

Analisis Pencapaian
TUJUAN PEMBANGUNAN MILENIUM
PROVINSI SUMATERA SELATAN
TAHUN 2011-2015

ISBN 978-602-73778-0-6

1.



2.



5.



6.



3.



7.



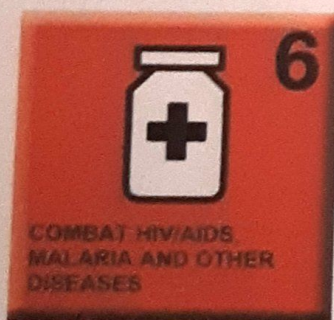
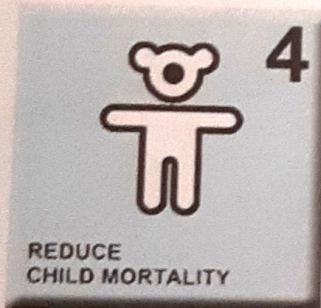
4.



8.



ANALISIS PENCAPAIAN TUJUAN PEMBANGUNAN MILENIUM PROVINSI SUMATERA SELATAN TAHUN 2011-2015



BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH
PROVINSI SUMATERA SELATAN

ANALISIS PENCAPAIAN TUJUAN PEMBANGUNAN MILENIUM PROVINSI SUMATERA SELATAN TAHUN 2011-2015



Editor:

Dr. Ekowati Retnaningsih, S.KM., M.Kes.

Penulis:

Prof. DR. Nyayu Khodijah, S.Ag., M.Si.

Dr. Syafrul Yunardy, S.Hut., M.E.

Rini Mutahar, S.KM., M.KM.

Dian Novriadhy, S.T., M.Si.

Desri Yesi, S.T.

Narasumber:

Berdikarjaya, S.E., M.M.

Ir. Hendrian, M.T.

Ir. Elly Suryani, M.Si.

Dra. Sri Widayanti, S.E., M.Si.

Diterbitkan Oleh:

BAPPEDA PROVINSI SUMATERA SELATAN

KHODIJAH, Nyayu, dkk.

Analisis Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2011-2015/oleh Nyayu Khodijah, dkk.--Ed.1, Cet. 1-- Palembang: Desember 2015.

xxx, 138 hlm.; Uk: 20 x 29 cm

ISBN 978-602-73778-0-6

1. Pembangunan

I. Judul

339.5

Desain cover : Herlambang Rahmadhani
Penata letak : Dyah Wuri Handayani

Diterbitkan Oleh:

Penerbit BAPPEDA Provinsi Sumatera Selatan
Jln Kapten A. Rivai No. 23 Palembang 30129
Telp +62-711-356108, 356118, Fax +62-711-356118
bappeda.sumselprov.go.id
Bappeda_sumsel@yahoo.com

Copyright © 2015 oleh Penerbit BAPPEDA
All Right Reserved

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari Penerbit dan Tim Penulis.



TUJUAN 6 MEMERANGI HIV/AIDS, MALARIA DAN PENYAKIT MENULAR LAINNYA

Indikator	Target	2011	2012	2013	2014	2015
Prevalensi HIV/AIDS	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Prevalensi Malaria	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Prevalensi Penyakit Menular Lainnya	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%

Tabel 6.1

INDIKATOR	ACUAN DASAR	SAAT INI	TARGET MDGs 2015	STATUS	SUMBER	
TARGET 6A: Mengendalikan Penyebaran dan Mulai Menurunkan Jumlah Kasus Baru HIV dan AIDS Hingga Tahun 2015						
6.1	Prevalensi HIV dan AIDS (persen) dari total populasi	< 0,5 (2010)	0,3 (2014)	Menurun	●	Profil Kesehatan Sumsel
6.2	Penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko tinggi terakhir	30 % (2013)	43,5 % (2014)	Meningkat	●	Profil Kesehatan, 2015
6.3	Proporsi jumlah penduduk usia 15-24 tahun yang memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV dan AIDS	6.3 % (2010)	21.25 % (2014)	Meningkat	●	Riskesmas
Target 6B: Mewujudkan Akses Terhadap Pengobatan HIV dan AIDS Bagi Semua yang Membutuhkan sampai dengan Tahun 2010						
6.4	Proporsi penduduk terinfeksi HIV lanjut yang memiliki akses pada obat-obatan anti retroviral	35 orang (2005)	98 (sd Juni 2015)	Meningkat	●	Kemenkes

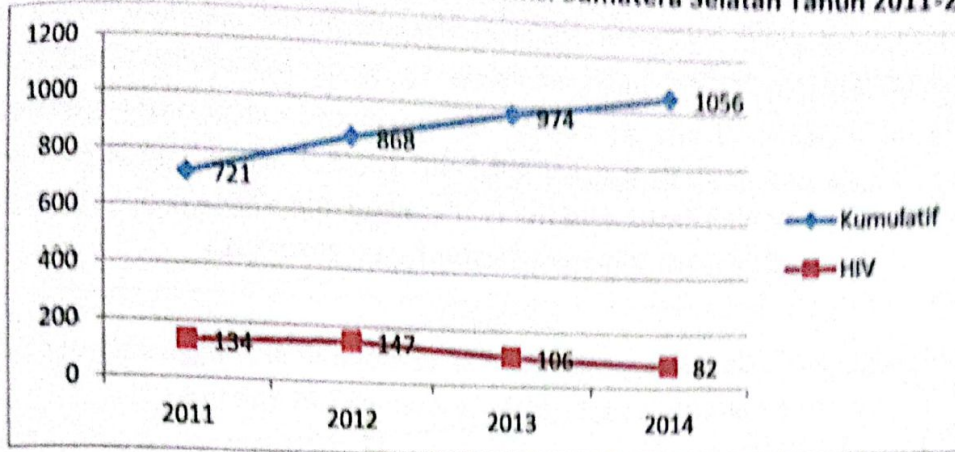
Status: ●Sudah Tercapai, ▼Tidak Tercapai (Perlu Perhatian Khusus)

KEADAAN DAN KECENDERUNGAN TARGET 6A DAN TARGET 6B

Infeksi HIV dan AIDS sudah menyebar hampir di seluruh kabupaten/kotadi wilayah Sumatera Selatan. Di Indonesia sendiri telah mengalami perubahandari epidemi rendah menjadi epidemi terkonsentrasi, hal ini karena hasil survei padasub populasi tertentu menunjukkan prevalensi HIV di beberapa provinsi telahmelebihi 5 % secara konsisten, tetapi di Sumatera Selatan masih pada epidemi rendah karena prevalensi HIV kasus HIV di Sumatera Selatan hingga Juli 2015 adalah sebesar 0,29%. Penyebaran HIV AIDS perlu mendapatkan perhatian terutama dalam penemuan kasus di masyarakat mengingat hal ini seperti fenomena gunung es.

Grafik 6.1

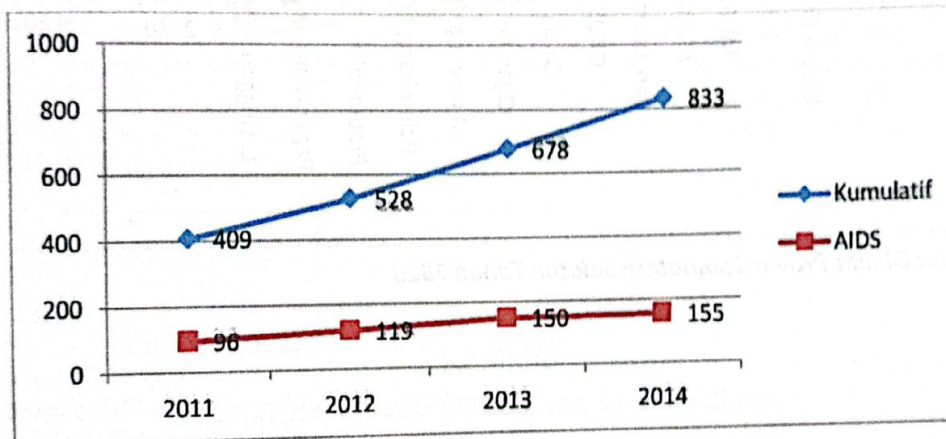
Jumlah Pengidap HIV (+) Per Tahun di Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2011-2014



Sumber: Dinkes Provinsi Sumatera Selatan 2014

Grafik 6.2

Jumlah Pengidap AIDS per Tahun di Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2011-2014



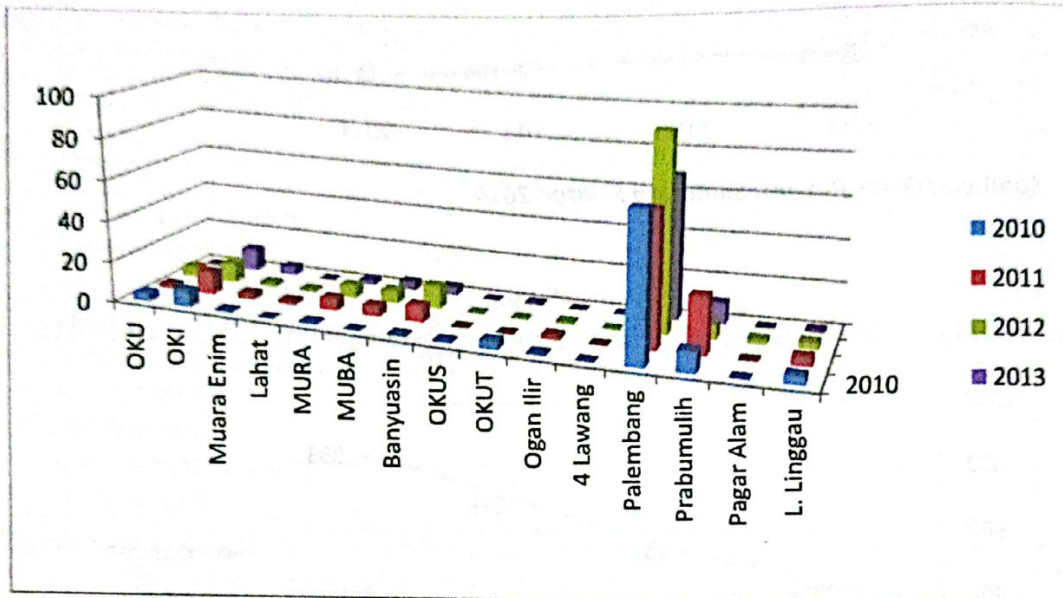
Sumber: Dinkes Provinsi Sumatera Selatan 2014

Peningkatan jumlah pengidap HIV dan AIDS selain dikarenakan meningkatnya kasus itu sendiri, juga didukung oleh meningkatnya kunjungan klien ke klinik VCT (*Voluntary Counseling and Testing*) untuk mengetahui status HIVnya secara sukarela baik datang ke layanan VCT *statis* maupun layanan *mobile clinic* VC. Klien dalam hal ini adalah kelompok resiko tinggi tertular HIV yaitu ; Wanita Pekerja Seks, Waria, pengguna narkoba suntik, laki-laki seks dengan laki-laki, dan pelanggan seks. Dan juga dengan mulai bertambahnya jumlah Klinik Layanan Infeksi Menular Seksual(IMS) di beberapa Puskesmas yang terletak di Kabupaten/Kota akan memudahkan klien tersebut di atas untuk mendapatkan akses layanan yang komprehensif (IMS-VCT) sehingga status HIV seseorang dapat lebih dini diketahui untuk dilakukan tatalaksana selanjutnya dengan segera mungkin yang dapat mencegah infeksi penyerta lainnya serta meningkatkan kualitas hidup klien yang pada akhirnya epidemic HIV dan AIDS di Sumatera Selatan dapat dikendalikan (Dinkes Sumsel, 2013). Sedangkan upaya lain yang lakukan pemerintah

provinsi untuk memutus rantai penularan beberapa diantaranya yaitu CST (*Care Support Treatment*) dan PMTCT (*Prevention Mother To Child Transmission*).

