

## **BAB I PENDAHULUAN**

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 akhirnya 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.

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.

Untuk mengukur 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 2008 ini adalah dalam rangka menyediakan sarana untuk mengevaluasi pencapaian Pembangunan Kesehatan tahun 2008 dengan mengacu kepada Visi Indonesia Sehat 2010. Oleh karena itu, gambaran yang disajikan dalam Profil Kesehatan Indonesia 2008 ini disusun secara sistematis mengikuti pengertian dari Visi Indonesia Sehat 2010. Sistematika penyajian Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan 2008 ini adalah dalam bentuk narasi, tabel dan gambar.

Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan 2008 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, kondisi ekonomi, perkembangan pendidikan dan lain-lain.

## **Bab III : Situasi Derajat Kesehatan**

Bab ini berisi uraian tentang indikator keberhasilan pembangunan kesehatan sampai dengan tahun 2008 yang mencakup umur harapan hidup, angka kematian, angka kesakitan dan keadaan status gizi.

## **Bab IV : Situasi Upaya Kesehatan**

Bab ini menguraikan tentang upaya-upaya kesehatan yang telah dilaksanakan oleh bidang kesehatan selama tahun 2008 yang menggambarkan tingkat pencapaian program pembangunan kesehatan. Gambaran tentang upaya kesehatan meliputi cakupan pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kesehatan rujukan, pemberantasan penyakit menular, pembinaan kesehatan lingkungan, perbaikan gizi masyarakat, pelayanan kefarmasian dan alat kesehatan.

## **Bab V : Situasi Sumber Daya Kesehatan**

Bab ini menguraikan tentang sumber daya yang diperlukan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan, khususnya untuk tahun 2008. Gambaran tentang keadaan sumber daya mencakup tentang keadaan sarana kesehatan, tenaga kesehatan dan pembiayaan kesehatan.

## **Bab VI: Penutup**

## **BAB II**

### **GAMBARAN UMUM**

Provinsi Sulawesi Selatan yang beribukota di Makassar terletak antara  $0^{\circ}12'$  -  $8^{\circ}$  Lintang Selatan dan  $116^{\circ}48'$  -  $122^{\circ}36'$  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 65 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 45.519,24 km<sup>2</sup> yang secara administrasi pemerintahan terbagi menjadi 21 kabupaten dan 3 kota (termasuk Kab. Toraja Utara yang definitif sejak tahun 2008, dengan 303 kecamatan dan 2.946 desa/kelurahan. Kabupaten Luwu Utara merupakan kabupaten terluas dengan luas 7.502,68 km<sup>2</sup> atau luas kabupaten tersebut merupakan 16,48% 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 Sulawesi Selatan dalam Angka tahun 2008 berjumlah 7.771.671 jiwa yang tersebar di 24 kabupaten/kota, dengan jumlah penduduk terbesar yakni 1.248.436 jiwa (52.03%) 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, disamping daerah ini merupakan pusat pemerintahan dan konsentrasi kegiatan ekonomi tingkat provinsi.

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. Hanya di daerah Kabupaten Tana Toraja, Luwu Utara dan Luwu Timur yang menunjukkan angka rasio jenis kelamin lebih besar dari 100, yang berarti penduduk laki-laki di tiga daerah tersebut lebih besar dari jumlah penduduk perempuan. Data terinci pada lampiran Tabel 2.

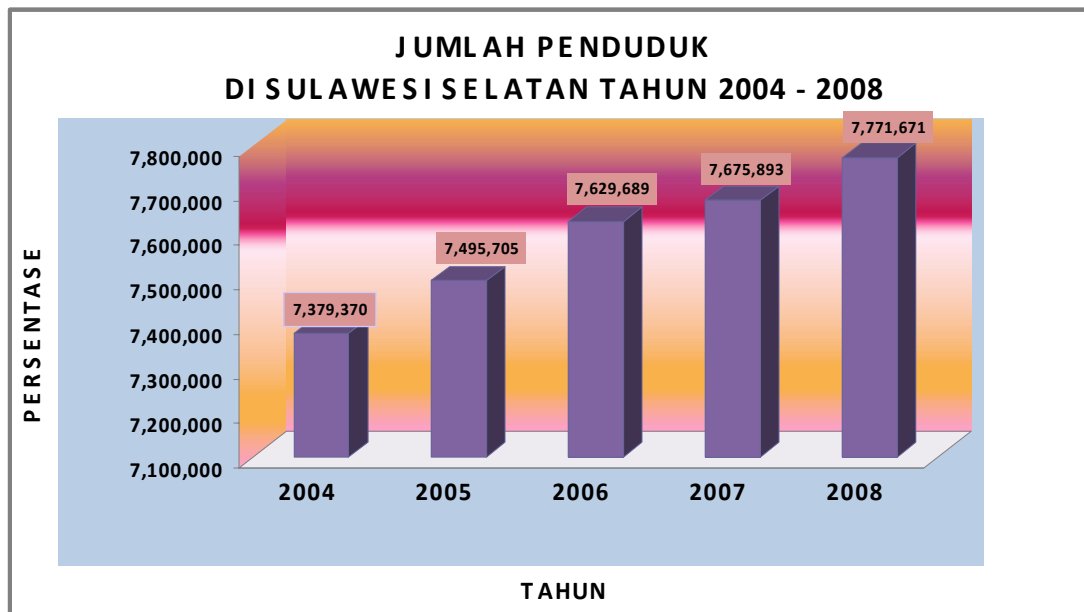
Laju pertumbuhan penduduk di Indonesia pada periode 1990-2000 rata-rata sebesar 1,35% per tahun, sedangkan laju pertumbuhan penduduk di Provinsi Sulawesi Selatan pada periode 2004-2008 rata-rata sebesar 1,32% per tahun. Jumlah dan laju pertumbuhan penduduk dapat dilihat pada tabel II.A.1

TABEL II.A.1  
JUMLAH DAN LAJU PERTUMBUHAN PENDUDUK  
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2004 – 2008

Tahun	Jumlah Penduduk	% Laju Pertumbuhan Penduduk per Tahun
1	2	3
2004	7.379.370	1,45
2005	7.495.705	1,56
2006	7.629.689	1,77
2007	7.675.893	0,60
2008	7.771.671	1.32

Sumber: BPS, Prov. Sulsel 2004-2008

GAMBAR II.A.1  
JUMLAH PENDUDUK DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2004 - 2008



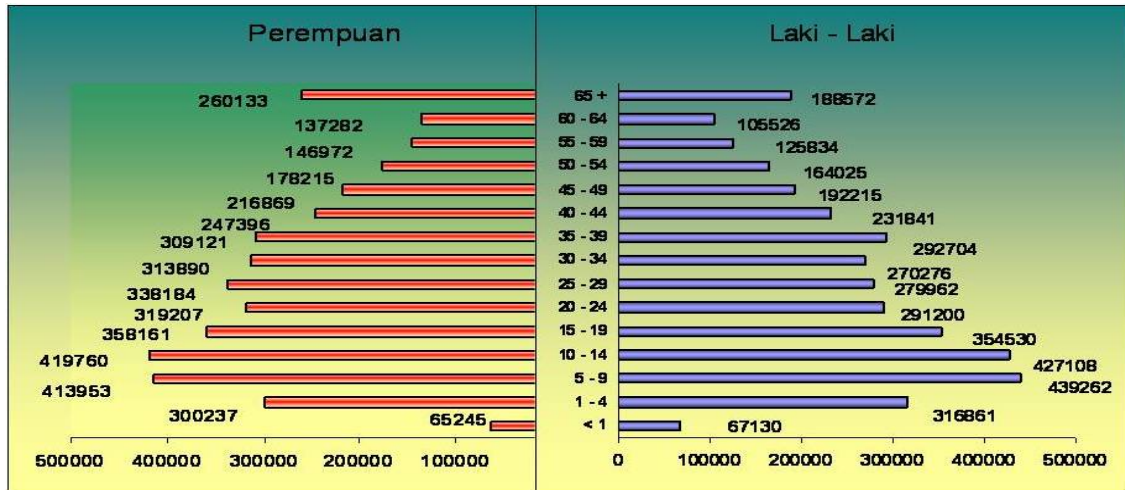
Sumber: BPS Prov. Sulsel 2004-2008

## 2. Komposisi Penduduk Menurut Kelompok Umur

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 2008 sebesar 59,47%.

Penduduk Sulawesi Selatan yang berusia 0–14 tahun pada tahun 2007 sebesar 30,81%, sedangkan pada tahun 2008 sebesar 31,51%. Meningkatnya proporsi penduduk usia muda tersebut merupakan indikator bahwa pada periode 2007–2008 telah terjadi peningkatan tingkat kelahiran yang cukup berarti. Proporsi tersebut masih berada di atas rata-rata nasional, yaitu sebesar 29,83%.

GAMBAR II.A.2  
KOMPOSISI PENDUDUK MENURUT KELOMPOK UMUR  
DAN JENIS KELAMIN DI SULSEL TAHUN 2008

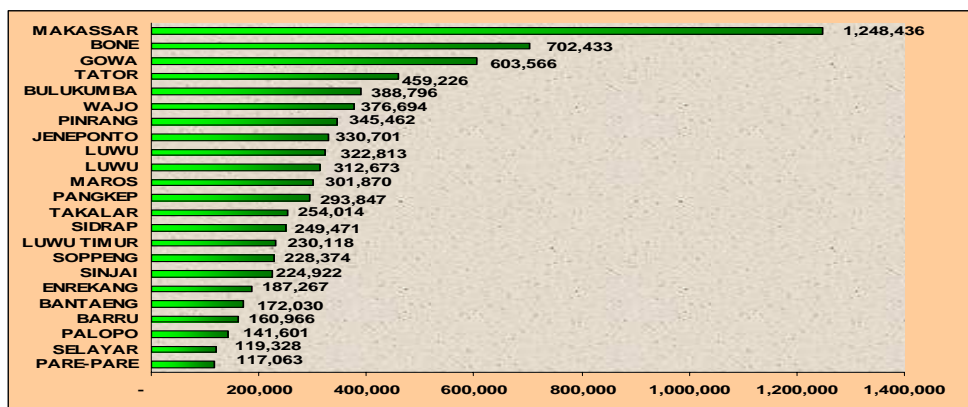


Sumber : BPS Prov. Sulsel, 2008

### 3. Persebaran dan Kepadatan Penduduk

Penduduk Sulawesi Selatan pada tahun 2008 tercatat sebanyak 7.771.671 jiwa tersebar di 21 kabupaten dan 3 kota. Namun persebaran tersebut tidak merata, sekitar 32,86% penduduk Sulawesi Selatan tinggal di tiga daerah kabupaten/kota yaitu Kabupaten Gowa (7,76%), Bone (9,03%), dan Kota Makassar (16,06%).

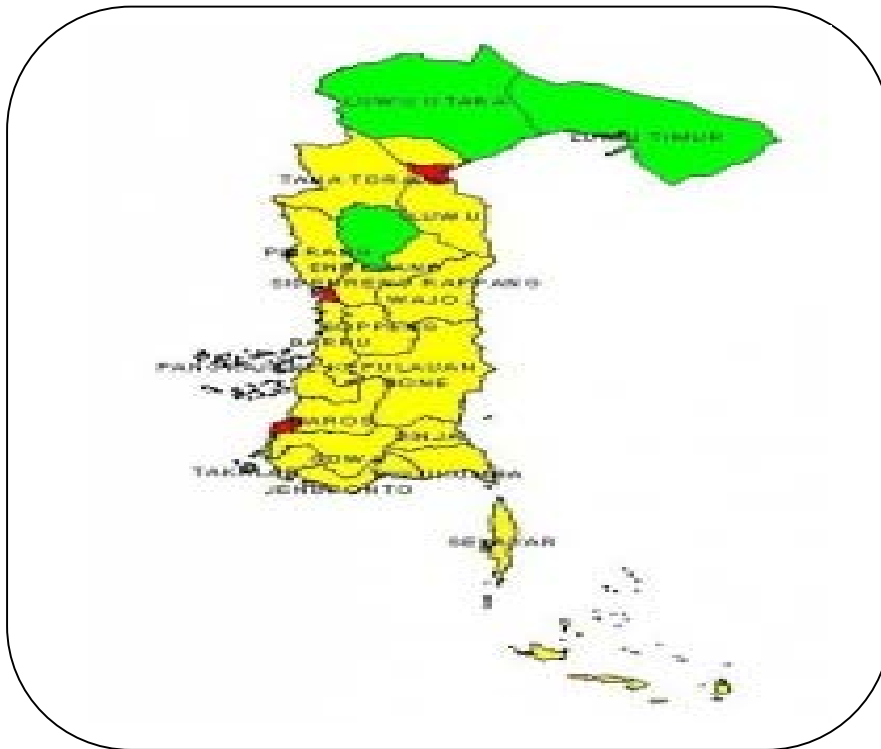
GAMBAR II.A.3  
PERSENTASE PENDUDUK MENURUT KAB/KOTA  
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2008



Sumber: BPS Prov. Sulsel, 2008

Daerah yang sangat menonjol jumlah penduduknya adalah Kota Makassar yaitu lebih dari satu juta jiwa atau sekitar 16,06% dari jumlah penduduk Sulawesi Selatan padahal luas wilayahnya hanya meliputi 0,39% dari luas Provinsi Sulawesi Selatan, yaitu 175,77 km<sup>2</sup> dari 45.519,24 km<sup>2</sup>. Persentase penduduk menurut kab/kota seperti II.A.3.

GAMBAR.II.A.4  
 PERSENTASE PENDUDUK MENURUT KAB/KOTA  
 DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2008



Sumber: BPS Prov. Sulsel, 2008

Kepadatan penduduk per km<sup>2</sup> di Sulawesi Selatan rata-rata 173 jiwa/km. Kota Makassar merupakan kabupaten/kota terpadat (7.200 jiwa/km<sup>2</sup>), menyusul Kota Parepare (1.201 jiwa/km<sup>2</sup>) kemudian Kota Palopo (842 jiwa/km<sup>2</sup>) → warna **merah**. Sedangkan kab/kota dengan tingkat kepadatan penduduk terendah yaitu kab. Luwu Timur (34 jiwa/km<sup>2</sup>), Luwu Utara (39 jiwa/km<sup>2</sup>) dan Enrekang (94 jiwa/km<sup>2</sup>) → warna **hijau**. Tujuh belas (17) kabupaten lainnya rata-rata mempunyai tingkat kepadatan penduduk antara 100-500 jiwa/km<sup>2</sup> yaitu Selayar Bulukumba, Bantaeng, Jeneponto, Takalar, Gowa, Sinjai, Maros, Pangkep, Barru, Bone, Soppeng, Wajo, Sidrap, Pinrang, Tator dan Luwu → warna **kuning**

## B. KEADAAN EKONOMI

Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) merupakan salah satu pencerminan kemajuan ekonomi suatu daerah, yang didefinisikan sebagai keseluruhan nilai tambah barang dan jasa yang dihasilkan dalam waktu satu tahun di wilayah tersebut.

PDRB Sulawesi Selatan atas dasar harga berlaku pada tahun 2006 sekitar 60.902,82 milyar rupiah dengan kontribusi terbesar diberikan oleh sektor pertanian yakni sebesar 30,40% dan disusul oleh sektor perdagangan, restoran dan hotel dengan sumbangan sebesar 15,61%. Sektor industri pengolahan Sulsel yang diharapkan mampu menunjang sektor pertanian dengan berorientasi pada agroindustri pada tahun 2006 memberikan sumbangan sebesar 13,54%, menurun 0,24% dibandingkan dengan tahun 2005.

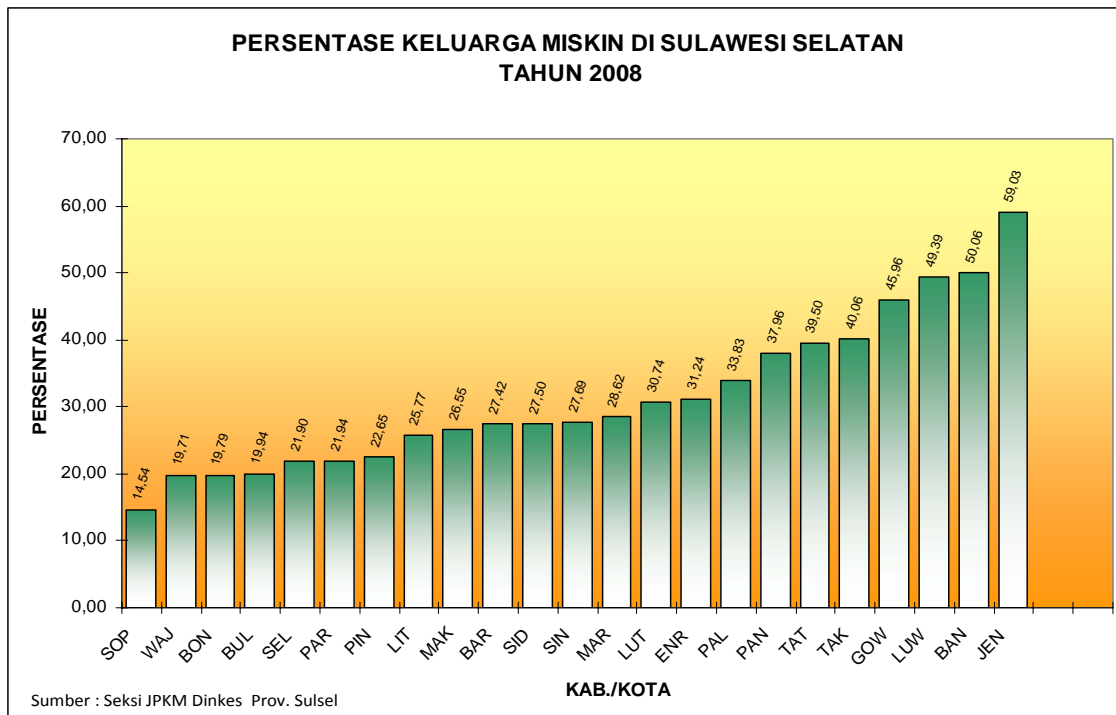
PDRB Sulawesi Selatan atas dasar harga konstan tahun 2000 pada tahun 2006 sebesar 38.867,68 milyar rupiah atau meningkat sekitar 6,71%, lebih tinggi dibandingkan dengan tahun 2005.

Selain dari 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.

Data Profil Kesehatan Kab./Kota di Sulsel pada tahun 2008 mencatat sebanyak 1.532.074 KK miskin. Dari jumlah KK miskin tersebut, yang mendapat pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan mencapai 78 %.

Sedangkan berdasarkan laporan Seksi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2008 terdapat sebanyak 2.449.563 masyarakat yang memiliki kartu miskin atau 31,51 % dari jumlah penduduk Sulawesi Selatan. Kab./kota yang persentase penduduk miskinnya tertinggi yaitu Kab. Jeneponto (59,06%), sedangkan terendah pada Kab. Soppeng (14,54%).

GAMBAR.II.B.1  
 PERSENTASE PENDUDUK MENURUT KAB/KOTA  
 DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2008



## C. TINGKAT PENDIDIKAN

Indikator yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat pendidikan masyarakat yaitu kemampuan baca tulis, partisipasi pendidikan dan pendidikan tertinggi yang ditamatkan.

### 1. Kemampuan Baca Tulis

Kemampuan membaca dan menulis atau baca tulis merupakan keterampilan minimum yang dibutuhkan oleh penduduk untuk mencapai kesejahteraannya. Kemampuan baca tulis tercermin dari angka melek huruf penduduk usia 10 tahun ke atas yang dapat membaca dan menulis huruf latin dan huruf lainnya. Yang dimaksud huruf lainnya misalnya huruf Arab, Bugis, Makassar, Jawa, Cina dan sebagainya.

Angka Melek Huruf (AMH) di Sulawesi Selatan, menurut data BPS 2008 menunjukkan bahwa penduduk usia 10 tahun keatas sekitar 88,10 %. AMH penduduk usia 10 tahun keatas bagi laki-laki sebesar 90,44%, sedangkan untuk perempuan sebesar 85,98%. Angka tersebut mengalami peningkatan 1,1% dibanding tahun 2007 yaitu 87,00%.

TABEL II.C.1  
ANGKA MELEK HURUF PENDUDUK USIA 10 TAHUN KE ATAS  
DAN JENIS KELAMIN DI SULSEL TAHUN 2000 - 2008

Kelompok Umur	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki + Perempuan
1	2	3	4
2008	90,44	85,98	88,10
2007	89,80	84,30	87,00
2006	89,60	85,11	87,35
2005	88,61	84,37	86,39
2004	88,03	83,55	85,71
2003	87,45	82,73	85,02
2002	87,75	80,81	83,55
2001	86,55	80,81	83,55
2000	88,13	81,27	84,53

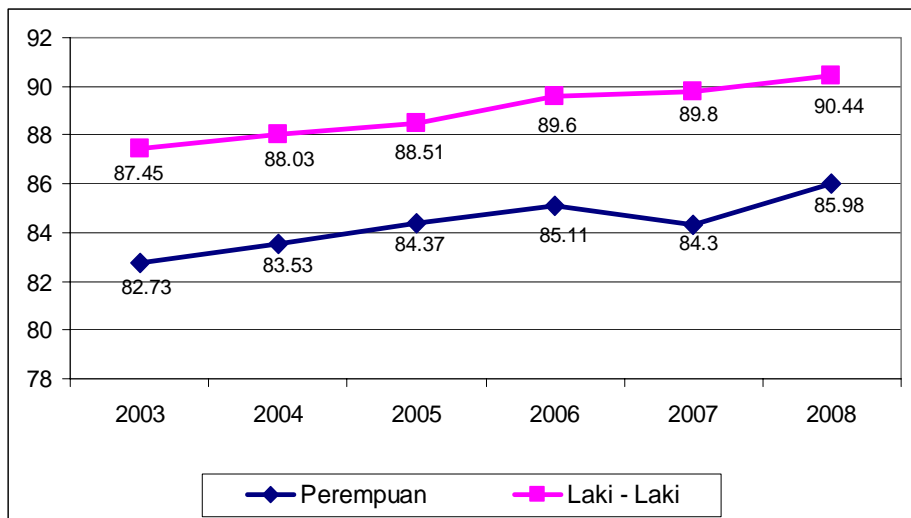
Sumber: BPS Prov. Sulsel 2000-2008

Berdasarkan jenis kelamin, selisih angka melek huruf laki-laki dan perempuan masih cukup tinggi. Perbedaan angka melek huruf menurut jenis kelamin mengalami penurunan dari tahun ke tahun dan pada tahun 2007 selisihnya turun menjadi sekitar 5,5 poin dari angka melek huruf laki-laki sekitar 89,80 dan perempuan sekitar 84,30. Kemudian pada tahun 2008 selisih angka melek huruf laki-laki dan angka melek huruf perempuan turun lagi menjadi 4,46 poin. Keadaan tersebut, dapat dijadikan sebagai indikasi bahwa semakin meningkat kesadaran akan pentingnya pendidikan tanpa melihat status jenis kelamin, meskipun disadari pula bahwa di beberapa masyarakat masih ada yang memprioritaskan anak laki-laki untuk disekolahkan dari pada anak perempuannya.

Menurut daerah kabupaten/kota di Provinsi Sulawesi Selatan berdasarkan data dari BPS tahun 2008 terlihat bahwa variasi angka melek huruf berkisar antara 78 sampai 97. Angka melek huruf tertinggi terdapat di tiga kabupaten/kota yaitu Kota Palopo 97.24%, Parepare 97.03%, dan Makassar 96,76%.

Sedangkan menurut jenis kelamin per kabupaten/kota, angka melek huruf menunjukkan bahwa pada laki-laki berkisar antara 81 sampai 98 dengan angka terendah adalah Kab Bantaeng (81,13%) sedangkan angka tertinggi adalah Kota Palopo (98,81%). Untuk angka melek huruf perempuan berkisar antara 75 sampai 95 dengan angka terendah di Kab.Bantaeng (75.44%) dan tertinggi Kota Parepare (95.81%).

GAMBAR II.C.1  
ANGKA MELEK HURUF PENDUDUK USIA 10 TAHUN KE ATAS DAN  
JENIS KELAMIN DI SULSEL TAHUN 2003 – 2008



Sumber: BPS Prov. Sulasel 2008

## 2. Partisipasi Pendidikan

Pada tahun 2008, persentase penduduk Sulawesi Selatan yang berusia 10 tahun ke atas yang tidak/belum pernah bersekolah sebesar 11,48%. Yang masih bersekolah sebesar 88,52% yang meliputi 54,6% bersekolah di SD/MI, 15,95% di SLTP/MTs, 11,69% di SMU/SMK/MA dan 6,23% di akademi/universitas.

Secara nasional, penduduk berumur 10 tahun ke atas yang tidak/belum pernah sekolah sebagian besar tinggal di perdesaan (11,32%), dan hanya sedikit yang tinggal di perkotaan (4,07%).

Angka Partisipasi Sekolah (APS) menurut BPS Sulawesi Selatan Tahun 2007 dikategorikan menjadi 3 kelompok umur, yaitu 7-12 tahun mewakili umur setingkat SD, 13-15 tahun mewakili umur setingkat SLTP, dan 16-18 tahun mewakili umur setingkat SLTA. Pada kelompok umur 7-12 tahun dan 13-15 tahun partisipasi sekolah perempuan lebih tinggi dari pada laki-laki. Sementara pada kelompok umur 16 - 18 tahun, angka partisipasi sekolah laki-laki lebih tinggi dibanding angka partisipasi sekolah perempuan.

Menurut jenis kelamin, terlihat penduduk perempuan yang tidak/belum pernah sekolah besarnya hampir 2 kali lipat penduduk laki-laki (14,67% berbanding 8,41%). Secara umum di Sulawesi Selatan, partisipasi sekolah laki-laki lebih besar dibanding partisipasi sekolah perempuan.

### 3. Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan

Ijazah/STTB tertinggi yang dimiliki penduduk merupakan indikator pokok kualitas pendidikan formal. Semakin tinggi ijazah/STTB yang dimiliki oleh rata-rata penduduk suatu negara mencerminkan semakin tingginya taraf intelektualitas bangsa dari negara tersebut.

Di Indonesia pada tahun 2003, persentase penduduk berumur 10 tahun ke atas yang tidak/belum memiliki ijazah/STTB sebanyak 30,37%. Sedangkan yang sudah memiliki ijazah terdiri dari Tamat SD/MI sebanyak 33,42%, tamat SLTP/MTs sebanyak 16,65%, tamat SMU/SMK sebanyak 16,17%, dan tamat Diploma I sampai dengan Universitas sebesar 3,39%.

Pada tahun 2008 persentase penduduk Sulawesi Selatan yang berusia 10 tahun ke atas yang tidak/belum pernah bersekolah sebesar 11,48%. Yang masih bersekolah sebesar 88,52% yang meliputi 54,6% bersekolah di SD/MI, 15,95% di SLTP/MTs, 11,69% di SMU/SMK/MA dan 6,23% di akademi/universitas.

Apabila dibanding tahun 2003, maka proporsi penduduk usia 10 tahun ke atas yang tidak tamat SD mengalami penurunan dari 30,37% pada tahun 2003 turun menjadi 11,48% pada tahun 2008. Hal tersebut menunjukkan bahwa tingkat pendidikan yang ditamatkan penduduk di Sulsel semakin membaik.

TABEL II.C.2  
PERSENTASE PENDUDUK 10 TAHUN KE ATAS MENURUT JENJANG PENDIDIKAN  
TERTINGGI YANG DITAMATKAN DI SULSEL  
TAHUN 2002, 2003, 2005, 2006, 2007 dan 2008

Tingkat Pendidikan	2002	2003	2005	2006	2007	2008
1	2	3	4	5	6	7
Tidak/Belum Pernah Sekolah	13,87	13,65	35,19	31,67	11,81	11,48
Tidak Tamat SD	23,71	23,32	35,19	31,67	21,65	26,61
SD	28,05	28,39	28,14	27,03	26,71	28,02
SMTp	14,26	14,36	15,10	15,98	15,26	15,95
SMTA/D2	16,77	16,93	16,80	19,57	18,24	11,69
Akademi/D3	0,83	0,85	1,59	1,55	1,89	2,05
Universitas	2,51	2,50	3,18	4,21	4,43	4,17

Sumber: BPS Prov. Sulsel 2007 (Susenas 2002, 2003, 2005, 2006, 2007 dan 2008)

### D. KEADAAN LINGKUNGAN

Untuk menggambarkan keadaan lingkungan, akan disajikan indikator-indikator yang merupakan hasil dari upaya sektor kesehatan dan hasil dari upaya sektor-sektor lain yang sangat terkait.

Lingkungan merupakan salah satu variabel yang kerap mendapat perhatian khusus dalam menilai kondisi kesehatan masyarakat. Bersama dengan faktor perilaku, pelayanan kesehatan dan genetik, lingkungan menentukan baik buruknya status derajat kesehatan masyarakat.

Salah satu sasaran dari lingkungan sehat adalah tercapainya permukiman dan lingkungan perumahan yang memenuhi syarat kesehatan di perdesaan dan perkotaan, termasuk penanganan daerah kumuh, serta terpenuhinya persyaratan kesehatan di tempat-tempat umum, termasuk sarana dan cara pengelolaannya.

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.

## **1. Rumah Sehat**

Rumah pada dasarnya merupakan tempat hunian yang sangat penting bagi kehidupan setiap orang. Rumah tidak sekedar sebagai tempat untuk melepas lelah setelah bekerja seharian, namun didalamnya terkandung arti yang penting sebagai tempat untuk membangun kehidupan keluarga sehat dan sejahtera. Rumah yang sehat dan layak huni tidak harus berwujud rumah mewah dan besar namun rumah yang sederhana dapat juga menjadi rumah yang sehat dan layak dihuni. Rumah sehat adalah kondisi fisik, kimia, biologi didalam rumah dan perumahan sehingga memungkinkan penghuni atau masyarakat memperoleh derajat kesehatan yang optimal.

Di Sulawesi Selatan, berdasarkan laporan Subdin P2&PL Dinkes Provinsi Sulsel tahun 2004 persentase rumah sehat meningkat menjadi 63,34%, pada tahun 2005 meningkat lagi menjadi 64,29%, tahun 2006 mencapai 64,69% dan untuk tahun 2007 turun menjadi 55,49%, kemudian di tahun 2008 meningkat lagi sebesar 68,54 %. Bila dibandingkan dengan target pencapaian IIS 2010 (80%) maka hal ini berarti masih terpaat 11,46 % dari target. Dengan demikian masih terus dibutuhkan upaya-upaya yang mengarah kepada peningkatan pencapaian rumah sehat.

Bila dibandingkan dengan rata-rata pencapaian di provinsi, maka masih terdapat 31% kab./kota yang pencapaiannya di bawah rata-rata provinsi. Adapun pencapaian persentase rumah sehat untuk masing-masing kab./kota, yang tertinggi di Kabupaten Luwu Utara (94,58 %) dan beberapa kab/kota tidak melapor antara lain Kab. Bone, Jeneponto, Sinjai, Maros, Bone, Tator, Makassar dan Parepare. Hal ini tergantung dengan jumlah rumah yang diperiksa. Data terinci pada lampiran tabel 47.

## **2. Tempat-tempat Umum dan Tempat Pengelolaan Makanan (TUPM)**

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

Berdasarkan data yang diperoleh dari Subdin P2&PL Dinkes Provinsi Sulsel tahun 2003, nampak bahwa persentase rata-rata tempat-tempat umum yang sehat baru mencapai 51,99 % yang meliputi Hotel (64,85%), Restoran/R-Makan (65,13%), Pasar (40,93%), Tempat Umum & Pengelolaan Makanan (TUPM = 50,97%) 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. Sedangkan untuk Tahun 2004,

rata-rata tempat-tempat umum yang sehat meningkat menjadi 52,82% yang meliputi Hotel (62,47%), Restoran/R-Makan (53,66%), Pasar (40,77%), TUPM lainnya (53,16%). Untuk tahun 2005 rata-rata tempat-tempat umum yang sehat meningkat lagi menjadi 58,14%, untuk tahun 2006 rata-rata provinsi menurun menjadi 55,18%, untuk tahun 2007 rata-rata tempat-tempat umum yang sehat meningkat menjadi (62,61%),

Sedangkan untuk tahun 2008, persentase Tempat-tempat Umum dan Pengelolaan Makanan (TUPM) yang sehat mengalami penurunan (60,84 %) meliputi Hotel (72.80%), Restoran/R-Makan (65,%), Pasar (43,11%), Tempat Umum & Pengelolaan Makanan lainnya (TUPM lainnya 61,01%). Data terinci pada lampiran Tabel 50.

### **3. Akses Terhadap Air Minum**

Air merupakan kebutuhan essensial bagi mahluk hidup. Tanpa air tidak akan ada kehidupan di bumi ini. Sekitar 71% komposisi bumi terdiri dari air. Rumus kimia air adalah H<sub>2</sub>O (tersusun atas dua atom hidrogen dan satu atom oksigen). Air bersifat tidak berwarna, tidak berasa dan tidak berbau.

Air bersih merupakan kebutuhan yang sangat penting bagi rumah tangga dalam kehidupan sehari-hari. Ketersediaan dalam jumlah yang cukup terutama untuk keperluan minum dan masak merupakan tujuan dari program penyediaan air bersih yang terus menerus diupayakan pemerintah. Oleh karena itu, salah satu indikator penting untuk mengukur derajat kesehatan adalah ketersediaan sumber air minum rumah tangga.

Statistik Kesejahteraan Rakyat tahun 2007 yang diterbitkan oleh BPS mengkategorikan 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.

