

BAB I

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai cita-cita bangsa Indonesia. Sesuai amanat Pasal 14 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, *“Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat.”* Namun, pemerataan upaya kesehatan di Indonesia belum dapat dilaksanakan secara optimal karena kendala geografis dan social.

Pembangunan kesehatan adalah bagian dari pembangunan suatu daerah yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan tersebut merupakan upaya seluruh potensi, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah.

Pembangunan kesehatan harus diimbangi dengan intervensi perilaku yang memungkinkan masyarakat lebih sadar, mau dan mampu melakukan hidup sehat sebagai prasyarat pembangunan yang berkelanjutan (*sustainable development*). Untuk menjadikan masyarakat mampu hidup sehat, masyarakat harus dibekali dengan pengetahuan tentang cara-cara hidup sehat. Oleh sebab itu promosi kesehatan hendaknya dapat berjalan secara integral dengan berbagai aktivitas pencapaian MDGs yang berlanjut dalam bentuk SDGs dan mewujudkan jaminan kesehatan masyarakat semesta.

Secara umum, arah pembangunan kesehatan pada semua daerah adalah:

- a) Pembangunan kesehatan adalah bagian integral dari pembangunan;
- b) Pelayanan kesehatan baik oleh pemerintah maupun masyarakat harus diselenggarakan secara bermutu, adil dan merata dengan memberikan pelayanan khusus kepada penduduk miskin, anak-anak, dan para lanjut usia yang terlantar, baik di perkotaan maupun di pedesaan;

- c) Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan strategi pembangunan profesionalisme, desentralisasi dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat dengan memperhatikan berbagai tantangan yang ada saat ini;
- d) Upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan masyarakat dilaksanakan melalui program peningkatan perilaku hidup sehat, pemeliharaan lingkungan sehat, pelayanan kesehatan dan didukung oleh sistem pengamatan, Informasi dan manajemen yang handal;
- e) Pengadaan dan peningkatan prasarana dan sarana kesehatan terus dilanjutkan;
- f) Tenaga yang mempunyai sikap, etis dan profesional, juga memiliki semangat pengabdian yang tinggi kepada bangsa dan negara, berdisiplin, kreatif, berilmu dan terampil, berbudi luhur dan dapat memegang teguh etika profesi;
- g) Meningkatkan mutu sumber daya manusia dan lingkungan yang saling mendukung dengan pendekatan paradigma sehat, yang memberikan prioritas pada upaya peningkatan kesehatan pencegahan, penyembuhan, pemulihan dan rehabilitasi sejak pembuahan dalam kandungan sampai lanjut usia;
- h) Meningkatkan dan memelihara mutu lembaga dan pelayanan kesehatan melalui pemberdayaan sumber daya manusia secara berkelanjutan dan sarana prasarana dalam bidang medis, termasuk ketersediaan obat yang dapat dijangkau oleh masyarakat;
- i) Mengembangkan sistem jaminan sosial tenaga kerja bagi seluruh tenaga kerja bagi seluruh tenaga kerja untuk mendapatkan perlindungan, keamanan, dan keselamatan kerja yang memadai, yang pengelolaannya melibatkan pemerintah, perusahaan dan pekerja;
- j) Membangun ketahanan sosial yang mampu memberi bantuan penyelamatan dan pemberdayaann terhadap penyandang masalah kesejahteraan sosial dan korban bencana serta mencegah timbulnya gizi buruk dan turunnya kualitas generasi muda;
- k) Membangun apresiasi terhadap penduduk lanjut usia dan veteran untuk menjaga harkat martabatnya serta memanfaatkan pengalamannya;

- l) Meningkatkan kepedulian terhadap penyandang cacat, fakir miskin dan anak-anak terlantar, serta kelompok rentan sosial melalui penyediaan lapangan kerja yang seluas-luasnya dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat;
- m) Meningkatkan kualitas penduduk melalui pengendalian kelahiran, memperkecil angka kematian, peningkatan kualitas program keluarga berencana;
- n) Memberantas secara sistematis perdagangan dan penyalahgunaan narkotik dan obat-obatan terlarang dengan memberikan sanksi yang seberat-beratnya kepada produsen, pengedar dan pemakai.

BAB II

METODOLOGI PENGAJIAN

2.1. Kerangka Konseptual

Pembangunan kesehatan merupakan proses menuju kearah produktifitas penduduk suatu daerah, semakin banyak penduduk yang sehat, semakin produktif pula suatu daerah. Otonomi kesehatan di bidang kesehatan seharusnya mempunyai visi yang sejajar dengan rencana Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, yaitu Indonesia Sehat 2025, dimana salah satu agenda pentingnya adalah perubahan paradigma dari paradigma sakit ke paradigma sehat, yaitu cara pandang, pola pikir, dan model pembangunan kesehatan yang holistik, menangani masalah kesehatan yang dipengaruhi banyak faktor secara lintas sektoral, dan mengarah pada upaya peningkatan, pemeliharaan, dan perlindungan kesehatan. Otonomi daerah di bidang kesehatan bertujuan untuk menumbuhkan sifat kebaikan dan adil dalam bidang kesehatan, karena setiap daerah mempunyai kewenangan untuk membuat formulasi baru sesuai dengan karakteristik daerahnya masing-masing. Menghadapi lingkungan strategis pembangunan kesehatan, perlu dilakukan re-orientasi upaya kesehatan, yaitu yang berorientasi terutama pada desentralisasi, globalisasi, perubahan epidemiologi, dan menghadapi keadaan bencana.

Tujuan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai penduduk yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang optimal.

Secara teoritis, terdapat dua paham teori yang terkait dengan peran masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Teori Participatory Democracy, yang menggugat paham teori Elite Democracy (Gibson, 1981). Paham Elite Democracy melihat hakekat manusia sebagai makhluk yang mementingkan diri sendiri, pemburu kepuasan diri pribadi dan menjadi tidak rasional terutama jika mereka dalam kelompok. Oleh karena itu, dalam hal terjadi konflik kepentingan antara kelompok-kelompok dalam masyarakat, maka pembuatan keputusan sepenuhnya merupakan kewenangan dari kelompok elite yang menjalankan pemerintahan. Kalaupun peran serta masyarakat itu ada, pelaksanaannya hanya terjadi pada saat pemilihan mereka-mereka yang duduk dalam pemerintahan. Paham Participatory Democracy sebaliknya berpendapat bahwa manusia pada hakekatnya mampu menyelaraskan kepentingan pribadi dengan kepentingan sosial. Penyelarasan kedua macam kepentingan tersebut dapat terwujud jika proses pengambilan keputusan menyediakan kesempatan seluas-luasnya kepada mereka untuk mengungkapkan kepentingan dan pandangan mereka. Proses pengambilan keputusan, yang menyediakan kelompok kepentingan untuk berperan serta didalamnya, dapat mengantarkan kelompok-kelompok yang berbeda kepentingan mereka satu sama lain. Dengan demikian, perbedaan kepentingan dapat dijumpai.

Secara umum, ada beberapa **strategi** untuk mencapai tujuan dan upaya pokok pembangunan kesehatan, maka strategi umum pembangunan kesehatan adalah

- 1) Pembangunan berwawasan kesehatan. Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat yang sangat fundamental. Pembangunan kesehatan juga sekaligus sebagai investasi pembangunan. Dengan demikian pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan daerah. Dalam kaitan ini pembangunan perlu berwawasan kesehatan. Diharapkan setiap program pembangunan yang terkait dengan pembangunan kesehatan, dapat

memberikan kontribusi yang positif terhadap tercapainya nilai-nilai dasar pembangunan kesehatan. Untuk terselenggaranya pembangunan berwawasan kesehatan, perlu dilaksanakan kegiatan advokasi, sosialisasi, orientasi, kampanye dan pelatihan, sehingga semua penyelenggara pembangunan (stakeholders) memahami dan mampu melaksanakan pembangunan berwawasan kesehatan. Selain itu perlu pula dilakukan penjabaran lebih lanjut dari pembangunan berwawasan kesehatan, sehingga benar-benar dapat dilaksanakan dan diukur tingkat pencapaian dan dampak yang dihasilkan.

- 2) Pemberdayaan Masyarakat dan Daerah. Masyarakat makin penting untuk berperan dalam pembangunan kesehatan. Masalah kesehatan perlu diatasi oleh masyarakat sendiri dan pemerintah. Selain itu, banyak permasalahan kesehatan yang wewenang dan tanggung jawabnya berada di luar sektor kesehatan. Untuk itu perlu adanya kemitraan antar berbagai stakeholders pembangunan kesehatan terkait. Pemberdayaan masyarakat pada hakekatnya adalah melibatkan masyarakat untuk aktif dalam pengabdian masyarakat (to serve), aktif dalam pelaksanaan advokasi kesehatan (to advocate), dan aktif dalam mengkritisi pelaksanaan upaya kesehatan (to watch). Untuk keberhasilan pembangunan kesehatan, penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan harus berangkat dari masalah dan potensi spesifik daerah. Oleh karenanya dalam pembangunan kesehatan diperlukan adanya pendelegasian wewenang yang lebih besar kepada daerah. Kesiapan daerah dalam menerima dan menjalankan kewenangannya dalam pembangunan kesehatan, sangat dipengaruhi oleh tingkat kapasitas daerah yang meliputi perangkat organisasi serta sumber daya manusianya. Untuk itu harus dilakukan penetapan yang jelas tentang peran pemerintah pusat dan pemerintah daerah di bidang kesehatan, upaya kesehatan yang wajib dilaksanakan oleh daerah, dan pengembangan serta pemberdayaan SDM daerah.

3) Pengembangan Upaya dan Pembiayaan Kesehatan. Pengembangan upaya kesehatan, yang mencakup upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan diselenggarakan sesuai dengan kebutuhan masyarakat (client oriented), dan dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, berkelanjutan, merata, terjangkau, berjenjang, profesional, dan bermutu. Penyelenggaraan upaya kesehatan diutamakan pada upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan, tanpa mengabaikan upaya pengobatan dan pemulihan kesehatan. Penyelenggaraan upaya kesehatan dilakukan dengan prinsip kemitraan antara pemerintah, masyarakat, dan swasta. Menghadapi lingkungan strategis pembangunan kesehatan, perlu dilakukan re-orientasi upaya kesehatan, yaitu yang berorientasi terutama pada desentralisasi, globalisasi, perubahan epidemiologi, dan menghadapi keadaan bencana. Pengembangan upaya kesehatan perlu menggunakan teknologi kesehatan/ kedokteran dan informatika yang semakin maju, antara lain: pembuatan berbagai vaksin, pemetaan dan test dari gen, terapi gen, tindakan dengan intervensi bedah yang minimal, transplantasi jaringan, otomatisasi administrasi kesehatan/ kedokteran, upaya klinis dan rekam medis dengan dukungan komputerasi, serta telekomunikasi jarak jauh (*telehealth*). Puskesmas harus mampu melaksanakan fungsinya sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, dan pusat pelayanan kesehatan strata pertama.

Pembiayaan kesehatan yang berasal dari berbagai sumber, baik dari pemerintah, masyarakat, dan swasta harus mencukupi bagi penyelenggaraan upaya kesehatan, dan dikelola secara berhasil-guna dan berdaya-guna. Jaminan kesehatan untuk menjamin terpelihara dan terlindunginya masyarakat dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan, diselenggarakan secara dengan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Peran swasta dalam upaya kesehatan perlu terus dikembangkan secara strategis dalam konteks pembangunan kesehatan secara

keseluruhan. Interaksi upaya publik dan sektor swasta penting untuk ditingkatkan secara bertahap.

- 4) Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan. Pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat tidak akan terwujud apabila tidak didukung oleh sumber daya manusia kesehatan yang mencukupi jumlahnya, dan profesional, yaitu sumber daya manusia kesehatan yang mengikuti perkembangan IPTEK, menerapkan nilai-nilai moral dan etika profesi yang tinggi. Semua tenaga kesehatan dituntut untuk selalu menjunjung tinggi sumpah dan kode etik profesi.

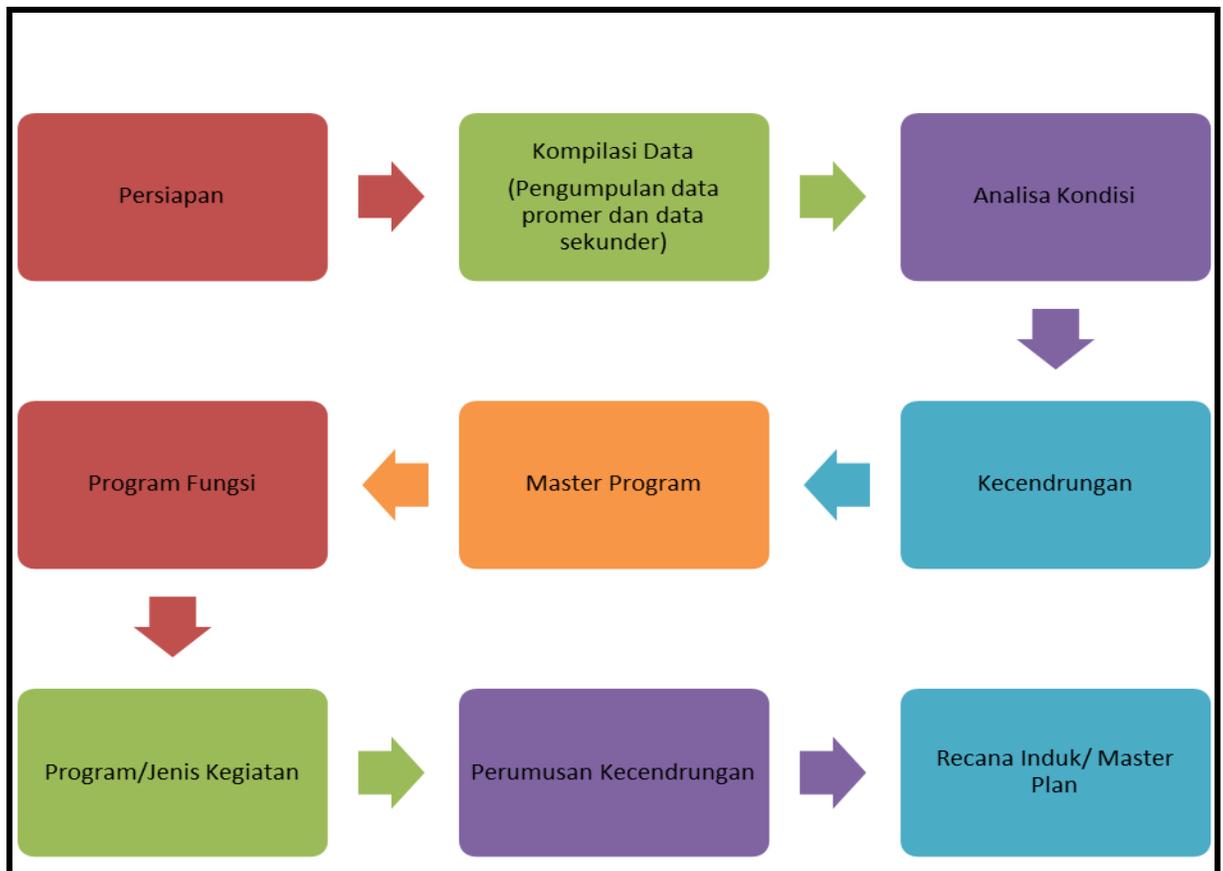
Dalam pelaksanaan strategi ini dilakukan perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan, penentuan standar kompetensi bagi tenaga kesehatan, pelatihan atau upaya peningkatan kualitas tenaga lainnya yang berdasarkan kompetensi, registrasi, akreditasi, dan legislasi tenaga kesehatan. Di samping itu, perlu pula dilakukan upaya untuk pemenuhan hak-hak tenaga kesehatan termasuk pengembangan karirnya. Upaya pengadaan tenaga kesehatan dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan serta dinamika pasar di era globalisasi.

- 5) Penanggulangan Keadaan Darurat Kesehatan. Keadaan darurat kesehatan dapat terjadi karena ben-cana, baik bencana alam maupun bencana karena ulah manusia, termasuk konflik sosial. Keadaan darurat kesehatan akan mengakibatkan dampak yang luas, tidak saja pada kehidupan masyarakat di daerah bencana, namun juga pada kehidupan bangsa dan negara. Oleh karenanya penanggulangan keadaan darurat kesehatan yang mencakup upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan, dilakukan secara komprehensif, mitigasi serta didukung kerjasama lintas sektor dan peran aktif masyarakat.

Pembuatan master plan pembangunan kesehatan harus memiliki tujuan yang jelas, oleh karena itu diperlukan adanya pengumpulan data, pelaksana atau tim ahli, jadwal atau waktu pelaksanaan, serta pembiayaan.

Pembuatan master plan seharusnya dapat membuat pembangunan kesehatan menjadi lebih baik di masa depan, karena sudah lebih terarah dan teratur arah pembangunannya.

Ruang lingkup Penyusunan **Review** Rencana Induk/ Master Plan ini meliputi Pembahasan Kecenderungan Eksternal dan Internal, Master Program, Program Fungsi, Rencana Block Plan dan Konsep Utilitas serta Rencana Pentahapan Pelaksanaan. Tahapan prosesnya dapat dilihat pada bagan dibawah ini:



2.2. Metodologi

2.2.1 Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

Jenis data yang digunakan dalam penyusunan Master Plan Kesehatan Kabupaten Balangan tahun 2018-2022 ini meliputi:

- a. Data sekunder. Data ini akan diambil dari berbagai instansi yang terkait dengan pembangunan bidang kesehatan di Kabupaten Balangan.
- b. Data primer. Data ini diperoleh dari hasil survey, pengamatan (observasi), *indepth interview*, dan *focus group discussion* (FGD).

Data-data yang akan dikumpulkan baik berupa data primer maupun sekunder adalah sebagai berikut:

1) Gambaran Umum Daerah

Data ini meliputi data:

- a) Keadaan Geografis yang berisi data tentang luas wilayah dari Kabupaten Balangan beserta data kecamatan. Selain itu, data tentang ketinggian wilayah dan suhu udara serta kelembaban udara
- b) Keadaan Penduduk yang berisi data tentang:
 - (a) pertumbuhan dan kepadatan penduduk
 - (b) Sex Rasio (rasio jenis kelamin) menurut usia, jenis kelamin, pendidikan
- c) Keadaan Ekonomi seperti Mata Pencarian
- d) Data Sosial Dan Budaya seperti Agama

2) Gambaran Pembangunan Kesehatan

(a) Puskesmas

Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) merupakan sarana pelayanan masyarakat ditingkat dasar dan terdepan dalam sistem pelayanan kesehatan yang harus melakukan upaya kesehatan wajib (basic six), dan beberapa upaya kesehatan pilihan yang disesuaikan dengan kondisi, kebutuhan, tuntutan, kemampuan, dan inovasi serta kebijakan pemerintah daerah setempat. Terdapat dua jenis puskesmas menurut Departemen

Kesehatan RI (2001) yaitu puskesmas perawatan dan puskesmas nonperawatan.

1) Puskesmas Perawatan (Rawat Inap)

Puskesmas rawat inap didefinisikan pula sebagai puskesmas yang dilengkapi ruangan tambahan dan fasilitas untuk menyelamatkan pasien gawat darurat dan tindakan yang diberikan adalah tindakan operatif terbatas dan rawat inap sementara (Effendi, 2009). Rawat inap pasien dilakukan paling sedikit 24 jam perawatan. Puskesmas Perawatan adalah Puskesmas yang berdasarkan Surat Keputusan Bupati atau Walikota menjalankan fungsi perawatan dan untuk menjalankan fungsinya diberikan tambahan ruangan dan fasilitas rawat inap yang sekaligus merupakan pusat rujukan antara (Departemen Kesehatan RI, 2007). Puskesmas perawatan (rawat inap) berfungsi sebagai pusat rujukan pasien yang gawat darurat sebelum dibawa ke rumah sakit. Tindakan operatif terbatas seperti kecelakaan lalu lintas, persalinan dengan penyulit dan penyakit lain yang bersifat gawat darurat. Puskesmas perawatan sebagai puskesmas rawat inap tingkat pertama memberikan pelayanan kesehatan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medik dengan tinggal di ruang rawat inap puskesmas (Kepmenkes nomor 28/MENKES/SK/IX/2008).

2) Puskesmas Non Perawatan

Jenis Puskesmas non perawatan hanya melakukan pelayanan kesehatan rawat jalan (Direktorat Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Institut Teknologi Telkom, 2012). Permenkes No.029 tahun 2010 menyebutkan kegiatan di pelayanan kesehatan rawat jalan yakni observasi, diagnosis, pengobatan, dan atau pelayanan kesehatan lainnya tanpa dirawat inap.

Data yang akan dilengkapi adalah:

- (1) Jumlah puskesmas perawatan dan non perawatan, ratio jumlah penduduk per wilayah
- (2) Jumlah Posyandu, Puskesmas Pembantu, Puskesmas dengan tempat tidur dan Puskesmas Keliling
- (3) Jumlah dan Jarak merata Puskesmas Pembantu, Puskesmas DTP dan Puskesmas Keliling dengan Rumah Sakit di wilayah kerja

- (4) Angka Kesakitan (Morbiditas)

Morbiditas adalah derajat sakit, cedera atau gangguan pada suatu **populasi morbiditas** juga merupakan suatu penyimpangan dari status sehat dan sejahtera atau keberadaan dari suatu kondisi sakit, biasanya dinyatakan dalam angka prevalensi atau insidensi yang umum.

- (5) Angka Kematian (Mortalitas)

Macam–macam/jenis angka kematian (Mortality Rate/Mortality Ratio) dalam Epidemiologi antara lain:

- (a) Angka Kematian Kasar (Crude Death Rate) Adalah jumlah semua kematian yang ditemukan pada satu jangka waktu (umumnya 1 tahun) dibandingkan dengan jumlah penduduk pada pertengahan waktu yang bersangkutan. Istilah crude digunakan karena setiap aspek kematian tidak memperhitungkan usia, jenis kelamin, atau variabel lain.

Rumus: $CDR/AKK = \frac{\text{jml seluruh kematian}}{\text{jml penduduk pertengahan}} \times 1000$

- (b) Perinatal Mortality Rate (PMR)/Angka Kematian Perinatal (AKP). PMR adalah jumlah kematian janin yang dilahirkan pada usia kehamilan 28 minggu atau lebih ditambah dengan jumlah kematian bayi yang berumur kurang dari 7 hari yang dicatat selama 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. (WHO, 1981).

Manfaat PMR adalah untuk menggambarkan keadaan kesehatan masyarakat terutama kesehatan ibu hamil dan bayi. Faktor yang mempengaruhi tinggi rendahnya PMR adalah (1) Banyaknya Bayi BBLR; (2) Status gizi ibu dan bayi; (3) Keadaan social ekonomi; (4) Penyakit infeksi, terutama ISPA; (5) Pertolongan persalinan

Rumus : $PMR/ AKP = \frac{\text{jml kematian janin yg dilahirkan pd usia kehamilan 28 minggu} + \text{dg jml kematian bayi yg berumur kurang dr 7 hari yg di catat selama 1 tahun}}{\text{jml bayi lahir hidup pd tahun yg sama}} \times XK$

- (c) Neonatal Mortality Rate (NMR) = Angka Kematian Neonatal (AKN) Adalah jumlah kematian bayi berumur kurang dari 28 hari yang dicatat selama 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Manfaat NMR adalah untuk mengetahui: (1) Tinggi rendahnya usaha perawatan postnatal. (2) Program imunisasi; (3) Pertolongan persalinan; (4) Penyakit infeksi, terutama saluran napas bagian atas.

Rumus : $NMR/ AKN = \frac{\text{jml kematian bayi umur kurang dr 28 hari}}{\text{jml lahir hidup pd tahun yg sama}} \times XK$

- (d) Infant Mortality Rate (IMR)/Angka Kematian Bayi (AKB) Adalah jumlah seluruh kematian bayi berumur kurang dari 1 tahun yang dicatat selama 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Manfaat IMR adalah sebagai indikator yg sensitive terhadap derajat kesehatan masyarakat.

Rumus : $IMR/ AKB = \frac{\text{jml kematian bayi umur 0-1 th}}{\text{jml kelahiran hidup pd th yg sama}} \times XK$

- (e) Under Five Mortality Rate (UFMR)/Angka Kematian Balita Adalah jumlah kematian balita yang dicatat selama 1 tahun per 1000 penduduk balita pada tahun yang sama. Manfaat UFMR adalah untuk mengukur status kesehatan bayi.

Rumus : $UFMR = \frac{\text{jml kematian balita yg cacat dlm 1 thn}}{\text{jml penduduk balita pd thn yg sama}} \times XK$

- (f) Angka Kematian Pasca-Neonatal (Postneonatal Mortality Rate) diperlukan untuk menelusuri kematian di Negara belum berkembang, terutama pada wilayah tempat bayi meninggal pada tahun pertama kehidupannya akibat malnutrisi, defisiensi nutrisi, dan penyakit infeksi. Postneonatal Mortality Rate adalah kematian yang terjadi pada bayi usia 28 hari sampai 1 tahun per 1000 kelahiran hidup dalam satu tahun.

Rumus : $\text{pasca-neonatal mortality rate} = \frac{\text{jml kematian bayi usia 28 hari-1 thn}}{\text{jml kelahiran hidup pd thn yg sama}} \times XK$

- (g) Angka Kematian Janin/Angka Lahir Mati (Fetal Death Rate). Istilah kematian janin penggunaannya sama dengan istilah lahir mati. Kematian janin adalah kematian yang terjadi akibat keluar atau dikeluarkannya janin dari rahim, terlepas dari durasi kehamilannya. Jika bayi tidak bernafas atau tidak menunjukkan tanda-tanda kehidupan saat lahir, bayi dinyatakan meninggal. Tanda-tanda kehidupan biasanya ditentukan dari Pernapasan, Detak Jantung, Detak Tali Pusat atau Gerakan Otot Volunter. Angka Kematian Janin adalah proporsi jumlah kematian janin yang dikaitkan dengan jumlah kelahiran pada periode waktu tertentu, biasanya 1 tahun.

Rumus : $\text{Angka kematian janin} = \frac{\text{jml kematian janin dlm periode tertentu}}{\text{total kelahiran hidup periode yg sama}} \times XK$

- (h) Maternal Mortality Rate (MMR)/Angka Kematian Adalah jumlah kematian ibu sebagai akibat dari komplikasi kehamilan, persalinan dan masa nifas dalam 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Tinggi rendahnya MMR berkaitan dengan : (1) Sosial ekonomi; (2) Kesehatan ibu sebelum hamil,

bersalin dan nifas; (3) Pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil;
(4) Pertolongan persalinan dan perawatan masa nifas

Rumus: $MMR = \frac{\text{jml kematian ibu hamil, persalinan \& dan nifas dlm 1 thn}}{\text{jml lahir hidup pd thn yg sama}} \times X$

(i) Age Specific Mortality Rate (ASMR/ASDR). Manfaat ASMR/ASDR adalah: (1) Untuk mengetahui dan menggambarkan derajat kesehatan masyarakat dengan melihat kematian tertinggi pada golongan umur. (2) Untuk membandingkan taraf kesehatan masyarakat di berbagai wilayah. (3) Untuk menghitung rata-rata harapan hidup.

(j) Cause Specific Mortality Rate (CSMR) Yaitu jumlah seluruh kematian karena satu sebab penyakit dalam satu jangka waktu tertentu (1 tahun) dibagi dengan jumlah penduduk yang mungkin terkena penyakit tersebut.

Rumus : $CSMR = \frac{\text{jml seluruh kematian karena sebab penyakit tertentu}}{\text{jml penduduk yg mungkin terkena penyakit pd pertengahan tahun}} \times X$

(k) Case Fatality Rate (CFR) Adalah perbandingan antara jumlah seluruh kematian karena satu penyebab penyakit tertentu dalam 1 tahun dengan jumlah penderita penyakit tersebut pada tahun yang sama. Digunakan untuk mengetahui penyakit –penyakit dengan tingkat kematian yang tinggi.

Rumus : $CFR = \frac{\text{jml kematian karena penyakit tertentu}}{\text{jml seluruh penderita penyakit tersebut}} \times X$

(6) Angka Kelahiran

1) **Angka Kelahiran Kasar**

Angka kelahiran kasar atau Crude Birth Rate (CBR) menunjukkan jumlah bayi yang lahir setiap 1.000 penduduk dalam satu tahun. Untuk mencari angka kelahiran kasar digunakan rumus sebagai berikut.

Di mana: $CBR = L/P * 1000$

CBR = angka kelahiran kasar

L = jumlah kelahiran selama satu tahun

P = jumlah penduduk pertengahan tahun

Angka kelahiran kasar digolongkan menjadi tiga, yaitu:

- a) Golongan tinggi, apabila jumlah kelahiran lebih dari 30.
- b) Golongan sedang, apabila jumlah kelahiran antara 20 - 30.
- c) Golongan rendah, apabila jumlah kelahiran kurang dari 20.

2) **Angka Kelahiran Umum**

Angka kelahiran umum atau General Fertility Rate (GFR) adalah banyaknya kelahiran tiap 1.000 wanita yang berusia 15 - 49 tahun pada pertengahan tahun. Angka kelahiran umum dapat diketahui dengan rumus.

Di mana: $GFR = L/W(15-49)*1000$

L = banyaknya kelahiran selama satu tahun

W(15 - 49) = banyaknya penduduk wanita yang berumur 15 – 49 Tahun

3) **Angka Keahiran Khusus**

Angka kelahiran khusus atau Age Spesific Birth Rate (ASBR) menunjukkan banyaknya bayi lahir setiap 1.000 orang wanita pada usia tertentu dalam waktu satu tahun. Untuk mengetahui ASBR digunakan rumus sebagai berikut.

Di mana: $ASBR = Lx/Px*1000$

ASBR = angka kelahiran dari wanita pada umur tertentu

Lx = jumlah kelahiran dari wanita pada kelompok umur tertentu

Px = jumlah wanita pada kelompok umur tertentu

- (7) Angka Pasien rawat jalan dan rawat inap
- (8) Jumlah dan jenis Tenaga kesehatan
- (9) Jumlah Tenaga Paramedik Perawatan
- (10) Jumlah Tenaga Peramedik Non Perawatan

- (11) Jumlah Tenaga Non medik
- (12) Jumlah dan Jenis Layanan Kesehatan

(b) Rumah sakit

- (1) Jumlah Rumah Sakit di wilayah kerja termasuk Rumah Sakit Swast
- (2) Jarak Antar Rumah Sakit di wilayah Kerja
- (3) Data Tarif Perawatan di Rumah Sakit lain sekitar lokasi
- (4) Sebaran Rumah Sakit sekitar wilayah
- (5) Pola penyakit Kota/ Kabupaten
- (6) Jumlah dan Jenis Tenaga Dokter Umum dan Spesialis di wilayah kerja
- (7) Jumlah Tenaga Para Medik Perawatan, Para Medik Non Perawatan dan Tenaga Non Medik di wilayah kerja
- (8) Data Indikator Pelayanan Rumah Sakit

Indikator yang digunakan untuk menilai perkembangan sarana dan pelayanan rumah sakit antara lain dengan melihat perkembangan fasilitas perawatan yang biasanya diukur dengan jumlah rumah sakit dengan tempat tidurnya serta rasionya terhadap jumlah penduduk. Berikut adalah indikator pelayanan rumah sakit yang akan di nilai:

- (1) Pemakaian Tempat Tidur/*Bed Occupancy Rate* (BOR). *Bed Occupancy Rate* (BOR) adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satu – satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60 – 85 %.
- (2) *Average Length of Stay* (ALOS): Rata–rata Lama Rawat Seorang Pasien *Average Length of Stay* (ALOS) merupakan rata–rata rawatan seorang pasien. Indikator ini digunakan untuk mengukur tingkat efisiensi dan memberikan gambaran mutu pelayanan rumah sakit. Secara umum nilai ALOS yang ideal antara 6 – 9 hari.
- (3) Rata–rata hari Tempat Tidur Tidak Ditempati/*Turn of Interval* (TOI): *Turn of Interval* (TOI) merupakan rata–rata hari tempat tidur tidak ditempati dari saat terisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini

memberikan gambaran tingkat efisiensi dari penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1–3 hari, semakin besar TOI maka efisiensi penggunaan tempat tidur semakin jelek.

- (4) Angka Kematian Umum Penderita yang Dirawat di RS/*Gross Death Rate* (GDR) Merupakan angka kematian umum untuk tiap–tiap 1.000 penderita keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit. Semakin rendah GDR berarti mutu pelayanan rumah sakit semakin baik. Besaran angka GDR yang masih bisa ditolerir maksimum 45.
- (5) Angka Kematian Penderita yang Dirawat < 48 Jam/*Net Death Rate* (NDR) Merupakan angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1.000 penderita keluar. Nilai NDR yang dapat ditolerir adalah 25 per 1.000 penderita keluar

(c) Sarana Pelayanan Kesehatan menurut Kepemilikan / Pengelola

(d) Posyandu

Posyandu adalah salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu, bayi, dan balita. Beberapa data yang akan dicari terkait dengan keberadaan posyandu adalah:

- (1) Posyandu Pratama adalah Posyandu yang belum mantap, ditandai oleh kegiatan Posyandu belum terlaksana secara rutin setiap bulan dan jumlah kader kurang dari 5 orang.
- (2) Posyandu Madya adalah Posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata kader sebanyak 5

orang atau lebih, tetapi cakupan kelima kegiatan utamanya masih rendah, yaitu kurang dari 50%.

- (3) Posyandu Purnama adalah Posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata kader sebanyak 5 orang atau lebih, cakupan kelima kegiatannya lebih dari 50%, mampu menyelenggarakan program tambahan, serta telah memperoleh sumber pembiayaan dari dana sehat yang dikelola oleh masyarakat yang kepesertaannya masih kurang dari 50% KK di wilayah kerja Posyandu.
- (4) Posyandu Mandiri adalah Posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata kader sebanyak 5 orang atau lebih, cakupan kelima kegiatannya lebih dari 50%, mampu menyelenggarakan program tambahan, serta telah memperoleh sumber pembiayaan dari dana sehat yang dikelola oleh masyarakat yang kepesertaannya lebih dari 50% KK di wilayah kerja Posyandu.
- (5) Posyandu aktif adalah posyandu yang telah tergolong menjadi posyandu purnama dan mandiri.

(e) **Desa Siaga**

Desa Siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah–masalah kesehatan, bencana, dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. Desa/Kelurahan aktif pratama adalah Desa dan kelurahan Siaga yang telah memiliki forum desa/kelurahan tetapi belum berjalan, memiliki 2 orang Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader teknis, memiliki kemudahan akses pelayanan kesehatan dasar, memiliki Posyandu yang aktif, memiliki dukungan dana untuk kegiatan kesehatan dari pemerintah desa/kelurahan, ada peran aktif masyarakat, dan melakukan pembinaan PHBS kurang dari 20% rumah tangga yang ada

Pengembangan desa siaga merupakan aktivitas yang berkelanjutan dan bersifat siklus. Setiap tahapan meliputi banyak aktivitas.

