KATA PENGANTAR

Berkat rahmat Allah SWT, buku “Profil Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Selatan Tahun 2017” dapat diterbitkan sebagai rangkaian penyajian data dan informasi yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Selatan. “ **Profil kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Selatan Tahun 2017** menyajikan data tahun sebelumnya yang diharapkan dapat menjadi informasi, bahan evaluas, dan proyeksi bagi keperluan pembangunan kesehatan di Kabupaten Hulu Sungai Selata.

Dalam penyusunan profil Kesehatan ini mengunakan data/informasi yang diperoleh dari Bidang dan Seksi di unit kerja di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Selatan dan dari berbagai sumber lainnya di luar lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Selatan.

Untuk menjamin akurasi data, telah dilakukan validasi data melalui mekanisme pemutakhiran data, baik ditingkat Puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten dan Dinas Kesehatan Provinsi. Berbagai hambatan dan masalah dalam kelengkapan data, ketepatan waktu dan informasi dibahas dan disepakati penyelesaiannya melalui mekanisme ini.

Buku Profil Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Selatan 2017 ini merupakan hasil kegiatan tahun 2016 yang dituangkan dalam bentuk narasi, gambar dan analisa situasi umum serta lingkungan yang mempengaruhi kesehatan, situasi sumber daya, situasi upaya pelayanan kesehatan, situasi derajat kesehatan dan lampiran tabel-tabel yang berisi data-data.

Dalam rangka meningkatkan mutu Profil Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Selatan berikutnya, diharapkan saran dan kritik yang membangun, serta partisipasi dari semua pihak khususnya dalam upaya mendapatkan data/informasi yang akurat, tepat waktu dan sesuai dengan kebutuhan. Kepada semua pihak yang telah menyumbangkan pikiran dan tenaganya dalam penyusunan buku ini, kami ucapkan terima kasih.

Kandangan, Juli 2017

KEPALA DINAS KESEHATAN KAB HSS

dr. Hj. SITI ZAINAB

Pembina Tk.I

NIP. 19710723 200212 2 004

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR ……………………………………………………………………………………. 1

DAFTAR ISI ………………………………………………………………………………………………… 3

DAFTAR GAMBAR ……………………………………………………………………………………. 6

DAFTAR TABEL ……………………………………………………………………………………. 10

DAFTAR LAMPIRAN …………………………………………………………………………………….. 116

BAB I PENDAHULUAN

BAB II GAMBARAN UMUM DAN PERILAKU PENDUDUK

1. KEADAAN GEOGRAFIK …………………………………………………………………….. 13
2. KEADAAN KEPENDUDUKAN …………………………………………………………. 13
3. KEADAAN EKONOMI …………………………………………………………………….. 14
4. KEADAAN PENDIDIKAN …………………………………………………………………….. 14
5. KEADAAN KESEHATAN LINGKUNGAN…………………….…………………….. 15
6. KEADAAN PERILAKU MASYARAKAT ……………………………………………… 25
7. Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)……………………………….. 25
8. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat …………….. ……………………………………. . 28
9. Kawasan Tanpa Rokok …………..………………………………………………………… 30

BAB III SITUASI DERAJAT

1. MORTALITAS ………………………………………………………………………………… 31
2. Angka Kematian Neonatal (AKN) ……………………………………………… 31
3. Angka Kematian Bayi (AKB) ………………………………………………………… . 33
4. Angka Kematian Balita (AKABA) …………………………………………….. . 34
5. Angka Kematian Ibu (AKI) …………………………………………………………. 36
6. STATUS GIZI …………………………………………………………………………………. 37

Status Gizi Balita ………………………………………………………………………………… 37

1. MORBIDITAS …………………………………………………………………………………. 39
2. Penyakit Menular …………………………………………………………………….. 40
3. Tubercolusis Paru ………………………………………………………………………. 40
4. HIV dan AIDS ………………………………………………………………………. 43
5. Pneumonia …………………………………………………………………………………… 45
6. Kusta …………..…………………………………………………………………………………… 46
7. Diare ……………………………………………………………………………………………….. 48
8. Penyakit Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) ……………………….. 48
9. Tetanus Neonatorum …………………………………………………………… 48
10. Campak …………………………………………………………………………………… 49
11. Difteri ……………………………………………………………………………………. 49
12. Polio dan AFP ……………………………………………………………………….. 49
13. Penyakit yang bersumber Binatang …………………………………………………. 50
14. DBD ………………………………………………………………………………………………… 50
15. Filariasis ……………………………………………………………………………………. 51
16. Malaria ……………………………………………………………………………………… 51
17. Penyakit Tidak Menular …………………………………………………………………………. 52

BAB IV SITUASI UPAYA KESEHATAN ……………………………………… 54

1. UPAYA KESEHATAN IBU DAN ANAK …………………………………………………. 54
2. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil, Bersalin dan Nifas ……………… 55
3. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin ………………………………………………… 58
4. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas …………………………………………………. 61
5. Penanganan Komplikasi Maternal dan Neonatal …………………………. 63
6. Penanganan Komplikasi Neonatal ………………………………………………… 65
7. Kunjungan Neonatal ………………………………………………………………………… 67
8. Pelayanan Kesehatan pada Bayi ………………………………………………… 69
9. Pelayanan Kesehatan pada Anak Balita ………………………………………. 70
10. Penjaringan Sekolah Dasar dan Setingkatnya …………………………… 71
11. Keluarga Berencana …………………………………………………………………………… 72
12. PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT ……………………………………………………. 74
13. Pemberian Tablet Tambah Darah Pada Ibu Hamil (Fe) ………………... 74
14. Pemberian Kapsul Vitamin A ………………………………………………………………… 76
15. Cakupan Pemberian ASI Eksklusif …………………………………………………….. 77
16. Cakupan Penimbangan Balita di Posyandu (D/S) ……………………………… 78
17. PELAYANAN IMUNISASI ………………………………………………………………… 79
18. Imunisasi Dasar Bayi ……………………………………………………………………………. 80
19. Imunisasi Ibu Hamil ……………………………………………………………………………. 83
20. UPAYA PENGENDALIAN PENYAKIT …………………………………………………….. 84
21. Pengendalian HIV dan AIDS …………………………………………………………………. 84
22. Pengendalian TB Paru …………………………………………………………………………….. 84
23. Pengendalian Penyakit Malaria …………………………………………………………………. 88
24. Pengendalian Penyakit ISPA …………………………………………………………………. 90
25. Pengendalian Penyakit kusta …………………………………………………………………. 91
26. Pengendalian **Penyakit Polio** ………………………………………………………………………… 92
27. Pengendalian Penyakit DBD …………………………………………………………………. 93
28. Pengendalian Penyakit Filariasis …………………………………………………….. 94
29. Pengendalian Penyakit Kanker ………………………………………………………………… 95
30. UPAYA PELAYANAN KEFARMASIAN ……………………………………………………. 96
31. PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT ………………… 97

BAB V SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN …………………………….. 99

1. SARANA KESEHATAN ……………………………………………………………………………… 99
2. Puskesmas ………………………………………………………………………………………… 99
3. Rumah Sakit …………………………………………………………….............................. 99
4. Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat …………………………….. 104
5. TENAGA KESEHATAN …………………………………………………………………............ 107
6. Jumlah dan Rasio Tenaga Kesehatan …………………………………………………….. 108
7. Tenaga Kesehatan di Puskesmas …………………………………………………….. 108
8. Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit …………………………………………………….. 109
9. PEMBIAYAAN KESEHATAN …………………………………………………………………. 109
10. APBN ……………………………………………………………………………………………………. 110
11. APBD …………………………………………………………………………………………………….. 111

BAB VI PENUTUP ………………………………………………………………………………………… 112

LAMPIRAN ……………………………………………………………………………………………………. 113

# LAMPIRAN GAMBAR

Gambar II.1 Persentase Penduduk Dengan Akses Berkelanjutan

Terhadap Air Minum Berkualitas (Layak) Per Puskesmas

di Kab HSS Tahun 2013-2016 16

Gambar II.2 Persentase Penduduk Dengan Akses Berkelanjutan

Terhadap Air Minum Berkualitas (Layak) Per Puskesmas

di Kab HSS Tahun 2016 16

Gambar II.3 Persentase Penduduk Dengan Akses Sanitasi Layak

(Jamban Sehat) di Kab HSS Periode Tahun 2013 – 2016 19

Gambar II.4 Persentase Penduduk Dengan Akses Sanitasi Layak

(Jamban Sehat) Per Puskesmas di Kab HSS Tahun 2016 20

Gambar II.5 Persentase Rumah Tidak Sehat Per Puskesmas di

Kab HSS Tahun 2016 22

Gambar II.6 Persentase Pencapaian Rumah Sehat di Kab HSS

Tahun 2013 – 2016 23

Gambar II.7 Persentase Pencapaian Rumah Sehat Per Puskesmas di

Kab HSS Tahun 2016 24

Gambar II.8 Persentase Desa/Keluarahan yang Melaksanakan Sanitasi

Berbasis Masyarakat di Kab HSS Tahun 2013-2016 27

Gambar II.9 Capaian Ber PHBS di Kab HSS Tahun 2015-2016 29

Gambar II.10 Persentase Ber PHBS di Kab HSS Tahun 2016 29

Gambar III. 1 Angka Kematian Neonatal di Kab HSS Periode Tahun 2015- 2016 32

Gambar III. 2 Jumlah Kematian Neonatal Per Puskesmas di Kab HSS Tahun 2016 32

Gambar III. 3 Angka Kematian Bayi Per 1.000 Kelahiran Hidup Di Kab HSS Tahun 2015 – 2016 33

Gambar III. 4 Jumlah Kematian Bayi Per Puskesmas Di Kab HSS

Tahun 2016 34

Gambar III.5 Angka Kematian Balita (AKABA) per 1.000 Kelahiran

Hidup di Kab HSS Tahun 2016 35

Gambar III.6 Jumlah Angka Kematian Balita (AKABA) per 1.000 Kelahiran Hidup Per Puskesmas di Kab HSS 2016 35

Gambar III.7 Angka Kematian Ibu Per 100.000 Kelahiran Hidup 36 Di Kab HSS Tahun 2015 – 2016

Gambar III. 8 Jumlah Kematian Ibu Per 100.000 Kelahiran Hidup

Di Kab HSS Tahun 2016 37

Gambar III. 9 Balita dengan BGM Di Kab HSS Tahun 2015 - 2016 38

Gambar III. 10 Prevalensi Balita dengan BGM Per Puskesmas Di Kab HSS Tahun 2016 39

Gambar III. 11 Proporsi BTA+ Di Antara Seluruh Kasus TB Paru di Di Kab HSS Tahun 2015 – 2016 41

Gambar III. 12 Angka Notifikasi Kasus BTA+ dan Seluruh Kasus Per

100.000 Penduduk di Di Kab HSS Tahun 2015 – 2016 42

Gambar III. 13 Angka Notifikasi Kasus BTA+ Per 100.000 Penduduk Per Puskesmas di Di Kab HSS Tahun 2016 42

Gambar III. 14 Angka Penemuan Kasus (Case Detection Rate) Tb Paru

BTA+ Di Kab HSS Tahun 2015 – 2016 43

Gambar III. 15 Jumlah Kasus Baru HIV Positif di Kab HSS

Tahun 2015 – 2016 44

Gambar III. 16 Angka Kematian Akibat AIDS yang diLaporkan

di Kab HSS Tahun 2015 – 2016 44

Gambar III. 17 Cakupan Penemuan Pneomonia Pada Balita di Kab HSS Tahun 2015 – 2016 45

Gambar III. 18 Angka Prevalensi dan Angka Penemuan Kasus Baru Kusta (NCDR) di Kab HSS Tahun 2015 – 2016 46

Gambar III. 19 Proporsi Cacat Tingkat II dan Proporsi Anak Di antara

kasus baru kusta di Kab HSS Tahun 2015 – 2016 47

Gambar III. 20 Angka Kesakitan Diare Di Kab HSS Periode

Tahun 2015 – 2016 48

Gambar III. 21 Angka Kesakitan Deman Berdarah Per 100.000 Penduduk di Kab HSS Tahun 2015 – 2016 50

Gambar III. 22 Angka Kesakitan Malaria (Annual Paracite Incidence/

API) Per 1000 Penduduk di Kab HSS Tahun 2015 – 2016 52

Gambar IV.1 Cakupan Pelayan ibu Hamil K4 Per Puskesmas di Kab HSS Tahun 2016 56

Gambar IV.2 Cakupan Pelayan ibu Hamil K1 dan K4 di Kab HSS Tahun

2016 58

Gambar IV.3 Cakupan Persalinan Ditolong Tenaga Kesehatan Terlatih

(Pn) Per Puskemasdi Kab HSS Tahun 2016 59

Gambar IV.4 Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (Kf-3)

di Kab HSSTahun 2016 62

Gambar IV.5 Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (Kf-3) Per Puskesmas di Kab HSSTahun 2016 63

Gambar IV.6 Penanganan Komplikasi Maternal (Pk) di Per

Puskesmas Kab HSS Tahun 2016 66

Gambar IV.7 Cakupan Penanganan Komplikasi Neonatal 1 dan

Kunjungan Neonatal Lengkap di Kab HSS Tahun 2016 68

Gambar IV.8 Capaian Cakupan Kunjungan Neonatal Lengkap Per

Puskesmas di Kab HSS Tahun 2016 68

Gambar IV.9 Capaian Cakupan Kunjungan Bayi di Kab HSS

Tahun 2016 69

Gambar IV.10 Capaian Cakupan Kunjungan Bayi Per Puskesmas

di Kab HSS Tahun 2016 70

Gambar IV.11 Capaian Cakupan Pelayanan Anak Balita (umur 12-59 bulan)

Di Kab HSS Tahun 2016 71

Gambar IV.12 Persentase KB Aktif di Kab HSS Tahun 2016 73

Gambar IV.13 Persentase Peserta Kb Baru menurut Tempat Pelayanan

KB Di Kab HSS Tahun 2016 74

Gambar IV.14 Persentase Ibu Hamil yang Mendapat 90 Tablet dan 30 Tambah Darah di Kab HSS Tahun 2016 75

Gambar IV.15 Cakupan Pemberian Kapsul Vitamin A pada Balita

(6 - 59 Bulan) di Kab HSS Tahun 2016 77

Gambar IV.16 Cakupan Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi 0-6 Bulan

Per di Kab HSS Tahun 2016 78

Gambar IV.17 Cakupan Penimbangan Balita di Posyandu Kab HSS

Tahun 2016 78

Gambar IV.18 Cakupan Imunisai Campak Per Puskesmas di Kab HSS Tahun 2016 80

Gambar IV.19 Persentase Cakupan Imunisai Dasar Lengkap Per

Puskesmas di Kab HSS Tahun 2016 81

Gambar IV.20 Cakupan Desa/ Kelurahan UCI di Kab HSS Tahun 2016 82

Gambar IV.21 Persentase Cakupan Imunisasi TT2+ pada Ibu Hamil Per Puskesmas di Kab HSS Tahun 2016 84

Gambar IV.22 Persentase Pasien TB Paru BTA Positif terhadap Suspek

Yang Diperiksa Dahaknya Per Puskesmas Di Kab HSS

Tahun 2016 87

Gambar IV.23 Persentase Pemeriksaan Sediaan Darah Suspek Malaria

di kab HSS Tahun 2015 – 2016 89

Gambar V.1 Persentase Desa dan Keluarahan Siaga Aktif Menurut Tingkat (Strata) Tahun 2015-2016 105

Gambar V.2 Persentase Desa dan Keluarahan Posyandu Aktif Menurut Tingkat (Strata) Tahun 2015-2016 106

# TABEL

Tabel IV.1 Penemuan Penderita HIV dan AIDS di Kab HSS

Tahun 2012 – 2106 84

Tabel IV.2 Angka Penemuan Kasus Baru (NCDR) dan Angka Cacat

Tingkat II Kusta di Kab HSS Tahun 2012-2016 90

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

Profil Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Selatan diterbitkan setiap tahun. Profil Kesehatan ini membahas beberapa topik yang terdapat dalam setiap bab yang disajikan dalam urutan sebagai berikut :

BAB II GAMBARAN UMUM DAN PERILAKU PENDUDUK

Bab ini menyajikan tentang gambaran umum, yang meliputi gambaran keadaan georafik, keadaan penduduk, keadaan ekonomi, keadaan pendidikan, keadaan lingkungan dan keadaan perilaku masyarakat meliputi Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM), Perilaku Hidup Bersih dan Sehat, Kawasan Tanpa Rokok

BAB III SITUASI DERAJAT KESEHATAN

Bab ini menyajikan tentang Mortalitas meliputi Angka Kematian Neonatal (AKN), Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Balita (AKABA), Angka Kematian Ibu (AKI) ; Status gizi membahas status gizi balita ; Morbiditas meliputi Penyakit Menular (Tubercolusis Paru, HIV dan AID, Pnemonia, Kusta, Diare) ; Penyakit Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) meliputi (Tetanus Neonatorum, Campak, Difteri dan Polio/AFP) ; Penyakit yang bersumber Binatang (DBD, Filariasis, Malaria ; dan Penyakit Tidak Menular.

BAB IV SITUASI UPAYA KESEHATAN

Bab ini menyajikan tentang Upaya Kesehatan Ibu dan Anak meliputi pelayanan kesehatan pada ibu hamil, pelayanan kesehatan pada ibu bersalin, pelayanan kesehatan pada ibu nifas, pelayanan komplikasi maternal, penanganan komplikasi neonatal, pelayanan kunjungan neonatal, pelayanan kesehatan bayi, pelayanan kesehatan pada anak balita, kegiatan penjaringan sekolah dasar dan setingkatnya dan pelayanan keluarga berencana ; Perbaikan Gizi Masyarakat yang meliputi Pemberian Tablet Tambah Darah Pada Ibu Hamil (Fe), Pemberian Kapsul Vitamin A dan Cakupan Penimbangan Balita di Posyandu ; Pelayanan Imunisasi kegiatannya meliputi pemberian Imunisasi Dasar Bayi dan Imunisasi pada Ibu Hamil ; Upaya Pengendalian Penyakit meliputi pengendalian HIV dan AIDS, Pengendalian TB Paru, Pengendalian Penyakit Malaria, Pengendalian Penyakit ISPA, Pengendalian Penyakit kusta, Pengendalian Penyakit Polio, Pengendalian Penyakit DBD dan Pengendalian Penyakit Filariasis ; Upaya pelayanan kefarmasian dan ; Pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat

BAB V SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN

Bab ini menyajikan tentang Sarana Kesehatan meliputi Puskesmas, Rumah Sakit dan Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat; Tenaga Kesehatan meliputi Jumlah dan Rasio Tenaga Kesehatan, Tenaga Kesehatan di Puskesmas dan Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit ; Pembiayaan Kesehatan.

BAB VI PENUTUP

**BAB II**

**GAMBARAN UMUM DAN PERILAKU PENDUDUK**

1. **KEADAAN GEOGRAFIK**

Kabupaten Hulu Sungai Selatan secara astronomis terletak di antara 02°29”59” sampai - 02°56”10” Lintang Selatan dan 11°451”19” sampai 115°36”19” Bujur Timur.

Kabupaten Hulu Sungai Selatan memiliki luas wilayah 1.0804,94 km² atau 180,494 hektar. Secara geografis Kabupaten Hulu Sungai Selatan berbatasan dengan kabupaten sekitar. Batas Administrasi Kabupaten Hulu Sungai Selatan adalah sebagai berikut :

* Sebelah Utara : Kabupaten Hulu Sungai Utara dan Kabupaten Hulu Sungai Tengah disebelah Utara;
* Sebelah Timur : Kabupaten Banjar dan Kabupaten Kota Baru
* Sebelah Selatan : Kabupaten Tapin
* Sebelah Barat : Kabupaten Hulu Sungai Utara dan Kabupaten

Tapin

Lebih dari separuh wilayah Kabupaten Hulu Sungai berada dikelas ketinggian 0-7 meter dan di kemiringan 0-2 persen. Menurut kelas ketinggian dari permukaan laut 58,3 persen wilayah Kabupaten Hulu Sungai Selatan berada pada ketinggian 0-7 meter dan hanya 0,9 persen berada pada ketinggian di atas 1.000 meter. Berdasarkan kemiringannya 70,95 persen wilayah Kabupaten Hulu Sungai Selatan berada pada kelas kemiringan 0-2 persen. Sedangkan 6,99 persen wilayah berada pada kemiringan lebih dari 40 persen.

1. **KEADAAN KEPENDUDUKAN**

Jumlah Penduduk Kabupaten Hulu Sungai Selatan berdasarkan dari estimasi penduduk hasil Sensus Penduduk oleh Badan Statistik mencapai 229.889 jiwa, dengan komposisi berjenis kelamin laki-laki sebanyak 114.892 dan 114.997 berjenis kelamin perempuan.

Berdasarkan perbandingan jumlah penduduk dan luas wilayah maka kepadatan penduduk Kabupaten Hulu Sungai Selatan adalah sekitar 127,4 jiwa / Km². Rasio beban tanggungan di Kabupaten Hulu Sungai Selatan adalah 50,4 per 100 penduduk. Sedangkan Rasio jenis kelamin laki-laki dan jenis kelamin perempuan adalah 99,9.

1. **KEADAAN EKONOMI**

Untuk menganalisis perkembangan ekonomi yang terjadi secara makro di Kabupaten Hulu Sungai Selatan maka digunakan nilai Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) atas dasar harga berlaku dan luas wilayah serta jumlah penduduk. Semakin besar sumber daya manusia dan sumber daya alam yang dimiliki suatu daerah akan semakin besar potensi dimilikinya sehingga dapat mengangkat nilai daerah tersebut terutama dari besaran nominal PDRBnya. Nilai PDRB Kabupaten Hulu Sungai Selatan Tahun 2012 -2013 adalah Rp 2.893.933.046

Sektor pendukung struktur PDRB di Kabupaten Hulu Sungai Selatan adalah sektor pertanian 29,85 persen, sektor jasa-jasa 25,30 persen, sektor perdagangan, hotel dan restoran sebesar 19,21 persen dan sektor industri pengolahan sebesar 6,85 persen.