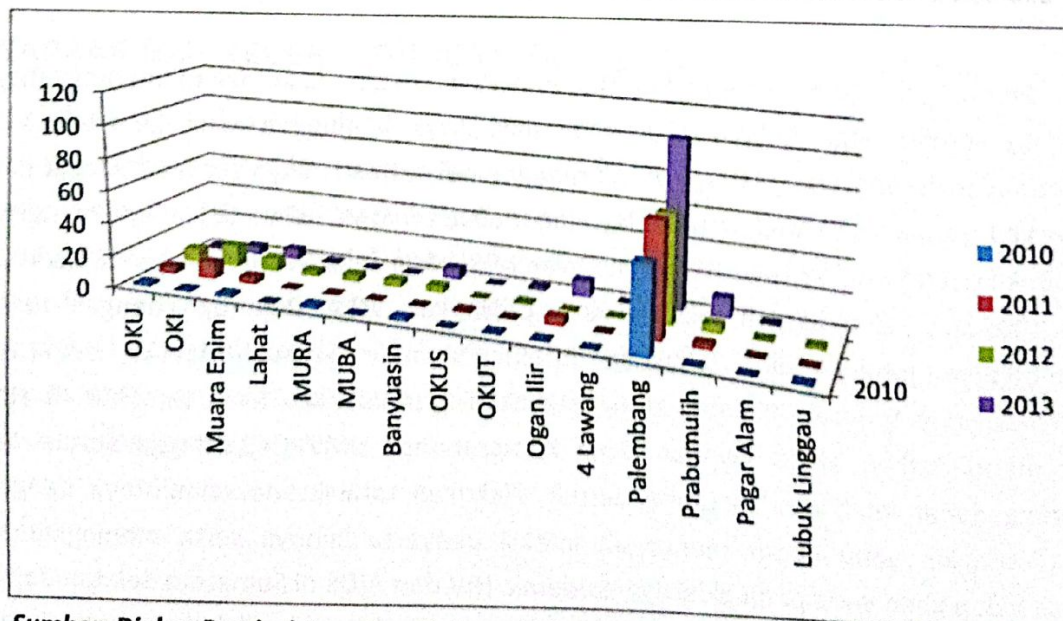
Selanjutnya Grafik kasus HIV dan AIDS per kabupaten/kota di Sumatera Selatan ditunjukkan pada grafik berikut:

Grafik 6.3
Jumlah Kasus Baru HIV (+) Per Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2010-2013



Sumber: Dinkes Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2013

Grafik 6.4
Jumlah Kasus Baru AIDS Per Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2010-2013



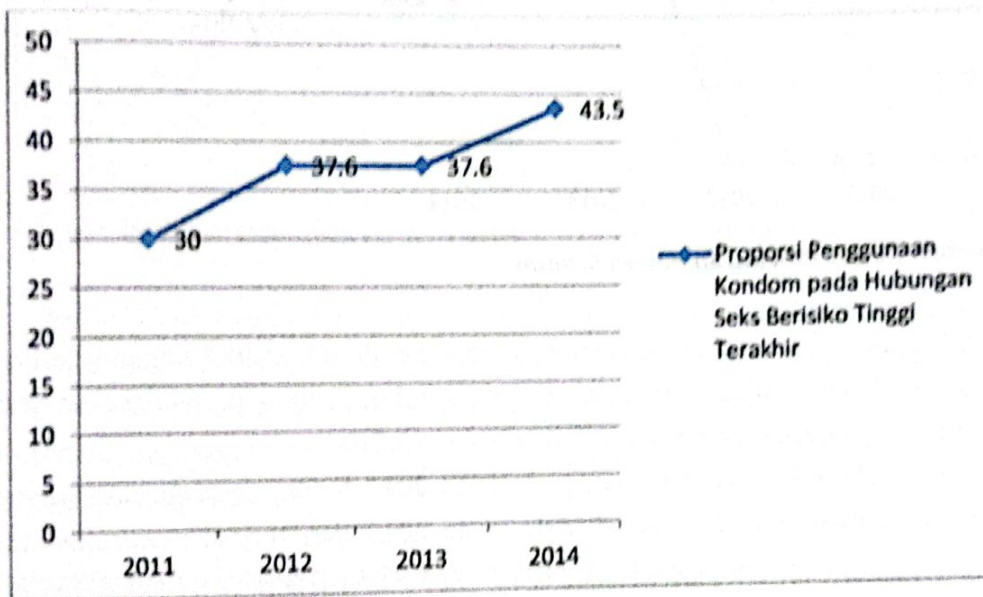
Sumber: Dinkes Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2013

Dari Grafik 6.3 dan 6.4 diketahui bahwa Kota Palembang merupakan daerah dengan kasus baik HIV maupun AIDS tertinggi dari tahun 2010 hingga 2013. Diikuti dengan Kota Prabumulih di posisi dua dan Ogan Komering Ilir di posisi ketiga.

Indikator lainnya pada target 6A adalah penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko tinggi terakhir dan proporsi jumlah penduduk usia 15-24 tahun yang memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV AIDS. Adapun Grafikan keduanya di Sumatera Selatan dapat dilihat pada Grafik berikut.

Grafik 6.5

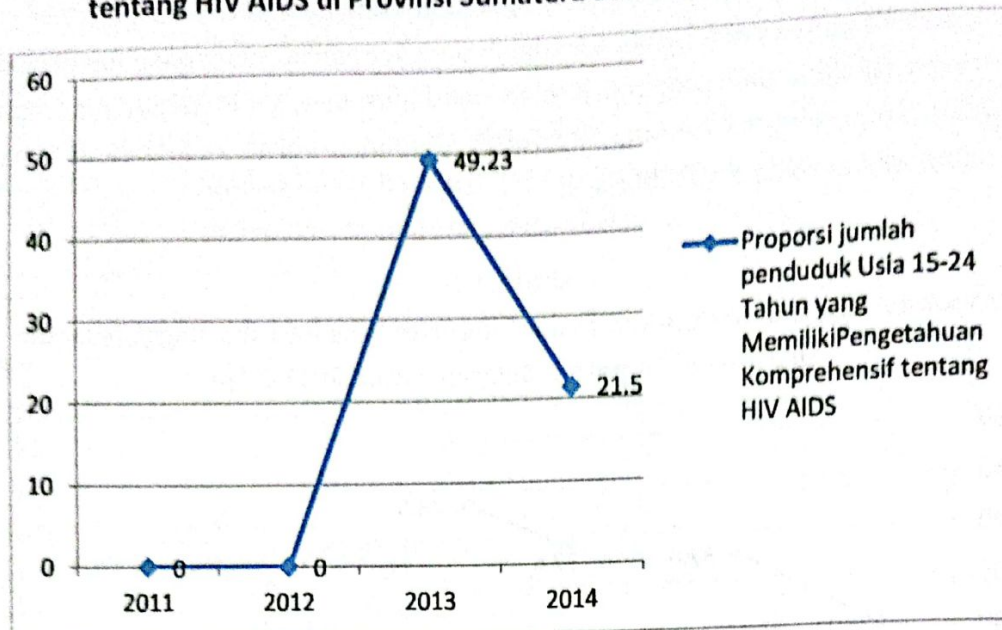
Proporsi Penggunaan Kondom pada Hubungan Seks Berisiko Tinggi Terakhir di Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2011-2014



Sumber: Dinkes Provinsi Sumatera Selatan

Grafik 6.6

Proporsi Jumlah Penduduk Usia 15-24 Tahun yang Memiliki Pengetahuan Komprehensif tentang HIV AIDS di Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2011-2014



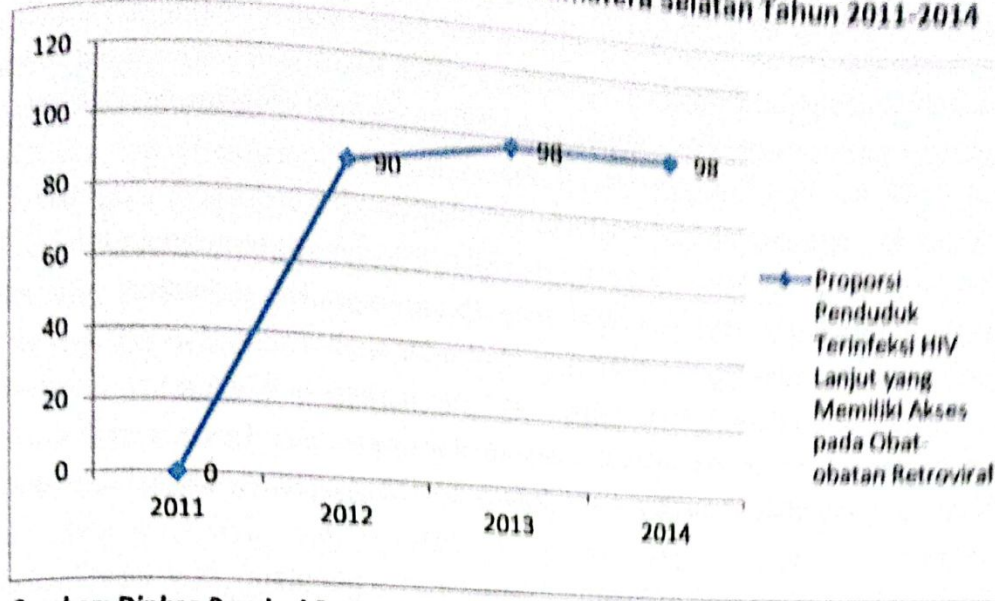
Sumber: Dinkes Provinsi Sumatera Selatan

Dari Grafik 6.5 diketahui bahwa penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko tinggi menunjukkan peningkatan dari tahun ke tahun sehingga diharapkan mampu menurunkan tingkat penularan HIV AIDS di Sumatera Selatan.

Pada Grafik 6.6 terlihat bahwa pada 2011-2012 belum tersedia data mengenai tingkat pengetahuan namun mulai di data pada 2013 dan terjadi penurunan tingkat pengetahuan yang tajam mengenai HIV AIDS hingga 56% pada tahun 2014. Namun pada tahun 2015 belum bisa dipastikan apakah tingkat pengetahuan semakin menurun atau sebaliknya karena data yang tersedia hanya hingga bulan maret 2015. Namun jika dibandingkan dengan rata-rata nasional tingkat pengetahuan komprehensif mengenai HIV AIDS pada usia 15-24 yang hanya sebesar 11,4 % pada wanita dan 10,3% pada pria (SDKI, 2012), rata-rata tingkat pengetahuan komprehensif di Palembang lebih tinggi. Tingkat pengetahuan komprehensif tersebut diukur dengan menanyakan kepada responden tentang apakah orang yang terlihat sehat dapat terkena HIV AIDS, AIDS tidak ditularkan melalui gigitan nyamuk, tidak dapat terinfeksi dengan berbagi makanan, akan terinfeksi dengan penggunaan jarum suntik yang sama.