Sumber air minum yang digunakan rumah tangga dibedakan menurut air kemasan, ledeng, pompa, sumur terlindung, sumur tidak terlindung, mata air terlindung, mata air tidak terlindung, air sungai, air hujan dan lainnya. Data dari Statistik Kesejahteraan Rakyat (BPS, 2003) menunjukkan bahwa rumah tangga di Indonesia yang menggunakan air minum dari air kemasan sebesar 1,83%, ledeng 17,03%, pompa 14,51%, sumur terlindung 35,57%, sumur tidak terlindung 12,09%, mata air terlindung 7,88%, mata air tidak terlindung 4,93%, air sungai 3,10%, air hujan 2,66% dan sumber lainnya 0,39%.

Sedangkan di Sulawesi Selatan berdasarkan data profil kesehatan Kabupaten/Kota 2008, persentase rumah tangga yang menggunakan sumber air minum ledeng, baru mencapai sekitar 28,87%, SPT 4.85%, SGL 48.22%, PAH 1.49 %, kemasan 057% dan lainnya 16% namun yang tertinggi menggunakan sumber air minum ledeng di Kab. Barru (92,78%) dan terendah di Kab Luwu Utara sebanyak (3.22%), Gowa dan Bone tidak melapor.

### **4. 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 perilaku, 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, diantaranya beberapa pengadaan jamban keluarga. Oleh karena itu, kesadaran masyarakat Sulawesi Selatan terhadap sanitasi lingkungan tersebut terlihat semakin meningkat jumlah rumah tangga yang menggunakan tangki septik sebagai penampungan akhir walaupun masih relatif kecil.

Menurut hasil Susenas di Sulawesi Selatan tahun 2001, persentase rumah tangga yang menggunakan tangki sebagai penampungan akhir tinja, tercatat sekitar 38,00%, dan pada tahun 2002 meningkat menjadi sekitar 43,00% dan sedikit mengalami penurunan pada tahun 2003 menjadi sekitar 42,86%. Sedang rumah tangga yang menggunakan jenis penampungan akhir berupa kolam/sawah, pantai/tanah, tambak dan sungai/danau/laut yang memungkinkan mencemari lingkungan masih dikategorikan cukup besar yaitu sekitar 57,15% pada tahun 2003.

Sedangkan berdasarkan data profil kesehatan kabupaten/kota pada tahun 2008 dapat dilihat bahwa dari 582.342 KK yang diperiksa hanya 88,05% KK yang memiliki jamban, sedangkan jumlah yang sehat sebanyak 466.193 KK atau 33.39%.

## **E. KEADAAN PERILAKU MASYARAKAT**

Komponen perilaku dan lingkungan sehat merupakan garapan 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.

Keadaan 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. Rumah Tangga ber PHBS**

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 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 ( $\geq 8m^2/orang$ ) dan rumah tangga dengan lantai rumah bukan tanah.

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

Perilaku yang menunjang kesehatan adalah adanya rumah tangga yang menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat. Di Sulawesi Selatan berdasarkan hasil pengumpulan data oleh Subdin Promosi dan Kesehatan Masyarakat Tahun 2003 diperoleh data rumah tangga yang ber-PHBS sebesar 8,81% dari 915.670 RT yang di pantau pada 21 kab./kota. Sedangkan untuk tahun 2004, persentase rumah tangga yang ber-PHBS sebesar 35,52% dari 352.661 RT yang dipantau. Untuk tahun 2005, persentase rumah tangga yang ber-PHBS sebesar 33,54% dari 322.433 rumah yang dipantau dan meningkat menjadi 37,50% dari 339.649 rumah yang dipantau di tahun 2006.

Berdasarkan profil kesehatan kabupaten/ kota tahun 2007, dari 452.616 rumah tangga yang dipantau, hanya 38,49% yang berperilaku hidup bersih dan sehat. Tetapi 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. Kabupaten Soppeng dengan angka PHBS cukup tinggi (60,3%).

Sedangkan pada tahun 2008, dari 566.624 rumah tangga yang dipantau terdapat 335.971 yang berperilaku hidup bersih atau sekitar 59,29 %, ini berarti capaian program tersebut belum mencapai target indikator Indonesia Sehat yaitu (65 %). Data terinci pada lampiran Tabel 45.

## **2. Posyandu Purnama dan Mandiri**

Peran serta masyarakat di bidang kesehatan sangat besar. Wujud nyata bentuk peranserta masyarakat antara lain muncul dan berkembangnya Upaya Kesehatan Bersumberdaya 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 teknis dari petugas kesehatan.

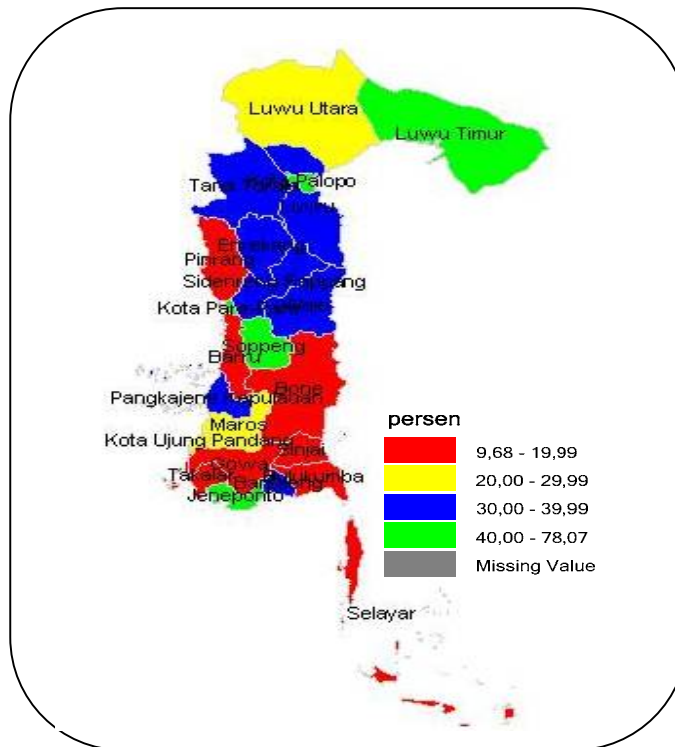
Sebagai indikator peran aktif masyarakat melalui pengembangan UKBM digunakan persentase desa yang memiliki Posyandu. Posyandu merupakan wahana kesehatan bersumberdaya masyarakat yang memberikan layanan 5 kegiatan utama (KIA, KB, Gizi, Imunisasi dan P2 Diare) dilakukan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat.

Di Sulawesi Selatan, jumlah posyandu yang tercatat untuk tahun 2004 sebanyak 7.636 buah posyandu dengan rasio posyandu/desa sebesar 2,7. Rasio ini sama dengan rasio posyandu/desa pada tahun 2003. Sedangkan untuk tahun 2005, jumlah posyandu yang tercatat sebanyak 7.980 buah dengan rasio posyandu/desa sebesar 2,8. Sementara di tahun 2006, jumlah posyandu tercatat sebanyak 7.029, dengan rasio sebesar 2,5. Sedangkan pada tahun 2007, jumlah posyandu sebanyak 5.759 dengan rasio posyandu/ desa 1,9. Pada tahun 2008, jumlah posyandu sebanyak 9.413 dengan rasio posyandu/desa 3,2 atau rata-rata 1 desa memiliki 3 posyandu.

Adapun jumlah posyandu purnama dan mandiri di Sulawesi Selatan Tahun 2003 baru mencapai 18,93%. Sedangkan untuk tahun 2004, jumlahnya meningkat mencapai 23,72%, dan untuk tahun 2005, tidak terjadi peningkatan yang bermakna (23,81%) sementara untuk tahun 2006 meningkat menjadi 26,26%. Tahun 2007 posyandu mandiri dan purnama malah menurun menjadi 14,69%. Sedangkan pada tahun 2008, posyandu purnama dan mandiri sebanyak 28,54%, mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya.

Bila dibandingkan dengan target IIS 2010 (40%) maka perlu peningkatan yang optimal dalam peran serta masyarakat dalam rangka pencapaian terget tersebut. Data terinci pada lampiran Tabel 46.

GAMBAR II.E.1  
PEMETAAN POSYANDU PURNAMA + MANDIRI  
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2008



Sumber: Profil kesehatan kab/kota tahun 2008

Pencapaian posyandu purnama dan mandiri di Sulsel yang memenuhi target IIS 2010 yaitu Kab. Jeneponto, Soppeng, Luwu Timur, Kota Parepare dan Palopo (**hijau**). Sedangkan pencapaian posyandu purnama dan mandiri terendah yaitu Kab. Selayar, Bulukumba, Takalar, Gowa, Sinjai, Bone, Barru dan Pinrang (**merah**).

## **BAB III**

### **SITUASI DERAJAT KESEHATAN**

Gambaran derajat kesehatan masyarakat Sulawesi Selatan, berikut ini disajikan dalam situasi Mortalitas, Morbiditas dan Status Gizi Masyarakat.

#### **A. MORTALITAS (Angka Kematian)**

Gambaran perkembangan derajat kesehatan masyarakat dapat dilihat dari kejadian kematian dalam masyarakat dari waktu ke waktu. Disamping 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.

Peristiwa kematian pada dasarnya merupakan proses akumulasi akhir dari berbagai penyebab kematian langsung maupun tidak langsung. Secara umum kejadian kematian pada manusia berhubungan erat dengan permasalahan kesehatan sebagai akibat dari gangguan penyakit atau akibat dari proses interaksi berbagai faktor yang secara sendiri-sendiri atau bersama-sama mengakibatkan kematian dalam masyarakat.

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 Bayi (AKB)**

*Infant Mortality Rate* atau Angka kematian bayi adalah banyaknya bayi yang meninggal sebelum mencapai usia satu tahun per 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Indikator ini terkait langsung dengan terget 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 terget program karena mewakili komponen penting pada kematian balita.

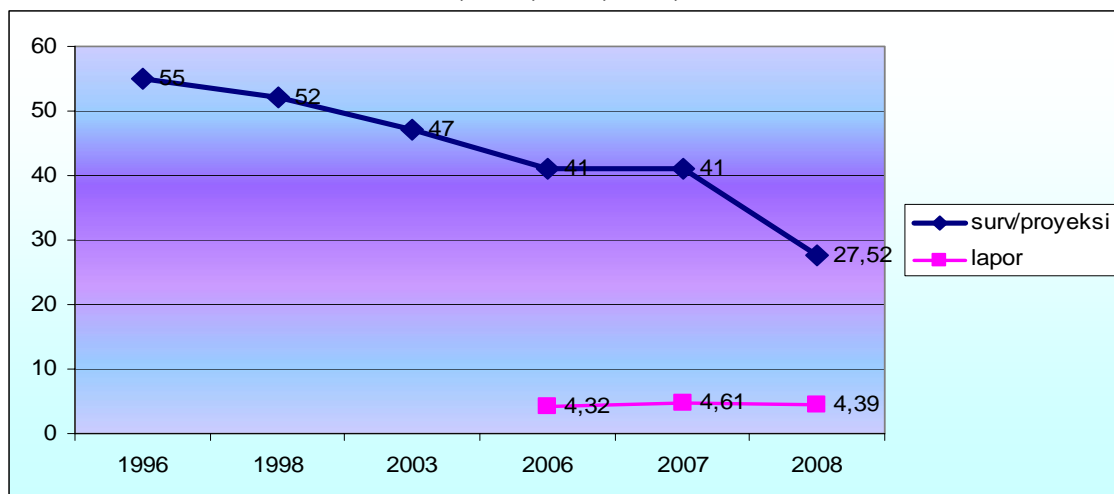
Data kematian yang terdapat pada suatu komunitas dapat diperoleh melalui survei, karena sebagian besar kematian terjadi di rumah, sedangkan data kematian di fasilitas pelayanan kesehatan hanya memperlihatkan kasus rujukan. Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia berasal dari berbagai sumber, yaitu Sensus Penduduk, Surkesnas/Susenas, 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 Sulsel 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 Sulsel pada tahun 2007 sebesar 27,52 per kelahiran hidup. Sementara laporan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bahwa jumlah kematian bayi pada tahun 2006 sebanyak 566 bayi, atau 4,32 per 1000 kelahiran hidup, mengalami peningkatan pada tahun 2007 menjadi 709 kematian bayi atau 4,61 per 1.000 kelahiran hidup. Untuk tahun 2008 ini jumlah kematian bayi turun menjadi 638 atau 4,39 per 1000 kelahiran hidup.

GAMBAR III.A.1  
ANGKA KEMATIAN BAYI DI SULAWESI SELATAN  
TAHUN 1996, 1998, 2003, 2006, 2007 & 2008



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). Gambaran proporsi sebab utama kematian bayi dapat dilihat pada tabel III.A.1.

TABEL III.A.1  
PROPORSI PENYEBAB KEMATIAN BAYI  
HASIL RISKESDAS TAHUN 2007

No	Penyebab kematian	%
1	Diare	31,4
2	Pneumonia	23,8
3	Meningitis/ensefalitis	9,3
4	Kelainan Saluran Pencernaan	6,4
5	Kelainan Jantung Kogenital & Hydrocephalus	5,8
6	Sepsis	4,1
7	Tetanus	2,9
8	Malnutrisi	2,3
9	TB	1,2
10	Campak	1,2

*Sumber : Riskesda 2007*

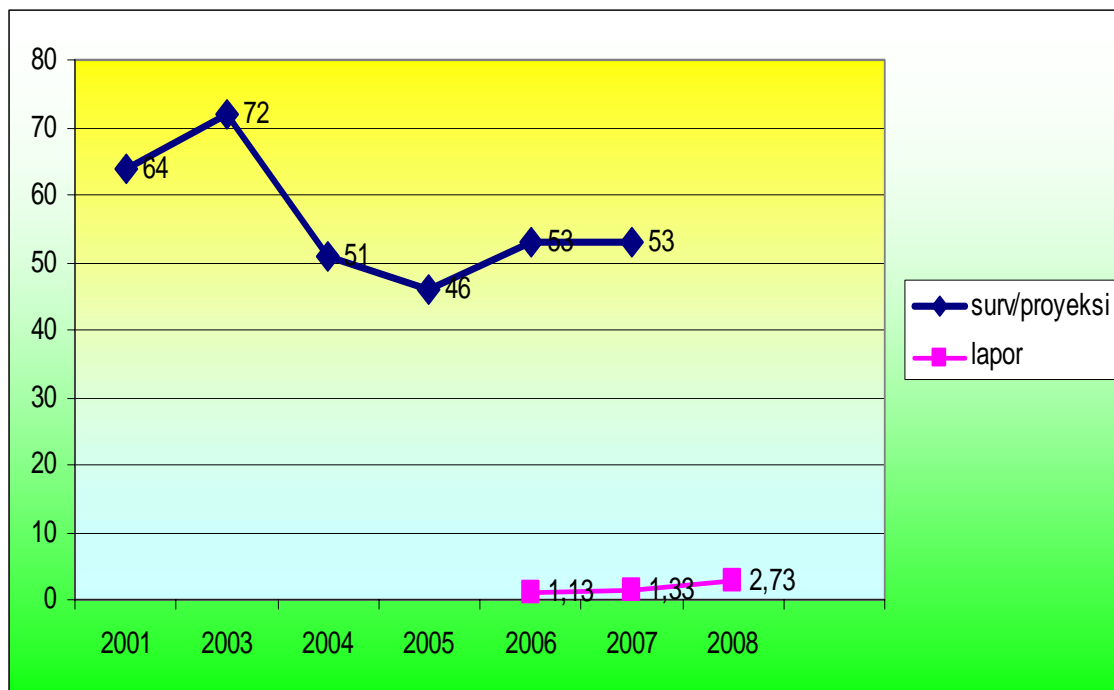
## 2. Angka Kematian Balita (AKABA)

Angka Kematian Balita (AKABA) adalah 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.

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 Kab/Kota di Sulsel pada tahun 2006 sebanyak 148 balita atau 1,13 per 1.000 kelahiran hidup. Sedangkan pada tahun 2007 jumlah kematian balita dilaporkan sebanyak 105 balita atau 1,33 per 1.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2008 jumlah kematian balita dilaporkan mengalami peningkatan menjadi 396 balita atau 2,73 per 1000 kelahiran hidup.

GAMBAR III.A.2  
ANGKA KEMATIAN BALITA DI SULAWESI SELATAN  
TAHUN 2001, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 & 2008



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

Dari 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 risiko 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 risiko yang terjadi di masyarakat, salah satunya sebagai akibat dari krisis ekonomi. Gambaran perkembangan AKABA dalam 10 tahun terakhir dapat dilihat pada tabel III.A.2.

TABEL III.A.2  
ANGKA KEMATIAN ANAK BALITA (1-4 TH)  
DI SULSEL DAN INDONESIA, TAHUN 1995-2008

Tahun	AKABA per 1000 KH		Sumber
	Nasional	Propinsi	
1	2	3	4
1995	75		Estimasi SUPAS 1995
1997	19,4	17,1	SDKI 1997
1998	64,28		Estimasi SUPAS 1995
	64		Estimasi SUSENAS
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
		1,33	Dilaporkan dari Dinkes Kab.
2008		2,73	Dilaporkan dari Dinkes Kab.

*Sumber: Data Sekunder diolah*

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.3.

TABEL III.A.3  
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.3 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. 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, antara lain persentase BBLR (0,83% pada tahun 2006 dan 1,57% tahun 2007 dari kelahiran hidup), cakupan kunjungan bayi (82,81% pada tahun 2006 dan mengalami penurunan pada tahun 2007 menjadi 75,20% dari jumlah kelahiran hidup), cakupan pemberian ASI eksklusif (57,48% pada tahun 2006 dan 57,05% pada tahun 2007) dan lain-lain. Untuk data tahun 2008 persentase BBLR 1,38 % dari kelahiran hidup, cakupan kunjungan bayi menurun 71,39 % , cakupan pemberian ASI eksklusif meningkat menjadi 77,18 %.

### 3. Angka Kematian Ibu (AKI)

AKI adalah banyaknya wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Ibu (AKI) berguna untuk 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.

TABEL III.A.4  
ANGKA KEMATIAN IBU MATERNAL PER 100.000 KH  
DI INDONESIA, HASIL SDKI & SKRT, TAHUN 1982 - 2007

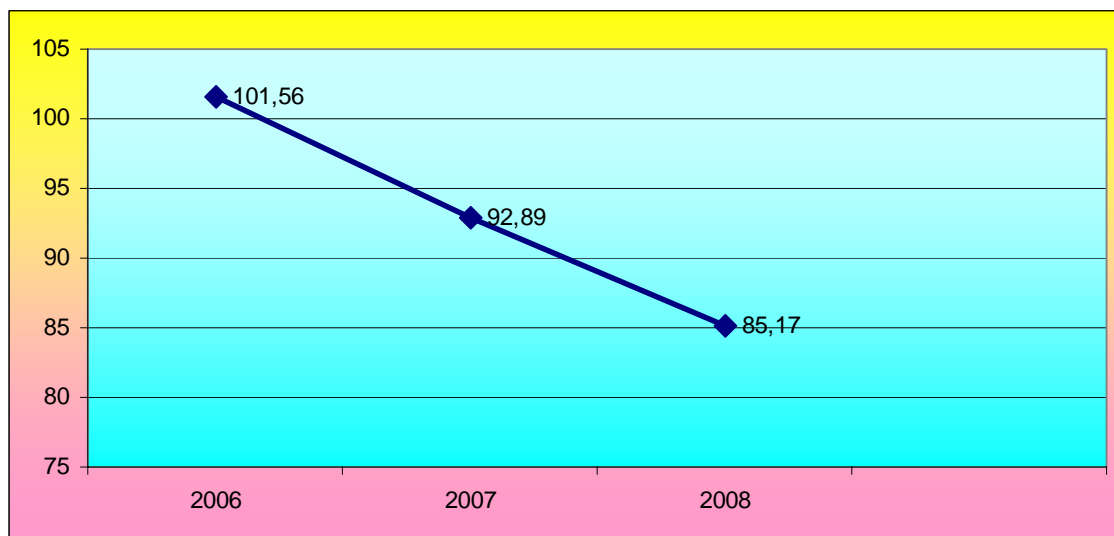
Penelitian /Survei	Tahun	AKI
1	2	3
SDKI	1982	450
SKRT	1986	450
SKRT	1992	425
SKRT	1994	390
SKRT	1995	373
SDKI	1997	334
SDKI	2002-2003	307
SDKI	2007	248

*Sumber : Badan Litbangkes, Publikasi Hasil SKRT 1995 & SDKI 2003, 2007*

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, maka apabila penurunannya masih seperti tahun-tahun sebelumnya, diperkirakan target tersebut dimasa mendatang sulit tercapai.

GAMBAR III.A.3  
ANGKA KEMATIAN IBU (AKI) DI SULAWESI SELATAN  
TAHUN 2006, 2007 & 2008



Sumber : Profil Kesehatan Kab/ Kota tahun 2006-2008

Jumlah kematian ibu maternal yang dilaporkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota di Sulawesi Selatan pada tahun 2006 sebanyak 133 orang atau 101,56 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan pada tahun 2007 sebanyak 143 kematian atau 92,89 per 100.000 kelahiran hidup. Untuk tahun 2008 jumlah kematian ibu maternal mengalami penurunan menjadi 121 orang atau 85,17 per 100.000 kelahiran hidup.

#### 4. Life Expectancy Of Birth (Umur Harapan Hidup Waktu Lahir)

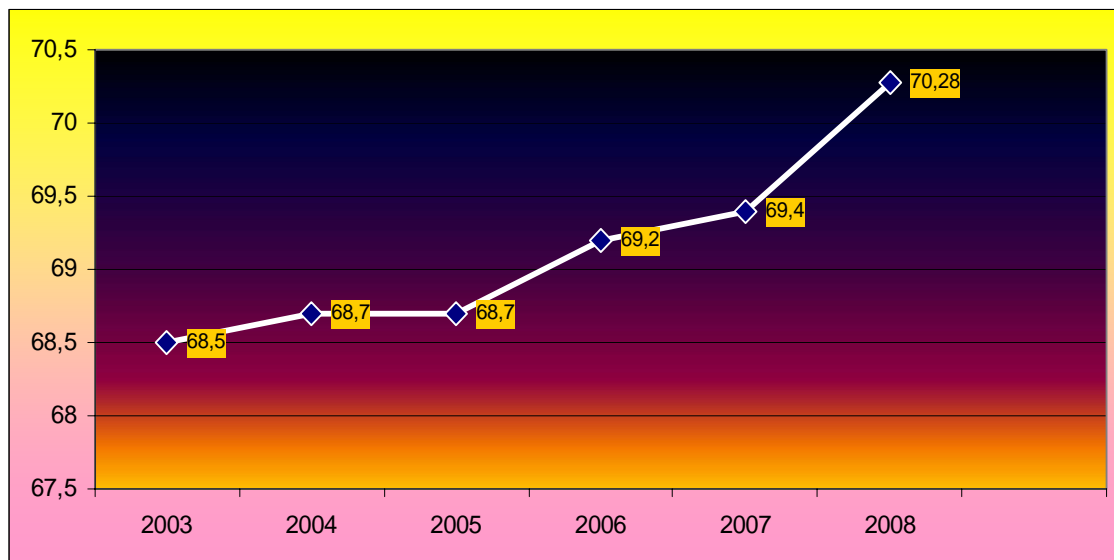
Umur Harapan Hidup (UHH) juga digunakan untuk menilai derajat kesehatan dan kualitas hidup masyarakat baik Kab./Kota, provinsi, maupun negara. UHH menjadi salah satu indikator dalam mengukur Indeks Prestasi Manusia. Adanya perbaikan pada pelayanan kesehatan melalui keberhasilan pembangunan pada sektor kesehatan dapat diindikasikan dengan adanya peningkatan angka 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.

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. Sementara itu, rata-rata Angka Harapan Hidup (AHH) penduduk di Provinsi Sulawesi Selatan dapat dilihat pada gambar berikut:

GAMBAR III.A.4  
UMUR HARAPAN HIDUP WAKTU LAHIR ( $E_0$ )  
DI SULSEL TAHUN 2003-2008



Sumber: Susenas, SDKI 2007 dan proyeksi.

Angka Harapan Hidup (AHH) penduduk di Provinsi Sulawesi Selatan terus meningkat dari 43 pada tahun 1971 meningkat menjadi 52 tahun 1980, kemudian 10 tahun kemudian meningkat lagi menjadi 60 tahun 1990 dan turun menjadi 63,64 dan 68 pada tahun 1996, 1998 dan tahun 2001. Sedangkan untuk tahun 2003, Angka Harapan Hidup di Sulsel tetap 68 tahun dan 68,70 tahun pada tahun 2005 (Susenas 2006) dan menjadi 69,20 tahun pada tahun 2006 (BPS Sulsel 2007). Menurut daerah kabupaten/kota di Sulawesi Selatan, Angka Harapan Hidup tahun 2003 relatif sama antar kabupaten di Sulawesi Selatan yaitu berkisar antara 63-73 tahun. Sedangkan data proyeksi AHH yang dikeluarkan Depkes RI untuk Sulawesi Selatan pada tahun 2007 sebesar 68,55 tahun tetapi berdasarkan SDKI 2007 sebesar 69,4 tahun, dan proyeksi AHH yang dikeluarkan Depkes RI untuk Sulawesi Selatan pada tahun 2008 sebesar 70,28 tahun, lebih tinggi dibanding AHH nasional yaitu 69,09 tahun.

## **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 Kab./Kota serta dari sarana pelayanan kesehatan (*facility based data*) yang diperoleh melalui sistem pencatatan dan pelaporan.

### **1. Penyakit Menular**

Dewasa ini tingkat angka kematian baik di Indonesia maupun di dunia secara globalnya relatif meningkat pertahunnya, hal ini baik disebabkan kecelakaan, proses penuaan yang menyebabkan kelamahan fungsi organ tubuh ataupun karena menderita berbagai macam penyakit. Kita mengenal berbagai macam penyakit dan istilahnya baik itu penyakit menular maupun penyakit tidak menular. 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 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/Types 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**

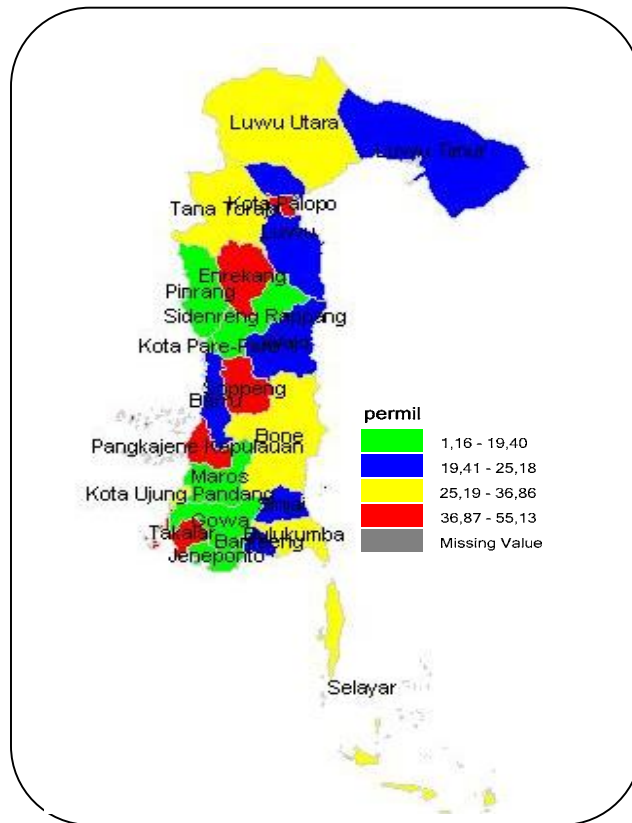
Diare adalah suatu penyakit dengan tanda-tanda adanya perubahan bentuk dan konsistensi dari tinja, yang melembek sampai mencair dan bertambahnya frekwensi berak lebih dari biasanya. (3 kali atau lebih dalam 1 hari).

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.

Di Indonesia, hasil survei yang dilakukan oleh program, diperoleh angka kesakitan Diare untuk tahun 2000 sebesar 301 per 1.000 penduduk, angka ini meningkat bila dibandingkan dengan hasil survei yang sama pada tahun 1996 sebesar 280 per 1.000 penduduk. Sedangkan berdasarkan laporan kabupaten/ kota pada tahun 2008 diperoleh angka kesakitan diare sebesar 27,97 per 1000 penduduk. Jauh menurun jika dibandingkan

12 tahun sebelumnya. Pemetaan angka kesakitan diare di Sulsel pada tahun 2008 dapat dilihat pada gambar III.B.1.

GAMBAR III.B.1  
PEMETAAN PERSEBARAN KASUS DIARE PER 1000 PENDUDUK MENURUT  
KABUPATEN/ KOTA DI SULSEL TAHUN 2008



Sumber: Profil kesehatan kabupaten/ kota 2008

Gambar III.B.1 menunjukkan bahwa kabupaten/kota dengan angka kesakitan diare tertinggi (36,87-55,13 per 1000 penduduk) yaitu Kab. Takalar, Pangkep, Soppeng, Enrekang dan Kota Palopo (**merah**). Sedangkan terendah (1,16-19,40 per 1000 penduduk) yaitu Kab. Jeneponto, Gowa, Maros, Sidrap, Pinrang, Kota Makassar dan Parepare (**hijau**).

Pada tahun 2002 jumlah penderita pada KLB diare tersebar pada 2 kabupaten/kota dengan 4 kecamatan dan 4 desa dengan jumlah penderita sebanyak 54 penderita tanpa kematian. Sedangkan tahun 2003, jumlah penderita pada KLB diare tersebar pada 13 kabupaten/kota dengan 21 kecamatan dan 27 desa dengan jumlah penderita sebanyak 1.156 penderita dengan 45 kematian. Dan untuk jumlah kejadian, penderita dan kematian akibat diare cenderung menurun pada tahun 2004. Adapun jumlah kejadian luar biasa diare periode Januari–Desember 2004 sebanyak 21 kejadian, dengan jumlah penderita sebanyak 1.145 orang dan jumlah kematian sebanyak 25 penderita (CFR=2,18%), tersebar pada 10 kabupaten, 15 kecamatan dan 24 desa. Untuk tahun 2005, jumlah kejadian luar biasa diare periode Januari – Desember sebanyak 8 kejadian, 8 kab./kota dengan jumlah

penderita sebanyak 443 orang, dengan kematian sebanyak 9 orang (CFR=2,03%). Sementara di tahun 2006 tercatat jumlah KLB diare sebanyak 14 kejadian, dengan jumlah penderita 465 orang dan CFR sebesar 2,15%. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi atau berhubungan dengan terjadinya penyakit diare adalah belum meningkatnya kualitas kebiasaan hidup bersih dan sehat masyarakat pada umumnya dan khususnya hygiene perorangan, dan penggunaan sarana SAMIJAGA yang memenuhi syarat kesehatan belum membudaya pada masyarakat di pedesaan.

Sementara itu, jumlah kasus/penderita diare yang dapat dihimpun melalui laporan dari 23 kabupaten/kota selama tahun 2003 adalah sebesar 172.742 penderita (IR=2,07<sup>0/00</sup>), meninggal 73 orang (CFR=0,04%). Kabupaten/Kota yang terlihat menunjukkan cakupan penemuan penderita tertinggi dalam tahun 2003 ini adalah Kota Palopo 146,74%, Kota Makassar 115,04%, Kab. Soppeng 112,63% dan Kab. Enrekang 111,67%. Untuk tahun 2004, kasus diare yang dilaporkan sebanyak 177.409 kasus (cakupan 68,70%) dengan kematian sebanyak 66 orang (CFR=0,04%). Jumlah kasus tertinggi pada kelompok umur > 5 tahun (91.379 kasus) kematian 29 orang dan kelompok umur 1 – 4 tahun (57.087 kasus) kematian 17 orang sedang jumlah kasus terendah pada kelompok umur < 1 tahun (28.946 kasus) kematian 20 orang. Kab./kota yang terlihat menunjukkan cakupan penemuan penderita tertinggi pada tahun 2004 masih tetap Kota Palopo (152,42%) dan Kota Makassar (128,62%). Sedangkan untuk kasus diare selama tahun 2005 tercatat sebanyak 188.168 kasus (72,87%) dengan kematian sebanyak 57 orang (CFR=0,03%). Jumlah kasus tertinggi pada kelompok umur > 5 tahun (100.347 kasus) dengan kematian 19 orang dan kelompok umur 1-4 tahun (60.794 kasus) kematian 13 orang sedang jumlah kasus terendah pada kelompok umur < 1 tahun (27.029 kasus) dengan kematian 25 orang.

Situasi pemberantasan penyakit diare pada tahun 2006 tercatat sebanyak 173.359 kasus dengan cakupan tertinggi di Kab. Enrekang (179,46%), Kota Palopo (154,50%), Kota Makassar (142,86%) dan Kab. Soppeng (109,10%). Bila dikelompokkan ke dalam kelompok umur maka jumlah kasus yang tertinggi berada pada kelompok umur > 5 tahun (92.241 orang) dengan kematian terbanyak pada kelompok umur 1-4 tahun sebanyak 17 orang, pada tahun 2007 penyakit diare tercatat mengalami penurunan yaitu sebanyak 209.435 kasus dengan jumlah kasus tertinggi di Kab. Gowa (12.089 kasus). Bila di kelompokkan ke dalam kelompok umur maka jumlah kasus yang tertinggi berada pada kelompok umur < 5 tahun sebanyak 93.560 kasus.

Berdasarkan profil kesehatan kabupaten/ kota pada tahun 2008, kasus diare kembali mengalami penurunan yaitu 209.153 kasus, tertinggi masih di Kota Makassar (45.929 kasus) dan terendah di Kab.Enrekang (400 kasus).