1. **KEADAAN PENDIDIKAN**

Pendidikan adalah salah satu kunci utama untuk meningkatkan kesejahteraan. Di Kabupaten Hulu Sungai Selatan terdapat fasilitas-fasilitas pendidikan baik negeri ataupun swasta. Berdasarkan jumlahnya ada 144 unit Taman Kanak-Kanank, 244 unit Sekolah Dasar Negeri, 1 unit SD Swasta, 29 Unit Sekolah Menengah Pertama Negeri, 2 unit SMP Swasta dan 7 Unit Sekolah Atas (SMA) negeri, 2 Unit SMA Swasta dan 4 unit Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) negeri.

Jumlah anak yang bersekolah pada jenjang pendidikan TK sebanyak 6.818 orang dengan total guru sebanyak 690 orang. Jumlah murid SD sebanyak 24.703 orang dengan total guru sebanyak 2.970 orang. Jumlah murid SMP sebanyak 9.915 orang dengan total guru sebanyak 986 orang. Sedangkan jumlah murid SMA sebanyak 5.500 murid dengan total guru sebanyak 465 orang dan jumlah murid SMK sebanyak 2.031 orang dengan total guru sebanyak 150 orang.

1. **KEADAAN KESEHATAN LINGKUNGAN**

Lingkungan merupakan salah satu variabel yang perlu mendapat perhatian khusus dalam menilai kondisi kesehatan masyarakat. Bersama dengan faktor prilaku, pelayanan kesehatan dan genetik, lingkungan mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat.

Masalah kesehatan lingkungan merupakan masalah kompleks yang harus diatasi bersama. Untuk menggambarkan keadaan lingkungan, akan disajikan indikator indikator seperti akses air minum berkualitas, akses terhadap sanitasi layak, rumah tangga kumuh dan rumah tangga sehat.

1. **Penduduk dengan Akses Berkelanjutan terhadap Air Minum Berkualitas (Layak).**

Salah satu tujuan pembangunan prasarana penyediaan air baku untuk memastikan komitmen pemerintah terhadap *Millenium Development Goals (*MDGs) yaitu memastikan kelestarian lingkungan hidup dengan menurunkan target setengahnya proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum layak dan sanitasi dasar hingga tahun 2017.

Syarat-sayarat kualitas air minum sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 492/Menkes/Per/IV/2010 diantaranya adalah sebagai berikut :

* Paramatere mikrobiologi *E Coli* dan *Toal Bakteri Koliform,* Kadar Maksimum yang diperbolehkan 0 jumlah per 100 ml sampel,
* Syarat fisik ; Tidak berbau, tidak berasa, dan tidak berwarna,
* Syarat Kimia : Kadar Besi : maksimum yang diperbolehkan 0,3 mg/l, Kesadahan (mak 500 mg/l),Ph 6,6-8,5.

Sumber air minum mempengaruhi kualitas air minum. Untuk sumber air minum yang berasal dari sumber air minum layak, konsep yang digunakan meliputi air ledeng (kran, kran umum,hidran umum), terminal air Penampungan Air Hujan (PAH), sumur bor/ pompa, sumur terlindungi. Khusus untuk sumur bor/ pompa sumur terlindungi, dan mata terlindungi harus memenuhi syarat jarak ke tempat penampungan kotoran/ tinja minimal 10 meter.

Persentase penduduk dengan akses berkelanjutan terhadap air minum berkualitas (Layak) periode tahun 2013- 2016 dapat di lihat pada gambar tabel di bawah ini :

**Gambar II.1**

**Persentase Penduduk Dengan Akses Berkelanjutan Terhadap Air Minum Berkualitas (Layak) di Kab HSS Periode Tahun 2013- 2016**

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan Kab HSS

Berdasarkan gambar II.1 persentase rumah tangga yang menggunakan sumber air minum layak mengalami tren kenaikan. Capaian akses menggunakan air minum layak tahun 2016 mencapai 60.21%, namun hal ini masih di bawah target Renstra Kemenkes yaitu 67%.

Persentase penduduk dengan akses berkelanjutan terhadap air minum berkualitas (Layak) per Puskesmas Tahun 2016 dapat di lihat pada gambar tabel di bawah ini :

**Gambar II.2**

**Persentase Penduduk Dengan Akses Berkelanjutan Terhadap Air Minum Berkualitas (Layak) Per Puskesmas di Kab HSS Tahun 2016**

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan Kab HSS

Pada Gambar tabel tersebut di atas, terlihat Puskesmas dengan persentase penduduk dengan akses berkelanjutan terhadap air minum berkualitas (layak) tertinggi terdapat di wilayah kerja Puskesmas Gambah (,83,43%). Sedangkan persentase paling rendah terdapat di wilayah kerja Puskesmas Bajayau (12,76%).

**Sarana dan Akses Terhadap Sanitasi Dasar**

Akses terhadap air bersih dan sanitasi merupakan salah satu fondasi inti dari masyarakat yang sehat. Air bersih dan sanitasi yang baik merupakan elemen penting yang menunjang kesehatan manusia. Sanitasi berhubungan dengan kesehatan lingkungan yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Buruknya kondisi sanitasi akan berdampak negatif di banyak aspek kehidupan, mulai turunnya kualitas lingkungan hidup masyarakat,tercemarnya sumber air minum bagi masyarakat, meningkatnya jumlah kejadian diare dan munculnya penyakit.

Berbagai alasan digunakan oleh masyarakat untuk buang air besar sembarangan, diantaranya adalah anggapan membangun jamban itu mahal, lebih enak buang air besar di sungai, tinja dapat digunakan sebagai pakan ikan. Perilaku ini harus di ubah karena dapat meningkatkan resiko masyarakat untuk terkena penyakit menular.

Sesuai dengan konsep dan definisi MDGs, disebut akses sanitasi layak apabila penggunaan fasilitas tempat buang air besar milik sendiri atau bersama, jenis kloset yang digunakan jenis leher angsa dan tempat pembuangan akhir tinjanya menggunakan tangki septic atau Sarana yaitu jamban dengan syarat sebagai berikut :

1. Tanah permukaan tidak boleh terjadi terkontaminasi.
2. Tidak boleh terjadi kontaminasi pada air tanah yang mungkin memasuki mata air atau sumur.
3. Tidak boleh terkontaminasi air permukaan
4. Tinja tidak boleh terjangkau oleh lalat atau hewan lain.
5. Tidak boleh terjadi penanganan tinja segar, atau apabila memang benar-benar diperlukan, harus dibatasi seminimal mungkin.
6. Jamban harus bebas dari bau atau kondisi yang tidak sedap dipandang.
7. Metode pembuatan dan pengoperasian harus sederhana atau tidak mahal.

Persentase penduduk dengan akses sanitasi layak (jamban sehat) di Kab HSS periode tahun 2012 sampai 2015 dapat di lihat pada gambar tabel di bawah ini :

**Gambar II.3**

**Persentase Penduduk Dengan Akses Sanitasi Layak (Jamban Sehat)**

**di Kab HSS Periode Tahun 2013 – 2016**

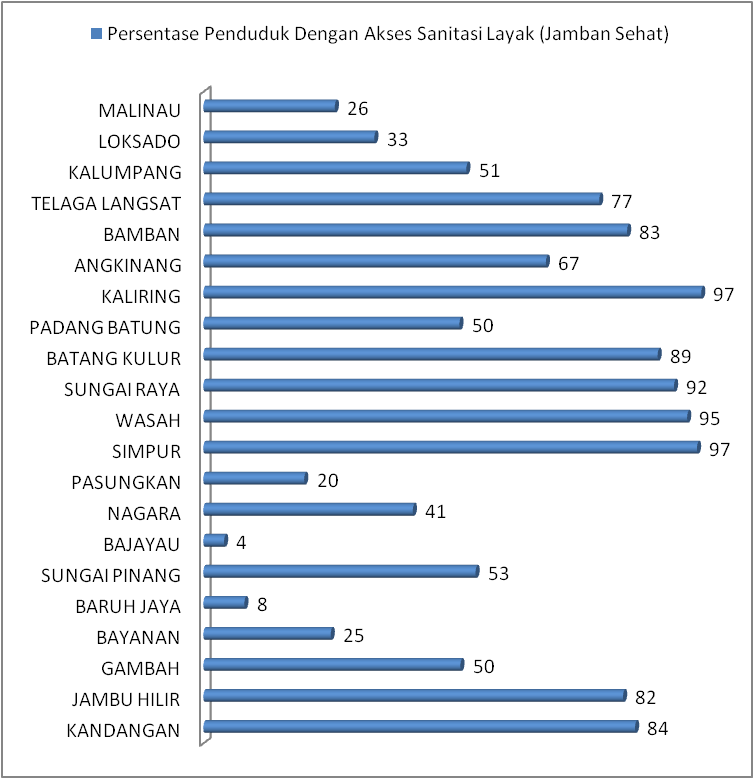
Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan Kab HSS

Pada gambar II.3, terlihat persentase penduduk dengan akses terhadap sanitasi layak (jamban sehat) di Kab HSS periode tahun 2013-2016 mengalami tren peningkatan. Tahun 2016, cakupan penduduk dengan akses sanitasi layak (jamban sehat) adalah 61.36%. Walau pun secara keseluruhan masih dibawah target Nasional, namun ada beberapa wilayah kerja Puskesmas yang capaian cakupan penduduk dengan akses terhadap sanitasi layak (jamban sehat) sudah melampaui target nasional. Untuk lebih jelasnya dapat di lihat pada gambar tabel di bawah ini :

**Gambar II.4**

**Persentase Penduduk Dengan Akses Sanitasi Layak (Jamban Sehat)**

**Per Puskesmas di Kab HSS Tahun 2016**

****

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan Kab HSS

Pada gambar II.4 terlihat capaian persentase penduduk dengan akses terhadap sanitasi layak (jamban sehat) yang telah melampaui target nasional adalah wilayah kerja Puskesmas Telaga Langsat, Puskesmas Bamban, Puskesmas Kaliring, Puskesmas Batang Kulur, Puskesmas Sungai Raya, Puskesmas Wasah, Puskesmas Simpur, Puskemas Jambu Hilir dan Puskesmas Kandangan. Capaian cakupan persentase tertinggi adalah wilayah kerja Puskesmas Kaliring dan Puskesmas Simpur ( 97% ).

Sedangkan capaian persentase penduduk dengan akses terhadap sanitasi layak (jamban sehat) yang belum mencapai target nasional adalah Puskesmas Malinau, Puskesmas Loksado, Puskesmas Kalumpang, Puskesmas Angkinang, Puskesmas Padang Batung, Puskesmas Pasungkan, Puskesmas Negara, Puskesmas Bajayau, Puskesmas Baruh Jaya, Puskesmas Sungai Pinang dan Puskesmas Gambah. Capaian cakupan persentase paling rendah adalah Puskesmas Bajayau (4%).

Secara umum kendala yang dihadapi dalam upaya pencapaian target, yaitu :

1. Proses peningkatan perubahan perilaku cenderung membutuhkan waktu relative lama agar masyarakat dapat mengadopsi perilaku yang lebih sehat dalam kehidupan sehari-hari Meskipun demikian, kondisi sosial budaya yang sangat bervariatif dapat mempengaruhi cepat lambatnya perubahan perilaku.
2. Belum meratanya ketersediaan sarana air minum dan sanitasi yang mudah, murah dan terjangkau oleh masyarakat.
3. Kondisi geografis yang sangat bervariasi mengakibatkan sulitnya menentukan pilihan teknologi sanitasi yang dapat diterapkan di daerah tersebut.
4. **Rumah Tangga kumuh/tidak sehat**

Rumah tangga kumuh merupakan indikator komposit yang disusun dari banyaknya rumah tangga dengan kategori air minum tidak layak (bobot 15%), sanitasi tidak layak (bobot 15%), *Sufficient living area* (bobot 35%) dan *durability of housing* (bobot 35%). Suatu rumah tangga dinyatakan sebagai rumah tangga kumuh apabila nilai hasil perhitungan indikator komposit rumah tangga lebih dari 35%.

*Sufficient living* area adalah luas lantai hunian per kapita > 7.2 m2. *Durability of housing* dihitung dari rumah tangga yang menghuni bangunan dengan kriteria : (i) jenis atap terluas terbuat ijuk/rumbia atau lainnya, (ii) jenis dinding terluas dari bambu dan lainnya, (iii) jenis lantai terluas tanah. Apabila minimal 2 kriteria terpenuhi, maka rumah tangga tersebut dapat dikategorikan sebagai rumah tangga kumuh.

Persentase rumah tidak sehat per Puskesmas di kab HSS Tahun 2015 dapat di lihat pada gambar tabel di bawah ini ;

**Gambar II.5**

**Persentase Rumah Tidak Sehat Per Puskesmas di Kab HSS Tahun 2016**

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan Kab HSS

Pada gambar tabel tersebut di atas, terlihat persentase rumah tangga tidak sehat paling banyak terdapat di wilayah kerja Puskesmas Sungai Pinang, sedangkan yang paling sedikit terdapat di wilayah kerja Puskesmas Padang Batung.

1. **Rumah Sehat**

Undang-undang nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan pasal 162 dan 163 mengamanatkan bahwa upaya kesehatan lingkungan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, baik fisik, kimia, biologi, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pada pasal 163 ayat 2 mengamanatkan bahwa lingkungan sehat antara lain mencakup lingkungan pemukiman.

Untuk menjalankan amanat dari pasal tersebut, maka untuk penyelenggaraan penyehatan permukiman difokuskan pada peningkatan rumah sehat. Rumah sehat adalah rumah yang memenuhi kriteria minimal : akses air minum, akses jamban sehat, lantai ventilasi, dan pencahayaan (Kepmenkes Nomor 829/ Menkes/SK/VII/1999 tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan dan Permenkes Nomor 1077/ PER/V.MENKES/2011 tentang Pedoman penyehatan Udara dalam Ruang Rumah).

Target Kemenkes pencapaian kondisi rumah sehat adalah 60%. Persentase pencapaian rumah sehat di Kab HSS periode tahun 2013 sampai 2016 dapat di lihat pada gambar tabel di bawah ini,

**Gambar II.6**

**Persentase Pencapaian Rumah Sehat di Kab HSS Tahun 2013 – 2016**

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan Kab HSS

Pada gambar tabel di atas terlihat, capaian persentase rumah sehat sejak tahun 2013 sampai 2016 mengalami tren peningkatan. Capaian persentase rumah sehat tahun 2015 adalah 61,36% Hal ini sudah melebihi target nasional yang ditetapkan yaitu 60%. Persentase pencapaian rumah sehat per Puskesmas se Kab HSS tahun 2016 dapat di lihat pada gambar tabel di bawah ini ;

**Gambar II.7**

**Persentase Pencapaian Rumah Sehat Per Puskesmas di Kab HSS Tahun 2016**

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan Kab HSS

Pada gambar tersebut di atas terlihat, persentase pencapaian rumah sehat tertinggi pada wilayah kerja Puskesmas Kalumpang (98%) sedangkan persentase pencapaian rumah sehat paling rendah pada wilayah kerja Puskesmas Sungai Pinang (3%).

Salah satu strategis yang bisa dikembangkan untuk meningkatkan rumah sehat adalah memperkuat jejaring penyehatan permukiman hingga tingkat daerah (Provinsi dan Kab/Kota) bekerja sama dengan Tim Penggerak Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga (PKK). Kader PKK tersebut dapat diberdayakan sebagai kader kesehatan lingkungan yang menilai rumah dengan instrument kartu rumah sehat.

1. **KEADAAN PERILAKU MASYARAKAT**
2. **Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)**

Peningkatan akses terhadap air minum yang berkualitas perlu diikuti dengan perilaku yang hyginies untuk mencapai tujuan kesehatan, melalui pelaksanaan STBM. Dalam kerangka pembangunan kesehatan, sektor air minum, sanitasi dan hyginies merupakan satu kesatuan dalam prioritas pembangunan bidang kesehatan dengan titik berat pada upaya promotif-preventif dalam perbaikan lingkungan untuk mencapai salah satu sasaran MDGs. STBM menjadi ujung tombak keberhasilan pembangunan air minum dan penyehatan lingkungan secara keseluruhan. Sanitasi total berbasis masyarakat sebagai pilihan pendekatan, strategi dan program untuk mengubah perilaku hyginies dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat dengan menggunakan metode pemicuan dalam rangka mencapai MDGs. Dalam pelaksanaan STBM mencakup 5 (lima) pilar yaitu :

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

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

1. Menciptakan lingkungan yang mendukung terlaksanannya kegiatan STBM melalui :
2. Advokasi dan sosialisasi kepada pemerintah dan pemangku kepentingan secara berjenjang;
3. Peningkatan kapasitas institusi pelaksana di daerah; dan
4. Meningkatkan kemitraan multi pihak.
5. Peningkatan kebutuhan akan sarana sanitasi melalui peningkatan kesadaran masyarakat tentang konsekuensi dari kebiasaan buruk sanitasi (buang air besar) dan dilanjutkan pemicuan perubahan perilaku komunitas:
6. Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memilih teknologi, material dan biaya sarana sanitasi yang sehat; dan
7. Mengembangkan kepemimpinan di masyarakat (*natural leader*) untuk memfasilitasi pemicuan perubahan perilaku masyarakat dan mengembangkan system penghargaan kepada masyarakat untuk meningkatkan dan menjaga keberlanjutan STBM melalui dekelerasi Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS).
8. Peningkatan penyediaan melalui peningkatan kapasitas produksi swasta lokal dalam penyediaan sarana sanitasi, yaitu melalui pengembangan kemitraan dengan kelompok masyarakat, koperasi, pengusaha lokal dalam penyediaan sarana sanitasi.

Suatu desa/ kelurahan dikatakan telah melaksanakan STBM didasarkan pada kondisi :

1. Minimal telah ada intervensi melalui pemicuan di salah satu dusun dalam desa/ kelurahan tersebut,
2. Adanya masyarakat yang bertanggung jawab untuk melanjutkan aksi intervensi STBM baik individu atau dalam bentuk komite dan sebagai respon dari intervensi STBM, dan
3. Masyarakat menyusun suatu rencana aksi kegiatan dalam rangka mencapai komitmen-komitmen perubahan perilaku pilar-pilar STBM yang telah disepakati bersama.

Pelaksanaan STBM dilakukan secara bertahap dengan prioritas pada pilar pertama yaitu Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) dan adopsi perilaku Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), dan secara bertahap mengembangkan pilar-pilar lain dari STBM.

**Gambar II.8**

**Persentase Desa/Kelurahan yang melaksanakan Sanitasi Berbasis Masyarakat di Kab HSS Tahun 2013 – 2016**

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan Kab HSS

Persentase Desa/ Kelurahan yang telah melaksanakan STBM sejak tahun 2013 sampai 2016 cenderung mengalami peningkatan yang signifikan. Persentase desa/ kelurahan yang telah melaksanakan STBM tahun 2016 adalah 91%, atau sebanyak 135 desa /kelurahan dan desa SBS sebanyak 49 desa (33%).

Peningkatan desa/kelurahan yang melaksanakan STBM adalah dengan mengoptimalkan investasi bidang air minum dan sanitasi khususnya di daerah perkotaan seperti investasi untuk PDAM serta disparitas capaian provinsi untuk pelayanan air minum dan sanitasi di pedesaan dan akselerasi edukasi perilaku sehat melalui pelaksanaan STBM. Selain itu dilakukan pula upaya peningkatan advokasi untuk terus meningkatkan investasi bidang air minum dan sanitasi terutama untuk masyarakat miskin, perluasan penyediaan air minum dan sanitasi berbasis masyarakat melalui program Air Bersih untuk Rakyat serta mengikatkan edukasi perilaku sehat dengan akselerasi STBM.

1. **Prilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)**

Keluarga mempunyai peran penting dalam meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat, karena dalam keluarga terjadi komunikasi dan interaksi antara anggota keluarga yang menjadi awal penting dari suatu proses pendidikan perilaku. Pelaksanaan perilaku hidup bersih dan sehat sejak dini dalam keluarga dapat menciptakan keluarga yang sehat dan aktif dalam setiap upaya kesehatan di masyarakat. Dalam upaya meningkatkan kesehatan anggota keluarga, Pusat Promosi Kesehatan Kemenkes berupaya meningkatkan persentase rumah tangga ber –PHBS.

PHBS di rumah tangga adalah upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar tahu, mau dan mampu mempraktekkan perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan di masyarakat. Untuk mencapai rumah tangga ber PHBS, terdapat 10 perilaku hidup bersih sehat yang dipantau, yaitu : (1) persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, (2) member ASI ekslusif, (3) menimbang balita setiap bulan, (4) menggunakan air bersih, (5) mencuci tangan dengan air bersih dan sabun, (6) menggunakan jamban sehat, (7) memberantas jentik di rumah sekali seminggu, (8) makan buah dan sayur setiap hari, (9) melakukan aktivitas fisik setiap hari, dan (10) tidak merokok di dalam rumah.

Dalam Renstra Kemenkes ditargetkan persentase rumah tangga yang telah PHBS sebesar 70%. Hasil kegiatan pada tahun 2016 menunjukkan sebanyak 39% telah melaksanakan PHBS dari 17.182 rumah tangga yang dipantau, hal masih jauh dari target nasional.