Indikator terakhir pada target 6B yaitu proporsi penduduk terinfeksi HIV lanjut yang memiliki akses obat-obatan anti retroviral. Situasi di Sumatera Selatan dari tahun ke tahun ditunjukkan pada Grafik berikut.

Grafik 6.7
Proporsi Jumlah Penduduk Usia HIV Lanjut yang Memiliki Akses pada
Obat-obatan Retroviral di Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2011-2014



Sumber: Dinkes Provinsi Sumatera Selatan

Berdasarkan Grafik 6.7 diketahui bahwa pada tahun 2011 belum tersedia data mengenai penderita HIV yang memiliki akses pada obat-obatan retroviral. Pada tahun 2013-2014 di Sumatera Selatan proporsi penduduk terinfeksi yang memiliki akses pada obat-obatan retroviral cenderung stagnan namun mengalami peningkatan jika dibandingkan tahun 2012.

DETERMINAN HIV/AIDS

Faktor Host Infeksi HIV/AIDS saat ini telah mengenal semua golongan masyarakat, baik kelompok risiko tinggi maupun masyarakat umum. Kelompok masyarakat yang mempunyai risiko tinggi adalah pengguna narkoba suntik (*Injecting Drug Use*), kelompok masyarakat yang melakukan promiskuitas (hubungan seksual dengan banyak mitra seksual) misalnya WPS (wanita penaja seks), dari satu WPS dapat menular ke pelanggan-pelanggannya selanjutnya pelanggan-pelanggan WPS tersebut dapat menularkan kepada istri atau pasangannya. Laki-laki yang berhubungan seks dengan sesamanya atau lelaki seks lelaki (LSL). Narapidana dan anak-anak jalanan, penerima transfusi darah, penerima donor organ tubuh dan petugas pelayan kesehatan juga menjadi kelompok yang rawan tertular HIV.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kelompok usia yang paling rentan terhadap HIV adalah kelompok umur remaja yaitu kisaran 15-24 tahun. Kelompok remaja ini menjadi pusat dari pandemi AIDS dalam hal penularan kerentanan dan dampak. Dan diperkirakan 4000-5000 orang pada kelompok ini terjangkit HIV setiap harinya (WHO, 2006).

Menurut UNAIDS tahun 2013 pada kasus Infeksi HIV secara global, proporsi perempuan dan laki-laki yang terinfeksi HIV menunjukkan hasil yang sebanding. Namun di Indonesia laju pertumbuhan perempuan yang dilaporkan mengidap penyakit AIDS semakin meningkat (Kemenkes, 2005). Infeksi HIV menimbulkan dampak yang kompleks terhadap penderitanya selain menu runkan daya tahan tubuh dan infeksi oportunitis yang mengikutinya, masalah psikologi maupun sosial juga dialami oleh orang yang terdeteksi HIV (Boer, 2010; Kamila, 2010; Georgla, 2014).

Setiap ibu menginginkan persalinan berjalan dengan lancar dan kondisi ibu dan bayi sehat setelah melahirkan. Ibu yang terdeteksi HIV dapat menularkan infeksi HIV ke janin yang dikandung dan bayi yang dilahirkan. Ibu memerlukan dukungan yang adekuat untuk melewati periode ini. Penularan dari ibu-ke-anak Lebih dari 90% anak yang terinfeksi HIV didapat dari ibunya. Virus dapat ditularkan dari ibu yang terinfeksi HIV kepada anaknya selama hamil, saat persalinan dan menyusui. Tanpa pengobatan yang tepat dan dini, setengah dari anak yang terinfeksi tersebut akan meninggal sebelum ulang tahun kedua.

Faktor yang paling utama mempengaruhi risiko penularan HIV dari ibu ke anak adalah kadar HIV (viral load) dalam darah ibu pada saat menjelang ataupun saat persalinan dan kadar HIV dalam air susu ibu ketika ibu menyusui bayinya. Ini sesuai dengan hasil penelitian Oladokun, Brown dan Osinusi (2010) di Nigeria pada 241 wanita positif HIV tentang pilihan pemberian makan pada bayi dari ibu positif HIV. Pilihan pemberian susu formula pada 223 (93,5%) dan 9 (3,7%) ibu memilih menyusui dan memberi susu formula secara bergantian. Mayoritas alasan pemberian susu formula dibandingkan dengan menyusui secara eksklusif karena resiko bayi tertular HIV melalui menyusui.

Pajanan oleh darah, produk darah, atau organ dan jaringan yang terinfeksi Penularan dari darah dapat terjadi jika darah donor tidak ditapis (uji saring) untuk pemeriksaan HIV, penggunaan ulang jarum dan semprit suntikan, atau penggunaan alat medik lainnya yang dapat menembus kulit. Kejadian di atas dapat terjadi pada semua pelayanan kesehatan, seperti rumah sakit, poliklinik, pengobatan tradisional melalui alat penusuk/jarum, juga pada pengguna napza suntik (penasun). Paparan HIV pada organ dapat juga terjadi pada proses transplantasi jaringan/organ di fasilitas pelayanan kesehatan.

Berdasarkan data penelitian Kementerian Hukum dan HAM tahun 2010 menunjukkan bahwa laki-laki yang belum pernah menikah beresiko dua kali lebih besar untuk terinfeksi HIV dibandingkan laki-laki yang sudah menikah. Sementara juga dalam penelitian yang sama disebutkan bahwa perempuan yang berstatus cerai memiliki resiko empat kali lebih besar untuk terinfeksi HIV dibandingkan perempuan yang berstatus tidak bercerai.

Kondom digunakan untuk mencegah penyakit infeksi menular seksual (IMS) termasuk HIV cukup efektif, walaupun masih terjadi kebocoran kecil diantara serat

penyusunnya. Penelitian Amerika mendapatkan efektifitas kondom dalam mencegah penyakit menular seksual bervariasi antara 70-90% (Hawari, 1996)

Dalam laporan UNAIDS 2006 disebutkan bahwa pendidikan telah terbukti efektif dan dibutuhkan, baik untuk orang yang belum terinfeksi HIV maupun yang sudah terinfeksi, bagi orang yang belum terinfeksi HIV, pendidikan dibutuhkan untuk melindungi dirinya dari HIV sedangkan untuk mereka yang sudah positif HIV, Pendidikan diperlukan agar mereka dapat hidup lebih bermakna walaupun dengan virus.

Menurut Stephanie Eaton (2007), penyalahgunaan alkohol dan Obat-obatan terlarang sangat berhubungan erat dengan masalah kesehatan mental, kejahatan dan perilaku anti sosial dimana dapat merusak daya pikiran dan daya penilaian. Hasil STBP 2011 menyebutkan bahwa rerata frekuensi menyuntik NAPZA pada penasun di Indonesia dalam seminggu terakhir adalah tujuh kali. Dapat diartikan bahwa rata-rata penasun minimal menyuntikkan NAPZA satu kali setiap hari. Frekuensi menyuntik NAPZA meningkatkan risiko penularan HIV pada penasun. Dalam buku penyakit infeksi oleh Mandal 2008 disebutkan bahwa salah satu faktor yang meningkatkan risiko HIV pada penasun adalah penggunaan jarum suntik secara berulang. Semakin tinggi frekuensi menyuntik semakin tinggi kemungkinan penasun untuk menggunakan jarum secara berulang.

Menurut WHO tahun 2005, pelayanan kesehatan adalah semua infrastruktur dan lingkungan yang terlibat dalam penyediaan perawatan kesehatan umum dan spesialis bagi pasien atau pelayanan pendukung seperti rumah sakit umum atau swasta, pelayanan kesehatan masyarakat, sarana pemeliharaan dan perawatan pribadi, pelayanan kesehatan kerja, pelayanan ibu dan anak lainnya. Akses dan ketersediaan pelayanan kesehatan akan mempengaruhi perilaku dari masyarakat.

Dalam teori WHO dinyatakan bahwa pengetahuan diperoleh dari pengalaman sendiri atau pengalaman orang lain sebagai penyebab seseorang itu berperilaku tertentu (Notoatmodjo, 2003). Persentase pengetahuan komprehensif tentang HIV /AIDS waria menurun dari tahun 2007- 2011 yaitu 36% menjadi 32%, hal ini juga terjadi pada persentase pemahaman cara pencegahan penularan HIV yang keliru yang mengalami penurunan pada tahun 2007 dibandingkan 2011 yaitu 36% menjadi 25% (Kemenkes, 2011)

Kemiskinan dapat mempengaruhi risiko karena pendidikan dan akses informasi, penyakit Menular Seksual (PMS), strategi survival sangat mahal bagi orang miskin. Faktor sosial budaya yang dimaksud merupakan struktur sosial dalam masyarakat berperan dalam menentukan risiko HIV-AIDS berkaitan dengan: Definisi perilaku yang diterima, praktek risiko tinggi serta bagaimana peraturan masyarakat, berkaitan dengan nilai, norma Dari sisi sosial adanya label yang buruk dan diskriminasi juga dialami oleh orang dengan HIV seperti anggapan mereka adalah *social evils*, orang jahat, orang yang tidak bermoral membuat mereka cenderung merahasiakan status HIV dari masyarakat dan keluarga (Brickley et al, 2009).