## **2) Penyakit Typhus**

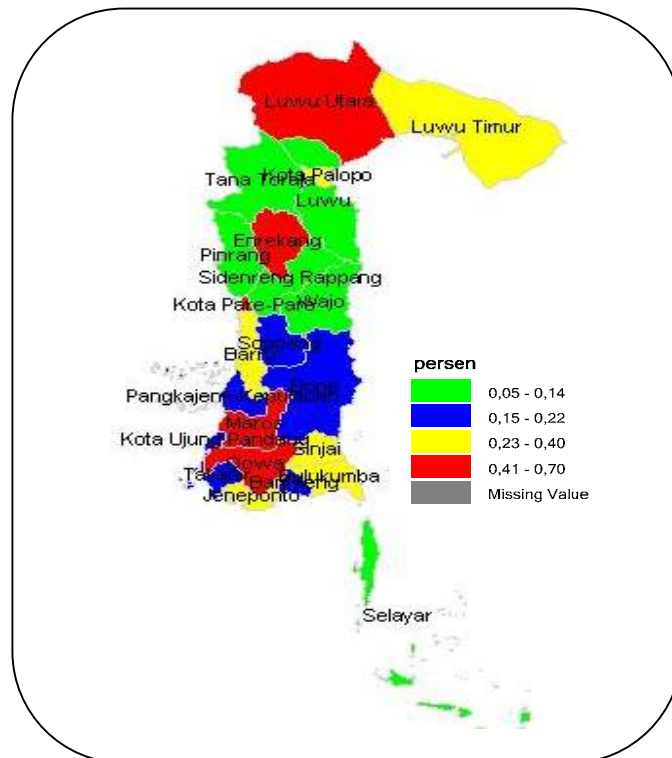
Penyakit Typhus atau Demam Tifoid (*bahasa Inggris: Typhoid fever*) yang biasa juga disebut typhus atau types dalam bahasa Indonesianya, merupakan penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella enterica*, khususnya turunannya yaitu *Salmonella Typhi* terutama menyerang bagian saluran pencernaan. Demam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

Situasi penyakit Typhus (demam typhoid) di Provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2005 sebanyak 16.478 kasus, dengan kematian sebanyak 6 orang (CFR=1%). Berdasarkan

laporan yang di terima oleh Subdin P2&PL Dinkes Prov. Sulsel dari beberapa kabupaten yang menunjukkan kasus tertinggi yakni Kota Parepare, Kota Makassar, Kota Palopo, Kab. Enrekang dan Kab. Gowa. Sedangkan untuk tahun 2006, tercatat jumlah penderita sebanyak 16.909 dengan kematian sebanyak 11 orang (CFR=0,07%) dan sebaran kasus tertinggi di Kab. Gowa, Kab. Enrekang, Kota Makassar dan Kota Parepare. Pada tahun 2007 tercatat jumlah penderita sebanyak 16.552 dengan kematian sebanyak 5 orang (CFR=0,03 %) dengan sebaran kasus tertinggi di Kab.Gowa, Kab.Enrekang dan Kota Makassar.

Penyakit typhus berdasarkan Riskesdas tahun 2007 secara nasional di Sulawesi Selatan, penyakit typhus 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.2  
PEMETAAN INSIDEN RATE (IR) TYPHUS MENURUT KABUPATEN/ KOTA  
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2008



Sumber: Subdin P2PL Dinkes Prov. Sulsel 2008

Dari data program tahun 2008 penyakit typhus tercatat jumlah penderita sebanyak 20.088 dengan kematian sebanyak 3 orang, masing-masing Kab. Gowa (1 orang) dan Barru (2 orang) atau CFR= 0,01 %. Insiden Rate (IR=0.28%) yaitu tertinggi di Kab.Gowa yaitu 2.391 kasus (**merah**) dan terendah di Kab. Luwu yaitu 94 kasus (**hijau**), tertinggi pada umur 15-44 tahun) sebanyak 15.212 kasus.

### 3) Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)

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.2

**TABEL III.B.2**  
**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

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

Dari hasil Riskesda 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 kab./kota ada 10 kab./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.

Sedangkan menurut data yang dikumpulkan melalui Profil Kesehatan Kab./Kota Tahun 2008, tercatat bahwa jumlah kasus pneumonia di Sulawesi Selatan sebanyak 34.000 penderita, dengan jumlah balita pneumonia sebanyak 7.181 balita dan yang tertangani seluruh jumlah balita yang pneumonia, sebanyak 7.181 (100%). Data rinci pada lampiran Tabel 9.

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

Penyakit HIV/AIDS yang merupakan new emerging diseases, dan merupakan pandemi pada semua kawasan, penyakit ini telah sejak lama menyita perhatian berbagai kalangan, tidak hanya terkait dengan domain kesehatan saja. Kasus penyakit yang menyerang sistem kekebalan tubuh ini, di Indonesia senantiasa meningkat dari tahun ke tahun. Angka yang dirilis oleh Ditjen PP&PL Depkes menyebutkan bahwa hingga Desember 2007, pengidap HIV positif berjumlah 6.066 orang dengan penderita AIDS sebanyak 11.141 orang. Selama 1 dasawarsa terakhir (1997-2007) peningkatan kasus AIDS terjadi lebih 40 kali.

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 penaja 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, ini sudah 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. Sementara jumlah kumulatif kasus HIV/AIDS yang dilaporkan sampai dengan 31 Desember 2003 sebanyak 4.091 kasus, yang terdiri dari 2.720 kasus infeksi HIV dan 1.371 kasus AIDS, dan 479 kasus diantaranya telah meninggal dunia. Cara penularan HIV/AIDS yang menonjol adalah melalui hubungan seks (heteroseksual) yakni sebesar 50,62% dan penyalah-gunaan NAPZA melalui suntik (IDU = *Intravena Drug Use*) yakni sebesar 26,26%, serta melalui hubungan homoseksual, yaitu sebesar 9,34%.

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 risiko terinfeksi pada umumnya rendah.

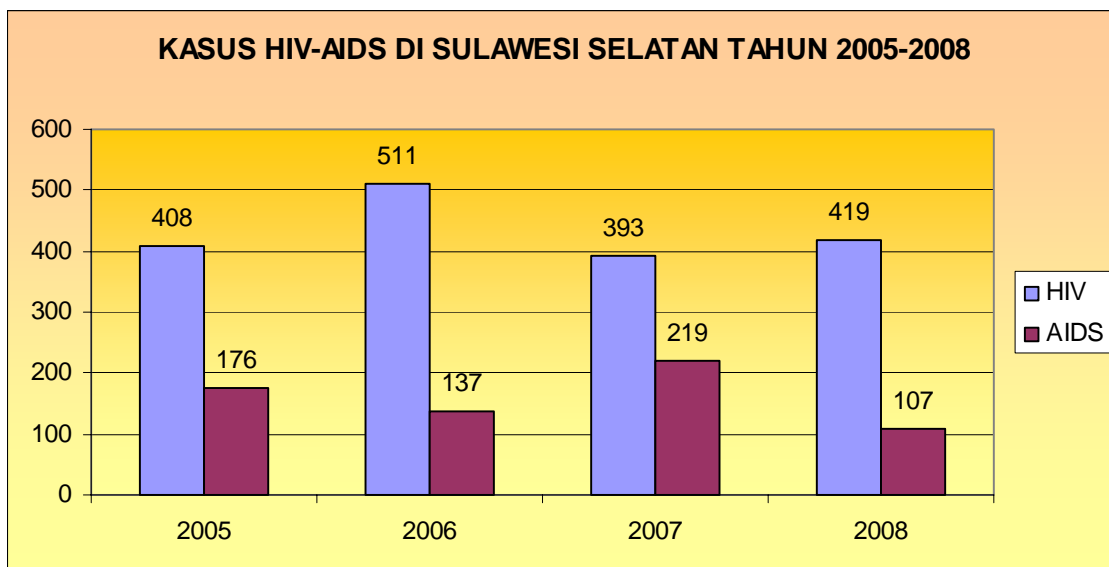
Hal ini ditunjukkan dengan adanya 42% wanita dan 52% pria mengetahui bahwa membatasi seks hanya dengan satu partner yang tidak terinfeksi sebagai cara mengurangi risiko penularan, 37% wanita dan 43% setuju bahwa tidak berhubungan seks akan mengurangi kemungkinan terinfeksi dan 35% wanita dan 49% pria 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%.

Untuk di Sulawesi Selatan, kegiatan utama pemberantasan penyakit kelamin dan HIV/AIDS adalah sero survei terhadap kelompok resiko tinggi dan rendah yang disertai dengan penyuluhan langsung kepada kelompok sasaran tersebut.

Hasil pemeriksaan sampel tersebut ditemukan STS positif sebanyak 51 sampel dan HIV positif 18 sampel sehingga jumlah kasus HIV positif hingga tahun 2003 sebanyak 62 orang sedang penderita AIDS hingga Desember 2003 sebanyak 4 orang. Sedangkan sampai dengan Desember 2004, kegiatan Sero Survei telah dilaksanakan di seluruh kab./kota se Sulawesi Selatan. Dari hasil pemeriksaan sampel tersebut ditemukan positif HIV sebanyak 84 sampel. Secara kumulatif jumlah pengidap HIV dan penderita AIDS hingga Desember 2005 sebanyak 398 kasus HIV+ dan 148 kasus AIDS. Sementara situasi pengidap HIV dan penderita AIDS sampai dengan bulan Desember 2006 tercatat 279 penderita AIDS dan 915 pengidap HIV. Berdasarkan hasil sero survei ditemukan pengidap HIV 151 orang (7,57%) dan Sifilis 85 orang (4,26%) dari total sampel (1.995 orang) yang terdiri dari ABK, Napi, PSK, Pramupijat, Pramuria, Sopir dan pengunjung. Jumlah terbanyak ditemukan pada jenis kelamin laki-laki dengan kelompok umur 20-29 tahun dan 30-39 tahun. Pada tahun 2007 jumlah penderita HIV meningkat sebanyak 1.065, sementara penderita AIDS menurun menjadi 68 orang.

Menurut laporan tahunan Subdin P2PL Dinkes Prov. Sulawesi Selatan tahun 2008, kasus HIV-AIDS di Sulsel menunjukkan grafik naik turun, secara rinci dapat dilihat pada gambar III.B.3.

GAMBAR III.B.3  
SITUASI KASUS HIV-AIDS DI SULAWESI SELATAN  
TAHUN 2005-2008



Sumber: Subdin P2PL Dinkes Prov. Sulsel 2008

Hasil SDKI 2007 di Sulawesi Selatan terdapat 48% wanita dan 57,1% pria yang pernah mendengar tentang AIDS. Tingkat pengetahuan tentang cara mengurangi risiko 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 risiko 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%.

## 5) Penyakit TB Paru

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, diantaranya 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 RS, 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.

WHO memperkirakan pada saat ini, Indonesia merupakan negara penyumbang kasus TB terbesar ke-3 di dunia, yang setiap tahunnya diperkirakan terdapat penderita baru TB menular sebanyak 262.000 orang (44,9% dari 583.000 penderita baru TB) dan 140.000 orang diperkirakan meninggal karena penyakit TBC. Angka tersebut diyakini sangat memungkinkan, apalagi bila dikaitkan dengan kondisi lingkungan perumahan, sosial ekonomi masyarakat, serta kecenderungan peningkatan penderita HIV/AIDS di Indonesia saat ini.

Pelaksanaan penanggulangan penyakit TB Paru sampai tahun 2003 telah dapat menurunkan prevalensi dari 130 per 100.000 penduduk pada tahun 2001 menjadi 122 per 100.000 penduduk pada tahun 2002 dan 115 per 100.000 penduduk pada tahun 2003.

Selain menyerang paru, Tuberculosis dapat menyerang organ lain (extra pulmonary TB). Jumlah kasus TB yang terdeteksi pada tahun 2003 sebanyak 100.210 kasus dengan BTA(+), 3.928 kasus kambuh, 68.848 kasus BTA(-), dan 3.775 kasus ekstra pulmoner. Angka kesembuhan untuk kasus baru BTA(+) mencapai 86%, sedangkan target angka kesembuhan TB Paru BTA(+) yang ingin dicapai sebesar 85%.

Di Sulawesi Selatan, menurut laporan Subdin P2&PL Dinkes Prov. Sulsel, sampai dengan triwulan IV tahun 2004, Case Detection Rate (CDR) sebesar 69,5% (target 60%), Conversion rate 93% (target 60%), jumlah suspek sebanyak 60.196 orang, kasus baru sebanyak 1.868 orang, yang kambuh 48 kasus dan penderita yang diobati sebanyak 8.722 orang. Bila dibandingkan dengan tahun 2003 pada periode yang sama terjadi peningkatan baik jumlah suspek, kasus baru, kambuh dan penderita yang diobati. Keadaan tersebut

disebabkan karena adanya kegiatan sosialisasi, peran serta lintas program dan lintas sektor dalam pemberantasan penyakit ini.

Menurut laporan yang diterima melalui Profil Kesehatan Kab./Kota Tahun 2005 tercatat BTA positif sebanyak 24.852 dan kab./kota yang terbanyak penderitanya adalah Kota Makassar, untuk tahun 2006 tercatat BTA Positif sebanyak 6.902 penderita dan penderita terbanyak di Kota Makassar. Pada tahun 2007 tercatat BTA positif sebanyak 6.659 dan kab./kota yang tertinggi di Kota Makassar sebanyak 1.122, terendah di Kab. Enrekang 101, klinis sebanyak 35.837, diobati sebanyak 9.347 dan sembuh sebanyak 4.476.

Dari hasil Laporan Riskesdas tahun 2007 TB paru klinis dengan prevalensi 1,03% Enam dari 23 Kab./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 tinggi lebih tinggi tingkat pendidikan rendah daripada pendidikan tinggi.

Sedangkan pada tahun 2008 dari hasil pengumpulan data profil kesehatan tercatat BTA positif jumlahnya menurun yaitu 4.856, dan kab/kota yang tertinggi masih di Kota Makassar yakni sebanyak 1.302, terendah di Kab. Pangkep 55, klinis sebanyak 55, di obati sebanyak 245 dan sembuh sebanyak 191. Data terinci pada lampiran tabel 9.

## **6) Penyakit Kusta**

Penyakit kusta di Indonesia telah mencapai eliminasi sejak bulan Juni tahun 2000. Namun demikian penyakit infeksi ini masih saja menjadi permasalahan kesehatan masyarakat yang berarti, terbukti dengan adanya kecenderungan peningkatan angka prevalensi kusta selama periode 2000-2007. Bahkan merupakan negara penyumbang jumlah penderita kusta ketiga terbanyak setelah India dan Brazil. 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.

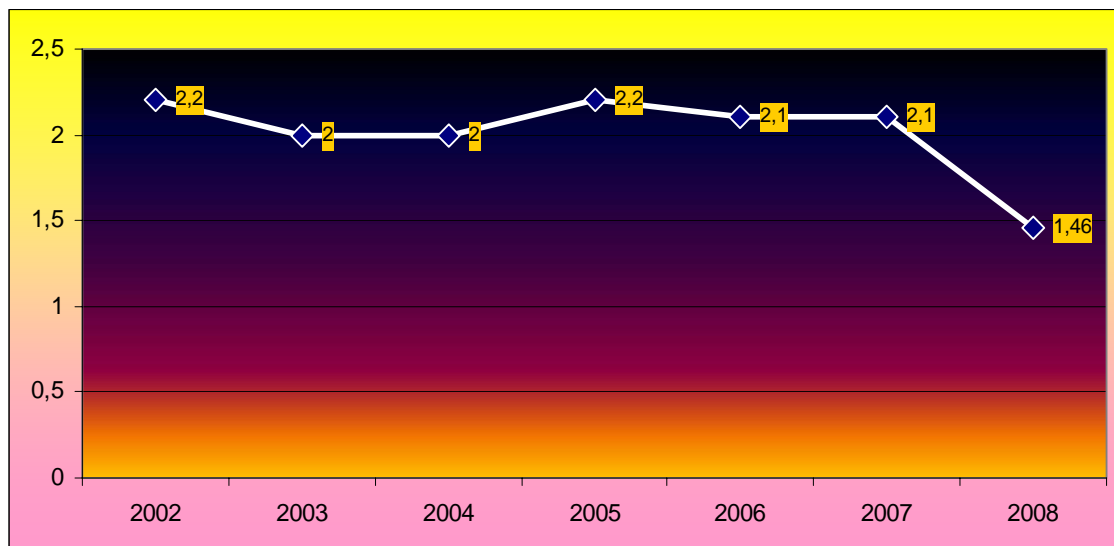
Pada tahun 2002 prevalensi sedikit meningkat menjadi 0,95 dan pada tahun 2003 kembali menurun menjadi 0,8 per 10.000 penduduk. Secara nasional, Indonesia sudah dapat mencapai eliminasi kusta pada bulan Juni 2000. Meskipun Indonesia sudah mencapai eliminasi kusta pada pertengahan tahun 2000, sampai saat ini penyakit kusta masih menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat. Hal ini terbukti dari masih tingginya jumlah penderita kusta di Indonesia. Pada tahun 2003, jumlah penderita baru yang ditemukan sebanyak 15.549 dengan 76,9% diantaranya merupakan penderita tipe MB yang diketahui merupakan tipe yang menular. Selain itu, dari penderita baru yang diketemukan tersebut 8,0% sudah mengalami kecacatan tingkat 2 yaitu kecacatan yang dapat dilihat dengan mata, dan 10,6% diantaranya adalah anak-anak. Keadaan ini menggambarkan masih berlanjutnya penularan dan kurangnya kesadaran masyarakat akan penyakit kusta sehingga ditemukan sudah dalam keadaan cacat.

Untuk Sulsel, 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. Pada tahun 2002, jumlah penderita Kusta yang terdaftar sebanyak 1.782 orang yang terdiri dari 296 penderita type PB dan 1.486 type MB, sedangkan penderita RFT sebanyak 381 orang dengan 98 orang type PB dan 283 orang type MB serta prevalensi penderita kusta tetap sebesar 2,2 per 10.000 penduduk.

Sementara untuk tahun 2003, jumlah penderita Kusta yang terdaftar sebanyak 1.515 orang yang terdiri dari 212 penderita type PB dan 1.303 type MB, sedangkan penderita RFT sebanyak 1.685 orang dengan 461 orang type PB dan 1.224 orang type MB serta prevalensi penderita kusta juga tetap sebesar 2,0 per 10.000 penduduk. Untuk tahun 2004, jumlah penderita Kusta yang terdaftar sebanyak 1.568 orang yang terdiri dari 190 penderita type PB dan 1.378 type MB, sedangkan penderita RFT sebanyak 1.128 orang dan prevalensi penderita kusta sebesar 2,0 per 10.000 penduduk. Tahun 2005, jumlah penderita Kusta yang terdaftar sebanyak 1.886 orang yang terdiri dari 285 penderita type PB dan 1.601 type MB, sedangkan penderita RFT sebanyak 303 orang dan prevalensi penderita kusta sebesar 2,3 per 10.000 penduduk. Sementara untuk tahun 2006, jumlah penderita Kusta yang terdaftar sebanyak 1.561 orang yang terdiri dari 206 penderita type PB dan 1.355 type MB, RFT sebanyak 1.099 dan prevalensi rate sebesar 2,1 per 10.000 penduduk dan untuk tahun 2007 jumlah penderita kusta yang terdaftar sebanyak 1.634 orang dengan RFT sebanyak 862 dengan prevalensi rate sebesar 2,1 per 10.000 penduduk

Sedangkan di tahun 2008 ini jumlah penderita kusta yang terdaftar sebanyak 2.770 orang yaitu penderita PB (*Pausi Basiler*) sebanyak 839, penderita *Multi Basiler* (MB) sebanyak 987 orang dan penderita RFT PB sebanyak 486 orang dan RFT MB sebanyak 458 orang.

GAMBAR III.B.4  
SITUASI PREVALENSI KUSTA PER 10.000 PENDUDUK  
DI SULAWESI SELATAN SELAMA TAHUN 2002 – 2008



Sumber : Subdin P2&PL Dinkes Prov. Sulsel, 2008

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

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 Kab./Kota Tahun 2008 dapat dilihat pada lampiran Tabel 14.

### **1) Tetanus Neonatorum**

Secara nasional, jumlah kasus Tetanus Neonatorum pada tahun 2003 sebanyak 175 kasus dengan angka kematian (CFR) 56%. Angka ini sedikit menurun dibandingkan tahun sebelumnya. Hal ini diduga karena meningkatnya cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan. Namun secara keseluruhan CFR masih tetap tinggi. Penanganan Tetanus Neonatorum memang tidak mudah, sehingga yang terpenting adalah usaha pencegahan yaitu pertolongan persalinan yang higienis ditunjang dengan imunisasi TT pada ibu hamil.

Untuk di Sulawesi Selatan, kasus Tetanus Neonatorum pada tahun 2005 terjadi pada 6 (enam) kab./kota dengan jumlah penderita sebanyak 8 orang dan kematian sejumlah 5 orang (62,5%). Adapun distribusi kejadiannya yakni di Kab. Luwu Utara jumlah kejadian 1 kali, penderita 1 orang dan kematian 1 orang (CFR=100%), Kab. Gowa dengan 2 kejadian, 2 penderita dan 2 juga kematian (CFR=100%), Kab. Bulukumba dengan 2 kejadian, 2 penderita tanpa kematian (CFR=0%), Kota Palopo 1 kejadian, 1 penderita dan 1 kematian (CFR=100%), Kab. Wajo 1 kejadian, 1 penderita namun tanpa kematian (CFR=0%). Sementara untuk tahun 2006, kasus Tetanus Neonatorum terjadi sebanyak 9 kali kejadian dengan jumlah penderita 9 orang dan kematian 7 orang (CFR=77,78%) dan pada tahun 2007 ini, kasus Tetanus Neonatorum terjadi sebanyak 10 kali kejadian dengan jumlah penderita 7 orang dan kematian 6 orang (CFR=86 %). Sedangkan pada tahun 2008 berdasarkan profil kesehatan kabupaten/ kota, kasus TN terjadi dua kali yaitu di Kab. Takalar dan Wajo.

### **2) Campak**

Penyakit campak merupakan penyakit yang dapat di cegah melalui imunisasi. Campak merupakan penyakit menular yang sering menyebabkan kejadian luar biasa (KLB). Sepanjang tahun 2003, secara nasional, frekuensi KLB Campak menempati urutan keempat, setelah DBD, Diare dan Chikungunya. KLB Campak 2003 terjadi sebanyak 89 kali dengan jumlah kasus sebanyak 2.914 dan 10 kematian (CFR=0,34%).

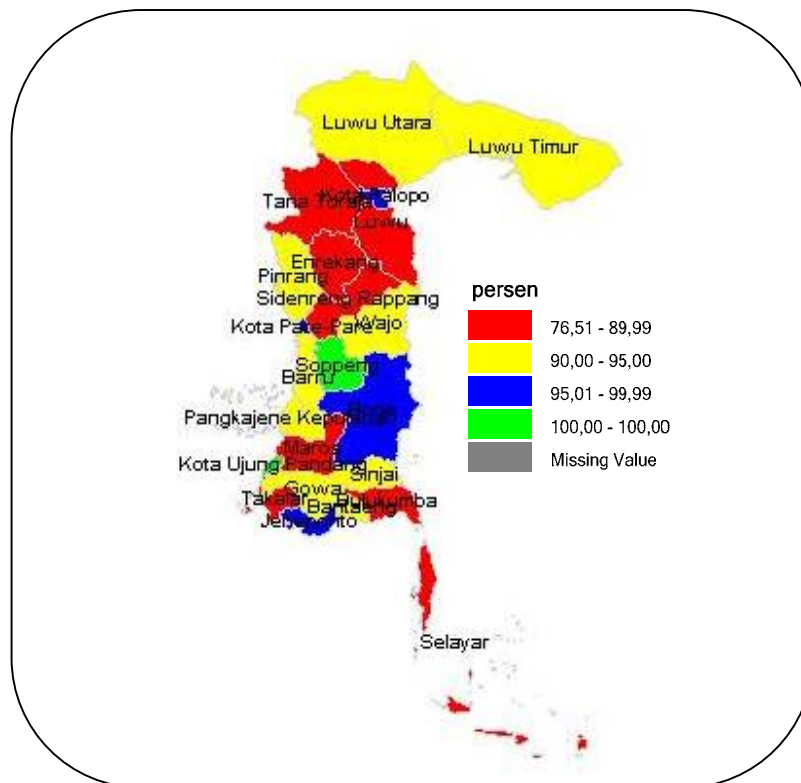
Sedangkan di Sulawesi Selatan, KLB Campak periode Januari - Desember 2005 (sama dengan kejadian di tahun 2004) yakni terjadi di 5 kab./kota dengan jumlah penderita sebanyak 445 orang (termasuk 1 Kabupaten dari Provinsi Sulbar yakni Kab. Majene) tanpa kematian (CFR=0,0%). Adapun distribusi kab./kota yang melaporkan adanya KLB Campak masing-masing Kab. Luwu dengan 1 kejadian 72 penderita tanpa kematian (CFR=0%), Kab. Sidrap 2 kejadian dengan 19 penderita tanpa kematian, Kab. Tator 1 kejadian dengan 183 penderita tanpa kematian, Kota Palopo 1 kejadian dengan 23 penderita tanpa kematian dan Kab. Luwu Timur 1 kejadian dengan 53 penderita tanpa

kematian (CFR=0%). Pada tahun 2006, KLB Campak terjadi sebanyak 35 kali dengan jumlah penderita sebanyak 547 orang dengan CFR sebesar 18,65% dan untuk tahun 2007 jumlah penderita campak meningkat sebanyak 1.261 orang dan tanpa kematian (CFR=0%).

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 diantara 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 di Sulawesi Selatan, hanya ISPA yang angka prevalensinya lebih rendah dari angka nasional.

Sedangkan pada tahun 2008 ini, jumlah penderita campak menurun yaitu 675 orang dan tanpa kematian (CFR=0%).

GAMBAR III.B.5  
PEMETAAN CAKUPAN IMUNISASI CAMPAK  
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2008



Sumber : Subdin P2PL Dinkes Prov. Sulsel, 2008

Cakupan imunisasi campak di Sulsel pada tahun 2008 telah memenuhi target provinsi yaitu 94,16% (melebihi 4,16% dari target provinsi). Namun masih terdapat 8 kab/kota yang belum memenuhi target provinsi (di bawah 90%), antara lain Kab. Selayar, Bulukumba, Takalar, Maros, Sidrap, Enrekang, Luwu dan Tator. Tetapi dua kab/ kota yang telah memenuhi target nasional (100%) yaitu Kota Makassar dan Kab. Soppeng.

### **3) Difteri**

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 si 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%.

Sementara itu, kasus Difteri selama tahun 2005 di Sulawesi Selatan yang dihimpun melalui Profil Kesehatan Kab./Kota, terjadi pada 4 kab./kota yakni Kab. Maros sebanyak 112 kasus, Kota Makassar sebanyak 109 kasus, Kab. Luwu Utara sebanyak 9 kasus, dan Kab. Tator sebanyak 1 kasus. Sedangkan untuk tahun 2006, tercatat kasus difteri terjadi hanya di Kab. Tator sebanyak 201 kasus dan pada tahun 2007 ini kasus difteri terjadi di tiga kabupaten yaitu Kab. Bone sebanyak 4 kasus, kab. Luwu Timur 2 kasus dan khusus Kab. Tator terjadi penurunan yang cukup signifikan sebanyak 2 kasus. Untuk tahun 2008 kasus difteri hanya terjadi di dua kabupaten yaitu Kab. Tator yakni 2 kasus dan Kab. Pangkep yakni 1 kasus.

### **4) Pertusis**

Di Indonesia, jumlah kasus Pertusis pada tahun 2003 sebanyak 2.788 kasus dengan angka insiden tertinggi pada anak usia kurang dari 1 tahun. Pada tahun yang sama juga terjadi 5 kali KLB Pertusis dengan jumlah kasus sebanyak 124.

Sedangkan di Sulawesi Selatan, berdasarkan data yang dikumpulkan melalui Profil Kesehatan Kab./Kota Tahun 2005, tercatat bahwa jumlah kasus Pertusis hanya terjadi di Kota Makassar dengan jumlah kasus sebanyak 1 kasus dan Kab. Tator sebanyak 9 kasus. Sementara untuk tahun 2006 tercatat jumlah kasus sebanyak 16 kasus dengan kasus tertinggi di Kab. Tator. Pada tahun 2007 ini jumlah kasus Pertusis terjadi di beberapa kab/kota yaitu tertinggi di Kabupaten Luwu Timur sebanyak 99 kasus. Sementara Kabupaten Barru sebanyak 18 kasus, Tator sebanyak 5 kasus dan Kabupaten Maros hanya 1 kasus. Untuk tahun 2008 jumlah kasus pertusis turun signifikan di beberapa Kab/Kota yaitu tertinggi di Kab. Enrekang sebanyak 12 kasus, Luwu Timur 5 kasus dan Kab. Bulukumba hanya 1 kasus.

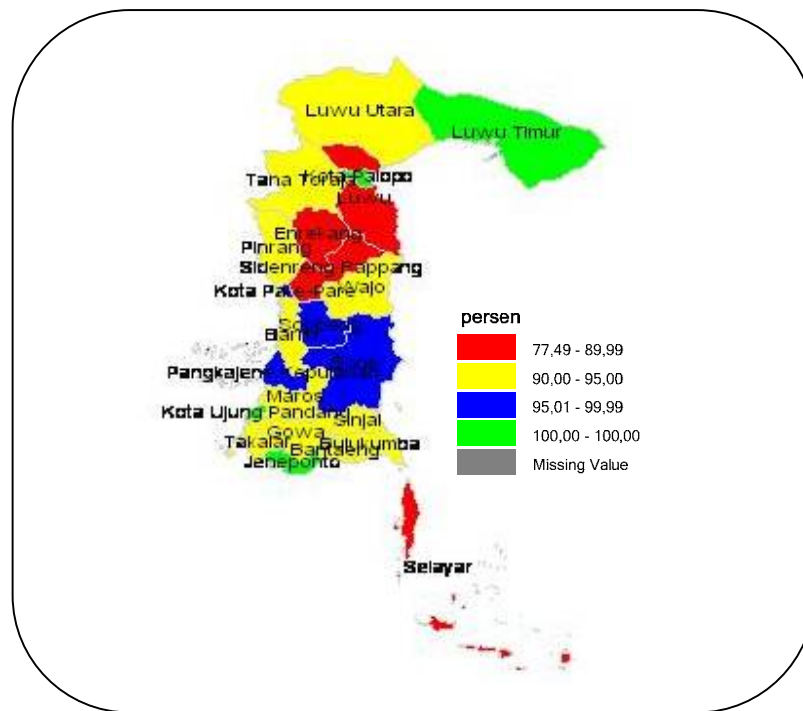
### **5) Hepatitis**

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.

Sedangkan di Sulawesi Selatan, berdasarkan data yang dikumpulkan melalui Profil Kesehatan Kab./Kota Tahun 2004, tercatat bahwa jumlah kasus hepatitis sebanyak 700

kasus yang tersebar pada 9 kab./kota masing-masing di Kota Makassar (475 kasus), Kab. Tator (105 kasus), Kab. Bone (43 kasus), Kab. Soppeng (40 kasus), Kab. Barru (16 kasus), Kab. Jeneponto (9 kasus), Kab. Luwu (6 kasus), Kab. Sinjai (4 kasus), Kab. Maros (2 kasus), tanpa KLB Hepatitis. Untuk tahun 2006, tercatat sebanyak 550 kasus, sementara menurut hasil laporan dari Subdin P2PL Dinkes Prov. Sulsel, tercatat bahwa selama tahun 2006 dilaporkan sekali terjadi KLB penyakit Hepatitis dengan jumlah penderita sebanyak 23 orang. Pada tahun 2007 jumlah kasus mengalami penurunan yakni 462 kasus yang tersebar di 8 kab./kota masing-masing di Kab. bantaeng (56) kasus, Kab.Gowa (182) kasus, Kab.Maros (11), Kab.pangkep (16) kasus, kab.Soppeng (4) kasus, Kab. Pinrang (103), Kab.tator (83) dan kab.Luwu timur (2) kasus. Sedangkan untuk tahun 2008 ini jumlah kasus kembali mengalami penurunan yaitu 273 kasus, tersebar di 4 Kab/Kota meliputi : Kab. Gowa (163) kasus, Kab. Pangkep (34) kasus, Kab. Barru (32) kasus dan Kab. Enrekang (44) kasus.

GAMBAR III.B.6  
PEMETAAN CAKUPAN HEPATITIS B  
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2008



Sumber : Subdin P2PL Dinkes Prov. Sulsel, 2008

Pada tahun 2008 ini tercatat BCG (99,28%), DPT3+HB3 (100 %), Polio (99 %), Campak(98 %), secara keseluruhan telah melampaui target nasional. Capaian imunisasi HB3 dapat dilihat pada gambar 31, terdapat 4 kabupaten yang tidak memenuhi standar provinsi (90%) yaitu Kab. Selayar, Sidrap, Enrekang dan Luwu, tetapi terdapat 4 kab/kota juga yang memenuhi standar nasional (100%) yaitu Kab. Jeneponto, Luwu Timur, Kota Makassar dan Palopo.

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 Sulsel 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%).

### **c. Penyakit bersumber binatang**

#### **1) Malaria**

Di Indonesia diperkirakan setiap tahunnya terdapat 15 juta penderita malaria dan 30.000 orang diantaranya meninggal dunia (Survei Kesehatan Rumah Tangga/SKRT, 1995). Penyakit Malaria menyebar cukup merata di seluruh kawasan Indonesia, namun paling banyak dijumpai di luar wilayah Jawa-Bali, bahkan di beberapa tempat dapat dikatakan sebagai daerah endemis malaria. Menurut hasil pemantauan program diperkirakan sebesar 35% penduduk Indonesia tinggal di daerah endemis Malaria. Perkembangan penyakit Malaria pada beberapa tahun terakhir cenderung mengalami peningkatan di semua wilayah. Di Jawa-Bali kenaikan tersebut ditandai dengan meningkatnya API sedangkan di luar Jawa-Bali ditandai dengan peningkatan AMI.