**Gambar II.9**

**Capaian Ber-PHBS di Kab HSS Tahun 2015 – 2016**

Sumber : Bidang Promkes Dinas Kesehatan Kab HSS

Capaian rumah tangga yang ber PHBS per Puskesmas se kab HSS Tahun 2016 dapat di lihat pada gambar tabel di bawah,

**Gambar II.10**

**Persentase Ber PHBS di Kab HSS Tahun 2016**

Sumber : Bidang Promkes Dinas Kesehatan Kab HSS

Pada gambar II.6 persentase rumah tangga ber PHBS diperoleh dari jumlah sample rumah tangga yang dipantau oleh masing-masing puskesmas yang besarannya memang tidak sama setiap wilayah kerja Puskesmas. Namun demikian paling tidak hal ini memberikan gambaran bahwa Prilaku Hidup Bersih dan Sehat masih memerlukan upaya dan kerja keras serta kesungguhan kita semua yang mengabdi di bidang kesehatan sesuai dengan tugasnya masing-masing.

1. **Kawasan Tanpa Rokok (KTR)**

Kawasan Tanpa Rokok (KTR) adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk melakukan kegiatan produksi, penjualan, iklan, promosi dan atau penggunaan rokok. Penetapan KTR merupakan upaya perlindungan untuk masyarakat terhadap resiko ancaman gangguan kesehatan karena lingkungan tercemar asap rokok. KTR merupakan tanggung jawab seluruh komponen bangsa baik individu, masyarakat, parlemen, maupun pemerintah, untuk melindungi generasi sekarang maupun yang akan datang. Komitmen bersama dari lintas sektor dan berbagai elemen akan sangat berpengaruh terhadap keberhasilan KTR. Ruang Lingkup KTR meliputi, tempat-tempat umum, tempat kerja tertutup, sarana kesehatan, tempat proses belajar mengajar, arena kegiatan anak, tempat ibadah, dan angkutan umum.

Pemerintah Daerah Kabupaten Hulu Sungai Selatan telah menetapkan kebijakan melalui Peraturan Daerah No 8 Tahun 2015 tentang Penetapan Kawasan Tanpa Rokok

**BAB III**

**SITUASI DERAJAT**

Ada beberapa indikator untuk menilai derajat kesehatan masyarakat antara lain melalui indikator yang mencerminkan kondisi mortalitas (kematian), status gizi dan morbiditas (kesakitan). Pada bagian ini derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Hulu Sungai Selatan digambarkan melalui Angka Mortalitas ; terdiri atas angka kematian neonatal, Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Balita (AKABA),Angka Morbiditas : angka kesakitan beberapa penyakit balita dan dewasa.

Selain dipengaruhi oleh faktor kesehatan seperti pelayanan kesehatan dan ketersediaan sumber daya kesehatan, derajat kesehatan masyarakat juga dipengaruhi oleh faktor lain seperti faktor ekonomi, pendidikan. Lingkungan sosial, serta faktor lain yang kondisinya telah dijelaskan pada bab sebelumnya.

1. **MORTALITAS**

Mortalitas adalah kejadian kematian yang terjadi pada kurun waktu dan tempat tertentu yang diakibatkan oleh keadaan tertentu, dapat berupa penyakit maupun sebab lainnya. Mortalitas yang disajikan pada bab ini yaitu angka kematian neonatal, angka kematian bayi, dan angka kematian balita serta kematian ibu yang disebabkan kehamilan sampai melahirkan.

1. **Angka Kematian Neonatal (AKN)**

Angka Kematian Neonatal (AKN) adalah jumlah penduduk yang menginggal satu bulan pertama setelah kelahiran (0-28 hari) yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Berdasarkan laporan SDKI 2007 dan 2012 diestimasikan sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup. Angka kematian neonatal di Kab HSS dapat di lihat pada gambar di bawah ini :

**Gambar III.1**

**Angka Kematian Neonatal di Kab HSS Periode Tahun 2015-2016**

Sumber : Bidang Kesga Dinas Kesehatan Kab HSS

Pada gambar di atas terlihat tren angka kematian neonatal mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Target Renstra Kemenkes adalah 15/1.000 kelahiran hidup. Hal ini jika dibandingkan dengan target Renstra Kemenkes berarti kabupaten Hulu Sungai Selatan sudah memenuhi target, bahkan lebih baik dari target Kemenkes.

Angka Kematian Neonatal tahun 2016 adalah 14/1.000 kelahiran hidup. Jumlah kematian neonatal terbanyak ada di wilayah kerja Puskesmas Negara sebanyak 10 kasus, diikuti Puskesmas Pasungkan 7 kasus dan Puskesmas Telaga Langsat 6 kasus. Untuk lebih jelasnya dapat di lihat pada gambar di bawah ini :

**Gambar III.2**

**Jumlah Kematian Neonatal Per Puskesmas di Kab HSS Tahun 2016**

Sumber : Bidang Kesga Dinas Kesehatan Kab HSS

1. **Angka Kematian Bayi (AKB)**

Angka Kematian bayi (AKB) adalah jumlah penduduk yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun yang dinyatakan dalam 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Usia bayi merupakan kondisi yang rentan baik terhadap kesakitan maupun kematian.

Angka Kematian Bayi Di Kab HSS Periode Tahun 2012 sampai 2015 dapat di lihat pada gambar di bawah ini :

**Gambar III.3**

**Angka Kematian Bayi Per 1.000 Kelahiran Hidup Di Kab HSS**

**Tahun 2015-2016**

Sumber : Bidang Kesga Dinas Kesehatan Kab HSS

Berdasarkan gambar III.3 Angka Kematian Bayi tahun 2016 adalah 5 per 1000 kelahiran hidup . Inilebih baik dari tahun 2015 yang mencapai 8 per 1.000 kelahiran hidup.Target MDGs 2015 adalah 23 per 1.000 kelahiran hidup, jika dibandingkan dengan target MDGs hal ini sudah mencapai target.

Jumlah kematian bayi di Kab HSS tahun 2016 di Kab HSS pada setiap wilayah kerja Puskesmas dapat dilihat pada gambar di bawah ini :

**Gambar III.4**

**Jumlah Kematian Bayi Per Puskesmas Di Kab HSS Tahun 2016**

Sumber : Bidang Kesga Dinas Kesehatan Kab HSS

Berdasarkan gambar III.4, kasus kematian terbanyak terdapat di wilayah kerja Puskesmas Kandangan, Puskesmas Pasungkan dan Puskesmas Malinau masing-masing sebanyak 3 kasus, disusul Puskesmas Batang Kulur 2 Kasus, sedangkan Puskesmas Gambah, Puskesmas Bayanan, Puskesmas Baruhjaya, Puskesmas Kaliring, Puskesmas Angkinang, Puskesmas Bamban, Puskesmas Telaga Langsat dan Puskesmas Loksado masing-masing hanya 1 kasus. Untuk Puskesmas Lainnya tidak terdapat kasus kematian bayi.

1. **Angka Kematian Balita (AKABA)**

Angka Kematian Balota (AKABA) adalah jumlah anak yang meninggal sebelum mencapai usia 5 tahun yang diyatakan sebagai angka per 1.000 kelahiran hidup. Berikut ini gambaran perkembangan AKABA sejak tahun 2012 sampai 2015.

**Gambar III.5**

**Angka Kematian Balita (AKABA) per 1.000 Kelahiran Hidup di Kab HSS Tahun 2015-2016**

Sumber : Bidang Kesga Dinas Kesehatan Kab HSS

Berdasarkan gambar III.5, tahun 2016 angka kematian balita menurun dari 26 menjadi 21 per 1.000 kelahiran hidup. Target MDGs 2015 adalah 32 per 1.000 kelahiran hidup. AKABA di Kab HSS jika dibandingkan dengan target MDGs hal ini sudah mencapai target.

Jumlah kasus kematian pada balita di Kab HSS tahun 2016 terbanyak ada pada Puskesmas Nagara sebanyak 10 kasus, Sedangkan pada Puskesmas Simpur tidak terdapat kasus kematian balita. Gambaran jumlah kasus kematian balita di Kab HSS Tahun 2016 dapat di lihat pada gambar di bawah ini:

**Gambar III.6**

**Jumlah Angka Kematian Balita (AKABA) per 1.000 Kelahiran Hidup Per Puskesmas di Kab HSS 2016**

Sumber : Bidang Kesga Dinas Kesehatan Kab HSS

1. **Angka Kematian Ibu (AKI)**

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

AKI juga dapat digunakan dalam pemantauan kematian terkait dengan kehamilan. Indikator ini dipengaruhi status kesehatan secara umum, pendidikan dan pelayanan selama kehamilan dan melahirkan. Sensitivitas AKI terhadap perbaikan pelayanan kesehatan menjadikannya indikator keberhasilan pembangunan sektor kesehatan.

Kecenderungan Angka Kematian Ibu (AKI) di Kab HSS dapat di lihat pada gambar di bawah ini :

**Gambar III.7**

**Angka Kematian Ibu Per 100.000 Kelahiran Hidup Di Kab HSS**

**Tahun 2015-2016**

Angka Kematian Ibu (dilaporkan)

Sumber : Bidang Kesga Dinas Kesehatan Kab HSS

Pada gambar di atas dapat dilihat, angka kematian ibu (AKI) secara umum mengalami tren penurunan, yaitu dari 164 menjadi 109 per 100.000 kelahiran hidup. Target MDGs 2015 adalah 102, jika dibandingkan dengan target MDGs capaian AKI Kab HSS masih belum memenuhi target.

Jumlah kematian ibu (AKI) per Puskesmas di Kab HSS Tahun 2015 dapat di lihat pada gambar di bawah ini :

**Gambar III.8**

**Jumlah Kematian Ibu Per 100.000 Kelahiran Hidup Di Kab HSS**

**Tahun 2016**

Sumber : Bidang Kesga Dinas Kesehatan Kab HSS

Pada gambar di atas terlihat, kematian ibu hanya terdapat di wilayah kerja Puskesmas Loksado, Puskesmas Angkinang, Puskesmas Pasungkan dan Puskesmas Baruh Jaya masing-masing 1 kasus. Sedangkan Puskesmas lainnya tidak terdapat kasus kematian ibu.

1. **STATUS GIZI BALITA**

Salah satu indikator kesehatan yang di nilai keberhasilan pencapaiannya dalam MDGs adalah status gizi balita. Status gizi balita dapat diukur berdasarkan umur, berat badan (BB), dan tinggi badan/panjang badan (TB). Variabel umur, Berat Badan dan Tinggi Badan disajikan dalam bentuk tiga indikator antropometri, yaitu berat badan menurut umur (BB/U), Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U),dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB).

Indikator BB/U memberikan indikasi masalah gizi secara umum. Indikator ini tidak memberikan indikasi tentang masalah gizi yang sifatnya kronis ataupun akut karena berat badan berkorelasi positif dengan umur dan tinggi badan. Dengan kata lain, berat badan yang rendah dapat disebabkan karena tubuh yang pendek (kronis) atau karena diare atau penyakit infeksi lain (akut).

Gambaran indikator BB/U periode tahun 2016 di Kab HSS dapat di lihat pada gambar di bawah ini:

**Gambar III.9**

**Balita dengan BGM Di Kab HSS Tahun 2015 – 2016**

Sumber : Bidang Kesga Dinas Kesehatan Kab HSS

Pada gambar tersebut di atas terlihat terjadi tren peningkatan balita dengan BGM dibandingkan dengan tahun sebelumnya, Pada tahun 2015 terdapat 3.7% dan pada tahun 2016 meningkat menjadi 5 % balita pada kondis di bawah garis merah (BGM). Target MDGs balita dengan BGM sebesar 15.5%. Capaian kondisi balita dengan BGM di Kab HSS jika dibandingkan dengan target MDGs memang masih dalam batas toleransi.

Prevalensi balita dengan BGM di Kab HSS tahun 2016 dapat di lihat pada gambar di bawah ini :

**Gambar III.10**

**Prevalensi Balita dengan BGM Per Puskesmas Di Kab HSS Tahun 2016**

Sumber : Bidang Kesga Dinas Kesehatan Kab HSS

Pada gambar tersebut di atas terlihat ada beberapa Puskesmas yang belum mencapai target MDGs, yaitu Puskesmas Malinau, dan Puskesmas Gambah. Sedangkan Puskesmas lainnya sudah mencapai target MDGs

Indikator gizi yang lain yaitu tinggi badan menurut umur (TB/U) memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya kronis sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama, misalnya kemiskinan, perilaku hidup tidak sehat dan pola asuh/ pemberian makan yang kurang baik dari sejak anak dilahirkan yang mengakibatkan anak menjadi pendek. Indikator BB/TB dan Indeks Massa Tubuh (IBM) memberikan indikasi masalah gizi yang sifatnya akut sebagai akibat dari peristiwa yang terjadi dalam waktu yang tidak lama (singkat),misalnya mengidap penyakit tertentu dan kekurangan asupan gizi yang mengakibatkan anak menjadi kurus.

1. **MORBIDITAS**

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

1. **Penyakit Menular**
2. **Tubercolusis Paru**

Tubercolusis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri Mycobacterium tuberculosis. Penyakit ini menyebar melalui droplet orang yang telah terinfeksi basil tuberculosis. Bersama dengan malaria dan HIV/AIDS, tuberculosis menjadi salah satu penyakit yang pengendalinnya menjadi komitmen global dalam MDGs.

Beban penyakit yang disebabkan oleh tuberculosis dapat diukur dengan insiden (didefinisikan sebagai jumlah kasus baru dan kasus kambuh tuberculosis yang muncul dalam periode waktu tertentu, biasanya dinyatakan dalam tahun), prevalensi (didefinisikan sebagai jumlah kasus tuberculosis pada waktu tertentu) dan mortalitas/ kematian (didefinisikan sebagai jumlah kematian akibat tuberculosis dalam jangka waktu tertentu).

1. **Kasus Baru dan Prevalensi BTA Positif**

Jumlah kasus baru BTA+ yang ditemukan pada tahun 2016 sebanyak 187 kasus. Jumlah kasus tertinggi yang dilaporkan terdapat di wilayah kerja Puskesmas Negara.

Menurut jenis kelamin, kasus BTA+ pada laki-laki hampir 1.5 kali dibandingkan kasus BTA+ pada wanita. Sebesar 62,57 % kasus BTA+ yang ditemukan berjenis kelamin laki-laki dan 37,43 % kasus berjenis kelamin perempuan. Seluruh kasus di wilayah kerja Puskesmas Kab HSS lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Disparitas paling tinggi antara laki-laki dan perempuan terjadi di wilayah kerja Puskesmas Negara dan Puskesmas Angkinang.

1. **Proporsi pasien Baru BTA Positif di antara semua kasus**

Proporsi pasien baru BTA+ diantar semua kasus adalah persentase pasien baru BTA+ di antara semua pasien TB paru tercatat. Indikator ini menggambarkan prioritas penemuan pasien TB yang menular di antara seluruh pasien TB paru yang di obati. Angka ini diharapkan tidak lebih rendah dari 65%. Apabila proporsi pasien baru BTA+ di bawah 65% maka hal itu menunjukkan mutu diagnosis yang rendah dan kurang memberikan prioritas untuk menemukan pasien yang menular (Pasien BTA+).

**Gambar III.11**

**Proporsi BTA+ Di Antara Seluruh Kasus TB Paru di Di Kab HSS**

**Tahun 2015-2016**

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan Kab HSS

Pada gambar tersebut di atas terlihat proporsi BTA+ di antara seluruh kasus TB Paru di Kab HSS periode tahun 2013 sampai 2016 sudah mencapai target yaitu kurang dari 65%. Hal ini dapat menggambarkan mutu kualitas proses penegakkan diagnose dan prioritas untuk menemukan kasus TB dengan BTA+ masih rendah.

1. **Angka Notifikasi Kasus atau Case Notification Rate (CNR)**

Angka notifikasi kasus adalah angka yang menunjukkan jumlah pasien baru yang ditemukan dan tercatat di antara 100.000 penduduk di suatu wilayah tertentu. Angka ini apabila dikumpulkan serial akan menggambarkan kecenderungan penemuan kasus dari tahun ke tahun di wilayah tersebut. Angka ini berguna untuk menunjukkan kecenderungan (trend) meningkat atau menurunnya penemuan pasien pada wilayah tersebut.

**Gambar III.12**

**Angka Notifikasi Kasus BTA+ dan Seluruh Kasus Per 100.000 Penduduk di Di Kab HSS Tahun 2015-2016**

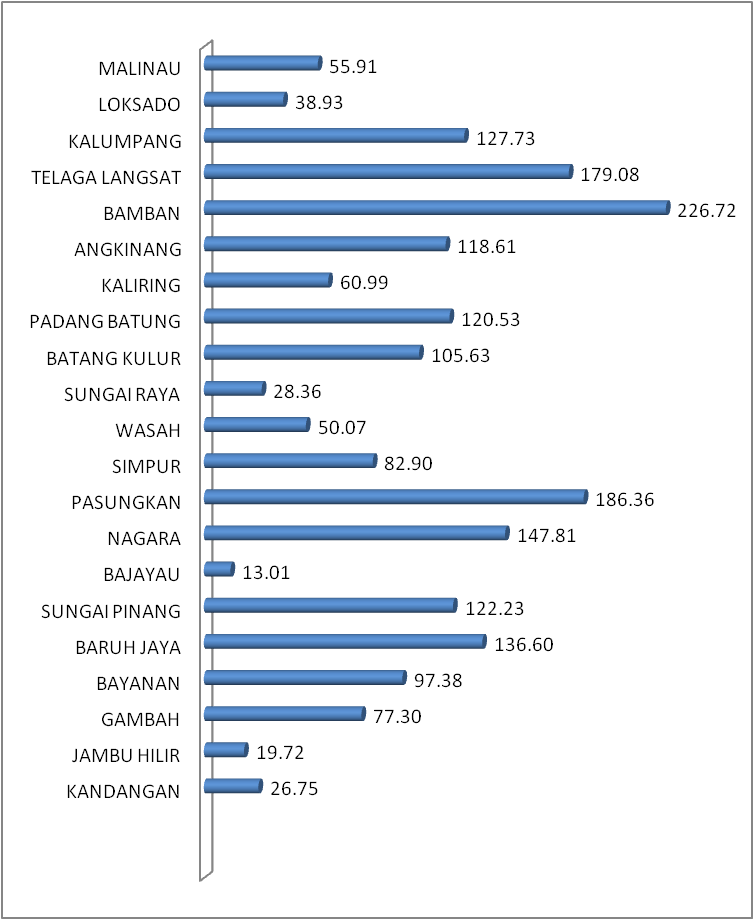
Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan Kab HSS

Gambar tersebut di atas menunjukkan angka notifikasi kasus baru TB Paru BTA+ dan seluruh kasus TB dari tahun 2015 sampai 2016 mengalami trend peningkatan.

**Gambar III.13**

**Angka Notifikasi Kasus BTA+ Per 100.000 Penduduk Per Puskesmas**

**di Di Kab HSS Tahun 2016**

****

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan Kab HSS

Pada gambar tersebut di atas terlihat, Puskesmas dengan angka notifikasi kasus TB BTA+ tertinggi pada Puskesmas Bamban sedangkan angka notifikasi kasus TB BTA+ paling rendah pada Puskesmas Bajayau.

1. **Angka Penemuan Kasus**

Salah satu indicator yang digunakan dalam pengendalian TB adalah Case detection Rate (CDR), yaitu proporsi jumlah pasien baru BTA+ yang ditemukan dan diobati terhadap jumlah pasien baru BTA+ yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut. Berikut ini ditampilkan angka penemuan kasus tahun 2016.

**Gambar III.14**

**Angka Penemuan Kasus (Case Detection Rate) Tb Paru BTA+**

**Di Kab HSS Tahun 2015-2016**

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan Kab HSS

Pada gambar tersebut di atas terlihat angka penemuan kasus TB Paru BTA+ sampai tahun 2016 masih di atas target nasional yaitu 80%. Maupun WHO yang menetapkan standar angka penemuan kasus sebesar 70%

1. **HIV dan AIDS**

HIV/AIDS merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi *Human Immunodeficiency Virus* yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Infeksi tersebut menyebabkan penderita mengalami penurunan ketahanan tubuh sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain.

Sebelum memasuki fase AIDS, penderita terlebih dulu dinyatakan sebagai HIV positif. Jumlah HIV positif yang ada di masyarakat dapat diketahui melalui 3 metode, yaitu pada layanan Voluntary, Counseling, and Testing (VCT), sero survey, dan Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP).

1. **Jumlah Kasus HIV positif dan AIDS**

Perkembangan kasus HIV positif disajikan dengan gambar di bawah ini :

**Gambar III.15**

**Jumlah Kasus Baru HIV Positif di Kab HSS Tahun 2015-2016**

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan Kab HSS

Sampai dengan Tahun 2015 jumlah kasus HIV positif sebanyak 16 kasus, kemudian pada tahun 2016 ditemukan kasus HIV 14 kasus dan AIDS sebanyak 2 kasus sehingga jumlah k umulatif sejak tahun 2015 xampai tahun 2016 adalah 32 kasus. Adapun yang meninggal akibat kasus AIDS tahun 2016 berjumlah 4 orang

1. **Angka Kematian AIDS**

Angka kematian (Case Fatality Rate) akibat AIDS secara umum cenderung menurun.

**Gambar III.16**

**Angka Kematian Akibat AIDS yang diLaporkan di Kab HSS Tahun 2015-2016**

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan Kab HSS

Angka kematian akibat AIDS yang dilaporkan di Kab HSS tahun 2015 adalah 5 kasus dan pada tahun 2016 4 kasus.

1. **Pneumonia**

Pneumonia adalah infeksi akut yang mengenai jaringan paru (alveoli). Infeksi dapat disebabkan oleh bakteri, virus maupun jamur. Pneumonia juga dapat terjadi akibat kecelakaan karena menghirup cairan atau bahan kimia. Populasi yang rentan terserang pneumonia adalah anak-anak usia kurang dari 2 tahun, usia lanjut lebih dari 65 tahun dan orang yang memiliki masalah kesehatan (malnutrisi, gangguan imunologi).