Tabel 6.2

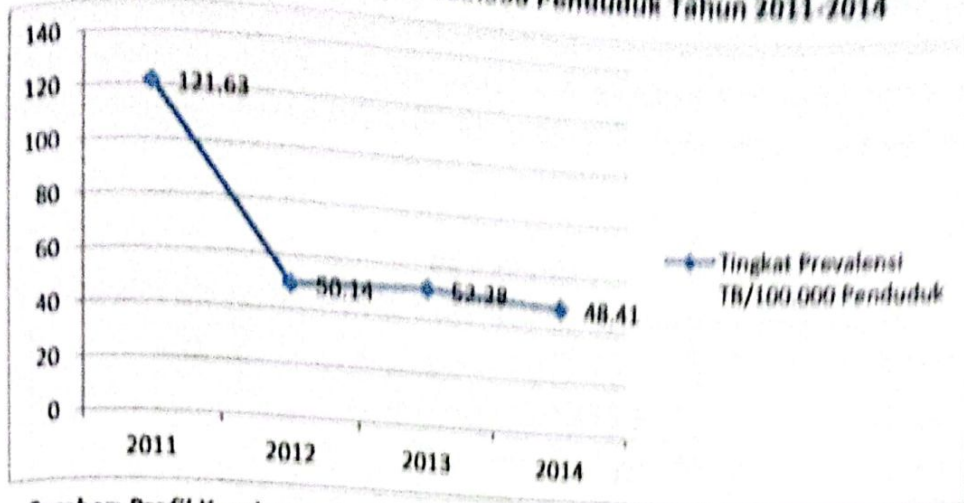
MENGENDALIKAN PENYEBARAN DAN MULAI MENURUNKAN JUMLAH KASUS BARU MALARIA DAN PENYAKIT UTAMA LAINNYA HINGGA TAHUN 2015						
INDIKATOR	ACUAN DASAR	SAAT INI	TARGET MDGs 2015	STA TUS	SUMBER	
Target 6C: Mengendalikan Penyebaran dan Mulai Menurunkan Jumlah Kasus Baru Malaria dan Penyakit Utama Lainnya Hingga Tahun 2015						
6.6	Angka kejadian dan tingkat kematian akibat malaria					
6.6a	Angka kejadian malaria (per 1,000 penduduk)	21.48 (2003)	0,21/1000 penduduk (2015)	Menurun	●	Dinas Kesehatan Sumsel, 2015
6.7	Proporsi anak balita yang tidur dengan kelambu berinsektisida	-	32.70% (2014)	Meningkat	●	Profil Kesehatan Sumsel, 2015
6.8	Proporsi anak balita dengan demam yang diobati dengan obat anti malaria yang tepat	-	89.8% (2014)	Meningkat	●	Profil Kesehatan Sumsel, 2015
6.9	Angka kejadian, prevalensi dan tingkat kematian akibat Tuberkulosis					
6.9a	Angka kejadian Tuberkulosis(semua kasus/100.000 penduduk/tahun)	130 (1995)	160/ 100.000		●	Survei Angka Prevalensi
6.9b	Tingkat prevalensi Tuberkulosis(per 100.000 penduduk)	37.55 (2000)	120	Dihentikan, mulai berkurang	●	Laporan TB Global WHO
6.9c	Tingkat kematian karena Tuberkulosis (per 100.000 penduduk)	92 (1990)	146		●	
6.10	Proporsi jumlah kasus Tuberkulosis yang terdeteksi dan diobati dalam program DOTS		-			
6.10a	Proporsi jumlah kasus Tuberkulosis yang terdeteksi dalam program DOTS	23.47% (2000)	-	70,0%	●	
6.10b	Proporsi kasus Tuberkulosis yang diobati dan sembuh dalam program DOTS	80.30% (2000)	81,33 %	85,0% atau Meningkat	●	*Laporan TB Global WHO

Status: ● Sudah Tercapai, ▼ Tidak Tercapai (Perlu Perhatian Khusus)

KEADAAN DAN KECENDERUNGAN TARGET 6C

Angka kejadian malaria (per 1,000 penduduk) tahun 2015 sebesar 0,21/1000 penduduk menurun dari tahun 2003 sebesar 21,48 per 1000 penduduk. Sedangkan tingkat prevalensi TB per 100.000 penduduk disajikan pada Grafik berikut.

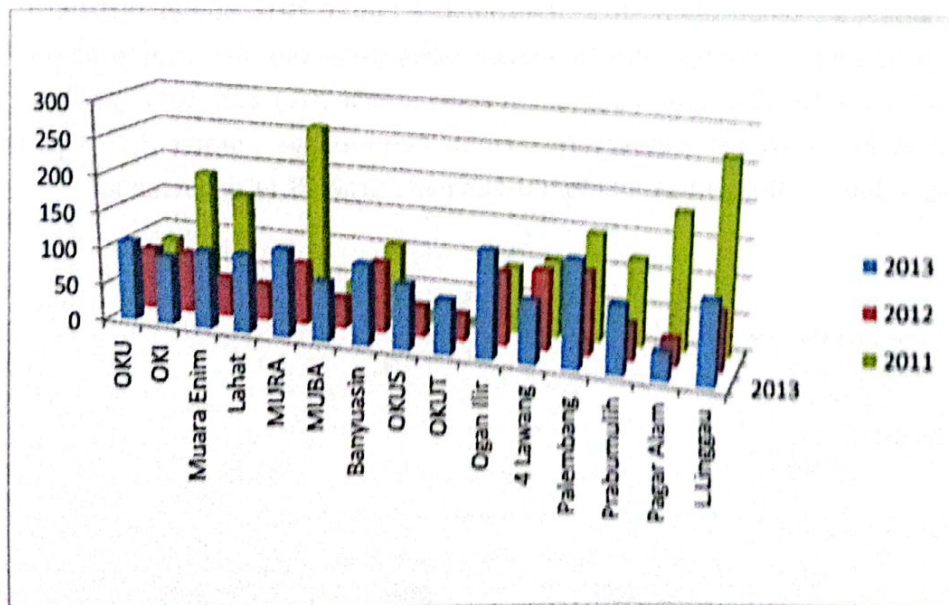
Grafik 6.8
Tingkat Prevalensi TB per 100.000 Penduduk Tahun 2011-2014



Sumber: Profil Kesehatan Sumatera Selatan

Berdasarkan Grafik 6.8 tingkat prevalensi TB per 100.000 penduduk tahun 2011-2014 di Sumatera Selatan menurun dari tahun ke tahun. Penurunan tajam terjadi dari tahun 2011-2012 hingga mencapai 58,7% kemudian semakin menurun di tahun berikutnya. Namun walaupun terus menurun dari tahun ke tahun belum mencapai target MDGs 2015 yaitu dihentikan. Prevalensi masing-masing kabupaten/kota ditunjukkan pada Grafik 6.10 berikut.

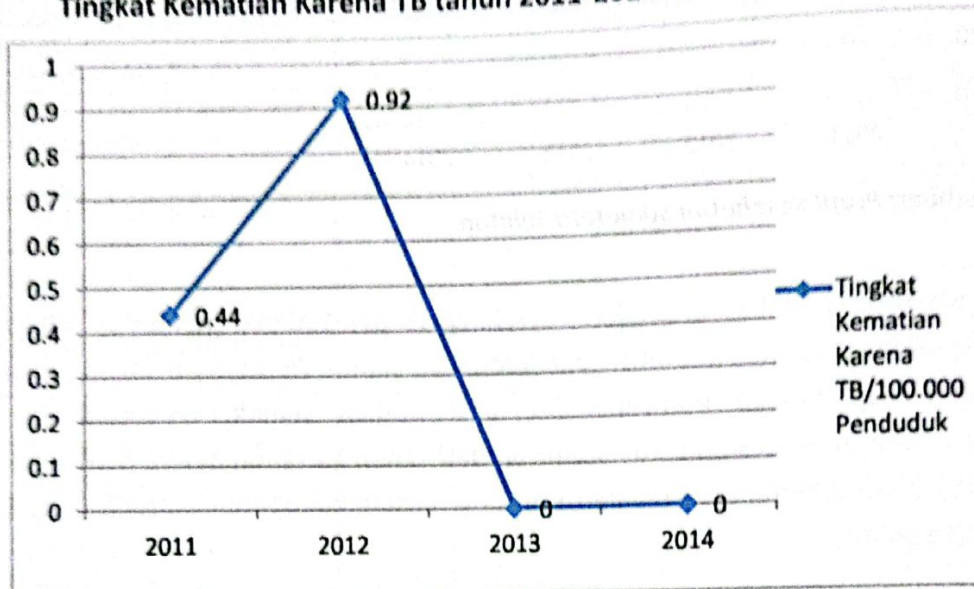
Grafik 6.9
Prevalensi TB per 100.000 Penduduk per Kabupaten/Kota di Sumatera Selatan Tahun 2011-2013



Sumber: Profil Kesehatan Sumatera Selatan

Pada Grafik 6.9 diketahui bahwa dari tahun 2011-2013 prevalensi TB per 100.000 penduduk cenderung menurun. Dari tahun ke tahun prevalensi kasus TB tertinggi berada di kabupaten/ kota berbeda seperti pada tahun 2011 prevalensi kasus tertinggi di Lubuk Linggau, tahun 2012 di Palembang dan Tahun 2013 di Lahat. Sedangkan prevalensi terendah selama 2 tahun berturut-turut yaitu 2012-2013 selalu dipegang Kota Pagar Alam.

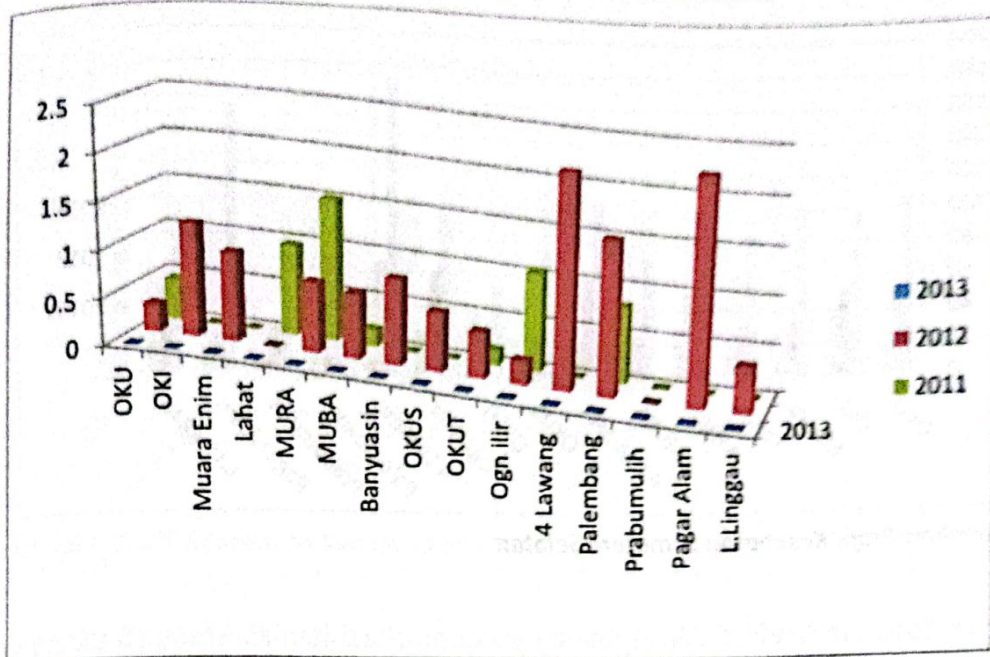
Grafik 6.10
Tingkat Kematian Karena TB tahun 2011-2014 di Sumatera Selatan



Sumber: Profil Kesehatan Sumatera Selatan

Tingkat kematian TB di Sumatera Selatan sudah mencapai target MDGs 2015 yaitu 0 kasus kematian sejak tahun 2013. Bahkan dari tahun 2011 sudah di bawah 1 per 100.000 penduduk. Sejak tahun 2013 semua Kabupaten/Kota sudah mencapai 0 kasus kematian karena TB. Walaupun pada tahun sebelumnya 2011 dan 2012 masih terdapat kasus TB di beberapa kabupaten/kota, namun kesemuanya kurang dari 3 kasus per 100.000 penduduk. Situasi tersebut ditunjukkan pada Grafik 6.11 di bawah ini.