1. Pada tahap 1 dilakukan sosialisasi dan survei mawas diri (SMD), dengan kegiatan antara lain: Sosialisasi, Pengenalan kondisi desa, Membentuk kelompok masyarakat yang melaksanakan SMD, pertemuan pengurus, kader dan warga desa untuk merumuskan masalah kesehatan yang dihadapi dan menentukan masalah prioritas yang akan diatasi.
2. Pada tahap 2 dilakukan pembuatan rencana kegiatan. Aktivitasnya, terdiri dari penentuan prioritas masalah dan perumusan alternatif pemecahan masalah. Aktivitas tersebut, dilakukan pada saat musyawarah masyarakat 2 (MMD-2). Selanjutnya, penyusunan rencana kegiatan, dilakukan pada saat musyawarah masyarakat 3 (MMD-3). Sedangkan kegiatan antara lain memutuskan prioritas masalah, menentukan tujuan, menyusun rencana kegiatan dan rencana biaya, pemilihan pengurus desa siaga, presentasi rencana kegiatan kepada masyarakat, serta koreksi dan persetujuan masyarakat.
3. Tahap 3, merupakan tahap pelaksanaan dan monitoring, dengan kegiatan berupa pelaksanaan dan monitoring rencana kegiatan.
4. Tahap 4, yaitu: kegiatan evaluasi atau penilaian, dengan kegiatan berupa pertanggung jawaban.

Pada pelaksanaannya, tahapan diatas tidak harus berurutan, namun disesuaikan dengan kondisi masing-masing desa/kelurahan

3) Tenaga Kesehatan

- a) Jumlah dan Rasio Tenaga Medis di Sarana Kesehatan
- b) Jumlah dan Rasio Tenaga Keperawatan di Sarana Kesehatan
- c) Jumlah dan Rasio Tenaga Kebidanan di Sarana Kesehatan
- d) Jumlah dan Rasio Tenaga Kefarmasian di Sarana Kesehatan
- e) Jumlah dan Rasio Tenaga Gizi di Sarana Kesehatan
- f) Jumlah dan Rasio Tenaga Kesehatan Masyarakat di Sarana Kesehatan

- g) Jumlah dan Rasio Tenaga Sanitasi di Sarana Kesehatan
- h) Jumlah dan Rasio Tenaga Teknisi Medis di Sarana Kesehatan

4) Kondisi Lingkungan

- a) Kondisi Topografi wilayah perencanaan
- b) Rencana peruntukkan tanah di sekitar wilayah perencanaan yang terkait dengan Rencana Tata Ruang Kota yang ada (RTBL, RUTR, RDTR, RTRW)
- c) Iklim dan Cuaca setempat di wilayah ini.

Untuk melengkapi data yang dibutuhkan dalam melakukan analisa situasi ini, baik data utama maupun data pendukung, baik data yang bersifat primer maupun sekunder, maka teknik pengumpulan data yang digunakan, sebagai berikut:

- a) Observasi. Pengumpulan data dengan cara mengadakan pengamatan langsung terhadap kondisi lingkungan di Kabupaten Balangan. **Pengamatan** atau **observasi** adalah aktivitas yang dilakukan makhluk cerdas, terhadap suatu proses atau objek dengan maksud merasakan dan kemudian memahami pengetahuan dari sebuah fenomena berdasarkan pengetahuan dan gagasan yang sudah diketahui sebelumnya, untuk mendapatkan informasi-informasi yang dibutuhkan untuk melanjutkan suatu penelitian. Di dalam penelitian, observasi dapat dilakukan dengan tes, kuesioner, rekaman gambar dan rekaman suara. Cara observasi yang paling efektif adalah melengkapinya dengan pedoman observasi/pedoman pengamatan seperti format atau blangko pengamatan. Format yang disusun berisi item-item tentang kejadian atau tingkah laku yang digambarkan akan terjadi. Setelah itu, peneliti sebagai seorang pengamat tinggal memberikan tanda cek pada kolom yang dikehendaki pada format tersebut. Orang yang melakukan pengamatan disebut pengamat
- b) Wawancara. Salah satu metode dalam pengumpulan data ialah dengan melakukan wawancara. Melalui metode ini akan dilakukan wawancara terbuka dengan para stakeholders melalui kegiatan pertemuan dan

kelompok masyarakat yang menjadi target group. Wawancara akan dilakukan kepada Pejabat instansi terkait, seperti Bappeda, Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas, Tenaga Kesehatan, Tokoh masyarakat serta Akademisi

Macam-macam wawancara yaitu

1. Wawancara terstruktur digunakan sebagai teknik pengumpulan data, bila telah mengetahui informasi yang akan diperoleh.
2. Wawancara semiterstruktur digunakan untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka, yang diajak wawancara diminta pendapat, dan ide-idenya.
3. Wawancara tak terstruktur digunakan saat penelitian pendahuluan atau malahan penelitian yang lebih mendalam tentang subyek yang diteliti.

Langkah-langkah wawancara dalam penelitian kualitatif yaitu

1. Menetapkan kepada siapa wawancara itu akan dilakukan
2. Menyiapkan pokok-pokok masalah yang akan menjadi bahan pembicaraan
3. Mengawali atau membuka alur wawancara
4. Melangsungkan alur wawancara
5. Mengkonfirmasi ihtisar hasil wawancara dan mengakhirinya
6. Menuliskan hasil wawancara ke dalam catatan lapangan
7. Mengidentifikasi tindak lanjut hasil wawancara yang telah diperoleh.

Jenis-jenis pertanyaan dalam wawancara yaitu

1. Pertanyaan yang berkaitan dengan pengalaman.
2. Pertanyaan yang berkaitan dengan pendapat
3. Pertanyaan yang berkaitan dengan perasaan
4. Pertanyaan tentang pengetahuan
5. Pertanyaan yang berkaitan dengan indera
6. Pertanyaan yang berkaitan dengan latar belakang atau demografi.

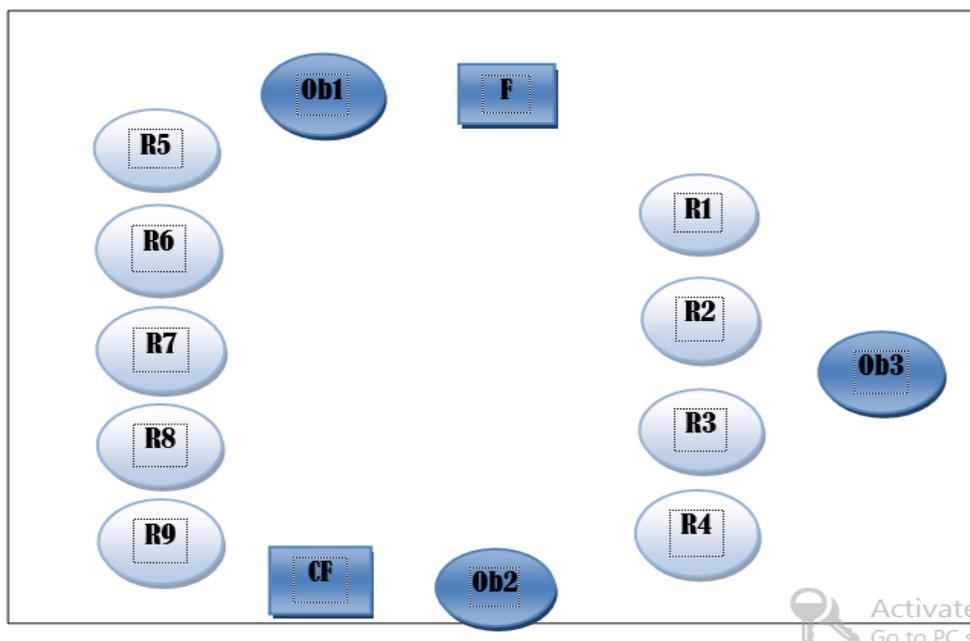
Alat-alat wawancara yaitu buku catatan, tape recorder, kamera. Hasil wawancara segera harus dicatat setelah selesai melakukan wawancara agar tidak lupa bahkan hilang.

c) Dokumentasi. Dalam metode dokumentasi ini akan dilakukan pengumpulan data primer dan data sekunder. Pengumpulan Data Sekunder, dilakukan dengan mendatangi masing-masing Instansi terkait sesuai dengan Data yang dibutuhkan dalam pekerjaan penyusunan ini. Jika pada salah satu Instansi ternyata Data tidak dipunyai, atau sedang dalam proses pembuatan, atau sedang digunakan untuk keperluan lain maka Data dapat mencari pada instansi lain yang terkait sesuai dengan kebutuhan data tersebut.

d) *Focus Group Discussion (FGD)*

Teknik Pengumpulan data yang lain adalah dengan melakukan FGD terhadap segenap stakeholders untuk menggali data yang berhubungan dengan pembangunan bidang kesehatan di Kabupaten Balangan. Menurut Andi Prastowo (2008), FGD merupakan suatu bentuk penelitian kualitatif dimana sekelompok orang dimintai pendapatnya mengenai permasalahan yang sedang dikaji pada situasi kondisi tertentu. Tujuannya adalah untuk memperoleh informasi mendalam pada konsep, persepsi dan gagasan untuk suatu kelompok FGD mengarahkan untuk menjadi lebih dari suatu pertanyaan-pertanyaan interaksi jawaban. Ini merupakan suatu diskusi kelompok antara 6 sampai 12 orang yang dipandu oleh seorang fasilitator dan co-fasilitator. Anggota kelompok biasanya terdiri atas 6-12 orang. Pemilihan jumlah peserta haruslah didasarkan pada dua hal yaitu: jangan terlalu besar sehingga partisipasi anggotanya menjadi berkurang dan sebaliknya jangan terlalu kecil sehingga gagal memperoleh cakupan yang luas dibanding dengan hanya seorang. FGD merupakan proses interaktif. FGD dapat digunakan sebagai alat yang kuat dalam sebuah penelitian yang menyediakan informasi secara spontan yang berharga dalam jangka

waktu yang singkat dan relatif cepat. FGD merupakan salah satu metode kualitatif dan alat tunggal yang dapat menambah keuntungan misalnya dalam penelitian atau yang lain. Dalam kelompok diskusi, orang-orang cenderung memusatkan pendapatnya berdasarkan pada norma sosial. Akan tetapi pendapat-pendapat itu sebaiknya dibahas dengan ketua dan informan penting dalam FGD melalui wawancara. Tujuan FGD adalah untuk mengeksplorasi masalah yang spesifik, yang berkaitan dengan topik yang dibahas. Teknik ini digunakan dengan tujuan untuk menghindari pemaknaan yang salah terhadap masalah yang dikaji. FGD digunakan untuk menarik kesimpulan terhadap makna-makna intersubjektif yang sulit diberi makna sendiri oleh peneliti karena dihalangi oleh dorongan subjektivitas. **Setting FGD sebagai berikut:**



KETERANGAN :

- F = Fasilitator
- CF = Co-Fasilitator
- Ob 1 & 2 = Observer 1 & 2
- Ob - 3 = Obeserver 3 (Kameramen)
- R1 – R9 = Responden 1 s/d 9

e) Wawancara-Mendalam (*In-depth Interview*)

Wawancara merupakan bagian dari metode kualitatif. Dalam metode kualitatif ini ada dikenal dengan teknik **wawancara-mendalam (*In-depth Interview*)**. Pengertian wawancara-mendalam (*In-depth Interview*) adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka antara pewawancara dengan responden atau orang yang diwawancarai, dengan atau tanpa menggunakan pedoman (*guide*) wawancara dimana pewawancara dan informan terlibat dalam kehidupan sosial yang relatif lama (Sutopo 2006: 72). Ciri khusus/Kekhasan dari wawancara-mendalam ini adalah keterlibatannya dalam kehidupan responden/informan.

Dalam wawancara-mendalam melakukan penggalian secara mendalam terhadap satu topik yang telah ditentukan (berdasarkan tujuan dan maksud diadakan wawancara tersebut) dengan menggunakan pertanyaan terbuka. Penggalian yang dilakukan untuk mengetahui pendapat mereka berdasarkan *perspective* responden dalam memandang sebuah permasalahan. Teknik wawancara ini dilakukan oleh seorang pewawancara dengan mewawancarai satu orang secara tatap muka (*face to face*).

- f) Triangulasi** adalah teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Triangulasi teknik adalah peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama

2.2.2 Teknik Analisis Data

Analisis adalah suatu studi dan pemeriksaan data (bisa data kuantitatif maupun kualitatif). Analisis data ini adalah kemampuan untuk mengaitkan data dan menghubungkan data dengan kemampuan kognitif yang dimiliki sehingga dapat diketahui kesenjangan atau masalah yang dihadapi oleh masyarakat. Tujuan dari

analisis data adalah untuk: (a) Menentukan kebutuhan kesehatan komunitas dan kekuatan komunitas; (b) Mengidentifikasi pola respon kesehatan dan kecenderungan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Fungsi analisa data: (a) Untuk mengintegrasikan data keperawatan dan kesehatan yang diperoleh dari berbagai sumber, sehingga data yang diperoleh memiliki makna dan arti dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan serta kebutuhan kesehatan masyarakat; (b) Sebagai alat pengambil keputusan dalam menentukan alternative pemecahan masalah yang dihadapi oleh masyarakat

Pedoman analisa data:

- a. Menyusun kategorisasi data secara sistematis dan logis
- b. Identifikasi kesenjangan data
- c. Menyusun pola alternative pemecahan masalah
- d. Menerapkan teori. Model, kerangka kerja, norma dan standart yang kemudian dibandingkan dengan data dan kesenjangan yang ditemukan
- e. Identifikasi kemampuan dan sumber daya masyarakat yang dapat menunjang asuhan keperawatan kesehatan masyarakat
- f. Membuat hubungan sebab akibat antara data dengan masalah yang diambil.

Cara analisa data:

- a. Validasi data dengan cara meneliti kembali data yang terkumpul
- b. Mengklarifikasi data
- c. Bandingkan dengan standar dan kriteria
- d. Buat kesimpulan tentang kesenjangan (masalah) yang ditentukan

Macam analisa data:

- a. Analisis korelasi
Mengembangkan tingkat hubungan, pengaruh dari dua atau lebih sub variabel yang diteliti menggunakan perhitungan secara statistik.
- b. Analisis masalah berdasarkan kelompok masalah/mayoritas (kelompok data fokus atau masalah fokus), misal insiden penyakit terbanyak, keluhan yang paling banyak dirasakan, pola perilaku yang tidak sehat, lingkungan yang tidak sehat, dll.

c. Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan masalah/etiologi

Untuk menetapkan etiologi ada beberapa pilihan:

- 1) Faktor budaya masyarakat
- 2) Pengetahuan yang kurang
- 3) Sikap masyarakat yang kurang mendukung
- 4) Dukungan yang kurang dari pemimpin formal atau informal
- 5) Kurangnya kader kesehatan di masyarakat
- 6) Kurangnya fasilitas pendukung di masyarakat
- 7) Kurang efektifnya pengorganisasian
- 8) Kondisi lingkungan yang kurang kondusif
- 9) Kurangnya ketrampilan terhadap prosedur pencegahan penyakit

Berdasarkan penjelasan diatas, maka analisa yang dipakai dalam kegiatan ini adalah:

- a. Deskriptif Kualitatif Analisis ini digunakan untuk mengetahui atau menggambarkan kecenderungan data memusat berupa frekuensi dan rata-rata kemudian dimunculkan dalam bentuk tabel frekuensi maupun grafik serta penjelasan naratif. Selain itu, analisa ini akan menjelaskan secara mendalam hasil dari wawancara dengan para stakeholder.
- b. Evaluasi Untuk melakukan evaluasi terhadap program yang telah diimplementasikan digunakan metode evaluasi single program after only. Artinya akan dilakukan evaluasi terhadap program pembangunan bidang kesehatan di Kabupaten Balangan yang sedang dan telah dilakukan. Pada bagian ini, tidak lain bagian dari analisis kebijakan (Policy analysis) menurut Mason, Talbott & Leavitt, 1993 adalah kajian sistematis terhadap isi dan akibat yang nyata atau diantisipasi terhadap kebijakan yang sedang berjalan atau yang direncanakan. Secara ringkas, analisis ini meliputi pola sebagai berikut:
 - a) Menyusun struktur masalah (Problem structuring)
 - b) Memprediksi (Forecasting)

c) Rekomendasi (Recommendation)

d) Pemantauan (Monitoring)

e) Evaluasi (Evaluation)

Dalam analisis ini juga dapat terpetakan hirarki dari tipe isu kebijakan, dalam hal ini isu-isu pembangunan kesehatan, yaitu:

a) Isu-isu utama (Major issues),

b) Isu-isu sekunder (Secondary issues),

c) Isu-isu fungsional (Functional issues),

d) Isu-isu kecil (Minor issue)

BAB I

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai cita-cita bangsa Indonesia. Sesuai amanat Pasal 14 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, *“Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat.”* Namun, pemerataan upaya kesehatan di Indonesia belum dapat dilaksanakan secara optimal karena kendala geografis dan social.

Pembangunan kesehatan adalah bagian dari pembangunan suatu daerah yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan tersebut merupakan upaya seluruh potensi, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah.

Pembangunan kesehatan harus diimbangi dengan intervensi perilaku yang memungkinkan masyarakat lebih sadar, mau dan mampu melakukan hidup sehat sebagai prasyarat pembangunan yang berkelanjutan (*sustainable development*). Untuk menjadikan masyarakat mampu hidup sehat, masyarakat harus dibekali dengan pengetahuan tentang cara-cara hidup sehat. Oleh sebab itu promosi kesehatan hendaknya dapat berjalan secara integral dengan berbagai aktivitas pencapaian MDGs yang berlanjut dalam bentuk SDGs dan mewujudkan jaminan kesehatan masyarakat semesta.

Secara umum, arah pembangunan kesehatan pada semua daerah adalah:

- a) Pembangunan kesehatan adalah bagian integral dari pembangunan;
- b) Pelayanan kesehatan baik oleh pemerintah maupun masyarakat harus diselenggarakan secara bermutu, adil dan merata dengan memberikan pelayanan khusus kepada penduduk miskin, anak-anak, dan para lanjut usia yang terlantar, baik di perkotaan maupun di pedesaan;

- c) Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan strategi pembangunan profesionalisme, desentralisasi dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat dengan memperhatikan berbagai tantangan yang ada saat ini;
- d) Upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan masyarakat dilaksanakan melalui program peningkatan perilaku hidup sehat, pemeliharaan lingkungan sehat, pelayanan kesehatan dan didukung oleh sistem pengamatan, Informasi dan manajemen yang handal;
- e) Pengadaan dan peningkatan prasarana dan sarana kesehatan terus dilanjutkan;
- f) Tenaga yang mempunyai sikap, etis dan profesional, juga memiliki semangat pengabdian yang tinggi kepada bangsa dan negara, berdisiplin, kreatif, berilmu dan terampil, berbudi luhur dan dapat memegang teguh etika profesi;
- g) Meningkatkan mutu sumber daya manusia dan lingkungan yang saling mendukung dengan pendekatan paradigma sehat, yang memberikan prioritas pada upaya peningkatan kesehatan pencegahan, penyembuhan, pemulihan dan rehabilitasi sejak pembuahan dalam kandungan sampai lanjut usia;
- h) Meningkatkan dan memelihara mutu lembaga dan pelayanan kesehatan melalui pemberdayaan sumber daya manusia secara berkelanjutan dan sarana prasarana dalam bidang medis, termasuk ketersediaan obat yang dapat dijangkau oleh masyarakat;
- i) Mengembangkan sistem jaminan sosial tenaga kerja bagi seluruh tenaga kerja bagi seluruh tenaga kerja untuk mendapatkan perlindungan, keamanan, dan keselamatan kerja yang memadai, yang pengelolaannya melibatkan pemerintah, perusahaan dan pekerja;
- j) Membangun ketahanan sosial yang mampu memberi bantuan penyelamatan dan pemberdayaan terhadap penyandang masalah kesejahteraan sosial dan korban bencana serta mencegah timbulnya gizi buruk dan turunnya kualitas generasi muda;
- k) Membangun apresiasi terhadap penduduk lanjut usia dan veteran untuk menjaga harkat martabatnya serta memanfaatkan pengalamannya;

- l) Meningkatkan kepedulian terhadap penyandang cacat, fakir miskin dan anak-anak terlantar, serta kelompok rentan sosial melalui penyediaan lapangan kerja yang seluas-luasnya dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat;
- m) Meningkatkan kualitas penduduk melalui pengendalian kelahiran, memperkecil angka kematian, peningkatan kualitas program keluarga berencana;
- n) Memberantas secara sistematis perdagangan dan penyalahgunaan narkotik dan obat-obatan terlarang dengan memberikan sanksi yang seberat-beratnya kepada produsen, pengedar dan pemakai.

BAB II

METODOLOGI PENGAJIAN

2.1. Kerangka Konseptual

Pembangunan kesehatan merupakan proses menuju kearah produktifitas penduduk suatu daerah, semakin banyak penduduk yang sehat, semakin produktif pula suatu daerah. Otonomi kesehatan di bidang kesehatan seharusnya mempunyai visi yang sejajar dengan rencana Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, yaitu Indonesia Sehat 2025, dimana salah satu agenda pentingnya adalah perubahan paradigma dari paradigma sakit ke paradigma sehat, yaitu cara pandang, pola pikir, dan model pembangunan kesehatan yang holistik, menangani masalah kesehatan yang dipengaruhi banyak faktor secara lintas sektoral, dan mengarah pada upaya peningkatan, pemeliharaan, dan perlindungan kesehatan. Otonomi daerah di bidang kesehatan bertujuan untuk menumbuhkan sifat kebaikan dan adil dalam bidang kesehatan, karena setiap daerah mempunyai kewenangan untuk membuat formulasi baru sesuai dengan karakteristik daerahnya masing-masing. Menghadapi lingkungan strategis pembangunan kesehatan, perlu dilakukan re-orientasi upaya kesehatan, yaitu yang berorientasi terutama pada desentralisasi, globalisasi, perubahan epidemiologi, dan menghadapi keadaan bencana.

Tujuan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai penduduk yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang optimal.

Secara teoritis, terdapat dua paham teori yang terkait dengan peran masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Teori Participatory Democracy, yang menggugat paham teori Elite Democracy (Gibson, 1981). Paham Elite Democracy melihat hakekat manusia sebagai makhluk yang mementingkan diri sendiri, pemburu kepuasan diri pribadi dan menjadi tidak rasional terutama jika mereka dalam kelompok. Oleh karena itu, dalam hal terjadi konflik kepentingan antara kelompokkelompok dalam masyarakat, maka pembuatan keputusan sepenuhnya merupakan kewenangan dari kelompok elite yang menjalankan pemerintahan. Kalaupun peran serta masyarakat itu ada, pelaksanaannya hanya terjadi pada saat pemilihan mereka-mereka yang duduk dalam pemerintahan. Paham Participatory Democracy sebaliknya berpendapat bahwa manusia pada hakekatnya mampu menyelaraskan kepentingan pribadi dengan kepentingan sosial. Penyelarasan kedua macam kepentingan tersebut dapat terwujud jika proses pengambilan keputusan menyediakan kesempatan seluas-luasnya kepada mereka untuk mengungkapkan kepentingan dan pandangan mereka. Proses pengambilan keputusan, yang menyediakan kelompok kepentingan untuk berperan serta didalamnya, dapat mengantarkan kelompok-kelompok yang berbeda kepentingan mereka satu sama lain. Dengan demikian, perbedaan kepentingan dapat dijumpai.

Secara umum, ada beberapa **strategi** untuk mencapai tujuan dan upaya pokok pembangunan kesehatan, maka strategi umum pembangunan kesehatan adalah

- 1) Pembangunan berwawasan kesehatan. Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat yang sangat fundamental. Pembangunan kesehatan juga sekaligus sebagai investasi pembangunan. Dengan demikian pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan daerah. Dalam kaitan ini pembangunan perlu berwawasan kesehatan. Diharapkan setiap program pembangunan yang terkait dengan pembangunan kesehatan, dapat

memberikan kontribusi yang positif terhadap tercapainya nilai-nilai dasar pembangunan kesehatan. Untuk terselenggaranya pembangunan berwawasan kesehatan, perlu dilaksanakan kegiatan advokasi, sosialisasi, orientasi, kampanye dan pelatihan, sehingga semua penyelenggara pembangunan (stakeholders) memahami dan mampu melaksanakan pembangunan berwawasan kesehatan. Selain itu perlu pula dilakukan penjabaran lebih lanjut dari pembangunan berwawasan kesehatan, sehingga benar-benar dapat dilaksanakan dan diukur tingkat pencapaian dan dampak yang dihasilkan.

- 2) Pemberdayaan Masyarakat dan Daerah. Masyarakat makin penting untuk berperan dalam pembangunan kesehatan. Masalah kesehatan perlu diatasi oleh masyarakat sendiri dan pemerintah. Selain itu, banyak permasalahan kesehatan yang wewenang dan tanggung jawabnya berada di luar sektor kesehatan. Untuk itu perlu adanya kemitraan antar berbagai stakeholders pembangunan kesehatan terkait. Pemberdayaan masyarakat pada hakekatnya adalah melibatkan masyarakat untuk aktif dalam pengabdian masyarakat (to serve), aktif dalam pelaksanaan advokasi kesehatan (to advocate), dan aktif dalam mengkritisi pelaksanaan upaya kesehatan (to watch). Untuk keberhasilan pembangunan kesehatan, penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan harus berangkat dari masalah dan potensi spesifik daerah. Oleh karenanya dalam pembangunan kesehatan diperlukan adanya pendelegasian wewenang yang lebih besar kepada daerah. Kesiapan daerah dalam menerima dan menjalankan kewenangannya dalam pembangunan kesehatan, sangat dipengaruhi oleh tingkat kapasitas daerah yang meliputi perangkat organisasi serta sumber daya manusianya. Untuk itu harus dilakukan penetapan yang jelas tentang peran pemerintah pusat dan pemerintah daerah di bidang kesehatan, upaya kesehatan yang wajib dilaksanakan oleh daerah, dan pengembangan serta pemberdayaan SDM daerah.

3) Pengembangan Upaya dan Pembiayaan Kesehatan. Pengembangan upaya kesehatan, yang mencakup upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan diselenggarakan sesuai dengan kebutuhan masyarakat (client oriented), dan dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, berkelanjutan, merata, terjangkau, berjenjang, profesional, dan bermutu. Penyelenggaraan upaya kesehatan diutamakan pada upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan, tanpa mengabaikan upaya pengobatan dan pemulihan kesehatan. Penyelenggaraan upaya kesehatan dilakukan dengan prinsip kemitraan antara pemerintah, masyarakat, dan swasta. Menghadapi lingkungan strategis pembangunan kesehatan, perlu dilakukan re-orientasi upaya kesehatan, yaitu yang berorientasi terutama pada desentralisasi, globalisasi, perubahan epidemiologi, dan menghadapi keadaan bencana. Pengembangan upaya kesehatan perlu menggunakan teknologi kesehatan/ kedokteran dan informatika yang semakin maju, antara lain: pembuatan berbagai vaksin, pemetaan dan test dari gen, terapi gen, tindakan dengan intervensi bedah yang minimal, transplantasi jaringan, otomatisasi administrasi kesehatan/ kedokteran, upaya klinis dan rekam medis dengan dukungan komputerasi, serta telekomunikasi jarak jauh (*telehealth*). Puskesmas harus mampu melaksanakan fungsinya sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, dan pusat pelayanan kesehatan strata pertama.

Pembiayaan kesehatan yang berasal dari berbagai sumber, baik dari pemerintah, masyarakat, dan swasta harus mencukupi bagi penyelenggaraan upaya kesehatan, dan dikelola secara berhasil-guna dan berdaya-guna. Jaminan kesehatan untuk menjamin terpelihara dan terlindunginya masyarakat dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan, diselenggarakan secara dengan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Peran swasta dalam upaya kesehatan perlu terus dikembangkan secara strategis dalam konteks pembangunan kesehatan secara

keseluruhan. Interaksi upaya publik dan sektor swasta penting untuk ditingkatkan secara bertahap.

- 4) Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan. Pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat tidak akan terwujud apabila tidak didukung oleh sumber daya manusia kesehatan yang mencukupi jumlahnya, dan profesional, yaitu sumber daya manusia kesehatan yang mengikuti perkembangan IPTEK, menerapkan nilai-nilai moral dan etika profesi yang tinggi. Semua tenaga kesehatan dituntut untuk selalu menjunjung tinggi sumpah dan kode etik profesi.

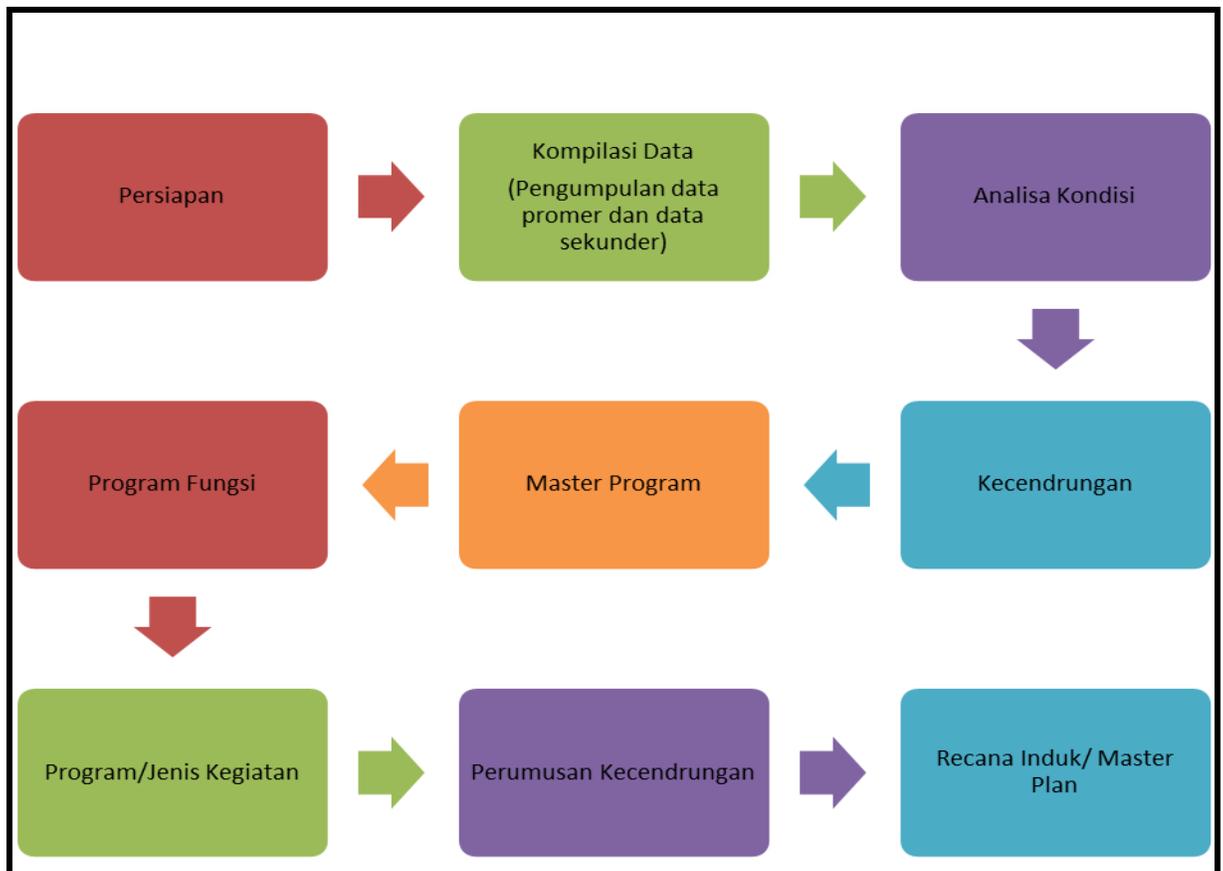
Dalam pelaksanaan strategi ini dilakukan perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan, penentuan standar kompetensi bagi tenaga kesehatan, pelatihan atau upaya peningkatan kualitas tenaga lainnya yang berdasarkan kompetensi, registrasi, akreditasi, dan legislasi tenaga kesehatan. Di samping itu, perlu pula dilakukan upaya untuk pemenuhan hak-hak tenaga kesehatan termasuk pengembangan karirnya. Upaya pengadaan tenaga kesehatan dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan serta dinamika pasar di era globalisasi.

- 5) Penanggulangan Keadaan Darurat Kesehatan. Keadaan darurat kesehatan dapat terjadi karena ben-cana, baik bencana alam maupun bencana karena ulah manusia, termasuk konflik sosial. Keadaan darurat kesehatan akan mengakibatkan dampak yang luas, tidak saja pada kehidupan masyarakat di daerah bencana, namun juga pada kehidupan bangsa dan negara. Oleh karenanya penanggulangan keadaan darurat kesehatan yang mencakup upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan, dilakukan secara komprehensif, mitigasi serta didukung kerjasama lintas sektor dan peran aktif masyarakat.

Pembuatan master plan pembangunan kesehatan harus memiliki tujuan yang jelas, oleh karena itu diperlukan adanya pengumpulan data, pelaksana atau tim ahli, jadwal atau waktu pelaksanaan, serta pembiayaan.

Pembuatan master plan seharusnya dapat membuat pembangunan kesehatan menjadi lebih baik di masa depan, karena sudah lebih terarah dan teratur arah pembangunannya.

Ruang lingkup Penyusunan **Review** Rencana Induk/ Master Plan ini meliputi Pembahasan Kecenderungan Eksternal dan Internal, Master Program, Program Fungsi, Rencana Block Plan dan Konsep Utilitas serta Rencana Pentahapan Pelaksanaan. Tahapan prosesnya dapat dilihat pada bagan dibawah ini:



2.2. Metodologi

2.2.1 Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

Jenis data yang digunakan dalam penyusunan Master Plan Kesehatan Kabupaten Balangan tahun 2018-2022 ini meliputi:

- a. Data sekunder. Data ini akan diambil dari berbagai instansi yang terkait dengan pembangunan bidang kesehatan di Kabupaten Balangan.
- b. Data primer. Data ini diperoleh dari hasil survey, pengamatan (observasi), *indepth interview*, dan *focus group discussion* (FGD).

Data-data yang akan dikumpulkan baik berupa data primer maupun sekunder adalah sebagai berikut:

1) Gambaran Umum Daerah

Data ini meliputi data:

- a) Keadaan Geografis yang berisi data tentang luas wilayah dari Kabupaten Balangan beserta data kecamatan. Selain itu, data tentang ketinggian wilayah dan suhu udara serta kelembaban udara
- b) Keadaan Penduduk yang berisi data tentang:
 - (a) pertumbuhan dan kepadatan penduduk
 - (b) Sex Rasio (rasio jenis kelamin) menurut usia, jenis kelamin, pendidikan
- c) Keadaan Ekonomi seperti Mata Pencarian
- d) Data Sosial Dan Budaya seperti Agama

2) Gambaran Pembangunan Kesehatan

(a) Puskesmas

Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) merupakan sarana pelayanan masyarakat ditingkat dasar dan terdepan dalam sistem pelayanan kesehatan yang harus melakukan upaya kesehatan wajib (basic six), dan beberapa upaya kesehatan pilihan yang disesuaikan dengan kondisi, kebutuhan, tuntutan, kemampuan, dan inovasi serta kebijakan pemerintah daerah setempat. Terdapat dua jenis puskesmas menurut Departemen

Kesehatan RI (2001) yaitu puskesmas perawatan dan puskesmas nonperawatan.

1) Puskesmas Perawatan (Rawat Inap)

Puskesmas rawat inap didefinisikan pula sebagai puskesmas yang dilengkapi ruangan tambahan dan fasilitas untuk menyelamatkan pasien gawat darurat dan tindakan yang diberikan adalah tindakan operatif terbatas dan rawat inap sementara (Effendi, 2009). Rawat inap pasien dilakukan paling sedikit 24 jam perawatan. Puskesmas Perawatan adalah Puskesmas yang berdasarkan Surat Keputusan Bupati atau Walikota menjalankan fungsi perawatan dan untuk menjalankan fungsinya diberikan tambahan ruangan dan fasilitas rawat inap yang sekaligus merupakan pusat rujukan antara (Departemen Kesehatan RI, 2007). Puskesmas perawatan (rawat inap) berfungsi sebagai pusat rujukan pasien yang gawat darurat sebelum dibawa ke rumah sakit. Tindakan operatif terbatas seperti kecelakaan lalu lintas, persalinan dengan penyulit dan penyakit lain yang bersifat gawat darurat. Puskesmas perawatan sebagai puskesmas rawat inap tingkat pertama memberikan pelayanan kesehatan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medik dengan tinggal di ruang rawat inap puskesmas (Kepmenkes nomor 28/MENKES/SK/IX/2008).