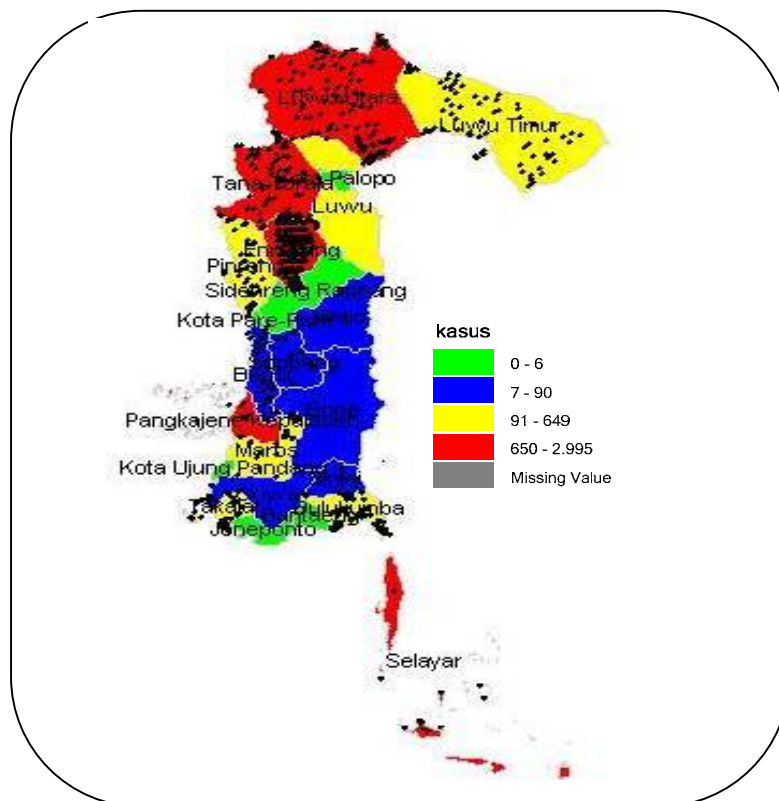
Terjadinya peningkatan kasus diakibatkan antara lain adanya perubahan lingkungan seperti penambangan pasir yang memperluas genangan air sebagai tempat perindukan nyamuk penular malaria, penebangan hutan bakau, mobilitas penduduk dari P. Jawa ke luar Jawa yang sebagian besar masih merupakan daerah endemis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

Kegiatan penemuan penderita di Sulsel, sifatnya pasif dan dilaksanakan oleh unit-unit pelayanan kesehatan (Pustu, Puskesmas dan Rumah Sakit). Dari 24 kabupaten/kota yang melapor pada tahun 2002 ditemukan penderita Malaria Klinis sebanyak 16.128 penderita dengan sediaan darah yang diperiksa sebanyak 6.251 SD dan yang positif sebanyak 958 (SPR = 15,33 %). Sedangkan untuk tahun 2003 tercatat bahwa penemuan penderita secara pasif (Malaria Klinis) dilaporkan dari 26 kabupaten/kota sebanyak 8.491 kasus Malaria Klinis, jumlah specimen yang diperiksa sebanyak 5.389 dan yang positif sebanyak 1.365 (63,47%). Untuk tahun 2004, jumlah penderita klinis malaria sebanyak 12.009 penderita (AMI = 1.433 per mil), angka tersebut menunjukkan peningkatan sebesar 1,43% dibandingkan dengan tahun 2003. Sementara untuk tahun 2005, data yang dihimpun melalui Subdin P2&PL Dinkes Prov. Sulsel tercatat 9.461 kasus Malaria Klinis, jumlah specimen yang diperiksa sebanyak 3.832 (40,50%) dan yang positif sebanyak 3,42%. Di tahun 2006, tercatat bahwa hasil kegiatan penemuan dan pengobatan penderita sebanyak 846 orang (21,75%) dari 4.031 sediaan darah yang diperiksa atau 57,76% dari jumlah klinis yang dilaporkan (6.979 kasus) dengan kasus tertinggi di Kab. Bulukumba,

Kab. Selayar, dan Kab. Soppeng. Untuk tahun 2007 jumlah penderita Malaria klinis sebanyak 13.029 penderita dengan jumlah yang positif sebanyak 1.927 orang (14,79 %) dengan kasus tertinggi di Kab.Selayar, Bulukumba, Enrekang dan Tator.

Sedangkan untuk tahun 2008 jumlah penderita Malaria klinis mengalami penurunan menjadi 8.886 kasus dengan jumlah positif sebanyak 1.153 kasus (12,98 %). Kasus tertinggi di Kab. Selayar, Pangkep, Luwu Utara, Enrekang dan Tator (**merah**) atau AMI sebesar 1,14 per 1000 penduduk. Jumlah penderita malaria yang di konfirmasi laboratorium dengan hasil positif terbesar di Kab. Selayar, Enrekang, dan Luwu Utara (titik-titik) atau API sebesar 0,15 per 1000 penduduk.

GAMBAR III.B.7  
PEMETAAN KASUS MALARIA KLINIS DAN POSITIF  
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2008



Sumber : Profil Kesehatan Kab/Kota di Prov. Sulsel, 2008

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, 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.

## 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 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. Pada tahun 2003, jumlah penderita DBD dilaporkan sebanyak 51.516 kasus dengan angka kematian (CFR) sebesar 1,5% dan angka insiden sebesar 23,87% kasus per 100.000 penduduk.

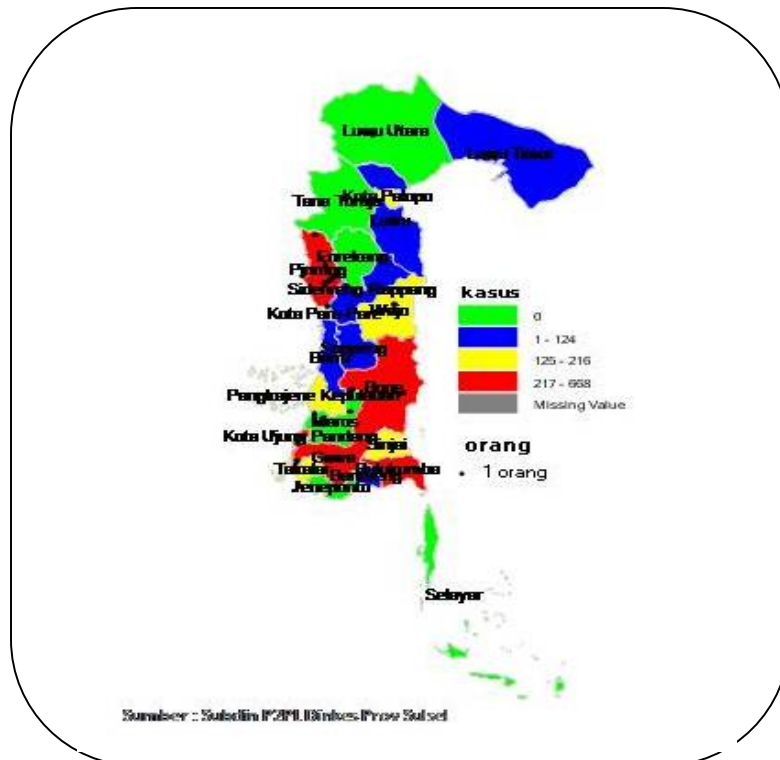
Di Sulawesi Selatan, menurut laporan dari Subdin P2&PL tahun 2003, jumlah kejadian penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) pada 26 kab./kota sebanyak 2.636 penderita dengan kematian 39 orang (CFR= 1,48 %), disamping itu pula jumlah kejadian luar biasa (KLB) sebanyak 82 kejadian dengan jumlah kasus sebanyak 495 penderita dan kematian 19 orang (CFR=3,84%). Bila dibandingkan dengan kejadian KLB Demam Berdarah Dengue Tahun 2002 maka jumlah kejadian mengalami peningkatan sebesar 1,60 kali, jumlah penderita meningkat sebesar 4,21 kali dan jumlah kematian meningkat 1,97%.

Sedangkan untuk tahun 2004, telah dilaporkan kejadian penyakit Demam Berdarah sebanyak 2.598 penderita (termasuk data Sulawesi Barat) dengan kematian 19 orang (CFR=0,7%). Dari kejadian tersebut telah dilakukan penanggulangan fokus berupa pengasapan, pemberantasan sarang nyamuk (PSN) termasuk abatisasi. Pola kejadian tersebut berlangsung antara Januari – April, Juni, Oktober dan Desember (memasuki musim penghujan). Jumlah kasus tertinggi terjadi di Kota Makassar, Kab. Gowa dan Barru. Untuk tahun 2005, tercatat jumlah penderita DBD sebanyak 2.975 dengan kematian 57 orang (CFR=1,92%). Sementara untuk tahun 2006, kasus DBD dapat ditekan dari 3.164 kasus tahun 2005 menjadi 2.426 kasus (22,6%) pada tahun 2006, demikian pula angka kematian (CFR) dari 1,92% turun menjadi 0,7% pada tahun 2006, dengan kelompok penduduk yang terbanyak terserang adalah pada kelompok usia anak sekolah (5-14 tahun) sebesar 55%, kemudian pada kelompok usia produktif (15-44 tahun) sebesar 25%,

kelompok usia anak balita (1-4 tahun) sebesar 16% dan usia di atas 45 tahun serta usia dibawah 1 tahun masing-masing sebesar 2%.

Pada tahun 2007 kasus DBD kembali meningkat dengan jumlah kasus sebanyak 5.333 kasus dan jumlah kasus yang terbesar berada di kab.Bone (1030) kasus, menyusul Kota Makassar (452) kasus, Kab. Bulukumba (376) kasus, Kab.Pangkep (358) kasus.

GAMBAR III.B.8  
PEMETAAN KASUS DBD DI SULAWESI SELATAN  
TAHUN 2008



Kasus DBD di Sulawesi Selatan pada tahun 2008 kategori tinggi pada Kab. Bone, Bulukumba, Pinrang, Makassar dan Gowa (warna **merah** atau 217-668 kasus), sedangkan kabupaten/ kota yang tidak terdapat kasus DBD yaitu Kab. Luwu Utara, Tator, Enrekang, Maros, Jeneponto dan Selayar (warna **hijau**), seperti pada gambar III.B.7.

CFR DBD di Sulawesi Selatan pada tahun 2008 sebesar 0,83. Sedangkan pada Kab./ kota tertinggi yaitu di Luwu Utara (14,29), menyusul Maros (13,33), Pinrang (3,42), Sidrap (1,61), kemudian Wajo, Makassar, Parepare, Gowa dan Bone masing-masing di bawah 1,5.

Kegiatan penanggulangan yang dilakukan antara lain pengasapan, pemberantasan sarang nyamuk (PSN), abatisasi dan penyuluhan. Beberapa faktor penyebab DBD diantaranya karena peningkatan kasus di daerah endemis, beberapa daerah yang selama ini sporadis terjadi KLB, kemungkinan ada kaitannya dengan pola musiman 3-5 tahunan, kemudian 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 ini ABJ mengalami peningkatan sebanyak 68,90 %.

### 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*".

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. Penyakit yang ditularkan melalui gigitan nyamuk, beberapa jenis nyamuk diketahui berperan sebagai vektor Filariasis antara lain *Mansonia*, *Anopheles* dan *Culex*.

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 3 species cacing filaria, yaitu *Wucherecia 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 mikro filaria rate pada lokasi yang ditentukan kasus klinis filariasis. Pada tahun 2001, kegiatan ini dilaksanakan pada 20 lokasi dari 6 kabupaten antara lain Kabupaten Luwu Utara, Luwu, Mamuju, Bone, Barru dan Polmas. Dari 3.938 specimen yang diperiksa ditemukan specimen yang positif sebanyak 22 specimen (MF Rate = 0,66 %) yaitu terdapat pada lokasi Simboro, Rangas, Paraby, Baras III, Martajaya di Kabupaten Mamuju Utara sedangkan pada Kabupaten Luwu Utara terdapat di lokasi Malili, Kabupaten Barru di lokasi Tanete Riaja dan Kabupaten Polmas di lokasi baru.

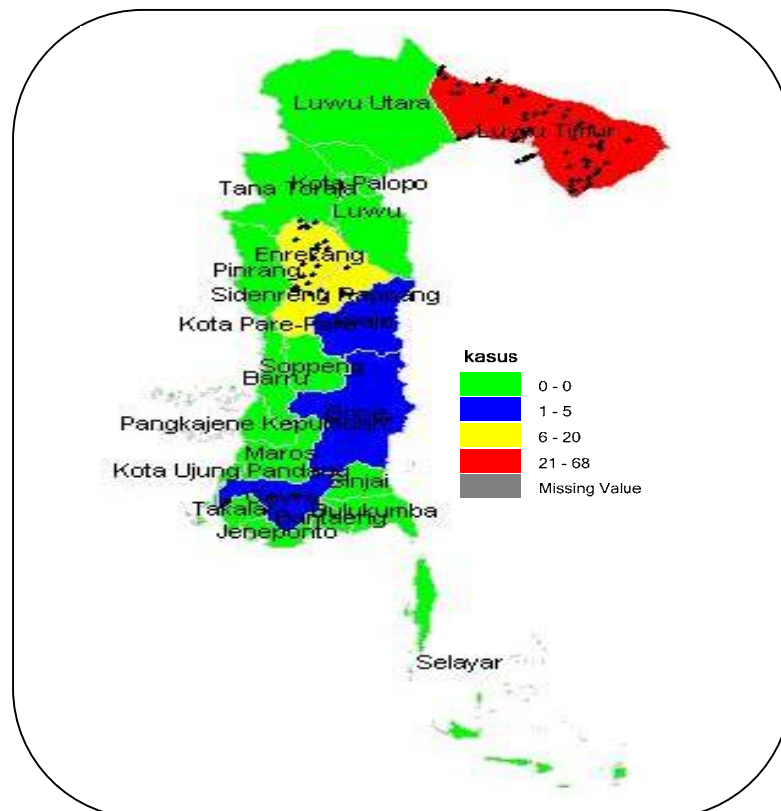
Sedangkan untuk tahun 2002, kegiatan ini dilaksanakan pada 12 lokasi dari 4 kabupaten antara lain Kabupaten Mamuju, Luwu Utara, Polmas dan Bone. Dari 1.931 specimen yang diperiksa ditemukan 4 specimen positif dengan Mikrofilaria Rate 0,21%, yang semuanya terdapat di Kabupaten Mamuju yakni pada lokasi Desa Karundang dan Desa Lara. Sementara untuk tahun 2003, kegiatan ini dilaksanakan pada 10 lokasi dari 5 kabupaten antara lain Kabupaten Maros, Luwu Utara, Polmas, Bone dan Mamuju. Dari 223 specimen yang diperiksa ditemukan 12 specimen positif dengan Mikrofilaria Rate 10,10%, yang semuanya terdapat di Kabupaten Polmas yakni pada lokasi Desa Lampoko, wilayah puskesmas Campalagian.

Untuk tahun 2004, dilaksanakan survei cepat filariasis di 30 puskesmas pada 15 kab./kota non endemis filariasis. Hingga triwulan IV 2004, jumlah penderita kronis yang ditemukan sebanyak 6 orang yaitu di Kab. Barru sebanyak 2 orang, Kab. Sidrap, Kab. Gowa, Kab. Luwu Utara dan Kab. Maros masing-masing sebanyak 1 orang. Sedangkan untuk survei evaluasi pengobatan, dilaksanakan di 5 lokasi pada 2 kabupaten endemis filariasis yaitu Kabupaten Mamuju dan Kabupaten Luwu Timur. Adapun jumlah spesimen yang diperiksa sebanyak 545 dari target 500 spesimen, dan hasil pemeriksaan mikrofilaria (MF Rate = 0%). Sementara untuk tahun 2005, Survei darah jari dilakukan di 6 lokasi

pada 5 kabupaten yakni 2 lokasi di Kab. Barru, dan di Kab. Gowa, Kab. Sidrap, Kab. Luwu Utara dan Kab. Polman masing-masing 1 lokasi. Lokasi yang telah di survei yakni Kab. Polman dan Kab. Sidrap dengan hasil pemeriksaan darah jari yaitu MF rate 0%. Sedangkan untuk tahun 2006, ditemukan tingkat MF rate di Kab. Sidrap sebesar 1,37%, Kab. Enrekang 1,2% dan Kab. Luwu Timur 1,4%, hal ini menandakan bahwa daerah tersebut merupakan daerah endemis filariasis karena MF rate-nya berada diatas 1%. Pada tahun 2007 ditemukan kasus filariasis terjadi di 5 kab/kota, yaitu tertinggi di Kab. Luwu Timur sebanyak 69 orang, menyusul Kab. Bone 11 orang, Kab. Sidrap dan Enrekang masing-masing 7 orang dan terendah di Kab. Barru 1 orang.

Prevalensi nasional menurut Riskesdas 2007 yaitu 0,11%, Sedangkan ditahun 2008 dari hasil pengumpulan data profil kesehatan kasus filariasis mengalami penambahan wilayah kejadian yaitu di 6 kab/kota, dimana tertinggi di Kab. Luwu Timur sebanyak 68 orang, kemudian Kab.Enrekang 19 orang, Sidrap 8 orang, Gowa 4 orang, sementara Bone dan Wajo masing-masing 1 orang.

GAMBAR III.B.9  
PEMETAAN KASUS FILARIASI DAN PENANGANANNYA  
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2008



Sumber : Profil Kesehatan Kab/Kota di Prov. Sulsel, 2008

Di Sulawesi Selatan pada tahun 2008, kasus filariasis hanya ditemukan di Luwu Timur (68 kasus), Enrekang (19 kasus), Sidrap (8 kasus), Gowa, Bone dn Wajo masing-masing satu kasus. Secara keseluruhan kasus filariasis mendapat pelayanan.

#### 4) Penyakit Rabies

Penyakit Rabies pada beberapa tahun terakhir semakin menyebar ke berbagai wilayah yang selama ini dianggap aman atau daerah bebas rabies. Pada tahun 2000 Provinsi Nusa Tenggara Timur melaporkan adanya KLB di beberapa wilayah yang selama ini dinyatakan bebas Rabies, antara lain di Kabupaten Ngada dilaporkan sebanyak 1.711 kasus dengan kematian 1 orang, Kabupaten Ende sebanyak 122 kasus dengan kematian 3 orang, dan di Flores Timur sebanyak 23 kasus dengan kematian 1 orang.

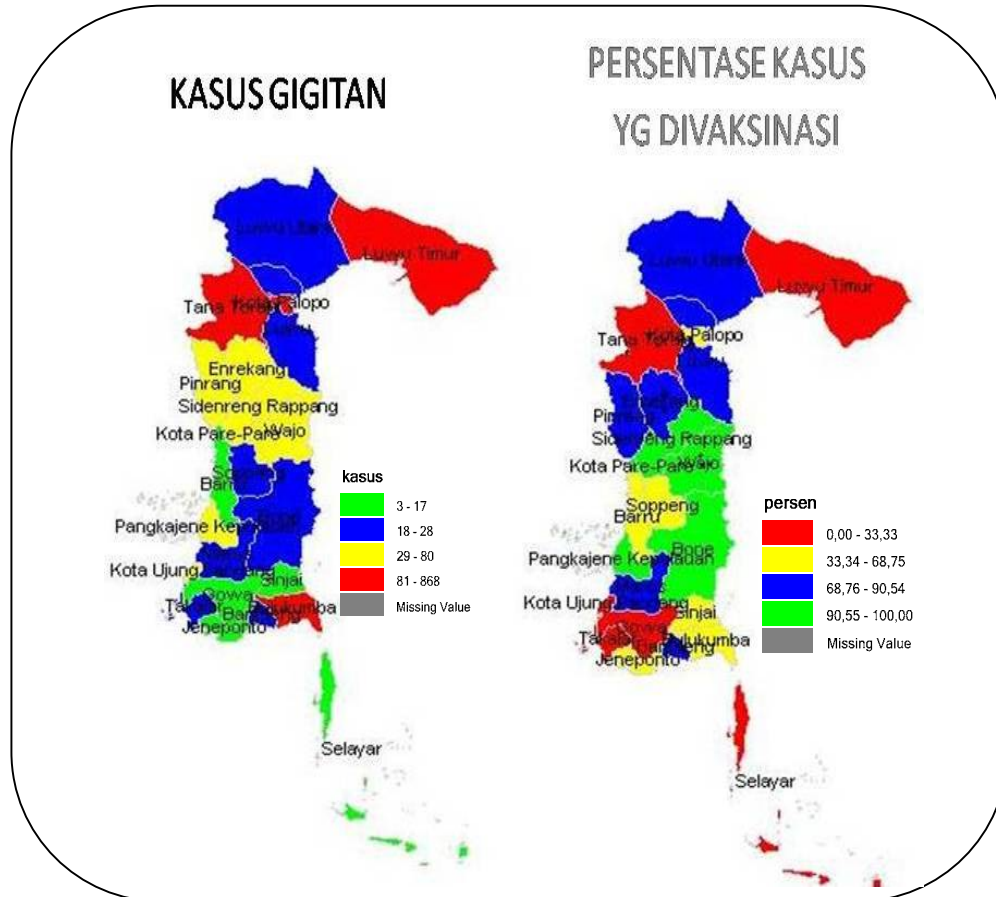
Di Sulsel, berdasarkan laporan dari 24 kabupaten/kota pada tahun 2001, KLB Rabies dengan jumlah kasus gigitan oleh hewan tersangka Rabies sebanyak 1.714 kasus, 8 diantaranya positif Rabies (Lyssa). Kasus gigitan tertinggi ialah di Kabupaten Tana Toraja (807 kasus) sedang yang terendah di Kabupaten Jeneponto (7 kasus). Kasus yang divaksinasi anti rabies (VAR) sebanyak 683 kasus (40 %), tertinggi Kabupaten Sinjai, Jeneponto dan Luwu (100 %) sedang kabupaten lain pemberiannya dilakukan secara selektif karena ketersediaan vaksin anti rabies sangat terbatas dibanding dengan jumlah kasus yang ada, serta sebagian kasus setelah dilakukan pemeriksaan specimen dan observasi hewan hasilnya negatif. Jumlah specimen positif setelah dilakukan pemeriksaan di BPPH Kabupaten Maros ditemukan sebanyak 84 specimen.

Sementara untuk tahun 2002, kasus gigitan hewan tersangka Rabies sebanyak 1.559 kasus dengan Lyssa sebanyak 14 orang. Jumlah kasus yang diberi vaksinasi (VAR) sebanyak 811 kasus (52,02%) dengan jumlah specimen yang positif Rabies sebanyak 117 specimen. Sedang untuk tahun 2003, kasus gigitan hewan tersangka Rabies sebanyak 1.610 kasus dengan Lyssa sebanyak 9 orang. Jumlah kasus yang diberi vaksinasi (VAR) sebanyak 688 kasus (42,7%) dengan jumlah specimen yang positif Rabies sebanyak 85 specimen. Bila dibandingkan tahun sebelumnya terjadi peningkatan jumlah kasus gigitan namun pemberian VAR dan Lyssa menurun.

Untuk tahun 2004, dilaporkan bahwa jumlah kasus gigitan hewan tersangka Rabies sebanyak 1.809 kasus dengan Lyssa 6 orang. Jumlah kasus yang divaksinasi (VAR) sebanyak 662 (37%) dan jumlah specimen yang positif sebanyak 45 specimen. Adapun kabupaten yang memiliki jumlah kasus tertinggi yakni di kabupaten Tana Toraja dan Kabupaten Luwu. Sementara untuk tahun 2005, dilaporkan dari 28 kab./kota, jumlah kasus gigitan hewan tersangka rabies sebanyak 1.856 kasus dengan Lyssa 16 orang. Jumlah kasus yang divaksinasi (VAR) sebanyak 726 (39%) dengan jumlah spesimen positif sebanyak 64 specimen. Adapun kabupaten yang memiliki jumlah kasus gigitan yang tertinggi adalah Kab. Tator, Kab. Luwu Timur dan Kab. Soppeng.

Sedangkan untuk tahun 2006 tercatat 1.684 kasus dengan lyssa 24 orang. Jumlah penderita yang di vaksinasi dengan VAR sebanyak 804 orang (47,6%), dengan jumlah spesimen yang positif sebanyak 72 specimen, dan kasus gigitan hewan yang tertinggi tetap di Kab. Tator, Kab. Luwu dan Kab. Luwu Timur. Pada tahun 2007 meningkat sebanyak 2.146 kasus, sementara jumlah penderita yang di vaksin sebanyak 936 orang (44%). Kasus gigitan hewan yang tertinggi tersangka rabies tetap di Kab. Tator sebanyak 288 orang, menyusul Kab. Luwu 94 orang, Kab. Enrekang 52 orang, Luwu timur 50 orang, Kab. Bone 48 orang dan Kab. Soppeng 47 orang.

**GAMBAR III.B.10**  
**PEMETAAN KASUS GIGITAN RABIES DAN PERSENTASE KASUS YANG DIVAKSINASI**  
**DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2008**



*Sumber : Subdin P2PL Dinkes Prov. Sulsel, 2008*

Sulawesi Selatan pada tahun 2008 mengalami penurunan kasus gigitan sebesar 16,4% jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya, yaitu 2.146 kasus pada tahun 2007 menjadi 1.793 kasus gigitan pada tahun 2008. Jumlah penderita yang di vaksin sebanyak 756 orang (42,16%). Kasus gigitan hewan yang tertinggi tersangka rabies tetap di Kab.Tator sebanyak 868 orang, menyusul Kab.Luwu Timur 189 orang, Kota Palopo 114 orang, Kab. Bulukumba 81 orang dan Sidrap 80 orang. Dari kasus gigitan tersebut, specimen yang positif sebanyak 14 specimen.

### 5) Flu Burung (Avian Influenza/AI)

Pada tahun 2005 dilaporkan bahwa untuk jenis penyakit Flu burung tercatat 1 kasus dengan serologis positif H5N1, namun tanpa gejala. Adapun jenis kegiatan yang dilakukan adalah penyuluhan tentang pencegahan flu burung pada manusia dan unggas yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan bekerjasama dengan Dinas Peternakan Provinsi Sulawesi Selatan, sedangkan untuk tahun 2006 jumlah suspek flu burung yang dilaporkan

sebanyak 37 orang dengan kematian 1 orang. Adapun distribusi penderita terdapat di Kab. Takalar 3 orang, Kab. Jeneponto, Sinjai, Bone, Sidrap masing-masing 1 orang, Kota Makassar 18 orang, Kab. Gowa 2 orang Kab. Maros 5 orang dan Kab. Bone 4 orang. (*Laporan Subdin P2&PL, Tahun 2006*). Pada tahun 2007 jumlah suspect flu burung yang dilaporkan sebanyak 19 orang .

Pada tahun 2008 ditemukan 14 suspect, distribusi penderita terdapat di Kab. Luwu Utara 5 suspect, Makassar dan Barru masing-masing 3 suspect, Bulukumba 2 suspect dan Bone satu suspect. Gigitan ditemukan pada golongan umur 1-9 tahun sebanyak 6 orang, 15-54 tahun sebanyak 6 orang dan golongan umur 55 tahun ke atas sebanyak 2 orang.

## 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 prevalensi 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 darah, prevalensi hipertensi di Sulawesi Selatan 20,9%, menurut kabupten prevalensi tertinggi di Soppeng 40,6% dan terendah di Sidenreng Rappang 23,3%. Terdapat 67,6% kasus stroke di Sulawesi Selatan yang telah didiagnosis oleh tenaga kesehatan, prevalensi tertinggi dijumpai di Wajo 13,6% dan terendah di Pangkajene Kepulauan 2,9%.

Dari 44 RS kabupaten/kota se Sulawesi Selatan (Pemerintah dan Swasta) yang melaporkan situasi Penyakit Tidak Menular menunjukkan bahwa kasus yang terbanyak adalah kecelakaan lalu lintas baik pada penderita rawat jalan (9.354 penderita) maupun pada penderita rawat inap (3.842 penderita). Kemudian hipertensi, diabetes dan seterusnya. Gambaran/pola 10 penyakit terbanyak pada pasien rawat jalan di rumah sakit tahun 2008 disajikan pada tabel III.B.3.

TABEL III.B.3  
PROPORSI 10 PENYAKIT TIDAK MENULAR TERBANYAK PADA  
PASIEN RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT DI SULSEL TAHUN 2008

Jenis Penyakit		Jumlah	%
1.	Kecelakaan lalu lintas	9.354	34,26
2.	Hypertensi Esensial ( Primer )	7.833	28,69
3.	Asma	2.531	9,27
4.	Hypertensi Sekunder	1.946	7,13
5.	Diabetes Mellitus Tipe Lainnya	1.641	6,01
6.	Diabetes Mellitus Tidak Bergantung Insulin (Tipe 2)	1.477	5,41
7.	PPOK	1.323	4,85
8.	Struma	832	3,05
9.	Tindak Kekerasan	737	2,70
10	Diabetes Mellitus bergantung Insulin (Tipe 1)	626	2,29

Sumber : Subdin P2&PL Dinkes Prov. Sulsel, 2008

Sedangkan pola 10 penyakit terbanyak pada pasien rawat inap di rumah sakit tahun 2008 dapat dilihat pada tabel berikut ini :

TABEL III.B.5  
PROPORSI 10 PENYAKIT TIDAK MENULAR TERBANYAK PADA  
PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT DI SULSEL TAHUN 2008

Jenis Penyakit		Jumlah	%
1.	Kecelakaan Lalulintas dan Cidera	3.842	35,71
2.	Hypertensi esensial (primer)	2.221	20,64
3.	Asma	949	8,82
4.	Diabetes Mellitus tidak bergantung insulin (Tipe 2)	838	7,79
5.	Stroke	738	6,86
6.	Hipertensi Sekunder	601	5,58
7.	PPOK	475	4,41
8.	Struma	449	4,17
9.	Diabetes Tipe Lainnya	428	3,98
10.	Jantung Hypertensi	219	2,03

*Sumber : Subdin P2&PL Dinkes Prov. Sulsel, 2008*

### C. STATUS GIZI

Status gizi seseorang sangat erat kaitannya dengan permasalahan kesehatan secara umum, karena disamping merupakan 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.

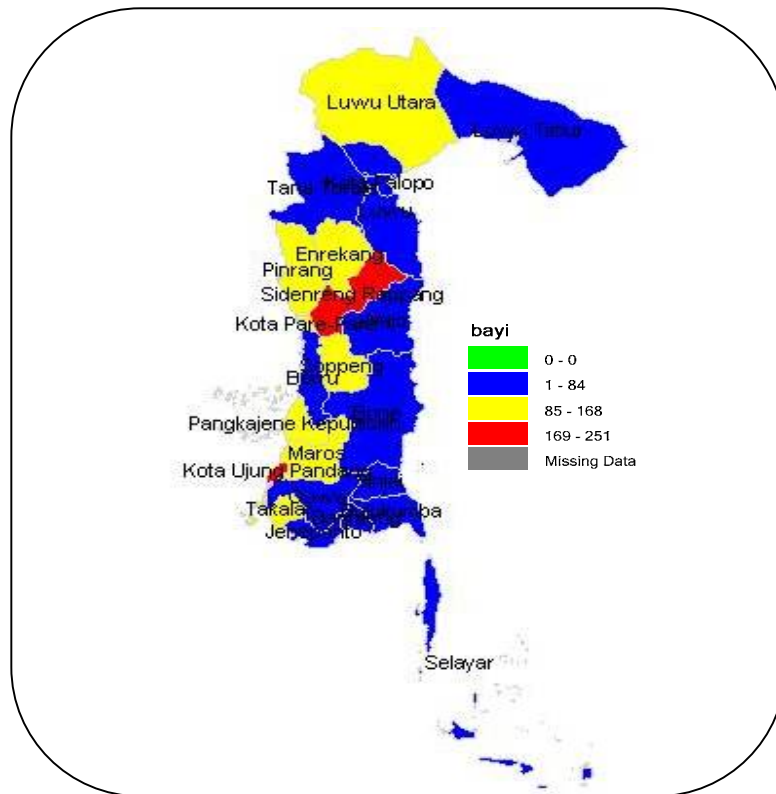
Berikut ini akan disajikan gambaran mengenai indikator-indikator status gizi masyarakat antara lain bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), status gizi balita, status gizi wanita usia subur, Kurang Energi Kronis (KEK), Anemia Gizi Besi (AGB) pada ibu dan pekerja wanita dan Gangguan Akibat Kekurangan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

#### 1. Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

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.

Di Sulawesi Selatan pada tahun 2007, tercatat bahwa jumlah bayi dengan berat badan lahir rendah sebanyak 2.416 (1,56% dari total bayi lahir) dan yang tertangani sebanyak 2.451 orang (100%), dengan kasus tertinggi terjadi di Kab. Sidrap (584 kasus) dan Kota Makassar (295 kasus) dan yang terendah di Kota Palopo (8 kasus).

GAMBAR III.C.1  
PEMETAAN BAYI DENGAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH  
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2008



Sumber : Profil kesehatan Kab/ Kota di Sulsel, 2008

Sedangkan untuk tahun 2008 jumlah bayi dengan BBLR mengalami penurunan menjadi 1.998 (1,36 % dari total jumlah bayi lahir) dan yang ditangani sebanyak 1.670 (83,58 %), sementara kasus tertinggi di Kota Makassar (251) kasus, menyusul Kab.Sidrap (172) kasus, Kota Pare-Pare (158) kasus dan Kab.Pangkep (147) kasus dan terendah di kab.Jeneponto sebanyak 22 kasus.