ISPA, khususnya pneumonia masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia terutama pada balita. Menurut hasil Riskesdes pneumonia merupakan penyebab kematian nomor dua pada balita seletah diare. Data cakupan penemuan pneumonia balita di Kab HSS dapat di lihat pada gambar di bawah ini,

**Gambar III.17**

**Cakupan Penemuan Pneomonia Pada Balita di Kab HSS**

**Tahun 2015-2016**

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan Kab HSS

Cakupan penemuan pneumonia balita tahun 2015 berkisar antara 6.47% dan tahun 2016 turun menjadi 4,71 %.

1. **Kusta**

Kusta adalah penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium leprae*. Penatalaksanaan kasus yang buruk dapat menyebabkan kusta menjadi progresif, menyebabkan kerusakan permanen pada kulit, saraf, anggota gerak, dan mata.

Tahun 2000, dunia (termasuk Indonesia) telah berhasil mencapai status eliminasi. Eliminasi didefinisikan sebagai pencapaian jumlah penderita terdaftar kurang dari 1 kasus per 10.000 penduduk. Dengan demikian, sejak tahun tersebut di tingkat dunia maupun nasional, kusta bukan lagi menjadi masalah kesehatan bagi masyarakat.

Sejak tercapainya status eliminasi kusta, situasi kusta di Indonesia menunjukkan kondisi yang relative statis. Hal ini dapat dilihat dari angka penemuan kasus baru kusta yang berkisar antara 7 hingga 8 per 100.000 penduduk per tahun. Begitu pula halnya dengan angka prevalensi kusta yang berkisar antara 8 hingga 10 per 100.000 penduduk dan telah mencapai target < 10.

**Gambar III.18**

**Angka Prevalensi dan Angka Penemuan Kasus Baru Kusta (NCDR)**

**di Kab HSS Tahun 2015-2016**

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan Kab HSS

Pada gambar tersebut di atas terlihat angka prevalensi Kusta dan angka penemuan kasus baru kusta (NCDR) tahun 2016 sudah memenuhi target capaian. Hanya angka penemuan kasus baru kusta tahun 2016 sedikit mengalami peningkatan, namun masih dalam target capaian yang ditetapkan

Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan telah menetapkan 2 kelompok beban kusta. Berdasarkan klasifikasi tersebut Kab HSS termasuk *low endemic* karena angka NCDR < 10 per 100.000 penduduk atau jumlah kasus baru kurang dari 1.000 kasus.

Proporsi cacat tingkat II menunjukkan keberhasilan dalam mendeteksi kasus baru kusta, sedangkan untuk mengetahui tingkat penularan di masyarakat digunakan indikator proporsi anak (0-14 tahun) di antara penderita baru. Proporsi cacat tingkat II pada tahun 2016 sebesar 3.12%

**Gambar III.19**

**Proporsi Cacat Tingkat II dan Proporsi Anak Di antara kasus baru kusta di Kab HSS Tahun 2015 – 2016**

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan Kab HSS

Pada gambar tersebut di atas, tahun 2016 terjadi peningkatan proporsi cacat tingkat II dibandingkan dengan tahun 2015. Sedangkan proporsi kusta pada anak cenderung menurun pada tahun 2016.

1. **Diare**

Penyakit diare merupakan penyakit endemis di Indonesia dan juga merupakan penyakit potensial KLB yang sering disertai dengan kematian. Tahun 2015 tidak ditemukan kematian KLB.

Angka kesakitan diare yang ditangani setiap tahun mengalami tren turun naik. Angka kesakitan diare Tahun 2015 adalah 49,66/ 1.000 penduduk. Hal ini meningkat lagi pada tahun 2016 yaitu 56,69/1000 penduduk. Sedangkan angka penemuan diare tahun 2016 adalah 79.79/1000 penduduk sedikit lebih tinggi dibanding tahun 2015 yang mencapai angka 78,12/1000 penduduk.

**Gambar III.20**

**Angka Kesakitan Diare Di Kab HSS Periode Tahun 2015-2016**

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan Kab HSS

1. **Penyakit Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)**
2. **Tetanus Neonatorum**

Tetanus Neonatorum disebabkan oleh basil *Clostrodium tetani*, yang masuk ke tubuh melalui luka. Penyakit ini menginfeksi bayi baru lahir yang salah satunya disebabkan oleh pemotongan tali pusat dengan alat yang tidak steril. Tetanus Neonatorum banyak ditemukan di Negara berkembang khususnya dengan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan yang rendah. Di Kab HSS tahun 2016 tidak terdapat kematian disebabkan infkesi Neonatorum.

1. **Campak**

Penyakit campak disebabkan oleh virus campak, golongan Paramyxovirus. Penularan dapat terjadi melalui udara yang terkontaminasi oleh droplet (ludah) orang yang telah terinfeksi. Sebagian besar kasus campak menyerang anak-anak usia pra sekolah dan usia SD. Jika seseorang pernah menderita campak, maka dia akan mendapat kekebalan terhadap penyakit tersebut seumur hidupnya. Tahun 2016 di Kab HSS terdapat 15 kasus campak, namun tidak mengakibatkan kematian.

1. **Difteri**

Penyakit Difteri disebabkan oleh bakteri *Corynebacterium diphtheria* yang menyerang system pernafasan bagian atas. Penyakit difteri pada umumnya menyerang anak-anak usia 1-10 tahun.

Tahun 2016 di Kab HSS tidak ditemukan kasus Difteria.

1. **Polio dan AFP**

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

AFP merupakan kelumpuhan yang sifatnya *flaccid* yang bersifat lunglai, lemas atau layuh (bukan kaku), atau terjadi penurunan kekuatan otot, dan terjadi secara akut (mendadak). Sedangkan non Polio AFP adalah kasus lumpuh layuh akut diduga kasus Polio sampai dibuktikan dengan pemeriksaan laboratorium bukan kasus Polio. Kemenkes menetapkan Non Polio AFP Rate minimal 2/100.000 populasi anak usia < 15 tahun. Tahun 2016 kab HSS tidak ditemukan kasusnya.

1. **Penyakit yang bersumber Binatang**

Beberapa penyakit dapat menular melalui binatang yang biasa disebut penyakit bersumber binatang. Penyakit bersumber binatang di antaranya adalah Malaria, Demam Berdarah Dengue (DBD), Chikungunya, dan rabies. Penyakit tersebut dapat mengakibatkan kerugian secara ekonomi bahkan beberapa menyebabkan kematian.

1. **DBD**

Demam berdarah adalah penyakit demam akut yang disebabkan oleh virus dengue, yang masuk ke peredaran darah manusia melalui gigitan nyamuk dari *genue Aedes*, misalnya *Aedes aegypti* atau *Aedes albapictus*. *Aedes aegypti* adalah vektor yang paling banyak ditemukan menyebabkan penyakit ini. Nyamuk dapat membawa virus dengue setelah menghisap darah orang yang telah terinfeksi virus tersebut. Sesudah masa inkubasi virus di dalam nyamuk selama 8-10 hari, nyamuk yang terinfeksi dapat menstransmisi virus dengue tersebut ke manusia sehat yang di gigitnya.

**Gambar III.21**

**Angka Kesakitan Deman Berdarah Per 100.000 Penduduk di Kab HSS Tahun 2015-2016**

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan Kab HSS

Tahun 2016 jumlah penderita DBD yang dilaporkan sebanyak 356 kasus dengan jumlah kematian 2 orang ( *Incidence Rate* /Angka Kesakitan = 158,6 per 100.000 penduduk dan *Case Fatality Rate* = 0.93%. Angka kesakitan DBD mengalami penurunan dibanding tahun 2015 yang mencapai 191,11 Target Renstra Kemenkes angka kesakitan DBD adalah sebesar < 35 per 100.000 penduduk. Dengan demikian Kab HSS belum memenuhi target Renstra Kemenkes karena Angka Kesakitan /IR > dari 35 per 100.000 penduduk.

Target Renstra Kemenkes CFR akibat DBD adalah < 2%, CFR akibat DBD di Kab HSS tahun 2016 adalah 0.56%, hal ini berarti sudah mencapai target Kemenkes karena angka CFR akibat DBD hanya 0.56%.

1. **Filariasis**

Filariasis adalah penyakit yang disebabkan oleh parasit berupa cacing filaria, yang terdiri dari 3 (tiga) spesies yaitu *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* dan *Brugia timori* . Penyakit ini menginfeksi jaringan limfe (getah bening). Filariasis menular melalui gigitan nyamuk yang mengandung cacing filarial dalam tubuhnya. Dalam tubuh manusia, cacing tersebut tumbuh menjadi dewasa dan menetap di jaringan limfe sehingga menyebabkan pembengkakkan di kaki, tungkai, panyudara, lengan dan organ genital.

Tahun 2016 di Kab HSS tidak ditemukan kasus filariasis.

1. **Malaria**

Malaria merupakan salah satu penyakit menular yang upaya pengendaliannya menjadi komitmen global dalam *Millenium Development Goal* (MDGs). Malaria disebabkan oleh parasit Plasmodium yang hidup dan berkembang biak dalam sel darah merah manusia, ditularkan oleh nyamuk malaria (Anopeles) betina, dapat menyerang semua orang baik laki-laki ataupun perempuan pada semua golongan umur dari bayi, anak-anak dan orang dewasa.

Ditjen PP dan PL Kementerian Kesehatan telah menetapkan stratifikasi endemisitas malaria suatu wilayah di Indonesia menjadi 4 strata yaitu :

1. Endemis Tinggi bila API >5 per 1.000 penduduk
2. Endemis Sedang bila API berkisar antara 1-5 per 1.000 penduduk
3. Endemis Rendah bila API 0-1 per 1.000 penduduk
4. Non Endemis adalah daerah yang tidak terdapat penularan malaria (Daerah pembebasan Malaria) atau API=0

**Gambar III.22**

**Angka Kesakitan Malaria (Annual Paracite Incidence/API) Per 1000 Penduduk di Kab HSS Tahun 2015-2016**

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan Kab HSS

Berdasarkan gambar tersebut di atas, tahun 2015 termasuk endemis rendah (API=0.24). Kemudian pada tahun 2016 turun lagi menjadi 0,10

Target Renstra Kemenkes API adalah < 1.5 per 1.000 penduduk, dengan demikian API Malaria di Kab HSS tahun 2016 sudah mencapai target renstra Kemenkes.

Terdapat 2 jenis tes darah untuk mendeteksi penyakit malaria yaitu pemeriksaan mikroskopis dan Rapid Diagnostik Test (RDT). Pemeriksaan mikrospkopis menghasilkan hasil tes sediaan darah lebih akurat dibandingkan RDT. Tahun 2016 di Kab HSS Kasus Malaria yang dilakukan pemeriksaan laboratorium (Mikroskopis dan RDT) sebanyak 239 suspek dan positif malaria sebanyak 14 kasus.

1. **Penyakit Tidak Menular**

Definisi [Penyakit Tidak Menular ( PTM )](http://www.penyakittidakmenular.com/)merupakan penyakit yang bukan disebabkan oleh kuman atau virus penyakit dan tidak ditularkan kepada orang lain, termasuk cedera akibat kecelakaan dan tindak kekerasan.   
 Definisi Penyakit Tidak Menular diatas menunjukkan sifat penyakit tidak menular yang pada umumnya bersifat kronis sehingga memerlukan waktu cukup panjang untuk penyembuhannya. Karakteristik dari sebagian besar PTM bersifat kronis dan jangka panjang. PTM memiliki tingkat kefatalan yang tinggi. Hampir bisa dipastikan penderita PTM tidak akan sembuh seperti sebelumnya bahkan cenderung memburuk. Penyebab PTM yang multifaktor yang selanjutnya disebut faktor risiko PTM sejatinya telah dapat diprediksi, sehingga PTM dapat dicegah.!

Penyakit Tidak Menular (PTM) dalam pembahasan profil kesehatan Kab HSS Tahun 2016 adalah hanya membahas data hypertensi, obesitas dan pemeriksann IVA Test.

Berdasarkan data dari bidang Pelayanan Kesehatan (Rangkuman laporan LB.1 ) tahun 2016 terdapat kasus hypertensi sebanyak 3.423 kasus hal ini lebih rendah dibanding tahun 2015 yang mencapai 12.917 kasus. Sedangkan data pemantauan obesitas belum pernah dilakukan pemantauan terhadap berat badan dengan melakukan kegiatan penimbangan berat badan.

Tahun 2016, kegiatan pemeriksaan deteksi dini kanker leher rahim dengan metode IV A test dan kanker panyudara dengan pemeriksaan (CBE) terhadap wanita yang berusia antara 30-35 tahun dilakukan pada setiap Puskesmas Se Kabupaten Hulu Sungai Selatan. Jumlah wanita usia antara 30- 50 tahun sebanyak 46.536 orang.Yang dilakukan pemeriksaan deteksi dini kanker leher rahin dan kanker payudara adalah sebanyak 237 orang (1,29%) dari seluruh wanita usia 30-50 tahun). Dari hasil pemeriksaan, diperoleh sebanyak 3 orang wanita terdeteksi positif mengalami kelainan pada serviknya. Namun dari seluruh wanita yang telah diperiksa tidak ditemukan gejala kanker payudara. Kepada wanita yang ditemukan kelainan pada serviknya dilakukan pemeriksaan lebih lanjut lagi ke Rumah Sakit untuk menentukan diagnose pasti kelainan servik tersebut.

**BAB IV**

**SITUASI UPAYA KESEHATAN**

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

Upaya kesehatan perorangan adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan. Upaya kesehatan perorangan mencakup upaya-upaya promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan rawat jalan, pengobatan rawat inap, pembatasan dan pemulihan kecacatan yang ditujukan terhadap perorangan

1. **UPAYA KESEHATAN IBU DAN ANAK**

Salah satu komponen penting dalam pelayanan kesehatan kepada masyarakat adalah pelayanan dasar. Pelayanan kesehatan dasar yang dilakukan secara tepat dan cepat diharapkan dapat mengatasi sebagian besar masalah kesehatan masyarakat.

Upaya pemeliharaan kesehatan bayi dan anak harus ditujukan untuk mempersiapkan generasi yang akan datang yang sehat, cerdas dan berkualitas.

Upaya kesehatan ibu dan anak diharapkan mampu menurunkan angka kematian. Indikator angka kematian yang berhubungan dengan ibu dan anak adalah Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Neonatal (AKN), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA).

Komitmen global dalam MDGs menetapkan target kematian ibu dan kematian anak yaitu menurunkan Angka Kematian Ibu hingga tiga per empat dan menurunkan angka kematian anak hingga dua pertiga dalam kurun waktu 25 tahun.

1. **Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil**

Pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya 4 kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal 1 kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 mingggu), 1 kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan 2 kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24-36 minggu). Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin, berupa deteksi dini faktor resiko, pencegahan dan penanganan dini komplikasi kehamilan.

Pelayanan antenatal diuapayakan agar memenuhi standar kualitas 7T, yaitu

1. Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan;
2. Pengukuran tekanan darah;
3. Pengukuran tinggi fundus uteri;
4. Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi;
5. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan;
6. Pelaksanaan temu wicara serta ;
7. Pelayanan test Laboratorium sederhana, minimal test Hb dan Golongan Darah.

Cakupan pelayan kesehatan pada ibu hamil dapat dinilai menggunakan indikator cakupan K1 dan K4. Cakupan K1 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal pertama kali, dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu tempat wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Sedangkan cakupan K4 adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit 4 kali sesuai jadwal yang dianjurkan, dibandingkan sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Indikator tersebut memperlihatkan akses pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil dan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilan ke tenaga kesehatan.

Gambaran cakupan K1 dan K4 di Kabupaten Hulu Sungai Selatan periode tahun 2012 sampai 2015 adalah berbagai berikut ;

**Gambar IV.1**

**Cakupan Pelayan ibu Hamil K1 dan K4 di Kab HSS Tahun 2016**

Sumber : Bidang Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan kab. HSS

Cakupan K1 sampai tahun 2016 cendrung datar, hal ini menggambarkan bahwa akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan ibu hamil yang diberikan oleh tenaga kesehatan juga tidak ada perubahan yang signifikan pula.

Target Rencana Strategi Kemenkes adalah sebesar 90 %. Capaian cakupan K4 di Kabupaten Hulu Sungai Selatan masih jauh di bawah target Renstra Kemenkes. Dari seluruh puskesmas yang ada di Kab HSS hanya puskesmas Malinau yang melampui Target Rentra Kemkes yaitu mencapai 98,15%, sedangkan puskesmas lainnya masih di bawah Target Renstra Kemenkes.

Berbagai program dan kegiatan dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan untuk mendekatkan akses pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat hingga ke pelosok desa, termasuk untuk meningkatkan cakupan pelayanan antenatal. Dari segi sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan tahun 2016 telah dilakukan rehab fisik Puskesmas Pembantu sebanyak 4 unit, Rehab Poskesdes sebanyak 1 unit dan pembangunan poskesdes sebanyak 1 unit. Hingga tahun 2016 ini telah terdapat Poskesdes sebanyak 101 unit dan pustu sebanyak 73 unit yang menyebar di seluruh wilayah Kabupaten Hulu Sungai Selatan.

Upaya meningkatkan cakupan K4 juga makin diperkuat dengan telah dikembangkannya Kelas Ibu Hamil. Kelas Ibu Hamil diharapkan akan meningkatkan *demand creation* di kalangan ibu hamil dan keluarganya, dengan meningkatnya pengetahuan, sikap, dan prilaku ibu hamil dan keluarganya dalam memperoleh pelayanan kesehatan ibu secara paripurna.

Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) sejak tahun 2010 bersinergi dalam berkontribusi meningkatnya cakupan K4. BOK dapat dimanfaatkan untuk kegiatan luar gedung, seperti pendataan, pelayanan di Posyandu, kunjungan rumah, *sweeping* kasus *drop out*, serta kemitraan bidan dan dukun. Sementera itu Jampersal mendukung paket pelayanan antenatal, termasuk yang dilakukan pada saat kunjungan rumah atau *sweeping*. Semakin kuatnya kerja sama dan sinergi berbagai program yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah dan masyarakat termasuk swasta diharapkan mampu mendorong tercapainya target cakupan K4.

Tahun 2016, capaian indikator kinerja persentase ibu hamil mendapat pelayanan antenatal (Cakupan K4) hanya 64.86%, artinya pelayanan antenatal care (Cakupan K4) masih belum terealisasi dengan baik. Pada umumnya Puskesmas di Kab HSS capaian cakupan Pelayanan Antenatal Care (Cakupan K4) masih di bawah target Nasional. Hanya Puskesmas Malinau yang telah melampaui target Renstra Kemenkes. Hal ini dapat di lihat pada gambar di bawah ini;

**Gambar IV.2**

**Cakupan Pelayan ibu Hamil K4 Per Puskesmas di Kab HSS Tahun 2016**

Sumber : Bidang Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan kab. HSS

1. **Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin**

Upaya kesehatan ibu bersalin dilaksanakan dalam rangka mendorong agar setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih dan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Pertolongan persalinan adalah proses pelayanan persalinan dimulai pada kala I sampai kala IV persalinan. Pencapaian upaya kesehatan ibu bersalin diukur melalui indikator persentase persalianan ditolong tenaga kesehatan terlatih (Cakupan Pn). Indikator ini memperlihatkan tingkat kemampuan Pemerintah dalam menyediakan pelayanan persalinan berkualitas yang ditolong oleh Tenaga kesehatan terlatih.

Persentase pertolongan persalinan yang ditolong tenaga kesehatan terlatih (Cakupan Pn) di Kabupaten Hulu Sungai Selatan Tahun 2016 telah mencapai 84.76%. dibanding tahun 2015 naik lebih dari 4% namun masih belum mencapaiTarget Renstra Kemenkes yang dipatok sebesar 88%. Hal ini berarti capaian cakupan persalinan di tolong tenaga kesehatan belum memenuhi target nasional.

Capaian pertolongan persalinan ditolong tenaga kesehatan masing-masing puskesmas di Kab HSS tahun 2016 yang telah melampaui target nasional adalah Puskesmas Bayanan, Baruh Jaya, Bajayau, Pasungkan, Batang kulur, baman, telaga Langsat dan Puskesmas Malinau, sedangkan Puskesmas lainnya masih di bawah target Nasional. Hal ini dapat di lihat pada gambar di bawah :

**Gambar IV.3**

**Cakupan Persalinan Ditolong Tenaga Kesehatan Terlatih (Pn) Per Puskemas**

**di Kab HSS Tahun 2016**

Sumber : Bidang Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan kab. HSS

Kematian ibu terkait erat dengan penolong persalinan dan tempat/ fasilitas persalinan. Persalinan yang ditolong tenaga kesehatan terbukti berkontribusi terhadap turunnya resiko kematian ibu. Demikian pula dengan tempat/ fasilitas, jika persalinan dilakukan di fasilitas kesehatan, juga akan semakin menekan resiko kematian ibu. Oleh karena itu, kebijakan Kementerian Kesehatan adalah seluruh persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan dan diupayakan dilakukan di fasilitas kesehatan. Kebijakan DAK Bidang Kesehatan menggariskan bahwa pembangunan Puskesmas harus satu paket dengan rumah dinas tenaga kesehatan. Demikian pula dengan pembangunan Poskesdes yang harus bisa sekaligus menjadi rumah tinggal bidan desa. Dengan disediakan rumah tinggal, maka tenaga kesehatan termasuk bidan akan siaga di tempat tugasnya. Bidan yang tinggal di desa memberikan kontribusi positif dalam penurunan kematian ibu.