2) Puskesmas Non Perawatan

Jenis Puskesmas non perawatan hanya melakukan pelayanan kesehatan rawat jalan (Direktorat Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Institut Teknologi Telkom, 2012). Permenkes No.029 tahun 2010 menyebutkan kegiatan di pelayanan kesehatan rawat jalan yakni observasi, diagnosis, pengobatan, dan atau pelayanan kesehatan lainnya tanpa dirawat inap.

Data yang akan dilengkapi adalah:

- (1) Jumlah puskesmas perawatan dan non perawatan, ratio jumlah penduduk per wilayah
- (2) Jumlah Posyandu, Puskesmas Pembantu, Puskesmas dengan tempat tidur dan Puskesmas Keliling
- (3) Jumlah dan Jarak merata Puskesmas Pembantu, Puskesmas DTP dan Puskesmas Keliling dengan Rumah Sakit di wilayah kerja

- (4) Angka Kesakitan (Morbiditas)

Morbiditas adalah derajat sakit, cedera atau gangguan pada suatu **populasi morbiditas** juga merupakan suatu penyimpangan dari status sehat dan sejahtera atau keberadaan dari suatu kondisi sakit, biasanya dinyatakan dalam angka prevalensi atau insidensi yang umum.

- (5) Angka Kematian (Mortalitas)

Macam–macam/jenis angka kematian (Mortality Rate/Mortality Ratio) dalam Epidemiologi antara lain:

- (a) Angka Kematian Kasar (Crude Death Rate) Adalah jumlah semua kematian yang ditemukan pada satu jangka waktu (umumnya 1 tahun) dibandingkan dengan jumlah penduduk pada pertengahan waktu yang bersangkutan. Istilah crude digunakan karena setiap aspek kematian tidak memperhitungkan usia, jenis kelamin, atau variabel lain.

Rumus: $CDR/AKK = \frac{\text{jml seluruh kematian}}{\text{jml penduduk pertengahan}} \times XK$

- (b) Perinatal Mortality Rate (PMR)/Angka Kematian Perinatal (AKP). PMR adalah jumlah kematian janin yang dilahirkan pada usia kehamilan 28 minggu atau lebih ditambah dengan jumlah kematian bayi yang berumur kurang dari 7 hari yang dicatat selama 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. (WHO, 1981).

Manfaat PMR adalah untuk menggambarkan keadaan kesehatan masyarakat terutama kesehatan ibu hamil dan bayi. Faktor yang mempengaruhi tinggi rendahnya PMR adalah (1) Banyaknya Bayi BBLR; (2) Status gizi ibu dan bayi; (3) Keadaan social ekonomi; (4) Penyakit infeksi, terutama ISPA; (5) Pertolongan persalinan

Rumus : $PMR/ AKP = \frac{\text{jml kematian janin yg dilahirkan pd usia kehamilan 28 minggu} + \text{dg jml kematian bayi yg berumur kurang dr 7 hari yg di catat selama 1 tahun}}{\text{jml bayi lahir hidup pd tahun yg sama}} \times XK$

- (c) Neonatal Mortality Rate (NMR) = Angka Kematian Neonatal (AKN) Adalah jumlah kematian bayi berumur kurang dari 28 hari yang dicatat selama 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Manfaat NMR adalah untuk mengetahui: (1) Tinggi rendahnya usaha perawatan postnatal. (2) Program imunisasi; (3) Pertolongan persalinan; (4) Penyakit infeksi, terutama saluran napas bagian atas.

Rumus : $NMR/ AKN = \frac{\text{jml kematian bayi umur kurang dr 28 hari}}{\text{jml lahir hidup pd tahun yg sama}} \times XK$

- (d) Infant Mortality Rate (IMR)/Angka Kematian Bayi (AKB) Adalah jumlah seluruh kematian bayi berumur kurang dari 1 tahun yang dicatat selama 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Manfaat IMR adalah sebagai indikator yg sensitive terhadap derajat kesehatan masyarakat.

Rumus : $IMR/ AKB = \frac{\text{jml kematian bayi umur 0-1 th}}{\text{jml kelahiran hidup pd th yg sama}} \times XK$

- (e) Under Five Mortality Rate (UFMR)/Angka Kematian Balita Adalah jumlah kematian balita yang dicatat selama 1 tahun per 1000 penduduk balita pada tahun yang sama. Manfaat UFMR adalah untuk mengukur status kesehatan bayi.

Rumus : $UFMR = \frac{\text{jml kematian balita yg cacat dlm 1 thn}}{\text{jml penduduk balita pd thn yg sama}} \times XK$

- (f) Angka Kematian Pasca-Neonatal (Postneonatal Mortality Rate) diperlukan untuk menelusuri kematian di Negara belum berkembang, terutama pada wilayah tempat bayi meninggal pada tahun pertama kehidupannya akibat malnutrisi, defisiensi nutrisi, dan penyakit infeksi. Postneonatal Mortality Rate adalah kematian yang terjadi pada bayi usia 28 hari sampai 1 tahun per 1000 kelahiran hidup dalam satu tahun.

Rumus : $\text{pasca-neonatal mortality rate} = \frac{\text{jml kematian bayi usia 28 hari-1 thn}}{\text{jml kelahiran hidup pd thn yg sama}} \times XK$

- (g) Angka Kematian Janin/Angka Lahir Mati (Fetal Death Rate). Istilah kematian janin penggunaannya sama dengan istilah lahir mati. Kematian janin adalah kematian yang terjadi akibat keluar atau dikeluarkannya janin dari rahim, terlepas dari durasi kehamilannya. Jika bayi tidak bernafas atau tidak menunjukkan tanda-tanda kehidupan saat lahir, bayi dinyatakan meninggal. Tanda-tanda kehidupan biasanya ditentukan dari Pernapasan, Detak Jantung, Detak Tali Pusat atau Gerakan Otot Volunter. Angka Kematian Janin adalah proporsi jumlah kematian janin yang dikaitkan dengan jumlah kelahiran pada periode waktu tertentu, biasanya 1 tahun.

Rumus : $\text{Angka kematian janin} = \frac{\text{jml kematian janin dlm periode tertentu}}{\text{total kematian janin+janin lahir hidup periode yg sama}} \times XK$

- (h) Maternal Mortality Rate (MMR)/Angka Kematian Adalah jumlah kematian ibu sebagai akibat dari komplikasi kehamilan, persalinan dan masa nifas dalam 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Tinggi rendahnya MMR berkaitan dengan : (1) Sosial ekonomi; (2) Kesehatan ibu sebelum hamil,

bersalin dan nifas; (3) Pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil;
(4) Pertolongan persalinan dan perawatan masa nifas

Rumus: $MMR = \frac{\text{jml kematian ibu hamil, persalinan \& dan nifas dlm 1 thn}}{\text{jml lahir hidup pd thn yg sama}} \times X$

(i) Age Specific Mortality Rate (ASMR/ASDR). Manfaat ASMR/ASDR adalah: (1) Untuk mengetahui dan menggambarkan derajat kesehatan masyarakat dengan melihat kematian tertinggi pada golongan umur. (2) Untuk membandingkan taraf kesehatan masyarakat di berbagai wilayah. (3) Untuk menghitung rata-rata harapan hidup.

(j) Cause Specific Mortality Rate (CSMR) Yaitu jumlah seluruh kematian karena satu sebab penyakit dalam satu jangka waktu tertentu (1 tahun) dibagi dengan jumlah penduduk yang mungkin terkena penyakit tersebut.

Rumus : $CSMR = \frac{\text{jml seluruh kematian karena sebab penyakit tertentu}}{\text{jml penduduk yg mungkin terkena penyakit pd pertengahan tahun}} \times X$

(k) Case Fatality Rate (CFR) Adalah perbandingan antara jumlah seluruh kematian karena satu penyebab penyakit tertentu dalam 1 tahun dengan jumlah penderita penyakit tersebut pada tahun yang sama. Digunakan untuk mengetahui penyakit –penyakit dengan tingkat kematian yang tinggi.

Rumus : $CFR = \frac{\text{jml kematian karena penyakit tertentu}}{\text{jml seluruh penderita penyakit tersebut}} \times X$

(6) Angka Kelahiran

1) **Angka Kelahiran Kasar**

Angka kelahiran kasar atau Crude Birth Rate (CBR) menunjukkan jumlah bayi yang lahir setiap 1.000 penduduk dalam satu tahun. Untuk mencari angka kelahiran kasar digunakan rumus sebagai berikut.

Di mana: $CBR = L/P * 1000$

CBR = angka kelahiran kasar

L = jumlah kelahiran selama satu tahun

P = jumlah penduduk pertengahan tahun

Angka kelahiran kasar digolongkan menjadi tiga, yaitu:

- a) Golongan tinggi, apabila jumlah kelahiran lebih dari 30.
- b) Golongan sedang, apabila jumlah kelahiran antara 20 - 30.
- c) Golongan rendah, apabila jumlah kelahiran kurang dari 20.

2) **Angka Kelahiran Umum**

Angka kelahiran umum atau General Fertility Rate (GFR) adalah banyaknya kelahiran tiap 1.000 wanita yang berusia 15 - 49 tahun pada pertengahan tahun. Angka kelahiran umum dapat diketahui dengan rumus.

Di mana: $GFR = L/W(15-49)*1000$

L = banyaknya kelahiran selama satu tahun

W(15 - 49) = banyaknya penduduk wanita yang berumur 15 – 49 Tahun

3) **Angka Keahiran Khusus**

Angka kelahiran khusus atau Age Spesific Birth Rate (ASBR) menunjukkan banyaknya bayi lahir setiap 1.000 orang wanita pada usia tertentu dalam waktu satu tahun. Untuk mengetahui ASBR digunakan rumus sebagai berikut.

Di mana: $ASBR = Lx/Px*1000$

ASBR = angka kelahiran dari wanita pada umur tertentu

Lx = jumlah kelahiran dari wanita pada kelompok umur tertentu

Px = jumlah wanita pada kelompok umur tertentu

- (7) Angka Pasien rawat jalan dan rawat inap
- (8) Jumlah dan jenis Tenaga kesehatan
- (9) Jumlah Tenaga Paramedik Perawatan
- (10) Jumlah Tenaga Peramedik Non Perawatan

- (11) Jumlah Tenaga Non medik
- (12) Jumlah dan Jenis Layanan Kesehatan
- (b) Rumah sakit
 - (1) Jumlah Rumah Sakit di wilayah kerja termasuk Rumah Sakit Swast
 - (2) Jarak Antar Rumah Sakit di wilayah Kerja
 - (3) Data Tarif Perawatan di Rumah Sakit lain sekitar lokasi
 - (4) Sebaran Rumah Sakit sekitar wilayah
 - (5) Pola penyakit Kota/ Kabupaten
 - (6) Jumlah dan Jenis Tenaga Dokter Umum dan Spesialis di wilayah kerja
 - (7) Jumlah Tenaga Para Medik Perawatan, Para Medik Non Perawatan dan Tenaga Non Medik di wilayah kerja
 - (8) Data Indikator Pelayanan Rumah Sakit

Indikator yang digunakan untuk menilai perkembangan sarana dan pelayanan rumah sakit antara lain dengan melihat perkembangan fasilitas perawatan yang biasanya diukur dengan jumlah rumah sakit dengan tempat tidurnya serta rasionya terhadap jumlah penduduk. Berikut adalah indikator pelayanan rumah sakit yang akan di nilai:

- (1) Pemakaian Tempat Tidur/*Bed Occupancy Rate* (BOR). *Bed Occupancy Rate* (BOR) adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satu – satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60 – 85 %.
- (2) *Average Length of Stay* (ALOS): Rata-rata Lama Rawat Seorang Pasien *Average Length of Stay* (ALOS) merupakan rata-rata rawatan seorang pasien. Indikator ini digunakan untuk mengukur tingkat efisiensi dan memberikan gambaran mutu pelayanan rumah sakit. Secara umum nilai ALOS yang ideal antara 6 – 9 hari.
- (3) Rata-rata hari Tempat Tidur Tidak Ditempati/*Turn of Interval* (TOI): *Turn of Interval* (TOI) merupakan rata-rata hari tempat tidur tidak ditempati dari saat terisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini

memberikan gambaran tingkat efisiensi dari penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1–3 hari, semakin besar TOI maka efisiensi penggunaan tempat tidur semakin jelek.

- (4) Angka Kematian Umum Penderita yang Dirawat di RS/*Gross Death Rate* (GDR) Merupakan angka kematian umum untuk tiap–tiap 1.000 penderita keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit. Semakin rendah GDR berarti mutu pelayanan rumah sakit semakin baik. Besaran angka GDR yang masih bisa ditolerir maksimum 45.
- (5) Angka Kematian Penderita yang Dirawat < 48 Jam/*Net Death Rate* (NDR) Merupakan angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1.000 penderita keluar. Nilai NDR yang dapat ditolerir adalah 25 per 1.000 penderita keluar

(c) Sarana Pelayanan Kesehatan menurut Kepemilikan / Pengelola

(d) Posyandu

Posyandu adalah salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu, bayi, dan balita. Beberapa data yang akan dicari terkait dengan keberadaan posyandu adalah:

- (1) Posyandu Pratama adalah Posyandu yang belum mantap, ditandai oleh kegiatan Posyandu belum terlaksana secara rutin setiap bulan dan jumlah kader kurang dari 5 orang.
- (2) Posyandu Madya adalah Posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata kader sebanyak 5

orang atau lebih, tetapi cakupan kelima kegiatan utamanya masih rendah, yaitu kurang dari 50%.

- (3) Posyandu Purnama adalah Posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata kader sebanyak 5 orang atau lebih, cakupan kelima kegiatannya lebih dari 50%, mampu menyelenggarakan program tambahan, serta telah memperoleh sumber pembiayaan dari dana sehat yang dikelola oleh masyarakat yang kepesertaannya masih kurang dari 50% KK di wilayah kerja Posyandu.
- (4) Posyandu Mandiri adalah Posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata kader sebanyak 5 orang atau lebih, cakupan kelima kegiatannya lebih dari 50%, mampu menyelenggarakan program tambahan, serta telah memperoleh sumber pembiayaan dari dana sehat yang dikelola oleh masyarakat yang kepesertaannya lebih dari 50% KK di wilayah kerja Posyandu.
- (5) Posyandu aktif adalah posyandu yang telah tergolong menjadi posyandu purnama dan mandiri.

(e) Desa Siaga

Desa Siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah–masalah kesehatan, bencana, dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. Desa/Kelurahan aktif pratama adalah Desa dan kelurahan Siaga yang telah memiliki forum desa/kelurahan tetapi belum berjalan, memiliki 2 orang Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader teknis, memiliki kemudahan akses pelayanan kesehatan dasar, memiliki Posyandu yang aktif, memiliki dukungan dana untuk kegiatan kesehatan dari pemerintah desa/kelurahan, ada peran aktif masyarakat, dan melakukan pembinaan PHBS kurang dari 20% rumah tangga yang ada

Pengembangan desa siaga merupakan aktivitas yang berkelanjutan dan bersifat siklus. Setiap tahapan meliputi banyak aktivitas.

1. Pada tahap 1 dilakukan sosialisasi dan survei mawas diri (SMD), dengan kegiatan antara lain: Sosialisasi, Pengenalan kondisi desa, Membentuk kelompok masyarakat yang melaksanakan SMD, pertemuan pengurus, kader dan warga desa untuk merumuskan masalah kesehatan yang dihadapi dan menentukan masalah prioritas yang akan diatasi.
2. Pada tahap 2 dilakukan pembuatan rencana kegiatan. Aktivitasnya, terdiri dari penentuan prioritas masalah dan perumusan alternatif pemecahan masalah. Aktivitas tersebut, dilakukan pada saat musyawarah masyarakat 2 (MMD-2). Selanjutnya, penyusunan rencana kegiatan, dilakukan pada saat musyawarah masyarakat 3 (MMD-3). Sedangkan kegiatan antara lain memutuskan prioritas masalah, menentukan tujuan, menyusun rencana kegiatan dan rencana biaya, pemilihan pengurus desa siaga, presentasi rencana kegiatan kepada masyarakat, serta koreksi dan persetujuan masyarakat.
3. Tahap 3, merupakan tahap pelaksanaan dan monitoring, dengan kegiatan berupa pelaksanaan dan monitoring rencana kegiatan.
4. Tahap 4, yaitu: kegiatan evaluasi atau penilaian, dengan kegiatan berupa pertanggung jawaban.

Pada pelaksanaannya, tahapan diatas tidak harus berurutan, namun disesuaikan dengan kondisi masing-masing desa/kelurahan

3) Tenaga Kesehatan

- a) Jumlah dan Rasio Tenaga Medis di Sarana Kesehatan
- b) Jumlah dan Rasio Tenaga Keperawatan di Sarana Kesehatan
- c) Jumlah dan Rasio Tenaga Kebidanan di Sarana Kesehatan
- d) Jumlah dan Rasio Tenaga Kefarmasian di Sarana Kesehatan
- e) Jumlah dan Rasio Tenaga Gizi di Sarana Kesehatan
- f) Jumlah dan Rasio Tenaga Kesehatan Masyarakat di Sarana Kesehatan

- g) Jumlah dan Rasio Tenaga Sanitasi di Sarana Kesehatan
- h) Jumlah dan Rasio Tenaga Teknisi Medis di Sarana Kesehatan

4) Kondisi Lingkungan

- a) Kondisi Topografi wilayah perencanaan
- b) Rencana peruntukkan tanah di sekitar wilayah perencanaan yang terkait dengan Rencana Tata Ruang Kota yang ada (RTBL, RUTR, RDTR, RTRW)
- c) Iklim dan Cuaca setempat di wilayah ini.

Untuk melengkapi data yang dibutuhkan dalam melakukan analisa situasi ini, baik data utama maupun data pendukung, baik data yang bersifat primer maupun sekunder, maka teknik pengumpulan data yang digunakan, sebagai berikut:

- a) Observasi. Pengumpulan data dengan cara mengadakan pengamatan langsung terhadap kondisi lingkungan di Kabupaten Balangan. **Pengamatan** atau **observasi** adalah aktivitas yang dilakukan makhluk cerdas, terhadap suatu proses atau objek dengan maksud merasakan dan kemudian memahami pengetahuan dari sebuah fenomena berdasarkan pengetahuan dan gagasan yang sudah diketahui sebelumnya, untuk mendapatkan informasi-informasi yang dibutuhkan untuk melanjutkan suatu penelitian. Di dalam penelitian, observasi dapat dilakukan dengan tes, kuesioner, rekaman gambar dan rekaman suara. Cara observasi yang paling efektif adalah melengkapinya dengan pedoman observasi/pedoman pengamatan seperti format atau blangko pengamatan. Format yang disusun berisi item-item tentang kejadian atau tingkah laku yang digambarkan akan terjadi. Setelah itu, peneliti sebagai seorang pengamat tinggal memberikan tanda cek pada kolom yang dikehendaki pada format tersebut. Orang yang melakukan pengamatan disebut pengamat
- b) Wawancara. Salah satu metode dalam pengumpulan data ialah dengan melakukan wawancara. Melalui metode ini akan dilakukan wawancara terbuka dengan para stakeholders melalui kegiatan pertemuan dan

kelompok masyarakat yang menjadi target group. Wawancara akan dilakukan kepada Pejabat instansi terkait, seperti Bappeda, Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas, Tenaga Kesehatan, Tokoh masyarakat serta Akademisi

Macam-macam wawancara yaitu

1. Wawancara terstruktur digunakan sebagai teknik pengumpulan data, bila telah mengetahui informasi yang akan diperoleh.
2. Wawancara semiterstruktur digunakan untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka, yang diajak wawancara diminta pendapat, dan ide-idenya.
3. Wawancara tak terstruktur digunakan saat penelitian pendahuluan atau malahan penelitian yang lebih mendalam tentang subyek yang diteliti.

Langkah-langkah wawancara dalam penelitian kualitatif yaitu

1. Menetapkan kepada siapa wawancara itu akan dilakukan
2. Menyiapkan pokok-pokok masalah yang akan menjadi bahan pembicaraan
3. Mengawali atau membuka alur wawancara
4. Melangsungkan alur wawancara
5. Mengkonfirmasi ihtisar hasil wawancara dan mengakhirinya
6. Menuliskan hasil wawancara ke dalam catatan lapangan
7. Mengidentifikasi tindak lanjut hasil wawancara yang telah diperoleh.

Jenis-jenis pertanyaan dalam wawancara yaitu

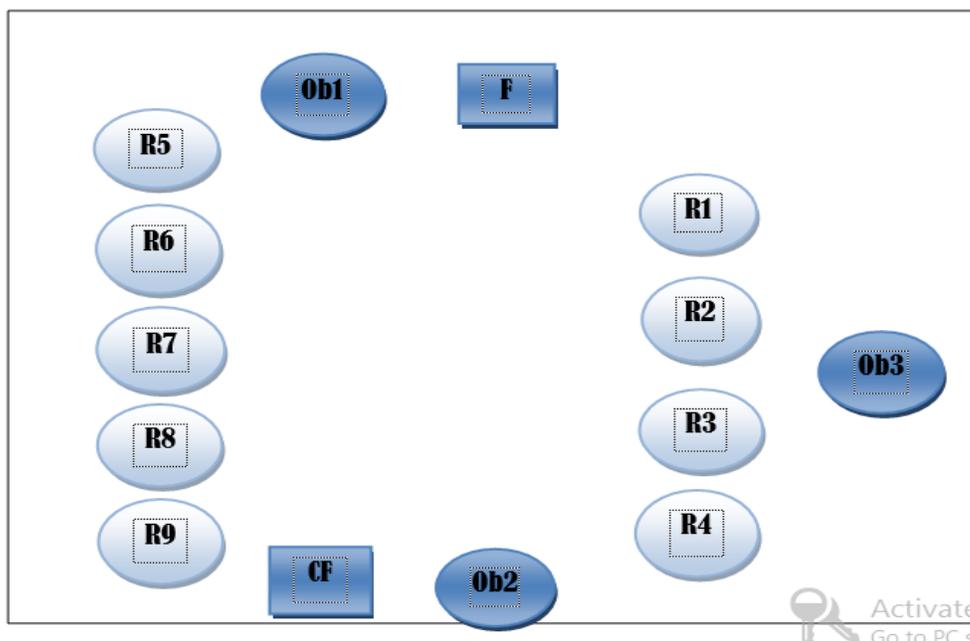
1. Pertanyaan yang berkaitan dengan pengalaman.
2. Pertanyaan yang berkaitan dengan pendapat
3. Pertanyaan yang berkaitan dengan perasaan
4. Pertanyaan tentang pengetahuan
5. Pertanyaan yang berkaitan dengan indera
6. Pertanyaan yang berkaitan dengan latar belakang atau demografi.

Alat-alat wawancara yaitu buku catatan, tape recorder, kamera. Hasil wawancara segera harus dicatat setelah selesai melakukan wawancara agar tidak lupa bahkan hilang.

- c) Dokumentasi. Dalam metode dokumentasi ini akan dilakukan pengumpulan data primer dan data sekunder. Pengumpulan Data Sekunder, dilakukan dengan mendatangi masing-masing Instansi terkait sesuai dengan Data yang dibutuhkan dalam pekerjaan penyusunan ini. Jika pada salah satu Instansi ternyata Data tidak dipunyai, atau sedang dalam proses pembuatan, atau sedang digunakan untuk keperluan lain maka Data dapat mencari pada instansi lain yang terkait sesuai dengan kebutuhan data tersebut.
- d) *Focus Group Discussion (FGD)*

Teknik Pengumpulan data yang lain adalah dengan melakukan FGD terhadap segenap stakeholders untuk menggali data yang berhubungan dengan pembangunan bidang kesehatan di Kabupaten Balangan. Menurut Andi Prastowo (2008), FGD merupakan suatu bentuk penelitian kualitatif dimana sekelompok orang dimintai pendapatnya mengenai permasalahan yang sedang dikaji pada situasi kondisi tertentu. Tujuannya adalah untuk memperoleh informasi mendalam pada konsep, persepsi dan gagasan untuk suatu kelompok FGD mengarahkan untuk menjadi lebih dari suatu pertanyaan-pertanyaan interaksi jawaban. Ini merupakan suatu diskusi kelompok antara 6 sampai 12 orang yang dipandu oleh seorang fasilitator dan co-fasilitator. Anggota kelompok biasanya terdiri atas 6-12 orang. Pemilihan jumlah peserta haruslah didasarkan pada dua hal yaitu: jangan terlalu besar sehingga partisipasi anggotanya menjadi berkurang dan sebaliknya jangan terlalu kecil sehingga gagal memperoleh cakupan yang luas dibanding dengan hanya seorang. FGD merupakan proses interaktif. FGD dapat digunakan sebagai alat yang kuat dalam sebuah penelitian yang menyediakan informasi secara spontan yang berharga dalam jangka

waktu yang singkat dan relatif cepat. FGD merupakan salah satu metode kualitatif dan alat tunggal yang dapat menambah keuntungan misalnya dalam penelitian atau yang lain. Dalam kelompok diskusi, orang-orang cenderung memusatkan pendapatnya berdasarkan pada norma sosial. Akan tetapi pendapat-pendapat itu sebaiknya dibahas dengan ketua dan informan penting dalam FGD melalui wawancara. Tujuan FGD adalah untuk mengeksplorasi masalah yang spesifik, yang berkaitan dengan topik yang dibahas. Teknik ini digunakan dengan tujuan untuk menghindari pemaknaan yang salah terhadap masalah yang dikaji. FGD digunakan untuk menarik kesimpulan terhadap makna-makna intersubjektif yang sulit diberi makna sendiri oleh peneliti karena dihalangi oleh dorongan subjektivitas. **Setting FGD sebagai berikut:**



KETERANGAN :

- F = Fasilitator
- CF = Co-Fasilitator
- Ob 1 & 2 = Observer 1 & 2
- Ob - 3 = Obeserver 3 (Kameramen)
- R1 – R9 = Responden 1 s/d 9

e) Wawancara-Mendalam (*In-depth Interview*)

Wawancara merupakan bagian dari metode kualitatif. Dalam metode kualitatif ini ada dikenal dengan teknik **wawancara-mendalam (*In-depth Interview*)**. Pengertian wawancara-mendalam (*In-depth Interview*) adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka antara pewawancara dengan responden atau orang yang diwawancarai, dengan atau tanpa menggunakan pedoman (*guide*) wawancara dimana pewawancara dan informan terlibat dalam kehidupan sosial yang relatif lama (Sutopo 2006: 72). Ciri khusus/Kekhasan dari wawancara-mendalam ini adalah keterlibatannya dalam kehidupan responden/informan.

Dalam wawancara-mendalam melakukan penggalian secara mendalam terhadap satu topik yang telah ditentukan (berdasarkan tujuan dan maksud diadakan wawancara tersebut) dengan menggunakan pertanyaan terbuka. Penggalian yang dilakukan untuk mengetahui pendapat mereka berdasarkan *perspective* responden dalam memandang sebuah permasalahan. Teknik wawancara ini dilakukan oleh seorang pewawancara dengan mewawancarai satu orang secara tatap muka (*face to face*).

- f) Triangulasi** adalah teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Triangulasi teknik adalah peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama

2.2.2 Teknik Analisis Data

Analisis adalah suatu studi dan pemeriksaan data (bisa data kuantitatif maupun kualitatif). Analisis data ini adalah kemampuan untuk mengaitkan data dan menghubungkan data dengan kemampuan kognitif yang dimiliki sehingga dapat diketahui kesenjangan atau masalah yang dihadapi oleh masyarakat. Tujuan dari

analisis data adalah untuk: (a) Menentukan kebutuhan kesehatan komunitas dan kekuatan komunitas; (b) Mengidentifikasi pola respon kesehatan dan kecenderungan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Fungsi analisa data: (a) Untuk mengintegrasikan data keperawatan dan kesehatan yang diperoleh dari berbagai sumber, sehingga data yang diperoleh memiliki makna dan arti dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan serta kebutuhan kesehatan masyarakat; (b) Sebagai alat pengambil keputusan dalam menentukan alternative pemecahan masalah yang dihadapi oleh masyarakat

Pedoman analisa data:

- a. Menyusun kategorisasi data secara sistematis dan logis
- b. Identifikasi kesenjangan data
- c. Menyusun pola alternative pemecahan masalah
- d. Menerapkan teori. Model, kerangka kerja, norma dan standart yang kemudian dibandingkan dengan data dan kesenjangan yang ditemukan
- e. Identifikasi kemampuan dan sumber daya masyarakat yang dapat menunjang asuhan keperawatan kesehatan masyarakat
- f. Membuat hubungan sebab akibat antara data dengan masalah yang diambil.

Cara analisa data:

- a. Validasi data dengan cara meneliti kembali data yang terkumpul
- b. Mengklarifikasi data
- c. Bandingkan dengan standar dan kriteria
- d. Buat kesimpulan tentang kesenjangan (masalah) yang ditentukan

Macam analisa data:

- a. Analisis korelasi
Mengembangkan tingkat hubungan, pengaruh dari dua atau lebih sub variabel yang diteliti menggunakan perhitungan secara statistik.
- b. Analisis masalah berdasarkan kelompok masalah/mayoritas (kelompok data fokus atau masalah fokus), misal insiden penyakit terbanyak, keluhan yang paling banyak dirasakan, pola perilaku yang tidak sehat, lingkungan yang tidak sehat, dll.

c. Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan masalah/etiologi

Untuk menetapkan etiologi ada beberapa pilihan:

- 1) Faktor budaya masyarakat
- 2) Pengetahuan yang kurang
- 3) Sikap masyarakat yang kurang mendukung
- 4) Dukungan yang kurang dari pemimpin formal atau informal
- 5) Kurangnya kader kesehatan di masyarakat
- 6) Kurangnya fasilitas pendukung di masyarakat
- 7) Kurang efektifnya pengorganisasian
- 8) Kondisi lingkungan yang kurang kondusif
- 9) Kurangnya ketrampilan terhadap prosedur pencegahan penyakit

Berdasarkan penjelasan diatas, maka analisa yang dipakai dalam kegiatan ini adalah:

- a. Deskriptif Kualitatif Analisis ini digunakan untuk mengetahui atau menggambarkan kecenderungan data memusat berupa frekuensi dan rata-rata kemudian dimunculkan dalam bentuk tabel frekuensi maupun grafik serta penjelasan naratif. Selain itu, analisa ini akan menjelaskan secara mendalam hasil dari wawancara dengan para stakeholder.
- b. Evaluasi Untuk melakukan evaluasi terhadap program yang telah diimplementasikan digunakan metode evaluasi single program after only. Artinya akan dilakukan evaluasi terhadap program pembangunan bidang kesehatan di Kabupaten Balangan yang sedang dan telah dilakukan. Pada bagian ini, tidak lain bagian dari analisis kebijakan (Policy analysis) menurut Mason, Talbott & Leavitt, 1993 adalah kajian sistematis terhadap isi dan akibat yang nyata atau diantisipasi terhadap kebijakan yang sedang berjalan atau yang direncanakan. Secara ringkas, analisis ini meliputi pola sebagai berikut:
 - a) Menyusun struktur masalah (Problem structuring)
 - b) Memprediksi (Forecasting)

c) Rekomendasi (Recommendation)

d) Pemantauan (Monitoring)

e) Evaluasi (Evaluation)

Dalam analisis ini juga dapat terpetakan hirarki dari tipe isu kebijakan, dalam hal ini isu-isu pembangunan kesehatan, yaitu:

a) Isu-isu utama (Major issues),

b) Isu-isu sekunder (Secondary issues),

c) Isu-isu fungsional (Functional issues),

d) Isu-isu kecil (Minor issue)

BAB III
GAMBARAN UMUM PEMBANGUNAN KESEHATAN
KABUPATEN BALANGAN

3.1. Kondisi Umum Daerah

Wilayah kabupaten Balangan terletak antara 20 02'25,99" sampai dengan 20 31'57,96" Lintang Selatan dan 115018'45,03" sampai dengan 115050'11,70" Bujur Timur. Kabupaten Balangan terbagi menjadi 8 kecamatan, dengan 157 desa/kelurahan. Kabupaten Balangan memiliki kondisi topografi yang cukup variatif. Sebagian besar wilayah di Kabupaten Balangan berada di ketinggian antara 25-100 m dpl (38 persen). Ketinggian yang paling kecil adalah ketinggian 0-7 meter, yaitu hanya 1 9 persen. Ketinggian 0-7 meter dpl hanya terdapat di Kecamatan Lampihong dan Kecamatan Batumandi sedangkan ketinggian di atas 500 meter dpl hanya terdapat di Kecamatan Awayan, Tebing Tinggi dan Halong. Wilayah dengan ketinggian lebih dari 500 meter dpl merupakan wilayah yang jika digunakan untuk budidaya pertanian memerlukan tindakan-tindakan khusus karena pada ketinggian tersebut banyak lereng yang terjal dan mudah erosi. Ketinggian kurang dari 500 meter sangat cocok untuk budidaya pertanian dan harus tetap memperhitungkan bahwa pada ketinggian tersebut juga masih banyak lereng yang terjal.