## 2. Status Gizi Balita

Status gizi balita merupakan salah satu indikator yang menggambarkan tingkat kesejahteraan masyarakat. Salah satu cara penilaian status gizi pada Balita adalah dengan anthropometri 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-score > +2 SD); **gizi baik** (z-score -2 SD sampai +2 SD); **gizi kurang** (z-score < -2 SD sampai -3 SD) dan **gizi buruk** (z-score < -3 SD).

Sejak tahun 1992 untuk mengukur keadaan gizi anak balita digunakan standar WHO-NCHS untuk index berat badan menurut umur. Namun dari beberapa studi/survei yang melakukan pengukuran berat badan dan tinggi badan (BB/TB), pada umumnya, pengukuran BB/TB menunjukkan keadaan gizi kurang yang lebih jelas, dan sensitif/peka

dibandingkan prevalensi berdasarkan pengukuran berat badan menurut umur seperti hasil dari pengukuran prevalensi gizi kurang menurut BB/TB (wasting) sesudah tahun 1992 berkisar antara 10 – 14 %.

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. Hal ini dapat dilihat pada tabel berikut:

TABEL III.C.1  
PERSENTASE BALITA (0-59 BULAN) MENURUT STATUS GIZI & JENIS KELAMIN DI INDONESIA TAHUN 2002 dan 2003

Status Gizi	2002			2003		
	Laki-laki	Perem Puan	Laki-laki+ Perempuan	Laki-laki	Perem puan	Laki-laki+ Perempuan
Lebih	2,04	2,58	2,3	2,03	2,47	2,24
Normal	70,46	73,37	71,88	67,89	71,41	69,59
Kurang	19,46	17,18	18,35	20,73	18,43	19,62
Buruk	8,03	6,88	7,47	9,35	7,69	8,55

Sumber : BPS, hasil Survei Konsumsi Garam Yodium Rumah Tangga, 2002 – 2003

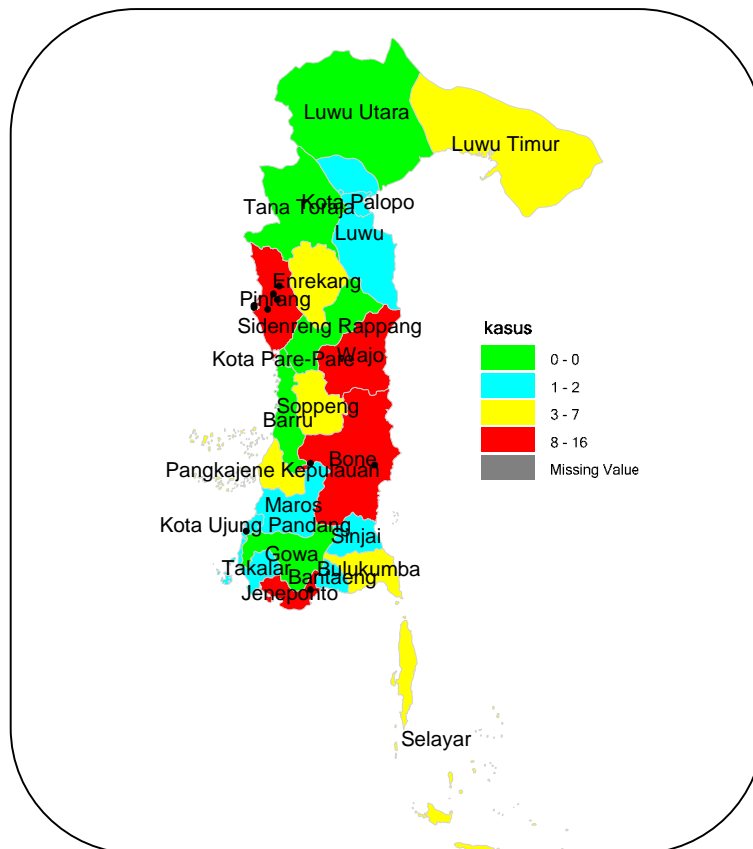
Di Sulawesi Selatan, untuk menanggulangi masalah gizi atau untuk memperoleh gambaran perubahan tingkat konsumsi gizi di tingkat rumah tangga dan status gizi masyarakat dilaksanakan beberapa kegiatan seperti Pemantauan Konsumsi Gizi (PKG) dan Pemantauan Status Gizi (PSG) di seluruh kabupaten/kota. Hasil Pemantauan Status Gizi yang dilaksanakan pada tahun 2001 menggambarkan 84,7 % anak yang berstatus gizi baik, 11,3 % anak yang berstatus gizi kurang, 1,0 % anak yang berstatus gizi buruk dan 3,1 % anak yang berstatus gizi lebih. Sedangkan untuk tahun 2004, menurut laporan yang diterima oleh Subdin Bina Kesehatan Keluarga dan KB Dinkes Prov. Sulsel tercatat bahwa jumlah KEP sebesar 13,48% (PSG, 2004). Menurut hasil Survey Gizi Mikro Tahun 2006 balita gizi buruk tercatat sebesar 9%, sedangkan KEP total sebesar 28,5%.

Secara umum prevalensi gizi buruk di Sulawesi Selatan menurut hasil Riskesdas adalah 5,1% dan gizi buruk 12,5% dari 23 kab./kota terdapat delapan kab./kota yang diatas angka provinsi dan Sulawesi Selatan sudah mencapai target pencapaian program perbaikan gizi pada RPJM 2015 sebesar 20%

Pada kasus gizi buruk di Sulawesi Selatan pada tahun 2008 dengan adanya gejala klinis terbagi atas 3 jenis, yaitu marasmus, kwashiorkor, dan gabungan marasmik-kwashiorkor. Jumlah kasus gizi buruk berdasarkan ke tiga jenis tersebut di Sulsel pada tahun 2008 sebanyak 95 kasus, empat kabupaten/kota dengan kasus terbanyak antara lain Bone (16 kasus), Pinrang (15 kasus), Wajo (11 kasus), dan Jeneponto sebanyak (8 kasus).

Kasus gizi buruk yang sebanyak 95 itu terdiri dari marasmus (48 kasus), kwashiorkor (25 kasus), dan marasmik- kwashiorkor (22 kasus). Marasmus adalah gizi buruk yang disertai tanda-tanda seperti badan sangat kurus (kulit membungkus tulang), wajah seperti orang tua (pipi kempot, mata terlihat cekung), cengeng dan rewel, iga gambang, perut cekung, tulang belakang terlihat menonjol, kulit keriput, jaringan lemak subkutis sangat sedikit sampai tidak ada dan sering disertai penyakit infeksi serta diare. Kasus gizi buruk jenis marasmus di Sulsel pada tahun 2008 sebanyak 48 kasus, empat kabupaten/kota terbanyak antara lain Pinrang 12 kasus, Bone 11 kasus, Luwu Timur 7 kasus dan 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 Kab. Wajo (5 kasus), Soppeng, Pinrang, Selayar, Bulukumba dan Bantaeng masing-masing (3 kasus).

GAMBAR III.C.2  
PEMETAAN KASUS DAN KEMATIAN GIZI BURUK  
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2008



Sumber : Subdin Kesga Dinkes Prov. Sulsel, 2008

Sedangkan gizi buruk jenis marasmik- 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 Sulsel pada tahun 2008 terbanyak di Kab. Enrekang (7 kasus), Pangkep (6 kasus), dan Bone (5 kasus).

CFR gizi buruk di Sulawesi Selatan pada tahun 2008 sebesar 1,1%, artinya setiap 100 kasus gizi buruk meninggal 1 orang. Kematian dengan kasus gizi buruk dapat dilihat pada peta dengan tanda titik, satu mewakili 3 kematian.

### **3. Status Gizi Wanita Usia Subur Kurang Energi Kronik (KEK)**

Salah satu cara untuk mengetahui status gizi wanita usia subur (WUS) umur 15-49 tahun adalah dengan melakukan pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA). Hasil pengukuran ini bisa digunakan sebagai salah satu cara dalam mengidentifikasi seberapa besar seorang wanita mempunyai risiko untuk melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Indikator Kurang Energi Kronik (KEK) menggunakan standar lingkar lengan atas (LILA) <23,5cm.

### **4. Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY)**

Salah satu masalah gizi yang perlu mendapat perhatian adalah masalah Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY). GAKY dapat mengakibatkan gangguan pertumbuhan fisik dan keterbelakangan mental. Gangguan pertumbuhan fisik meliputi pembesaran kelenjar tiroid (gondok), kretin (badan kerdil), gangguan motorik (kesulitan berdiri atau berjalan normal), bisu, tuli dan mata juling. Sedangkan ketebelakangan mental termasuk berkurangnya tingkat kecerdasan anak.

WHO/UNICEF/ICCID mengkategorikan endemisitas daerah dalam 4 kategori menurut besar Total Goiter Rater (TGR). TGR digunakan untuk menilai status GAKY masyarakat sekaligus untuk evaluasi dampak program terhadap perbaikan status GAKY.

Angka prevalensi gondok atau Total Goitre Rate (TGR) dihitung berdasarkan seluruh stadium pembesaran kelenjar, baik yang teraba (pallable) maupun yang terlihat (visible). Pada tahun 1980, TGR didapatkan dari survei GAKY sebesar 37,2%. Prevalensi ini menurun menjadi 27,7% pada tahun 1990 dan turun drastis menjadi 9,8% pada tahun 1998. Walaupun terjadi penurunan yang cukup berarti, GAKY masih dianggap masalah kesehatan masyarakat, karena secara umum prevalensinya masih di atas 5%.

Di Sulawesi Selatan, data dan informasi yang diperoleh tentang status GAKY untuk anak sekolah sebesar 10,1% (1998) dan 10,5% (2002), sedangkan untuk status GAKY pada ibu hamil tercatat sebesar 18,62%. Sedangkan GAKY secara keseluruhan untuk tahun 2006 tercatat sebesar 10,1% (Survey Pemetaan GAKY Nasional 2003).

Dari hasil Riskesdas tahun 2007 untuk Provinsi Sulawesi Selatan sebanyak 61,0% RT yang mempunyai garam cukup iodium sedikit lebih rendah dari angka nasional (62,3%) pencapaian ini masih jauh dari target nasional 2010 yaitu (90%).

Sedangkan tahun 2008, diperoleh dari Seksi Gizi tentang pemantauan rumah tangga yang menggunakan garam beryodium, dari 40.513 balita yang disampling, 29.745 balita yang cukup, 1.261 balita yang kurang dan 2.027 balita yang tidak menggunakan garam beryodium.

Demikian gambaran singkat mengenai situasi derajat kesehatan di Sulawesi Selatan sampai dengan tahun 2008.

## **BAB IV**

### **SITUASI UPAYA KESEHATAN**

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 2008.

#### **A. PELAYANAN KESEHATAN DASAR**

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:

##### **a. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi**

Seorang ibu mempunyai peran yang sangat besar di dalam pertumbuhan bayi dan perkembangan anak. Gangguan kesehatan yang dialami seorang ibu bisa berpengaruh pada kesehatan janin dalam kandungan hingga kelahiran dan masa pertumbuhan bayi dan anaknya.

##### **1) Pelayanan Antenatal (K1 dan K4)**

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.

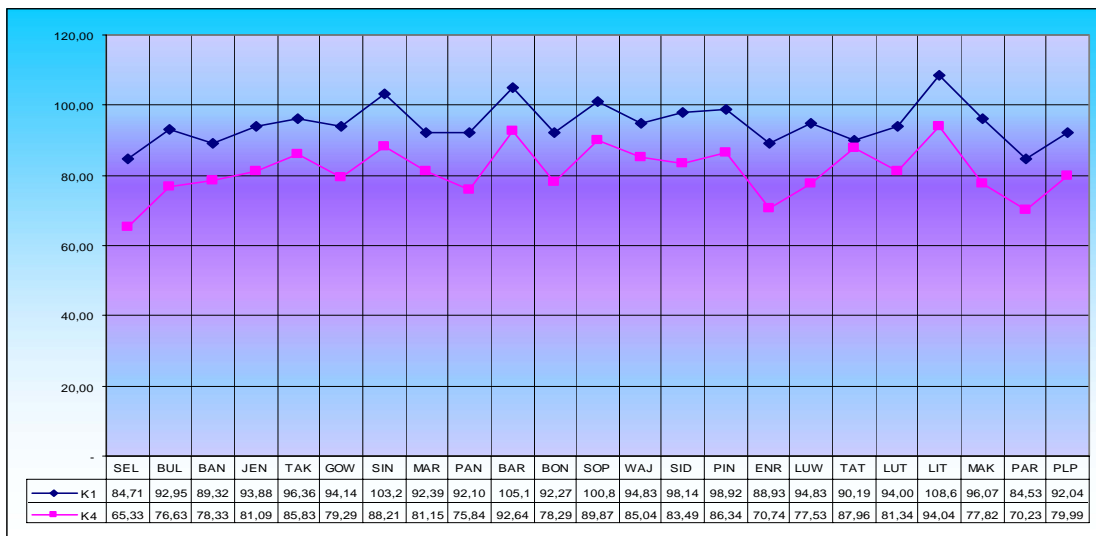
Pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan profesional (dokter spesialis kandungan dan kebidanan, dokter umum, bidan dan perawat) kepada ibu hamil selama kehamilannya, yang mengikuti pedoman pelayanan antenatal yang ada dengan titik berat pada kegiatan promotif dan preventif. Hasil pelayanan antenatal dapat dilihat dari cakupan pelayanan K1 dan K4.

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. Sedangkan cakupan K4 adalah gambaran besaran ibu hamil yang telah mendapatkan pelayanan ibu hamil sesuai dengan standar serta paling sedikit empat kali kunjungan, dengan distribusi sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester dua dan dua kali pada trimester ketiga. Angka ini dapat dimanfaatkan untuk melihat kualitas pelayanan kesehatan kepada ibu hamil.

Gambaran persentase cakupan pelayanan K1 menurut kab./kota di Sulsel tahun 2007 tercatat sebesar 93,55% dan K4 sebesar 76,45%. Cakupan K1 berada di atas target

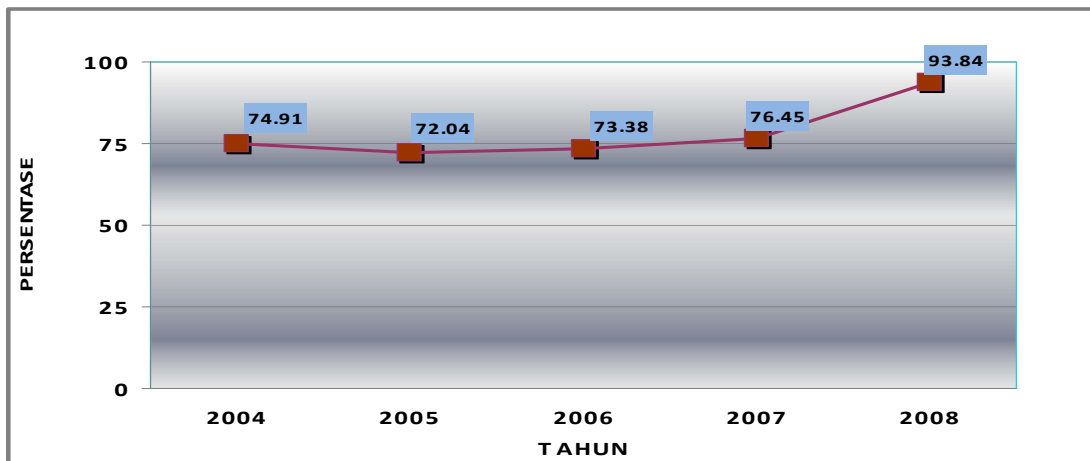
nasional sedangkan K4 berada dibawah target nasional (78%), namun bila dilihat menurut kab./kota maka terdapat kab./kota yang berada diatas target nasional bahkan berada dibawah rata-rata provinsi. Adapun Kab./Kota yang memiliki cakupan yang masih berada jauh dari rata-rata adalah Kab. Selayar, Pangkep, Bone, Enrekang, Tator, Kota Parepare dan Palopo. Sedangkan pelayanan K1 tahun 2008 tercatat sebesar 93,55% dan K4 sebesar 93.84,45%.

GAMBAR IV.A.1  
PERSENTASE CAKUPAN PELAYANAN K1 DAN K4 IBU HAMIL  
DI SULSEL SELAMA TAHUN 2008



Sumber : Subdin Kesga Dinkes Prov Sulsel Tahun 2008

GAMBAR IV.A.2  
PERSENTASE CAKUPAN PELAYANAN K4 IBU HAMIL  
DI SULSEL SELAMA TAHUN 2004-2008



Sumber : Profil Kesehatan Sulsel Tahun 2004-2008

Secara provinsi, pelayanan K1 di Sulawesi Selatan pada tahun 2008 tercatat sebesar 94,71%, itu artinya pola pelayanan antenatal sudah cukup aktif. Tiga Kab/Kota

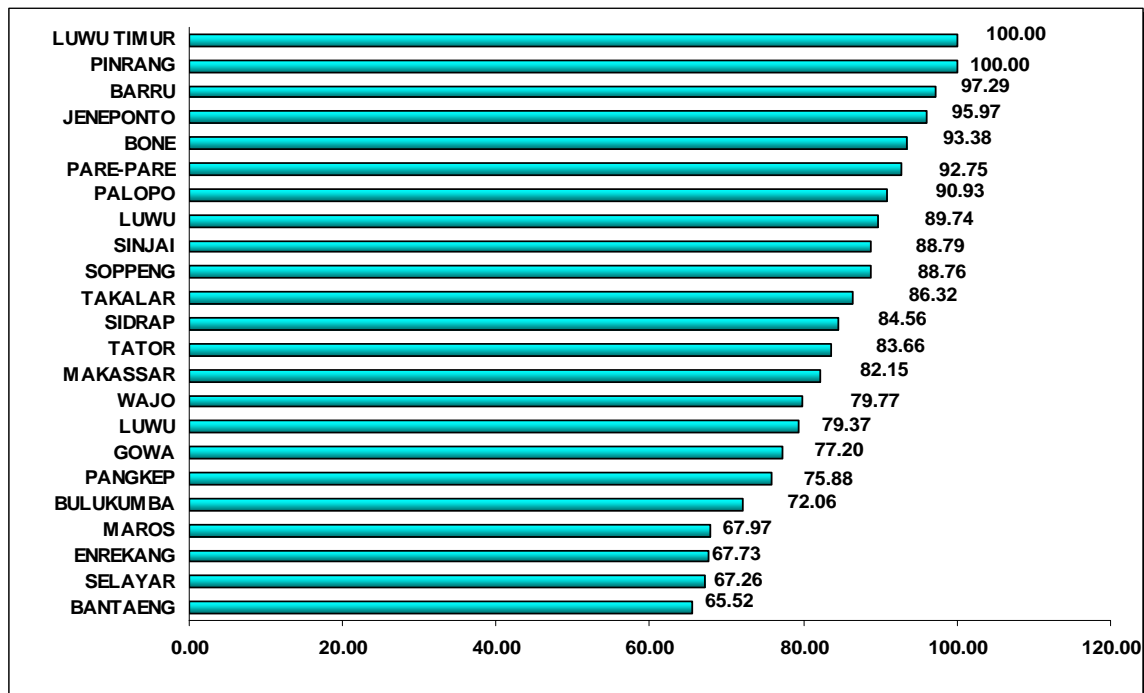
dengan cakupan terendah yaitu Kota Parepare (84,53%), Selayar (84,71%), dan Enrekang (88,93%). Sedangkan cakupan pelayanan K4 di Sulsel dari tahun 2004 - 2008 mengalami peningkatan setiap tahunnya.

## 2) Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan dengan Kompetensi Kebidanan

Komplikasi dan kematian ibu maternal dan bayi baru lahir sebagian besar terjadi pada masa di sekitar persalinan. Hal ini antara lain disebabkan pertolongan tidak dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan (profesional). Dalam kurun waktu lima tahun terakhir, cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, termasuk pendampingan, meningkat sekitar 10%, yaitu dari 60,75% pada tahun 1998 menjadi 70,62% pada tahun 2003.

Sementara itu, cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan pada tahun 2005 di Sulsel tercatat sebesar 78,69%, bila dibandingkan dengan target SPM Bidang Kesehatan Tahun 2005 (77%) maka Sulsel berada di atas target. Sedangkan cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan pada tahun 2007 (72,68%) dan tahun 2008 mengalami peningkatan sebanyak (82.55%).

GAMBAR IV.A.3  
PERSENTASE CAKUPAN PERTOLONGAN PERSALINAN OLEH TENAGA KESEHATAN  
MENURUT KAB./KOTA DI SULSEL TAHUN 2008

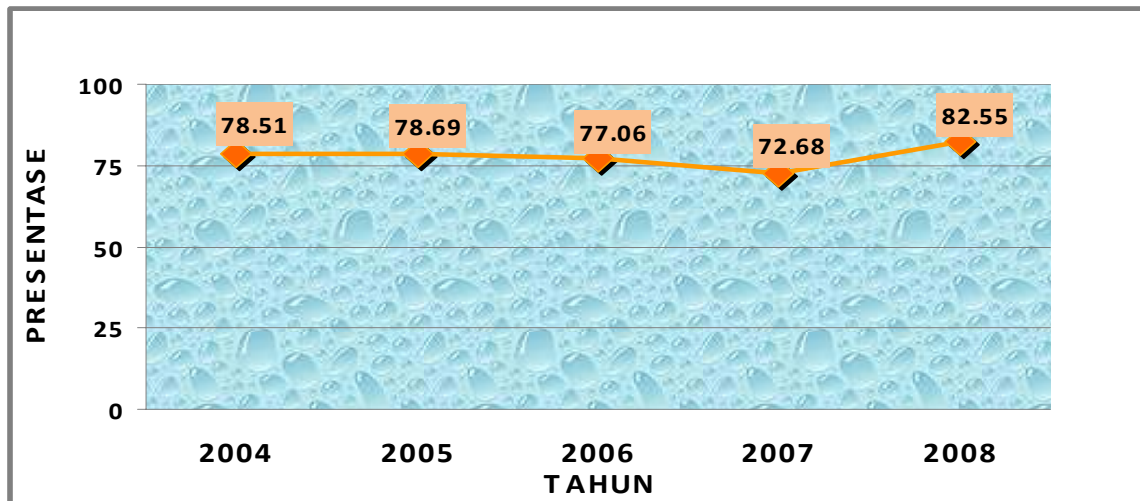


Sumber : Profil Kesehatan Kab./Kota se Sulsel Tahun 2008

Sedangkan gambaran cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan tahun 2004–2008 di Sulsel terjadi fluktuasi rata-rata mengalami peningkatan dari tahun 2004-2006, tetapi

turun pada tahun 2007 kemudian meningkat lagi pada tahun 2008. Data selengkapnya dapat dilihat pada lampiran Tabel 17.

GAMBAR IV.A.4  
 PERSENTASE CAKUPAN PERSALINAN DENGAN PERTOLONGAN OLEH  
 DAN MELALUI PENDAMPINGAN TENAGA KESEHATAN  
 DI SULSEL SELAMA TAHUN 2004-2008



Sumber : Profil Kesehatan Sulsel 2004-2008

### 3) Deteksi Risiko, Rujukan Kasus Risti dan Penanganan Komplikasi

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.

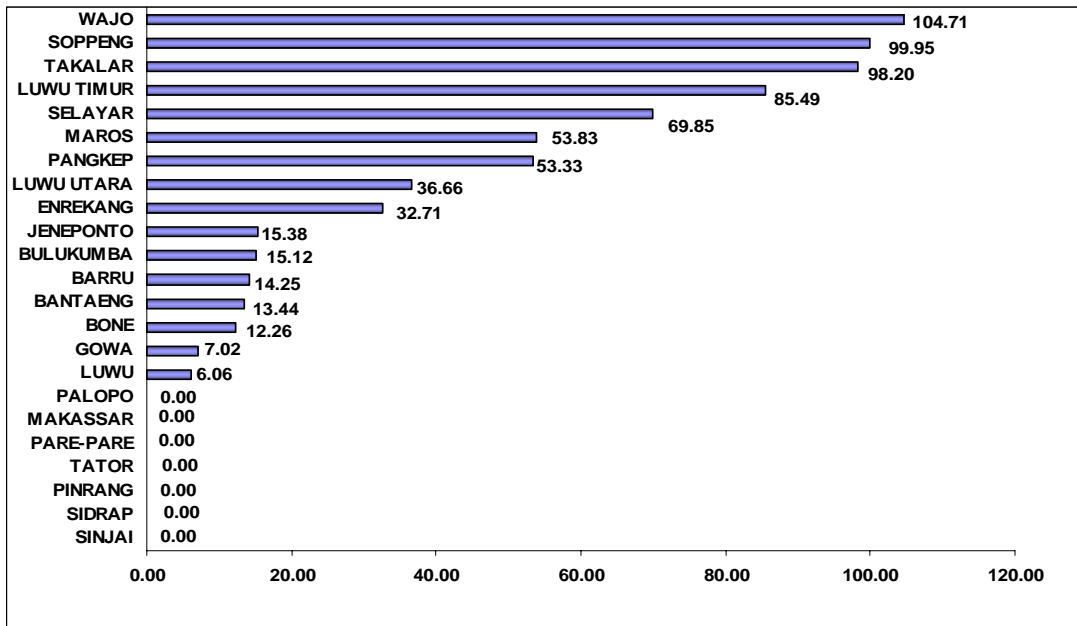
Dalam memberikan pelayanan khususnya oleh bidan di desa dan Puskesmas, beberapa ibu hamil diantaranya tergolong dalam kasus risiko tinggi (Risti) dan memerlukan pelayanan kesehatan karena terbatasnya kemampuan dalam memberikan pelayanan maka kasus tersebut perlu rujukan ke unit pelayanan kesehatan yang memadai. Persentase cakupan ibu hamil risti yang dirujuk tahun 2008 sebesar 25.24 % .

Neonatus risti/komplikasi yang meliputi Asfiksia, tetanus neonatorum, sepsis, trauma lahir, BBLR ( Berat Badan Lahir < 2.500 gram). Sindroma gangguan pernafasan dan kelainan neonatal. Neonatal risti/komplikasi yang tertangani adalah neonatus risti/komplikasi yang mendapat pelayanan oleh tenaga kesehatan yang terlatih di Puskesmas perawatan dan RS pemerintah/swasta dengan fasilitas PONED dan PONEK (pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar dan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif).

Berdasarkan data hasil SDKI 2007, pemeriksaan kehamilan di Sulsel 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%).

GAMBAR IV.A.5  
PERSENTASE IBU HAMIL RISTI KOMPLIKASI DITANGANI  
MENURUT KAB./KOTA DI SULSEL TAHUN 2008



Sumber : Profil Kesehatan Kab./Kota se Sulseh Tahun 2008

Dari gambar di atas nampak bahwa persentase cakupan bumil risti masih rendah yakni 31,29%, masih jauh dari target nasional (100%). Beberapa Kab./kota tidak mempunyai angka pelayanan, tapi hal ini belum jelas, apakah karena tidak memasukkan datanya atau memang tidak melakukan pelayanan ibu hamil risiko tinggi. Data selengkapnya dapat dilihat pada lampiran Tabel 28.

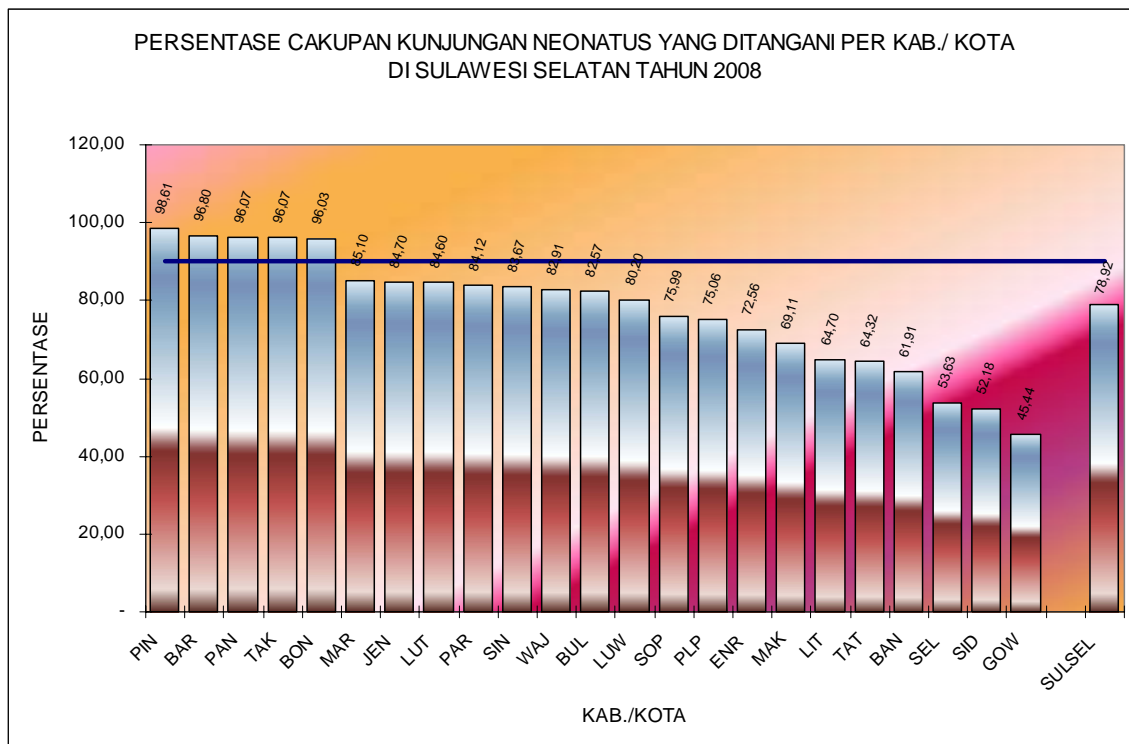
#### 4) Kunjungan Neonatus

Bayi hingga usia kurang satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi. Upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi risiko tersebut 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 disamping 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.

GAMBAR IV.A.6  
PERSENTASE CAKUPAN KUNJUNGAN NEONATUS (KN) DITANGANI  
MENURUT KAB./KOTA DI SULSEL TAHUN 2008



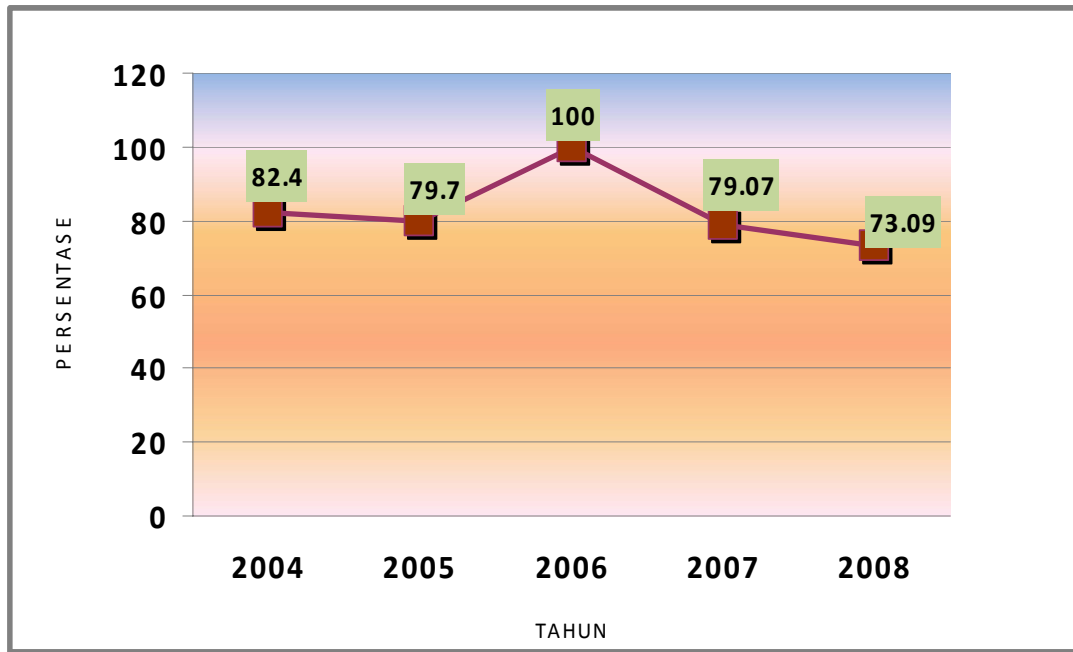
Sumber : Subdin Kesga Dinkes Prov. Sulsel Tahun 2008

Cakupan Kunjungan Neonatus (KN) di Sulsel pada tahun 2008 sebesar 78,92%, masih di bawah standar nasional (90%), hanya empat kabupaten/ kota yang memenuhi standar, yaitu Pinrang (98,61%), Barru (96,80%), Pangkep (96,07%), dan Bone (96,03%). Sedangkan tiga kabupaten/kota yang terendah yaitu Gowa (45,44%), Sidrap (53,18%), dan Selayar (53,63%). Terjadi penurunan 0,15% jika dibandingkan dengan tahun 2007 (79,07%), dapat dilihat pada gambar IV.A.6 dan IV.A.7.

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 disamping melakukan pemeriksaan kesehatan bayi juga melakukan konseling perawatan bayi kepada ibu.

Sedangkan perkembangan persentase cakupan kunjungan neonatus di Sulsel sejak tahun 2004-2008 mengalami naik turun, 82,4 pada tahun 2004, turun menjadi 79,70% pada tahun 2005, kemudian meningkat menjadi 100% (melebihi standar nasional 80%) pada tahun 2006, tetapi menurun kembali pada tahun 2007 menjadi 79,07%, kemudian menurun sebesar 0,15% pada tahun 2008 (78,92%), seperti pada gambar IV.A.7.