Upaya penting dalam program kesehatan ibu adalah Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang menitik beratkan fokus totalitas pemantauan yang menjadi salah satu upaya deteksi dini, menghindari resiko kesehatan pada ibu hamil serta menyediakan akses dan pelayanan kegawatdaruratan kebidanan dan bayi baru lahir dasar di tingkat Puskesmas (PONED) dan pelayanan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal komprehensif di rumah sakit (PONEK). Di Kabupaten Hulu Sungai Selatan terdapat 3 puskesmas telah melaksanakan pelayanan PONED dan 2 Rumah Sakit PONEK

Di Kabupaten Hulu Sungai Selatan, persalinan masih ada yang ditolong oleh bukan tenaga kesehatan dikarenakan masih adanya kepercayaan masyarakat untuk melahirkan ditolong bidan kampung, sehingga di Kabupaten Hulu Sungai Selatan termasuk daerah yang difasilitasi Pemerintah Pusat dengan Pengembangan Program Kemitraan Bidan dan Dukun serta Rumah Tunggu Kelahiran. Para bidan kampung diupayakan bermitra dengan bidan dengan hak dan kewajiban yang jelas. Pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan tidak lagi dikerjakan oleh bidan kampung, namun dirujuk ke bidan. Sampai tahun 2016 tercatat sudah 120 bidan kampung yang bermitra dengan bidan.

Ibu hamil yang daerahnya tidak ada bidan atau memang memiliki kondisi penyulit, maka menjelang hari taksiran persalinan diupayakan sudah ada berada di dekat fasilitas kesehatan, yaitu di Rumah Tunggu Kelahiran. Rumah Tunggu Kelahiran tersebut dapat berupa rumah tunggu khusus maupun di rumah sanak saudara yang dekat dengan fasilitas kesehatan. Sampai tahun 2016 ini di Kabupaten Hulu Sungai Selatan memiliki Rumah Tunggu sebanyak 13 buah. Salah satu yang yang menjadi alasan seorang ibu melahirkan di rumah atau dibantu oleh bidan kampung adalah hambatan pembiayaan. Menyadari hal tersebut, Kementerian Kesehatan sejak tahun 2011 meluncurkan program Jaminan Persalinan (Jampersal) yang merupakan jaminan paket pembiayaan sejak pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan hingga pelayanan nifas termasuk pelayanan bayi baru lahir dan KB pasca persalinan. Tahun 2016 ini selain pembiayaan Jampersal adapula Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang di biaya/preminya dibayarkan oleh pemerintah pusat maupun pemerintah daerah bagi warga miskin dan tidak mampu. Penyediaan dana Jampersal atau JKN diyakini turut meningkatkan cakupan Pn di wilayah Kabupaten Hulu Sungai Selatan.

1. **Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas**

Nifas adalah periode mulai dar 6 jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan. Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar yang dilakukan sekurang-kurangnya 3 (Tiga) kali sesuai jadwal yang dianjurkan, yaitu pada 6 jam sampai dengan 3 hari pasca persalinan, pada hari ke 4 sampai dengan hari ke 28 pasca persalinan, dan pada hari ke 29 sampai dengan hari ke 42 pasca persalinan.

Jenis pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan meliputi :

1. Pemeriksaan tanda vital (tekanan darah, nadi, nafas dan suhu);
2. Pemeriksaan fundus uteri
3. Pemeriksaan lokhia dan cairan per vaginam;
4. Pemeriksaan payudara dan pemberian anjuran ASI Eksklusif;
5. Pemberian komunikasi, informasi, dan Edukasi (KIE) kesehatan ibu nifas dan bayi baru lahir, termasuk KB;
6. Pelayanan KB pasca persalinan.

Keberhasilan upaya kesehatan ibu nifas diukur melalui indikator cakupan pelayanan kesehatan ibu nifas (Cakupan Kf-3). Capaian indikator Kf-3 di Kabupaten Hulu Sungai Selatan tahun 2016 dapat dilihat pada gambar di bawah ini :

**Gambar IV.4**

**Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (Kf-3) Kab HSS**

**Tahun 2015 – 2016**

Sumber : Bidang Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan kab. HSS

Capaian cakupan pelayanan ibu nifas (Kf-3) tahun 2016 mengalami kenaikan, yaitu dari 80,22% meningkat menjadi 85,18% Namun demikian kenaikan tersebut masih belum mencapai target capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Tahun 2016 sebesar 90%.

Capaian indikator Kf-3 merupakan hasil dari berbagai upaya yang dilakukan oleh Pemerintah dan masyarakat termasuk sektor swasta. Program penempatan Pegawai Tidak Tetap (PTT) untuk dokter dan bidan terus dilaksanakan. Selain itu, dengan diluncurkannya Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) sejak tahun 2010, Puskesmas, Poskesdes dan Posyandu lebih terbantu dalam mengintensifkan implementasi upaya kesehatan termasuk di dalamnya pelayanan kesehatan ibu nifas, diantarnya kegiatan *sweeping* atau kunjungan rumah bagi yang tidak datang ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Capaian Indikator Kf-3 di masing-masing wilayah kerja Puskesmas se Kab HSS tahun 2016 yang telah mencapai target SPM adalah Puskesmas Malinau, Loksado, Bayanan, Sungai Pinang, Pasungkan, Bamban dan Puskesmas Telaga Langsat. Untuk Puskesmas lainnya belum mencapai target SPM. Hal ini dapat dilihat pada gambar di bawah ini,

**Gambar IV.5**

**Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (Kf-3) Per Puskesmas di Kab HSS**

**Tahun 2016**

Sumber : Bidang Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan kab. HSS

1. **Penanganan Komplikasi Maternal**

Komplikasi Maternal adalah kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan atau janin dalam kandungan, baik langsung maupun tidak langsung, termasuk penyakit menular dan tidak menular yang dapat mengancam jiwa ibu dan atau janin, yang tidak disebabkan oleh trauma/kecelakaan. Pencegahan dan penanganan komplikasi maternal adalah pelayanan kepada ibu dengan komplikasi maternal untuk mendapatkan perlindungan/pencegahan dan penanganan definitif sesuai standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan.

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

Cakupan penanganan komplikasi maternal sejak tahun 2015 sampai tahun 2016 sudah mencapai 100 %. Artinya seluruh ibu hamil yang mengalami komplikasi kehamilan sudah mendapat penatalaksanaan yang standar. Walaupun tidak semua ibu hamil yang telah mengalami komplikasi kehamilan dapat terselamatkan dari kematian dengan tindakan standar tersebut. Penyebab kematian ibu didominasi oleh perdarahan post partum, Deman Berdarah (DHF), pre Eklamsi dan Kejang Demam.

Walaupun sebagian komplikasi maternal tidak dapat dicegah dan diperkirakan sebelumnya, tidak berarti bahwa komplikasi tersebut tidak dapat ditangani. Mengingat bahwa setiap ibu hamil/bersalin/nifas berisiko mengalami komplikasi, maka mereka perlu mempunyai akses terhadap pelayanan kegawatdaruratan maternal/obstetri.

Terdapat tiga jenis area intervensi yang dilakukan untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu dan neonatal yaitu melalui :

1. Peningkatan pelayanan antenatal yang mampu mendeteksi dan menangani kasus resiko secara memadai ;
2. Pertolongan persalinan yang bersih dan aman oleh tenaga kesehatan trampil, pelayanan pasca persalinan dan kelahiran ;
3. Pelayanan *emergency obstetric* dan neonatal dasar (PONED) dan komprehensif (PONEK) yang dapat terjangkau.

Upaya terobosan dalam penurunan AKI dan AKB adalah melalui Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang menitikberatkan fokus totalitas monitoring yang menjadi salah satu upaya deteksi dini, menghindari resiko kesehatan pada ibu hamil serta menyediakan akses dan pelayanan kegawatdaruratan obstetric dan neonatal dasar di tingkat Puskesmas (PONED) dan pelayanan kegawatdaruratan obstetric dan neonatal komprehensif di Rumah Sakit (PONEK). Dalam implementasinya P4K merupakan salah satu unsur desa siaga. Sampai tahun 2016 tercatat 144 desa dan 4 kelurahan telah melaksanakan P4K.

Di Kabupaten Hulu Sungai Selatan terdapat 3 Puskesmas mampu PONED sedangkan Rumah Sakit nya sudah memenuhi syarat mampu PONEK.

Selain itu dilakukan pula kegiatan Audit Maternal Perinatal (AMP), yang merupakan upaya dalam penilaian pelaksanaan serta peningkatan mutu pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir melalui pembahasan kasus kematian ibu atau bayi baru lahir sejak di level masyarakat sampai di level fasilitas pelayanan kesehatan. Kendala yang timbul dalam upaya penyelamatan ibu pada saat terjadi kegawatdaruraratan maternal dan bayi baru lahir akan dapat menghasilkan suatu rekomendasi dalam uapaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan ibu dan bayi di masa mendatang

1. **Penanganan Komplikasi Neonatal**

Komplikasi neonatal adalah neonatal dengan penyakit dan atau kelainan yang dapat menyebabkan kecacatan dan atau kematian, seperti asfiksia, ikterus, hypotermi, tetanus neonatorum, infeksi/sepsis, trauma lahir dan berat badan bayi lahir kurang dari 2500 gr (BBLR < 2500 gr), syndrome gangguan pernafasan dan kelainan kongenital maupun termasuk klasifikasi kuning pada pemeriksaan dengan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM).

Penanganan Neonatal Komplikasi adalah neonatal sakit dan atau neonatal dengan kelainan yang mendapat pelayanan sesuai standar oleh tenaga kesehatan (dokter,bidan atau perawat) baik di rumah, sarana pelayanan kesehatan dasar maupun sarana pelayanan kesehatan rujukan. Pelayanan sesuai standar antara lain sesuai dengan standar MTBM, manajemen Asfiksia Bayi Baru Lahir, Manajemen Berat Badan Bayi Lahir Rendah, Pedoman Pelayanan Neonatal Esensial di tingkat pelayanan kesehatan dasar, PONED, PONEK atau standar pelayanan operasional lainnya.

Capaian cakupan penanganan komplikasi neonatal mulai tahun 2016 adalah 127,2%. Dari perkiraan komplikasi neonatal sebesar 551,10%

Gambaran cakupan penanganan kompilkasi neonatal di Puskesmas Se Kab HSS Tahun 2016 dapat di lihat pada gambar di bawah ini,

**Gambar IV.6**

**Cakupan Penanganan Komplikasi Neonatal Per Puskesmas di Kab HSS**

**Tahun 2016**

Sumber : Bidang Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan kab. HSS

1. **Kunjungan Neonatal**

Bayi baru lahir atau yang lebih dikenal dengan neonatal merupakan salah satu kelompok yang paling rentan terhadap gangguan kesehatan. Beberapa upaya kesehatan dilakukan untuk mengendalikan resiko pada kelompok ini diantaranya dengan mengupayakan agar persalinan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan serta menjamin tersedianya pelayanan kesehatan sesuai standar pada kunjungan bayi baru lahir.

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

Capaian cakupan kunjungan neonatal pertama (KN1) tahun 2016 adalah 98,8%. Target Renstra Kemenkes adalah 88%. Capaian cakupan KN-1 di Kabupaten Hulu Sungai Selatan jika dibandingkan dengan target Renstra Kemenkes seluruh puskesmas sudah mencapai target.

Selain KN1, indikator yang mengggambarkan pelayanan kesehatan bagi neonatal adalah KN lengkap yang mengharuskan agar setiap bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar sedikitnya 3 kali. Capaian KN lengkap di Kabupaten Hulu Sungai Selatan adalah 98,5 %. KN1 dan KN lengkap dapat dilihat dapat pada gambar di bawah ini :

**Gambar IV.7**

**Capaian Cakupan Kunjungan Neonatal 1 dan Kunjungan Neonatal Lengkap**

**di Kab HSS Tahun 2016**

Sumber : Bidang Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan kab. HSS

Target Renstra Kemenkes adalah 84%. Sejak tahun 2012 sampai sekarang tren capaian cakupan KN1 dan KN Lengkap selalu berada di atas target Renstra Kemenkes . Capaian cakupan kunjungan neonatal seluruh Puskesmas di Kab HSS dapat di lihat pada gambar di bawah, Capaian cakupan kunjungan neonatal lengkap paling tinggi pada wilayah kerja Puskesmas Gambah dan capaian yang paling rendah pada wilayah kerja Puskesmas Batang Kulur.

**Gambar IV.8**

**Capaian Cakupan Kunjungan Neonatal Lengkap Per Puskesmas di Kab HSS**

**Tahun 2016**

Sumber : Bidang Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan kab. HSS

1. **Pelayanan Kesehatan pada Bayi**

Bayi juga merupakan salah satu kelompok yang rentan terhadap gangguan kesehatan maupun serangan penyakit. Oleh karena itu dilakukan upaya pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada bayi usia 29 hari sampai dengan 11 bulan dengan memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi klinis kesehatan (dokter, bidan, dan perawat) minimal 4 kali. Program ini terdiri dari pemberian imunisasi dasar (BCG,DPT/HB1-3,Polio 1-4, dan Campak), Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) bayi, pemberian Vitamin A pada bayi, dan penyuluhan perawatan kesehatan bayi serta penyuluhan ASI Ekslusif, MP- ASI dan lain-lain.

Cakupan pelayanan kesehatan bayi dapat menggambarkan upaya pemerintah dalam meningkatkan akses bayi untuk memperoleh pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin adanya kelainan atau penyakit, pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit serta peningkatan kualitas hidup bayi. Target Renstra Kemenkes adalah 86%.

Gambaran capaian cakupan pelayanan kesehatan bayi di Kabupaten Hulu Sungai Selatan periode Tahun 2015 -2016 dapat di lihat pada gambar berikut ini

**Gambar IV.9**

**Capaian Cakupan Kunjungan Bayi di Kab HSS Tahun 2016**

Sumber : Bidang Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan kab. HSS

Capaian cakupan kunjungan bayi tahun 2016 masih di bawah target Renstra Kemenkes yaitu sebesar 77,84% naik sedikit dari tahun 2015 yang mencapai 76.36%.

Capaian cakupan kunjungan bayi seluruh Puskesmas di Kab HSS tahun 2016 dapat di lihat pada gambar di bawah ini :

**Gambar IV.10**

**Capaian Cakupan Kunjungan Bayi Per Puskesmas di Kab HSS Tahun 2016**

Sumber : Bidang Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan kab. HSS

1. **Pelayanan Kesehatan pada Anak Balita**

Salah satu indikator yang ditetapkan pada Rencana Strategis Kementrian Kesehatan terkait dengan upaya kesehatan anak adalah pelayanan kesehatan pada anak balita. Adapun batasan anak balita adalah setiap anak yang berada pada kisaran umur 12 sampai 59 bulan. Pelayanan kesehatan anak balita dilakukan oleh tenaga kesehatan dalam upaya meningkatkan kualitas hidup anak balita dengan melakukan beberapa kegiatan antara lain :

1. Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan dan stimulasi tumbuh kembang pada anak dengan menggunakan instrument SDIDTK
2. Pembinaan Posyandu, pembinaan anak prasekolah termasuk Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) dan konseling keluarga pada kelas ibu balita dengan memanfaatkan Buku KIA
3. Perawatan analk balita dengan pemberian ASI sampai 2 tahun, makanan gizi seimbang, dan vitamin A

Target Renstra Kemenkes adalah 81 %. Capaian indikator pelayanan kesehatan pada anak balita (umur 12-59 bulan) di Kabupaten Hulu Sungai Selatan tahun 2016 adalah 68.9% hal ini masih dibawah target Renstra Kemenkes. Walaupun secara umum Kabupaten Hulu Sungai Selatan belum melampaui target Kemenkes namun ada beberapa puskesmas capaian pelayanan anak balitanya diatas target Renstra kemenkes. Capian cakupan pelayanan anak balita (umur 12-59 bulan) yang berada di atas target Nasional adalah Puskesmas Baruh Jaya, Batang Kulur, Bamban, Telaga Langsat dan Kalumpang.

Capaian cakupan pelayanan anak balita (umur 12-59 bulan) seluruh Puskesmas di Kab HSS Tahun 2015 dapat di lihat pada gambar di bawah ini :

**Gambar IV.11**

**Capaian Cakupan Pelayanan Anak Balita (umur 12-59 bulan)**

**Per Puskesmas di Kab HSS Tahun 2016**

Sumber : Bidang Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan kab. HSS

1. **Penjaringan Sekolah Dasar dan Setingkatnya**

Salah satu upaya kesehatan anak adalah intervensi pada anak usia sekolah. Upaya kesehatan pada kelompok ini yang dilakukan melalui penjaringan kesehatan terhadap murid SD/MI kelas 1 juga menjadi salah satu indikator yang dievaluasi keberhasilannya melalui Renstra Kementerian Kesehatan. Melalui kegiatan penjaringan kesehatan diharapkan bisa mengatasi permasalahan kesehatan pada anak usia sekolah yaitu pelaksanaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) seperti menggosok gigi dengan baik dan benar, mencuci tangan menggunakan sabun, karies gigi, kecacingan, kelainan refraksi/ketajaman penglihatan dan masalah gizi.

Kegiatan penjaringan kesehatan ini terdiri dari :

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

Melalui penjaringan kesehatan diharapkan siswa SD/MI sederajat kelas 1 yang memiliki masalah kesehatan mendapatkan penanganan sedini mungkin. Penjaringan kesehatan dinilai dengan menghitung persentase SD/MI yang melakukan penjaringan kesehatan terhadap seluruh SD/MI yang menjadi sasaran penjaringan. Target Renstra Kemenkes tentang indikator ini adalah 92%. Cakupan pelayanan kesehatan pada SD dan setingkatnya di Kabupaten Hulu Sungai Selatan tahun 2016 adalah 100%. Jika dibandingkan dengan target Renstra Kemenkes hal ini sudah melampaui target. Artinya seluruh Puskesmas sudah melakukan kegiatan penjaringan terhadap SD/ sederajat yang ada di wilayah kerjanya.

1. **Pelayanan Keluarga Berencana**

Program keluarga Berencana (KB) dilakukan dalam rangka mengatur jumlah kelahiran atau penjarangan kelahiran. Sasaran Program KB adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang lebih dititikberatkan pada kelompok Wanita Usia Subur (WUS) yang berada pada kisaran usia 15-49 tahun.

Keberhasilan program KB dapat diukur dengan melihat cakupan KB aktif dan KB baru. Cakupan KB Aktif menggambarkan proporsi pasangan usia subur (PUS) yang sedang menggunakan alat/ metode kontrasepsi terhadap jumlah PUS yang ada. Sedangkan cakupan KB baru adalah jumlah PUS yang baru menggunakan alat/metode kontrasepsi terhadap jumlah PUS.

Persentase peserta KB Aktif di Kabupaten Hulu Sungai Selatan dapat di lihat pada gambar di bawah ini :

**Gambar IV.12**

**Persentase KB Aktif di Kab HSS Tahun 2016**

Sumber : Kantor Badan KB dan Pemberdayaan Perempuan Kab HSS

Capaian persentase KB Aktif tahun 2016 adalah 79.65%, hal ini jika dibandingkan capaian tahun 2015 terjadi peningkatan dari 77,79%. Capaian cakupan peserta KB Aktif terbanyak pada puskesmas Kalumpang, Loksado, Telaga Langsat, Padang Batung dan Kandangan. Sedangkan capaian cakupan KB Aktif paling rendah adalah Puskesmas Pasungkan.

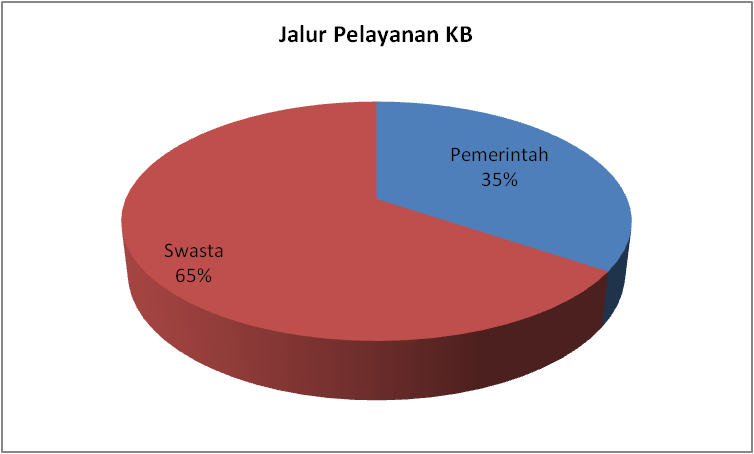
Penggunaan metode kontrasepsi pada KB terdiri dari beberapa jenis. Kepesertaan KB dengan metode kontrasepsi Pil adalah paling mendominasi atau lebih dari 50% , sisanya dengan metode kontrasepsi Suntik, Implan, MOP, Kondom, MOW dan IUD.

Sebagian besar peserta KB Baru cenderung untuk memanfaatkan klinis swasta untuk mendapatkan layanan KB. Sedangkan peserta KB Baru lainnya memilih memanfaatkan klinik KB Pemerintah. Untuk lebih jelasnya dapat di lihat pada gambar di bawah ini :

**Gambar IV.13**

**Persentase Peserta Kb Baru menurut Tempat Pelayanan KB**

**Di Kab HSS Tahun 2016**



Sumber : Kantor Badan KB dan Pemberdayaan Perempuan Kab HSS

1. **PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT**

Permasalah gizi masyarakat merupakan salah satu isu kesehatan masyarakat yang menyita perhatian sektor kesehatan. Status gizi juga merupakan salah satu penentu kondisi derajat kesehatan masyarakat. Pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan melakukan upaya perbaikan gizi masyarakat dalam rangka merespon permasalahan gizi yang sering ditemukan seperti anemia gizi besi, kekurangan vitamin A dan gangguan kekurangan yodium.