Kondisi geologis di salah satu wilayah kabupaten diasumsikan cukup mewakili kondisi geologis lingkup Kawasan tersebut, karena proses ekologi yang terjadi secara alami pada umumnya berlangsung dalam rentang waktu yang panjang di lingkup wilayah yang cukup luas. Tinjauan kondisi geologi terdiri dari tinjauan terhadap jenis batuan, jenis tanah dan tekstur tanah yang terdapat di Kabupaten Balangan. Jenis batuan yang ada di Kabupaten Balangan terdiri dari enam jenis, yaitu Paleogen To,b,c,d, batuan beku dalam, Miosen bawah (Aketania Fe), Miosen Tf 1 -3, Neopleosin Tf-Tgh, Misozoikum tak diuraikan dan Quarfer. Jenis batuan yang paling luas di Kabupaten Balangan adalah jenis miosen Tf 1 -3 yaitu mencapai 71.277 Ha (37,25 persen) dari luas wilayah. Jenis batuan ini

terdapat di semua Kecamatan. Sedangkan jenis batuan yang paling sedikit adalah jenis Paleogen Ta, b, c, d yang hanya terdapat di Kecamatan Halong

Keadaan iklim di Kalimantan Selatan menurut Sistem Koppen dapat digolongkan kedalam iklim hutan tropika humid dengan rata-rata curah hujan tahunan berkisar antara 2000 mm hingga 3000 mm, curah hujan terendah jatuh sekitar bulan Juni, Juli, Agustus dan September, sedangkan curah hujan tertinggi jatuh sekitar bulan Desember, Januari, Februari dan Maret. Curah hujan di suatu tempat antara lain dipengaruhi oleh keadaan iklim dan perputaran arus udara. Oleh karena itu, jumlah curah hujan beragam menurut bulan dan letak stasiun pengamat. Masing-masing memiliki angka yang berbeda. Dilihat dari 3 (tiga) stasiun pengamatan yang terdapat di Kabupaten Balangan, yaitu Paringin, Batu Mandi dan Juai, rata-rata curah hujan per hari pada tahun 2015 di Kabupaten Balangan sebesar 16,5 mm dengan rata-rata jumlah hari hujan sebanyak 117,7 hari atau sekitar lebih dari 3 bulan. Hari hujan terbanyak selamatahun 2014 initerpantau di stasiun pengamatan Juai yaitu pada bulan Desember dengan 25 hari hujan dalam sebulan

Berdasarkan data yang dikeluarkan oleh Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kabupaten Balangan jumlah penduduk Kabupaten Balangan pada tahun 2015 adalah sebesar 1.511.875 jiwa. Angka ini terjadi peningkatan dibandingkan dengan tahun sebelumnya yang hanya 1.140.009 jiwa, yang terdiri dari 311.587 rumah tangga yang tersebar di 152 Desa/Kelurahan. Kabupaten dengan luas wilayah 1.878,30 km² ini memiliki kepadatan penduduk (*population density*) 62 jiwa per km². Dari total penduduk yang ada, sebanyak 76.502 laki-laki dan 75.373 perempuan, dengan sebarannya hampir merata di masing-masing kecamatan, terbanyak terdapat di Kecamatan Halong yaitu 26.339 jiwa dan paling sedikit terdapat di Kecamatan Tebing Tinggi yaitu 9.056 jiwa. Untuk jelasnya dapat dilihat pada Tabel berikut:

Tabel 1. Luas Wilayah, Jumlah Desa/Keluaran, Jumlah Rumah Tangga dan Jumlah Penduduk Tiap Kecamatan Tahun 2015

Kecamatan	Luas (Km2)	Jumlah/total		
		Desa/Kel	Rumah Sakit	Penduduk
1. lampihong	96,96	27	5130	16944
2. Batumandi	147,96	18	5363	17418
3. Awayan	142,57	23	4245	13939
4. Tebing Tinggi	257,25	12	1881	6280
5. Paringin	100,04	16	5349	17614
6. Paringin Selatan	86,80	16	3822	12515
7. Juai	386,88	21	5209	17392
8. Halong	659,84	24	6433	21393
Jumlah	1.878,30	157	37.432	123.495

Sumber: Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Balangan Tahun 2016

Tabel 2. Jumlah Penduduk Per Kecamatan Tahun 2014-2015

Kecamatan	Jenis Kelamin				Jumlah Penduduk		Rasio Jenis Kelamin	
	Laki-laki		Perempuan		2014	2015	2014	2015
	2014	2015	2014	2015				
1. lampihong	9013	8568	8896	8376	17927	16944	102	102
2. Batumandi	9148	8877	8836	8541	17984	17418	104	104
3. Awayan	6706	6944	6743	6995	13449	13939	99	99
4. Tebing Tinggi	3462	3206	3348	3074	6810	6280	103	104
5. Paringin	8956	8790	8998	8824	17954	17614	100	100
6. Paringin Selatan	6467	6294	6399	6221	12866	12515	101	101
7. Juai	8448	8815	8261	8577	16709	17392	102	103
8. Halong	9394	5	8951	8	18345	21393	105	106
Jumlah	61594	62479	60432	61016	122044	123495	102	102

Sumber: Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Balangan Tahun 2016

Tabel 3. Angkatan Kerja Menurut Tingkat Pendidikan Kabupaten Balangan Tahun 2013-2015

Tingkat Pendidik	2013	2014	2015
Maksimum SD	37262	37865	36226
SMTp	13630	12943	7840
SMTA Umum	8184	9341	10728
SMTA Kejuruan	1447	2245	3893
Diploma	901	1109	1090
Universitas	2,583	2607	5216
Jumlah	64007	66110	64993

Sumber: BPS, Sakernas Tahun 2013-2015 (Agustus)

Tabel 4. Penduduk yang Bekerja Menurut Lapangan Usaha Kabupaten Balangan Tahun 2013-2015

Lapangan Usaha	2013	2014	2015
Pertanian	45953	46801	33129
Pertambangan	963	1143	2452
Industri	1499	655	1895
Listrik, Gas & Air		236	279
Bangunan	958	1360	2053
Perdagangan	5905	8532	10498
Angkutan	781	658	1194
Keuangan	390	254	861
Jasa	5818	5588	9831
Jumlah	62267	65227	62192

Sumber: BPS, Sakernas Tahun 2013-2015 (Agustus)

Tabel 5. Penduduk yang Bekerja Menurut Jam Kerja Kabupaten Balangan Tahun 2013-2015

Jam Kerja	2013	2014	2015
0	2121	1084	2162
1-9	3886	3177	3717
10-14	6395	5315	4253
15-24	27403	21744	12702
25-34	11202	13805	19570
35-44	5872	8769	7393
45-59	3738	6743	6155
>60	1650	4590	6240
Jumlah	62267	65227	62192

Sumber: BPS, Sakernas Tahun 2013-2015 (Agustus)

Agama dan sosial budaya menjadi landasan spiritual, moral dan etika dalam mendukung pelaksanaan pembangunan fisik/material. Setiap individu, keluarga dan masyarakat bebas mengekspresikan kehidupan beragamanya ataupun kepercayaannya. Sebagai makhluk sosial warga masyarakat bebas untuk berserikat atau berkumpul. Hal ini sudah dijamin oleh undang-undang. Masyarakat di Kabupaten Balangan merupakan masyarakat yang mayoritas beragama Islam. Tercatat sebanyak 114.027 orang beragama Islam. Sedangkan tempat peribadatan berdasarkan data yang tercatat di Kementerian Agama, jumlah sarana peribadatan tahun 2013 terdiri dari 128 mesjid, 360 langgar/musholla, 10 gereja, 1 pura, 5 wihara dan 17 balai adat.

3.2. Kondisi Pembangunan Kesehatan Daerah

Kesehatan merupakan investasi untuk mendukung pembangunan ekonomi serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia sesuai dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemajuan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan antar-upaya program dan sektor, serta kesinambungan dengan upaya-upaya yang telah dilaksanakan dalam periode sebelumnya.

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Kabupaten Balangan dalam kurun waktu 2011-2015, telah membuahkan hasil yang menggembirakan, tetapi tetap menyisakan tugas ke depan, yaitu mengatasi permasalahan-permasalahan pokok yang mendasar di masa datang. Beberapa permasalahan pembangunan mendasar yang dapat diidentifikasi dalam melaksanakan pembangunan di

Kabupaten Balangan, diantaranya terumuskan dalam beberapa indikator kinerja sasaran dengan target dan realisasi pada tahun 2016 sebagai berikut:

Tabel 2. Kondisi Pembangunan Kesehatan Masa Kini.

No	Indikator	Satuan	Realisasi 2015	Realisasi 2016	Kinerja
1	Umur Harapan Hidup	Tahun	66,65	66,65	Stagnan
2	Angka Kematian Ibu	Proporsi	245	214,04	Naik
3	Angka Kematian Bayi	Proporsi	14,7	13,3	Naik
4	Menurunnya prevalensi gizi kurang	Persen	2,68	17,28	Naik
5	Persentase Desa Yang Memiliki Tenaga Bidan	Orang	178	176	Turun
6	Meningkatnya Jumlah Puskesmas Rawat Inap	Persen	100	100	Stagnan
7	Persentase Desa Yang Memiliki Poskesdes	Persen	76.64	69.42	Turun
8	Cakupan jaminan kesehatan	Persen	100	100	Stagnan

Berdasarkan data profil kesehatan Kabupaten Balangan, penyelenggaraan pembangunan kesehatan tahun 2015 dapat dilihat pada gambar berikut.

Tabel 3. Jumlah sarana kesehatan menurut kepemilikan Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	FASILITAS KESEHATAN	PEMILIK/PENGELOLA						JUMLAH
		KEMENKES	PEM.PROV	PEM.KAB/ KOTA	TNI/POLRI	BUMN	SWASTA	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Rumah Sakit								
1	Rumah Sakit Umum			1				1
2	Rumah Sakit Khusus							-
Puskesmas Dan Jaringannya								
1	Puskesmas Rawat Inap			1				1
	Jumlah Tempat Tidur			10				10
2	Puskesmas Non Rawat Inap			11				11
3	Puskesmas Keliling			14				14
	Puskesmas pembantu							
4	Puskesmas Pembantu			22				22
Sarana Pelayanan Lain								
1	Rumah Bersalin							-
2	Balai Pengobatan/Klinik							-
3	Praktek Dokter Bersama							-
4	Praktek Dokter Perorangan						23	23
5	Praktek Pengobatan Tradisional						1	1

6	Bank Darah Rumah Sakit							-
7	Unit Transfusi Darah			1				1
Sarana Produksi Dan Distribusi Kefarmasian								
1	Industri Farmasi							-
2	Industri Obat Tradisional							-
3	Usaha Kecil Obat Tradisional							-
4	Produksi Alat Kesehatan							-
5	Pedagang Besar Farmasi							-
6	Apotek						3	3
7	Toko Obat						17	17
8	Penyaluran Alat Kesehatan							-

Sumber: Bidang Pelayanan Kesehatan (Yankes)

Keterangan:

Praktek dokter perorangan terdiri dari dokter umum dan dokter gigi

Toko obat terdiri dari toko obat tidak berizin 13 (Tiga Belas) buah dan toko obat berizin 4 (Empat) buah

Tabel 4. Jumlah Posyandu Menurut Starata, Kecmaran dan Puskesmas Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	STRATA POSYANDU									POSYANDU AKTIF	
			PRATAMA		MADYA		PURNAMA		MANDIRI		Σ	Σ	%
			Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%			
4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			
1	Paringin	Paringin	29	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	29	29	100,0
2	Paringin Selatan	Paringin Selatan	1	4,2	21	87,5	0	0,0	2	8,3	24	24	95,8
3	Lampihong	Lampihong	20	95,2	1	4,8	0	0,0	0	0,0	21	21	4,8
4	Lampihong	Tanah Habang	0	0,0	6	28,6	1	4,8	0	0,0	7	7	100,0
5	Batumandi	Batumandi	0	0,0	0	0,0	15	93,8	1	6,3	15	15	100,0
6	Batumandi	Lok Batu	2	25,0	6	75,0	0	0,0	0	0,0	8	6	75,0
7	Awayan	Awayan	0	0,0	22	95,7	0	0,0	1	4,3	23	23	100,0
8	Tebing Tinggi	Tebing Tinggi	4	30,8	8	61,5	1	7,7	0	0,0	13	9	69,2
9	Juai	Juai	0	0,0	17	100,0	0	0,0	0	0,0	17	17	100,0
10	Juai	Pirsus	0	0,0	7	87,5	1	12,5	0	0,0	8	8	100,0
11	Halong	Halong	21	262,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	0	0,0
12	Halong	Uren	7	87,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0	0,0
JUMLAH (KAB/KOTA)			84	43,3	88	45,5	18	9,3	4	2,1	194	139	71,6
RASIO POSYANDO PER 100 BALITA											1,4		
Sumber; Bidang promosi Kesehatan (Promkes)													

Tabel 5. Jumlah UKBM Menurut Kecamatan Kabupaten Balangan Tahun 2015

No	KECAMATAN	PUSKESMAS	UPAYA KESEHATAN BERSUMBER MASYARAKAT (UKBM)			
			DESA/KELURAHAN	POSKEDES	POLINDES	POSBINDU
1	2	3	4	5	6	7
1	Paringin	Paringin	16	7	0	-
2	Paringin Selatan	Paringin Selatan	16	2	14	-
3	Lampihong	Lampihong	20	13	0	2
4	Lampihong	Tanah Habang	7	6	0	-
5	Batumandi	Batumandi	12	11	0	2
6	Batumandi	Lok Batu	6	4	0	4
7	Awayan	Awayan	23	23	14	4
8	Tebing Tinggi	Tebing Tinggi	12	8	0	-
9	Juai	Juai	16	12	0	-
10	Juai	Pirsus	5	5	0	-
11	Halong	Halong	17	9	0	-
12	Halong	Uren	7	5	0	2
JUMLAH (KAB/KOTA)			157	105	28	14
Sumber: Bidang promosi Kesehatan (Promkes)						

Tabel 6. Jumlah Desa Siaga menurut Kecamatan di Kabupaten Balangan Tahun 2015

No	KECAMATAN	PUSKESMAS	JUMLAH DESA/ KELURAHAN	DESA/KELURAHAN					
				PRATAMA	MADYA	PURNAMA	MANDIRI	JUMLAH	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Paringin	Paringin	16	-	0	-	0	-	0
2	Paringin Selatan	Paringin Selatan	16	-	21	-	1	22	137,50
3	Lampihong	Lampihong	20	19	1	-	0	20	100
4	Lampihong	Tanah Habang	7	-	6	1	0	7	100
5	Batumandi	Batumandi	17	-	11	1	0	12	70,59
6	Batumandi	Lok Batu	6	6	-	-	0	6	100
7	Awayan	Awayan	6	1	-	-	0	1	16,67
8	Tebing Tinggi	Tebing Tinggi	23	12	-	-	0	12	52,173913
9	Juai	Juai	16	3	13	-	0	16	100
10	Juai	Pirsus	5	5	-	-	0	5	100
11	Halong	Halong		-	0	-	0	-	-
12	Halong	Uren	17	7	0	-	0	7	41,1764706
JUMLAH (KAB/KOTA)			149	53	52	2	1	108	72,48
Sumber: Bidang promosi Kesehatan (Promkes)									

Tabel 7. Jumlah Tenaga Medis di Fasilitas Kesehatan Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	UNIT KERJA	DR SPESIALIS ^a			DOKTER UMUM			TOTAL			DOKTER GIGI			DOKTER GIGI SPESIALIS			TOTAL		
		L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	Puskesmas Paringin			-	-	-	-	-	-	-			-			-	-	-	-
2	Puskesmas Paringin Selatan			-	1	1	2	1	1	2			-			-	-	-	-
3	Puskesmas Lampihong			-	1	-	1	1	-	1			-			-	-	-	-
4	Puskesmas Tanah Habang			-	-	1	1	-	1	1			-			-	-	-	-
5	Puskesmas Batumandi			-	1	-	1	1	-	1			-			-	-	-	-
6	Puskesmas Lok Batu			-	-	-	-	-	-	-			-			-	-	-	-
7	Puskesmas Awayan			-	-	1	1	-	1	1			-			-	-	-	-
8	Puskesmas Tebing Tinggi			-	-	-	-	-	-	-			-			-	-	-	-
9	Puskesmas Juai			-	-	1	1	-	1	1			-			-	-	-	-
10	Puskesmas Pirsus			-	-	1	1	-	1	1			-			-	-	-	-
11	Puskesmas Halong			-	2	-	2	2	2	2	-	1	1			-	-	1	1
12	Puskesmas Uren			-	1	-	1	1	1	1			-			-	-	-	-
	SUB JUMLAH I (PUSKESMAS)	-	-	-	6	5	11	6	5	11	-	1	1	-	-	-	-	1	1
1	RSUD Balangan	4	2	6	2	9	11	6	11	17	1		1			-	1	-	1
				-			-	-	-	-			-			-	-	-	-
	Sub Jumlah li (Rumah Sakit)	4	2	6	2	9	11	6	11	17	1	-	1	-	-	-	1	-	1
	Sarana Pelayanan Kesehatan Lain																		
	Klinik Di Institusi Diknakes/Dilat			-			-	-	-	-			-			-	-	-	-
	Klinik Di Dinas Kesehatan Kab/Kota															-	-	-	-
	Jumlah 9kab/Kota)	4	2	6	8	14	22	12	16	28	1	1	2	-	-	-	1	1	2

Rasio Terhadap 100.000 Penduduk			4,9			18			22,7			1,6			-			1,6
Sumber: Sekretariat Dinkes dan RSUD Balangan																		
Keterangan; - ^a termasuk S3																		
Data terdiri dari PNS dan PTT/kontrak																		

Tabel 8. Jumlah Tenaga Keperawatan di Fasilitas Kesehatan Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	UNIT KERJA	BIDAN	PERAWAT ^a			PERAWAT GIGI		
			L	P	L+P	L	P	L+P
1	2	3	6	7	8	9	10	11
1	Puskesmas Paringin	21	2	9	11	1	1	2
2	Puskesmas Paringin Selatan	22	3	7	10	0	2	2
3	Puskesmas Lampihong	18	2	7	9	0	2	2
4	Puskesmas Tanah Habang	6	1	2	3	0	0	0
5	Puskesmas Batumandi	14	3	10	13	0	2	2
6	Puskesmas Lok Batu	7	2	6	8	1	1	2
7	Puskesmas Awayan	25	3	4	7	0	2	2
8	Puskesmas Tebing Tinggi	13	6	5	11	1	0	1
9	Puskesmas Juai	18	3	3	6	0	1	1
10	Puskesmas Pirsus	6	4	3	7	0	0	0
11	Puskesmas Halong	19	6	10	16	0	1	1
12	Puskesmas Uren	7	5	8	13	0	0	0
Sub Jumlah I (Puskesmas)		176	40	74	114	3	12	15
1	RSUD Balangan	39	36	78	114	1	2	3
Sub Jumlah II (Rumah Sakit)		39	36	78	114	1	2	3
Sarana Pelayanan Kesehatan Lain				0	0			0
Klinik Di Institusi Diknakes/Dilat				0	0			0
Klinik Di Dinas Kesehatan Kab/Kota				0	0			0
Jumlah 9kab/Kota)		215	76	152	228	4	14	18
Rasio Terhadap 100.000 Penduduk		350,67			184,69			14,58
Sumber: Sekretariat Dinkes dan RSUD Balangan								
Keterangan: - ^a termasuk perawat anastesi dan perawat spesialis								
- Data terdiri dari PNS dan PTT/kontrak								

Tabel 9. Jumlah Tenaga Kefarmasian di Fasilitas Kesehatan Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	UNIT KERJA	TENAGA KEFARMASIAN								
		TENAGA TEKNIS KEFARMASIAN ^a			APOTEKER			TOTAL		
		L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Puskesmas Paringin	-	2	2			-	--	2	2
2	Puskesmas Paringin Selatan	-	1	1			-	-	1	1
3	Puskesmas Lampihong	-	1	1			-	-	1	1
4	Puskesmas Tanah Habang	-	1	1			-	-	1	1
5	Puskesmas Batumandi	-	1	1			-	-	1	1
6	Puskesmas Lok Batu	-	1	1			-	-	1	1
7	Puskesmas Awayan	-	-	-			-	-	-	-
8	Puskesmas Tebing Tinggi	-	-	-			-	-	-	-
9	Puskesmas Juai	-	1	1			-	-	1	1
10	Puskesmas Pirsus	-	1	1			-	-	1	1
11	Puskesmas Halong	1	1	2			-	1	1	2
12	Puskesmas Uren	-	1	1			-	-	1	1
	Sub Jumlah I (Puskesmas)	1	11	12	-	-	-	1	11	12
1	RSUD Balangan	6	15	21	-	7	7	6	22	28
	Sub Jumlah II (Rumah Sakit)	6	15	21	-	7	7	6	22	28
	Sarana Pelayanan Kesehatan Lain			-						
	Klinik Di Institusi Diknakes/Dilat			-						
	Klinik Di Dinas Kesehatan Kab/Kota			-						
	Jumlah 9kab/Kota)	7	26	33	-	7	7	7	33	40
	Rasio Terhadap 100.000 Penduduk			26,7			5,7			32,4
Sumber: Sekretariat Dinkes dan RSUD Balangan										
Keterangan; ^a termasuk analis farmasi, asisten apoteker, sarjana farmasi										
- data terdiri dari PNS dan PTT/kontrak										

Tabel 10. Jumlah Tenaga Gizi di Fasilitas Kesehatan Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	UNIT KERJA	TENAGA KETERAPIAN FISIK														
		FISIOTERAPIS			OKUPASI TERAPIS			TERAPIS WICARA			AKUPUNTUR			TOTAL		
		L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	Puskesmas Paringin			-			-			-			-			-
2	Puskesmas Paringin Selatan			-			-			-			-			-
3	Puskesmas Lampihong			-			-			-			-			-
4	Puskesmas Tanah Habang			-			-			-			-			-
5	Puskesmas Batumandi			-			-			-			-			-
6	Puskesmas Lok Batu			-			-			-			-			-
7	Puskesmas Awayan			-			-			-			-			-
8	Puskesmas Tebing Tinggi			-			-			-			-			-
9	Puskesmas Juai			-			-			-			-			-
10	Puskesmas Pirsus			-			-			-			-			-
11	Puskesmas Halong			-			-			-			-			-
12	Puskesmas Uren			-			-			-			-			-
SUB JUMLAH I (PUSKESMAS)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1	RSUD Balangan	1	1	2			-			-			-	1	1	2
Sub Jumlah Ii (Rumah Sakit)		1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2
Sarana Pelayanan Kesehatan Lain				-			-			-			-	-	-	-
Klinik Di Institusi Diknakes/Dilat				-			-			-			-	-	-	-
Klinik Di Dinas Kesehatan Kab/Kota				-			-			-			-	-	-	-
Jumlah 9kab/Kota)		1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2
Rasio Terhadap 100.000 Penduduk																1,6
Sumber: Sekretariat Dinkes dan RSUD Balangan																
Keterangan:																
- data terdiri dari PNS dan PTT/kontrak																

Tabel 11. Jumlah tenaga Ketechnisan Medis di Fasilitas Kesehatan Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	UNIT KERJA	TENAGA KETEKNISAN MEDIS																																	
		RADIOGRAFER			RADIOGRAFIS			TEKNIS ELEKTROMEDIS			TEKNIS GIGI			ANALIS KESEHATAN			REFRAKSIONISOPTISEN			ORTETIK PROSTETIK			REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN			TEKNIS TRANSFUSI DARAH			TEKNIS KARDIOVASKULER			JUMLAH			
		L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	
1	Puskesmas Paringin			-			-			-			-	1	1	2			-			-			-			-			-	1	1	2	
2	Puskesmas Paringin Selatan			-			-			-			-	1	1	1			-			-			-			-			-	1	1	1	
3	Puskesmas Lampihong			-			-			-			-	1	1	1			-			-			-			-			-	1	1	1	
4	Puskesmas Tanah Habang			-			-			-			-	1	1	1			-			-			-			-			-	1	1	1	
5	Puskesmas Batumandi			-			-			-			-	1	1	1			-			-			-			-			-	1	1	1	
6	Puskesmas Lok Batu			-			-			-			-	1	-	1			-			-			-			-			-	1	-	1	
7	Puskesmas Awayan			-			-			-			-	1	1	1			-			-			-			-			-	1	1	1	
8	Puskesmas Tebing Tinggi			-			-			-			-	1	-	1			-			-			-			-			-	1	-	1	
9	Puskesmas Juai			-			-			-			-	1	1	1			-			-			-			-			-	1	1	1	
10	Puskesmas Pirsus			-			-			-			-	1	-	1			-			-			-			-			-	1	-	1	
11	Puskesmas Halong			-			-			-			-	1	1	1			-			-			-			-			-	1	1	1	
12	Puskesmas Uren			-			-			-			-	-	-	-			-			-			-			-			-	-	-	-	
SUB JUMLAH I (PUSKESMAS)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	8	12																4	8	12	
1	RSUD Balangan	2	3	5	-	-	-	1	-	1	-	-	-	4	9	13	2	-	2	-	-	-	1	6	7	-	-	-	-	-	-	10	18	28	
SUB JUMLAH II (RUMAH SAKIT)		2	3	5	-	-	-	1	-	1	-	-	-	4	9	13	2	-	2	-	-	-	1	6	7	-	-	-	-	-	10	18	28		
SARANA PELAYANAN KESEHATAN LAIN				-			-			-			-			-			-			-			-			-			-			-	
KLINIK DI INSTITUSI DIKNAKES/DILAT				-			-			-			-			-			-			-			-			-			-			-	
KLINIK DI DINAS KESEHATAN KAB/KOTA				-			-			-			-			-			-			-			-			-			-			-	
JUMLAH 9KAB/KOTA)		2	3	5	-	-	-	1	-	1	-	-	-	8	17	25	2	-	2	-	-	-	1	6	7	-	-	-	-	-	-	14	26	40	
RASIO TERHADAP 100.000 PENDUDUK																																			32

Tabel 12. Jumlah Kelahiran dan Kematian menurut Jenis kelamin, Kecamatan dan Puskesmas di Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	KECAMATAN	NAMA PUSKESMAS	JUMLAH LAHIR HIDUP	JUMLAH KEMATIAN IBU																
				LAKI-LAKI				PEREMPUAN				LAKI-LAKI+PEREMPUAN								
				<20 tahun	20-34 tahun	≥ 35 tahun	JUMLAH	<20 tahun	20-34 tahun	≥ 35 tahun	JUMLAH	<20 tahun	20-34 tahun	≥ 35 tahun	JUMLAH	<20 tahun	20-34 tahun	≥ 35 tahun	JUMLAH	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	Paringin	Paringin	402	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	2
2	Paringin Selatan	Paringin Selatan	247	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1
3	Lampihong	Lampihong	261	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
4	Lampihong	Tanah Habang	75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Batumandi	Batumandi	244	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	2
6	Batumandi	Lok Batu	88	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Awayan	Awayan	246	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Tebing Tinggi	Tebing Tinggi	133	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Juai	Juai	255	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	Juai	Pirsus	77	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Halong	Halong	309	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	Halong	Uren	105	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JUMLAH (KAB/KOTA)			2.442	0	2	0	2	0	0	1	1	1	2	0	3	1	4	1	6	
ANGKA KEMATIAN IBU DILAPORKAN)																				246
Sumber: Bidang Kesehatan Keluarga (Kesga)																				
Keterangan:																				
- Jumlah kematian ibu = jumlah kematian ibu hamil + jumlah kematian ibu nifas																				
- Angka kematian ibu (dilaporkan) tersebut di atas belum bisa menggambarkan AKI yang sebenarnya di populasi																				

Tabel 13. Jumlah Kematian Neonatal, Bayi, dan Balita menurut Jenis kelamin, Kecamatan dan Puskesmas di Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	KECAMATAN	NAMA PUSKESMAS	JUMLAH KEMATIAN UFD											
			LAKI-LAKI				PEREMPUAN				LAKI-LAKI+PEREMPUAN			
			NEONATAL	BAYI ^a	ANAK BALITA	BALITA	NEONATAL	BAYI ^a	ANAK BALITA	BALITA	NEONATAL	BAYI ^a	ANAK BALITA	BALITA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Paringin	Paringin	3	4	0	4	1	1	1	2	4	5	1	6
2	Paringin Selatan	Paringin Selatan	3	5	1	6	2	2	0	2	5	7	1	8
3	Lampihong	Lampihong	2	3	0	3	2	3	0	3	4	6	0	6
4	Lampihong	Tanah Habang	1	2	0	2	0	1	0	1	1	3	0	3
5	Batumandi	Batumandi	2	2	0	2	1	2	0	2	3	4	0	4
6	Batumandi	Lok Batu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Awayan	Awayan	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
8	Tebing Tinggi	Tebing Tinggi	3	3	1	4	1	1	1	2	4	4	2	6
9	Juai	Juai	3	3	0	3	0	0	0	0	3	3	0	3
10	Juai	Pirsus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Halong	Halong	2	2	0	2	0	1	0	1	3	3	0	3
12	Halong	Uren	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1
JUMLAH (KAB/KOTA)			19	24	2	26	8	12	3	15	27	36	5	41
ANGKA LAHIR MATI PER 1.000 KELAHIRAN (DILAPORKAN)			145,1	19,1	1,6	20,7	6,8	10,1	2,5	12,7	11,1	14,7	2,0	16,8
Sumber: Bidang Kesehatan Keluarga (Kesga)														
Keterangan: Angka Lahir Mati (dilaporkan) tersebut di atas belum tentu menggambarkan AKN/AKB/AKABA yang sebenarnya di populasi														
-a: kematian bayi termasuk kematian pada neonatal														

Tabel 14. Jumlah Kematian Ibu menurut Kelompok Umur, Kecamatan dan Puskesmas di Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	KECAMATAN	NAMA PUSKESMAS	JUMLAH LAHIR HIDUP	JUMLAH KEMATIAN IBU																
				LAKI-LAKI				PEREMPUAN				LAKI-LAKI+PEREMPUAN								
				<20 tahun	20-34 tahun	≥ 35 tahun	JUMLAH	<20 tahun	20-34 tahun	≥ 35 tahun	JUMLAH	<20 tahun	20-34 tahun	≥ 35 tahun	JUMLAH	<20 tahun	20-34 tahun	≥ 35 tahun	JUMLAH	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	Paringin	Paringin	402	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	2
2	Paringin Selatan	Paringin Selatan	247	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1
3	Lampihong	Lampihong	261	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
4	Lampihong	Tanah Habang	75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Batumandi	Batumandi	244	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	2
6	Batumandi	Lok Batu	88	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Awayan	Awayan	246	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Tebing Tinggi	Tebing Tinggi	133	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Juai	Juai	255	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	Juai	Pirsus	77	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Halong	Halong	309	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	Halong	Uren	105	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JUMLAH (KAB/KOTA			2.442	0	2	0	2	0	0	1	1	1	2	0	3	1	4	1	6	
ANGKA KEMATIAN IBU DILAPORKAN)																				246

Sumber: Bidang Kesehatan Keluarga (Kesga)

Keterangan:

- Jumlah kematian ibu = jumlah kematian ibu hamil + jumlah kematian ibu nifas
- Angka kematian ibu (dilaporkan) tersebut di atas belum bisa menggambarkan AKI yang sebenarnya di populasi

Tabel 15. Cakupan Kasus Gizi Buruk yang Mendapat Perawatan menurut Kelompok Umur, Kecamatan dan Puskesmasdi Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	KECAMATAN	NAMA PUSKESMAS	JUMLAH KELAHIRAN								
			JUMLAH DITEMUKAN			MENDAPAT PERAWATAN					
			L	P	L+P	L		P		L+P	
4	5	6	Σ	%	Σ	%	Σ	%			
1	2	3	7	8	9	10	11	12			
1	Paringin	Paringin	1	1	2	1	100,0	1	100,0	2	100,0
2	Paringin Selatan	Paringin Selatan	1	3	4	1	100,0	3	100,0	4	100,0
3	Lampihong	Lampihong	1	-	1	1	100,0	-	-	1	100,0
4	Lampihong	Tanah Habang	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	Batumandi	Batumandi	2	-	2	2	100,0	-	-	2	100,0
6	Batumandi	Lok Batu	-	1	1	-	-	1	100,0	1	100,0
7	Awayan	Awayan	-	1	1	-	-	1	100,0	1	100,0
8	Tebing Tinggi	Tebing Tinggi	1	-	1	1	100,0	-	-	1	100,0
9	Juai	Juai	1	1	2	1	100,0	1	100,0	2	100,0
10	Juai	Pirsus	2	-	2	2	100,0	-	-	2	100,0
11	Halong	Halong	4	7	11	4	100,0	7	100,0	11	100,0
12	Halong	Uren	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JUMLAH (KAB/KOTA)			13	14	27	13	100,0	14	100,0	27	100,0

Sumber: Bidang Kesehatan Keluarga (Kesga)

Tabel 16. Penduduk dengan Akses Berkelanjutan Terhadap Air Minum Berkualitas (Layak) menurut Kecamatan dan Puskesmas di Kabupaten Balangan tahun 2015

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	JUMLAH PENDUDUK	BUKAN JARINGAN PERPIPAAN																				PERPIPAAN (PDAM, BPSPAM)				PENDUDUK DENGAN AKSES BERKELANUTAN TERHADAP AIR MINUM LAYAK												
				SUMUR GALI TERLINDUNG			SUMUR GALI DENGAN POMPA			SUMUR BOR DENGAN POMPA			TERMINAL AIR			MATA AIR TERLINDUNG			PENAMPUNGAN AIR HUJAN			JUMLAH PENDUDUK PENGUNYA	MEMENUHI SYARAT			JUMLAH	%													
				JUMLAH PENDUDUK PENGUNYA	MEMENUHI SYARAT		JUMLAH PENDUDUK PENGUNYA	MEMENUHI SYARAT		JUMLAH PENDUDUK PENGUNYA	MEMENUHI SYARAT		JUMLAH PENDUDUK PENGUNYA	MEMENUHI SYARAT		JUMLAH PENDUDUK PENGUNYA	MEMENUHI SYARAT		JUMLAH PENDUDUK PENGUNYA	MEMENUHI SYARAT			JUMLAH PENDUDUK PENGUNYA	MEMENUHI SYARAT																
					JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGUNYA		% PENDUDUK PENGUNYA	JUMLAH SARANA		JUMLAH PENDUDUK PENGUNYA	% PENDUDUK PENGUNYA		JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGUNYA		% PENDUDUK PENGUNYA	JUMLAH SARANA		JUMLAH PENDUDUK PENGUNYA	% PENDUDUK PENGUNYA			JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGUNYA			% PENDUDUK PENGUNYA	JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGUNYA	% PENDUDUK PENGUNYA									
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34												
1	Paringin	Paringin	17.033	229	608	140	382	-	0	0	-	118	858	109	819	0	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4210	15441	4210	15441	16642	97,7						
2	Paringin Selatan	Paringin Selatan	11.885	566	2.657	575	2657	-	0	0	-	212	935	207	935	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1574	6927	1570	6915	10507	88,4							
3	Lampihong	Lampihong	16.088	73	-	52	-	-	0	0	-	47	-	31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	157	-	148	-	-	0,0							
4	Lampihong	Tanah Habang	4.335	44	495	303	495	-	0	0	-	34	445	18	445	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	219	1095	214	1070	2010	46,4							
5	Batamandi	Batamandi	12.619	9792	5.128	269	1175	-	0	0	-	214	1338	79	449	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	576	3060	574	3060	4684	37,1							
6	Batamandi	Lok Batu	5.301	304	198	92	198	-	0	0	-	428	422	155	422	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	198	644	198	644	1264	25,1							
7	Awayan	Awayan	12.541	1.375	5.633	1375	5633	-	0	0	-	488	1978	523	2012	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	854	3884	854	3884	11529	91,9							
8	Tebing Tinggi	Tebing Tinggi	6.261	451	-	274	-	-	0	0	-	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0,0							
9	Juai	Juai	11.176	940	3.570	940	3433	-	0	0	-	128	394	125	429	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1539	5200	1312	4498	6360	74,8							
10	Juai	Pirsus	4.800	761	4.306	761	4306	7	27	7	27	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	262	291	262	291	-	-	-	-	4624	96,3				
11	Halong	Halong	14.713	1.328	6.828	1280	6656	-	0	0	-	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1038	3787	1038	3787	10443	71,0							
12	Halong	Uren	4.662	571	2666	286	1496	-	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	11	394	6	376,00	1872	40,2
JUMLAH (KAB/KOTA)			121.144	7646	32109	6077	26431	7	27	7	27	1669	6370	1247	5511	0	0	0	1									263	291	263	291	10376	40432	10124	39675	71935	59,4			
Sumber: Bidang Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL)																																								

Tabel 17. Pesentase Kualitas Air Minum di penyelenggaraan Air Minum yang Memenuhi Syarat Kesehatan menurut dan Puskesmas di Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	JUMLAH PENYELENGGARA AIR MINUM	JUMLAH SAMPEL DIPERIKSA	MEMENUHI SYARAT (FISIK, BAKTERIOLOGI, DAN KIMIA)	
					JUMLAH	%
1	2	3	4	5	6	7
1	Paringin	Paringin	24	23	17	73,91
2	Paringin Selatan	Paringin Selatan	13	18	14	77,78
3	Lampihong	Lampihong	1	1	0	0,00
4	Lampihong	Tanah Habang	0	0	0	0
5	Batumandi	Batumandi	7	21	15	71,43
6	Batumandi	Lok Batu	452	6	0	0,00
7	Awayan	Awayan	134	134	134	100,00
8	Tebing Tinggi	Tebing Tinggi	0	0	0	0
9	Juai	Juai	1	1,088	1,088	100,00
10	Juai	Pirsus	2	1	2	100,00
11	Halong	Halong	1	6	6	100,00
12	Halong	Uren	9	0	0	0
JUMLAH (KAB/KOTA)			654	1.299	1.276	98,23

Sumber: Bidang Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL)

Table 18. Penduduk dengan Akses Terhadap Fasilitas Sanitasi yang Layak (Jamban Sehat) menurut Jenis Jamban, Kecamatan dan Puskesmas di Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	JUMLAH PENDUDUK	JENIS SARANA JAMBAN																			PENDUDUK DENGAN AKSES SANITASI LAYAK (JAMBAN SEHAT)			
				KOMUNAL			LEHER ANGSA			PLENGSENGAN			CEMPLUNG													
				JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA	MEMENUHI SYARAT		JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA	MEMENUHI SYARAT		JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA	MEMENUHI SYARAT		JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA	MEMENUHI SYARAT								
						JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA			JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA			JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA			JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA							
5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26					
1	Paringin	Paringin	17.033	5	-	-	-	0	4.531	12.184	1.478	5.221	4,29	-	-	-	-	0	-	-	-	-	0	5.221	30,7	
2	Paringin Selatan	Paringin Selatan	11.885	1	37	1	37	100	2.864	10.851	2.818	10.285	94,8	20	58	-	-	0	29	105	-	-	0	10.322	86,8	
3	Lampihong	Lampihong	16.088	-	-	-	-	0	2.524	-	2.524	10.010	0	2	9	2	9	100	-	-	-	-	0	10.019	62,3	
4	Lampihong	Tanah Habang	4.335	-	-	-	-	0	678	4.335	678	2.507	57,8	-	-	-	-	0	-	-	-	-	0	2.507	57,8	
5	Batamandi	Batamandi	12.619	-	-	-	-	0	2.169	4.013	560	2.467	61,5	287	1.220	-	-	0	170	-	-	-	-	0	2.467	19,5
6	Batamandi	Lok Batu	5.301	-	-	-	-	0	1.189	3.060	304	801	26,2	63	191	63	191	100	126	480	126	480	100	1.472	29,3	
7	Awayan	Awayan	12.541	-	-	-	-	0	2.583	10.856	2.514	10.604	97,7	-	-	-	-	0	-	-	-	-	0	10.604	84,6	
8	Tebing Tinggi	Tebing Tinggi	6.261	-	-	-	-	0	682	4.770	450	317	6,6	-	-	-	-	0	-	-	-	-	0	317	5,1	
9	Juai	Juai	11.176	-	-	-	-	0	2.439	8.930	2.183	8.065	90,3	-	-	-	-	0	5	19	-	-	0	8.065	72,2	
10	Juai	Pirsus	4.800	-	-	-	-	0	656	2.796	656	2.796	100,0	33	171	33	171	100	168	533	168	533	100	3.500	72,9	
11	Halong	Halong	14.713	-	-	-	-	0	2.630	10.298	2.557	10.024	97,3	-	-	-	-	0	89	252	89	252	100	10.276	69,8	
12	Halong	Uren	4.662	-	-	-	-	0	265	1.203	265	1.203	100,0	-	-	-	-	0	-	-	-	-	0	1.203	25,8	
JUMLAH (KAB/KOTA)			121.144	6	37	1	37	100	23.210	73.296	16.987	64.300	87,7	405	1.649	98	371	22,5	587	1.389	383	1.265	91,1	65.973	54,5	

Sumber: Bidang Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL)

Tabel 19. Desa yang Melaksanakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	JUMLAH DESA/KELURAHAN	SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT (STBM)					
				DESA MELAKSANAKAN STBM		DESA STOP BABS (SBS)		DESA STBM	
				JUMLAH	%	JUMLAH	%	JUMLAH	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Paringin	Paringin	20	2	10	0	0,0	0	0,0
2	Paringin Selatan	Paringin Selatan	19	14	73,7	4	21,1	0	0,0
3	Lampihong	Lampihong	20	9	45,0	0	0,0	9	45,0
4	Lampihong	Tanah Habang	7	4	57,1	0	0,0	4	57,1
5	Batumandi	Batumandi	12	9	75,0	5	41,7	9	75,0
6	Batumandi	Lok Batu	6	6	100,0	0	0,0	0	0,0
7	Awayan	Awayan	23	13	56,5	1	4,3	0	0,0
8	Tebing Tinggi	Tebing Tinggi	12	10	83,3	0	0,0	0	0,0
9	Juai	Juai	16	8	50,0	2	12,5	0	0,0
10	Juai	Pirsus	5	5	100,0	1	20,0	5	100,0
11	Halong	Halong	17	12	70,6	2	11,8	12	70,6
12	Halong	Uren	7	7	100,0	0	0,0	0	0,0
JUMLAH (KAB/KOTA)			164	99	60,4	15	9,1	39	23,8

Sumber: Bidang Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL)

3.3. Tantangan Pembangunan Kesehatan

Tujuan pembangunan kesehatan adalah meningkatnya kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Hal itu berarti terciptanya masyarakat, bangsa, dan negara Indonesia yang penduduknya, di seluruh wilayah Republik Indonesia, hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

3.2.1 Lokal

A. RPJPD Kabupaten Balangan 2005-2025

Didasarkan pada kondisi daerah saat ini, tantangan yang akan dihadapi dalam 20 tahun ke depan, dan dengan memperhatikan modal dasar yang dimiliki dengan segala kekuatan, kelemahan, peluang, tantangan serta faktor-faktor strategis yang ada, maka Visi Pembangunan Daerah Kabupaten Balangan Tahun 2005 – 2025 adalah: “ **BALANGAN YANG MANDIRI DENGAN BERLANDASKAN OTONOMI DAERAH**”.