GAMBAR IV.A.7  
 PERSENTASE CAKUPAN KUNJUNGAN NEONATUS  
 DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2004-2008



Sumber : Profil Kesehatan Sulsel Tahun 2004-2008

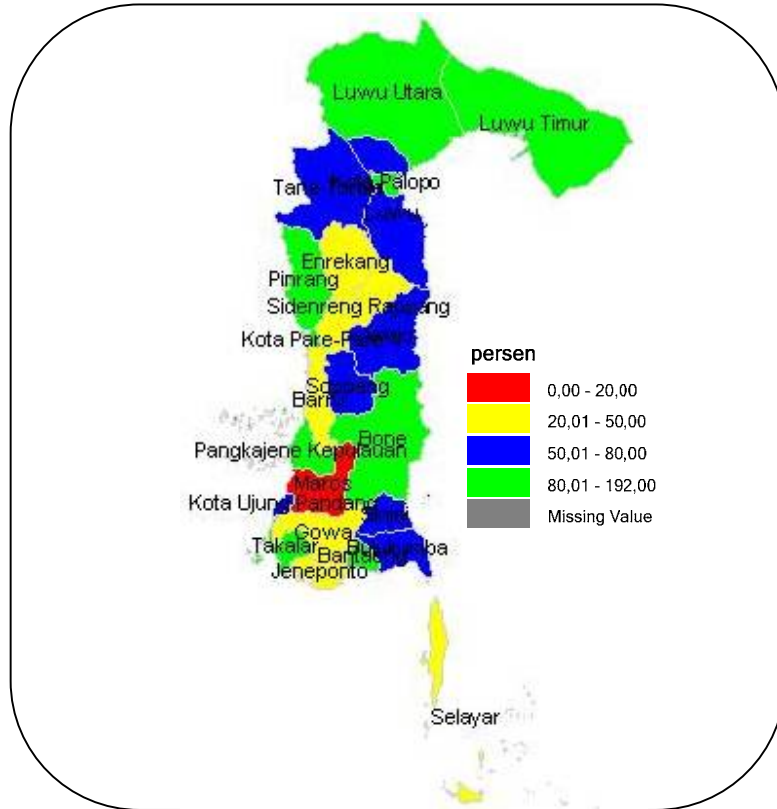
### 5) Kunjungan Bayi

Dalam melaksanakan pelayanan neonatus, petugas kesehatan disamping 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.

Hasil pengumpulan data/indikator kinerja SPM bidang kesehatan menunjukkan bahwa persentase cakupan kunjungan bayi di Indonesia pada tahun 2008 sebesar 77,16%. Sedangkan untuk Sulsel, cakupan kunjungan bayi pada tahun 2004 sebesar 77,8% dan untuk tahun 2005 meningkat menjadi 86,70%.. Sementara pada tahun 2006, cakupan kunjungan bayi rata-rata sebesar 84,66%, tahun 2007 sebesar 78,11%. Sedangkan tahun 2008 mengalami penurunan yaitu sebesar 71.26 %.

Adapun Kab./Kota yang memiliki cakupan kunjungan bayi tertinggi dengan persentase cakupan lebih dari 100% masing-masing Kota Parepare, Kab Bantaeng, Pinrang, Pangkep, Bone, Palopo, Luwu Utara dan Luwu Timur (**hijau**), sedangkan kab./kota dengan cakupan kunjungan bayi terendah adalah Kab. Maros (0), Gowa, Selayar, Jeneponto, Barru, Parepare, Sidrap dan Enrekang (**merah** dan **kuning**). Data terinci pada lampiran Tabel 15.

GAMBAR IV.A.8  
 PETA PRESENTASE KUNJUNGAN BAYI  
 DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2008



Sumber : Profil Kesehatan Sulsel Tahun 2008

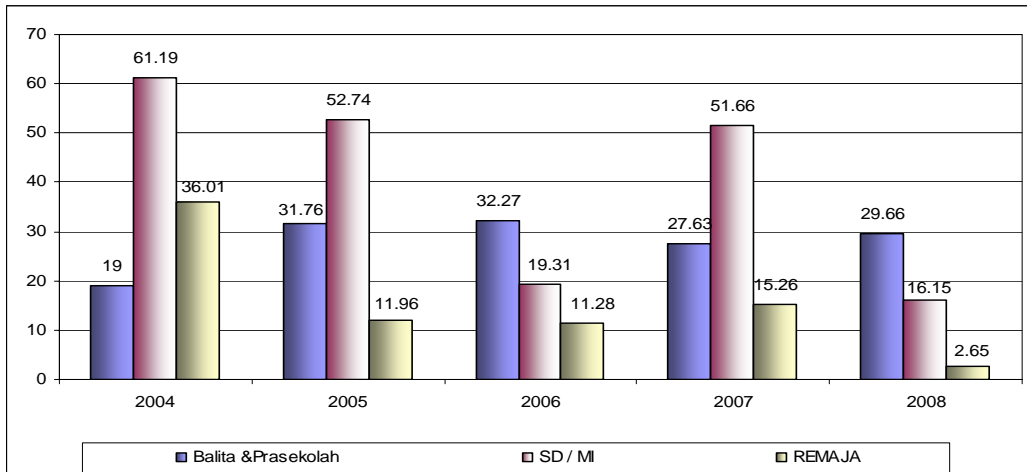
### 6) Pelayanan Kesehatan Anak Pra Sekolah, Usia Sekolah dan Remaja

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 peranserta tenaga terlatih lainnya seperti kader kesehatan, guru UKS dan dokter kecil.

Secara nasional pada tahun 2003, cakupan deteksi tumbuh kembang anak prasekolah sebesar 45,43%, pemeriksaan siswa sekolah dasar 56,13% dan pelayanan kesehatan remaja sebesar 20,74%. Sedangkan untuk di Sulawesi Selatan pada tahun 2008, cakupan deteksi tumbuh kembang anak prasekolah sebesar 29,66%, pemeriksaan siswa sekolah dasar sebesar 16,15% dan pelayanan kesehatan remaja sebesar 2,65%.

Cakupan deteksi tumbuh kembang anak prasekolah, pemeriksaan siswa sekolah dasar/ sederajat, dan pelayanan kesehatan remaja di Sulawesi Selatan pada tahun 2004-2008 dapat dilihat pada gambar IV.A.9, dan data terinci pada lampiran Tabel 18.

**GAMBAR IV.A.9**  
**PERSENTASE CAKUPAN DETEKSI TUMBUH KEMBANG ANAK PRASEKOLAH,**  
**PEMERIKSAAN SISWA SEKOLAH DASAR/SEDERAJAT DAN PELAYANAN**  
**KESEHATAN REMAJA DI SULSEL SELAMA TAHUN 2004-2008**



Sumber : Profil Kesehatan Sulsel 2004-2008

## 7) Pelayanan Keluarga Berencana

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 sebagian 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.

Berdasarkan Survei Sosial Ekonomi Nasional tahun 2007, persentase wanita berumur 10 tahun keatas 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 + pedesaan, 1,57 di perkotaan dan 1.98 di pedesaan.

Secara nasional, menurut hasil pengumpulan data/indikator kinerja SPM bidang kesehatan seluruh Indonesia menunjukkan bahwa pada tahun 2003 persentase peserta KB aktif sebesar 68,49%. Sedangkan di Sulsel pada tahun 2008, persentase peserta KB aktif sebesar 66,64%.

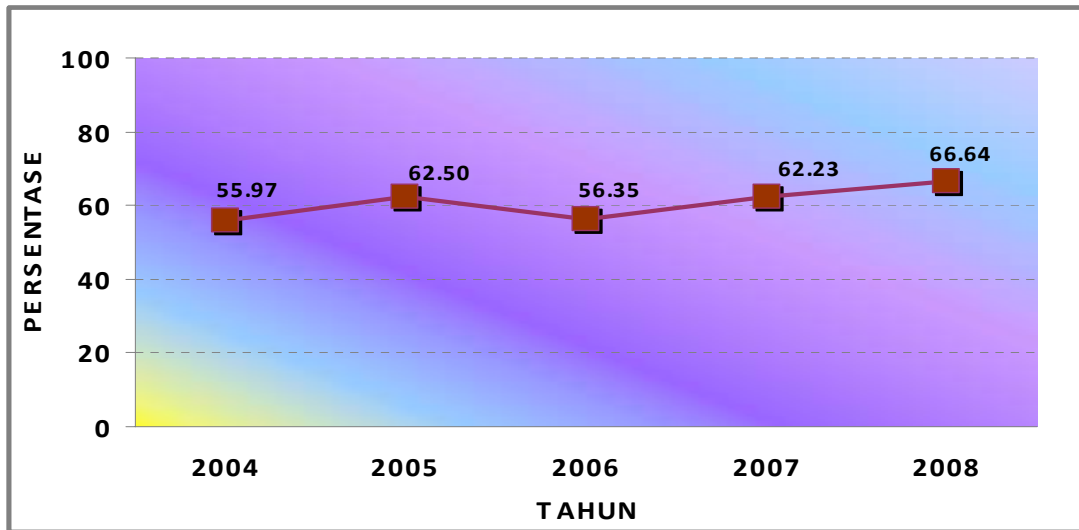
Adapun persentase tertinggi alat/cara KB yang dipakai peserta KB aktif adalah suntikan (51,08%), kemudian pil (25,05%) dan AKDR/IUD (10,69%). Menurut data dari BKKBN, metode kontrasepsi yang paling banyak digunakan pasangan usia subur (PUS) pada peserta KB baru pada tahun 2003 adalah suntikan (58,16%), pil (29,02%), implant/susuk KB (4,88%). Sementara untuk tempat pelayanan bagi peserta KB baru adalah klinik KB pemerintah (59,45%), bidan praktek swasta (30,77%) dan klinik KB swasta (6,98%), serta selebihnya di dokter praktek swasta (2,80%).

Data yang diperoleh melalui Profil Kesehatan Kab./Kota tahun 2008 juga mencatat bahwa persentase penggunaan kontrasepsi bagi peserta KB baru yang terbanyak selama tahun tersebut masing-masing Suntikan (49.28%), Pil (36.28%), Implant (7,01%), IUD



Sulawesi Selatan pada tahun 2004-2008 persentase peserta KB aktif cenderung berfluktuasi karena adanya beberapa kab./kota yang tidak melaporkan datanya. Data terinci pada lampiran Tabel 19. Gambaran persentase peserta KB aktif di Sulsel selama tahun 2004-2008 dan gambaran peserta KB Baru menurut Kab./Kota di Sulsel dapat dilihat pada gambar berikut ini:

GAMBAR IV.A.12  
 PERSENTASE PESERTA KB AKTIF DI SULSEL  
 SELAMA TAHUN 2004-2008



Sumber : Profil Kesehatan Sulsel 2004-2008

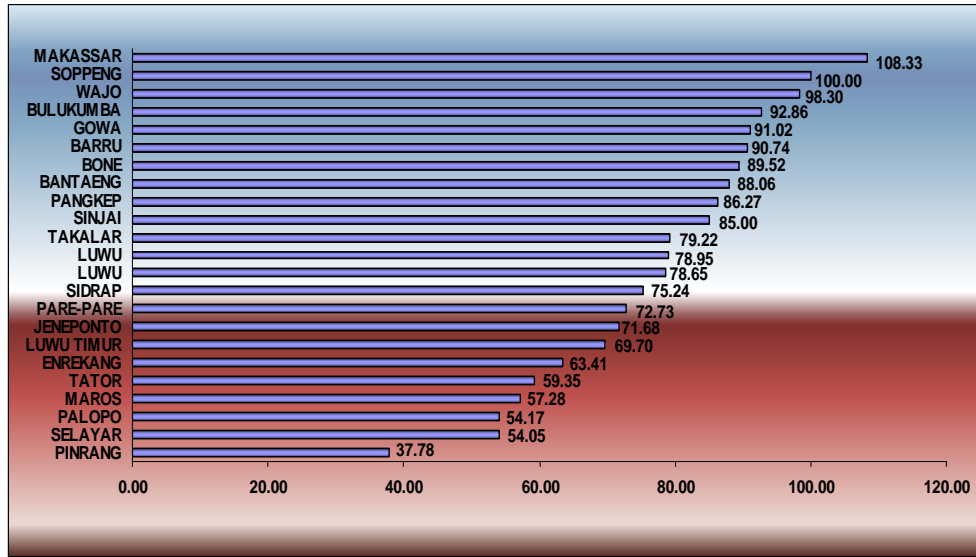
## 8) Pelayanan Imunisasi

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.

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.

Sementara itu, pencapaian UCI tingkat desa/kelurahan pada tahun 2003, secara nasional telah mencapai 72,53%. Sedangkan untuk di Sulsel, pada tahun yang sama UCI di tingkat desa/kelurahan sebesar 72,98% namun pada tahun 2004 menurun menjadi 64,04%. Adapun kab./kota yang memiliki cakupan tertinggi yakni Kota Makassar (96,50%) dan yang terendah yakni Kab. Tana Toraja (39,70%). Di tahun 2006, pencapaian UCI juga menurun menjadi 53,28%, pada tahun 2007 (61,85%) dan pada tahun 2008 meningkat menjadi (78,84%). Data terinci pada lampiran Tabel 22.

GAMBAR IV.A.13  
 PERSENTASE PENCAPAIAN UCI DI TINGKAT DESA/KELURAHAN  
 MENURUT KAB./KOTA DI SULSEL TAHUN 2008



Sumber : Profil Kesehatan Kab./Kota se Sulsel Tahun 2008

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 2003 sebesar 89,2%. Sedangkan untuk di Sulsel tercatat sebesar 89,63% pada tahun 2006, pada tahun 2007 91,08% dan pada tahun 2008 meningkat menjadi 97.79 % dengan cakupan tertinggi yaitu di Kab Luwu Timur dan yang terendah di Kab. Selayar. Untuk angka DO cakupan imunisasi pada bayi tercatat sebesar 5%, data terinci pada lampiran Tabel 23.

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 TT 4 dosis pada seluruh Wanita usia subur termasuk ibu hamil (usia 15 – 39 tahun).

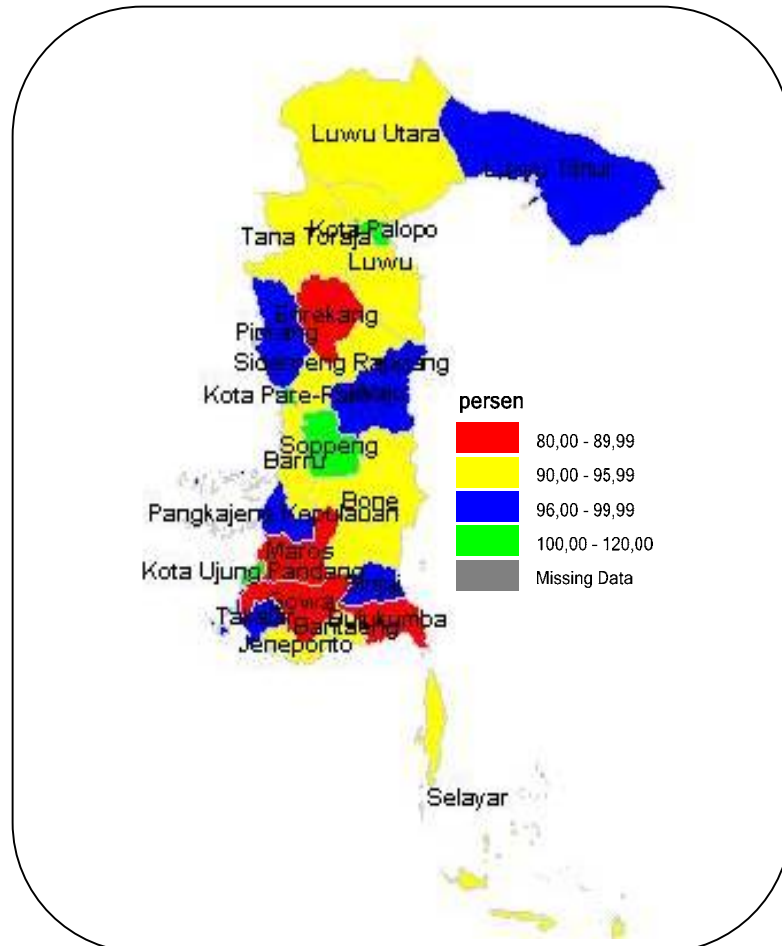
Disamping itu, perkembangan cakupan imunisasi TT ibu hamil secara nasional cenderung menurun. Cakupan imunisasi TT2 ibu hamil pada tahun 2003 tercatat sebesar 66,12%. Untuk Sulawesi Selatan, cakupan imunisasi TT2 ibu hamil tercatat sebesar 77,68% (Tahun 2004) menurun pada tahun 2005 menjadi 65,09%, kemudian menurun lagi menjadi 57,52% di tahun 2006, pada tahun 2007 meningkat menjadi 69,24% dan menurun pada tahun 2008 menjadi 5.84 %, cakupan TT3 sebanyak (1.04%), TT4 sebanyak (0,56%) dan TT5 sebanyak (0,71%). Data terinci pada lampiran Tabel 26.

Beberapa pelayanan imunisasi yang diberikan untuk mencegah penyakit difteri, pertusis, tetanus, tuberkulosis, poliomielitis, hepatitis B, dan campak antara lain :

- a) Imunisasi BCG untuk mencegah penyakit tuberkulosis yang diberikan pada umur 0-11 bulan. Frekuensinya hanya satu kali dengan suntikan pada lengan kanan atas luar

(*intrakutan*). Capaian imunisasi BCG di Sulsel pada tahun 2008, seperti pada gambar IV.A.14.

GAMBAR IV.A.14  
PETA CAKUPAN IMUNISASI BCG  
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2008

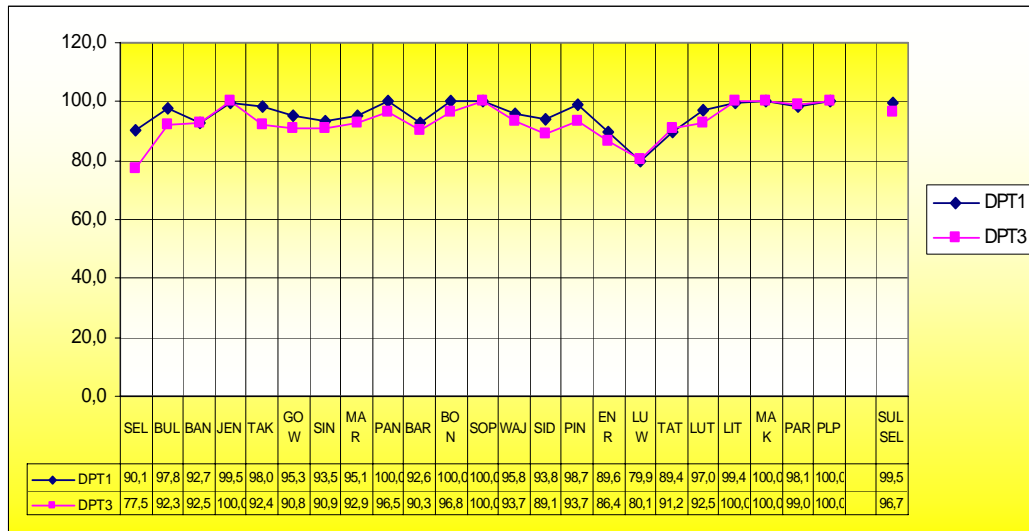


Sumber : Subdin P2PL Dinkes Prov. Sulsel Tahun 2008

Gambar IV.A.14 menunjukkan bahwa kab/ kota dengan warna **merah** berarti capaiannya berada di bawah target provinsi yaitu Kab. Bulukumba, Gowa, Maros dan Enrekang, sedangkan yang berwarna **kuning** berarti berada di atas target provinsi (90%), serta yang berwarna **hijau** berarti di atas target nasional (100%) yaitu Kota Makassar, Parepare, Palopo, dan Kab. Soppeng.

- b) Imunisasi DPT untuk mencegah penyakit difteri, pertusis dan tetanus yang diberikan pada umur 2-11 bulan. Frekuensinya diberikan sebanyak 3 kali dengan selang waktu 4 minggu disuntikkan pada paha tengah luar (*intramuskular*). Gambar IV.A.15 adalah capaian imunisasi DPT1 dan 3 di Sulsel pada tahun 2008 :

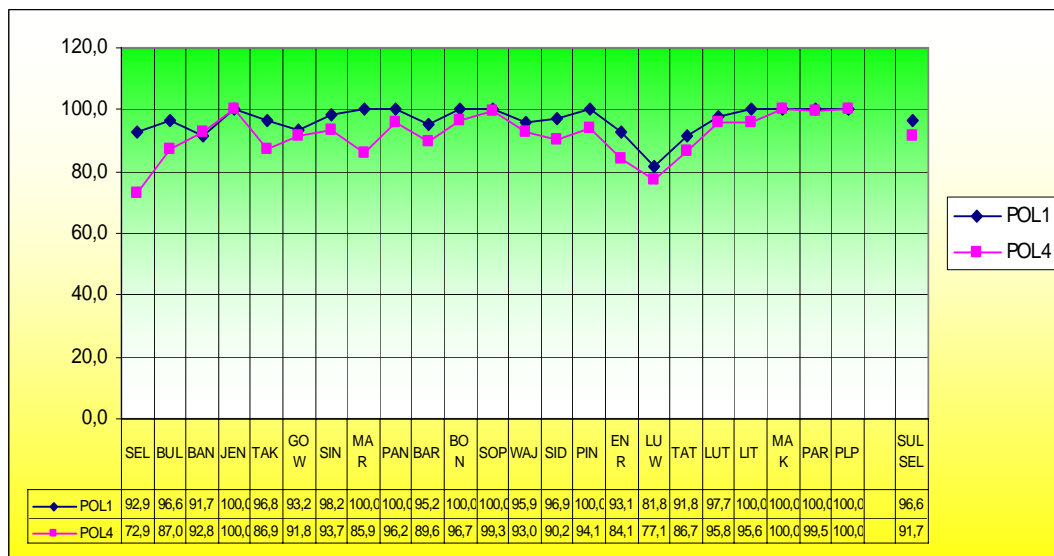
GAMBAR IV.A.15  
CAKUPAN IMUNISASI DPT1 DAN DPT3  
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2008



Sumber : Subdin P2PL Dinkes Prov. Sulsel Tahun 2008

- c) Imunisasi polio diberikan untuk mencegah penyakit poliomielitis yang diberikan pada umur 0-11 bulan sebanyak 4 kali, selang waktu 4 minggu dengan cara meneteskan ke mulut bayi. Situasi capaian imunisasi Polio 1 dan 4 di Sulawesi Selatan pada tahun 2008, seperti pada gambar IV.A.16.

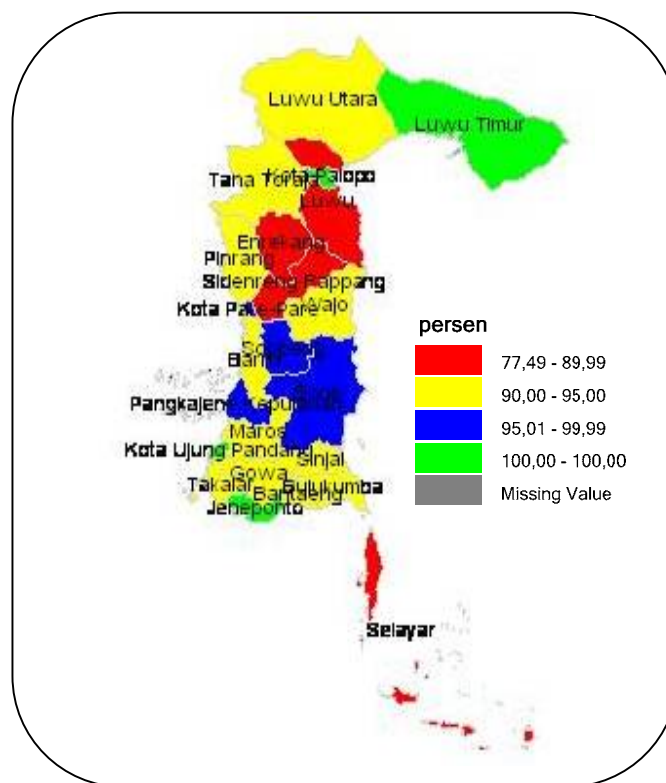
GAMBAR IV.A.16  
CAKUPAN IMUNISASI POLIO 1 DAN POLIO 4  
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2008



Sumber : Subdin P2PL Dinkes Prov. Sulsel Tahun 2008

- d) Imunisasi HB diberikan untuk mencegah penyakit hepatitis B yang diberikan hanya satu kali pada umur 0-7 bulan dengan cara menyuntikkan pada paha tengah luar (*intramuskular*). Capaian imunisasi HB3 di Sulsel pada tahun 2008 dapat dilihat pada gambar IV.A.17, yaitu terdapat 4 kabupaten yang tidak memenuhi standar provinsi (90%) yaitu Kab. Selayar, Sidrap, Enrekang dan Luwu, tetapi terdapat 4 kab/kota juga yang memenuhi standar nasional (100%) yaitu Kab. Jeneponto, Luwu Timur, Kota Makassar dan Palopo.

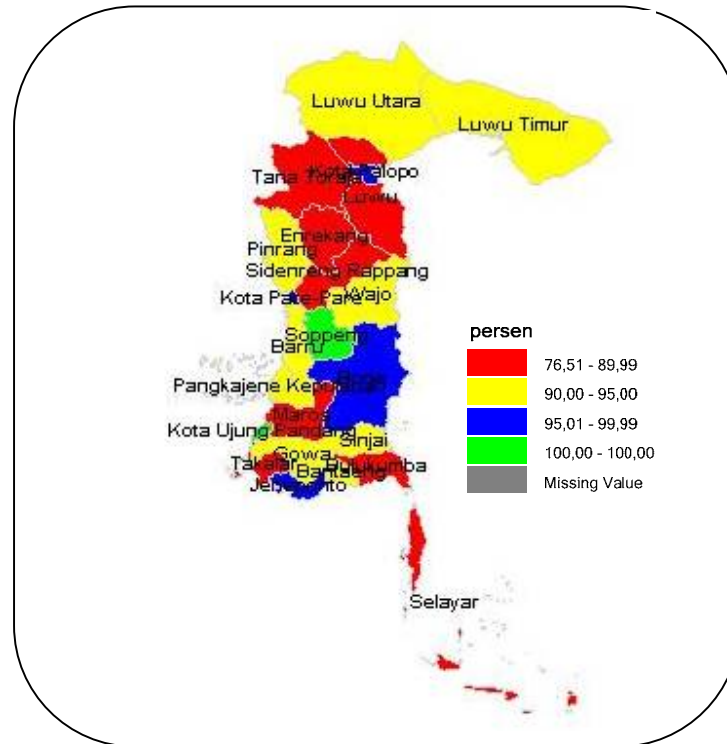
GAMBAR IV.A.17  
PETA CAKUPAN IMUNISASI HB3  
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2008



Sumber : Subdin P2PL Dinkes Prov. Sulsel Tahun 2008

- e) 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 Sulsel pada tahun 2008 telah memenuhi target provinsi yaitu 94,16% (melebihi 4,16% dari target provinsi). Namun masih terdapat 8 kab/kota yang belum memenuhi target provinsi (dibawah 90%), antara lain Kab. Selayar, Bulukumba, Takalar, Maros, Sidrap, Enrekang, Luwu dan Tator. Tetapi dua kab/ kota yang telah memenuhi target nasional (100%) yaitu Kota Makassar dan Kab. Soppeng, dapat dilihat pada gambar IV.A.18.

GAMBAR IV.A.17  
PETA CAKUPAN IMUNISASI CAMPAK  
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2008



Sumber : Subdin P2PL Dinkes Prov. Sulsel Tahun 2008

## 9) Pelayanan Kesehatan Pra Usia Lanjut dan Usia Lanjut

Secara nasional, cakupan pelayanan kesehatan pra usila dan usila pada tahun 2003 sebesar 25,34%. Sedangkan untuk Sulawesi Selatan cakupan pelayanan kesehatan pra usila dan usila pada tahun yang sama tercatat baru 4,48%, dan untuk tahun 2004 meningkat menjadi 23,81%, sementara untuk tahun 2005 meningkat lagi menjadi 29,78%, tahun 2006 meningkat menjadi 37,03%, tahun 2007 meningkat menjadi 45,75%. Dan pada tahun 2008 menurun menjadi 21,63 %, Persentase cakupan pelayanan kesehatan pra usila dan usila menurut kab./kota tahun 2008 disajikan pada lampiran Tabel 38.

## B. PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN DAN PENUNJANG

Salah satu program Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2004-2009 adalah upaya kesehatan perorangan yang bertujuan meningkatkan akses keterjangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan yang aman melalui sarana pelayanan kesehatan perorangan (Puskesmas, fasilitas kesehatan, RSUD, dll)

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.

### **1. Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit**

Berdasarkan profil kesehatan kabupaten/kota di Sulsel pada tahun 2007, persentase pemanfaatan tempat tidur rumah sakit umum (BOR) sebesar 55,16% (Nasional 55,2%). Pada tahun yang sama, rata-rata lama hari perawatan (LOS) menurut kab./kota adalah 4 hari (Nasional 4 hari). Adapun persentase pasien yang keluar mati < 48 jam (GDR) menurut kab./kota sebesar 26,03% (Nasional 3,5%). Sedangkan pasien yang keluar mati >48 jam (NDR) tercatat 10,41% (Nasional 1,8%).

Dari data Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2008 persentase pemanfaatan tempat tidur rumah sakit umum (BOR) sebesar 62 %, rata-rata lama hari perawatan (LOS) sebesar 4 hari , persentase pasien yang keluar mati < 48 jam (GDR) sebanyak 8 % , persentase rata-rata hari atau tempat tidur tidak di tempati dari saat tersisi ke saat terisi berikutnya (TOI) sebesar 3 % , sedangkan pasien yang keluar mati > 48 jam sebesar 11 %. Data terinci pada lampiran Tabel 64.

### **2. Pelayanan Ibu Hamil dan Neonatus Risiko Tinggi**

Hasil pengumpulan data/indikator kinerja SPM bidang kesehatan melalui Profil Kesehatan Kab./Kota Tahun 2008 menunjukkan bahwa persentase ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk dan mendapat pelayanan kesehatan lebih lanjut sebesar 71.36% (target SPM 80%). Pada tahun yang sama, persentase neonatus risiko tinggi yang dirujuk dan mendapat pelayanan kesehatan lebih lanjut sebesar 77% (target SPM 80%). Jumlah dan persentase ibu hamil dan neonatus risiko tinggi/komplikasi dirujuk dan ditangani menurut kab./kota pada tahun 2008 dapat dilihat pada lampiran Tabel 27.

Persentase ibu hamil dan neonatus risiko tinggi/komplikasi dirujuk yang memiliki akses terhadap ketersediaan darah dilaporkan untuk tahun 2008 rumah sakit sebesar 73,16% (nasional 19,87%) dan puskesmas 74,17%. Data terinci pada lampiran Tabel 26.

### **3. Pelayanan Kesehatan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPK-MM) ASKESKIN**

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.

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 profil kesehatan tahun 2008 menunjukkan bahwa jumlah KK miskin sebanyak 1.437.918 KK yang di cakup JPKM sebanyak 49,16 %, dan mendapat pelayanan kesehatan sebanyak 64,72% sedangkan jumlah bayi miskin sebanyak 19.327 jiwa dan yang mendapat MP-ASI sebanyak 65,22%. Data rinci disajikan pada lampiran Tabel 36-37.

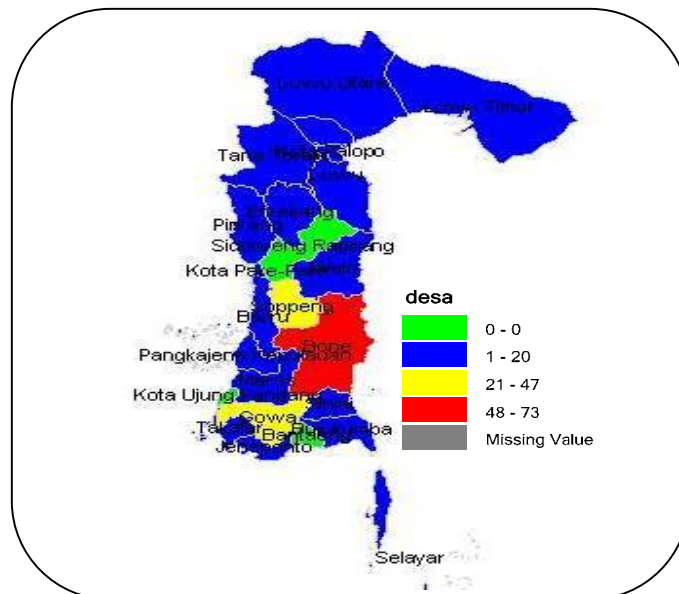
### C. PEMBERANTASAN PENYAKIT MENULAR

Upaya pemberantasan penyakit menular lebih ditekankan pada pelaksanaan surveilens epidemiologi dengan upaya penemuan penderita secara dini yang ditindaklanjuti dengan penanganan secara cepat melalui pengobatan penderita. 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:

#### 1. Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa

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.