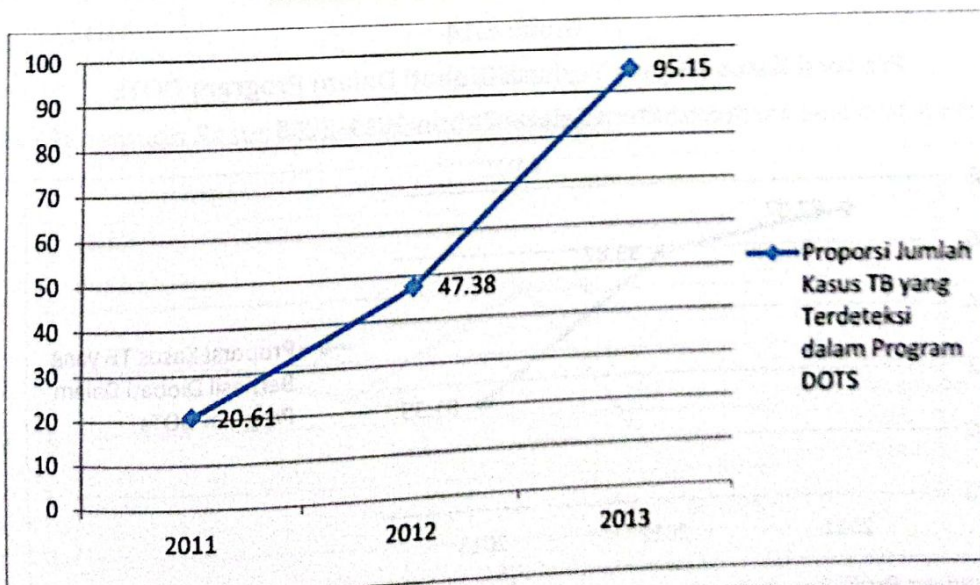
Grafik 6.11
Tingkat Kematian Karena TB di Sumatera Selatan tahun 2011-2013
per Kabupaten/Kota di Sumatera Selatan



Sumber: Profil Kesehatan Sumatera Selatan

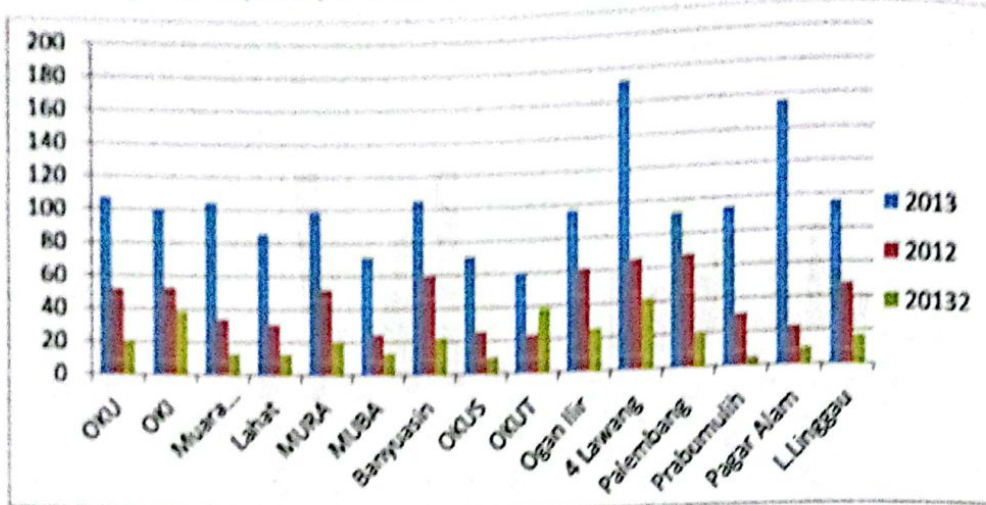
Indikator selanjutnya yaitu Proporsi jumlah kasus tuberkulosis yang terdeteksi dalam program DOTS. Situasi di Sumatera Selatan dan laporan per Kabupaten/Kota ditunjukkan pada Grafik 6.12 dan 6.13.

Grafik 6.12
Proporsi Jumlah Kasus TB yang Terdeteksi dalam Program DOTS
di Sumatera Selatan Tahun 2011-2013



Sumber: Profil Kesehatan Sumatera Selatan

Grafik 6.13
Proporsi Jumlah Kasus TB yang Terdeteksi Dalam Program DOTS per Kabupaten/Kota di Sumatera Selatan Tahun 2011-2013

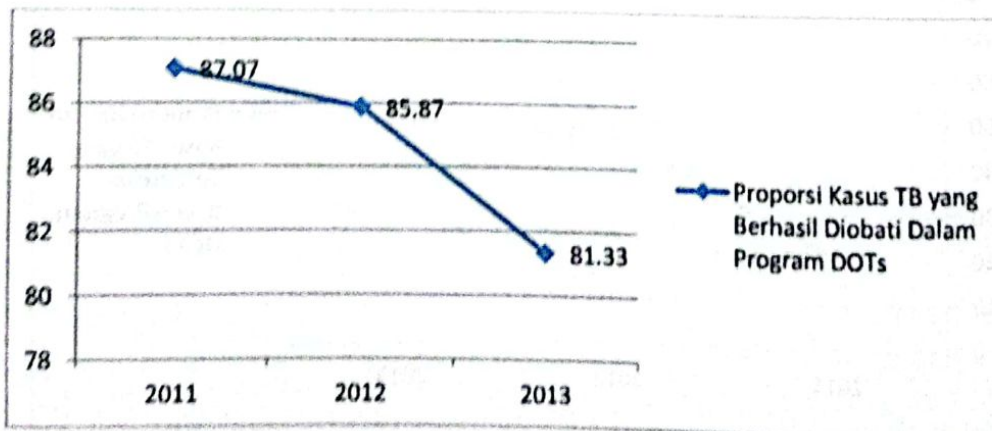


Sumber: Profil Kesehatan Sumatera Selatan

Berdasarkan Grafik 6.13 diketahui bahwa proporsi jumlah kasus TB yang berhasil terdeteksi dalam program DOTS di Sumatera Selatan terus meningkat dari tahun 2011-2013. Meskipun target MDGs baru tercapai pada tahun 2013. Namun berdasarkan Grafik 6.14 diketahui bahwa walaupun sejak tahun 2013 proporsi kasus tuberculosis yang terdeteksi dalam program DOTS di Sumatera Selatan telah mencapai target MDGs tetapi masih ada satu kabupaten yang masih di bawah target MDGs pada tahun 2013 yaitu Kabupaten OKU Timur dengan proporsi sebesar 58,94.

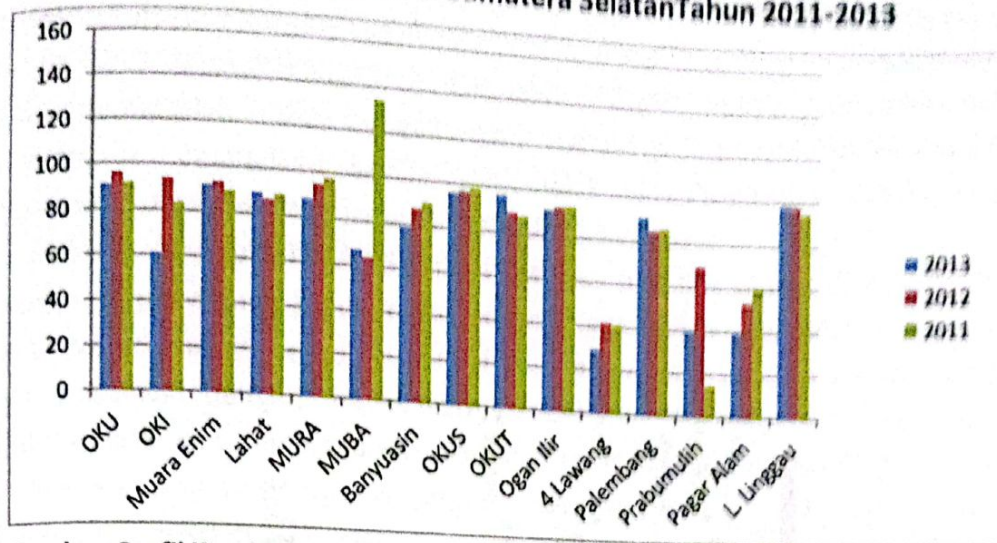
Indikator selanjutnya yaitu proporsi kasus tuberculosis yang berhasil diobati dalam program DOTS. Situasi di Sumatera Selatan ditunjukkan pada Grafik 6.14 dan 6.15 di bawah ini.

Grafik 6.14
Proporsi Kasus TB yang Berhasil Diobati Dalam Program DOTS di Sumatera Selatan Tahun 2011-2013



Sumber: Profil Kesehatan Sumatera Selatan

Grafik 6.15
Proporsi Kasus TB yang Berhasil Diobati Dalam Program DOTS
per Kabupaten/Kota di Sumatera Selatan Tahun 2011-2013



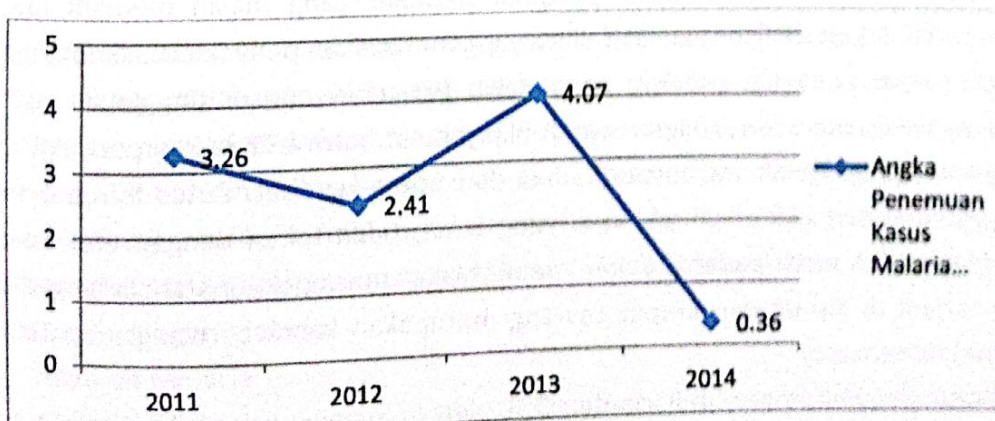
Sumber: Profil Kesehatan Sumatera Selatan

Berdasarkan Grafik 6.14 maka proporsi kasus TB yang berhasil diobati di Sumatera Selatan cenderung menurun dari tahun 2011-2013. Namun walaupun angka tersebut cenderung menurun tetapi angka tersebut sudah hampir mencapai target MDGs 2015. Sedangkan bila dilihat berdasarkan Kabupaten/Kota (Grafik 6.15) pada tahun 2013 masih ada 4 kabupaten yang jauh dari target pencapaian yaitu Empat lawang (29,41), Pagar Alam (39,62), Prabumulih (40,00), dan OKI (60,96). Serta masih ada dua kabupaten lagi yang menuju pencapaian target yaitu Musi Banyuasin dan Banyuasin.

Selanjutnya indikator terakhir dari target 6 C yang meliputi angka penemuan kasus malaria per 1000 penduduk, angka kesakitan DBD per 100.000 penduduk dan angka kematian DBD (%). Beberapa Grafik di bawah ini menunjukkan kondisi tersebut di Sumatera Selatan.