1. **Pemberian Tablet Tambah Darah Pada Ibu Hamil (Fe)**

Salah satu permasalahan gizi masyarakat adalah anemia gizi, yaitu suatu kondisi ketika kadar Haemoglobin (Hb) dalam darah tergolong rendah. Rendahnya kadar Hb ini terjadi karena kekurangan asupan zat gizi yang diperlukan untuk pembentukan komponen Hb terutama zat besi (Fe). Sebagian besar anemia yang ditemukan adalah anemia zat besi (Fe). Dalam rangka penanggulangan permasalahan anemia gizi besi, telah dilakukan program pemberian tablet Fe. Pemberian tablet Fe di integrasikan dengan pelayanan kunjungan ibu hamil (*antenatal care*). Cakupan pemberian tablet Fe dapat di lihat pada tabel di bawah ini ;

**Gambar IV.14**

**Persentase Ibu Hamil yang Mendapat 90 Tablet dan 30 Tambah Darah**

**di Kab HSS Tahun 2016**

Sumber : Bidang Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan kab. HSS

Efektivitas upaya pemberian tablet besi juga sangat tergantung pada sebagian besar kepatuhan ibu hamil dalam mengkonsumsi tablet besi yang diberikan. Cakupan pemberian tablet besi yang tinggi bisa tidak berdampak pada penurunan anemia besi jika kepatuhan ibu hamil dalam menelan tablet besi masih rendah.

Program pemberian tablet besi sangat terkait dengan pelayanan kesehatan pada ibu hamil (K1-K4) karena diberikan pada saat ibu hamil melakukan kunjungan ke pelayanan kesehatan. Pemberian tablet besi juga menjadi salah satu syarat terpenuhinya kunjungan ibu hamil K4. Pada gambar tersebut di atas terlihat bahwa capaian cakupan pemberian tablet tambah darah 90 tablet dan 30 tablet terdapat selisih capaian jauh berbeda. Tahun 2016, capaian cakupan pemberian tablet besi 90 tablet adalah 64.72%, sedangkan capaian cakupan pemberian tablet besi 30 tablet adalah 91.73%, idealnya capaian dua indikator tersebut sama atau tidak jauh berbeda. Oleh karena itu diperlukan perbaikan pada system pencatatan dan pelaporan serta koordinasi antar pengelola program terkait.

1. **Pemberian Kapsul Vitamin A**

Selain anemia gizi besi, kekurangan vitamin A juga menjadi perhatian dalam upaya perbaikan gizi masyarakat. Oleh karena itu dilakukan pemberian kapsul Vitamin A dalam rangka mencegah dan menurunkan prevalensi kekurangan vitamin A (KVA) pada balita. Cakupan yang tinggi dari pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi terbukti efektif untuk untuk mengatasi masalah KVA pada masyarakat. Vitamin A berperan terhadap penurunan angka kematian, pencegahan kebutaan, serta pertumbuhan dan kelangsungan hidup anak.

Masalah vitamin A pada balita secara klinis bukan lagi masalah kesehatan masyarakat (prevalensi xeropthalmia < 0.5%). Namun demikian KVA subklinis, yaitu tingkat yang belum menampakkan gejala nyata, masih ada pada kelompok balita. KVA tingkat subklinis ini hanya dapat diketahui dengan memeriksa kadar vitamin A dalam darah di laboratorium. Karena itu kegiatan pemberian vitamin A pada balita masih perlu dilanjutkan karena bukan hanya untuk kesehatan mata juga mencegah terjadinya kebutaan, namun yang lebih penting lagi, vitamin A meningkatkan kelangsungan hidup, kesehatan dan pertumbuhan anak.

Pemberian kapsul vitamin A dilakukan terhadap bayi (6-11 bulan) dengan dosis 100.000 SI, anak balita (12-59 bulan) dengan dosis 200.000 IU, dan ibu nifas diberikan kapsul vitamin A 200.000 SI, sehingga bayinya memperoleh vitamin A yang cukup melalui ASI. Pemberian kapsul vitamin A diberikan secara serentak setiap bulan Februari dan Agustus pada balita usia 6-59 bulan.

Cakupan pemberian vitamin A tahun 2016 di Kab HSS telah mencapai 88.50%. Upaya untuk meningkatkan cakupan pemberian kapsul vitamin A maka perlu dilakukan integrasi pelayanan kesehatan anak, sweeping pada daerah yang cakupannya rendah dan kampanye pemberian kapsul vitamin A.

Capaian cakupan pemberian kapsul vitamin A tertinggi pada wilayah kerja Puskesmas Bamban sedangkan capaian cakupan pemberian kapsul vitamin A paling rendah pada wilayah kerja Puskesmas Kalumpang. Untuk lebih jelasnya hal ini dapat di lihat pada gambar di bawah :

**Gambar IV.15**

**Cakupan Pemberian Kapsul Vitamin A pada Balita (6 - 59 Bulan) Per Puskesmas di Kab HSS Tahun 2016**

Sumber : Bidang Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan kab. HSS

1. **Cakupan Pemberian ASI Eksklusif**

Cara pemberian makanan pada bayi yang baik dan benar adalah menyusui bayi secara eksklusif sejak lahir sampai dengan umur 6 bulan dan meneruskan menyusui anak sampai umur 24 bulan. Mulai umur 6 bulan, bayi mendapat makanan pendamping ASI yang bergizi sesuia dengan kebutuhan tumbuh kembangnya.

Persentase pemberian ASI Eksklusif di Kab HSS selama periode tahun 2016 mencapai 49,3% **.** Sedangkan capaian cakupan pemberian ASI Eksklusif per Puskemas di Kab HSS Tahun 2015 adalah sebagai berikut :

**Gambar IV.16**

**Cakupan Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi 0-6 Bulan Per Puskesmas**

**di Kab HSS Tahun 2015**

Sumber : Bidang Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan kab. HSS

Pada gambar tersebut di atas terlihat capaian cakupan pemberian ASI Eksklusif tertinggi pada wilayah kerja Puskesmas Jambu Hilir sedangkan capaian cakupan paling rendah pemberian ASI Eksklusif adalah Puskesmas Batang kulur.

1. **Cakupan Penimbangan Balita di Posyandu (D/S)**

Kegiatan penimbangan balita di Posyandu (D/S) menjadi salah satu indikator yang ditetapkan pada Renstra Kemenkes RI. Indikator yang berkaitan dengan cakupan pelayanan gizi pada balita, cakupan pelayanan kesehatan dasar khususnya imunisasi serta penanganan prevalensi gizi kurang pada balita. Dengan cakupan D/S yang tinggi, diharapkan semakin tinggi pula cakupan pemberian tablet vitamin A, cakupan imunisasi dan semakin rendahnya prevalensi gizi kurang. Capaian cakupan penimbangan balita di Kab HSS periode tahun 2012 – 2016 dapat di lihat pada gambar di bawah ini :

**Gambar IV.17**

**Cakupan Penimbangan Balita Di Posyandu Kab HSS Tahun 2016**

Sumber : Bidang Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan kab. HSS

Cakupan penimbangan balita di posyandu tahun 2016 adalah 71.69%, dari hasil penimbangan ditemukan 5.01 % yang berada pada garis BGM.

1. **PELAYANAN IMUNISASI**

Program imunisasi merupakan salah satu upaya untuk melindungi penduduk terhadap penyakit tertentu. Beberapa penyakit menular yang termasuk ke dalam Penyakit Yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) antara lain : Difteri,Tetanus, Hepatitis B, Radang Selaput Otak, Radang Paru-paru, Pertusis dan Polio.

Proses perjalanan penyakit di awali ketika virus/ bakteri/ protozoa/ jamur masuk ke dalam tubuh. Setiap mahluk hidup yang masuk ke dalam tubuh manusia akan di anggap benda asing oleh tubuh atau yang disebut dengan antigen. Secara alamiah sistem kekebalan tubuh akan membentuk zat anti yang disebut antibody untuk melumpuhkan antigen. Pada saat pertama kali antibody “berinteraksi” dengan antigen, respon yang diberikan tidak terlalu kuat. Hal ini disebabkan antibody belum “mengenali” antigen. Pada interkasi antibody-antigen yang ke-2 dan seterusnya, system kekebalan tubuh sudah memilik “ memory” untuk mengenali antigen yang masuk ke dalam tubuh, sehingga antibody yang terbentuk lebih banyak dan dalam waktu yang lebih cepat.

Proses pembentukan antibody untk melawan antigen secara alamiah disebut imunisasi alamiah. Sedangkan program imunisasi melalui pemberian vaksin adalah upaya stimulasi alamiah. Sedangkan program imunisasi melalui pemberian vaksin adalah upaya stimulasi terhadap system kekebalan tubuh untuk menghasilkan antibody dalam upaya melawan penyakit dengan melumpuhkan “antigen” dilemahkan yang berasal dari valsin. Program imunisasi diberikan kepada populasi yang dianggap rentan terjangkit penyakit menular, yaitu bayi, anak usia sekolah, wanita usia subur dan ibu hamil.

1. **Imunisasi Dasar Bayi**

Sebagai salah satu kelompok yang menjadi sasaran program imunisasi, setiap bayi wajib mendapatkan lima imunisasi dasar lengkap (LIL) yang terdiri dari : 1 dosis BCG, 3 dosis DPT, 4 dosis polio, 1 dosis hepatitis B dan 1 dosis campak. Dari kelima imunisasi dasar lengkap yang wajibkan tersebut, campak merupakan imunisasi yang mendapat perhatian lebih yang dibuktikan dengan komitmen Indonesia pada lingkp ASEAN dan SEARO untuk mempertahankan cakupan imunisasi campak sebesar 90%. Hai ini terkait dengan realita bahwa campak adalah salah satu penyebab utama kematian pada balita. Dengan demikian pencegahan campak memiliki peran signifikan dalam penurunan angka kematian balita. Cakupan imunisasi campak di Kab HSS Periode Tahun 2016 mencapai 96,14% .

Capaian cakupan imunisasi campak per Puskesmas dapat di lihat pada gambar tabel di bawah ini :

**Gambar IV.18**

**Cakupan Imunisai Campak Per Puskesmas di Kab HSS Tahun 2016**

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan kab. HSS

Pada gambar tersebut di atas terlihat capaian cakupan imunisasi campak paling tinggi pada wilayah kerja Puskesmas Bayanan, sedangkan capaian cakupan imunisasi campak paling rendah pada wilayah kerja Puskesmas Sungai Pinang. Capaian cakupan imunisasi campak yang sudah mencapai target WHO adalah Puskesmas Bamban, Puskesmas Mlinaui, Puskesmas Angkinang, Puskesmas Nagara, Puskesmas wasah dan Puskesmas Bajayau. Sedangkan puskesmas lainnya masih belum mencapai target WHO.

Program Imunisasi pada bayi mengharapkan agar setiap bayi mendapatkan kelima jenis imunisasi dasar lengkap. Keberhasilan seorang bayi dalam mendapatkan 5 jenis imunisasi dasar tersebut di ukur melalui indikator imunisasi dasar lengkap. Capaian indikator imunisasi lengkap di Kab HSS tahun 2016 sebesar 95,72%. Angka ini telah melebehi target Renstra Kemenkes sebesar 85%.

**Gambar IV.19**

**Persentase Cakupan Imunisai Dasar Lengkap Per Puskesmas di Kab HSS**

**Tahun 2016**

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan kab. HSS

Berdasarkan distribusi per Puskesmas pada gambar di atas, capaian imunisasi dasar lengkap tertinggi tahun 2016 terdapat di Puskesmas Bayanan (255,60%) diikuti Puskesmas Bamban (182,24%) dan Puskesmas Pasungkan (111,21%).

Indikator lain yang diukur untuk menilai keberhasilan pelaksanaan imunisasi adalah *Universal Child Immunization* atau yang biasa disingkat UCI. UCI adalah gambaran suatu desa/kelurahan dimana > 80% dari jumlah bayi (0-11 bulan) yang ada di desa/ kelurahan tersebut sudah mendapat imunisasi dasar lengkap. Target UCI pada Renstra Kemenkes adalah sebesar 90%. Pada tahun 2015 hanya terdapat 128 desa/ kelurahan dari seluruh 144 desa/keluarahan (86%) yang telah UCI. Puskemas yang memiliki persentase desa UCI melebihi target 90% seperti tampak pada gambar berikut ini. Pada gambar di bawah terlihat, puskesmas yang paling rendah capaian desa UCI adalah Puskesmas Loksado, Baruh Jaya dan Puskesmas Sungai Pinang. Sedangkan Puskesmas yang mencapai target nasional adalah Puskesmas Nagara, Puskesmas Bamban, Puskesmas Wasah, Puskesmas Simpur, Puskesmas Bajayau, Puskesmas Bayanan, Puskesmas Gambah, Puskesmas Angkinang, Puskesmas Kaliring, Puskesmas Batang Kulur, Puskesmas pasungkan, dan Puskesmas Kandangan.

**Gambar IV.20**

**Cakupan Desa/ Kelurahan UCI di Kab HSS Tahun 2016**

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan kab. HSS

Imunisasi dasar pada bayi seharusnya diberikan pada anak sesuai dengan umurnya. Pada kondisi ini diharapkan sistem kekebalan tubuh dapat bekerja secara optimal. Namun demikian, pada kondisi tertentu beberapa bayi tidak mendapatkan imunisasi dasar secara lengkap. Kelompok ini yang disebut *drop out* (DO) imunisasi. Bayi yang mendapatkan imunisasi DPT/HB1 pada awal pemberian imunisasi, namun tidak mendapatkan imunisasi campak, disebut *Drop Out* DPT/HB1-Campak. Indikator ini diperoleh dengan menghitung selisih penurunan cakupan imunisasi campak terhadap cakupan imunisasi DPT/HB1.

*Drop Out* Rate imunisasi DPT/HB1 campak tahun 2016 sebesar 0.04%. DO rate DPT/HB1-Campak diharapkan agar tidak melebihi 5%.

1. **Imunisasi Pada Ibu Hamil**

Ibu hamil juga merupakan populasi yang rentan terhadap infeksi penyakit menular, oleh karena itu program imunisasi juga ditujukan pada kelompok ini. Salah satu penyakit menular yang dapat berakibat fatal dan berkontribusi terhadap kematian ibu dan kematian anak adalah Tetanus Maternal dan neonatal. Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan berkomitmen terhadap program Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal (*Maternal and Neonatal Tetanus Elimination atau MNTE).* WHO menetapkan status eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal jika terdapat kurang dari satu kasus tetanus neonatal per 1.000 kelahiran hidup di setiap kabupaten di suatu Negara.

MNTE merupakan program eliminasi tetanus pada neonatal dan wanita usia subur termasuk ibu hamil.Strategi yang dilakukan untuk mengeliminasi tetanus neonatorum dan maternal adalah :

1. Pertolongan persalinan yang aman dan bersih;
2. Cakupan imunisasi rutin TT yang tinggi dan merata ; dan
3. Penyelenggaraan surveilans tetanus Neonatorum

Capaian persentase cakupan Imunissai TT2+ di Kab HSS Tahun 2016 adalah 66,12%. Sedangkan gambaran cakupan imunisasi TT2+ untuk ibu hamil per Puskesmas di Kab HSS Tahun 2016 dapat di lihat pada gambar di bawah ini :

**Gambar IV.21**

**Persentase Cakupan Imunisasi TT2+ pada Ibu Hamil Per Puskesmas**

**di Kab HSS Tahun 2016**

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan kab. HSS

Pada gambar tersebut di atas diketahui bahwa tahun 2016, puskesmas dengan cakupan imunisasi tertinggi adalah Puskesmas Bamban di ikuti Puskesmas Pasungkan dan Puskesmas Malinau. Sedangkan cakupan terendah terdapat di Puskesmas Angkinang,diikuti Puskesmas Nagara dan Puskesmas Bayanan.

1. **UPAYA PENGENDALIAN PENYAKIT**
2. **Pengendalian HIV dan AIDS**

HIV dan AIDS menjadi salah satu penyakit menular yang pengendaliannya dipantau melalui komitmen global MDGs. Kegiatan pengendalian penyakit ini dilakukan melalaui pencegahan infeksi, penularan, penemuan penderita secara dini yang kemudian dilanjutkan dengan kegiatan konseling hingga perawatan dan pengobatan.

Upaya penemuan penderita dilakukan melalui skrining HIV dan AIDS terhadap darah donor, pemantauan pada kelompok berisiko penderita Penyakit Menular Seksual (PMS) seperti Pekerja Sek Komersial (PSK), penyalahgunaan Napza dengan suntikan (IDUs), penghuni Lapas (Lembaga Pemasyarakatan) atau penelitian pada kelompok beresiko rendah seperti ibu rumah tangga dan sebagainya.

Hasil Pelaksanaan survelains HIV dan AIDS selama empat tahun terakhir dapat di lihat pada tabel berikut ini :

**Tabel IV.1**

**Penemuan Penderita HIV dan AIDS di Kab HSS Tahun 2012 – 2016**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TAHUN | Kasus HIV | Kasus AIDS | Kematian Akibat HIV | Kematian Akibat AIDS |
| 2012 | 2 | 2 | 0 | 2 |
| 2013 | 2 | 5 | 0 | 4 |
| 2014 | 9 | 7 | 3 | 4 |
| 2015 | 5 | 6 | 0 | 6 |
| 2016 | 14 | 2 | 2 | 2 |

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan kab. HSS

Dalam rangka mengendalian penyebaran dan menurunkan jumlah kasus baru HIV dan AIDS, diperlukan upaya khusus yang difokuskan pada kelompok remaja. Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan remaja terkait HIV dan AIDS adalah melalui kampanye “Aku Bangga Aku Tahu” (ABAT). Kampanye ABAT merupakan sosialisasi mengenai perilaku seksual yang harus dihindari sebelum ada komitmen melalui pernikahan dan penyadaran tentang cara penularan penyakit HIV dan AIDS. Dengan kegiatan ini diharapkan pemerintah, dunia usaha, masyarakat, khususnya generasi muda, dapat mengenal HIV dan AIDS serta melindungi diri dan orang lain dari resiko Penularan HIV dan AIDS.

1. **Pengendalian TB Paru**

Selain HIV AIDS dan Malaria, Tubercolusis (TB) juga menjadi salah satu penyakit menular yang upaya pengendaliannya di nilai pada komitmen global *Millenium Development Goals* menetapkan TB sebagai bagian dari tujuan di bidang kesehatan yang terdiri dari :

1. Menurunkan insidens TB Paru pada tahun 2016;
2. Menurunkan prevalensi TB Paru dan angka kematian akibat TB Paru menjadi setengahnya pada tahun 2016 dibandingkan tahun 1990;
3. Sedikitnya 705 kasus TB Paru BTA+ terdeteksi dan diobati melalui program DOTS (Directly Observed Treadment Shortcource Chemotherafy0 atau pengobatan TB Paru dengan pengawasan langsung oleh Pengawas menelan Obat ( PMO) dan
4. Sedikitnya 85% tercapai Succes Rate (SR)

Upaya pengobatan kasus TB dilakukan dengan menerapkan strategi DOTS, yaitu strategi penatalaksanaan TB yang menekankan pentingnya pengawasan terhadap pasien TB untuk memastikan pasien menyelesaikan pengobatan sesuai ketentuan sampai dinyatakan sembuh. Strategi ini direkomendasikan oleh WHO secara global untuk menanggulangi TB, karena menghasilkan angka kesembuhan yang tinggi yaitu mencapai 85%.

1. **Proporsi Pasien TB Paru BTA Positif di Antara Suspek yang Diperiksa**

Upaya Pemerintah dalam menanggulangi TB Paru setiap tahunnya semakin menunjukkan kemajuan. Hai ini dapat dilihat dari meningkatnya jumlah penderita yang ditemukan dan disembuhkan setiap tahun. Persentase TB Paru BTA+ terhadap suspek TB Paru selama tahun 2016 dapat adalah 11,78%

Persentase BTA positif terhadap suspek yang diperiksa dahaknya menggambarkan mutu dari proses penemuan sampai diagnosis pasien, serta kepekaan menetapkan kriteria suspek. Angka proporsi pasien baru TB paru BTA positif di antara suspek yang diperiksa sekitar 5-15%. Angka ini bila (<5%) kemungkinan disebabkan antara lain karena penjaringan suspek terlalu longgar, banyak orang tidak memenuhi kriteria suspek atau ada masalah dalam pemeriksaan laboratorium (negative palsu). Sedangkan bila angka terlalu besar (>15%) kemungkinan disebabkan antara lain karena penjaringan terlalu ketat atau ada masalah dalam pemeriksaan laboratorium (positif palsu).

Proporsi pasien TB paru BTA positif di antara suspek yang diperiksa Per Puskesmas Tahun 2016 dapat di lihat pada gambar di bawah ini ;

**Gambar IV.22**

**Persentase Pasien TB Paru BTA Positif terhadap Suspek Yang Diperiksa Dahaknya Per Puskesmas Di Kab HSS Tahun 2016**

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan kab. HSS

Pada gambar ini diketahui bahwa sebagian besar Puskesmas memiliki persentase BTA positif terhadap suspek yang diperiksa dahaknya pada kisaran 3-30%. Puskesmas dengan persentase di atas 15 % yaitu Puskesmas Baruh jaya, Puskesmas Nagara, Puskesmas Pasungkan, dan Puskesmas Kaliring, Puskesmas Pasungkan, Puskesmas Negara dan Puskesmas Baruh Jaya. Sedangkan puskesmas lainnya di bawah 15%.

1. **Angka Penemuan Kasus TB Paru BTA+ (Case Notifikasi Rate /CNR)**

**dan Angka Keberhasilan Pengobatan ( Succes Rate /SR)**

*Case Notifikasi Rate* adalah angka yang menunjukkan jumlah pasien baru yang ditemukan dan tercatat diantara 100.000 penduduk di suatu wilayah tertentu. Angka ini apabila dikumpulkan serial, akan menggambarkan kecenderungan penemuan kasus dari tahun ke tahun di wilayah tersebut. Indikator lain yang digunakan dalam upaya pengendalian TB adalah *Success Rate* atau angka keberhasilan pengobatan.