GAMBAR IV.C.1  
PETA DESA YANG TERKENA KLB  
DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2008



Sumber : Subdin P2PL Dinkes Prov. Sulsel Tahun 2008

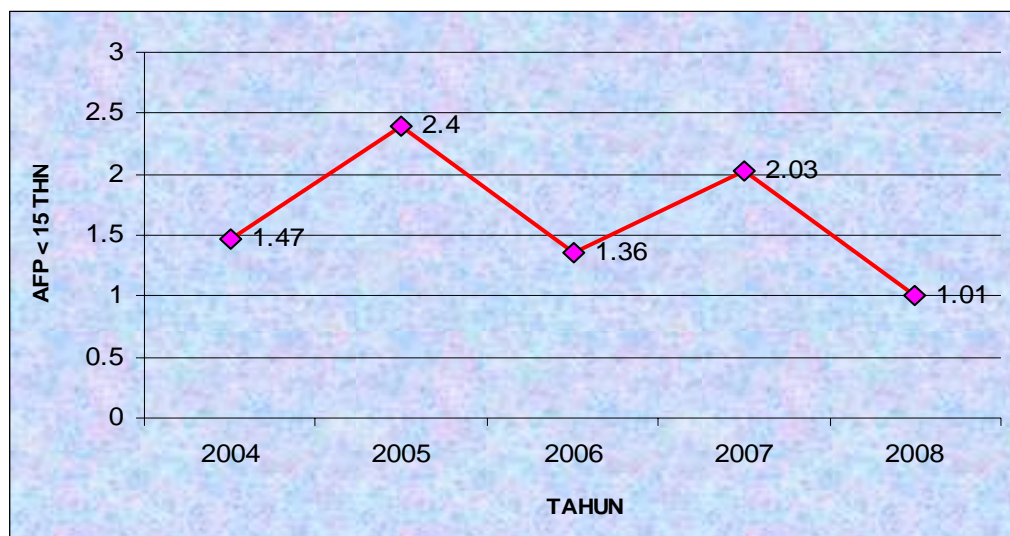
Hasil pengumpulan data/indikator kinerja SPM bidang kesehatan menunjukkan bahwa pada tahun 2007 jumlah desa/kelurahan yang mengalami KLB di laporkan sebanyak 276 desa/ kelurahan, dan dari jumlah tersebut, sebanyak 262 desa/kelurahan (94,93%) yang ditangani < 24 jam sedangkan untuk tahun 2008 mengalami penurunan kasus KLB yaitu jumlah desa/kelurahan yang terkena KLB sebanyak 290 desa/kelurahan, yang ditangani <24 jam sebanyak 269 desa/kelurahan (92,76%). Data terinci pada lampiran Tabel 30.

## 2. Pemberantasan Penyakit Polio

Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit Polio telah dilakukan melalui gerakan imunisasi polio. Upaya ini juga ditindaklanjuti dengan kegiatan surveilens 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 surveilens, akan dilakukan pemeriksaan spesimen tinja untuk mengetahui ada tidaknya virus polio liar yang menyerang masyarakat. Gambaran AFP rate di Sulsel selama tahun 2004-2008 seperti pada gambar IV.C.2.

GAMBAR IV.C.2  
SITUASI AFP RATE DI SULSEL SELAMA TAHUN 2004-2008



Sumber : Subdin P2&PL Dinkes Prov. Sulsel Tahun & Profil Kes. Kab./ kota 2004-2008

Penemuan kasus AFP selama tahun 2005 berdasarkan hasil pelacakan ditemukan kasus sebanyak 67 penderita dari 21 kab./kota dengan AFP rate sebesar 2,4 per 100.000 anak umur < 15 tahun. Jika dibandingkan tahun 2004 pada periode yang sama, jumlah penderita yang ditemukan mengalami peningkatan sebesar 183%. Sementara penemuan

kasus AFP tahun 2006 ditemukan kasus sebanyak 31 penderita dengan AFP rate sebesar 1,36 per 100.000 penduduk. Tahun 2007 ditemukan kasus sebanyak 48 penderita dengan AFP rate sebesar 2,03 dan pada tahun 2008 mengalami penurunan yaitu 26 penderita dengan AFP rate sebesar 1.01%.

### **3. Pemberantasan TB Paru**

Upaya pencegahan dan pemberantasan TB-Paru dilakukan dengan pendekatan Directly Observe Treatment Shortcourse (DOTS) atau pengobatan TB-Paru dengan pengawasan langsung oleh Pengawas Menelan Obat (PMO). Kegiatan ini meliputi upaya penemuan penderita dengan pemeriksaan dahak di sarana pelayanan kesehatan yang ditindaklanjuti dengan paket pengobatan. Dari upaya penemuan kasus TB BTA + maka diperoleh angka Case Detection Rate (CDR) selama tahun 2004 di Sulsel (termasuk 4 kabupaten di Sulawesi Barat) sebesar 92%.

Dalam penanganan program, semua penderita TB yang ditemukan ditindaklanjuti dengan paket-paket pengobatan intensif. Melalui paket pengobatan yang diminum secara teratur dan lengkap, diharapkan penderita akan dapat disembuhkan dari penyakit TB yang dideritanya. Namun demikian dalam proses selanjutnya tidak tertutup kemungkinan terjadinya kegagalan pengobatan akibat dari paket pengobatan yang tidak terselesaikan atau drop out (DO), terjadinya resistensi obat atau kegagalan dalam penegakan diagnosa diakhir pengobatan. Adapun angka tingkat kesembuhan dari penderita TB BTA+ tahun 2006 tercatat sebesar 92,89%, menurun pada tahun 2007 menjadi 51,10% tetapi mengalami peningkatan lagi pada tahun 2008 sebesar 89%.

### **4. Pemberantasan Penyakit ISPA**

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).

Menurut laporan Subdin P2&PL Dinkes Prov. Sulawesi Selatan tahun 2005, tercatat bahwa jumlah kasus ISPA mencapai 279.313 penderita (79,71%) dengan rincian: yang bukan pneumonia sebanyak 262.117 penderita, pneumonia sebanyak 16.045 penderita dan pneumonia berat sebanyak 1.151 penderita. Sementara untuk tahun 2006, tercatat bahwa penderita pneumonia balita yang ditemukan sebanyak 13.403 orang dengan kematian sebanyak 10 orang, dengan distribusi kasus menurut kelompok umur tertinggi pada kelompok umur 1-4 tahun baik yang bukan pneumonia maupun pneumonia namun tanpa kematian pada kelompok umur tersebut.

Berdasarkan profil kesehatan kabupaten/kota di Sulawesi Selatan tahun 2007 dilaporkan jumlah penderita pneumonia balita sebesar 13.839 penderita. Namun yang ditangani hanya 99,86%. Sedangkan untuk tahun 2008 penderita pneumonia sebanyak 32.285 penderita, pneumonia balita sebesar 7.110 penderita dan tertangani 100 %.

## **5. Penanggulangan Penyakit HIV/AIDS dan PMS**

Upaya pelayanan dalam rangka pemberantasan penyakit HIV/AIDS di samping 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.

Menurut hasil pengumpulan data bidang kesehatan melalui Profil Kesehatan Kab./Kota se Sulsel selama tahun 2007, jumlah kasus HIV/AIDS tercatat sebesar 1.065 kasus. Kasus tersebut ditemukan terbanyak di Kota Makassar sebanyak 997 kasus. Sementara data yang dihimpun dari laporan Subdin P2&PL tahun 2006 tercatat bahwa penderita HIV (+) sebanyak 400 dan penderita AIDS sebanyak 212 orang.

Berdasarkan profil kesehatan kabupaten/kota di Sulawesi Selatan untuk tahun 2008, jumlah kasus HIV/AIDS sebanyak 58 kasus, ditangani sebesar 33 kasus yaitu 56,90%. Kasus tersebut tertinggi di Kab Wajo sebanyak 29 Kasus dan terendah di tiga Kab./Kota yaitu di Kab. Luwu Timur, Luwu Utara dan Takalar masing-masing sebanyak 2 kasus. Jumlah kasus HIV/AIDS dan IMS pada tahun 2008 menurut kab./kota di Sulsel dapat dilihat pada Lampiran Tabel 10.

## **6. Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)**

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 berperanserta dalam pemberantasan sarang nyamuk (gerakan 3M), juru pemantauan jentik (Jumantik) untuk memantau angka bebas jentik (ABJ), serta pengenalan gejala DBD dan penanganannya di rumah tangga.

Demam berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu penyakit menular yang sampai saat ini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia, sering muncul sebagai KLB dan menimbulkan kepanikan di masyarakat karena menyebar dengan cepat dan dapat menyebabkan kematian. Penyebab DBD adalah virus dengue yang ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* dan *aedes albopictus* yang hidup digenangan 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.

Hasil pengumpulan data/indikator kinerja SPM bidang kesehatan menunjukkan bahwa pada tahun 2007 jumlah kasus yang ditemukan sebanyak 5.438 kasus dan penderita yang ditangani (mendapat pengobatan/perawatan) sebesar 86,47%. dan untuk tahun 2008 jumlah kasus DBD sebesar 4.750 dan ditangani sebesar 100 %. Jumlah kasus DBD menurut kab./kota se Sulawesi Selatan tahun 2008 dapat dilihat pada lampiran Tabel 10. Angka kesakitan yang dilaporkan oleh Dinas Kesehatan Kab./Kota sebesar 60.32 per 100.000 penduduk.

## **7. Pemberantasan Penyakit Malaria**

Malaria sebagai salah satu penyakit menular yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat, berdampak kepada penurunan kualitas sumber daya manusia yang dapat menimbulkan berbagai masalah sosial, ekonomi, bahkan berpengaruh keamanan dan pertahanan nasional. Penegakan diagnosa penderita secara cepat dan pengobatanyang tepat merupakan salah satu upaya penting dalam rangka pemberantasan penyakit Malaria di samping pengendalian vektor potensial.

Hasil pengumpulan data/indikator kinerja SPM bidang kesehatan dari kab./kota se Sulsel menunjukkan bahwa pada tahun 2007, jumlah penderita dilaporkan sebanyak 13.511 penderita klinis dan 3.393 yang positif malaria, dan yang mendapat pengobatan sebesar 70,83% dan untuk tahun 2008 penderita malaria klinis sebesar 8.506 penderita, positif malaria 1.114 dan penderita diobati sebesar 6.403 (75,28%). Angka kesakitan yang dilaporkan dari Dinas Kesehatan Kab./Kota sebesar 1,22 per 1000 penduduk. Jumlah dan persentase penderita malaria yang diobati menurut kab./kota se Sulsel pada tahun 2008 dapat dilihat pada lampiran Tabel 11.

## **8. Pemberantasan Penyakit Kusta**

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. Hasil pengumpulan data bidang kesehatan menurut kab./kota se Sulsel di laporkan bahwa jumlah penderita kusta pada tahun 2007 sebanyak 1.499 orang dengan persentase bebas dari pengobatan (RFT) sebesar 7,84%, dengan PR kusta per 10.000 penduduk tercatat sebesar 1,95 dan untuk tahun 2008 jumlah penderita kusta (PB) sebanyak 839 penderita, RFT PB sebanyak 486 yaitu 57,93 % dan penderita kusta (MB) sebanyak 987 penderita, RFT MB sebesar 458 penderita yaitu 46.40%, dengan PR kusta per 10.000 penduduk sebesar 35,17 %. Jumlah dan persentase penderita Kusta RFT menurut kab./kota se Sulsel tahun 2008 dapat dilihat pada lampiran Tabel 12.

## **9. Pemberantasan Penyakit Filariasis**

Penyakit Filariasis adalah penyakit menular (Penyakit Kaki Gajah) yang disebabkan oleh cacing *Filaria* yang ditularkan oleh berbagai jenis nyamuk. Penyakit ini 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 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*” yang merupakan realisasi dari resolusi WHA (*World Health Assembly*) pada tahun 1997.

Program Eliminasi ini dilaksanakan melalui pilar kegiatan yaitu:

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

Berdasarkan hasil pengumpulan data profil kesehatan tahun 2007 jumlah penderita kronis yang ditemukan sebanyak 93 orang dan masing-masing 1 penderita di Kab. Barru, 11 penderita di Kab. Bone, 8 penderita di Kab. Sidrap, 69 penderita di Kab. Luwu Timur, dan 4 penderita di Kab. Enrekang. Sedangkan untuk tahun 2008 mengalami peningkatan kasus yaitu sebanyak 101 penderita tertinggi di kab. Luwu Timur 68 penderita, dan terendah di kab Bone dan Kab Wajo masing-masing 1 penderita, dan penderita filariasis ditangani 100 %.

#### **D. PEMBINAAN KESEHATAN LINGKUNGAN DAN SANITASI DASAR**

Untuk memperkecil risiko terjadinya penyakit atau gangguan kesehatan sebagai akibat dari lingkungan yang kurang sehat, dilakukan berbagai upaya peningkatan kualitas lingkungan, antara lain dengan pembinaan kesehatan lingkungan pada institusi, surveilens vektor dan pengawasan Tempat-Tempat Umum (TTU).

##### **1. Pembinaan Kesehatan Lingkungan**

Upaya pembinaan kesehatan lingkungan dilakukan terhadap institusi dalam menjaga kualitas lingkungannya yang dilakukan secara berkala. Upaya yang dilakukan mencakup pemantauan dan pemberian rekomendasi terhadap aspek penyediaan fasilitas sanitasi dasar (air bersih dan jamban), pengelolaan sampah, sirkulasi udara, pencahayaan dll. Hasil pengumpulan data bidang kesehatan menurut kab./kota di Sulsel selama tahun 2008 menunjukkan bahwa dari 32.212 institusi yang tercatat, 71% institusi yang dibina. Persentase institusi yang dibina kesehatan lingkungannya menurut kab./kota di Sulsel tahun 2008 dapat dilihat pada lampiran Tabel 52.

##### **2. Surveilens Vektor**

Survei vektor dilakukan melalui kegiatan pemantauan jentik oleh petugas kesehatan maupun kader pemantau jentik (jumantik/kamantik). Pengembangan sistem surveilans vektor secara berkala perlu terus dilakukan terutama dalam kaitannya dengan perubahan iklim dan pola penyebaran kasus.

Secara nasional, pada tahun 2003, telah dilakukan survei vektor pada 8 kab./kota yaitu Kab. Deli Serdang, Musi Banyuasin, Minahasa, Maros, Kota Padang, Balikpapan, Kupang dan Jayapura. Hasil survei menunjukkan bahwa *container index positif* (jentik) untuk rumah yang tertata sebesar 15,8%, sedangkan untuk rumah yang tidak tertata *container index*-nya sebesar 23,06%, serta *container index* di tempat-tempat umum sebesar 24%.

Hasil pengumpulan data bidang kesehatan menurut kab./kota di Sulsel tahun 2008 menunjukkan bahwa dari 1.328.936 rumah yang diperiksa terdapat sebanyak 268.054

rumah (20,17%) yang bebas jentik sebanyak 68.90% (nasional 68,16%). Persentase rumah/bangunan bebas jentik menurut kab./kota se Sulsel tahun 2008 dapat dilihat pada lampiran Tabel 52.

### **3. Pengawasan tempat-tempat umum dan tempat Pengelolaan Makanan (TUPM)**

Menurut hasil pengumpulan data yang diperoleh melalui Profil Kesehatan Kab./Kota se Sulsel selama tahun 2008, tercatat bahwa dari 16.460 TUPM/TTU yang diperiksa terdapat 10.096 TUPM/TTU yang memenuhi syarat (60,87%). Kab./kota dengan persentase tertinggi TUPM sehat adalah di Kota Parepare (85.83%) dan TUPM sehat terendah terdapat di Kab. Selayar (45,66%), dan Jumlah dan persentase TUPM sehat menurut kab./kota se Sulsel tahun 2008 dapat dilihat pada lampiran Tabel 50.

## **E. 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.

### **1. Pemantauan Pertumbuhan Balita**

Upaya pemantauan terhadap pertumbuhan balita dilakukan melalui kegiatan penimbangan di Posyandu secara rutin setiap bulan. Menurut hasil pengumpulan data/indikator kinerja SPM bidang kesehatan kab./kota di Sulsel tahun 2008 tercatat jumlah balita yang ditimbang sebanyak 372.649 jiwa. Hasil penimbangan menunjukkan bahwa 74,40% balita dengan berat badan yang naik. Adapun kab./kota dengan persentase tertinggi adalah di Kab. Sinjai (89,72%) dan yang terendah di Kab. Luwu Utara (58,65%).

Sementara itu, persentase balita dengan berat badan di bawah garis merah (BGM) sebesar 3.38% pada tahun 2008 bila dibandingkan dengan persentase tahun 2007 sebesar 5,32% maka terjadi penurunan persentase balita BGM. Adapun kab./kota dengan persentase tertinggi BGM adalah di Kab. Pangkep (7,42%) dan yang terendah BGM-nya adalah di Kab. Luwu (1,13%). Rincian hasil penimbangan Balita menurut kab./kota di Sulsel tahun 2008 dapat dilihat pada lampiran Tabel 16.

### **2. 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 akan mengakibatkan terjadinya gangguan pada mata, bila anak tidak segera mendapat vitamin A akan mengakibatkan kebutaan.

Cakupan pemberian kapsul vitamin A pada balita tahun 2008 dilaporkan sebesar 76.88% dan 2 kab./kota yang memiliki persentase cakupan tertinggi sedangkan yang terendah adalah di Kota Parepare (11,44%). Data terinci dapat dilihat pada lampiran Tabel 24. Sementara data KVA menurut Helen Kehler International 1998 tercatat sebesar 17,1%.

GAMBAR IV.E.1  
 PERSENTASE CAKUPAN BALITA YANG MENDAPAT VITAMIN A 2X  
 DI SULSEL SELAMA TAHUN 2004 – 2008



Sumber : Profil Kesehatan Prov. Sulsel Tahun 2004-2008

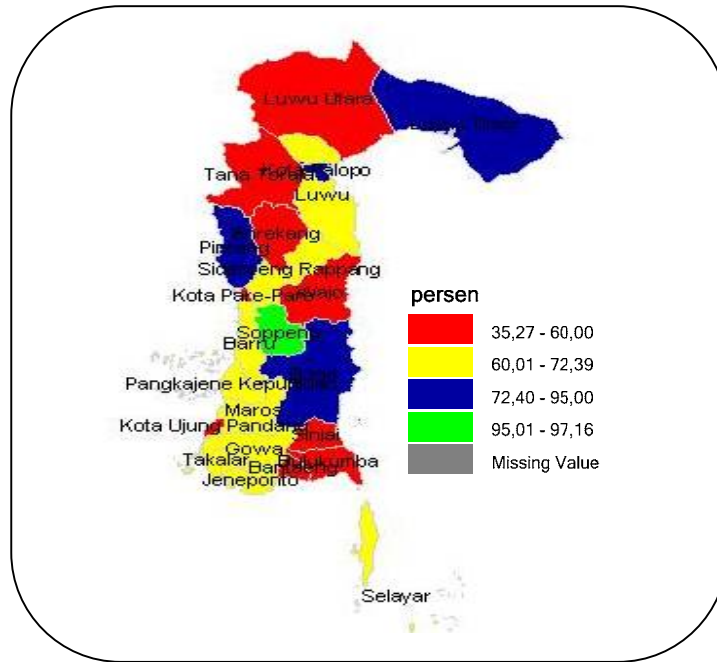
### 3. Pemberian Tablet Besi

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 didunia dan menjangkiti lebih dari 600 juta manusia. Dengan frekuensi yang masih cukup tinggi berkisar antara 10 % dan 20 %.

Pemberian tablet besi (Fe) dimaksudkan untuk mengatasi kasus Anemia serta meminimalisasi dampak buruk akibat kekurangan Fe khususnya yang dialami ibu hamil. Pemberian tablet Fe yang ketiga kalinya pada ibu hamil di Sulawesi Selatan pada tahun 2008 masih belum memadai karena masih di bawah 60%. Pencapaian pemberian tablet Fe<sub>3</sub> tersebut berdasarkan kabupaten/ kota jika dilihat pada gambar IV.E.2, maka yang memadai hanya Kab. Soppeng saja yaitu cakupannya di atas 95% (**hijau**), sedangkan yang tidak memadai yaitu Bulukumba, Bantaeng, Sinjai, Makassar, Parepare, Wajo, Enrekang, Tator, dan Luwu Utara (**merah**). Cakupan yang kurang memadai (**kuning**) yaitu Selayar, Jeneponto, Takalar, Gowa,

Maros, Pangkep, Barru, Sidrap dan Luwu. Sedangkan yang hampir memadai (**biru**) yaitu Bone, Pinrang, Palopo dan Luwu Timur.

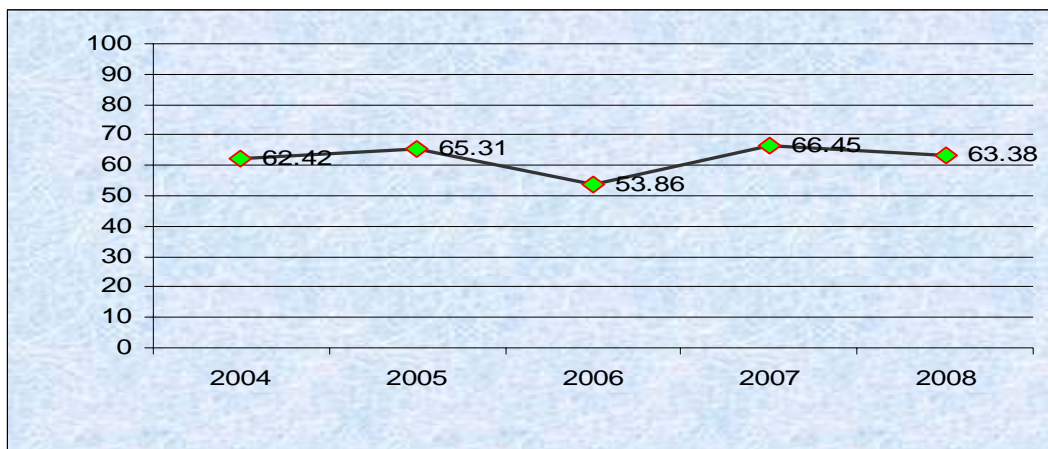
GAMBAR IV.E.2  
PETA CAKUPAN PEMBERIAN F3 PADA IBU HAMIL  
DI SULSEL SELAMA TAHUN 2004 – 2008



Sumber : Subdin Kesga Dinkes Prov. Sulsel Tahun 2008

Perkembangan cakupan pemberian tablet besi pada ibu hamil selama tahun 2004-2008 di Sulsel dapat dilihat pada gambar IV.E.3. Data terinci dapat dilihat juga pada lampiran Tabel 25.

GAMBAR IV.E.3  
PERSENTASE CAKUPAN PEMBERIAN TABLET BESI PADA IBU HAMIL  
DI SULSEL SELAMA TAHUN 2004 – 2008



Sumber : Profil Kesehatan Prov. Sulsel Tahun 2004-2008

#### **4. Pemberian Kapsul Minyak ber-Yodium**

Garam beryodium adalah garam yang telah diperkaya dengan KIO<sub>3</sub> (kalium iodat) sebanyak 30-80 ppm. Kekurangan zat yodium di sebut juga GAKY (Gangguan Akibat Kekurangan Yodium) merupakan masalah gizi yang serius, karena dapat menyebabkan penyakit gondok dan kretin. Kekurangan unsur yodium dalam makanan sehari-hari, dapat pula menurunkan tingkat kecerdasan seseorang. Indonesia saat ini diperkirakan kehilangan 140 juta I.Q point akibat GAKY.

Pelaksanaan program pemberian kapsul minyak ber-yodium yang dilaporkan oleh kab./kota se Sulsel pada tahun 2004 belum seluruhnya dapat dicakup. Berdasarkan data/indikator kinerja SPM bidang kesehatan yang terkumpul selama tahun 2004 tercatat bahwa cakupan pemberian kapsul beryodium ini cenderung menurun dari 45,40% (th.2003) menjadi 6,7% (th.2004), sedangkan untuk tahun 2005 meningkat menjadi 25,74% dan tahun 2006 menurun menjadi 14,85% dan meningkat menjadi 16,02% pada tahun 2007 tetapi menurun lagi tahun 2008 sebesar 13,94%. Data terinci pada lampiran Tabel 40.

#### **F. PELAYANAN KEFARMASIAN DAN ALAT KESEHATAN**

Upaya pelayanan kefarmasian dan alat kesehatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari upaya pelayanan kesehatan secara paripurna. Upaya tersebut dimaksudkan untuk (1) menjamin ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan obat generik dan obat esensial yang bermutu bagi masyarakat, (2) mempromosikan penggunaan obat yang rasional dan obat yang generik, (3) meningkatkan kualitas pelayanan kefarmasian di farmasi komunitas dan farmasi klinik serta pelayanan kesehatan dasar, serta (4) melindungi masyarakat dari penggunaan alat kesehatan yang tidak memenuhi persyaratan, mutu dan keamanan.

##### **1. Peningkatan Penggunaan Obat Rasional**

Upaya peningkatan penggunaan obat rasional, diarahkan kepada peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan pembinaan penggunaan obat yang rasional melalui pelaksanaan advokasi secara lebih intensif agar terwujud dukungan masyarakat yang kondusif serta terbangunnya kemitraan dengan unit pelayanan kesehatan formal. Secara nasional, sampai dengan akhir tahun 2003, penggunaan obat rasional baru mencapai 60%. Angka tersebut belum menunjukkan target yang hendak dicapai yang idealnya penggunaan obat yang rasional mencapai 100%. Berkaitan dengan hal tersebut perlu terus diupayakan peningkatan obat esensial nasional di setiap fasilitas kesehatan masyarakat dan melindungi masyarakat dari risiko pengobatan irasional. Adapun situasi peningkatan penggunaan obat rasional untuk Sulsel belum diperoleh data/informasi.

##### **2. Penerapan Penggunaan Obat Esensial Generik**

Kegiatan ini dimaksudkan agar terjaminnya ketersediaan, keterjangkauan, dan pemerataan obat dalam pelayanan kesehatan, yang pelaksanaannya mencakup pengadaan buffer stock obat generik esensial, revitalisasi pemasyarakatan konsepsi obat esensial dan

penerapan penggunaan obat esensial generik pada fasilitas pelayanan pemerintah maupun swasta. Pada tahun 2005 ketersediaan obat esensial di Sulsel telah mencapai 91,73% (nasional 90%) dan ketersediaan obat generik sebesar 99,71%. Sementara untuk tahun 2006 ketersediaan obat esensial dan obat generik mencapai 62,65%. Sedangkan ketersediaan obat generik berlogo mencapai 98,60%. Pada tahun 2007 ketersediaan obat esensial dan obat generik mencapai 56,97%, ketersediaan obat generik berlogo mencapai 112,96% dan ketersediaan obat dengan pelayanan kesehatan dasar tahun 2008 sebanyak 181,19%. Data terinci pada Lampiran Tabel 44.

## **BAB V**

### **SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN**

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.

#### **A. SARANA KESEHATAN**

Pada bagian ini diuraikan tentang sarana kesehatan di antaranya Puskesmas, Rumah Sakit, sarana produksi dan distribusi farmasi dan alat kesehatan, sarana Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), dan institusi pendidikan tenaga kesehatan.

##### **1. Puskesmas**

Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang berada di wilayah kecamatan yang melaksanakan tugas-tugas operasional pembangunan kesehatan. Pembangunan puskesmas di tiap kecamatan memiliki peran yang sangat penting dalam memelihara kesehatan masyarakat.

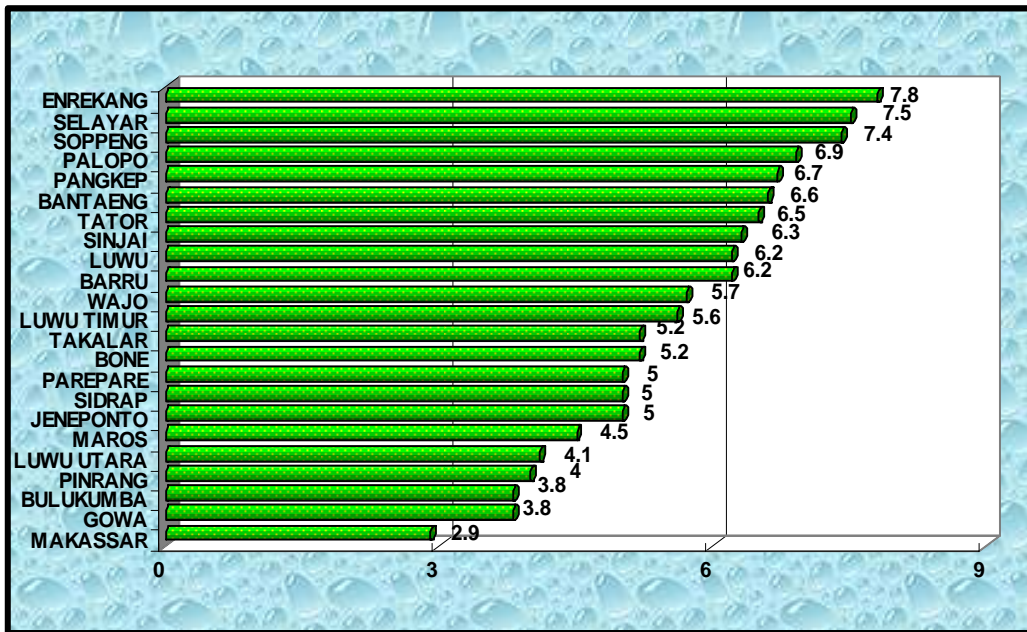
Pada tahun 2008, jumlah Puskesmas seluruh Indonesia sebanyak 8.234 unit. Jika dilihat perkembangannya dari tahun 2003-2007, jumlah Puskesmas (termasuk Puskesmas Perawatan) terus meningkat dari 7.237 unit pada tahun 2000 menjadi 7.277 unit pada tahun 2001, kemudian meningkat lagi menjadi 7.309 unit pada tahun 2002, 7.413 unit pada tahun 2003 dan meningkat menjadi 8.234 unit pada tahun 2008. Namun pada periode tahun itu, rasio Puskesmas terhadap 100.000 penduduk sedikit menurun dari 3,56 per 100.000 penduduk pada tahun 2000 dan 3,55 per 100.000 penduduk pada tahun 2001 menjadi 3,46 per 100.000 penduduk pada tahun 2003, dan menjadi 3,61 per 100.000 penduduk pada tahun 2006 dan meningkat lagi pada tahun 2007 menjadi 3,65 per 100.000 penduduk. Ini berarti bahwa pada periode tahun itu setiap 100.000 penduduk rata-rata dilayani oleh 3 – 4 unit puskesmas.

Di Sulawesi Selatan pada tahun 2006, jumlah puskesmas di Sulsel tercatat sebanyak 355 unit dengan 1.073 puskesmas pembantu. Adapun rasio puskesmas per 100.000 penduduk tetap sebesar 4,74 sedangkan rasio Pustu terhadap puskesmas yakni 3:1. Pada tahun 2007, jumlah puskesmas meningkat menjadi 380 unit, puskesmas pembantu sebanyak 1.073 unit. Rasio puskesmas per 100.000 penduduk sebesar 4,95 sedangkan rasio Pustu terhadap puskesmas pada tahun 2007 yaitu 4 : 1. Dan tahun 2008 jumlah puskesmas meningkat menjadi 395 unit dengan 1.009 puskesmas pembantu. Adapun rasio puskesmas per 100.000 penduduk sebesar 5,01 sedangkan rasio pustu terhadap puskesmas yakni 3,9. Gambaran rasio puskesmas per 100.000 penduduk menurut kabupaten/kota dan gambaran jumlah puskesmas di Sulsel selama tahun 2002 – 2008 dapat dilihat pada gambar V.A.1 dan gambar V.A.2.

Bila dibandingkan dengan konsep wilayah kerja puskesmas, dimana sasaran penduduk yang dilayani oleh sebuah puskesmas rata-rata 20.000 penduduk, maka jumlah

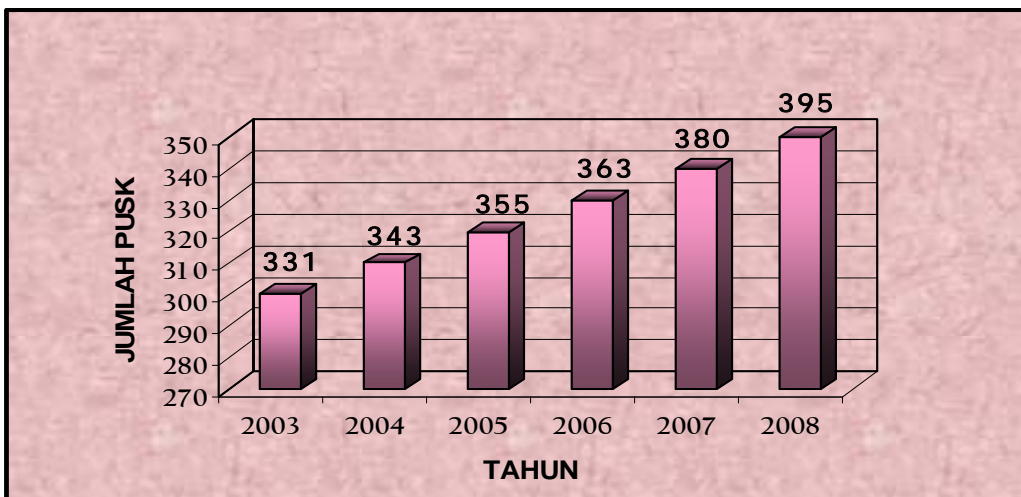
puskesmas per 20.000 penduduk pada tahun 2008 rata-rata adalah 1,5 unit. Ini berarti bahwa puskesmas diharapkan sudah dapat menjangkau penduduk sasaran di wilayah kerjanya.

GAMBAR V.A.1  
RASIO PUSKESMAS PER 100.000 PENDUDUK MENURUT KABUPATEN/KOTA DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2008



Sumber : Profil Kesehatan Kab./Kota Tahun 2008

GAMBAR V.A.2  
JUMLAH PUSKESMAS DI SULAWESI SELATAN SELAMA TAHUN 2003 - 2008



Sumber : Profil Kesehatan Kab./Kota Tahun 2008

Sejumlah 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 atau pulau-pulau yang terpencil. Hingga tahun 2007 jumlah puskesmas perawatan telah menjadi 182.