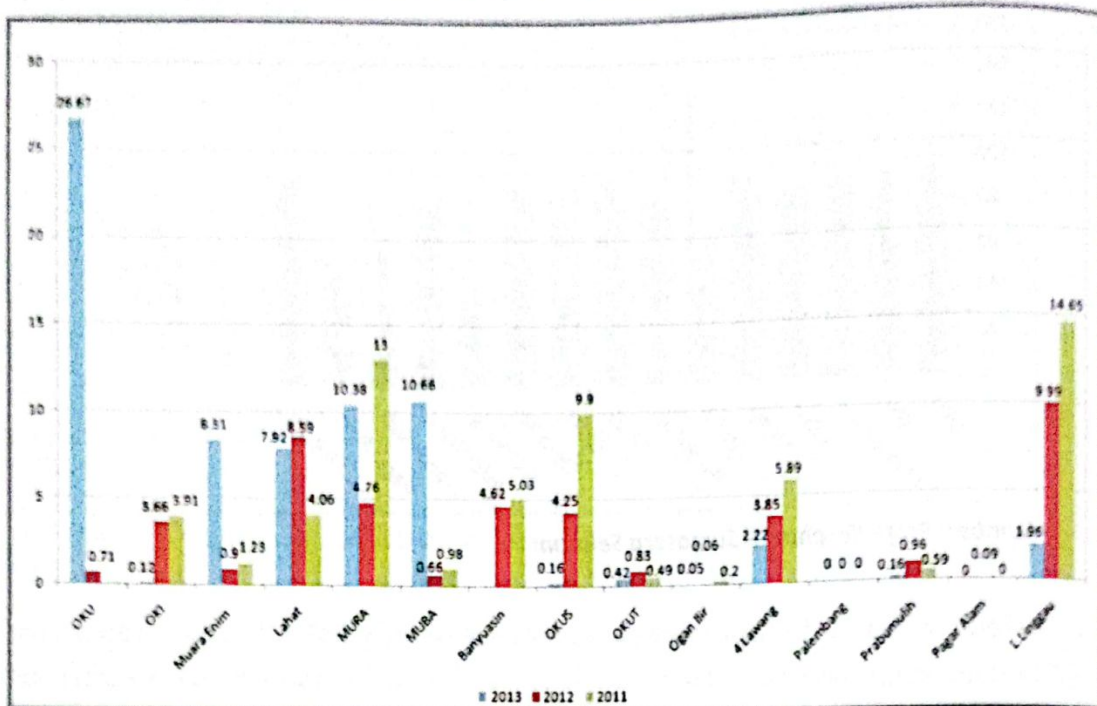
Grafik 6.16

Angka Penemuan Kasus Malaria per 1000 Penduduk di Sumatera Selatan Tahun 2011-2014



Sumber: Profil Kesehatan Sumatera Selatan

Grafik 6.17
Angka Penemuan Kasus Malaria per 1000 Penduduk
per Kabupaten/Kota di Sumatera Selatan Tahun 2011-2013



Sumber: Profil Kesehatan Sumatera Selatan

Berdasarkan Grafik 6.16 diketahui bahwa angka penemuan kasus malaria dari tahun 2011-2014 terus menurun walaupun sempat terjadi peningkatan kembali di tahun 2013. Sehingga diperkirakan indikator ini akan segera mencapai target MDGs 2015. Tetapi jika dilihat berdasarkan kabupaten (Grafik 6.17) masih ada 5 Kabupaten yang jauh dari pencapaian target yaitu Ogan Komering Ulu (26,67), Musi Banyuasin (10,66), Musi Rawas (10,38), Muara Enim (8,31), dan Lahat (7,92).

DETERMINAN PENYAKIT MENULAR

Berdasarkan hasil studi kualitatif dengan metode *Focus Grup Discussion* di Kabupaten Empat Lawang diketahui penyakit menular yang masih menjadi masalah utama yaitu TB diikuti dengan penyakit diare yang merupakan penyakit musiman, malaria yang merupakan penyakit endemi, serta DBD. Penyebab masih tingginya angka TB dikarenakan pengaruh adanya kepercayaan masyarakat bahwa TB bukan penyakit medis melainkan penyakit klenik (racun atau sihir) dan putus berobat. Putus berobat terjadi karena pasien bosan akibat pengobatan yang lama, tidak tahan dengan efek samping obat, merasa sudah sehat padahal belum menuntaskan masa pengobatan. Sehingga kasus TB yang terjadi di Kabupaten Empat Lawang merupakan kasus berulang atau TB MDR (*Multi Drug Resistance*).

Untuk penyakit diare, malaria dan DBD determinannya adalah lebih dikarenakan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) yang belum optimal serta sanitasi lingkungan yang

masih sangat buruk. Misalnya kebiasaan masyarakat yang langsung menggunakan air sungai untuk keperluan makan dan minum, perilaku buang air di sungai, masih sedikitnya rumah tangga yang memiliki sistem pembuangan air limbah (SPAL) yang sesuai standar. Faktor-faktor tersebut tentunya menjadi *breeding place* yang ideal bagi agen penyakit dan vektor penyakit terutama nyamuk dan lalat. Adapun upaya yang dilakukan untuk mengatasi permasalahan tersebut yaitu dengan melakukan penyuluhan kesehatan secara terus menerus, pengadaan lomba yang dilakukan Puskesmas terkait PHBS dan mengupayakan pembangunan jamban melalui arisan jamban.

Sedangkan untuk HIV/AIDS belum menjadi prioritas utama di Kabupaten Empat Lawang karena penemuan kasus masih nol sehingga upaya yang dilakukan baru berupa upaya preventif dalam bentuk penyuluhan. Penyuluhan yang dilakukan langsung ke sasaran misalnya dengan melakukan pendekatan ke pemimpin lokalitas untuk selanjutnya dilakukan pembinaan kesehatan. Selain itu juga adanya Program Kesehatan Peduli Remaja yang salah satu kegiatannya berupa penyuluhan tentang HIV/AIDS dan kesehatan reproduksi di SMA/SMK.

Namun ada banyak kendala (determinan lain) yang ditemui oleh petugas kesehatan dalam mengatasi permasalahan penyakit menular diantaranya PHBS masyarakat yang masih buruk, sanitasi lingkungan yang buruk, kepercayaan masyarakat akan penyakit-penyakit klenik bukan penyakit medis, sulitnya mengubah perilaku masyarakat melalui penyuluhan terutama bagi mereka yang berumur 35 tahun ke atas, kurangnya dana dan tidak adanya kendaraan operasional untuk kegiatan *surveilans*, *screening* penyakit menular tidak optimal karena didelegasikan kepada bidan desa yang biasanya lebih fokus pada kesehatan ibu dan anak (KIA) bukan penyakit menular, sebagian besar bidan tidak mau ditempatkan di desa terpencil atau jauh, kurangnya tenaga analis kesehatan dan dokter, serta seringnya pergantian pemegang program atau jabatan tertentu di dinkes sehingga pelaksanaan program juga ikut tidak optimal atau bahkan terhenti. Khusus untuk HIV/AIDS belum ada klinik VCT (*Voluntary Counseling and Testing*) terdekat di Kabupaten Empat Lawang sehingga petugas kesehatan kesulitan mendeteksi HIV/AIDS.

DETERMINAN MALARIA

Malaria merupakan penyakit yang sangat lama dikenal manusia. Menurut WHO (2009), malaria adalah penyakit yang disebabkan oleh parasit dari spesies ditularkan melalui gigitan nyamuk terinfeksi. Depkes (1999) mendefinisikan malaria sebagai penyakit infeksi yang disebabkan oleh *sporozoa* dari genus *Plasmodium* dengan gambaran penyakit berupa demam periodik, anemia, pembesaran limpa dan beberapa kumpulan gejala dan ditularkan melalui gigitan nyamuk *Anopheles*. Berikut merupakan faktor-faktor yang berhubungan dengan malaria.

a. Riwayat Malaria

Malaria yang disebabkan oleh *Plasmodium vivax* dapat kambuh berkali-kali bahkan sampai jangka waktu 3-4 tahun. Pada *plasmodium ovale* dapat kambuh sampai

bertahun-tahun apabila pengobatannya tidak dilakukan dengan baik. Kumat pada *Plasmodium falciparum* terjadi karena siklus di dalam sel darah merah masih berlangsung sebagai akibat pengobatan yang tidak teratur (Depkes RI, 1999). Orang yang pernah terinfeksi malaria sebelumnya biasanya akan terbentuk imunitas sehingga akan lebih rentan terhadap infeksi malaria berikutnya.

b. Kebiasaan Keluar Malam

Vektor malaria termasuk spesies yang aktif menggigit di malam hari. Menurut Lestari dkk (2007) nyamuk *Anopheles* paling aktif mencari darah pukul 21.00 s/d 03.00. Kebiasaan keluar rumah menurut Rizal (2002) memiliki resiko untuk terkena malaria 1,9 kali lebih besar dibandingkan yang tidak keluar rumah. Kebiasaan penduduk berada di luar rumah pada malam hari antara pukul 21.00 s/d 24.00 berhubungan erat dengan kejadian malaria karena aktivitas nyamuk dalam menghisap darah relatif tinggi pada jam tersebut (Darmadi, 2002).

c. Penggunaan Kelambu

Pemakaian kelambu pada saat tidur dapat membantu mengurangi kontak atau gigitan nyamuk, sehingga secara tidak langsung dapat menurunkan kejadian malaria. Untuk yang melakukan perjalanan ke daerah endemis dalam waktu lama perlu menggunakan *personal protection* seperti pemakaian kelambu, repellent, kawat kasa dan lain-lain (Depkes RI, 2008). Berdasarkan hasil penelitian Suwadera (2003) bahwa yang tidak menggunakan kelambu pada saat tidurnya mempunyai risiko 4,73 kali terkena malaria dibandingkan dengan yang menggunakan kelambu pada saat tidur. Sutarto (2009) menyebutkan ada interaksi pengaruh tempat perindukan nyamuk dengan pemakaian kelambu yaitu risiko penyakit malaria pada orang yang memakai kelambu lebih kecil dari pada orang yang tidak memakai kelambu, walaupun disekitar rumahnya terdapat tempat perindukan nyamuk.

d. Jenis Pekerjaan

Beberapa penelitian tidak menunjukkan adanya hubungan pekerjaan dengan malaria (Suharyo, 2006; Susana, 2011). Namun hal yang berbeda ditunjukkan oleh Sarumpaet dan Tarigan (2006) yang menilai ada hubungan antara pekerjaan dengan kejadian malaria di kawasan ekosistem Leuser, Kabupaten Karo. Pekerjaan risiko tinggi (petani dan petambak) berisiko 3,1 kali dibanding dengan pekerja risiko rendah.

e. Riwayat Sebelumnya

Orang yang pernah terinfeksi malaria sebelumnya biasanya akan terbentuk imunitas sehingga akan lebih tahan terhadap infeksi malaria. Contohnya penduduk asli daerah endemik akan lebih tahan dibandingkan dengan transmigran yang datang dari daerah non endemis (Depkes, 1999).

f. Iklim

Menurut Gunawan (2000), Faktor geografi dan meteorologi di Indonesia sangat menguntungkan transmisi malaria di Indonesia. Diantaranya Suhu yang optimum

berkisar antara 20° dan 30° C, Kelembaban yang rendah memperpendek umur nyamuk meskipun tidak berpengaruh pada parasit, Hujan yang diselingi panas akan memperbesar kemungkinan berkembang biaknya nyamuk *anopheles*, ketinggian, kecepatan angin, sinar matahari, dan arus air juga memiliki peran yang tak kalah penting.

g. **Breeding place**

Jarak dari rumah ke tempat perindukan merupakan faktor risiko malaria di desa Manimbaya. Penduduk yang tinggal dalam jarak kurang dari 250 meter dari tempat perkembangbiakan nyamuk memiliki risiko 2.2 kali lebih besar untuk terinfeksi malaria dibandingkan yang tinggal pada jarak lebih dari 250 meter (Ramtana, 2011).

h. **Densitas Populasi**

Densitas atau Kepadatan nyamuk diperoleh dari hasil penangkapan nyamuk yang hinggap di badan pada malam hari pukul 18:00-06:00, dengan metode HLC (*Human Landing Collection*). Kepadatan nyamuk *Anopheles* menghisap darah per orang per malam dihitung berdasarkan nilai man biting rate (MBR). Berdasarkan penelitian Suwito (2010) Kepadatan *Anopheles* mempunyai hubungan yang bermakna dengan jumlah kasus malaria satu bulan berikutnya ($p=0,021$). Hubungannya positif kuat ($H=0,681$), semakin tinggi kepadatan *Anopheles* per orang per malam maka semakin besar kasus malaria pada bulan berikutnya.

i. **Kemiskinan**

Hubungan antara malaria dan kemiskinan, bersifat timbal balik. Malaria menyebabkan kemiskinan, dan kemiskinan itu sendiri menyebabkan malaria (Achmadi, 2005). Keadaan sosial ekonomi masyarakat yang tinggal di daerah endemis malaria erat hubungannya dengan infeksi malaria (Depkes, 2003).