Visi Pembangunan Daerah 2005-2025 ini mengarahkan upaya pemerintah, masyarakat dan semua pihak di Kabupaten Balangan agar mampu berdiri sendiri tegak sejajar dengan daerah lain yang sudah maju dengan sekaligus memanfaatkan momentum otonomi daerah. **Kabupaten Balangan yang Mandiri**, digambarkan dengan kemudahan dalam akses terhadap kebutuhan-kebutuhan akan hak dasar, yang meliputi; pangan, sandang, perumahan, pendidikan, **kesehatan**, pekerjaan, kesempatan berusaha, dan rasa aman. Masyarakat Balangan dengan Sumber Daya Manusia yang berkualitas dan menguasai IPTEK, infrastruktur yang mantap dan pengelolaan Sumber Daya Alam yang berkelanjutan, sehingga mampu mensejajarkan diri dengan masyarakat yang sudah maju, berkedudukan yang sejajar dihadapan hukum, partisipasi publik dalam kebijakan pembangunan, pendapatan perkapita yang tinggi dan merata, dengan mengandalkan pada kemampuan dan kekuatan sendiri. Balangan yang

mandiri dapat diukur dari telah berjalannya roda pemerintahan daerah secara optimal dengan unsur kelembagaan daerah yang lengkap serta manajemen organisasi kelembagaan yang dikelola oleh aparatur dengan jumlah yang cukup dan berkualitas tinggi.

Kabupaten Balangan dengan Berlandaskan Otonomi Daerah, digambarkan dengan pembangunan yang menerapkan sistem yang mengatur agar ketimpangan daerah tidak terjadi dan semakin melebar dengan indikator adanya penyerahan wewenang (*desentralisasi*) berbarengan dengan pelimpahan wewenang (*dekonsentrasi*) dan tugas perbantuan. Untuk mencapai visi kemandirian yang berlandaskan otonomi daerah maka perlu memperhatikan: Bahwa pembangunan daerah Kabupaten Balangan dalam 20 tahun mendatang harus memiliki sumber daya manusia yang handal, fondasi ekonomi yang kuat untuk pembangunan berkelanjutan. Pembangunan yang dilaksanakan memberikan kesempatan yang sama bagi setiap individu untuk berpartisipasi dalam pembangunan dan menikmati hasil pembangunan. Pembangunan yang dilakukan memberikan kemakmuran lahir dan batin yang dapat dinikmati oleh seluruh lapisan masyarakat dengan penerapan otonomi daerah secara optimal dengan prinsip-prinsip *good governance* yaitu akuntabel, jujur dan akomodatif yang didukung aparatur pemerintahan yang bersih.

B. RPJMD Kabupaten Balangan 2016-2021

Untuk menyikapi permasalahan pembangunan yang masih harus dihadapi di Kabupaten Balangan maka dicanangkanlah Visi Pembangunan Kabupaten Balangan Tahun 2011 -2015 yang merupakan visi Bupati/Wakil Balangan terpilih periode 2016–2021, yaitu: **“TERWUJUDNYA KABUPATEN BALANGAN YANG MAJU DAN SEJAHTERA MELALUI PEMBANGUNAN SUMBER DAYA MANUSIA”**

Makna dari Visi tersebut sebagai berikut:

- **MAJU:** Kabupaten Balangan harus mampu mensejajarkan diri dengan daerah lain yang sudah lebih dahulu maju dengan mengandalkan pada kemampuan

dan kekuatan sendiri. **Balangan yang maju** juga berarti roda pemerintahan sudah berjalan secara optimal yang didukung oleh struktur kelembagaan pemerintah daerah yang lengkap dan diisi serta dikelola oleh aparatur yang berkompeten di bidang tugasnya masing-masing, sehingga mampu memberikan pelayanan prima terhadap masyarakat. Kemajuan juga tercermin pada tingkat partisipasi publik dalam perumusan kebijakan pembangunan

- **SEJAHTERA: Terwujudnya peningkatan kesejahteraan rakyat** melalui pembangunan ekonomi yang berlandaskan pada keunggulan daya saing daerah, kekayaan sumber daya alam dan sumber daya manusia. Terpenuhinya kebutuhan dasar masyarakat yang meliputi: sandang, pangan, perumahan, pendidikan, kesehatan, kesempatan berusaha, rasa aman, didukung oleh infrastruktur yang mantap.

Beranjak dari visi pembangunan Kabupaten Balangan Tahun 2016-2021 tersebut, dan untuk mengarahkan pencapaiannya, selanjutnya dicanangkan misi pembangunan Kabupaten Balangan Tahun 2016- 2021, yaitu:

- a) Meningkatkan kualitas sumber daya manusia melalui pembangunan pendidikan dan kesehatan;
- b) Mewujudkan ekonomi kerakyatan yang berkeadilan;
- c) Mewujudkan pembangunan infrastruktur yang berkesinambungan
- d) Mewujudkan pemanfaatan sumber daya alam (potensi daerah) berdasarkan kearifan lokal yang berwawasan lingkungan;
- e) Mengembangkan sosial budaya kemasyarakatan;
- f) Optimalisasi pemberdayaan aparatur pemerintah daerah;
- g) Mewujudkan kamtibmas dan kepastian hukum untuk terciptanya suasana yang kondusif.

3.2.2 Nasional

A. SKN 2012

Pelaksanaan SKN ditekankan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat, profesionalisme sumber daya manusia kesehatan, serta upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitative.

Pelaksanaan SKN mencakup sebagai berikut: (1) cakupan pelayanan kesehatan berkualitas, adil, dan merata; (2) pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak kepada rakyat; (3) kebijakan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan dan melindungi kesehatan masyarakat; (4) kepemimpinan dan profesionalisme dalam pembangunan kesehatan; (5) inovasi atau terobosan ilmu pengetahuan dan teknologi yang etis dan terbukti bermanfaat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan secara luas, termasuk penguatan sistem rujukan; (6) pendekatan secara global dengan mempertimbangkan kebijakan kesehatan yang sistematis, berkelanjutan, tertib, dan responsif gender dan hak anak; (7) dinamika keluarga dan kependudukan; (8) keinginan masyarakat; (9) epidemiologi penyakit; (10) perubahan ekologi dan lingkungan; dan (11) globalisasi, demokratisasi dan desentralisasi dengan semangat persatuan dan kesatuan nasional serta kemitraan dan kerja sama lintas sektor.

B. RPJPN 2005-2025

Sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, dengan indikator meningkatnya Umur Harapan Hidup, menurunnya Angka Kematian Bayi, menurunnya Angka Kematian Ibu, dan menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita. Tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan ini dapat dicapai dengan melakukan lima strategi pembangunan kesehatan 2005-2025, yaitu: (1) pembangunan nasional berwawasan kesehatan; (2) pemberdayaan masyarakat dan daerah; (3) pengembangan upaya dan pembiayaan kesehatan; (4) pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan; serta (5) penanggulangan keadaan darurat kesehatan.

C. RPJMN 2015-2019

Sasaran yang ingin dicapai dalam Program Indonesia Sehat pada RPJMN 2015-2019 adalah meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Sasaran pokok

RPJMN 2015-2019 adalah: (1) meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak; (2) meningkatnya pengendalian penyakit; (3) meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan; (4) meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN Kesehatan, (5) terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin;serta (6) meningkatkan responsivitas sistem kesehatan.

3.2.3 Global (SDGs)

Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB)/*Sustainable Development Goals* (SDGs) merupakan komitmen internasional untuk meningkatkan kualitas hidup dari satu generasi ke generasi berikutnya. Oleh karena itu, TPB/SDGs menjadi salah satu acuan dalam pembangunan nasional dan daerah, mulai dari tahap perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi, dan pelaporan. Di tingkat nasional, RPJMN 2015-2019 merupakan dokumen perencanaan untuk jangka menengah 5 (lima) tahun yang menjadi acuan bagi setiap Kementerian/Lembaga dalam menyusun Rencana Strategis Kementerian/Lembaga (Renstra K/L) dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah/RPJMD). RPJMN tahun 2015-2019 merupakan tahap ketiga dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang (RPJP) 2005- 2025. Pengarusutamaan pencapaian TPB/SDGs dalam RPJMN 2015-2019 dan Rencana Kerja Pemerintah (RKP) dilakukan dalam bentuk rumusan kebijakan, program, kegiatan, indikator yang terukur serta sumber pembiayaannya.

Kebijakan RPJMN 2015-2019 yang sesuai adalah: (i) Akselerasi pemenuhan akses pelayanan kesehatan ibu, anak, remaja, dan lanjut usia yang berkualitas; (ii) Mempercepat perbaikan gizi masyarakat; (iii) Meningkatkan pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan; (iv) Memantapkan pelaksanaan sistem jaminan sosial nasional (SJSN) bidang kesehatan; (v) Meningkatkan akses pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas; (vi) Meningkatkan akses pelayanan kesehatan rujukan yang berkualitas; (vii)

Meningkatkan ketersediaan, penyebaran, dan mutu sumber daya manusia kesehatan; (viii) Meningkatkan ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, dan kualitas farmasi dan alat kesehatan; (ix) Meningkatkan pengawasan obat dan makanan; dan (x) Meningkatkan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.

Dari analisis situasi dan kecederungan di atas dan dengan memperhatikan perkembangan dan tantangan dewasa ini, maka isu-isu strategis yang masih dihadapi dalam pembangunan kesehatan di Kalimantan Selatan adalah sebagai berikut:

- a. Terbatasnya aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, terutama pada kelompok rentan seperti penduduk miskin, daerah tertinggal dan terpencil.
- b. Pelayanan kesehatan ibu dan anak yang sesuai standar masih terbatas.
- c. Belum teratasinya permasalahan gizi secara menyeluruh.
- d. Masih tingginya kesakitan dan kematian akibat penyakit menular dan tidak menular.
- e. Belum terlindunginya masyarakat secara maksimal terhadap beban pembiayaan kesehatan.
- f. Belum terpenuhinya jumlah, jenis, kualitas serta penyebaran sumber daya manusia kesehatan dan belum optimalnya dukungan kerangka regulasi ketenagaan kesehatan.
- g. Belum optimalnya ketersediaan, pemerataan dan keterjangkauan obat esensial, penggunaan obat yang tidak rasional dan penyelenggaraan pelayanan kefarmasian yang berkualitas.
- h. Masih terbatasnya kemampuan manajemen dan informasi kesehatan, meliputi pengelolaan administrasi dan hukum kesehatan.
- i. Permasalahan manajerial dalam sinkronisasi perencanaan, kebijakan program dan anggaran serta masih terbatasnya koordinasi dan integrasi lintas sektor.
- j. Disparitas antar wilayah, golongan pendapatan dan urban-rural masih terjadi, untuk ini diperlukan pendekatan pembangunan sesuai kondisi wilayah.

- k. Pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan belum dilakukan melalui pendekatan komprehensif.
- l. Pemenuhan sarana dan prasarana pada fasilitas pelayanan kesehatan primer dan rujukan masih belum optimal.

Isue strategis yang dikemukakan ini cukup berbeda dengan isue strategis yang terdapat dalam master plan kesehatan kabupaten Balangan periode 2011-2016. Isue strtegis pada periode ini terdiri dari :

1. Kunjungan Ibu Hamil K4 di Kabupaten Balangan Baru mencapai target 65,85%
2. Komplikasi Kebidanan yan ditangani mencapai 14% tahun 2008 pernah terjadi kematian ibu melahirkan (MMR) ada 2 orang yang disebabkan kasus eklamasi
3. Capaian terhadap cakupan persalinan yang dapat ditangani oleh (tenaga kesehatan) Nakes, baru mencapai 79,46% dengan target nasional 90%
4. Puskesmas yang dapat mencapai target UCI (sesuai harapan standar capaian Dinas Kesehatan Balangan 85%) hanya ada 3 Puskesmas. Dari 3 Puskesmas ini yang mencapai 100% di tahun 2008 adalah di Puskesmas Batu Mandi dan Lok Batu.
5. Pelayanan ibu nifas dilingkungan wilayah kerja Dinas kesehatan Kabupaten Balangan berupa pemberian kapsul vitamin A, hasil capaian 71% hal ini masih jauh dari standar yang ditetapkan oleh Depkes yaitu 90% pada tahun 2015
6. Pelayanan kunjungan bayi (batita dan balita) harus mencapai target 90% mencakup kegiatan yang berupa pemantauan pertumbuhan Bayi dan Balita dengan tingkat partisipasi masyarakat 60%, tingkat liputan program 95%, Tingkat pencapaian program 60%, tingkat kelangsungan penimbangan 70%, tingkat keberhasilan penimbangan 80%
7. Pelayanan pemberian makanan pendamping ASI pada anak 6-24 bulan ini masih dibawah standar capaian (100% Tahun 2010 ssesuai SPM)
8. Pelayanan balita gizi buruk berupa pelacakkan dan penyelidikan gizi buruk mendapat perawatan dengan target 100%.
9. Capaian (36 sekolah SD) setara dengan 10% Sekolah yang dijarung kesehatan, target yang ingin dicapai adalah 100%.

10. Peserta KB aktif masyarakat Kabupaten Balangan mencapai 75,9%, target yang ingin dicapai adalah 70%
11. Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit sesuai standar SPM Depkes dengan target capaian 100%.
12. Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin dan juga pelayanan kesehatan gawat darurat level 1 yang harus ditangani oleh RSUD Balangan menunjukkan belum berjalan secara optimal dan masih terlalu jauh dari target yang diharapkan yaitu 100%.
13. Penyelidikan epidemiologi penanggulangan kejadian luar biasa (KLB) di wilayah Kabupaten Balangan dengan target yang diharapkan yaitu 100%.
14. Promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Cakupan desa siaga aktif mencapai target 80%.

BAB IV

ANALISIS MASTER PLAN KESEHATAN

4.1. Evaluasi Master Plan Kabupaten Balangan

- 1) Master Plan Kesehatan Kabupaten Balangan termasuk dalam kriteria Master Plan Strategis
- 2) Master Plan Kesehatan yang disusun, belum menggambarkan secara detail tentang Visi Kabupaten
 - a. Aspek input : Kebutuhan Jumlah/Jenis SDM, Sarana- prasarana kesehatan
 - b. Aspek proses : Kebutuhan formalisasi aturan dalam bentuk SOP
- 3) Master Plan Kesehatan Kabupaten Balangan adalah master plan yang menggunakan pendekatan upaya kesehatan dan belum menggunakan pendekatan Sistem Kesehatan Nasional/Daerah
- 4) Renstra Dinas Kesehatan dan Laporan dalam bentuk Profil Kesehatan Kabupaten, banyak data-data yang belum bisa menjawab sejauh mana pencapaian master plan. Ini menggambarkan bahwa Master Plan belum digunakan sebagai acuan dalam pembuatan Renstra bidang Kesehatan
- 5) Belum ada Legitimasi Master Plan, berupa tanda tangan pengesahan dari Kepala Daerah Kabupaten Balangan.
- 6) Strategi pembangunan kesehatan Kabupaten Balangan 2011-2016 seperti yang tercantum dalam master plan kesehatan Kabupaten Balangan kurang tepat karena isue-isue strategis yang menjadi dasar strategi atau program pembangunan kesehatan bukan merupakan isue yang benar-benar strategis. Akan tetapi lebih ke arah indikator yang menyelesaikan isue-isue strategis tersebut.

7) Ada beberapa ketidaksesuaian issue strategis dengan indikator pencapaiannya

No	Issue strategis	Data Tahun 2015	
		Target	Realisasi
1	Kunjungan Ibu Hamil K4	a. Target Kunjungan K4 adalah 95%	a. Kunjungan K4 Ibu Hamil adalah 68.7% turun dari tahun sebelumnya (70.8%)
		b. Tahun 2012 jumlah apratur Penyuluh kesehatan mencapai target 100%	b. Belum ditemukan data jumlah aparatur penyuluh
2	Komplikasi Kebidanan yang ditangani	Peningkatan kualitas kompetensi bidan, target 80%	Belum ditemukan data tentang peningkatan kualitas kompetensi bidan
3	Persalinan yang dapat ditangani oleh (tenaga kesehatan) Nakes	Target persalinan oleh Nakes secara nasional 90%	Pertolongan persalinan oleh Nakes 86.1%, turun dari tahun sebelumnya 87.6%
		a. Peningkatan Kualitas Promosi Kesehatan target 100%	Belum ditemukan data capaian
		b. Peningkatan Jumlah bidan desa	Jumlah bidan 215
		c. Peningkatan Pembangunan infrastruktur jalan di daerah terpencil	Belum ditemukan data capaian
4	Puskesmas yang dapat mencapai target UCI	Target capaian Tahun 2012 100%	Capaian UCI masih 78.3%
5	Pemberian kapsul vitamin A pada Ibu Nifas	a. Pelayanan ibu nifas harus mencapai target 90% tahun 2015.	Pemberian Vitamin A pada ibu nifas= 87.1% turun dari tahun lalu (90.4%)
		b. Peningkatan pembangunan infrastruktur jalan di daerah terpencil	Belum ditemukan data capaian
6	Pelayanan kunjungan bayi (batita dan	Target capaian kunjungan bayi harus 90%	Tingkat partisipasi masyarakat dalam penimbangan sebesar

	balita)		60.04% .
		Peningkatan kualitas Promosi Kesehatan Target 90%	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan Pembangunan infrastruktur jalan di daerah terpencil	Belum ditemukan data capaian
7	Pemberian makanan pendamping ASI pada anak 6-24 bulan	Target capaian MP ASI dan Promosi Kesehatan ASI adalah 100%	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan Pemantauan Tumbuh Kembang Bayi	Pencapaian hasil penimbangan adalah 81%
8	pelacak dan menyelidiki gizi buruk	Peningkatan kualitas apratur kesehatan dibidang manajemen informasi kesehatan dan teknologi informasi kesehatan	Belum ditemukan data capaian
		Promosi Kesehatan Gizi bagi balita; Pemantauan Tumbuh Kembang Bayi	Belum ditemukan data capaian
9	Penjaringan Kesehatan Sekolah	Promosi & Pemberdayaan kesehatan melalui siswa sekolah tahun 2013 target 100%	Belum ditemukan data capaian
10	Peserta KB aktif	Pembinaan peran serta masyarakat dalam pelayanan KB mandiri	Belum ditemukan data capaian
11	Penemuan dan penanganan penderita penyakit sesuai SPM	Pencegahan dan pelayanan penyakit menular 100%	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan kualitas keterampilan medis bagi apratur	Belum ditemukan data capaian
12	Pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin dan juga	Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin mencapai target 100% pada tahun 2015	Belum ditemukan data capaian

	pelayanan kesehatan gawat darurat level 1 yang harus ditangani oleh RSUD	Kemitraan Peningkatan pelayanan kesehatan antara RSUD dan PLN guna menunjang kelancaran operasional RSUD Balangan	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan pembangunan infrastruktur jalan menuju RSUD	Belum ditemukan data capaian
		Kerja sama RSUD, Dinas Kesehatan dan Dinas Perhubungan guna penyelenggaraan sarana-prasarana system transportasi umum	Belum ditemukan data capaian
		Promosi Kesehatan Jamkesda, Jamkesmas	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan aparatur kesehatan RSUD	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan kapasitas manajemen obat RSUD	Belum ditemukan data capaian
		Manajemen SPM Kesehatan untuk Dinas Kesehatan	Belum ditemukan data capaian
		Manajemen SPM Kesehatan untuk RSUD	Belum ditemukan data capaian
13	Penyelidikan epidemiologi penanggulangan kejadian luar biasa (KLB) di wilayah Kabupaten Balangan	Cakupan Desa/Kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam mencapai target 100% pada tahun 2015	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan sarana dan prasarana bagi puskesmas dan Dinas Kesehatan	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan kualitas aparatur kesehatan dalam penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan kejadian luar biasa secara periodik	Belum ditemukan data capaian

14	Promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.	Cakupan Desa Siaga aktif mencapai target 80% pada tahun 2015	Jumlah Desa Siaga aktif 108 buah, menurun dari tahun sebelumnya 157
		Peningkatan kualitas aparatur kesehatan untuk masyarakat	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan jumlah aparatur penyuluh kesehatan	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan frekuensi dan cakupan wilayah penyuluhan kesehatan	Belum ditemukan data capaian

4.2. Rekomendasi Strategi Pembangunan Kesehatan

Dalam pembangunan kesehatan masa kini maka Program Indonesia Sehat merupakan program pembangunan kesehatan yang hendak dicapai. Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan menegakkan tiga pilar utama, yaitu: (1) penerapan paradigma sehat, (2) penguatan pelayanan kesehatan, dan (3) pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN). Berdasarkan kondisi kesehatan, tantangan, pilar program Indonesia sehat dan sistem kesehatan nasional yang disinkronkan dengan RPJMN 2015-2019, RPJMD Kabupaten Balangan dan sistem kesehatan daerah Provinsi Kalimantan Selatan (Perda No.4 Tahun 2009), maka dapat dikemukakan isue-isue strategis dalam rangka pembangunan kesehatan kabupaten Balangan, yaitu sebagai berikut :

No	Pilar Pembangunan Kesehatan	Issue Strategis
1	Penerapan paradigma sehat	a. Meningkatkan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat
		b. Meningkatkan pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
		c. Mempercepat perbaikan Gizi masyarakat
2	Penguatan Pelayanan kesehatan	a. Akeselerasi pemenuhan akses pelayanan kesehatan Ibu, anak, remaja dan lanjut usia yang berkualitas
		b. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas
		c. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan

		rujukan yang berkualitas
		d. Terjaminnya obat dan alat kesehatan dalam rangka pelayanan kesehatan baik UKP maupun UKM.
3	Pelaksanaan JKN	a. Memantapkan pelaksanaan sistem jaminan sosial Nasional Bidang kesehatan
4	Manajemen pelayanan kesehatan	a. Terpenuhinya SDM kesehatan secara kuantitas dan kualitas
		b. Memperkuat manajemen, penelitian pengembangan dan sistem informasi
		c. Pembiayaan kesehatan yang akuntabel dan efisien
		d. Peningkatan pelayanan rawat inap RSUD Balangan

Berdasarkan issue-issue strategis tersebut, dapat dicapai melalui rangkaian program sebagai berikut :

A. Meningkatkan Promosi Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat

Program kebijakan pada program promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di daerah ini adalah:

1. Kegiatan promosi kesehatan, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a. Sosialisasi untuk membangun kepedulian para pengambil kebijakan, tokoh masyarakat dan masyarakat untuk mengembangkan kampung Siaga, Puskesmas, Poskesmas dan jaringannya, serta sarana kesehatan sehingga tersedianya minimal 1 puskesmas di setiap kecamatan yang melaksanakan upaya promotif dan preventif
- b. Pemerintah Daerah melakukan advokasi dan sosialisasi tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat secara berjenjang
- c. Sosialisasi kesadaran masyarakat ber-PHBS, KIA dan gizi (keluarga sadar gizi), serta memanfaatkan pelayanan kesehatan yang bermutu
- d. Sosialisasi pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan melalui media informasi, serta pemeliharaan kesehatan untuk peningkatan pengetahuan masyarakat tentang bahaya penyakit menular dan tidak menular serta penanggulangnya

- e. Pendampingan memberdayakan masyarakat dalam kesiapsiagaan dan penanganan masalah darurat kesehatan
- f. Sosialisasi dan membangun kemitraan serta jejaring promosi kesehatan bagi petugas kesehatan dan masyarakat tentang sediaan farmasi, makanan, dan perbekalan kesehatan yang memenuhi syarat
- g. Pemerintah Daerah menerbitkan turunan regulasi daerah sejalan dengan UU No 23 tahun 2014
- h. Pemerintah Daerah mendayagunakan sumberdaya yang ada dari Pemerintah, dunia usaha dan masyarakat untuk kegiatan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan
- i. Pemerintah Daerah melakukan penguatan kerjasama lintas sektor melalui pembentukan dan pengaktifan forum kabupaten/kota sehat
- j. Pemerintah Daerah menyusun implementasi dalam pelaksanaan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat melalui pendekatan keluarga

2. Pengembangan media promosi kesehatan dan teknologi komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE), dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a. Mengembangkan media dan sarana promosi kesehatan yang komunikatif
- b. Mengembangkan pendekatan/metode dan teknologi promosi kesehatan
- c. Mengembangkan model promosi kesehatan spesifik untuk daerah terpencil

3. Pengembangan upaya kesehatan berbasis masyarakat dan generasi muda, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a. Menyusun kerangka dan materi kebijakan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang sesuai kondisi wilayah
- b. Mengembangkan komitmen dan dukungan Stakeholders terhadap upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat
- c. Pemberdayaan masyarakat melalui konseling individu dan keluarga serta penggerakan masyarakat untuk menciptakan kampung Siaga

- d. Menumbuh-kembangkan kemitraan dan public partnership dalam upaya kesehatan

4. Peningkatan pendidikan kesehatan kepada masyarakat, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Meningkatkan kapasitas tenaga pengelola program promosi kesehatan
- b) Mengembangkan kemitraan dengan lintas program, sektor, LSM, swasta, dan kelompok potensial
- c) Menyelenggarakan penyebarluasan informasi kesehatan melalui berbagai saluran Media
- d) Meningkatkan dukungan administrasi, perencanaan, dan anggaran untuk promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat

B. Meningkatkan Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan

Program kebijakan pada program pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan di daerah ini adalah

1. Pencegahan dan penanggulangan faktor risiko, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Melakukan penyusunan, *review*, revitalisasi, adopsi, adaptasi, dan implementasi kebijakan, standar, pencegahan dan penanggulangan faktor risiko hingga di kampung
- b) Advokasi dan sosialisasikan kebijakan dan standar pencegahan dan penyakit-penyakit cara berjenjang hingga ke kampung
- c) Membangun/memantapkan jejaring kerja pencegahan dan penanggulangan faktor risiko serta melakukan koordinasi secara berjenjang dan berkesinambungan mulai dari kabupaten hingga ke desa termasuk kerjasama dengan lintas sektor dan LSM
- d) Melakukan pemantauan, penilaian, pencatatan, pelaporan, bimbingan teknis, dan monitoring pelaksanaan pencegahan dan penanggulangan faktor risiko secara berjenjang hingga ke kampung
- e) Melaksanakan pendidikan dan pelatihan petugas meliputi aspek teknis, manajemen, dan administrasi yang sifatnya sangat spesifik/teknis

pengecehan dan penanggulangan faktor risiko melalui kerjasama dengan instansi terkait untuk mendorong dan menyiapkan kemampuan petugas dan masyarakat secara berjenjang hingga ke kampung

- f) Melakukan penyusunan perencanaan dan penganggaran untuk kebutuhan pencegahan dan penanggulangan faktor risiko hingga tercapai kondisi kesiapan masyarakat di kampung
- g) Meningkatkan dukungan administrasi dan operasional pencegahan dan penanggulangan faktor risiko, termasuk melakukan kegiatankegiatan inovasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku
- h) Meningkatkan dan memantapkan kesiapan kampung Siaga dalam Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit melalui berbagai kegiatan, yaitu: melakukan review, revitalisasi, pembinaan, dan evaluasi secara berjenjang dengan sasaran prioritas Pustu, Poskesdes, dan kegiatan yang dikelola oleh masyarakat.
- i) Melaksanakan surveilans dan EWARS sesuai SOP yang dipantau secara berjenjang
- j) Pemerintah Daerah harus melakukan respon cepat yang terintegrasi dan spesifik dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor apabila melalui kajian epidemiologi terdeteksi adanya kemungkinan terjadinya Kejadian Luar Biasa (KLB) dan bencana. Untuk mengoptimalkan penanganan KLB/wabah/bencana diperlukan simulasi secara berkala untuk penanggulangan wabah/KLB/bencana termasuk simulasi pendanaannya dari berbagai sumber dengan melibatkan lintas sektor.
- k) Pemerintah Daerah melakukan upaya pencegahan spesifik dilakukan secara rutin melalui kajian epidemiologi seperti Imunisasi, IVA dan kryo, pemberian kelambu, kegiatan pengobatan massal untuk penyakit tertentu dan kegiatan spesifik lainnya

2. Peningkatan imunisasi, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Melakukan penyusunan, review, revitalisasi, adopsi, adaptasi, dan implementasi kebijakan, peraturan, standarisasi, dalam upaya peningkatan cakupan imunisasi hingga ke kampung
- b) Advokasi dan sosialisasi kebijakan, peraturan, standar, dan juklak/juknis peningkatan imunisasi penyakit kepada stakeholders secara berjenjang hingga ke kampung
- c) Melakukan pemantauan, penilaian, pencatatan, pelaporan, bimbingan teknis, dan monitoring pelaksanaan peningkatan imunisasi secara berjenjang hingga ke kampung
- d) Memfasilitasi pendidikan dan pelatihan petugas meliputi aspek teknis, manajemen, dan administrasi yang sifatnya sangat spesifik/teknis peningkatan imunisasi melalui kerjasama dengan institusi terkait untuk mendorong dan menyiapkan kemampuan petugas dan masyarakat secara berjenjang hingga ke kampung
- e) Melakukan penyusunan perencanaan dan penganggaran untuk kebutuhan peningkatan imunisasi hingga tercapai kondisi kesiapan masyarakat di kampung
- f) Meningkatkan dukungan administrasi dan operasional peningkatan imunisasi termasuk melakukan kegiatan-kegiatan inovasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku

3. Penemuan dan tatalaksana penderita, dengan kegiatan pokok sebagai berikut

- a) Melakukan penyusunan, review, revitalisasi, adopsi, adaptasi, dan implementasi kebijakan, peraturan, standar, penemuan dan tatalaksana penderita hingga ke kampung
- b) Advokasi dan sosialisasi kebijakan, peraturan, standar, dan juklak/juknis penemuan dan tatalaksana penderita penyakit kepada stakeholders secara berjenjang hingga ke kampung

- c) Membangun/memantapkan jejaring kerja penemuan dan tatalaksana penderita serta melakukan koordinasi secara berjenjang dan berkesinambungan mulai dari kabupaten hingga ke kampung
- d) Melakukan pemantauan, penilaian, pencatatan, pelaporan, bimbingan teknis, dan monitoring pelaksanaan penemuan dan tatalaksana penderita secara berjenjang hingga ke kampung
- e) Memfasilitasi pendidikan dan pelatihan petugas meliputi aspek teknis, manajemen, dan administrasi yang sifatnya sangat spesifik/teknis penemuan dan tatalaksana penderita melalui kerjasama dengan institusi terkait untuk mendorong dan menyiapkan kemampuan petugas dan masyarakat secara berjenjang hingga ke kampung
- f) Melakukan penyusunan perencanaan dan penganggaran untuk kebutuhan penemuan dan tatalaksana penderita hingga tercapai kondisi kesiapan masyarakat di kampung.
- g) Meningkatkan dukungan administrasi dan operasional penemuan dan tatalaksana penderita, termasuk melakukan kegiatankegiatan inovasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

4. Pengendalian lingkungan sehat, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Mendorong peran dan membangun komitmen warga dalam mewujudkan lingkungan sehat
- b) Sosialisasi perilaku hidup bersih dan sehat dari masyarakat, serta pengendalian faktor risiko
- c) Mengembangkan dan memperkuat jejaring surveilans epidemiologi faktor risiko dengan fokus pemantauan wilayah setempat dan kewaspadaan dini dengan keterlibatan semua stakeholders termasuk partisipasi masyarakat di kampung
- d) Memantapkan jejaring lintas program, lintas sektor, serta kemitraan dengan masyarakat termasuk swasta dalam percepatan program lingkungan sehat melalui pertukaran informasi, pelatihan, pemanfaatan teknologi tepat guna, dan pemanfaatan sumberdaya lainnya

- e) Pengadaan dan distribusi kebutuhan alat, bahan, dan reagen untuk pengendalian faktor risiko guna mendukung penyelenggaraan program lingkungan sehat hingga tiap desa

5. Penyediaan sarana air bersih dan sanitasi dasar, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Membangun/memantapkan jejaring kerja penyediaan sarana air bersih dan sanitasi dasar dan melakukan koordinasi secara berjenjang dan berkesinambungan
- b) Melakukan pemantauan, penilaian, pencatatan, pelaporan, bimbingan teknis, dan monitoring kegiatan penyediaan sarana air bersih dan sanitasi dasar
- c) Memfasilitasi pendidikan dan pelatihan petugas/tokoh masyarakat desa meliputi aspek teknis, manajemen, dan administrasi penyediaan sarana air bersih dan sanitasi dasar melalui kerjasama dengan instansi terkait untuk mendorong dan menyiapkan kemampuan petugas dan masyarakat dalam melakukan pengendalian faktor risiko secara berjenjang hingga ke kampung
- d) Melakukan perencanaan dan penganggaran kebutuhan penyediaan sarana air bersih dan sanitasi dasar hingga kesiapan masyarakat di kampung untuk mampu berpartisipasi mencegah dan menanggulangi faktor risiko
- e) Meningkatkan dukungan administrasi dan operasional penyediaan sarana air bersih dan sanitasi dasar
- f) Meningkatkan dan memantapkan kesiapan kampung Siaga dalam penyediaan sarana air bersih dan sanitasi dasar melalui berbagai kegiatan, yaitu: melakukan review, revitalisasi, pembinaan, dan evaluasi secara berjenjang dengan sasaran prioritas Pustu, Polindes, dan kegiatan yang dikelola oleh masyarakat.
- g) Pemerintah Daerah harus melakukan respon cepat yang terintegrasi dan spesifik dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor apabila melalui kajian epidemiologi terdeteksi adanya kemungkinan

terjadinya Kejadian Luar Biasa (KLB). Untuk mengoptimalkan penanganan KLB diperlukan simulasi secara berkala untuk penanggulangan wabah/KLB termasuk simulasi pendanaannya dari berbagai sumber dengan melibatkan lintas sektor.

