektor dan masyarakat di daerah yang dideskripsikan melalui data dan informasi, apalagi dalam era desentralisasi pengumpulan data dan informasi dari Kabupaten / Kota menjadi relatif lebih sulit. Hal ini berimplikasi pada kualitas data dan informasi yang disajikan di dalam Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan.

Disamping itu, dalam mencermati capaian setiap indikator masih perlu penataan yang lebih maksimal lagi khususnya dalam menggunakan pendekatan-pendekatan statistik seperti dengan menggunakan proksi yang lebih tepat agar jelas numerator dan denominator masing-masing indikator.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik; *Sosial dan Ekonomi Rumah Tangga Sulawesi Selatan Tahun 2010*, BPS Provinsi Sulawesi Selatan, 2010.
- Badan Pusat Statistik; *Sulawesi Selatan Dalam Angka 2009*, BPS Provinsi Sulawesi Selatan, 2010.
- Badan Pusat Statistik; *Sulawesi Selatan Dalam Angka 2014*, BPS Provinsi Sulawesi Selatan, 2015.
- Badan Pusat Statistik, BKKBN, Depkes RI; *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007*, Laporan Pendahuluan, MEASURE DHS, Macro International Calverton, Maryland USA, Juni 2008.
- Kemenkes RI; Petunjuk Teknis: *Pedoman Penyusunan Profil Kesehatan Provinsi*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 2014.
- Kemenkes RI; Petunjuk Teknis: *Pedoman Penyusunan Profil Kesehatan Provinsi*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 2014.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan; *Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan 2013*, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, Makassar, 2014.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan; *Laporan Hasil Kegiatan Program Lingkup Bidang Pencegahan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Tahun 2014*, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2015.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan; *Laporan Hasil Kegiatan Program Lingkup Bidang Bina Kesehatan Masyarakat Tahun 2014*, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2015.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan; *Laporan Hasil Kegiatan Program Lingkup Bidang Bina Pelayanan Kesehatan & Rujukan Tahun 2014*, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2015.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan; *Laporan Hasil Kegiatan Program Lingkup Bidang Sumber Daya Kesehatan Tahun 2014*, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2015.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan; *Laporan Hasil Kegiatan Program Lingkup Sekretariat Dinas Kesehatan Prov. Sulawesi Selatan Tahun 2014*, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2015.