DETERMINAN TUBERKULOSIS

Tuberkulosis paru adalah penyakit radang parenkim paru karena infeksi kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Tuberkulosis paru termasuk suatu pneumonia, yaitu pneumonia yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* (Djojodibroto, 2009). Berikut beberapa faktor yang berpengaruh terhadap kejadian Tuberkulosis.

Di Indonesia diperkirakan 75% penderita TB Paru adalah kelompok usia produktif yaitu 15-50 tahun (Depkes, 2007). Berdasarkan penelitian Mahpudin (2006) kelompok umur 49 tahun ke bawah mempunyai proporsi lebih tinggi yaitu sebesar 63,2% sedangkan pada kelompok umur 50 tahun ke atas proporsinya 36,8%, hal tersebut sejalan dengan penelitian Supriyono (2003) diketahui sebagian besar penderita TB paru tergolong kelompok usia produktif dimana 89,6% penderita berusia 15-50 tahun. Penelitian Budiyanto (2003) juga mendapatkan bahwa kelompok umur yang kurang dari 55 tahun mempunyai risiko 4,27 kali menderita TB paru dibandingkan dengan kelompok umur yang lebih dari 55 tahun.

Prevalensi tuberkulosis paru tampaknya meningkat seiring dengan peningkatan usia. Angka pada pria selalu cukup tinggi pada semua usia tetapi angka pada wanita cenderung menurun tajam sesudah melampaui usia subur. Wanita sering mendapat tuberkulosis paru sesudah bersalin (Crofton, 2002). Menurut penelitian Mahpudin (2006) proporsi jenis kelamin laki-laki yang menderita TB paru sebesar 61,8% sedangkan pada wanita 38,2%. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Reviono et al (2007) dimana proporsi jenis kelamin laki-laki penderita TB paru lebih besar yaitu 55,6% dibanding wanita 44,4%. Menurut Crofton, et al (2002) angka kejadian TB pada pria selalu cukup tinggi pada semua usia, tetapi angka pada pria cenderung menurun sesudah melampaui usia produktif. Menurut penelitian Silviana (2006) menyatakan bahwa perempuan berisiko untuk menjadi TB paru BTA (+) 2,33 kali lebih besar dibandingkan dengan laki-laki.

Estimasi nasional prevalensi HIV pada pasien TB baru adalah 2.8%. Dengan meningkatnya infeksi HIV/AIDS di Indonesia, penderita tuberkulosis akan meningkat pula. Karena diperkirakan seperempat penduduk dunia telah terinfeksi kuman tuberkulosis, pada tahun 1993 WHO mencanangkan tuberkulosis sebagai kedaruratan global (Djojodibroto, 2009).

Tuberkulosis yang aktif juga dapat memperburuk kadar gula darah dan meningkatkan risiko sepsis pada penderita diabetes. Beberapa penelitian menunjukkan makrofag alveolar pada penderita TB paru dengan komplikasi DM menjadi kurang teraktivasi. Penurunan kadar respons Th-1, produksi TNF- α , IFN- γ , serta produksi IL-1 β dan IL-6 juga ditemukan pada penderita TB paru disertai DM dibandingkan pada penderita TB tanpa DM.

Merokok diketahui mempunyai hubungan dengan meningkatkan resiko untuk mendapatkan kanker paru-paru, penyakit jantung koroner, bronchitis kronik dan kanker kandung kemih. Kebiasaan merokok meningkatkan resiko untuk terkena TB paru sebanyak 2,2 kali. Riwayat kontak serumah dengan penderita tuberkulosis paru memberikan kontribusi terhadap perkembangan tuberkulosis dalam tubuh orang yang sehat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kadar interferon sebagian besar mengalami penurunan selama dua tahun.

Lingkungan pekerjaan dimana terjadi *indoor air pollution* seperti akibat rokok maupun pencemaran bahan kimia yang lain akan meningkatkan TB paru (Baris, 2004). *Outdoor air pollution* atau polusi yang berasal dari udara ambient (udara bebas) merupakan Polutan-polutan hasil kegiatan Industri dapat berupa gas dan debu yang berisiko terhadap kesehatan manusia. Efek terhadap kesehatan dipengaruhi oleh intensitas dan lamanya keterpaparan, selain itu juga dipengaruhi oleh status kesehatan penduduk yang terpajan (Kusnoputranto, 2000). Paparan ini dapat berpengaruh pada kesehatan salah satunya TB paru.

Iklim adalah salah satu faktor yang dapat menimbulkan kondisi yang memudahkan perkembangan beberapa penyakit yang disebabkan oleh mikroorganisme (Bulto, 2006). Menurut Munir, dkk (2015) Hasil uji regresi linier berganda diketahui bahwa kelembaban

udara ($p=0,013$) dan lama penyinaran matahari ($p=0,012$) adalah faktor iklim yang paling dominan mempengaruhi kejadian Tb paru di daerah bukan pesisir Kabupaten Serdang Bedagai tahun 2009-2012. Dari hasil secara spasial variabel iklim berpengaruh terhadap fluktuasi kejadian Tb paru di Kecamatan Perbaungan dan Tebing Sahbandar.

Kondisi rumah dapat menjadi salah satu faktor resiko penularan penyakit TBC. Atap, dinding dan lantai dapat menjadi tempat perkembang biakan kuman. Lantai dan dinding yang sulit dibersihkan akan menyebabkan penumpukan debu, sehingga akan dijadikan sebagai media yang baik bagi berkembang biaknya kuman *Mycrobacterium tuberculosis* (Achmadi, 2005).

Penelitian yang dilakukan Mahpudin (2006) menunjukkan bahwa yang mempunyai pendapatan perkapita rendah (dibawah garis kemiskinan) mempunyai risiko menderita tuberculosis paru 1,87 kali dibandingkan dengan yang mempunyai pendapatan perkapita diatas garis kemiskinan. Sejalan dengan penelitian tersebut. Desmon (2006) mengatakan bahwa orang yang berpendapatan kecil dari rata-rata pendapatan perkapita Nasional mempunyai peluang 1,64 kali untuk menderita penyakit TB paru dibandingkan dengan yang berpendapatan lebih tinggi.

Untuk mewujudkan peningkatan derajat kesehatan dan status kesehatan penduduk, ketersediaan dan keterjangkauan fasilitas dan sarana kesehatan merupakan salah satu faktor penentu utama. Puskesmas dan Puskesmas Pembantu merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan karena dapat menjangkau penduduk sampai ke pelosok. Namun ketersediaanya masih dirasakan sangat kurang dibandingkan dengan jumlah penduduk saat ini (BPS, 2011).

Menurut penelitian yang dilakukan Reviono et al (2008) pencarian pengobatan tuberculosis paru terbesar yaitu di Puskesmas (54,2%), dokter praktek swasta (30,6%), BP4 (4,2%), rumah sakit (2,8%). Hasil yang sama dengan penelitian yang dilakukan Gordon (2000) tentang pemanfaatan pelayanan puskesmas di Kabupaten Kapuas Hulu menunjukkan bahwa 75% responden memilih puskesmas sebagai tempat berobat dengan alasan ingin sembuh yang artinya puskesmas masih di percaya sebagai sarana pelayanan kesehatan utama.

UPAYA PENTING PERCEPATAN PENCAPAIAN MDGs TUJUAN 6

HIV-AIDS

Dalam rangka mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru HIV dan AIDS, diperlukan upaya khusus yang difokuskan pada kelompok remaja. Berdasarkan capaian tahun 2014 bahwa hanya 21,25 % penduduk Usia 15-24 yang memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV-AIDS. Pengetahuan Komprehensif mengenai HIV-AIDS meliputi persepsi salah penularan (Makan sepiring dengan orang terkena HIV/AIDS dan menular melalui gigitan nyamuk) dan Pencegahan penularan (berhubungan seks dgn satu pasangan saja, menggunakan kondom saat berhubungan seks dan tidak menggunakan jarum suntik bersama). Upaya yang dilakukan pemerintah

pusat untuk meningkatkan pengetahuan Komprehensif mengenai HIV-AIDS diantaranya dengan:

1. Memperbanyak jenis dan jumlah media Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) terutama untuk penduduk usia 15-24 tahun.
2. Penetapan SKB 5 Menteri mengenai Peningkatan Pengetahuan Komprehensif HIV-AIDS (Kemenkes, Kemendiknas, Kemenag, Kemendagri, dan Kemensos)
3. Peningkatan KIE HIV-AIDS terhadap kelompok berisiko tinggi seperti Penasun, Waria, LSL, WPS, supir truk, tukang ojek, pelaut, anak buah kapal, tenaga konstruksi, penghuni lapas dan rutan, dll, berkoordinasi dengan sektor lain.
4. Kampanye "Aku Bangga Aku Tahu" pada anak sekolah di 100 kabupaten/kota, di 1000 sekolah (Pusat Promosi Kesehatan, Kemenkes).

Upaya peningkatan pengetahuan komprehensif tentang HIV-AIDS pada penduduk 15-24 tahun oleh Dinas Kesehatan Provinsi, Kabupaten Kota dan UPT di daerah, seperti: Bekerja sama dengan Dinas Pendidikan provinsi dan kabupaten/kota setempat serta organisasi/instansi terkait lainnya dalam melakukan penyuluhan pada anak sekolah (SMP, SMU) dan Perguruan Tinggi (Melakukan penyuluhan (konseling) perorangan; Melakukan penyuluhan (konseling) kelompok ; Melakukan penyuluhan menggunakan media KIE, seperti: *leaflet*, poster, lembar balik dan *banner*; Melakukan penyuluhan melalui media elektronik (radio, TV); Melakukan penyuluhan melalui wadah atau media lain yang ada di masyarakat dengan memperhatikan nilai-nilai sosial, agama, dan budaya setempat) untuk meningkatkan pengetahuan remaja terkait HIV dan AIDS melalui kampanye "Aku Bangga Aku Tahu" (ABAT). Kampanye ABAT merupakan sosialisasi mengenai perilaku seksual yang harus dihindari sebelum ada komitmen yaitu pernikahan dan kesadaran tentang cara penularan penyakit HIV dan AIDS. Dengan demikian diharapkan, pemerintah, dunia usaha, masyarakat, khususnya generasi muda, dapat lebih mengenal HIV dan AIDS, dapat melindungi diri dan orang lain dari risiko penularan HIV dan AIDS.