6.

C. Percepatan Perbaikan Gizi Masyarakat

Program kebijakan pada program percepatan perbaikan gizi masyarakat di daerah ini adalah

1. Peningkatan pendidikan gizi, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Melaksanakan pembinaan dan peningkatan kemampuan petugas dalam program perbaikan gizi
- b) Melaksanakan penyuluhan gizi kepada masyarakat agar makan beraneka ragam makanan
- c) Melaksanakan penyuluhan manfaat ASI kepada masyarakat sasaran
- d) Menyiapkan materi dan menyusun perencanaan kebutuhan upaya peningkatan Keluarga sadar gizi.

2. Penanggulangan Kurang Energi Protein (KEP), anemia gizibesi, Gangguan Akibat Kurang Yodium (GAKY), kurang vitamin A, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Menyusun kerangka kebijakan perbaikan gizi masyarakat
- b) Menyiapkan materi dan menyusun petunjuk teknis dan pedoman penanggulangan gizi kurang
- c) Melaksanakan pemberian PMT kelompok gizi kurang dan gizi buruk
- d) Melaksanakan suplementasi obat program gizi
- e) Memfasilitasi pemantauan dan promosi pertumbuhan Balita atau DDTK
- f) Mengembangkan standar pelayanan gizi klinis bagi gizi buruk di RSUD
- g) Meningkatkan dukungan administrasi dan operasional program

3. Peningkatan surveilans gizi, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Mengembangkan jejaring dan melaksanakan pemantauan status gizi
- b) Mengembangkan dan meningkatkan surveilans gizi

- c) Mengembangkan jejaring informasi gizi
- d) Mengadakan materi dan menyelenggarakan advokasi dan sosialisasi Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG).

4. Pemberdayaan masyarakat untuk pencapaian keluarga sadar gizi,

dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Memfasilitasi upaya revitalisasi Posyandu
- b) Memfasilitasi upaya pemberdayaan keluarga
- c) Melaksanakan kampanye keluarga sadar gizi

D. Pemenuhan Akses Pelayanan Kesehatan Ibu, Anak, Remaja Dan Lanjut Usia Yang Berkualitas

Program kebijakan pada program pemenuhan akses pelayanan kesehatan ibu, anak, remaja dan lanjut usia yang berkualitas di daerah ini adalah

1. Program Kesehatan Ibu dan Anak, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Peningkatan pelayanan kesehatan ibu hamil (ANC)
- b) Peningkatan akses dan mutu *continuum of care*
- c) Peningkatan pertolongan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan
- d) Penjaringan deteksi risiko tinggi pada bumil, neonatus, bayi, balita dengan kunjungan rumah
- e) Penanganan komplikasi *obstetric*
- f) Peningkatan pelayanan neonatus dan nifas
- g) Penurunan kasus kematian ibu di rumah sakit
- h) Pelatihan bidan APN
- i) Pelatihan bidan PPGDON dan partograf
- j) Pembinaan kepada petugas kesehatan
- k) Revitalisasi posyandu bayi, balita dan Lansia
- l) Pembentukan UKS dan posyandu baru
- m) Bantuan Vit A, SF, Imunisasi bumil

- n) Pelatihan KB dan Kesehatan Reproduksi
- o) Pemutahiran data Kesehatan Ibu dan Anak
- p) Peningkatan rujukan kasus

2. Program Pelayanan Penduduk Lanjut Usia, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Pemeriksaan kesehatan secara berkala pada penduduk lansia
- b) Pengadaan posyandu lansia untuk pemeriksanaan, pelayanan rohani dan pemberian suplemen pada penduduk lansia

3. Program Kesehatan Khusus, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Peningkatan pelayanan kesehatan jiwa
- b) Peningkatan pelayanan kesehatan gigi dan mulut
- c) Peningkatan pelayanan kesehatan mata
- d) Peningkatan pelayanan laboratorium

4. Program Pelayanan Daerah Terpencil, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Peningkatan pelayanan kesehatan dasar penduduk daerah terpencil
- b) Peningkatan lingkungan sehat
- c) Peningkatan promosi kesehatan
- d) Peningkatan pemberdayaan kesehatan dalam upaya tanaman obat keluarga

E. Meningkatnya Akses Pelayanan Kesehatan Dasar Yang Berkualitas

Program kebijakan pada program meningkatnya Akses Pelayanan Kesehatan Dasar Yang Berkualitas di daerah ini adalah

1. Pelayanan kesehatan penduduk di Puskesmas dan jaringannya, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Standarisasi pedoman pelaksanaan dan petunjuk teknis pelayanan kesehatan yang dijamin pemerintah bagi semua penduduk di Puskesmas dan jaringannya

- b) Melakukan fasilitasi penyediaan pembiayaan pelayanan kesehatan yang ditanggung pemerintah bagi semua penduduk di Puskesmas dan jaringannya.
- c) Melakukan penggerakan, pemantauan, pengendalian dan evaluasi, termasuk penanganan keluhan masyarakat dalam pelayanan kesehatan bagi semua penduduk di Puskesmas dan jaringannya.

2. Pengadaan, peningkatan, dan perbaikan sarana dan prasarana Puskesmas dan jaringannya, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Membangun dan melengkapi sarana dan prasarana Puskesmas dan jaringannya
- b) Melaksanakan pengadaan sarana dan prasarana UPT Ditjen Bina Kesehatan Masyarakat
- c) Melaksanakan fasilitasi pengadaan sarana dan prasarana UPT Kesehatan Masyarakat milik Dinas Kesehatan Kabupaten
- d) Melaksanakan fasilitasi dan bantuan pengadaan peralatan kesehatan bagi Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), utamanya dalam revitalisasi Posyandu dan penyelenggaraan Pos Kesehatan kampung
- e) Kerjasama puskesmas dengan unit transfusi darah khususnya dalam rangka penurunan kematian ibu

3. Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dasar, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Menyusun dan sosialisasi kebijakan teknis pengembangan upaya kesehatan ibu, kesehatan anak, kesehatan komunitas, kesehatan kerja, dan penanggulangan masalah kesehatan masyarakat
- b) Melakukan fasilitasi, pemantauan, dan pembinaan upaya kesehatan ibu, kesehatan anak, kesehatan komunitas, kesehatan kerja, dan penanggulangan masalah kesehatan masyarakat
- c) Pelayanan kesehatan yang bergerak dalam pelayanan primer dan pelayanan keperawatan

- d) Melakukan pengembangan puskesmas rawat inap/perawatan dengan meningkatkan jangkauan pelayanan terutama untuk daerah terpencil
- e) Pemerintah daerah kabupaten/kota melakukan upaya Penguatan Fasyankes layanan primer terutama dilakukan dengan pemenuhan infrastruktur yang memenuhi standar, diutamakan untuk pelaksanaan upaya promotif dan preventif
- f) Membangun sistem informasi keluarga
- g) Memenuhi SDM yang terakreditasi sesuai dengan standar Permenkes 75 Tahun 2014
- h) Melakukan akreditasi seluruh puskesmas, dengan membangun komitmen pimpinan daerah dalam pelaksanaan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan

4. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Menyelenggarakan dukungan administrasi, manajemen, dan sumberdaya program upaya kesehatan masyarakat
- b) Mendukung operasionalisasi Puskesmas, UPT Kesmas, UKBM termasuk Pos Kesehatan kampung dan inovasi pelayanan kesehatan masyarakat, seperti dokter apung, dll

F. Meningkatnya Akses Pelayanan Rujukan Yang Berkualitas

Program kebijakan pada program meningkatnya akses pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas di daerah ini adalah

1. Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan perorangan, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Meningkatkan sistem rujukan upaya kesehatan perorangan.
- b) Menyediakan sarana dan prasarana pelayanan medik yang memadai dan merata termasuk pada desa/pulau terpencil.
- c) Mengembangkan dan penerapan standar pelayanan kedokteran, keperawatan dan penunjang medik lainnya di sarana kesehatan lainnya

d) Melakukan penguatan akreditasi Rumah Sakit dengan membangun komitmen pimpinan daerah dalam pelaksanaan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan

2. Pengembangan bentuk pelayanan kesehatan perorangan, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Mengembangkan pelayanan medik mobilitas
- b) Mengembangkan dan peningkatan Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK)
- c) Mengembangkan rumah sakit rujukan
- d) Mengembangkan sistem informasi dan rujukan di fasilitas kesehatan dasar dan rujukan online

3. Pemerintah daerah menerbitkan peraturan daerah tentang kriteria penerapan sistem rujukan

4. Pengembangan Upaya Kesehatan Kegawatdaruratan Bencana (UKKB)

Upaya kesehatan yang merupakan suatu sistem pelayanan untuk penanganan kasus gawat darurat secara terpadu, multidisiplin, multiprofesi dan multi sektor dimulai dari tempat kejadian sampai dengan rumah sakit rujukan tertinggi dan didukung oleh subsistem komunikasi dan transportasi.

UKKB adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta untuk penanganan semua kegawatdaruratan baik secara individu maupun massal yang dilaksanakan secara terpadu dengan melibatkan berbagai sektor, disiplin ilmu, dan profesi dalam lingkup kesiapsiagaan bencana untuk menjamin *safe community*. Sarana penunjang UKKB antara lain transportasi dan komunikasi serta bahan dan peralatan penanggulangan bencana atau perangkat UGD (Kit bencana) dalam rangka mekanisme rujukan. Pengembangan UKKB dilakukan dengan memperhatikan beberapa hal antara lain:

- a) Pemerataan UKKB terdiri dari 2 faktor utama yaitu pemerataan pelayanan (sarana dan prasarana, sumberdaya manusia kesehatan,

peralatan kesehatan) dan pembiayaan (investasi, operasional, dan pemeliharaan).

- b) Peningkatan mutu UKKB dilakukan melalui standarisasi sumberdaya manusia kesehatan, prosedur tetap, obat, alat kesehatan, dan gedung dengan memperhatikan jaminan mutu serta penilaian kinerja terhadap institusi, akreditasi dan perijinan.
- c) Keterjangkauan UKKB didukung oleh pelayanan kesehatan baik yang bersifat statis maupun dinamis dengan koordinasi lintas program dan lintas sektor, didukung peran aktif masyarakat.
- d) Pendekatan penanggulangan bencana dilakukan dengan menitik beratkan pada upaya pencegahan, mitigasi, dan kesiapsiagaan (pra bencana) dibanding upaya tanggap darurat dan rehabilitasi (paska bencana).
- e) Setiap fasilitas kesehatan baik RS maupun Puskesmas rujukan yang berada di jalur trans Kalimantan Selatan, di jalan protokol, di daerah rawan bencana dan kecelakaan lalu lintas mempunyai Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang buka dan melakukan pelayanan selama 24 jam.
- f) Terbentuk Tim Reaksi Cepat (*Tim Rescue*) di Kabupaten Balangan.

G. Terjaminnya Obat Dan Alat Kesehatan Dalam Rangka Pelayanan Kesehatan Baik UKP Maupun UKM

Program kebijakan pada program terjaminnya obat dan alat kesehatan dalam rangka pelayanan kesehatan baik UKP Maupun UKM di daerah ini adalah

1. **Peningkatan ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan harga obat dan perbekalan kesehatan**, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:
 - a. Pemerintah Daerah memanfaatkan e-katalog seoptimal mungkin untuk menjaga ketersediaan obat dan vaksin di faskes dalam rangka memperkuat pelayanan kesehatan. Dalam hal mengalami masalah dalam

- pemanfaatan ekatalog, Pemerintah Daerah menerapkan Permenkes No. 63 Tahun 2014 dan Surat Edaran Kepala LKPP No.3 Tahun 2015
- b. Pemerintah Daerah mendorong tenaga ULP memiliki sertifikat pengadaan B/J dalam rangka meningkatkan kemampuan pengadaan obat dan alkes dengan metode e-purchasing
 - c. Pemerintah Daerah mendorong instalasi farmasi menjadi UPT Daerah dalam rangka menerapkan *one gate policy* pengelolaan obat dan vaksin
 - d. Pemerintah Daerah menerapkan one gate policy pengelolaan obat dan vaksin secara optimal, mencakup perencanaan kebutuhan (Rencana Kebutuhan Obat dan Vaksin yang akurat), pemanfaatan e-katalog, e-monev katalog serta penerapan sistem e-logistik
 - e. Meningkatkan cara pengadaan obat yang baik (*good procurement practices*) dan efisiensi pengadaan obat
 - f. Melaksanakan dan memonitor regulasi di bidang obat dan perbekalan kesehatan secara efektif
 - g. Melakukan fasilitasi pengadaan peralatan dan perbekalan kesehatan bagi Puskesmas dan jaringannya serta UPT Kesehatan masyarakat;
 - h. Pengadaan obat esensial generik dalam jumlah yang cukup termasuk obat-obat untuk HIV/AIDS, malaria, TBC, penyakit anak dan penyakit tidak menular; dan mendistribusikan secara merata pada semua unit pelayanan kesehatan
 - i. Mengintegrasikan obat tradisional/komplemeniter dan alternatif yang memenuhi persyaratan, ke dalam sistem pelayanan kesehatan
 - j. Meningkatkan ketersediaan dan keterjangkauan obat tradisional/komplemeniter dan alternatif
2. Pengalokasian anggaran yang cukup untuk menjamin ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan;

H. Menguatnya Manajemen, Penelitian Pengembangan Dan Sistem Informasi

Program kebijakan pada program menguatnya manajemen, penelitian pengembangan dan sistem informasi di daerah ini adalah

1. Penguatan pengawasan perencanaan program dan penganggaran Pemerintah Daerah menyusun perencanaan Anggaran Kesehatan berdasarkan prinsip *money follow program* dan bersinergi dengan kebijakan Pemerintah Pusat. Satuan Kerja Kantor Pusat, Kantor Daerah dan SKPD penerima alokasi APBN Kementerian Kesehatan harus memperhatikan kaidah-kaidah penyusunan perencanaan penganggaran untuk menghindari adanya output cadangan dan catatan halaman IV DIPA.
2. Penguatan pengawasan pelaksanaan kegiatan dan anggaran Pemerintah Daerah melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap pelaksanaan Anggaran Kesehatan agar dapat mempercepat penyerapan anggaran.
3. Program Peningkatan Sistem Informasi Kesehatan, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:
 - a. Membangun sistem informasi keluarga
 - b. Pemanfaatan data dan informasi hasil penelitian dan pengembangan kesehatan untuk perencanaan, penyusunan kebijakan dan evaluasi program
 - c. Melaksanakan penyusunan informasi kesehatan distrik (Pengumpulan data, entri data, analisis data, publikasi hasil data, dan penyimpanan data serta penyimpanan hasil olah data)
 - d. Penyusunan buku dan dokumen informasi kesehatan (Profil Pembangunan Kesehatan Distrik, dan Laporan tahunan)
 - e. Penelitian dan pengembangan untuk mendukung evidence based policy, data kematian, kesakitan serta pengembangan pengukuran responsiveness sistem kesehatan
 - f. Sistem pengumpulan data untuk pemantauan indikator
 - g. Tersedianya kajian epidemiologi yang menunjang pencegahan spesifik seperti pemberian obat pencegahan masal seperti penyakit Filariasis.

I. Pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional Bidang Kesehatan

Program kebijakan pada program pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional Bidang Kesehatan di daerah ini adalah

1. Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan untuk Masyarakat Miskin/Rentan Miskin Program ini memiliki sasaran utama yaitu **terselenggaranya pelayanan kesehatan dasar bagi warga miskin dan kelompok rentan miskin di Puskesmas sebesar 100%**, dengan kegiatan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a. Menyusun pedoman pelaksanaan dan petunjuk teknis pelayanan kesehatan yang dijamin pemerintah dan pemda bagi penduduk miskin di Puskesmas dan jaringannya;
- b. Pelayanan kesehatan penduduk miskin di Puskesmas dan jaringannya
- c. Melakukan penggerakan, pemantauan, pengendalian dan evaluasi, termasuk penanganan keluhan masyarakat dalam pelayanan kesehatan penduduk miskin di Puskesmas dan jaringannya.

2. Program Jaminan Pembiayaan Kesehatan untuk Masyarakat Miskin/Rentan Miskin Program ini memiliki sasaran utama yaitu **teralokasikannya anggaran yang memadai untuk pembiayaan kesehatan masyarakat miskin dan rentan miskin sebesar 100%**, dengan kegiatan kegiatan pokok sebagai berikut:

Kegiatan pokok pada Program Jaminan Pembiayaan Kesehatan untuk Masyarakat Miskin/Rentan Miskin di wilayah ini adalah

- 1.** Melakukan fasilitasi penyediaan pembiayaan pelayanan kesehatan yang ditanggung pemerintah dan pemda bagi penduduk miskin dan rentan miskin di Puskesmas dan jaringannya.
- 2.** Melakukan kemitraan dengan lembaga non pemerintah dalam pelayanan dan pembiayaan kesehatan bagi masyarakat miskin dan rentan miskin.

J. Terpenuhinya SDM Kesehatan Secara Kuantitas Dan Kualitas

Permasalahan yang terjadi dalam program ini antara lain:

1. Jumlah dan distribusi tenaga kesehatan tidak merata antar daerah:

- a. Pemda Provinsi dan Kab/Kota melakukan pemetaan SDM Kesehatan dengan menggunakan Sistem Informasi SDM Kesehatan dan menyusun perencanaan kebutuhan dengan merujuk pada Permenkes Nomor 33/2015 serta mengajukan formasi CPNS ke Badan Kepegawaian Daerah (BKD). Kementerian Kesehatan melakukan advokasi kepada MENPAN-RB dan BKN untuk mengalokasikan formasi CPNS sesuai kebutuhan masing-masing Pemda.
- b. Pemda Provinsi dan Kab/Kota mempunyai kewenangan untuk mengatasi maldistribusi di daerahnya dengan Peraturan Gubernur atau Peraturan Bupati/Walikota, dan memperkuat koordinasi dengan BKD dalam penempatan tenaga kesehatan. Kementerian Kesehatan melakukan advokasi ke KEMENDAGRI, KEMENPAN-RB dan BKN agar BKD Provinsi dan Kab/Kota memperhatikan pertimbangan dan usulan Dinkes Provinsi, dan Kab/Kota.
- c. Pemda Kab/Kota yang memiliki kapasitas fiskal rendah mengajukan kebutuhan formasi CPNS ke MENPAN dan alokasinya didukung oleh alokasi anggaran Dana Alokasi Khusus Non Fisik Tahun Anggaran 2017. Kementerian Kesehatan mengusulkan ke KEMENKEU untuk mengembangkan mekanisme penganggaran Dana Alokasi Khusus Non Fisik untuk pemenuhan honorSDM Kesehatan di daerah tersebut.

2. Pemenuhan jenis nakes belum sesuai standar

- a. Pemda Provinsi dan Kab/Kota dapat memanfaatkan Perpres Wajib Kerja Dokter Spesialis (rancangan) untuk mendistribusikan Dokter Spesialis dengan menyusun rencana kebutuhan dan lokasi RS serta menyiapkan dukungan berupa insentif daerah dan ketersediaan alat kesehatan. Kementerian Kesehatan menempatkan Dokter Spesialis dengan menggunakan APBN dengan prioritas di daerah yang tidak

diminati sesuai UU No 23 Tahun 2014, bekerjasama dengan Organisasi Profesi dan Fakultas Kedokteran

- b. Pemda Kab/Kota dapat memanfaatkan dana BOK untuk merekrut tenaga kontrak (sesuai Undang-Undang ASN) promosi kesehatan di setiap puskesmas dengan pendidikan minimal D3 Kesehatan (tenaga Kesehatan Masyarakat, Kesehatan Lingkungan, Gizi, Tehnis Kefarmasian dan Analisis Laboratorium).Kementerian Kesehatan akan merevisi Permenkes Nomor 82 Tahun 2015 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan, Serta Sarana dan Prasarana Penunjang Subbidang Sarpras Kesehatan Tahun Anggaran 2016.

3. Kompetensi Nakes belum sesuai standar

- a. Pemda Kab/Kota mengalokasikan anggaran untuk meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan melalui pendidikan (beasiswa) dan pelatihan. Kementerian Kesehatan memberikan dukungan dalam bentuk dana Dekonsentrasi untuk mendukung upaya tersebut.
- b. Pemda dan Kab/Kota mempunyai kewenangan untuk pembinaan dan pengawasan terhadap SDM Kesehatan dalam bentuk pemberian izin dan pengawasan praktek, kesempatan mengikuti pendidikan dan pelatihan, seminar dalam rangka meningkatkan kompetensi. Kementerian Kesehatan memberikan dukungan dalam bentuk dana Dekonsentrasi atau Dana Alokasi Khusus Non Fisik untuk mendukung upaya tersebut

Program kebijakan agar dapat terpenuhinya SDM kesehatan secara kuantitas dan kualitas adalah:

- 1. Penambahan SDM kesehatan**, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:
 - a) Pengadaan SDM Kesehatan yang kompeten sesuai kebutuhan, terutama untuk pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya
 - b) Membangun sistem perencanaan dan pendayagunaan SDM Kesehatan

c) Pelaksanakan kemitraan dengan lembaga pemerintah, lembaga non pemerintah termasuk swasta dan masyarakat dalam penyediaan dan peningkatan kualitas SDM kesehatan.

2. Peningkatan keterampilan dan profesionalisme tenaga kesehatan melalui pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

a) Pengembangan SDM Kesehatan dalam pelatihan tenaga kesehatan, khususnya kemampuan tenaga kesehatan di bidang upaya kesehatan ibu, kesehatan anak, kesehatan komunitas, kesehatan kerja, dan penanggulangan masalah kesehatan masyarakat.

b) Pengembangan manajemen, metode dan teknologi pelatihan

c) Pengembangan dan pemberdayaan SDM pendidikan tenaga kesehatan melalui pendidikan kedinasan di institusi penyelenggara pendidikan tenaga kesehatan

d) Penyelenggaraan administrasi dan dukungan operasional program pendidikan tenaga kesehatan.

3. Pembinaan tenaga kesehatan termasuk pengembangan karir, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

a. Melaksanakan pengendalian mutu dan standarisasi kompetensi tenaga kesehatan

b. Melaksanakan pembinaan dan pengelolaan sistem karir tenaga kesehatan.

K. Pembiayaan Kesehatan Yang Akuntabel Dan Efisien

Program kebijakan pada program Pembiayaan Kesehatan Yang Akuntabel Dan Efisien di daerah ini adalah

1. Peningkatan anggaran kesehatan pusat dan daerah, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Pemerintah daerah meningkatkan alokasi APBD kesehatan provinsi/kabupaten/kota 10% di luar gaji
- b) Pemerintah daerah mendayagunakan *corporate social responsibility* (CSR), Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau, dan Dana Pajak Rokok

2. Pengalokasian anggaran promotif dan preventif, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Pemerintah daerah mengalokasikan anggaran kesehatan terutama pada kegiatan promotif dan preventif melalui pengalokasian APBN dan APBD dalam jumlah yang memadai
- b) Pemerintah daerah melakukan sinkronisasi antara usulan dan realisasi pelaksanaan DAK

3. Pemanfaatan anggaran kesehatan, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Pemerintah daerah memanfaatkan anggaran kesehatan melalui APBN, APBD, DAK non fisik, BOK, Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau, Dana Pajak Rokok, dan Dana Desa untuk kegiatan promotif dan preventif melalui pendekatan keluarga sehat secara efektif dan efisien
- b) Optimalisasi dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk turut mendukung kegiatan promotif dan preventif

L. Peningkatan Pelayanan Rawat Inap RSUD Balangan

Program kebijakan pada program peningkatan pelayanan rawat inap RSUD Balangan di daerah ini adalah

- 1) Standarisasi pedoman pelaksanaan dan petunjuk teknis pelayanan kesehatan yang dijamin pemerintah bagi semua penduduk
- 2) Meningkatkan sistem rujukan upaya kesehatan perorangan
- 3) Mengembangkan dan penerapan standar pelayanan kedokteran, keperawatan dan penunjang medik lainnya

- 4) Cakupan sarana kesehatan yang melaksanakan pelayanan gawat darurat sebesar 100%

Dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a. Melakukan penggerakan, pemantauan, pengendalian dan evaluasi, termasuk penanganan keluhan masyarakat dalam pelayanan kesehatan bagi semua penduduk
- b. Pengadaan, peningkatan, dan perbaikan sarana dan prasarana rumah sakit

BAB I

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai cita-cita bangsa Indonesia. Sesuai amanat Pasal 14 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, *“Pemerintah bertanggung jawab merencanakan, mengatur, menyelenggarakan membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat.”* Namun, pemerataan upaya kesehatan di Indonesia belum dapat dilaksanakan secara optimal karena kendala geografis dan social.

Pembangunan kesehatan adalah bagian dari pembangunan suatu daerah yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan tersebut merupakan upaya seluruh potensi, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah.

Pembangunan kesehatan harus diimbangi dengan intervensi perilaku yang memungkinkan masyarakat lebih sadar, mau dan mampu melakukan hidup sehat sebagai prasyarat pembangunan yang berkelanjutan (*sustainable development*). Untuk menjadikan masyarakat mampu hidup sehat, masyarakat harus dibekali dengan pengetahuan tentang cara-cara hidup sehat. Oleh sebab itu promosi kesehatan hendaknya dapat berjalan secara integral dengan berbagai aktivitas pencapaian MDGs yang berlanjut dalam bentuk SDGs dan mewujudkan jaminan kesehatan masyarakat semesta.

Secara umum, arah pembangunan kesehatan pada semua daerah adalah:

- a) Pembangunan kesehatan adalah bagian integral dari pembangunan;
- b) Pelayanan kesehatan baik oleh pemerintah maupun masyarakat harus diselenggarakan secara bermutu, adil dan merata dengan memberikan pelayanan khusus kepada penduduk miskin, anak-anak, dan para lanjut usia yang terlantar, baik di perkotaan maupun di pedesaan;

- c) Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan strategi pembangunan profesionalisme, desentralisasi dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat dengan memperhatikan berbagai tantangan yang ada saat ini;
- d) Upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan masyarakat dilaksanakan melalui program peningkatan perilaku hidup sehat, pemeliharaan lingkungan sehat, pelayanan kesehatan dan didukung oleh sistem pengamatan, Informasi dan manajemen yang handal;
- e) Pengadaan dan peningkatan prasarana dan sarana kesehatan terus dilanjutkan;
- f) Tenaga yang mempunyai sikap, etis dan profesional, juga memiliki semangat pengabdian yang tinggi kepada bangsa dan negara, berdisiplin, kreatif, berilmu dan terampil, berbudi luhur dan dapat memegang teguh etika profesi;
- g) Meningkatkan mutu sumber daya manusia dan lingkungan yang saling mendukung dengan pendekatan paradigma sehat, yang memberikan prioritas pada upaya peningkatan kesehatan pencegahan, penyembuhan, pemulihan dan rehabilitasi sejak pembuahan dalam kandungan sampai lanjut usia;
- h) Meningkatkan dan memelihara mutu lembaga dan pelayanan kesehatan melalui pemberdayaan sumber daya manusia secara berkelanjutan dan sarana prasarana dalam bidang medis, termasuk ketersediaan obat yang dapat dijangkau oleh masyarakat;
- i) Mengembangkan sistem jaminan sosial tenaga kerja bagi seluruh tenaga kerja bagi seluruh tenaga kerja untuk mendapatkan perlindungan, keamanan, dan keselamatan kerja yang memadai, yang pengelolaannya melibatkan pemerintah, perusahaan dan pekerja;
- j) Membangun ketahanan sosial yang mampu memberi bantuan penyelamatan dan pemberdayaann terhadap penyandang masalah kesejahteraan sosial dan korban bencana serta mencegah timbulnya gizi buruk dan turunnya kualitas generasi muda;
- k) Membangun apresiasi terhadap penduduk lanjut usia dan veteran untuk menjaga harkat martabatnya serta memanfaatkan pengalamannya;

- l) Meningkatkan kepedulian terhadap penyandang cacat, fakir miskin dan anak-anak terlantar, serta kelompok rentan sosial melalui penyediaan lapangan kerja yang seluas-luasnya dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat;
- m) Meningkatkan kualitas penduduk melalui pengendalian kelahiran, memperkecil angka kematian, peningkatan kualitas program keluarga berencana;
- n) Memberantas secara sistematis perdagangan dan penyalahgunaan narkotik dan obat-obatan terlarang dengan memberikan sanksi yang seberat-beratnya kepada produsen, pengedar dan pemakai.

BAB II

METODOLOGI PENGKAJIAN

2.1. Kerangka Konseptual

Pembangunan kesehatan merupakan proses menuju kearah produktifitas penduduk suatu daerah, semakin banyak penduduk yang sehat, semakin produktif pula suatu daerah. Otonomi kesehatan di bidang kesehatan seharusnya mempunyai visi yang sejajar dengan rencana Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, yaitu Indonesia Sehat 2025, dimana salah satu agenda pentingnya adalah perubahan paradigma dari paradigma sakit ke paradigma sehat, yaitu cara pandang, pola pikir, dan model pembangunan kesehatan yang holistik, menangani masalah kesehatan yang dipengaruhi banyak faktor secara lintas sektoral, dan mengarah pada upaya peningkatan, pemeliharaan, dan perlindungan kesehatan. Otonomi daerah di bidang kesehatan bertujuan untuk menumbuhkan sifat kebaikan dan adil dalam bidang kesehatan, karena setiap daerah mempunyai kewenangan untuk membuat formulasi baru sesuai dengan karakteristik daerahnya masing-masing. Menghadapi lingkungan strategis pembangunan kesehatan, perlu dilakukan re-orientasi upaya kesehatan, yaitu yang berorientasi terutama pada desentralisasi, globalisasi, perubahan epidemiologi, dan menghadapi keadaan bencana.

Tujuan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai penduduk yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang optimal.

Secara teoritis, terdapat dua paham teori yang terkait dengan peran masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Teori Participatory Democracy, yang menggugat paham teori Elite Democracy (Gibson, 1981). Paham Elite Democracy melihat hakekat manusia sebagai makhluk yang mementingkan diri sendiri, pemburu kepuasan diri pribadi dan menjadi tidak rasional terutama jika mereka dalam kelompok. Oleh karena itu, dalam hal terjadi konflik kepentingan antara kelompokkelompok dalam masyarakat, maka pembuatan keputusan sepenuhnya merupakan kewenangan dari kelompok elite yang menjalankan pemerintahan. Kalaupun peran serta masyarakat itu ada, pelaksanaannya hanya terjadi pada saat pemilihan mereka-mereka yang duduk dalam pemerintahan. Paham Participatory Democracy sebaliknya berpendapat bahwa manusia pada hakekatnya mampu menyelaraskan kepentingan pribadi dengan kepentingan sosial. Penyelarasan kedua macam kepentingan tersebut dapat terwujud jika proses pengambilan keputusan menyediakan kesempatan seluas-luasnya kepada mereka untuk mengungkapkan kepentingan dan pandangan mereka. Proses pengambilan keputusan, yang menyediakan kelompok kepentingan untuk berperan serta didalamnya, dapat mengantarkan kelompok-kelompok yang berbeda kepentingan mereka satu sama lain. Dengan demikian, perbedaan kepentingan dapat dijabatani.

Secara umum, ada beberapa **strategi** untuk mencapai tujuan dan upaya pokok pembangunan kesehatan, maka strategi umum pembangunan kesehatan adalah

- 1) Pembangunan berwawasan kesehatan. Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat yang sangat fundamental. Pembangunan kesehatan juga sekaligus sebagai investasi pembangunan. Dengan demikian pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan daerah. Dalam kaitan ini pembangunan perlu berwawasan kesehatan. Diharapkan setiap program pembangunan yang terkait dengan pembangunan kesehatan, dapat

memberikan kontribusi yang positif terhadap tercapainya nilai-nilai dasar pembangunan kesehatan. Untuk terselenggaranya pembangunan berwawasan kesehatan, perlu dilaksanakan kegiatan advokasi, sosialisasi, orientasi, kampanye dan pelatihan, sehingga semua penyelenggara pembangunan (stakeholders) memahami dan mampu melaksanakan pembangunan berwawasan kesehatan. Selain itu perlu pula dilakukan penjabaran lebih lanjut dari pembangunan berwawasan kesehatan, sehingga benar-benar dapat dilaksanakan dan diukur tingkat pencapaian dan dampak yang dihasilkan.