CNR tahun 2016 adalah 82,32 per 100.000 penduduk. Sedangkan indikator angka keberhasilan pengobatan TB Paru (SR) tahun 2016 adalah 58,85 %, hal ini tidak mewakili angka keberhasilan pengobatan TB sebenarnya, karena angka keberhasilan (SR) tahun 2016 hanya dapat dilaporkan pada tahun 2017. Keberhasilan pengobatan TB paru ditentukan oleh kepatuhan dan keteraturan dalam berobat, pemeriksaan fisik dan labaratorium.

1. **Pengendalian Penyakit Malaria**

*Millenium Development Goals* (MDGs) juga memantau keberhasilan pengendalian penyakit malaria melalui tujuan ke -6 yaitu memerangi HIV/AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya. Malaria masih menjadi permasalahan kesehatan masyarakat khususnya yang terkait dengan resisten *Plasmodium* *Falciparum* terhadap pengobatan *Klorokuin.* Permasalahan lainnya yang menyebabkan malaria masih menjadi beban kesehatan masyarakat adalah meluasnya daerah perindukan vektor akibat perubahan lingkungan, penambahan jumlah vektor akibat perubahan iklim yang menyebabkan musim hujan lebih panjang daripada musim kemarau, dan peningkatan penularan karena mobilitas penduduk yang tinggi.

Salah satu bentuk komitmen pemerintah terhadap upaya pengendalian malaria, telah diterbitkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 293/MENKES/SK/IV/2019 tanggal 28 April 2009 tentang Eliminasi Malaria Di Indonesia. Eliminasi malaria bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang hidup sehat, yang terbebas dari penularan malaria secara bertahap sampai dengan tahun 2030. Penetapan sasaran wilayah eliminasi malaria dilaksanakan secara bertahap. Wilayah pulau Kalimantan Eliminasi Malaria tahun 2020.

Kegiatan utama Eliminasi Malaria adalah 1). Peningkatan kualitas dan akses terhadap penemuan dini dan pengobatan malaria ; 2). Penjamin kualitas diagnosis malaria melalui pemeriksaan laboratorium maupun Rapid Diagnostic Test (RDT) ; 3). Perlindungan terhadap kelompok rentan terutama ibu hamil dan balita di daerah endemis tinggi; 4). Penguatan penanganan kejadian Luar Biasa (KLB) dan Survelens kasus malaria; 5). Intervensi vektor termasuk surveilans vektor ; 6). Penguatan sektor pengelolaan logistik malaria.

Berdasarkan cakupan konfirmasi laboratorium belum semua suspek malaria dilakukan pemeriksaan sediaan darahnya baik secara mikroskopis (Laboratorium) maupun dengan Rapid Diagnosis Tenst (RDT) Malaria. Persentase pemeriksaan sediaan darah suspek malaria di kab HSS Tahun 2016 mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun sebelumnya yakni dari 11 menadi 23 atau 62% dari suspek. Idealnya pemeriksaan sediaan darah terhadap suspek harus terus meningkat setiap tahunnya.

**Gambar IV.23**

**Persentase Pemeriksaan Sediaan Darah Suspek Malaria di kab HSS**

**Tahun 2015 – 2016**

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan kab. HSS

Setiap tersangka malaria diharapkan menjalani pemeriksaan sediaan darah dan apabila hasilnya positif maka diobati menggunakan *Artemisinin-based Combination Therapy* (ACT). Cakupan kasus yang dinyatakan positif dan mendapatkan pengobatan, diukur melalui indikator persentase penderita malaria yang diobati. Persentase penderita malaria yang diobati adalah persentase penderita malaria yang diobati sesuai pengobatan standar dalam kurun waktu 1 tahun dibandingkan dengan jumlah kasus malaria positif dalam tahun tersebut. Kasus Positif Malaria yang Mendapat Pengobatan ACT tahun 2016 adalah sebanyak 37 kasus.

1. **Pengendalian Penyakit ISPA**

Pnemonia merupakan penyebab utama kematian balita di dunia, terutama di Negara berkembang, di mana 1 orang balita meninggal tiap 20 detik atau 3 orang per menit (Unicef,2006).

Pada klasifikasi pengendalian ISPA berdasarkan golongan umur terdapat 2 kelompok, yaitu golongan umur 2 bulan s/d <5 tahun, dan golongan umur , 2 bulan. Pneomonia pada golongan umur 2 bulan s/d <5 tahun ditetapkan 3 klasifikasi yaitu Pnemonia, Pnemonia Berat dan Batuk Bukan Pnemonia. Pada golongan umur <2 bulan ditetapkan 2 klasifikasi yaitu Berat dan Batuk Bukan Pnemonia.

Semua kasus ISPA yang ditemukan harus ditatalaksana sesuai standar, dengan demikian angka penemuan kasus pnemonia juga menggambarkan penatalaksanaan kasus ISPA. Cakupan penemuan penderita pnemonia pada balita merupakan persentase jumlah penderita pnemonia pada balita baik Pnemonia Berat maupun Pnemonia terhadap jumlah target penemuan pnemonia balita. Target penemuan pnemonia balita tersebut ditentukan berdasarkan proporsi 10% dari jumlah seluruh balita. Upaya penemuan dan penanganan pnemonia balita tahun 2016 berjumlah 107 balita atau 4,71 % dari 2.272 angka perkiraan penderita.

Cakupan penemuan penderita pnemonia belum memenuhi target yang ditentukan sejak tahun 2014. Hambatan yang ditemui dalam meningkatkan cakupan penemuan Pnemonia balita di Puskesmas yaitu :

1. Sebagian besar pengelola program dan Petugas ISPA di poliklinik belum terlatih karena keterbatasan dana dan mutasi petugas yang tinggi.
2. Manajemen data ;
3. Under reported yang disebabkan karena kerancuan antara diagnosis kerja dan klasifikasi ISPA (Pneumonia, Pneominia Berat, Batuk Bukan Pneominia. ISPA biasa), sehingga banyak kasus pneumonia dimasukkan ke dalam ISPA biasa.
4. Keterlambatan pelaporan secara berjenjang.
5. Pengendalian pneumonia balita masih berbasis Puskesmas. Data kasus pneumonia belum mencakup RS pemerintah dan swasta,klinik, praktek dan sarana kesehatan lainnya sehingga memungkinkan terjadinya kesalahan perhitungan target cakupan.
6. **Pengendalian Penyakit kusta**

Dalam upaya pengendalian penyakit kusta digunakan dua indikator utama yaitu angka penemuan kasus baru atau *New Case Detection Rate* (NCDR), dan angka cacat tingkat II. Indikator NCDR menggambarkan besarnya masalah kusta dalam satu wilayah dan satu waktu sedangkan angka cacat tingkat II menggambarkan perubahan dalam penemuan kasus baru kusta.

**Tabel IV.2**

**Angka Penemuan Kasus Baru (NCDR) dan Angka Cacat Tingkat II Kusta**

**di Kab HSS Tahun 2012-2015**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tahun | Kasus Kusta baru | | | NCDR Per 100.000 | Angka Cacat Tingkat II Per 100.000 Penduduk |
| PB | MB | Total |
| 2012 | 0 | 9 | 9 | 4.11 | 0 |
| 2013 | 1 | 10 | 11 | 5.02 | 2 |
| 2014 | 3 | 16 | 19 | 8.57 | 4 |
| 2015 | 2 | 11 | 13 | 5.79 | 1.78 |
| 2016 | 1 | 16 | 17 | 7.39 | 3.04 |

Sumber : Bidang P2PL Dinas Kesehatan kab. HSS

Pada tabel di atas dapat diketahui bahwa NCDR per 100.000 penduduk mengalami peningkatan sampai 2014, kemudian mengalami penurunan pada tahun 2015. Sedangkan angka cacat tingkat II menunjukkan peningkatan sampai tahun 2014, kemudian tahun 2015 mengalami penurunan lagi. Sedangkan untuk tahun 2016 NCDR per 100.000 penduduk naik lagi menjadi 7,39 dan Angka Cacat Tingkat II menjadi 3,04.

1. **Pengendalian Penyakit Polio**

Pada sidang ke-41 WHA (*World Healty Assembly*) tahun 1988, telah ditetapkan program eradikasi polio secara global (*global polio eradication initiative)* yang ditujukan untuk mengeradikasi penyakit polio pada tahun 2000. Kemudian pada tahun 1989 Kesepakatan ini diperkuat lagi dalam sidang *World Summit for Children*, di mana Indonesia turut menandatangani kesepakatan tersebut.

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

1. Manusia satu-satunya reservoir dan tidak ada longterm carrier pada manusia.
2. Sifat virus polio yang tidak tahan lama hidup di lingkungan.
3. Tersedianya vaksin yang mempunyai efektivitas >90% dan mudah dalam pemberian.
4. Layak dilaksanakan secara operasional.

Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit polio dilakukan melalui imunisasi rutin, imunisasi tambahan, surveilans AFP dan pengamanan virus polio liar di laboratorium. Surveilans AFP adalah pengamatan yang dilakukan terhadap kasus lumpuh layuh akut (AFP) pada anak usia <15 tahun yang merupakan kelompok rentan terhadap penyakit polio. Tujuan surveilans AFP antara lain mengidentifikasikan daerah resiko tinggi untuk terjadinya transmisi virus polio, memantau kemajuan program eradikasi polio, dan membuktikan Indonesia bebas polio. Penemuan kasus dalam surveilans AFP dilaksanakan melalui surveilans aktif di RS dan surveilans berbasis masyarakat.

Salah satu indikator untuk mengukur kinerja surveilans AFP adalah Non Polio AFP rate ≥ 2 per 100.000 anak usia < 15 tahun. Tahun 2016, Non Polio AFP rate di Kab HSS kasusnya adalah nihil atau nol.

1. **Pengendalian Penyakit DBD**

Demam Berdasarh Dengue (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus Dengue yang menginfeksi manusia melalui gigitan nyamuk Aedes aegypti. Penyakit ini masih menjadi permasalahan kesehatan masyarakat karena fatalitasnya dalam menyebabkan kematian dan kerapnya Kejadian Luar Biasa (KLB) yang terjadi pada bulan tertentu.

Upaya pengendalian penyakit DBD secara umum terdiri dari :

1. Peningkatan kegiatan surveilans penyakit dan surveilans vektor;
2. Diagnosis dini dan pengobatan dini ;
3. Peningkatan upaya pemberantasan vektor penular penyakit DBD.

Upaya pemberantasan vektor dilakukan melalui kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN). Kegiatan ini dilakukan melalui pengasapan dengan insektisida dalam 2 siklus. Pada siklus pertama semua nyamuk yang mengandung virus *dengeue* dan nyamuk-nyamuk lainnya akan mati. Namun , akan muncul nyamuk-nyamuk baru yang berasal dari jentik yang memang tidak dapat dibasmi pada siklus pertama. Oleh karena itu perlu dilakukan penyemprotan siklus kedua. Penyemprotan yang kedua dilakukan 1 minggu sesudah penyemprotan yang pertama agar nyamuk yang baru tersebut akan terbasmi sebelum sempat menularkan kepada orang lain. Untuk mengetahui efektivitas PSN maka dilakukan Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) yang mengambarkan kepadatan jentik. Kegiatan ini dilaksanakan oleh petugas kesehatan lingkungan di masing-masing Puskesmas. Semua Puskesmas di Kab HSS melakukan kegiatan Pengamatan Jentik Berkala (PJB).

1. **Pengendalian Penyakit Filariasis**

Filariasis merupakan salah satu penyakit menular yang termasuk ke dalam (NTD/ *Neglected Tropical Disease*). Penyakit ini disebabkan oleh infeksi cacing filarial dan ditularkan melalui gigitan nyamuk. Penyakit ini tersebar luas di pedesaan dan perkotaan dan menyerang semua golongan tanpa mengenal usia dan jenis kelamin.

Dengan berbagai akibat tersebut, saat ini penyakit kaki gajah telah menjadi salah satu penyakit yang diprioritaskan untuk dieliminasi dan diprakarsai oleh WHO sejak tahun 1999. Komitmen tersebut diperkuat pada tahun 2000 melalui keputusan WHO dengan mendeklerasikan “*The Global Goal of Elimination of Lymphatic Filariasis as a Publik Health Problem by the Year* 2020”.

Indonesia sepakat untuk memberantas filariasis sebagai bagian dari eliminasi filariasis global melalui 2 pilar kegiatan yaitu :

1. Pemberian obat massal pencegahan (POMP) filariasis kepada semua penduduk di Kabupaten Endemis filariasis dengan menggunakan DEC 6 mg/Kg BB dikombinasikan dengan Albendazole 400 mg sekali setahun selama minimal 5 tahun berturut-turut, guna memutus rantai penularan.
2. Tatalaksana kasus klinis filariasis guna mencegah dan mengurangi kecacatan.

Dengan ditetapkan kabupaten/kota sebagai Implementation Unit (IU) dalam program eliminasi filariasis sejak tahun 2005, maka ketika suatu kabupaten/kota dinyatakan endemis filariasis, dengan demikian kegiatan POMP filariasis harus segera dilaksanakan untuk memutus mata rantai penularan. Sasaran pengobatan massal adalah semua penduduk di kabupaten/kota tersebut kecuali anak berumur < 2 tahun, ibu hamil, orang yang sedang sakit berat, penderita kronis filariasis yang dalam serangan akut dan balita dengan marasmus/kwashiorkor dapat ditunda pengobatannya. Biaya operasional pelaksanaan POMP dibiaya oleh Pemerintah Daerah melalui APBD sedangkan pengadaan obat disediakan oleh Pemerintah Pusat.Tahun 2016 di Kab HSS tidak ditemukan kasus filariasis.

1. **Pengendalian Penyakit Kanker**

Program pengendalian penyakit kanker dilakukan untuk semua jenis kanker, tetapi saat ini masih diprioritaskan pada 2 kanker tertinggi di Indonesia yaitu kanker leher rahim dan kanker payudara. Kegiatan yang dilakukan meliputi pencegahan primer, sekunder dan tersier. Pencegahan primer dilakukan melalui pengendalian faktor resiko dan peningkatan komunikasi, informasi dan edukasi. Pencegahan sekunder dilakukan melalui deteksi dini dan tatalaksana yang dilakukan Puskesmas dan rujukan ke rumah sakit. Deteksi dini kanker leher rahim mengunakan metode Inspeksi Visual dengan Asam Asetat (IVA) dan krioterapi untuk IVA (lesi pra kanker leher rahim) positif, sedangkan deteksi dini kanker payudara menggunakan metode Clinical Breast Examination (CBE). Pencegahan tersier dilakukan melalui perawatan paliatif dan rehabilitative di unit-unit pelayanan kesehatan yang menangani kanker dan pembentukan kelompok *survivor* kanker di masyarakat.

Tahun 2016 seluruh Puskesmas Di Kab HSS telah melaksanakan pencegahan sekunder dengan melaksanakan deteksi dini kanker leher rahim dengan IVA test dan deteksi kanker payudara dengan metode CBE. Cakupan deteksi dini kanker leher rahim dan payudara adalah 1,27% (237 orang perempuan berusia 30-50 tahun yang diperiksa dari 46.538 orang seluruh jumlah perempuan usia 30-50 tahun). Ditemukan IVA positif sekitar 1,27% atau 3 orang yang positif IVA test dari 237 orang yang dilakukan pemeriksaan leher rahim dan payudara. Sedangkan tumor/ benjolan pada payudara tidak ditemukan.

**E. UPAYA PELAYANAN KEFARMASIAN**

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

Salah satu sasaran Program Kefarmasian dan Alat kesehatan dalam Renstra Kementerian Kesehatan adalah meningkatnya sediaan farmasi dan alat kesehatan yang memenuhi standar dan terjangkau oleh masyarakat dengan indikator sasarannya yakni persentase ketersediaan obat dan vaksin adalah 100%. Untuk mencapai sasaran hasil tersebut, salah satu kegiatan yang dilakukan yaitu peningkatan ketersediaan obat essensial generik di sarana pelayanan kesehatan dasar secara berkelanjutan. Target persentase ketersediaan obat dan vaksin tahun 2016 adalah 90%.

Dalam rangka mencapai tujuan tersebut dibutuhkan data manajemen pengelolaan obat publik dan pembekalan kesehatan. Pemantauan ketersediaan obat digunakan untuk mengetahui kondisi tingkat ketersediaan obat di Instalasi Farmasi Kab HSS dan Puskesmas.

Untuk mendapatkan gambaran ketersediaan obat dan vaksin dilakukan pemantauan ketersediaan obat dan vaksin. Jumlah item obat yang dipantau adalah 144 item obat (terdiri dari 135 item obat untuk pelayanan kesehatan dasar dan 9 jenis vaksin untuk imunisasi dasar).

Data yang dilaporkan adalah data per Desember 2016, gambaran ketersediaan obat dan vaksin adalah persentase ketersediaan obat < dari 90% adalah sebanyak 34 item dari 135 item obat (25%), sedangkan seluruh ketersedian vaksin < dari 90% adalah 0 item dari 9 item (100%).

Persentase ketersediaan obat yang < dari 90 % adalah karena obat tersebut akan dipenuhi dengan pengadaan tahun berikutnya sehingga ketersediaan bisa memenuhi target standar yaitu 90%. Faktor lain yang juga berpengaruh adalah karena item obat tersebut sudah mulai jarang diresepkan digantikan dengan obat lain yang lebih terbukti efektif khasiat terapinya ( evidence based ) sehingga pemenuhan stok obat yang jarang diresepkan tersebut akan dikurangi dalam pengadaan tahun berikutnya, indikator ketersediaan obat dan vaksin yang berjumlah 144 item hendak nya di evaluasi setiap tahun dalam rangka pemenuhan indikator ketersediaan yang lebih berbasis data ilmiah kedokteran dan kefarmasian sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan dasar.

**F. PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT**

Tujuan penyelanggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat yaitu untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan hamper miskin agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Melalui Jaminan Kesehatan diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu, menurunkan angka kematian bayi dan balita serta menurunkan angka kelahiran di samping dapat terlayaninya kasus-kasus kesehatan bagi masyarakat miskin. Program ini telah memberikan banyak manfaat bagi peningkatan akses pelayanan kesehatan masyarakat miskin dan hampir miskin di Puskesmas dan jaringannya, pelayanan kesehatan di rumah sakit serta memberikan perlindungan finansial dari pengeluaran kesehatan akibat sakit.

Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 maka mulai tahun 2016 jaminan kesehatan Daerah yang dilaksanakan di Kab HSS tahun mulai di integrasikan dengan ke dalam Jaminan kesehatan nasional yang dikelola BPJS, untuk perlindungan terhadap masyarakat terdiri dari Jaminan Kesehatan Nasional dan Jaminan Kesehatan Daerah. Jaminan Kesehatan Nasional terdiri dari penerima bantuan iuran (PBI) APBN, hal ini merupakan kelanjutan dari Program Jamkesmas untuk melindungi masyarakat miskin dan hampir miskin dari PBPU/ Mandiri serta peserta bukan pekerja. Penerima Bantuan Iuran (PBI) adalah peserta Jaminan Kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan UU SJSN yang iurannya dibayari Pemerintah sebagai peserta program Jaminan Kesehatan. Peserta PBI adalah fakir miskin yang ditetapkan oleh Pemerintah dan diatur melalui Peraturan Pemerintah. Jumlah peserta penerima bantuan iuran (PBI) APBN sebanyak 29.61%.

Peserta bukan penerima upah (PBPU)/mandiri adalah jaminan pemeliharaan kesehatan untuk pemberi kerja; pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri dan pekerja yang tidak termasuk pekerja di luar hubungan kerja yang bukan menerima Upah, contoh Tukang Ojek, Supir Angkot, Pedagang Keliling, Dokter, Pengacara/Advokat, Artis, dan lain-lain. Jumlah peserta pekerja bukan penerima upah (PBPU)/Mandiri sebanyak 1.17%.

Peserta bukan pekerja (BP) adalah jaminan pemeliharaan kesehatan untuk PNS, TNI/POLRI dan Pensiunan. Jumlah peserta bukan pekerja sebanyak 17.41%.

Sedangkan penduduk miskin dan hampir miskin yang tidak termasuk dalam peserta penerima bantuan iuran (PBI) APBN dilindungi oleh Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Jumlah peserta Jamkesda adalah sebanyak 51.81%

Peserta bukan pekerja (BP) adalah jaminan pemeliharaan kesehatan untuk PNS, TNI/POLRI dan Pensiunan. Jumlah peserta bukan pekerja sebanyak 17.41%. Sedangkan jumlah peserta Jamkesda adalah sebanyak 51.81%.

**BAB V**

**SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN**

Salah satu faktor pendukung dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas yaitu sumber daya kesehatan, yang diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada bab sumber daya kesehatan menyajikan gambaran keadaan sarana kesehatan, tenaga kesehatan dan pembiayaan kesehatan.

1. **SARANA KESEHATAN**

Sarana kesehatan yang disajikan dalam bab ini meliputi : Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), Rumah Sakit (RS), sarana Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM).

1. **Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS**)

Puskesmas berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128 Tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas, merupakan unit pelaksana teknis (UPT) dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan diwilayah kerjanya. Fungsi Puskesmas adalah sebagai 1) pusat pembangunan berwawasan kesehatan; 2) pusat pemberdayaan masyarakat; 3) pusat pelayanan kesehatan masyarakat primer; dan 4) pusat pelayanan kesehatan perorangan primer. Wilayah kerja Puskesmas meliputi wilayah kerja administratif yaitu satu wilayah kecamatan atau beberapa desa/kelurahan di satu wilayah kecamatan dan di setiap kecamatan harus ada minimal satu unit Puskesmas. Dasar pertimbangan untuk membangun dan menentukan wilayah kerja Puskesmas antara lain faktor luas wilayah, kondisi geografis dan kepadatan penduduk.