Sedangkan upaya yang dilakukan untuk meningkatkan penggunaan kondom pada kelompok berisiko yaitu:

1. Mendorong daerah untuk menyusun regulasi tentang pencegahan dan penanggulangan HIV-AIDS, khususnya pencegahan pada hubungan seks berisiko.
2. Bekerja sama dengan KPAN untuk peningkatan jumlah *outlet*, distribusi, dan promosi penggunaan kondom.
3. Peningkatan pengetahuan komprehensif melalui media KIE yang lebih tepat dan efektif
4. Peningkatan jumlah klinik Infeksi Menular Seksual (IMS) di Puskesmas wilayah berisiko tinggi.
5. Melaksanakan promosi kondom dan penyusunan Pedoman Manajemen Penggunaan Kondom di fasilitas kesehatan.

Selanjutnya program HIV-AIDS yang akan dilakukan tahun 2016 yaitu kolaborasi TB-HIV, yaitu pemeriksaan HIV-AIDS pada pasien TB karena TB merupakan salah satu

infeksi oportunistik dari penyakit HIV AIDS, dan penyebab utama kematian pasien HIV-AIDS adalah karena TB.

Menurut estimasi Depkes, pada tahun 2009 terdapat 3.045 kasus baru HIV pada anak dengan kasus kumulatif 7.546, sedangkan pada tahun 2014 diperkirakan terdapat 5.775 kasus baru dengan 34.287 kasus kumulatif anak HIV di seluruh Indonesia. Kondisi di atas menunjukkan pentingnya implementasi program *prevention of mother to child transmission of HIV (PMTCT)* yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan bayi dari infeksi HIV. Program PMTCT komprehensif berupaya meningkatkan kepedulian dan pengetahuan perempuan usia reproduktif tentang HIV dan AIDS; meningkatkan akses perempuan hamil untuk mendapatkan layanan konseling dan testing HIV (VCT); meningkatkan akses perempuan hamil HIV positif untuk mendapatkan layanan pengurangan risiko penularan HIV ke bayinya (dari semula 25 – 45 persen menjadi sekitar 2 persen); serta meningkatkan akses perempuan HIV positif dan keluarganya untuk mendapatkan layanan psikologis dan sosial agar kualitas hidupnya terjaga. Untuk itu Pemerintah Provinsi Sumatera Selatan pada tahun 2016 akan melakukan program pemeriksaan HIV-AIDS pada seluruh ibu hamil yang melakukan pemeriksaan ke Puskesmas. Diharapkan program ini dapat menyelamatkan ibu dan bayi dari infeksi HIV.

MALARIA DAN TUBERKULOSIS

Di Indonesia terdapat 24 Kabupaten endemis malaria, dan diperkirakan sekitar 45% penduduk Indonesia beresiko tertular malaria. Pada Provinsi Sumatera Selatan terdapat 8 Kabupaten endemis malaria dari 17 Kabupaten/Kota yang ada, serta diperkirakan 8 per 1.000 penduduk Sumatera Selatan beresiko tertular malaria. Tujuan program pemberantasan malaria di Provinsi Sumatera Selatan adalah terwujudnya masyarakat yang hidup sehat dalam lingkungan yang terbebas dari penularan malaria tahun 2020. Sedangkan tujuannya diantaranya:

- Tercapainya eliminasi malaria di Provinsi Sumatera Selatan pada tahun 2020.
- Pada tahun 2020 seluruh Kabupaten/Kota mampu melakukan pemeriksaan sediaan darah malaria dan memberikan pengobatan tepat dan terjangkau.
- Pada tahun 2020 seluruh wilayah Provinsi Sumatera Selatan sudah melaksanakan intensifikasi dan integrasi dalam pengendalian malaria dan tahun 2030 untuk seluruh Indonesia.

Pokok kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai eliminasi malaria antara lain: (DInkes Provinsi Sumsel, 2014)

- Pencegahan dan penanggulangan faktor resiko.
- Penemuan penderita dan tatalaksana kasus.
- Peningkatan surveilans epidemiologi dan penanggulangan wabah.
- Peningkatan KIE pencegahan dan pemberantasan penyakit.

Menurut Dirjen PP & PL Kemenkes RI bahwa untuk percepatan eliminasi malaria maka dikeluarkan kebijakan pengendalian malaria yaitu:

1. Stop Malaria Klinis. Semua diagnosa malaria harus terkonfirmasi laboratorium/RDT.
2. Stop Klorokuin. Berdasarkan rekomendasi dari Komisi Ahli Diagnosis dan pengobatan Artemisinin – based Combination Therapy (ACT) sebagai Obat Anti Malaria untuk semua jenis plasmodium, Klorokuin tidak dipergunakan lagi untuk pengobatan malaria.
3. Pengendalian vektor malaria, meliputi: *Indoor Residual Spraying (IRS)*, penggunaan kelambu berinsektisida, dan lain-lain.
4. Kerja sama lintas sektor dan lintas program untuk meningkatkan peran serta aktif masyarakat.

Tujuan dari program Pemberantasan TB Paru adalah menurunkan angka kesakitan dan angka kematian yang diakibatkan penyakit tuberkulosis, memutuskan mata rantai penularan serta mencegah terjadinya *Multi Drug Resistent (MDR)* Tuberkulosis. Target program ini adalah tercapainya penemuan pasien baru TB BTA Positif paling sedikit 70% dari perkiraan dan menyembuhkan 85% dari semua pasien tersebut serta mempertahankannya. Target ini diharapkan dapat menurunkan tingkat prevalensi dan kematian akibat tuberkulosis hingga separuhnya dan mencapai tujuan Millenium Development Goals pada tahun 2015. Rumah Sakit Umum RSMH dipilih menjadi RS Rujukan di Sumatera Selatan untuk program *Multi Drug Resistent (MDR)* dan pada akhir 2015 Rumsh Sakit Siti Aisyah Lubuk Linggau telah menjadi Rumah Sakit Sub rujukan untuk MDR yang melayani 4 Kabupaten yaitu Lubuk Linggau, Musi Rawas, Musi Rawas Utara (MURATARA) dan Pagar Alam (Profil Kesehatan Sumatera Selatan, 2015)

Program Pengendalian Penyakit TB Paru di Sumatera Selatan telah melaksanakan dengan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*). Sampai dengan tahun 2014 program penanggulangan TB dengan strategi DOTS di Sumatera Selatan menjangkau 100% Puskesmas, sementara untuk Rumah Sakit baru mencapai 50%. Diharapkan tahun 2015 ini jangkauan program DOTS di RS semakin meningkat, karena salah satu point pada akreditasi RS adalah adanya Program DOTS.

Tantangan lainnya yang harus dihadapi kedepan oleh Dinas Kesehatan Provinsi adalah:

1. **TB-HIV**

Koordinasi TB-HIV secara umum masih perlu diperkuat. Cakupan layanan TBHIV terpadu di fasilitas pelayanan TB maupun HIV/AIDS masih rendah. Sebagian besar Rumah Sakit ART belum terlibat dalam program pengendalian TB nasional. Skrining TB pada ODHA juga belum berjalan secara rutin, demikian pula surveilans TB-HIV.

2. **Resistensi Obat TB**

Ancaman MDR memunculkan wacana perlunya regulasi obat anti tuberculosi serta menekankan urgensi ketersediaan obat lini kedua. Isu utama yang semakin menguat adalah urgensi untuk meningkatkan akses terutama bagi masyarakat miskin dan terpencil. Upaya ini perlu ditopang oleh berbagai hal, antara lain kemitraan, pengembangan desa siaga peduli TB, pendelegasian wewenang ke

bidan/perawat desa untuk mendekatkan OAT untuk masyarakat miskin, peningkatan keterlibatan sektor terkait untuk masyarakat miskin dengan uraian tugas yang jelas, serta pelibatan sektor terkait dalam mengurangi faktor risiko.

3. TB Anak

TB pada anak mencerminkan transmisi TB yang terus berlangsung di populasi. Secara umum, tantangan utama dalam program pengendalian TB anak adalah kecenderungan diagnosis yang berlebihan (overdiagnosis), disamping juga masih adanya underdiagnosis, penatalaksanaan kasus yang kurang tepat, pelacakan kasus yang belum secara rutin dilaksanakan serta kurangnya pelaporan pasien TB anak.

4. Masyarakat Miskin serta Kelompok Rentan Lainnya

Keterbatasan akses terhadap pelayanan DOTS yang berkualitas masih dijumpai terutama pada masyarakat miskin dan rentan di perkotaan, populasi di rutan/lapas, dan penduduk di kawasan terpencil. (Ditjen P2PL, 2011).

BEST PRACTICES PROVINSI SUMATERA SELATAN**Kotak 6.10****Upaya Penurunan Angka Kematian Demam Berdarah Dengue (DBD) dengan Memelihara Iwak Tempalo di Sumatera Selatan**

Wilayah Sumatera Selatan padatahun 2013 dengan luas 91,806.36 Km² dan penduduk sebanyak 7.828.700 jiwa, memiliki komitmen tinggi pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat sebagai bagian dari percepatan capaian Pembangunan Milenium (MDGs). Kematian karena DBD masih cukup tinggi. Hal tersebut membuat Provinsi Sumatera Selatan melakukan beberapa upaya yang bersifat inovasi daerah dalam menurunkan DBD di Sumatera Selatan. Salah satu upaya inovasi daerah yang dilakukan adalah dengan menggunakan potensi yang ada, yaitu Ikan Cupang atau Tempalo (*Betta sp*) yang banyak dibudidayakan dan dijual sebagai Ikan Hias dan Ikan Aduan di Sumatera Selatan.



Upaya menurunkan angka kematian DBD selain dilakukan dengan kegiatan seperti mengadakan serta mendistribusikan insektisida, mesin *fogging*, logistic larvasida, pembagian kelambu dan kegiatan medis lain juga dilakukan dengan menggerakkan masyarakat untuk memelihara Ikan/Iwak Tempalo karena ikan jenis ini berfungsi sebagai pemangsa/pemakan jentik-jentik nyamuk *Aedes Aegypti* yang menimbulkan DBD sehingga bisa memutus rantai penyebaran penyakit DBD.

Gerakan menurunkan DBD dengan Iwak Tempalo dilakukan secara gencar dengan sosialisasi dan penyebaran informasi baik di media cetak dan elektronik (tv, radlo), Internet (youtube), juga dengan penyebaran leaflet. Kegiatan tersebut dapat memberikan kontribusi menekan Insiden Rate DBD. Insiden rate untuk Provinsi Sumatera Selatan ditahun 2014 sebesar 19/100.000 penduduk sama dengan tahun sebelumnya, tapi masih dibawah standar nasional yaitu 51/100.000 penduduk.