- 2) Pemberdayaan Masyarakat dan Daerah. Masyarakat makin penting untuk berperan dalam pembangunan kesehatan. Masalah kesehatan perlu diatasi oleh masyarakat sendiri dan pemerintah. Selain itu, banyak permasalahan kesehatan yang wewenang dan tanggung jawabnya berada di luar sektor kesehatan. Untuk itu perlu adanya kemitraan antar berbagai stakeholders pembangunan kesehatan terkait. Pemberdayaan masyarakat pada hakekatnya adalah melibatkan masyarakat untuk aktif dalam pengabdian masyarakat (to serve), aktif dalam pelaksanaan advokasi kesehatan (to advocate), dan aktif dalam mengkritisi pelaksanaan upaya kesehatan (to watch). Untuk keberhasilan pembangunan kesehatan, penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan harus berangkat dari masalah dan potensi spesifik daerah. Oleh karenanya dalam pembangunan kesehatan diperlukan adanya pendelegasian wewenang yang lebih besar kepada daerah. Kesiapan daerah dalam menerima dan menjalankan kewenangannya dalam pembangunan kesehatan, sangat dipengaruhi oleh tingkat kapasitas daerah yang meliputi perangkat organisasi serta sumber daya manusianya. Untuk itu harus dilakukan penetapan yang jelas tentang peran pemerintah pusat dan pemerintah daerah di bidang kesehatan, upaya kesehatan yang wajib dilaksanakan oleh daerah, dan pengembangan serta pemberdayaan SDM daerah.

3) Pengembangan Upaya dan Pembiayaan Kesehatan. Pengembangan upaya kesehatan, yang mencakup upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan diselenggarakan sesuai dengan kebutuhan masyarakat (client oriented), dan dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, berkelanjutan, merata, terjangkau, berjenjang, profesional, dan bermutu. Penyelenggaraan upaya kesehatan diutamakan pada upaya pencegahan dan peningkatan kesehatan, tanpa mengabaikan upaya pengobatan dan pemulihan kesehatan. Penyelenggaraan upaya kesehatan dilakukan dengan prinsip kemitraan antara pemerintah, masyarakat, dan swasta. Menghadapi lingkungan strategis pembangunan kesehatan, perlu dilakukan re-orientasi upaya kesehatan, yaitu yang berorientasi terutama pada desentralisasi, globalisasi, perubahan epidemiologi, dan menghadapi keadaan bencana. Pengembangan upaya kesehatan perlu menggunakan teknologi kesehatan/ kedokteran dan informatika yang semakin maju, antara lain: pembuatan berbagai vaksin, pemetaan dan test dari gen, terapi gen, tindakan dengan intervensi bedah yang minimal, transplantasi jaringan, otomatisasi administrasi kesehatan/ kedokteran, upaya klinis dan rekam medis dengan dukungan komputerisasi, serta telekomunikasi jarak jauh (*telehealth*). Puskesmas harus mampu melaksanakan fungsinya sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, dan pusat pelayanan kesehatan strata pertama.

Pembiayaan kesehatan yang berasal dari berbagai sumber, baik dari pemerintah, masyarakat, dan swasta harus mencukupi bagi penyelenggaraan upaya kesehatan, dan dikelola secara berhasil-guna dan berdaya-guna. Jaminan kesehatan untuk menjamin terpelihara dan terlindunginya masyarakat dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan, diselenggarakan secara dengan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Peran swasta dalam upaya kesehatan perlu terus dikembangkan secara strategis dalam konteks pembangunan kesehatan secara

keseluruhan. Interaksi upaya publik dan sektor swasta penting untuk ditingkatkan secara bertahap.

- 4) Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan. Pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat tidak akan terwujud apabila tidak didukung oleh sumber daya manusia kesehatan yang mencukupi jumlahnya, dan profesional, yaitu sumber daya manusia kesehatan yang mengikuti perkembangan IPTEK, menerapkan nilai-nilai moral dan etika profesi yang tinggi. Semua tenaga kesehatan dituntut untuk selalu menjunjung tinggi sumpah dan kode etik profesi.

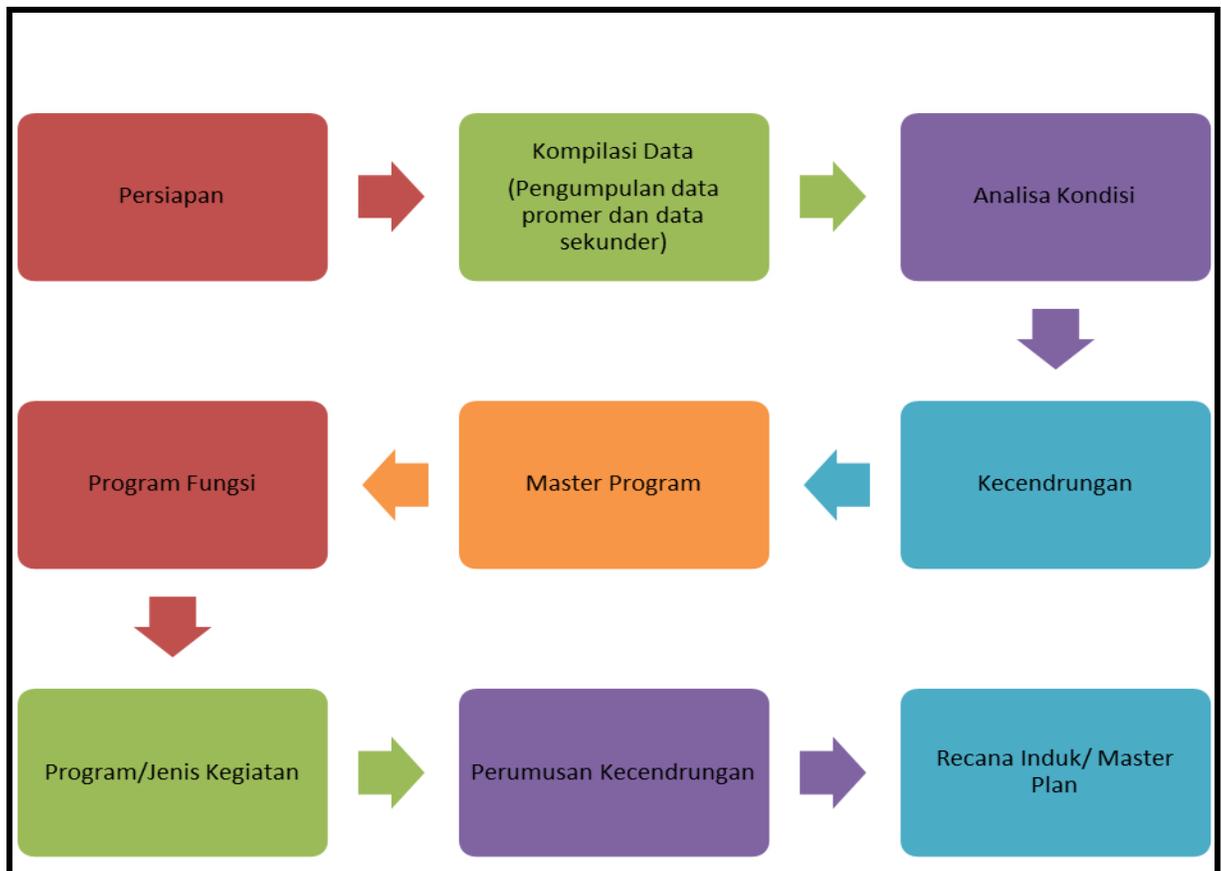
Dalam pelaksanaan strategi ini dilakukan perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan, penentuan standar kompetensi bagi tenaga kesehatan, pelatihan atau upaya peningkatan kualitas tenaga lainnya yang berdasarkan kompetensi, registrasi, akreditasi, dan legislasi tenaga kesehatan. Di samping itu, perlu pula dilakukan upaya untuk pemenuhan hak-hak tenaga kesehatan termasuk pengembangan karirnya. Upaya pengadaan tenaga kesehatan dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan serta dinamika pasar di era globalisasi.

- 5) Penanggulangan Keadaan Darurat Kesehatan. Keadaan darurat kesehatan dapat terjadi karena ben-cana, baik bencana alam maupun bencana karena ulah manusia, termasuk konflik sosial. Keadaan darurat kesehatan akan mengakibatkan dampak yang luas, tidak saja pada kehidupan masyarakat di daerah bencana, namun juga pada kehidupan bangsa dan negara. Oleh karenanya penanggulangan keadaan darurat kesehatan yang mencakup upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan, dilakukan secara komprehensif, mitigasi serta didukung kerjasama lintas sektor dan peran aktif masyarakat.

Pembuatan master plan pembangunan kesehatan harus memiliki tujuan yang jelas, oleh karena itu diperlukan adanya pengumpulan data, pelaksana atau tim ahli, jadwal atau waktu pelaksanaan, serta pembiayaan.

Pembuatan master plan seharusnya dapat membuat pembangunan kesehatan menjadi lebih baik di masa depan, karena sudah lebih terarah dan teratur arah pembangunannya.

Ruang lingkup Penyusunan **Review** Rencana Induk/ Master Plan ini meliputi Pembahasan Kecenderungan Eksternal dan Internal, Master Program, Program Fungsi, Rencana Block Plan dan Konsep Utilitas serta Rencana Pentahapan Pelaksanaan. Tahapan prosesnya dapat dilihat pada bagan dibawah ini:



2.2. Metodologi

2.2.1 Jenis dan Teknik Pengumpulan Data

Jenis data yang digunakan dalam penyusunan Master Plan Kesehatan Kabupaten Balangan tahun 2018-2022 ini meliputi:

- a. Data sekunder. Data ini akan diambil dari berbagai instansi yang terkait dengan pembangunan bidang kesehatan di Kabupaten Balangan.
- b. Data primer. Data ini diperoleh dari hasil survey, pengamatan (observasi), *indepth interview*, dan *focus group discussion* (FGD).

Data-data yang akan dikumpulkan baik berupa data primer maupun sekunder adalah sebagai berikut:

1) Gambaran Umum Daerah

Data ini meliputi data:

- a) Keadaan Geografis yang berisi data tentang luas wilayah dari Kabupaten Balangan beserta data kecamatan. Selain itu, data tentang ketinggian wilayah dan suhu udara serta kelembaban udara
- b) Keadaan Penduduk yang berisi data tentang:
 - (a) pertumbuhan dan kepadatan penduduk
 - (b) Sex Rasio (rasio jenis kelamin) menurut usia, jenis kelamin, pendidikan
- c) Keadaan Ekonomi seperti Mata Pencarian
- d) Data Sosial Dan Budaya seperti Agama

2) Gambaran Pembangunan Kesehatan

(a) Puskesmas

Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) merupakan sarana pelayanan masyarakat ditingkat dasar dan terdepan dalam sistem pelayanan kesehatan yang harus melakukan upaya kesehatan wajib (basic six), dan beberapa upaya kesehatan pilihan yang disesuaikan dengan kondisi, kebutuhan, tuntutan, kemampuan, dan inovasi serta kebijakan pemerintah daerah setempat. Terdapat dua jenis puskesmas menurut Departemen

Kesehatan RI (2001) yaitu puskesmas perawatan dan puskesmas nonperawatan.

1) Puskesmas Perawatan (Rawat Inap)

Puskesmas rawat inap didefinisikan pula sebagai puskesmas yang dilengkapi ruangan tambahan dan fasilitas untuk menyelamatkan pasien gawat darurat dan tindakan yang diberikan adalah tindakan operatif terbatas dan rawat inap sementara (Effendi, 2009). Rawat inap pasien dilakukan paling sedikit 24 jam perawatan. Puskesmas Perawatan adalah Puskesmas yang berdasarkan Surat Keputusan Bupati atau Walikota menjalankan fungsi perawatan dan untuk menjalankan fungsinya diberikan tambahan ruangan dan fasilitas rawat inap yang sekaligus merupakan pusat rujukan antara (Departemen Kesehatan RI, 2007). Puskesmas perawatan (rawat inap) berfungsi sebagai pusat rujukan pasien yang gawat darurat sebelum dibawa ke rumah sakit. Tindakan operatif terbatas seperti kecelakaan lalu lintas, persalinan dengan penyulit dan penyakit lain yang bersifat gawat darurat. Puskesmas perawatan sebagai puskesmas rawat inap tingkat pertama memberikan pelayanan kesehatan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medik dengan tinggal di ruang rawat inap puskesmas (Kepmenkes nomor 28/MENKES/SK/IX/2008).

2) Puskesmas Non Perawatan

Jenis Puskesmas non perawatan hanya melakukan pelayanan kesehatan rawat jalan (Direktorat Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Institut Teknologi Telkom, 2012). Permenkes No.029 tahun 2010 menyebutkan kegiatan di pelayanan kesehatan rawat jalan yakni observasi, diagnosis, pengobatan, dan atau pelayanan kesehatan lainnya tanpa dirawat inap.

Data yang akan dilengkapi adalah:

- (1) Jumlah puskesmas perawatan dan non perawatan, ratio jumlah penduduk per wilayah
- (2) Jumlah Posyandu, Puskesmas Pembantu, Puskesmas dengan tempat tidur dan Puskesmas Keliling
- (3) Jumlah dan Jarak merata Puskesmas Pembantu, Puskesmas DTP dan Puskesmas Keliling dengan Rumah Sakit di wilayah kerja

- (4) Angka Kesakitan (Morbiditas)

Morbiditas adalah derajat sakit, cedera atau gangguan pada suatu **populasi morbiditas** juga merupakan suatu penyimpangan dari status sehat dan sejahtera atau keberadaan dari suatu kondisi sakit, biasanya dinyatakan dalam angka prevalensi atau insidensi yang umum.

- (5) Angka Kematian (Mortalitas)

Macam–macam/jenis angka kematian (Mortality Rate/Mortality Ratio) dalam Epidemiologi antara lain:

- (a) Angka Kematian Kasar (Crude Death Rate) Adalah jumlah semua kematian yang ditemukan pada satu jangka waktu (umumnya 1 tahun) dibandingkan dengan jumlah penduduk pada pertengahan waktu yang bersangkutan. Istilah crude digunakan karena setiap aspek kematian tidak memperhitungkan usia, jenis kelamin, atau variabel lain.

Rumus: $CDR/AKK = \frac{\text{jml seluruh kematian}}{\text{jml penduduk pertengahan}} \times XK$

- (b) Perinatal Mortality Rate (PMR)/Angka Kematian Perinatal (AKP). PMR adalah jumlah kematian janin yang dilahirkan pada usia kehamilan 28 minggu atau lebih ditambah dengan jumlah kematian bayi yang berumur kurang dari 7 hari yang dicatat selama 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. (WHO, 1981).

Manfaat PMR adalah untuk menggambarkan keadaan kesehatan masyarakat terutama kesehatan ibu hamil dan bayi. Faktor yang mempengaruhi tinggi rendahnya PMR adalah (1) Banyaknya Bayi BBLR; (2) Status gizi ibu dan bayi; (3) Keadaan social ekonomi; (4) Penyakit infeksi, terutama ISPA; (5) Pertolongan persalinan

Rumus : $PMR/ AKP = \frac{\text{jml kematian janin yg dilahirkan pd usia kehamilan 28 minggu} + \text{dg jml kematian bayi yg berumur kurang dr 7 hari yg di catat selama 1 tahun}}{\text{jml bayi lahir hidup pd tahun yg sama}} \times XK$

- (c) Neonatal Mortality Rate (NMR) = Angka Kematian Neonatal (AKN) Adalah jumlah kematian bayi berumur kurang dari 28 hari yang dicatat selama 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Manfaat NMR adalah untuk mengetahui: (1) Tinggi rendahnya usaha perawatan postnatal. (2) Program imunisasi; (3) Pertolongan persalinan; (4) Penyakit infeksi, terutama saluran napas bagian atas.

Rumus : $NMR/ AKN = \frac{\text{jml kematian bayi umur kurang dr 28 hari}}{\text{jml lahir hidup pd tahun yg sama}} \times XK$

- (d) Infant Mortality Rate (IMR)/Angka Kematian Bayi (AKB) Adalah jumlah seluruh kematian bayi berumur kurang dari 1 tahun yang dicatat selama 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Manfaat IMR adalah sebagai indikator yg sensitive terhadap derajat kesehatan masyarakat.

Rumus : $IMR/ AKB = \frac{\text{jml kematian bayi umur 0-1 th}}{\text{jml kelahiran hidup pd th yg sama}} \times XK$

- (e) Under Five Mortality Rate (UFMR)/Angka Kematian Balita Adalah jumlah kematian balita yang dicatat selama 1 tahun per 1000 penduduk balita pada tahun yang sama. Manfaat UFMR adalah untuk mengukur status kesehatan bayi.

Rumus : $UFMR = \frac{\text{jml kematian balita yg cacat dlm 1 thn}}{\text{jml penduduk balita pd thn yg sama}} \times XK$

- (f) Angka Kematian Pasca-Neonatal (Postneonatal Mortality Rate) diperlukan untuk menelusuri kematian di Negara belum berkembang, terutama pada wilayah tempat bayi meninggal pada tahun pertama kehidupannya akibat malnutrisi, defisiensi nutrisi, dan penyakit infeksi. Postneonatal Mortality Rate adalah kematian yang terjadi pada bayi usia 28 hari sampai 1 tahun per 1000 kelahiran hidup dalam satu tahun.

Rumus : $\text{pasca-neonatal mortality rate} = \frac{\text{jml kematian bayi usia 28 hari-1 thn}}{\text{jml kelahiran hidup pd thn yg sama}} \times XK$

- (g) Angka Kematian Janin/Angka Lahir Mati (Fetal Death Rate). Istilah kematian janin penggunaannya sama dengan istilah lahir mati. Kematian janin adalah kematian yang terjadi akibat keluar atau dikeluarkannya janin dari rahim, terlepas dari durasi kehamilannya. Jika bayi tidak bernafas atau tidak menunjukkan tanda-tanda kehidupan saat lahir, bayi dinyatakan meninggal. Tanda -tanda kehidupan biasanya ditentukan dari Pernapasan, Detak Jantung, Detak Tali Pusat atau Gerakan Otot Volunter. Angka Kematian Janin adalah proporsi jumlah kematian janin yang dikaitkan dengan jumlah kelahiran pada periode waktu tertentu, biasanya 1 tahun.

Rumus : $\text{Angka kematian janin} = \frac{\text{jml kematian janin dlm periode tertentu}}{\text{total kematian janin+janin lahir hidup periode yg sama}} \times XK$

- (h) Maternal Mortality Rate (MMR)/Angka Kematian Adalah jumlah kematian ibu sebagai akibat dari komplikasi kehamilan, persalinan dan masa nifas dalam 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Tinggi rendahnya MMR berkaitan dengan : (1) Sosial ekonomi; (2) Kesehatan ibu sebelum hamil,

bersalin dan nifas; (3) Pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil;
(4) Pertolongan persalinan dan perawatan masa nifas

Rumus: $MMR = \frac{\text{jml kematian ibu hamil, persalinan \& dan nifas dlm 1 thn}}{\text{jml lahir hidup pd thn yg sama}} \times X$

(i) Age Specific Mortality Rate (ASMR/ASDR). Manfaat ASMR/ASDR adalah: (1) Untuk mengetahui dan menggambarkan derajat kesehatan masyarakat dengan melihat kematian tertinggi pada golongan umur. (2) Untuk membandingkan taraf kesehatan masyarakat di berbagai wilayah. (3) Untuk menghitung rata-rata harapan hidup.

(j) Cause Specific Mortality Rate (CSMR) Yaitu jumlah seluruh kematian karena satu sebab penyakit dalam satu jangka waktu tertentu (1 tahun) dibagi dengan jumlah penduduk yang mungkin terkena penyakit tersebut.

Rumus : $CSMR = \frac{\text{jml seluruh kematian karena sebab penyakit tertentu}}{\text{jml penduduk yg mungkin terkena penyakit pd pertengahan tahun}} \times X$

(k) Case Fatality Rate (CFR) Adalah perbandingan antara jumlah seluruh kematian karena satu penyebab penyakit tertentu dalam 1 tahun dengan jumlah penderita penyakit tersebut pada tahun yang sama. Digunakan untuk mengetahui penyakit –penyakit dengan tingkat kematian yang tinggi.

Rumus : $CFR = \frac{\text{jml kematian karena penyakit tertentu}}{\text{jml seluruh penderita penyakit tersebut}} \times X$

(6) Angka Kelahiran

1) **Angka Kelahiran Kasar**

Angka kelahiran kasar atau Crude Birth Rate (CBR) menunjukkan jumlah bayi yang lahir setiap 1.000 penduduk dalam satu tahun. Untuk mencari angka kelahiran kasar digunakan rumus sebagai berikut.

Di mana: $CBR = L/P * 1000$

CBR = angka kelahiran kasar

L = jumlah kelahiran selama satu tahun

P = jumlah penduduk pertengahan tahun

Angka kelahiran kasar digolongkan menjadi tiga, yaitu:

- a) Golongan tinggi, apabila jumlah kelahiran lebih dari 30.
- b) Golongan sedang, apabila jumlah kelahiran antara 20 - 30.
- c) Golongan rendah, apabila jumlah kelahiran kurang dari 20.

2) **Angka Kelahiran Umum**

Angka kelahiran umum atau General Fertility Rate (GFR) adalah banyaknya kelahiran tiap 1.000 wanita yang berusia 15 - 49 tahun pada pertengahan tahun. Angka kelahiran umum dapat diketahui dengan rumus.

Di mana: $GFR = L/W(15-49)*1000$

L = banyaknya kelahiran selama satu tahun

W(15 - 49) = banyaknya penduduk wanita yang berumur 15 – 49 Tahun

3) **Angka Keahiran Khusus**

Angka kelahiran khusus atau Age Spesific Birth Rate (ASBR) menunjukkan banyaknya bayi lahir setiap 1.000 orang wanita pada usia tertentu dalam waktu satu tahun. Untuk mengetahui ASBR digunakan rumus sebagai berikut.

Di mana: $ASBR = Lx/Px*1000$

ASBR = angka kelahiran dari wanita pada umur tertentu

Lx = jumlah kelahiran dari wanita pada kelompok umur tertentu

Px = jumlah wanita pada kelompok umur tertentu

- (7) Angka Pasien rawat jalan dan rawat inap
- (8) Jumlah dan jenis Tenaga kesehatan
- (9) Jumlah Tenaga Paramedik Perawatan
- (10) Jumlah Tenaga Peramedik Non Perawatan

- (11) Jumlah Tenaga Non medik
- (12) Jumlah dan Jenis Layanan Kesehatan
- (b) Rumah sakit
 - (1) Jumlah Rumah Sakit di wilayah kerja termasuk Rumah Sakit Swast
 - (2) Jarak Antar Rumah Sakit di wilayah Kerja
 - (3) Data Tarif Perawatan di Rumah Sakit lain sekitar lokasi
 - (4) Sebaran Rumah Sakit sekitar wilayah
 - (5) Pola penyakit Kota/ Kabupaten
 - (6) Jumlah dan Jenis Tenaga Dokter Umum dan Spesialis di wilayah kerja
 - (7) Jumlah Tenaga Para Medik Perawatan, Para Medik Non Perawatan dan Tenaga Non Medik di wilayah kerja
 - (8) Data Indikator Pelayanan Rumah Sakit

Indikator yang digunakan untuk menilai perkembangan sarana dan pelayanan rumah sakit antara lain dengan melihat perkembangan fasilitas perawatan yang biasanya diukur dengan jumlah rumah sakit dengan tempat tidurnya serta rasionya terhadap jumlah penduduk. Berikut adalah indikator pelayanan rumah sakit yang akan di nilai:

- (1) Pemakaian Tempat Tidur/*Bed Occupancy Rate* (BOR). *Bed Occupancy Rate* (BOR) adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satu – satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60 – 85 %.
- (2) *Average Length of Stay* (ALOS): Rata-rata Lama Rawat Seorang Pasien *Average Length of Stay* (ALOS) merupakan rata-rata rawatan seorang pasien. Indikator ini digunakan untuk mengukur tingkat efisiensi dan memberikan gambaran mutu pelayanan rumah sakit. Secara umum nilai ALOS yang ideal antara 6 – 9 hari.
- (3) Rata-rata hari Tempat Tidur Tidak Ditempati/*Turn of Interval* (TOI): *Turn of Interval* (TOI) merupakan rata-rata hari tempat tidur tidak ditempati dari saat terisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini

memberikan gambaran tingkat efisiensi dari penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1–3 hari, semakin besar TOI maka efisiensi penggunaan tempat tidur semakin jelek.

- (4) Angka Kematian Umum Penderita yang Dirawat di RS/*Gross Death Rate* (GDR) Merupakan angka kematian umum untuk tiap–tiap 1.000 penderita keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit. Semakin rendah GDR berarti mutu pelayanan rumah sakit semakin baik. Besaran angka GDR yang masih bisa ditolerir maksimum 45.
- (5) Angka Kematian Penderita yang Dirawat < 48 Jam/*Net Death Rate* (NDR) Merupakan angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1.000 penderita keluar. Nilai NDR yang dapat ditolerir adalah 25 per 1.000 penderita keluar

(c) Sarana Pelayanan Kesehatan menurut Kepemilikan / Pengelola

(d) Posyandu

Posyandu adalah salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu, bayi, dan balita. Beberapa data yang akan dicari terkait dengan keberadaan posyandu adalah:

- (1) Posyandu Pratama adalah Posyandu yang belum mantap, ditandai oleh kegiatan Posyandu belum terlaksana secara rutin setiap bulan dan jumlah kader kurang dari 5 orang.
- (2) Posyandu Madya adalah Posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata kader sebanyak 5

orang atau lebih, tetapi cakupan kelima kegiatan utamanya masih rendah, yaitu kurang dari 50%.

- (3) Posyandu Purnama adalah Posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata kader sebanyak 5 orang atau lebih, cakupan kelima kegiatannya lebih dari 50%, mampu menyelenggarakan program tambahan, serta telah memperoleh sumber pembiayaan dari dana sehat yang dikelola oleh masyarakat yang kepesertaannya masih kurang dari 50% KK di wilayah kerja Posyandu.
- (4) Posyandu Mandiri adalah Posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata kader sebanyak 5 orang atau lebih, cakupan kelima kegiatannya lebih dari 50%, mampu menyelenggarakan program tambahan, serta telah memperoleh sumber pembiayaan dari dana sehat yang dikelola oleh masyarakat yang kepesertaannya lebih dari 50% KK di wilayah kerja Posyandu.
- (5) Posyandu aktif adalah posyandu yang telah tergolong menjadi posyandu purnama dan mandiri.

(e) Desa Siaga

Desa Siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah–masalah kesehatan, bencana, dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. Desa/Kelurahan aktif pratama adalah Desa dan kelurahan Siaga yang telah memiliki forum desa/kelurahan tetapi belum berjalan, memiliki 2 orang Kader Pemberdayaan Masyarakat/kader teknis, memiliki kemudahan akses pelayanan kesehatan dasar, memiliki Posyandu yang aktif, memiliki dukungan dana untuk kegiatan kesehatan dari pemerintah desa/kelurahan, ada peran aktif masyarakat, dan melakukan pembinaan PHBS kurang dari 20% rumah tangga yang ada

Pengembangan desa siaga merupakan aktivitas yang berkelanjutan dan bersifat siklus. Setiap tahapan meliputi banyak aktivitas.

1. Pada tahap 1 dilakukan sosialisasi dan survei mawas diri (SMD), dengan kegiatan antara lain: Sosialisasi, Pengenalan kondisi desa, Membentuk kelompok masyarakat yang melaksanakan SMD, pertemuan pengurus, kader dan warga desa untuk merumuskan masalah kesehatan yang dihadapi dan menentukan masalah prioritas yang akan diatasi.
2. Pada tahap 2 dilakukan pembuatan rencana kegiatan. Aktivitasnya, terdiri dari penentuan prioritas masalah dan perumusan alternatif pemecahan masalah. Aktivitas tersebut, dilakukan pada saat musyawarah masyarakat 2 (MMD-2). Selanjutnya, penyusunan rencana kegiatan, dilakukan pada saat musyawarah masyarakat 3 (MMD-3). Sedangkan kegiatan antara lain memutuskan prioritas masalah, menentukan tujuan, menyusun rencana kegiatan dan rencana biaya, pemilihan pengurus desa siaga, presentasi rencana kegiatan kepada masyarakat, serta koreksi dan persetujuan masyarakat.
3. Tahap 3, merupakan tahap pelaksanaan dan monitoring, dengan kegiatan berupa pelaksanaan dan monitoring rencana kegiatan.
4. Tahap 4, yaitu: kegiatan evaluasi atau penilaian, dengan kegiatan berupa pertanggung jawaban.

Pada pelaksanaannya, tahapan diatas tidak harus berurutan, namun disesuaikan dengan kondisi masing-masing desa/kelurahan

3) Tenaga Kesehatan

- a) Jumlah dan Rasio Tenaga Medis di Sarana Kesehatan
- b) Jumlah dan Rasio Tenaga Keperawatan di Sarana Kesehatan
- c) Jumlah dan Rasio Tenaga Kebidanan di Sarana Kesehatan
- d) Jumlah dan Rasio Tenaga Kefarmasian di Sarana Kesehatan
- e) Jumlah dan Rasio Tenaga Gizi di Sarana Kesehatan
- f) Jumlah dan Rasio Tenaga Kesehatan Masyarakat di Sarana Kesehatan

- g) Jumlah dan Rasio Tenaga Sanitasi di Sarana Kesehatan
- h) Jumlah dan Rasio Tenaga Teknisi Medis di Sarana Kesehatan

4) Kondisi Lingkungan

- a) Kondisi Topografi wilayah perencanaan
- b) Rencana peruntukkan tanah di sekitar wilayah perencanaan yang terkait dengan Rencana Tata Ruang Kota yang ada (RTBL, RUTR, RDTR, RTRW)
- c) Iklim dan Cuaca setempat di wilayah ini.

Untuk melengkapi data yang dibutuhkan dalam melakukan analisa situasi ini, baik data utama maupun data pendukung, baik data yang bersifat primer maupun sekunder, maka teknik pengumpulan data yang digunakan, sebagai berikut:

- a) Observasi. Pengumpulan data dengan cara mengadakan pengamatan langsung terhadap kondisi lingkungan di Kabupaten Balangan. **Pengamatan** atau **observasi** adalah aktivitas yang dilakukan makhluk cerdas, terhadap suatu proses atau objek dengan maksud merasakan dan kemudian memahami pengetahuan dari sebuah fenomena berdasarkan pengetahuan dan gagasan yang sudah diketahui sebelumnya, untuk mendapatkan informasi-informasi yang dibutuhkan untuk melanjutkan suatu penelitian. Di dalam penelitian, observasi dapat dilakukan dengan tes, kuesioner, rekaman gambar dan rekaman suara. Cara observasi yang paling efektif adalah melengkapinya dengan pedoman observasi/pedoman pengamatan seperti format atau blangko pengamatan. Format yang disusun berisi item-item tentang kejadian atau tingkah laku yang digambarkan akan terjadi. Setelah itu, peneliti sebagai seorang pengamat tinggal memberikan tanda cek pada kolom yang dikehendaki pada format tersebut. Orang yang melakukan pengamatan disebut pengamat
- b) Wawancara. Salah satu metode dalam pengumpulan data ialah dengan melakukan wawancara. Melalui metode ini akan dilakukan wawancara terbuka dengan para stakeholders melalui kegiatan pertemuan dan

kelompok masyarakat yang menjadi target group. Wawancara akan dilakukan kepada Pejabat instansi terkait, seperti Bappeda, Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas, Tenaga Kesehatan, Tokoh masyarakat serta Akademisi

Macam-macam wawancara yaitu

1. Wawancara terstruktur digunakan sebagai teknik pengumpulan data, bila telah mengetahui informasi yang akan diperoleh.
2. Wawancara semiterstruktur digunakan untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka, yang diajak wawancara diminta pendapat, dan ide-idenya.
3. Wawancara tak terstruktur digunakan saat penelitian pendahuluan atau malahan penelitian yang lebih mendalam tentang subyek yang diteliti.

Langkah-langkah wawancara dalam penelitian kualitatif yaitu

1. Menetapkan kepada siapa wawancara itu akan dilakukan
2. Menyiapkan pokok-pokok masalah yang akan menjadi bahan pembicaraan
3. Mengawali atau membuka alur wawancara
4. Melangsungkan alur wawancara
5. Mengkonfirmasi ihtisar hasil wawancara dan mengakhirinya
6. Menuliskan hasil wawancara ke dalam catatan lapangan
7. Mengidentifikasi tindak lanjut hasil wawancara yang telah diperoleh.

Jenis-jenis pertanyaan dalam wawancara yaitu

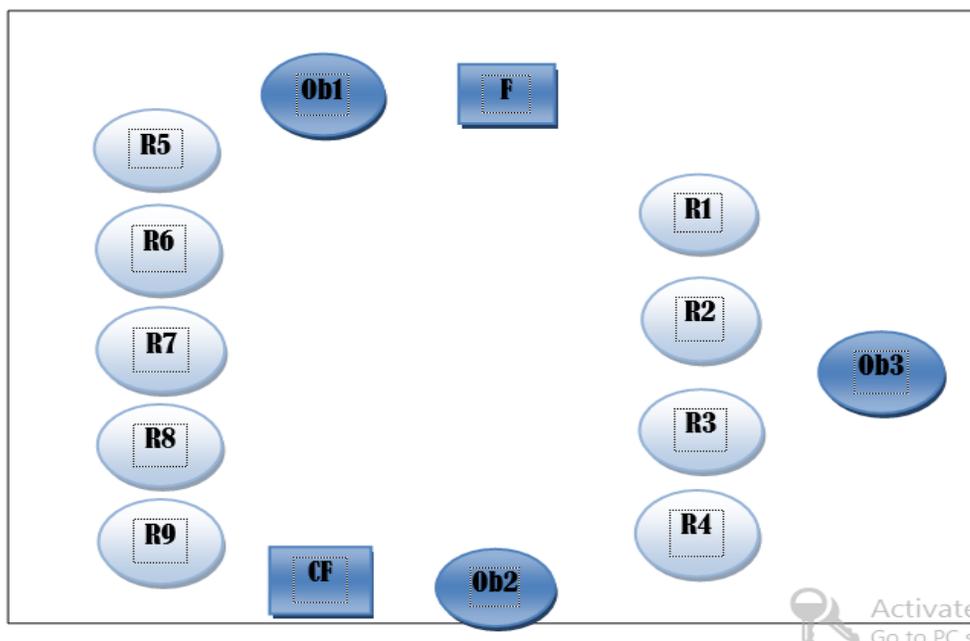
1. Pertanyaan yang berkaitan dengan pengalaman.
2. Pertanyaan yang berkaitan dengan pendapat
3. Pertanyaan yang berkaitan dengan perasaan
4. Pertanyaan tentang pengetahuan
5. Pertanyaan yang berkaitan dengan indera
6. Pertanyaan yang berkaitan dengan latar belakang atau demografi.

Alat-alat wawancara yaitu buku catatan, tape recorder, kamera. Hasil wawancara segera harus dicatat setelah selesai melakukan wawancara agar tidak lupa bahkan hilang.