Sampai tahun 2016, jumlah Puskesmas di Kab HSS tercatat sebanyak 21 Puskesmas. Berdasarkan surat keputusan Bupati Hulu Sungai Selatan Nomor 433 tahun 2015 tanggal 21 Desember 2015 menetapkan Puskesmas Rawat Inap sebanyak 6 buah, Puskesmas tersebut adalah Puskesmas Simpur, Puskesmas Negara, Puskesmas Bajayau, dan Puskesmas Angkinang. Sedangkan Puskesmas Non Rawat Inap sebanyak 17 Buah.

Untuk mengetahui keterjangkauan penduduk terhadap Puskesmas, salah satu indikator yang digunakan adalah rasio Puskesmas per 100.000 penduduk. Rasio Puskesmas per 100.000 penduduk pada tahun 2015 sebesar 9,3.

1. **Puskesmas dengan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED).**

Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) yang dilaksanakan Puskesmas merupakan upaya mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) sebagai salah satu target pencapaian MDGs 2015. Puskesmas PONED bertujuan mendekatkan akses masyarakat kepada pelayanan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal dasar.

Di Kabupaten Hulu Sungai Selatan terdapat 3 buah Puskesmas PONED yaitu Puskesmas Negara, Puskesmas Bajayau dan Puskesmas Simpur.

1. **Puskesmas dengan Pelayanan Kesehatan Peduli remaja (PKPR)**

Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas telah dikembangkan sejak tahun 2003. Puskesmas PKPR memberikan layanan di dalam dan di luar gedung Puskesmas, dengan sasaran kelompok remaja, sekolah dan kelompok luar sekolah seperti kelompok anak jalanan, karang taruna, remaja mesjid, pondok pesantren, asrama dan kelompok remaja lainnya.

Jenis kegiatan PKPR meliputi penyuluhan pelayanan klinis medis termasuk pemeriksaan penunjang, konseling, Pendidikan Ketrampilan Hidup Sehat (PKHS) pelatihan pendidik sebaya dan konselor sebaya serta pelayanan rujukan. Sejak tahun 2015, semua Puskesmas di Kab HSS telah melaksanakan kegiatan PKPR.

1. **Puskesmas dengan Upaya Kesehatan Kerja**

Kebijakan pembangunan kesehatan ditujukan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi seluruh masyarakat termasuk masyarakat pekerja. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan menyebutkan bahwa upaya kesehatan kerja ditujukan untuk melindungi pekerja agar hidup sehat dan terbebas dari gangguan kesehatan serta pengaruh buruk yang diakibatkan oleh pekerjaan. Upaya kesehatan kerja juga berlaku bagi setiap orang selain pekerja yang berada dilingkungan tempat kerja dan juga bagi kesehatan pada Lingkungan Tentara Nasional Indonesia baik darat, laut maupun udara serta Kepolisian Republik Indonesia.

Penyelenggaraan upaya kesehatan kerja di Puskesmas merupakan bagian dari upaya pencapaian tujuan di atas dan merupakan pengembangan sesuai dengan keadaan dan permasalahan yang ada di wilayah kerja Puskesmas atau spesifik lokal sehingga untuk saat ini upaya kesehatan kerja diharapkan dapat dintegrasikan dalam pokok kegiatan yang wajib dilaksanakan Puskesmas.

Pembinaan upaya kesehatan kerja dilaksanakan melalui kegiatan penguatan pelayanan kesehatan kerja, seperti pelatihan peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam bidang kesehatan kerja, pelatihan diagnosa Penyakit Akibat Kerja (PAK), peningkatan fasilitas pelayanan kesehatan bidang kesehatan kerja, gerakan pekerja perempuan sehat dan produktif termasuk kesehatan reproduksi di tempat kerja dan pembinaan pelayanan kerja di sektor informal dan formal termasuk perkantoran serta pembinaan Calon Tenaga Kerja Indonesia (CTKI) dengan fokus kegiatan pembinaan pelayanan kesehatan Tenaga Kerja Indonesia (TKI).

Tahun 2016 ada 11 Puskesmas yang melakukan kegiatan upaya Kesehatan Kerja. Se-Kecamatan diwakili oleh sebuah Puskesmas. Kegiatan Upaya Kesehatan Kerja yang dilakukan Puskesmas adalah hanya membentuk Pos Kesehatan Kerja dimasing-masing tempat kerja informal.

1. **Puskesmas dengan Upaya Kesehatan Olahraga**

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 menyatakan tujuan upaya kesehatan olahraga yaitu meningkatkan kesehatan dan kebugaran jasmani masyarakat sebagai upaya dasar dalam meningkatkan prestasi belajar, prestasi kerja dan prestasi olahraga melalui aktivitas fisik, latihan fisik dan olahraga. Upaya kesehatan olahraga lebih mengutamakan pendekatan preventif dan promotif tanpa mengabaikan pendekatan kuratif dan rehabilitatif. Upaya kesehatan olahraga dapat dilaksanakan di berbagai institusi pelayanan kesehatan termasuk di Puskesmas.

Upaya kesehatan olahraga di Puskesmas meliputi pembinaan dan pelayanan kesehatan olahraga. Pembinaan kesehatan olahraga berupa pendataan kelompok, pemeriksaan kesehatan dan penyuluhan kesehatan olahraga ditujukan kepada kelompok olahraga di sekolah, klub jantung sehat, Posyandu usia lanjut,kelompok senam ibu hamil, kelompok senam diabetes, kelompok senam pencegahan osteoporosis, pembinaan kebugaran jasmani calon jemaah haji, fitness center dan kelompok olahraga/latihan fisik lain. Pelayanan kesehatan olahraga antara lain konsultasi kesehatan olahraga, pengukuran tingkat kebugaran jasmani, penanganan cedera olahraga akut dan sebagai tim kesehatan pada event olahraga.

Di Kab HSS seluruh Puskesmas telah melakukan Upaya Kesehatan Olahraga. Kegiatan upaya kesehatan olahraga tahun 2016, adalah melakukan pengukuran tingkat kebugaran kepada petugas kesehatan, sebagai tim kesehatan pada event olahraga dan melakukan pembinaan kepada kelompok olahraga yang ada di sekitar Puskesmas.

1. **Puskesmas dengan Tatalaksana Kasus Kekerasan terhadap Anak (KtA**)

Kasus kekerasan terhadap anak mempengaruhi kesehatan anak yang menjadi korban karena masih berada dalam proses tumbuh kembang sehingga akan berdampak pada penurunan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM). Oleh karena itu dibutuhkan pelayanan kesehatan secara komprehensif dan berkualitas. Pelayanan kesehatan bagi korban KtA dilakukan melalui pelayanan di tingkat dasar yaitu Puskesmas.

Di Kab HSS seluruh Puskesmas memiliki tatalaksana pengelolaan kasus kekerasan terhadap anak. Tahun 2016 berdasarkan data laporan dari masing-masing Puskesmas tidak ditemukan terjadinya kejadian kekerasan pada anak.

1. **Rumah Sakit**

Ruang lingkup pembangunan kesehatan selain upaya promotif dan preventif, di dalamnya juga terdapat pembangunan kesehatan bersifat kuratif dan rehabilitative. Rumah sakit (RS) merupakan pelayanan kesehatan pada masyarakat yang utamanya menyelenggarakan upaya kuratif dan rehabilitative. Rumah sakit juga berfungsi sebagai sarana pelayanan kesehatan rujukan.

Sejak tahun 2011 berdasarkan kepemilikan, rumah sakit dikelompokkan menjadi rumah sakit publik dan rumah sakit privat. Pengelompokkan ini berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 147/Menkes/PER/2010 tentang Perizinan Rumah Sakit. Rumah sakit publik adalah rumah sakit yang dikelola pemerintah, pemerintah daerah dan badan hukum yang bersifat nirlaba. Sedangkan rumah sakit privat adalah rumah sakit yang dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk perseroan terbatas atau persero.

Sampai Saat ini, di Kab HSS terdapat 2 buah RS publik yang dikelola oleh pemerintah daerah yaitu RS Brigjen H Hassan Basry Kandangan dan RS Daha Sejahtera di Kecamatan Daha Utara. Rumah sakit privat ada 2 buah yaitu RS Pahlawan Medical Center (Pahlawan PMC) dan RS Ceria.

RS Brigjen H.Hasan Basry Kandangan tergolong Type B sedangkan RS Daha Sejahtera termasuk kelas D.

Jumlah dan rasio tempat tidur rumah sakit terhadap penduduk digunakan untuk menggambarkan kemampuan rumah sakit tersebut dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, khususnya dalam hal daya tampung pasien rawat inap yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan rujukan.

Total daya tampung tempat tidur RS di Kab HSS adalah sebanyak 401 terdiri dari 300 TT RS Brigjen H.Hasan Basry Kandangan, sebanyak 50 TT RS Ceria dan 51 TT RS PMC.

1. **Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat**

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

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

**Gambar V.1**

**Persentase Desa dan Keluarahan Siaga Aktif Menurut Tingkat (Strata) Tahun 2015-2016**

Sumber : Bidang Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kab HSS

Tahun 2016 di Kab HSS terdapat 62 desa/kelurahan dengan strata pratama dan 80 desa/kelurahan dengan strata madya serta 6 desa strata purnama dari total 148 desa/kelurahan. Namun demikian belum ada desa/kelurahan yang mencapai strata Mandiri.

Poskesdes merupakan UKBM yang dibentuk di desa untuk mendekatkan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa sehingga mempermudah akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar. Kegiatan utama Poskesdes yaitu pelayanan kesehatan bagi masayarakat desa berupa pelayanan kesehatan ibu hamil, pelayanan kesehatan ibu menyusui, pelayanan kesehatan anak, pengamatan dan kewaspadaa dini (surveilans penyakit, survelains gizi, surveilans perilaku berisiko, surveilans lingkungan dan masalah kesehatan lainnya), penanganan kegawatdaruratan kesehatan serta kesiapsiagaan terhadap bencana. Poskesdes merupakan pendorong dalam menumbuhkembangkan terbentuknya UKBM lain di masyarakat serta meningkatkan partisipasi masyarakat dan kemitraan dengan berbagai pemangku kepentingan terkait.

Posyandu merupakan salah satu bentuk UKBM yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, untuk memberdayakan dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat terutama ibu, bayi dan anak balita. Dalam menjalankan fungsinya, Posyandu diharapkan dapat melaksanakan 5 program prioritas yaitu kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, imunisasi, gizi serta pencegahan dan penanggulangan diare. Tahun 2015 terdapat 298 buah posyandu, strata posyandu dapat di lihat pada gambar di bawah ini,

**Gambar V.2**

**Jumlah Posyandu Menurut Strata Tahun 2015-2016**

Sumber : Bidang Promosi Kesehatan Dinas Kesehatan Kab HSS

Pada gambar di atas terlihat, tahun 2016 terdapat 174 posyandu pratama, 90 posyandu madya, 31 posyandu purnama dan 3 posyandu mandiri. Dengan dilakukan verifikasi dan validasi terhadap posyandu yang ada dengan standar strata posyandu sehingga maka untuk tahun 2016 terjadi pergeseran status strata posyandu dari tahun sebelumnya. Untuk melakukan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, diperlukan peran serta kader dan tokoh masyarakat sebagai penggerak masyarakat.

1. **TENAGA KESEHATAN**

Amanat Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pada pasal 21 menyebutkan bahwa Pemerintah mengatur perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan dalam rangka menyelengggarakan pelayanan kesehatan. Dalam Peraturan Presiden nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional dijelaskan bahwa untuk melaksanakan upaya kesehatan dalam rangka pembangunan kesehatan diperlukan sumber daya manusia kesehatan yang mencukupi dalam jumlah, jenis dan kualitasnya serta terdistribusi secara adil dan merata. Sumber daya manusia kesehatan termasuk diantaranya kelompok tenaga kesehatan, yang terdiri dari tenaga medis, tenaga kefarmasian, tenaga keperawatan dan kebidanan, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterafian fisik, tenaga keteknisian medis dan tenaga kesehatan lainnya.

Untuk mendapatkan gambaran mengenai jumlah, jenis dan kualitas serta penyebaran tenaga kesehatan di seluruh wilayah Kabupaten Hulu Sungai Selatan dilakukan pengumpulan data pada fasilitas kesehatan milik pemerintah dan swasta yang ada di wilayah kerja Kab HSS. Pada fasilitas kesehatan milik pemerintah (Puskesmas dan RS Pemerintah) pengumpulan data tenaga kesehatan terbatas pada tenaga kesehatan yang berstatus PNS sedangkan pada fasilitas kesehatan non pemerintah hal ini diabaikan. Hal ini merupakan kesepakatan pengelola profil kesehatan se Kalimantan Selatan. Metode pengumpulan data adalah melalui data termutakhir dari seksi Umum dan Kepegawaian. Data yang digunakan adalah data yang bersumber dari seksi UMPEG Dinas Kesehatan Kab HSS, Data UMPEG RS Brigjend H.Hasan Basry Kandangan, RS Ceria dan RS Pahlawan Medical Center bulan Desember 2015.

1. **Jumlah dan Rasio Tenaga Kesehatan**

Salah satu unsur yang berperan dalam percepatan pembangunan kesehatan adalah tenaga kesehatan yang bertugas di sarana pelayanan kesehatan di masyarakat. Berdasarkan data rekapitulasi dari pemberi pelayanan kesehatan jumlah sumber daya kesehatan Berdasarkan data tersebut jumlah tenaga kesehatan di Kab HSS tercatat sebanyak 1.313 orang yang terdiri atas 1.110 tenaga kesehatan dan 203 orang tenaga non kesehatan.

Tenaga kesehatan terdiri dari 105 orang tenaga medis (dokter spesialis = 45 orang, dokter umum = 52 orang, dokter gigi = 5 orang, dan dokter spesialis gigi 3 orang), tenaga bidan 272 orang, perawat 433 orang, tenaga perawat gigi 32 orang, tenaga farmasi sebanyak 47 orang (Apoteker = 6 orang, Teknis Kefarmasian = 41 orang). Rasio dokter umum sebesar 23,17 dokter per 100.000 penduduk. Rasio dokter spesialis sebesar 20,05 per 100.000 penduduk. Rasio dokter gigi sebesar 3,56 dokter per 100.000 penduduk.

Jumlah bidan di Kab HSS tahun 2016 adalah 272 orang, sehingga rasionya terhadap penduduk sebesar 121,17 bidan per 100.000 penduduk. Jumlah perawat adalah 386 orang, sehingga rasionya terhadap penduduk sebesar 192,90 perawat per 100.000 penduduk

1. **Tenaga Kesehatan Di Puskesmas**

Puskesmas yang merupakan ujung tombak dalam pelayanan kesehatan masyarakat, kinerjanya sangat dipengaruhi ketersediaan sumber daya manusia yang dimiliki terutama ketersediaan tenaga kesehatan. Dari seluruh tenaga kesehatan di Kabupaten Hulu Sungai SelatanTahun 2016 sebagaimana di uraikan di atas maka terdapat 792 orang yang bertugas di Puskesmas dengan rincian 669 tenaga kesehatan dan 123 tenaga non kesehatan.

Dokter umum yang bertugas di Puskesmas sebanyak sebanyak 29 orang. Jumlah dokter gigi yang bertugas di Puskesmas sebanyak 4. Untuk perawat di Puskesmas berjumlah sebanyak 198 orang dan perawat gigi 29 orang sehingga rata-rata tiap Puskesmas memiliki 10-11 orang perawat . Jumlah tenaga bidan sebanyak 217 orang sehingga rata-rata tiap Puskesmas memiliki 10-11 orang bidan.

1. **Tenaga Kesehatan Di Rumah Sakit**

Sumber daya manusia kesehatan yang bertugas di rumah sakit tahun 2016 berjumlah 615 orang dengan rincian 535 tenaga kesehatan dan 80 tenaga non kesehatan. Tenaga kesehatan terdiri dari 45 orang dokter spesialis, 23 orang dokter umum, 1 orang dokter gigi dan 3 orang dokter spesialis gigi. Perawat yang bertugas di rumah sakit sebanyak 235 orang dan bidan yang bertugas di rumah sakit sebanyak 55 orang.

1. **PEMBIAYAAN KESEHATAN**

Salah satu komponen sumber daya yang diperlukan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan adalah pembiayaan kesehatan. Dalam Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 170 menyebutkan pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil dan bermanfaat

Pembiayaan pembangunan kesehatan bersumberkan pada anggaran dari Kementrian Kesehatan RI (APBN) meliputi Dana Alokasi Khusus (DAK), Dana Tugas Pembantuan dan kontribusi KTR dan APBD Daerah.

1. **APBN**

APBN adalah dana pembangunan yang bersumberkan langsung dari pemerintah pusat. Dana APBN meliputi Dana Alokasi Khusus (DAK), Dana Tugas Pembantuan Kab/Kota dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)

Alokasi dana DAK tahun 2016 sebesar Rp. 10.149.640.401 pemanfaatan dana DAK tahun 2016 adalah 1). Rehabilitasi gedung kantor Puskesmas 2). Pengadaan obat dan perbekalan kesehatan ; 3). Pengadaan sarana dan prasarana Puskesmas.

Bantuan Operasional Kesehatan adalah untuk membantu pemerintah kabupaten/kota untuk meningkatkan akses dan pemerataan pelayanan kesehatan masyarakat melalui kegiatan Puskesmas untuk mendukung tercapainya target Millennium Development Goals (MDGs). Selain itu diharapkan dengan bantuan ini dapat meningkatkan kualitas manajemen Puskesmas, terutama dalam perencanaan tingkat Puskesmas dan lokakarya mini Puskesmas, meningkatkan upaya untuk menggerakkan potensi masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatannya, dan meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif yang dilakukan oleh Puskesmas dan jaringannya serta Poskesdes dan Posyandu.

Pemanfaatan dana BOK difokuskan pada upaya kesehatan promotif, preventif meliputi KIA/KB, Imunisasi, perbaikan gizi masyarakat,promosi kesehatan, kesehatan lingkungan dan pengendalian penyakit dan upaya kesehatan lainnya sesuai resiko dan masalah utama kesehatan di wilayah setempat dengan tetap mengacu pada pencapaian target Standar Pelayanan Minimal (SPM) serta target MDGs Bidang Kesehatan Tahun 2016.

Sebagai salah satu program strategis Kementerian Kesehatan maka Dinas Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Selatan terus mendorong agar BOK dimanfaatkan dengan optimal oleh Puskesmas. Dinas Kesehatan Provinsi sebagai perpanjangan tangan dari Kementerian Kesehatan juga memiliki peran yaitu melakukan pembinaan dan evaluasi pelaksanaan BOK di kabupaten /kota.

Dengan kehadiran BOK diharapkan petugas kesehatan/kader kesehatan tidak lagi mengalami kendala dalam melakukan kegiatan untuk mendekatkan akses pada masyarakat. Hal penting yang perlu dipahami, BOK bukan merupakan dana utama penyelenggaraan upaya kesehatan di kabupaten/kota, namun hanya dana tambahan yang bersifat bantuan sehingga tidak dapat menjawab semua permasalahan kesehatan. Sumber pembiayaan kesehatan yang utama tetap harus disediakan oleh pemerintah daerah.

Alokasi dana kontribusi pajak rokok sebesar Rp. 109.857.000. Pemanfaatan dana kotribusi pajak rokok adalah untuk kegiatan yang mendukung penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR).

1. **Anggaran Pendapatan Dan Belanja Daerah (APBD) Bidang Kesehatan**

Pembiayaan kesehatan bertujuan untuk menyediakan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselengaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Undang-Undang Kesehatan No 36 Tahun 2009 mengamanatkan besar anggaran kesehatan pemerintah daerah provinsi, kab/kota dialokasikan minimal 10% dari anggaran pendapatan dan belanja daerah di luar gaji. Persentase APBD kesehatan terhadap APBD Kab HSS tahun 2016 adalah sebesar 5,18%, hal belum sesuai dengan amanat UU Kesehatan No 36 Tahun 2009 karena masih di bawah 10%

BA B VI

PENUTUP

Berdasarkan data dan informasi yang disajikan dalam Profil Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Selatan tahun 2016, beberapa kesimpulan dapat ditarik.

Pertama, pencapaian tujuan umum Profil Kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Selatan sudah terpenuhi. Penyajian data tentang total alokasi dana kesehatan baik yang bersumber dari APBD, APBN dan sumber lainnya disajikan secara transparan. Pencantuman data keuangan dalam profil ini merupakan salah satu wujud *“public accountability*” dan sekaligus sebagai salah satu bentuk pelaksanaan “*good governance*”.

Kedua, pencapaian tujuan khusus profil ini juga sudah terpenuhi meskipun data yang disajikan diduga ada yang masih belum dilaporkan. Oleh karena itu diperlukan koordinasi yang makin baik dengan lintas sektor terkait dan bimbingan teknis dari Dinas Kesehatan ke UPTD dibawahnya : Puskesmas, Rumah sakit dan Instalasi Farmasi.

Ketiga, profil kesehatan Kabupaten Hulu Sungai Selatan ini diharapkan mampu untuk dijadikan bahan pertimbangan penyusunan perencanaan kesehatan tahun-tahun berikutnya, mengingat data-data yang disajikan cukup lengkap serta masih relevan. Dengan menggunakan data-data objektif yang ada, diharapkan perencanaan program kesehatan dapat lebih terarah dan berkesinambungan. Semoga apa yang menjadi harapan kita semua dapat terwujud dengan baik dan kepada semua pihak yang telah memberikan sumbangsihnya, baik gagasan pemikiran, data, tenaga dan kontribusi lainnya kami sampaikan ucapan terimakasih yang tiada terhingga dan semoga menjadi amal ibadah yang mendapat ganjaran pahala berlipat ganda dari Allah.SWT. Amin.

LAMPIRAN