Sementara itu, di tahun 2007 jika dilihat rasio Puskesmas Pembantu per 100.000 penduduk maka Sulsel berada diatas rata-rata nasional yakni 21,82 per 100.000 penduduk (Nasional = 10,5 per 100.000 penduduk). Sedangkan untuk Puskesmas Keliling berjumlah 340 dengan rasio Puskesmas Keliling terhadap Puskesmas berada pada diatas rata-rata atau sama dengan rasio secara nasional yakni sebesar 0,8 (Nasional 0,8).

Berdasarkan pengumpulan data profil di Sulawesi Selatan tahun 2008 rasio Puskesmas Pembantu per 100.000 penduduk yaitu 12,81 per 100.000 penduduk berarti masih berada rata-rata nasional sedangkan Puskesmas keliling berjumlah 305 dengan rasio puskesmas keliling terhadap Puskesmas di bawah rata-rata nasional 0,7.

## 2. Rumah Sakit

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.

Pada tahun 2004–2008, perkembangan jumlah rumah sakit (umum dan khusus) di Sulsel cenderung relatif stabil. Data terinci pada lampiran Tabel 62. Adapun perkembangan jumlah rumah sakit (umum dan khusus) tersebut dapat dilihat pada tabel berikut :

TABEL V.A.1  
PERKEMBANGAN JUMLAH RUMAH SAKIT (UMUM & KHUSUS) MENURUT  
KEPEMILIKAN/PENGELOLA DI SULSEL SELAMA TAHUN 2003 – 2008

No	Pengelola / Kepemilikan	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1	Departemen Kesehatan	2	2	1	1	1	1
2	Pemerintah Prov/Kab/Kota	28	29	36	38	38	38
3	TNI/POLRI	6	6	6	6	7	7
4	BUMN/Departemen Lain	2	2	1	1	1	1
5	Swasta	9	9	26	39	39	39
Jumlah		47	48	72	85	86	86

Sumber: Profil Kesehatan Sulsel Tahun 2003-2008

Selain jumlah rumah sakit, untuk menggambarkan ketersediaan dan cakupan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan bagi masyarakat perlu pula disajikan data jumlah tempat tidur rumah sakit dan rasio tempat tidur rumah sakit per 100.000 penduduk. Untuk tahun 2008, jumlah tempat tidur dan rasionya terhadap 100.000 penduduk tercatat sebanyak 2.575 tempat tidur dengan rasio sebesar 32 per 100.000 penduduk atau rata-rata setiap tempat tidur rumah sakit melayani 3.058 penduduk dalam setahun.

### **3. Sarana Produksi, Distribusi Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan**

Salah satu indikator penting untuk menggambarkan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan adalah jumlah sarana produksi dan distribusi sediaan farmasi dan alat kesehatan. Jumlah sarana produksi farmasi di Sulsel selama tahun 2006 dan 2007 sudah tidak terdata lagi. Sedangkan untuk jumlah sarana distribusi sediaan farmasi dan alat kesehatan pada tahun yang sama tercatat 583 apotik dan 480 toko obat pada tahun 2006, tahun 2007 jumlah sarana distribusi sediaan farmasi dan alat kesehatan tercatat 578 apotik dan 461 toko obat dan untuk tahun 2008 tercatat 483 apotik toko obat 344.

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 Sulsel tercatat sebanyak 24. Data terinci pada lampiran Tabel 61.

### **4. Sarana Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat**

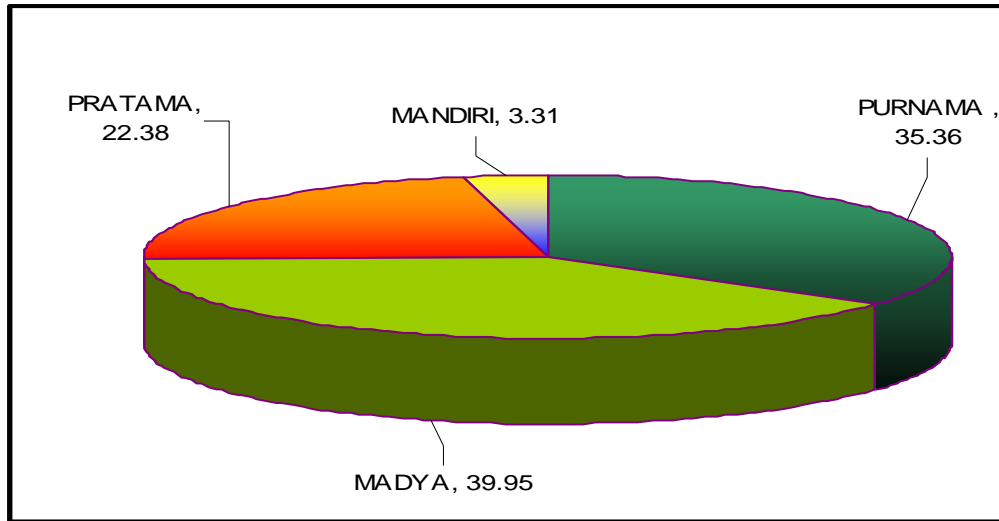
Dalam rangka meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, berbagai upaya dilakukan dengan memanfaatkan potensi dan sumberdaya yang ada di masyarakat. Upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) di antaranya adalah Posyandu, Polindes (Pondok Bersalin Desa), Toga (Tanaman Obat Keluarga), 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 kab./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 5 program prioritas, yaitu kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, perbaikan gizi, imunisasi dan penanggulangan diare. Untuk memantau perkembangannya, Posyandu dikelompokkan ke dalam 4 strata, yaitu Posyandu Pratama, Posyandu Madya, Posyandu Purnama dan Posyandu Mandiri.

Pada tahun 2004, jumlah Posyandu di Sulawesi Selatan tercatat sebanyak 7.636 buah dan tiga per empatnya (76,28%) adalah Posyandu Pratama dan Posyandu Madya, selebihnya (23,72%) adalah Posyandu Purnama dan Mandiri. Sedangkan untuk tahun 2005, jumlah posyandu tercatat sebanyak 7.980 buah dan 76,19% berstatus Posyandu Pratama dan Madya, sisanya merupakan Posyandu Purnama dan Mandiri (23,81%). Sementara untuk tahun 2006, jumlah posyandu tercatat 7.029 dan yang berstatus Purnama dan Mandiri hanya sebesar 26,26%, pada tahun 2007 jumlah Posyandu sebanyak 8.529 buah dan 70,61 % yang berstatus Pratama dan Madya dan 29,38% berstatus Purnama dan Mandiri dan pada tahun 2008 jumlah posyandu tercatat 9.391 buah dan yang berstatus Purnama dan mandiri (28,47%) dan yang berstatus pratama dan madya sebanyak 71,53%.

Gambaran proporsi posyandu pada tahun 2008 menurut strata atau tingkat perkembangannya dapat dilihat pada gambar V.A.3, dan data terinci dapat dilihat pada lampiran Tabel 46.

**GAMBAR V.A.3**  
**PROPORSI POSYANDU MENURUT STRATA**  
**DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2008**



*Sumber: Profil Kesehatan Kab./Kota Tahun 2008*

#### 5. Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)

Poskesdes adalah Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka mendekatkan/menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa. UKBM yang sudah dikenal luas oleh masyarakat yaitu Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Warung Obat Desa, Pondok Persalinan Desa (Polindes), Kelompok Pemakai Air, Arisan Jamban Keluarga dan lain-lain.

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 factor resikonya termasuk status gizi serta kesehatan ibu hamil yang beresiko.
2. Penanggulangan penyakit, terutama penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan KLB serta factor 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. Berdasarkan hasil pengumpulan data tahun 2008, jumlah poskesdes di Sulawesi Selatan sebanyak 881.

#### 6. Desa Siaga

Desa Siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdarutan kesehatan secara mandiri. Sebuah Desa dikatakan menjadi

desa siaga apabila desa tersebut telah memiliki sekurang-kurangnya sebuah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes).

Jumlah desa siaga secara nasional pada tahun 2006 sebanyak 12.300, sedangkan target Departemen Kesehatan tahun 2006 desa siaga 12.000 desa, hal ini berarti target Depkes untuk desa siaga sudah tercapai. Sedangkan dari hasil pengumpulan data profil kesehatan di Sulawesi Selatan tahun 2008 tercatat jumlah desa siaga yaitu 2.185 desa.

## **B. TENAGA KESEHATAN**

Dalam pembangunan kesehatan 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.

Saat ini, jumlah tenaga kesehatan di Sulsel yang tercatat melalui Profil Kesehatan Kab./Kota pada tahun 2008 sebanyak 17.258 orang (pegawai kesehatan) dengan proporsi tenaga kesehatan yang terbesar adalah perawat dan bidan yaitu 66,52% (11.480 orang), kemudian medis sebesar 11,05% (1.907 orang). Sedangkan jumlah tenaga khusus dalam lingkup Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan hingga akhir 2008 berjumlah 956 orang.

Dalam upaya memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan di Sulsel, hingga saat ini telah terdistribusi sejumlah tenaga pada berbagai institusi kesehatan. Tenaga kesehatan yang terdistribusi tersebut terserap paling banyak pada Puskesmas (termasuk Pustu dan Polindes) 47,93% kemudian RS 39,57%, lalu sarana kesehatan lainnya sebesar 7,74%. Rincian distribusi tenaga kesehatan dapat dilihat pada lampiran Tabel 54.

Sementara itu, untuk melihat kecukupan tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan di antaranya digunakan indikator rasio tenaga perawat Puskesmas per puskesmas dan rasio tempat tidur di rumah sakit terhadap perawat yang bertugas di rumah sakit. Pada tahun 2008, rasio tenaga perawat puskesmas per puskesmas adalah 10. Ini berarti bahwa setiap puskesmas rata-rata mempunyai 10 orang perawat, sedangkan rasio tempat tidur di rumah sakit umum terhadap perawat yang bertugas di rumah sakit adalah 1,00 jadi rata-rata setiap perawat di rumah sakit melayani 1 tempat tidur.

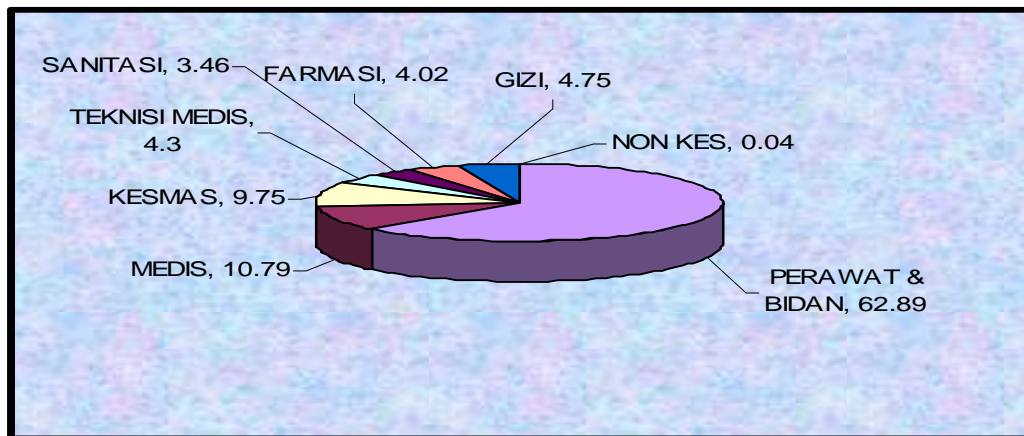
### **a. Tenaga Medis**

Yang tergolong ke dalam tenaga medis adalah dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi dan dokter keluarga. Hingga tahun 2008 di Sulsel tercatat jumlah tenaga medis sebanyak 1.907 orang dengan rasio 15 per 100.000 penduduk.

Sedangkan rasio masing-masing tenaga medis per 100.000 penduduk berdasarkan data yang diterima melalui 23 Profil Kesehatan Kab./Kota tahun 2008 diperoleh bahwa rasio dokter spesialis sebesar 9,10 per 100.000 penduduk, rasio dokter umum 12,58 per 100.000 penduduk dan rasio dokter gigi sebesar 5,37 per 100.000 penduduk, sedangkan untuk rasio dokter keluarga belum dapat disajikan karena belum ada data yang masuk. Bila dibandingkan dengan target pencapaian IIS 2010, nampak bahwa rasio untuk tenaga dokter spesialis dan dokter umum telah mencapai target (dokter spesialis 2 per 100.000

penduduk, dokter umum 6 per 100.000 penduduk), namun rasio dokter gigi belum mencapai target (dokter gigi 11 per 100.000 penduduk). Data terinci pada lampiran Tabel 55.

GAMBAR V.B.1  
PROPORSI TENAGA KESEHATAN MENURUT JENIS TENAGA  
DI SULSEL TAHUN 2008



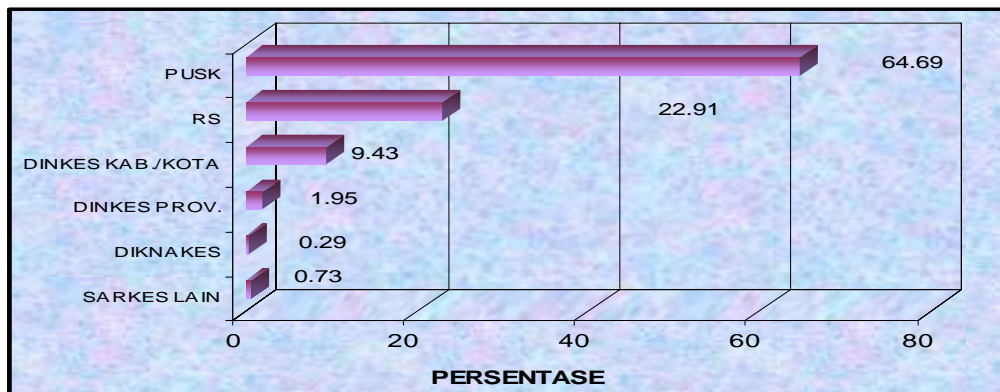
Sumber : Profil Kesehatan Kab./Kota Tahun 2008

#### b. Tenaga Kefarmasian dan Gizi

Untuk tenaga kefarmasian, saat ini telah berjumlah 679 orang dengan rincian: Apoteker 214 orang atau 2,75% dari seluruh tenaga farmasi atau 8,74% dari total tenaga di Sulsel. Sedangkan rasio tenaga kefarmasian per 100.000 penduduk masih jauh dari yang diharapkan karena hingga tahun 2007 rasio tenaga kefarmasian baru mencapai 8,49 per 100.000 penduduk (Target IIS 2010 adalah 10 per 100.000 penduduk).

Sementara itu, jumlah tenaga gizi hingga tahun 2008 di Sulsel sebanyak 643 orang dengan rasio sebesar 8,27 per 100.000 penduduk (Target IIS 2010 sebesar 22 per 100.000 penduduk). Data terinci pada lampiran Tabel 56.

GAMBAR V.B.2  
PROPORSI TENAGA KESEHATAN MENURUT UNIT KERJA  
DI SULSEL TAHUN 2008



### **c. Tenaga Keperawatan**

Yang tergolong ke dalam tenaga keperawatan adalah Perawat dan Bidan. Rasio tenaga keperawatan di Sulsel hingga tahun 2008 mencapai 100 per 100.000 penduduk. Namun bila dirinci menurut jenisnya maka di Sulsel, pada tahun yang sama tercatat jumlah perawat sebanyak 66,52 orang dengan jumlah lulusan terbanyak berasal dari D-3 keperawatan (65,29%) dan SPK sebesar 40,83%. Proporsi tenaga perawat 41,64% dari seluruh tenaga kesehatan dan rasio perawat per 100.000 penduduk sebesar 112,06 per 100.000 penduduk. Bila dibandingkan dengan target pencapaian IIS 2010 sebesar 117,5 per 100.000 penduduk maka Sulsel belum mencapai target.

Sedangkan jumlah tenaga bidan sebanyak 2.852 orang atau dengan proporsi sebesar 36,22% dari seluruh tenaga kesehatan, sementara rasio tenaga bidan per 100.000 penduduk adalah sebesar 36,42 per 100.000 penduduk. Bila dibandingkan dengan target pencapaian IIS 2010, Sulsel masih sangat membutuhkan tenaga bidan karena target hingga 2010 adalah 100 per 100.000 penduduk khususnya dalam memenuhi pos kesehatan desa. Data terinci pada lampiran Tabel 57.

### **d. Tenaga Kesehatan Masyarakat dan Sanitasi**

Jumlah tenaga kesehatan masyarakat di Sulsel tahun 2004 sebesar 689 orang atau 5,40% dari total tenaga kesehatan dengan rasio sebesar 9,34 per 100.000 penduduk. Sementara itu, pada tahun yang sama jumlah tenaga sanitasi telah mencapai jumlah 565 orang atau 4,43% dari total tenaga dengan rasio sebesar 7,66 per 100.000 penduduk. Untuk tahun 2005 tercatat jumlah tenaga kesehatan masyarakat sebanyak 698 orang atau 5,96% dari total tenaga dengan rasio sebesar 9,31 per 100.000 penduduk, sedangkan jumlah tenaga sanitasi tercatat sebanyak 504 orang atau 4,31 dari total tenaga dengan rasio sebesar 6,72 per 100.000 penduduk. Sementara situasi di tahun 2006 tercatat jumlah tenaga kesehatan masyarakat sebanyak 913 orang dengan rasio sebesar 11,97 per 100.000 penduduk dan untuk tenaga sanitasi tercatat sebanyak 547 orang dengan rasio sebesar 7,17 per 100.000 penduduk.

Dari hasil pengumpulan profil kesehatan tahun 2007 tercatat jumlah tenaga kesehatan masyarakat sebanyak 1.143 orang dengan rasio sebesar 14,98 per 100.000 penduduk dan untuk tenaga sanitasi tercatat sebanyak 580 orang dengan rasio sebesar 7,60 per 100.000 penduduk dan tahun 2008 tercatat jumlah tenaga kesehatan masyarakat sebanyak 886 dengan rasio sebesar 11,40 per 100.000 penduduk dan untuk tenaga sanitasi tercatat sebanyak 496 orang dengan rasio 6,38 per 100.000 penduduk.

Bila dibandingkan dengan target pencapaian IIS 2010 maka kedua jenis tenaga tersebut masih sangat dibutuhkan mengingat target yang diharapkan adalah masing-masing 40 per 100.000 penduduk. Data terinci dapat dilihat pada lampiran Tabel 58

## **C. PEMBIAYAAN KESEHATAN**

Dengan perubahan Visi, Misi dan Strategi Pembangunan Kesehatan, maka beban kerja Departemen Kesehatan 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.

Pada tahun 2000, dalam pertemuan antara Departemen Keuangan dengan seluruh Bupati/Walikota se-Indonesia, disepakati bahwa pemerintah daerah akan mengalokasikan 15% dari APBD-nya untuk pembiayaan kesehatan. Pada tahun itu juga (2000) pola anggaran mengalami perubahan waktu dari tahun fiskal lama yang berlaku 1 April s/d 31 Maret ke tahun fiskal baru yang berlaku sesuai dengan tahun takwim (kalender) yaitu 1 Januari s/d 31 Desember.

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

## **1. Anggaran Pembangunan Departemen Kesehatan**

Pada tahun 2003 anggaran kesehatan pusat yang dialokasikan di Sulsel secara keseluruhan sebanyak Rp. 115.109.341.000 dengan realisasi 79,83%, yang terdiri dari Rp. 84.562.453.000 dana Rupiah Murni dan Rp. 30.546.888.000 dana PLN. Realisasi dana Rupiah Murni adalah Rp. 77.707.337.000 atau 91,89%, sedangkan realisasi dana PLN sebanyak 14.216.156.000 atau 46,54%. Untuk tahun 2004 anggaran kesehatan pusat yang dialokasikan di Sulsel secara keseluruhan sebanyak Rp. 184.546.629.375 dengan realisasi 79,83%, yang terdiri dari Rp. 163.321.940.875 dana Rupiah Murni dan Rp. 21.224.688.500 dana PLN. Realisasi dana Rupiah Murni adalah Rp. 77.707.337.000 atau 91,89%, sedangkan realisasi dana PLN sebanyak 14.216.156.000 atau 46,54%. Sementara untuk tahun 2005 anggaran kesehatan pusat yang dialokasikan di Sulsel secara keseluruhan sebanyak Rp. 124.078.310.000 dengan realisasi 70,86% (sisanya dimasukkan kedalam DIPA luncuran), yang terdiri dari Rp. 114.942.786.000 dana Rupiah Murni dan Rp. 1.854.107.000 dana Rupiah Murni Pendamping serta Rp. 7.281.417.000 dana PHLN.

Untuk tahun 2006 tercatat alokasi dana sebanyak Rp. 98.136.863.500,- yang terdiri dari Rp. 95.464.336.500, - dana Rupiah Murni dan Rp. 882.623.000,- dana RM Pendamping dan Rp. 1.789.904.000,- dana PHLN dengan realisasi keseluruhan sebesar Rp. 91.734.975.822,- (93,48%). Untuk Tahun 2007 anggaran dekonsentrasi yang di alokasikan di Sulsel secara keseluruhan sebanyak Rp.68.641.375.000,-, yang terdiri dari Rp. 66.937.697.000 dana Rupiah murni Rp.1.231.582.000,- dana RM pendamping dan Rp.

472.096.000 dana PHLN. Data ini adalah sebelum efisiensi anggaran. Sedangkan tahun 2008 anggaran dekosentrasi yang di alokasikan di Sulsel secara keseluruhan sebanyak Rp. 101.178.788.250,- yang terdiri dari Rupiah murni 66.594.109.000.- RM pendamping sebanyak Rp. 5.042.188.00,- dan RK sebanyak 29.542.491.250.- .

## **2. Anggaran Pembangunan Daerah**

Anggaran Pembangunan Daerah dalam kurun waktu lima tahun (1996/1997 s.d tahun 2000) bergerak tidak beraturan, baik anggaran pemerintah provinsi maupun anggaran pemerintah kabupaten/kota. Perbedaan ini dikarenakan pemerintah daerah belum menggunakan secara maksimal kemampuan daerahnya (Pendapatan Asli Daerah), karena selama ini kekurangan anggaran untuk seluruh kegiatan masih disubsidi oleh pemerintah pusat dengan berdasarkan kepada usulan proyek dan kegiatan (DUP dan DUK). Kemampuan daerah dalam mengalokasikan anggaran untuk sektor kesehatan dapat terlihat mulai tahun 2000 dimana undang-undang mengenai otonomi daerah telah ditetapkan.

Adapun total alokasi dan realisasi anggaran tahun 2003 untuk Sulsel yang bersumber dari Dana Alokasi Umum dan Dana Daerah adalah Rp. 17.960.066.044 dengan realisasi sebanyak 17.195.142.723 atau 95,74%. Sedangkan untuk tahun 2004, Dana Alokasi Umum dan Dana Daerah adalah Rp. 17.361.241.770 dengan realisasi sebanyak Rp. 17.195.142.723 atau 95,74%. Sementara pada tahun 2005, Dana Alokasi Umum dan Dana Daerah sebanyak Rp. 20.901.047.849,- dengan realisasi Rp. 19.572.948.935,- (93,65%) dan untuk tahun 2006 berjumlah Rp. 21.629.988.113,- dengan realisasi Rp. 21.171.288.390,- (97,88%). Sedang alokasi anggaran pada tahun 2007 sebesar Rp. 25.777.803.358 dengan realisasi sebesar Rp. 24.027.337.604,- (93,21%).

Untuk alokasi pembiayaan kesehatan pada tahun 2003 di Provinsi Sulawesi Selatan baru berkisar 10,2% dari total anggaran APBD Provinsi (Target IIS 2010 sebesar 15%). Sedangkan untuk alokasi anggaran kesehatan pemerintah per-kapita untuk tahun 2003 baru berkisar Rp. 15.094 ,- dari target Rp. 100.000 per kapita per tahun. Dan alokasi pembiayaan kesehatan untuk tahun 2004 berkisar 5,8% dari total anggaran APBD Provinsi (Target IIS 2010 sebesar 15%). Sementara alokasi anggaran kesehatan pemerintah per-kapita untuk tahun 2004 baru berkisar Rp. 68.155 ,- dari target Rp. 100.000 per kapita per tahun. Disamping itu, persentase APBD kesehatan terhadap total belanja langsung/publik mengalami fluktuasi selama 3 tahun terakhir mulai 15,00% (Tahun 2005), 11,80% (Tahun 2006), 11, 06% (Tahun 2007). Fluktuasi ini dimungkinkan karena pada tahun 2005 – 2006 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.

### **3. Pembiayaan Kesehatan oleh Masyarakat**

Sejak lama sudah dikembangkan berbagai cara untuk memberikan jaminan kesehatan bagi masyarakat. Pada saat ini berkembang berbagai cara pembiayaan kesehatan praupaya, yaitu dana sehat, asuransi kesehatan, asuransi tenaga kerja (Astek)/Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek), Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) dan asuransi jiwa lain. Untuk penduduk miskin disediakan Kartu Sehat, sehingga mereka tidak perlu membayar pelayanan kesehatan yang digunakannya (karena telah dibayar oleh pemerintah).

Namun demikian, cakupan atau kepesertaan masyarakat terhadap berbagai jaminan pembiayaan kesehatan ini masih sangat rendah. Menurut data dari profil kesehatan Kabupaten/Kota Tahun 2008, masyarakat yang tercakup jaminan pembiayaan kesehatan baru 52,43%, sebagian besar tercakup dalam Askes, kemudian kartu miskin, Jamsostek dan asuransi lain. Data terinci dapat dilihat pada lampiran Tabel 35.

### **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.

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 2008 sebesar 32,28% dari 4.298.110 peserta. Sedangkan realisasi anggaran yang dialokasikan oleh Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan sebesar 64,84% dari Rp. 68.40.360.025,-. Data tentang kesehatan gratis secara rinci dapat dilihat pada tabel V.C.1 dan V.C.2.

TABEL V.C.1  
PERSENTASE KUNJUNGAN PESERTA KESEHATAN GRATIS PER REGIONAL/  
GERBANG DI SULAWESI SELATAN THUN 2008

NO	KAB/ KOTA	Jumlah Peserta Pelayanan Kesehatan	Jumlah Kunjungan	%
<b>REGIONAL TENGGARA</b>				
1	BONE	509.583	199.313	39,11
2	SOPPENG	174.072	62.675	36,01
3	WAJO	271.479	18.941	6,98
<b>REGIONAL UTARA</b>				
4	PARE-PARE	71.978	69.508	96,57
5	PINRANG	229.870	180.239	78,41
6	ENREKANG	113.653	23.021	20,26
7	SIDRAP	163.924	35.918	21,91
<b>GERBANG UTARA</b>				
8	KOTA MAKASSAR	610.207	14.750	2,42
9	MAROS	188.045		0,00
10	PANGKEP	159.711	2.904	1,82
11	BARRU	98.108	35.018	35,69
<b>GERBANG SELATAN</b>				
	RSU LABUANG BAJI		6.119	0,00
12	JENEPONTO	104.391	83.211	79,71
13	TAKALAR	119.071	97.239	81,66
14	GOWA	256.091	Blm ada Lap.	0,00
<b>REGIONAL SELATAN</b>				
15	BULUKUMBA	268.852	202.127	75,18
16	SELAYAR	64.421	71.489	110,97
17	BANTAENG	67.791	46.779	69,00
18	SINJAI	139.595		0,00
<b>REGIONAL TIMUR</b>				
19	PALOPO	56.475	31.154	55,16
20	LUWU TIMUR	133.585	79.361	59,41
21	LUWU	118.612	9.919	8,36
22	LUWU UTARA	168.123	48.416	28,80
23	TANA TORAJA	210.473	69.239	32,90
<b>TOTAL</b>		<b>4.298.110</b>	<b>1.387.340</b>	<b>32,28</b>

Sumber : Sek. Tim 9 Kesehatan Gratis

TABEL V.C.2  
JUMLAH, REALISASI DAN SISA DANA KESEHATAN GRATIS YANG BERSUMBER  
APBD PROVINSI DI SULAWESI SELATAN TAHUN 2008

NO	KAB/ KOTA	ANGGARAN KESEHATAN GRATIS PROV	REALISASI (Rp)	SISA DANA (Rp)
<b>REGIONAL TENGGARA</b>				
1	BONE	4.331.455.500	8.719.514.083	(4.388.058.583)
2	SOPPENG	1.479.612.000	448.923.860	1.030.688.140
3	WAJO	2.307.571.500	149.674.677	2.157.896.823
<b>REGIONAL UTARA</b>				
4	PARE-PARE	611.813.000	2.048.474.366	(1.436.661.366)
5	PINRANG	1.953.895.000	4.188.701.082	(2.234.806.082)
6	ENREKANG	966.050.500	966.050.500	-
7	SIDRAP	1.393.354.000	1.388.934.673	4.419.327
<b>GERBANG UTARA</b>				
8	KOTA MAKASSAR	1.404.691.000	238.404.146	1.166.286.854
9	MAROS	1.598.382.500	1.550.000.000	48.382.500
10	PANGKEP	1.357.543.500	4.350.017.400	(2.992.473.900)
11	BARRU	833.918.000	4.370.356	829.547.644
<b>GERBANG SELATAN</b>				
12	JENEPONTO	887.323.500	1.008.008.393	(120.684.893)
13	TAKALAR	1.012.103.500	0	1.012.103.500
14	GOWA	217.673.500	0	217.673.500
<b>REGIONAL SELATAN</b>				
15	BULUKUMBA	2.285.242.000	3.135.870.977	(850.628.977)
16	SELAYAR	547.578.500	321.366.291	226.212.209
17	BANTAENG	576.223.500	395.403.977	180.819.523
18	SINJAI	1.186.557.500	0	1.186.557.500
<b>REGIONAL TIMUR</b>				
19	PALOPO	480.037.500	1.443.442.439	(963.404.939)
20	LUWU TIMUR	1.135.472.500	794.775.750	340.696.750
21	LUWU	1.008.202.000	564.013.375	444.188.625
22	LUWU UTARA	1.429.045.500	1.429.045.500	-
23	TANA TORAJA	1.789.020.500	844.914.845	944.105.655
<b>JUMLAH</b>		<b>30.792.766.500</b>	<b>33.989.906.690</b>	<b>(3.197.140.190)</b>
24	RS - WAHIDI SUDIROHUSODO	28.784.149.225	5.106.606.331	23.677.542.894
25	BP - 4	399.300.000	79.277.351	320.022.649
26	BBKMM	12.000.000	24.744.747	(12.744.747)
27	BPRS LABUANG BAJI	2.145.364.500	2.522.802.688	(377.438.188)
28	RSB PERTIWI	2.070.922.000	203.913.011	1.867.008.989
29	BB GIMUL	667.165.000	41.364.225	625.800.775
30	BP. KES KULEL & AIDS	88.860.000	11.457.500	77.402.500
31	RIA SITI FATIMAH	1.644.832.800	1.392.187.109	252.645.691
32	RSU HAJI	1.825.000.000	1.000.910.318	824.089.682
<b>JUMLAH</b>		<b>37.637.593.525</b>	<b>10.383.263.280</b>	<b>27.254.330.245</b>
<b>TOTAL</b>		<b>68.430.360.025</b>	<b>44.373.169.970</b>	<b>24.057.190.055</b>

Sumber : Sek. Tim 9 Kesehatan Gratis Tahun 2008

Demikian gambaran singkat mengenai situasi sumber daya kesehatan di Sulawesi Selatan sampai dengan tahun 2008.

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

Sesungguhnya, secara umum dapat disimpulkan bahwa hingga tahun 2008 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 2008 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 jauh dari target baik target IIS 2010, SPM Bidang Kesehatan maupun MDGs, demikian pula dengan kontribusi lintas sektor terkait seperti pendidikan, dimana angka melek huruf dan angka partisipasi sekolah di Sulsel 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; *Indikator Kesejahteraan Rakyat Sulawesi Selatan Tahun 2003*, BPS Provinsi Sulawesi Selatan, 2004.
- Badan Pusat Statistik; *Sulawesi Selatan Dalam Angka 2005*, BPS Provinsi Sulawesi Selatan, 2006.
- Badan Pusat Statistik; *Sulawesi Selatan Dalam Angka 2006*, BPS Provinsi Sulawesi Selatan, 2007.
- Badan Pusat Statistik, BKKBN, Depkes RI; *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007*, Laporan Pendahuluan, MEASURE DHS, Macro International Calverton, Maryland USA, Juni 2008.
- Depkes RI; Petunjuk Teknis: *Pedoman Penyusunan Profil Kesehatan Provinsi*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 2002.
- Depkes RI; *Profil Kesehatan Indonesia 2005*, Menuju Indonesia Sehat 2010, Pusat Data dan Informasi, Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 2005.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan; *Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan 2002*, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, Makassar, 2003.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan; *Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan 2003*, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, Makassar, 2004.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan; *Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan 2004*, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, Makassar, 2005.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan; *Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan 2005*, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, Makassar, 2006.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan; *Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan 2006*, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, Makassar, 2007.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan; *Laporan Hasil Kegiatan Program Lingkup Subdin Pencegahan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Tahun 2007*, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2008.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan; *Laporan Hasil Kegiatan Program Lingkup Subdin Kesga, KB dan Gizi Tahun 2007*, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2008.

- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan; *Laporan Hasil Kegiatan Program Lingkup Subdin Bina Pelayanan Kesehatan & Farmasi Tahun 2007*, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2008.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan; *Laporan Hasil Kegiatan Program Lingkup Subdin Promosi dan Kesehatan Masyarakat Tahun 2007*, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2008.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan; *Laporan Hasil Kegiatan Program Lingkup Subdin Pengembangan Tenaga, Sarana & Teknologi Kesehatan Tahun 2007*, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2008.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan; *Laporan Hasil Kegiatan Program Lingkup Bagian Tata Usaha Tahun 2007*, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, 2008.