- c) Dokumentasi. Dalam metode dokumentasi ini akan dilakukan pengumpulan data primer dan data sekunder. Pengumpulan Data Sekunder, dilakukan dengan mendatangi masing-masing Instansi terkait sesuai dengan Data yang dibutuhkan dalam pekerjaan penyusunan ini. Jika pada salah satu Instansi ternyata Data tidak dipunyai, atau sedang dalam proses pembuatan, atau sedang digunakan untuk keperluan lain maka Data dapat mencari pada instansi lain yang terkait sesuai dengan kebutuhan data tersebut.
- d) *Focus Group Discussion (FGD)*

Teknik Pengumpulan data yang lain adalah dengan melakukan FGD terhadap segenap stakeholders untuk menggali data yang berhubungan dengan pembangunan bidang kesehatan di Kabupaten Balangan. Menurut Andi Prastowo (2008), FGD merupakan suatu bentuk penelitian kualitatif dimana sekelompok orang dimintai pendapatnya mengenai permasalahan yang sedang dikaji pada situasi kondisi tertentu. Tujuannya adalah untuk memperoleh informasi mendalam pada konsep, persepsi dan gagasan untuk suatu kelompok FGD mengarahkan untuk menjadi lebih dari suatu pertanyaan-pertanyaan interaksi jawaban. Ini merupakan suatu diskusi kelompok antara 6 sampai 12 orang yang dipandu oleh seorang fasilitator dan co-fasilitator. Anggota kelompok biasanya terdiri atas 6-12 orang. Pemilihan jumlah peserta haruslah didasarkan pada dua hal yaitu: jangan terlalu besar sehingga partisipasi anggotanya menjadi berkurang dan sebaliknya jangan terlalu kecil sehingga gagal memperoleh cakupan yang luas dibanding dengan hanya seorang. FGD merupakan proses interaktif. FGD dapat digunakan sebagai alat yang kuat dalam sebuah penelitian yang menyediakan informasi secara spontan yang berharga dalam jangka

waktu yang singkat dan relatif cepat. FGD merupakan salah satu metode kualitatif dan alat tunggal yang dapat menambah keuntungan misalnya dalam penelitian atau yang lain. Dalam kelompok diskusi, orang-orang cenderung memusatkan pendapatnya berdasarkan pada norma sosial. Akan tetapi pendapat-pendapat itu sebaiknya dibahas dengan ketua dan informan penting dalam FGD melalui wawancara. Tujuan FGD adalah untuk mengeksplorasi masalah yang spesifik, yang berkaitan dengan topik yang dibahas. Teknik ini digunakan dengan tujuan untuk menghindari pemaknaan yang salah terhadap masalah yang dikaji. FGD digunakan untuk menarik kesimpulan terhadap makna-makna intersubjektif yang sulit diberi makna sendiri oleh peneliti karena dihalangi oleh dorongan subjektivitas. **Setting FGD sebagai berikut:**



KETERANGAN :

- F = Fasilitator
- CF = Co-Fasilitator
- Ob 1 & 2 = Observer 1 & 2
- Ob - 3 = Obeserver 3 (Kameramen)
- R1 – R9 = Responden 1 s/d 9

e) Wawancara-Mendalam (*In-depth Interview*)

Wawancara merupakan bagian dari metode kualitatif. Dalam metode kualitatif ini ada dikenal dengan teknik **wawancara-mendalam (*In-depth Interview*)**. Pengertian wawancara-mendalam (*In-depth Interview*) adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka antara pewawancara dengan responden atau orang yang diwawancarai, dengan atau tanpa menggunakan pedoman (*guide*) wawancara dimana pewawancara dan informan terlibat dalam kehidupan sosial yang relatif lama (Sutopo 2006: 72). Ciri khusus/Kekhasan dari wawancara-mendalam ini adalah keterlibatannya dalam kehidupan responden/informan.

Dalam wawancara-mendalam melakukan penggalian secara mendalam terhadap satu topik yang telah ditentukan (berdasarkan tujuan dan maksud diadakan wawancara tersebut) dengan menggunakan pertanyaan terbuka. Penggalian yang dilakukan untuk mengetahui pendapat mereka berdasarkan *perspective* responden dalam memandang sebuah permasalahan. Teknik wawancara ini dilakukan oleh seorang pewawancara dengan mewawancarai satu orang secara tatap muka (*face to face*).

- f) Triangulasi** adalah teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Triangulasi teknik adalah peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama

2.2.2 Teknik Analisis Data

Analisis adalah suatu studi dan pemeriksaan data (bisa data kuantitatif maupun kualitatif). Analisis data ini adalah kemampuan untuk mengaitkan data dan menghubungkan data dengan kemampuan kognitif yang dimiliki sehingga dapat diketahui kesenjangan atau masalah yang dihadapi oleh masyarakat. Tujuan dari

analisis data adalah untuk: (a) Menentukan kebutuhan kesehatan komunitas dan kekuatan komunitas; (b) Mengidentifikasi pola respon kesehatan dan kecenderungan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Fungsi analisa data: (a) Untuk mengintegrasikan data keperawatan dan kesehatan yang diperoleh dari berbagai sumber, sehingga data yang diperoleh memiliki makna dan arti dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan serta kebutuhan kesehatan masyarakat; (b) Sebagai alat pengambil keputusan dalam menentukan alternative pemecahan masalah yang dihadapi oleh masyarakat

Pedoman analisa data:

- a. Menyusun kategorisasi data secara sistematis dan logis
- b. Identifikasi kesenjangan data
- c. Menyusun pola alternative pemecahan masalah
- d. Menerapkan teori. Model, kerangka kerja, norma dan standart yang kemudian dibandingkan dengan data dan kesenjangan yang ditemukan
- e. Identifikasi kemampuan dan sumber daya masyarakat yang dapat menunjang asuhan keperawatan kesehatan masyarakat
- f. Membuat hubungan sebab akibat antara data dengan masalah yang diambil.

Cara analisa data:

- a. Validasi data dengan cara meneliti kembali data yang terkumpul
- b. Mengklarifikasi data
- c. Bandingkan dengan standar dan kriteria
- d. Buat kesimpulan tentang kesenjangan (masalah) yang ditentukan

Macam analisa data:

- a. Analisis korelasi
Mengembangkan tingkat hubungan, pengaruh dari dua atau lebih sub variabel yang diteliti menggunakan perhitungan secara statistik.
- b. Analisis masalah berdasarkan kelompok masalah/mayoritas (kelompok data fokus atau masalah fokus), misal insiden penyakit terbanyak, keluhan yang paling banyak dirasakan, pola perilaku yang tidak sehat, lingkungan yang tidak sehat, dll.

c. Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan masalah/etiologi

Untuk menetapkan etiologi ada beberapa pilihan:

- 1) Faktor budaya masyarakat
- 2) Pengetahuan yang kurang
- 3) Sikap masyarakat yang kurang mendukung
- 4) Dukungan yang kurang dari pemimpin formal atau informal
- 5) Kurangnya kader kesehatan di masyarakat
- 6) Kurangnya fasilitas pendukung di masyarakat
- 7) Kurang efektifnya pengorganisasian
- 8) Kondisi lingkungan yang kurang kondusif
- 9) Kurangnya ketrampilan terhadap prosedur pencegahan penyakit

Berdasarkan penjelasan diatas, maka analisa yang dipakai dalam kegiatan ini adalah:

- a. Deskriptif Kualitatif Analisis ini digunakan untuk mengetahui atau menggambarkan kecenderungan data memusat berupa frekuensi dan rata-rata kemudian dimunculkan dalam bentuk tabel frekuensi maupun grafik serta penjelasan naratif. Selain itu, analisa ini akan menjelaskan secara mendalam hasil dari wawancara dengan para stakeholder.
- b. Evaluasi Untuk melakukan evaluasi terhadap program yang telah diimplementasikan digunakan metode evaluasi single program after only. Artinya akan dilakukan evaluasi terhadap program pembangunan bidang kesehatan di Kabupaten Balangan yang sedang dan telah dilakukan. Pada bagian ini, tidak lain bagian dari analisis kebijakan (Policy analysis) menurut Mason, Talbott & Leavitt, 1993 adalah kajian sistematis terhadap isi dan akibat yang nyata atau diantisipasi terhadap kebijakan yang sedang berjalan atau yang direncanakan. Secara ringkas, analisis ini meliputi pola sebagai berikut:
 - a) Menyusun struktur masalah (Problem structuring)
 - b) Memprediksi (Forecasting)

c) Rekomendasi (Recommendation)

d) Pemantauan (Monitoring)

e) Evaluasi (Evaluation)

Dalam analisis ini juga dapat terpetakan hirarki dari tipe isu kebijakan, dalam hal ini isu-isu pembangunan kesehatan, yaitu:

a) Isu-isu utama (Major issues),

b) Isu-isu sekunder (Secondary issues),

c) Isu-isu fungsional (Functional issues),

d) Isu-isu kecil (Minor issue)

BAB III
GAMBARAN UMUM PEMBANGUNAN KESEHATAN
KABUPATEN BALANGAN

3.1. Kondisi Umum Daerah

Wilayah kabupaten Balangan terletak antara 20 02'25,99" sampai dengan 20 31'57,96" Lintang Selatan dan 115018'45,03" sampai dengan 115050'11,70" Bujur Timur. Kabupaten Balangan terbagi menjadi 8 kecamatan, dengan 157 desa/kelurahan. Kabupaten Balangan memiliki kondisi topografi yang cukup variatif. Sebagian besar wilayah di Kabupaten Balangan berada di ketinggian antara 25-100 m dpl (38 persen). Ketinggian yang paling kecil adalah ketinggian 0-7 meter, yaitu hanya 1 9 persen. Ketinggian 0-7 meter dpl hanya terdapat di Kecamatan Lampihong dan Kecamatan Batumandi sedangkan ketinggian di atas 500 meter dpl hanya terdapat di Kecamatan Awayan, Tebing Tinggi dan Halong. Wilayah dengan ketinggian lebih dari 500 meter dpl merupakan wilayah yang jika digunakan untuk budidaya pertanian memerlukan tindakan-tindakan khusus karena pada ketinggian tersebut banyak lereng yang terjal dan mudah erosi. Ketinggian kurang dari 500 meter sangat cocok untuk budidaya pertanian dan harus tetap memperhitungkan bahwa pada ketinggian tersebut juga masih banyak lereng yang terjal.

Kondisi geologis di salah satu wilayah kabupaten diasumsikan cukup mewakili kondisi geologis lingkup Kawasan tersebut, karena proses ekologi yang terjadi secara alami pada umumnya berlangsung dalam rentang waktu yang panjang di lingkup wilayah yang cukup luas. Tinjauan kondisi geologi terdiri dari tinjauan terhadap jenis batuan, jenis tanah dan tekstur tanah yang terdapat di Kabupaten Balangan. Jenis batuan yang ada di Kabupaten Balangan terdiri dari enam jenis, yaitu Paleogen To,b,c,d, batuan beku dalam, Miosen bawah (Aketania Fe), Miosen Tf 1 -3, Neopleosin Tf-Tgh, Misozoikum tak diuraikan dan Quarfer. Jenis batuan yang paling luas di Kabupaten Balangan adalah jenis miosen Tf 1 -3 yaitu mencapai 71.277 Ha (37,25 persen) dari luas wilayah. Jenis batuan ini

terdapat di semua Kecamatan. Sedangkan jenis batuan yang paling sedikit adalah jenis Paleogen Ta, b, c, d yang hanya terdapat di Kecamatan Halong

Keadaan iklim di Kalimantan Selatan menurut Sistem Koppen dapat digolongkan kedalam iklim hutan tropika humid dengan rata-rata curah hujan tahunan berkisar antara 2000 mm hingga 3000 mm, curah hujan terendah jatuh sekitar bulan Juni, Juli, Agustus dan September, sedangkan curah hujan tertinggi jatuh sekitar bulan Desember, Januari, Februari dan Maret. Curah hujan di suatu tempat antara lain dipengaruhi oleh keadaan iklim dan perputaran arus udara. Oleh karena itu, jumlah curah hujan beragam menurut bulan dan letak stasiun pengamat. Masing-masing memiliki angka yang berbeda. Dilihat dari 3 (tiga) stasiun pengamatan yang terdapat di Kabupaten Balangan, yaitu Paringin, Batu Mandi dan Juai, rata-rata curah hujan per hari pada tahun 2015 di Kabupaten Balangan sebesar 16,5 mm dengan rata-rata jumlah hari hujan sebanyak 117,7 hari atau sekitar lebih dari 3 bulan. Hari hujan terbanyak selamatahun 2014 initerpantau di stasiun pengamatan Juai yaitu pada bulan Desember dengan 25 hari hujan dalam sebulan

Berdasarkan data yang dikeluarkan oleh Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kabupaten Balangan jumlah penduduk Kabupaten Balangan pada tahun 2015 adalah sebesar 1.511.875 jiwa. Angka ini terjadi peningkatan dibandingkan dengan tahun sebelumnya yang hanya 1.140.009 jiwa, yang terdiri dari 311.587 rumah tangga yang tersebar di 152 Desa/Kelurahan. Kabupaten dengan luas wilayah 1.878,30 km² ini memiliki kepadatan penduduk (*population density*) 62 jiwa per km². Dari total penduduk yang ada, sebanyak 76.502 laki-laki dan 75.373 perempuan, dengan sebarannya hampir merata di masing-masing kecamatan, terbanyak terdapat di Kecamatan Halong yaitu 26.339 jiwa dan paling sedikit terdapat di Kecamatan Tebing Tinggi yaitu 9.056 jiwa. Untuk jelasnya dapat dilihat pada Tabel berikut:

Tabel 1. Luas Wilayah, Jumlah Desa/Keluaran, Jumlah Rumah Tangga dan Jumlah Penduduk Tiap Kecamatan Tahun 2015

Kecamatan	Luas (Km2)	Jumlah/total		
		Desa/Kel	Rumah Sakit	Penduduk
1. lampihong	96,96	27	5130	16944
2. Batumandi	147,96	18	5363	17418
3. Awayan	142,57	23	4245	13939
4. Tebing Tinggi	257,25	12	1881	6280
5. Paringin	100,04	16	5349	17614
6. Paringin Selatan	86,80	16	3822	12515
7. Juai	386,88	21	5209	17392
8. Halong	659,84	24	6433	21393
Jumlah	1.878,30	157	37.432	123.495

Sumber: Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Balangan Tahun 2016

Tabel 2. Jumlah Penduduk Per Kecamatan Tahun 2014-2015

Kecamatan	Jenis Kelamin				Jumlah Penduduk		Rasio Jenis Kelamin	
	Laki-laki		Perempuan		2014	2015	2014	2015
	2014	2015	2014	2015				
1. lampihong	9013	8568	8896	8376	17927	16944	102	102
2. Batumandi	9148	8877	8836	8541	17984	17418	104	104
3. Awayan	6706	6944	6743	6995	13449	13939	99	99
4. Tebing Tinggi	3462	3206	3348	3074	6810	6280	103	104
5. Paringin	8956	8790	8998	8824	17954	17614	100	100
6. Paringin Selatan	6467	6294	6399	6221	12866	12515	101	101
7. Juai	8448	8815	8261	8577	16709	17392	102	103
8. Halong	9394	5	8951	8	18345	21393	105	106
Jumlah	61594	62479	60432	61016	122044	123495	102	102

Sumber: Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Balangan Tahun 2016

Tabel 3. Angkatan Kerja Menurut Tingkat Pendidikan Kabupaten Balangan Tahun 2013-2015

Tingkat Pendidik	2013	2014	2015
Maksimum SD	37262	37865	36226
SMTp	13630	12943	7840
SMTA Umum	8184	9341	10728
SMTA Kejuruan	1447	2245	3893
Diploma	901	1109	1090
Universitas	2,583	2607	5216
Jumlah	64007	66110	64993

Sumber: BPS, Sakernas Tahun 2013-2015 (Agustus)

Tabel 4. Penduduk yang Bekerja Menurut Lapangan Usaha Kabupaten Balangan Tahun 2013-2015

Lapangan Usaha	2013	2014	2015
Pertanian	45953	46801	33129
Pertambangan	963	1143	2452
Industri	1499	655	1895
Listrik, Gas & Air		236	279
Bangunan	958	1360	2053
Perdagangan	5905	8532	10498
Angkutan	781	658	1194
Keuangan	390	254	861
Jasa	5818	5588	9831
Jumlah	62267	65227	62192

Sumber: BPS, Sakernas Tahun 2013-2015 (Agustus)

Tabel 5. Penduduk yang Bekerja Menurut Jam Kerja Kabupaten Balangan Tahun 2013-2015

Jam Kerja	2013	2014	2015
0	2121	1084	2162
1-9	3886	3177	3717
10-14	6395	5315	4253
15-24	27403	21744	12702
25-34	11202	13805	19570
35-44	5872	8769	7393
45-59	3738	6743	6155
>60	1650	4590	6240
Jumlah	62267	65227	62192

Sumber: BPS, Sakernas Tahun 2013-2015 (Agustus)

Agama dan sosial budaya menjadi landasan spiritual, moral dan etika dalam mendukung pelaksanaan pembangunan fisik/material. Setiap individu, keluarga dan masyarakat bebas mengekspresikan kehidupan beragamanya ataupun kepercayaannya. Sebagai makhluk sosial warga masyarakat bebas untuk berserikat atau berkumpul. Hal ini sudah dijamin oleh undang-undang. Masyarakat di Kabupaten Balangan merupakan masyarakat yang mayoritas beragama islam. Tercatat sebanyak 114.027 orang beragama Islam. Sedangkan tempat peribadatan berdasarkan data yang tercatat di Kementerian Agama, jumlah sarana peribadatan tahun 2013 terdiri dari 128 mesjid, 360 langgar/musholla, 10 gereja, 1 pura, 5 wihara dan 17 balai adat.

3.2. Kondisi Pembangunan Kesehatan Daerah

Kesehatan merupakan investasi untuk mendukung pembangunan ekonomi serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia sesuai dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemajuan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan antar-upaya program dan sektor, serta kesinambungan dengan upaya-upaya yang telah dilaksanakan dalam periode sebelumnya.

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Kabupaten Balangan dalam kurun waktu 2011-2015, telah membuahkan hasil yang menggembirakan, tetapi tetap menyisakan tugas ke depan, yaitu mengatasi permasalahan-permasalahan pokok yang mendasar di masa datang. Beberapa permasalahan pembangunan mendasar yang dapat diidentifikasi dalam melaksanakan pembangunan di

Kabupaten Balangan, diantaranya terfokuskan dalam beberapa indikator kinerja sasaran dengan target dan realisasi pada tahun 2016 sebagai berikut:

Tabel 2. Kondisi Pembangunan Kesehatan Masa Kini.

No	Indikator	Satuan	Realisasi 2015	Realisasi 2016	Kinerja
1	Umur Harapan Hidup	Tahun	66,65	66,65	Stagnan
2	Angka Kematian Ibu	Proporsi	245	214,04	Naik
3	Angka Kematian Bayi	Proporsi	14,7	13,3	Naik
4	Menurunnya prevalensi gizi kurang	Persen	2,68	17,28	Naik
5	Persentase Desa Yang Memiliki Tenaga Bidan	Orang	178	176	Turun
6	Meningkatnya Jumlah Puskesmas Rawat Inap	Persen	100	100	Stagnan
7	Persentase Desa Yang Memiliki Poskesdes	Persen	76.64	69.42	Turun
8	Cakupan jaminan kesehatan	Persen	100	100	Stagnan

Berdasarkan data profil kesehatan Kabupaten Balangan, penyelenggaraan pembangunan kesehatan tahun 2015 dapat dilihat pada gambar berikut.

Tabel 3. Jumlah sarana kesehatan menurut kepemilikan Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	FASILITAS KESEHATAN	PEMILIK/PENGELOLA						JUMLAH
		KEMENKES	PEM.PROV	PEM.KAB/ KOTA	TNI/POLRI	BUMN	SWASTA	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Rumah Sakit								
1	Rumah Sakit Umum			1				1
2	Rumah Sakit Khusus							-
Puskesmas Dan Jaringannya								
1	Puskesmas Rawat Inap			1				1
	Jumlah Tempat Tidur			10				10
2	Puskesmas Non Rawat Inap			11				11
3	Puskesmas Keliling			14				14
	Puskesmas pembantu							
4	Puskesmas Pembantu			22				22
Sarana Pelayanan Lain								
1	Rumah Bersalin							-
2	Balai Pengobatan/Klinik							-
3	Praktek Dokter Bersama							-
4	Praktek Dokter Perorangan						23	23
5	Praktek Pengobatan Tradisional						1	1

6	Bank Darah Rumah Sakit							-
7	Unit Transfusi Darah			1				1
Sarana Produksi Dan Distribusi Kefarmasian								
1	Industri Farmasi							-
2	Industri Obat Tradisional							-
3	Usaha Kecil Obat Tradisional							-
4	Produksi Alat Kesehatan							-
5	Pedagang Besar Farmasi							-
6	Apotek						3	3
7	Toko Obat						17	17
8	Penyaluran Alat Kesehatan							-

Sumber: Bidang Pelayanan Kesehatan (Yankes)

Keterangan:

Praktek dokter perorangan terdiri dari dokter umum dan dokter gigi

Toko obat terdiri dari toko obat tidak berizin 13 (Tiga Belas) buah dan toko obat berizin 4 (Empat) buah

Tabel 4. Jumlah Posyandu Menurut Starata, Kecmaran dan Puskesmas Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	STRATA POSYANDU									POSYANDU AKTIF	
			PRATAMA		MADYA		PURNAMA		MANDIRI		Σ	Σ	%
			Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Paringin	Paringin	29	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	29	29	100,0
2	Paringin Selatan	Paringin Selatan	1	4,2	21	87,5	0	0,0	2	8,3	24	24	95,8
3	Lampihong	Lampihong	20	95,2	1	4,8	0	0,0	0	0,0	21	21	4,8
4	Lampihong	Tanah Habang	0	0,0	6	28,6	1	4,8	0	0,0	7	7	100,0
5	Batumandi	Batumandi	0	0,0	0	0,0	15	93,8	1	6,3	15	15	100,0
6	Batumandi	Lok Batu	2	25,0	6	75,0	0	0,0	0	0,0	8	6	75,0
7	Awayan	Awayan	0	0,0	22	95,7	0	0,0	1	4,3	23	23	100,0
8	Tebing Tinggi	Tebing Tinggi	4	30,8	8	61,5	1	7,7	0	0,0	13	9	69,2
9	Juai	Juai	0	0,0	17	100,0	0	0,0	0	0,0	17	17	100,0
10	Juai	Pirsus	0	0,0	7	87,5	1	12,5	0	0,0	8	8	100,0
11	Halong	Halong	21	262,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	0	0,0
12	Halong	Uren	7	87,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0	0,0
JUMLAH (KAB/KOTA)			84	43,3	88	45,5	18	9,3	4	2,1	194	139	71,6
RASIO POSYANDO PER 100 BALITA											1,4		
Sumber; Bidang promosi Kesehatan (Promkes)													

Tabel 5. Jumlah UKBM Menurut Kecamatan Kabupaten Balangan Tahun 2015

No	KECAMATAN	PUSKESMAS	UPAYA KESEHATAN BERSUMBER MASYARAKAT (UKBM)			
			DESA/KELURAHAN	POSKEDES	POLINDES	POSBINDU
1	2	3	4	5	6	7
1	Paringin	Paringin	16	7	0	-
2	Paringin Selatan	Paringin Selatan	16	2	14	-
3	Lampihong	Lampihong	20	13	0	2
4	Lampihong	Tanah Habang	7	6	0	-
5	Batumandi	Batumandi	12	11	0	2
6	Batumandi	Lok Batu	6	4	0	4
7	Awayan	Awayan	23	23	14	4
8	Tebing Tinggi	Tebing Tinggi	12	8	0	-
9	Juai	Juai	16	12	0	-
10	Juai	Pirsus	5	5	0	-
11	Halong	Halong	17	9	0	-
12	Halong	Uren	7	5	0	2
JUMLAH (KAB/KOTA)			157	105	28	14
Sumber: Bidang promosi Kesehatan (Promkes)						

Tabel 6. Jumlah Desa Siaga menurut Kecamatan di Kabupaten Balangan Tahun 2015

No	KECAMATAN	PUSKESMAS	JUMLAH DESA/ KELURAHAN	DESA/KELURAHAN					
				PRATAMA	MADYA	PURNAMA	MANDIRI	JUMLAH	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Paringin	Paringin	16	-	0	-	0	-	0
2	Paringin Selatan	Paringin Selatan	16	-	21	-	1	22	137,50
3	Lampihong	Lampihong	20	19	1	-	0	20	100
4	Lampihong	Tanah Habang	7	-	6	1	0	7	100
5	Batumandi	Batumandi	17	-	11	1	0	12	70,59
6	Batumandi	Lok Batu	6	6	-	-	0	6	100
7	Awayan	Awayan	6	1	-	-	0	1	16,67
8	Tebing Tinggi	Tebing Tinggi	23	12	-	-	0	12	52,173913
9	Juai	Juai	16	3	13	-	0	16	100
10	Juai	Pirsus	5	5	-	-	0	5	100
11	Halong	Halong		-	0	-	0	-	-
12	Halong	Uren	17	7	0	-	0	7	41,1764706
JUMLAH (KAB/KOTA)			149	53	52	2	1	108	72,48
Sumber: Bidang promosi Kesehatan (Promkes)									

Tabel 7. Jumlah Tenaga Medis di Fasilitas Kesehatan Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	UNIT KERJA	DR SPESIALIS ^a			DOKTER UMUM			TOTAL			DOKTER GIGI			DOKTER GIGI SPESIALIS			TOTAL		
		L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	Puskesmas Paringin			-	-	-	-	-	-	-			-			-	-	-	-
2	Puskesmas Paringin Selatan			-	1	1	2	1	1	2			-			-	-	-	-
3	Puskesmas Lampihong			-	1	-	1	1	-	1			-			-	-	-	-
4	Puskesmas Tanah Habang			-	-	1	1	-	1	1			-			-	-	-	-
5	Puskesmas Batumandi			-	1	-	1	1	-	1			-			-	-	-	-
6	Puskesmas Lok Batu			-	-	-	-	-	-	-			-			-	-	-	-
7	Puskesmas Awaran			-	-	1	1	-	1	1			-			-	-	-	-
8	Puskesmas Tebing Tinggi			-	-	-	-	-	-	-			-			-	-	-	-
9	Puskesmas Juai			-	-	1	1	-	1	1			-			-	-	-	-
10	Puskesmas Pirsus			-	-	1	1	-	1	1			-			-	-	-	-
11	Puskesmas Halong			-	2	-	2	2	2	2	-	1	1			-	-	1	1
12	Puskesmas Uren			-	1	-	1	1	1	1			-			-	-	-	-
	SUB JUMLAH I (PUSKESMAS)	-	-	-	6	5	11	6	5	11	-	1	1	-	-	-	-	1	1
1	RSUD Balangan	4	2	6	2	9	11	6	11	17	1		1			-	1	-	1
				-			-	-	-	-			-			-	-	-	-
	Sub Jumlah li (Rumah Sakit)	4	2	6	2	9	11	6	11	17	1	-	1	-	-	-	1	-	1
	Sarana Pelayanan Kesehatan Lain																		
	Klinik Di Institusi Diknakes/Dilat			-			-	-	-	-			-			-	-	-	-
	Klinik Di Dinas Kesehatan Kab/Kota															-	-	-	-
	Jumlah 9kab/Kota)	4	2	6	8	14	22	12	16	28	1	1	2	-	-	-	1	1	2

Rasio Terhadap 100.000 Penduduk			4,9			18			22,7			1,6			-			1,6
Sumber: Sekretariat Dinkes dan RSUD Balangan																		
Keterangan: - ^a termasuk S3																		
Data terdiri dari PNS dan PTT/kontrak																		

Tabel 8. Jumlah Tenaga Keperawatan di Fasilitas Kesehatan Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	UNIT KERJA	BIDAN	PERAWAT ^a			PERAWAT GIGI		
			L	P	L+P	L	P	L+P
1	2	3	6	7	8	9	10	11
1	Puskesmas Paringin	21	2	9	11	1	1	2
2	Puskesmas Paringin Selatan	22	3	7	10	0	2	2
3	Puskesmas Lampihong	18	2	7	9	0	2	2
4	Puskesmas Tanah Habang	6	1	2	3	0	0	0
5	Puskesmas Batumandi	14	3	10	13	0	2	2
6	Puskesmas Lok Batu	7	2	6	8	1	1	2
7	Puskesmas Awayan	25	3	4	7	0	2	2
8	Puskesmas Tebing Tinggi	13	6	5	11	1	0	1
9	Puskesmas Juai	18	3	3	6	0	1	1
10	Puskesmas Pirus	6	4	3	7	0	0	0
11	Puskesmas Halong	19	6	10	16	0	1	1
12	Puskesmas Uren	7	5	8	13	0	0	0
Sub Jumlah I (Puskesmas)		176	40	74	114	3	12	15
1	RSUD Balangan	39	36	78	114	1	2	3
Sub Jumlah II (Rumah Sakit)		39	36	78	114	1	2	3
Sarana Pelayanan Kesehatan Lain				0	0			0
Klinik Di Institusi Diknakes/Dilat				0	0			0
Klinik Di Dinas Kesehatan Kab/Kota				0	0			0
Jumlah 9kab/Kota)		215	76	152	228	4	14	18
Rasio Terhadap 100.000 Penduduk		350,67			184,69			14,58
Sumber: Sekretariat Dinkes dan RSUD Balangan								
Keterangan: - ^a termasuk perawat anastesi dan perawat spesialis								
- Data terdiri dari PNS dan PTT/kontrak								

Tabel 9. Jumlah Tenaga Kefarmasian di Fasilitas Kesehatan Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	UNIT KERJA	TENAGA KEFARMASIAN								
		TENAGA TEKNIS KEFARMASIAN ^a			APOTEKER			TOTAL		
		L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Puskesmas Paringin	-	2	2			-	--	2	2
2	Puskesmas Paringin Selatan	-	1	1			-	-	1	1
3	Puskesmas Lampihong	-	1	1			-	-	1	1
4	Puskesmas Tanah Habang	-	1	1			-	-	1	1
5	Puskesmas Batumandi	-	1	1			-	-	1	1
6	Puskesmas Lok Batu	-	1	1			-	-	1	1
7	Puskesmas Awayan	-	-	-			-	-	-	-
8	Puskesmas Tebing Tinggi	-	-	-			-	-	-	-
9	Puskesmas Juai	-	1	1			-	-	1	1
10	Puskesmas Pirsus	-	1	1			-	-	1	1
11	Puskesmas Halong	1	1	2			-	1	1	2
12	Puskesmas Uren	-	1	1			-	-	1	1
	Sub Jumlah I (Puskesmas)	1	11	12	-	-	-	1	11	12
1	RSUD Balangan	6	15	21	-	7	7	6	22	28
	Sub Jumlah Ii (Rumah Sakit)	6	15	21	-	7	7	6	22	28
	Sarana Pelayanan Kesehatan Lain			-						
	Klinik Di Institusi Diknakes/Dilat			-						
	Klinik Di Dinas Kesehatan Kab/Kota			-						
	Jumlah 9kab/Kota)	7	26	33	-	7	7	7	33	40
	Rasio Terhadap 100.000 Penduduk			26,7			5,7			32,4
Sumber: Sekretariat Dinkes dan RSUD Balangan										
Keterangan; ^a termasuk analis farmasi, asisten apoteker, sarjana farmasi										
- data terdiri dari PNS dan PTT/kontrak										

Tabel 10. Jumlah Tenaga Gizi di Fasilitas Kesehatan Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	UNIT KERJA	TENAGA KETERAPIAN FISIK														
		FISIOTERAPIS			OKUPASI TERAPIS			TERAPIS WICARA			AKUPUNTUR			TOTAL		
		L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	Puskesmas Paringin			-			-			-			-			-
2	Puskesmas Paringin Selatan			-			-			-			-			-
3	Puskesmas Lampihong			-			-			-			-			-
4	Puskesmas Tanah Habang			-			-			-			-			-
5	Puskesmas Batumandi			-			-			-			-			-
6	Puskesmas Lok Batu			-			-			-			-			-
7	Puskesmas Awayan			-			-			-			-			-
8	Puskesmas Tebing Tinggi			-			-			-			-			-
9	Puskesmas Juai			-			-			-			-			-
10	Puskesmas Pirsus			-			-			-			-			-
11	Puskesmas Halong			-			-			-			-			-
12	Puskesmas Uren			-			-			-			-			-
SUB JUMLAH I (PUSKESMAS)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1	RSUD Balangan	1	1	2			-			-			-	1	1	2
				-			-			-			-	-	-	-
Sub Jumlah Ii (Rumah Sakit)		1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2
Sarana Pelayanan Kesehatan Lain				-			-			-			-	-	-	-
Klinik Di Institusi Diknakes/Dilat				-			-			-			-	-	-	-
Klinik Di Dinas Kesehatan Kab/Kota				-			-			-			-	-	-	-
Jumlah 9kab/Kota)		1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2
Rasio Terhadap 100.000 Penduduk																1,6
Sumber: Sekretariat Dinkes dan RSUD Balangan																
Keterangan:																
- data terdiri dari PNS dan PTT/kontrak																

Tabel 11. Jumlah tenaga Ketechnisan Medis di Fasilitas Kesehatan Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	UNIT KERJA	TENAGA KETEKNISAN MEDIS																																	
		RADIOGRAFER			RADIOGRAFIS			TEKNIS ELEKTROMEDIS			TEKNIS GIGI			ANALIS KESEHATAN			REFRAKSIONISOPTISEN			ORTETIK PROSTETIK			REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN			TEKNIS TRANSFUSI DARAH			TEKNIS KARDIOVASKULER			JUMLAH			
		L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	
1	Puskesmas Paringin			-			-			-			-	1	1	2			-			-			-			-			-	1	1	2	
2	Puskesmas Paringin Selatan			-			-			-			-	1	1	1			-			-			-			-			-	1	1	1	
3	Puskesmas Lampihong			-			-			-			-	1	1	1			-			-			-			-			-	1	1	1	
4	Puskesmas Tanah Habang			-			-			-			-	1	1	1			-			-			-			-			-	1	1	1	
5	Puskesmas Batumandi			-			-			-			-	1	1	1			-			-			-			-			-	1	1	1	
6	Puskesmas Lok Batu			-			-			-			-	1	1	1			-			-			-			-			-	1	1	1	
7	Puskesmas Awayan			-			-			-			-	1	1	1			-			-			-			-			-	1	1	1	
8	Puskesmas Tebing Tinggi			-			-			-			-	1	1	1			-			-			-			-			-	1	1	1	
9	Puskesmas Juai			-			-			-			-	1	1	1			-			-			-			-			-	1	1	1	
10	Puskesmas Pirsus			-			-			-			-	1	1	1			-			-			-			-			-	1	1	1	
11	Puskesmas Halong			-			-			-			-	1	1	1			-			-			-			-			-	1	1	1	
12	Puskesmas Uren			-			-			-			-	1	1	1			-			-			-			-			-	1	1	1	
SUB JUMLAH I (PUSKEMAS)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	8	12																4	8	12	
1	RSUD Balangan	2	3	5	-	-	-	1	-	1	-	-	-	4	9	13	2	-	2	-	-	-	1	6	7	-	-	-	-	-	-	10	18	28	
SUB JUMLAH II (RUMAH SAKIT)		2	3	5	-	-	-	1	-	1	-	-	-	4	9	13	2	-	2	-	-	-	1	6	7	-	-	-	-	-	-	10	18	28	
SARANA PELAYANAN KESEHATAN LAIN				-			-			-			-			-			-			-			-			-			-			-	
KLINIK DI INSTITUSI DIKNAKES/DILAT				-			-			-			-			-			-			-			-			-			-			-	
KLINIK DI DINAS KESEHATAN KAB/KOTA				-			-			-			-			-			-			-			-			-			-			-	
JUMLAH 9KAB/KOTA)		2	3	5	-	-	-	1	-	1	-	-	-	8	17	25	2	-	2	-	-	-	1	6	7	-	-	-	-	-	-	14	26	40	
RASIO TERHADAP 100.000 PENDUDUK																																			32

Tabel 12. Jumlah Kelahiran dan Kematian menurut Jenis kelamin, Kecamatan dan Puskesmas di Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	KECAMATAN	NAMA PUSKESMAS	JUMLAH LAHIR HIDUP	JUMLAH KEMATIAN IBU																
				LAKI-LAKI				PEREMPUAN				LAKI-LAKI+PEREMPUAN								
				<20 tahun	20-34 tahun	≥ 35 tahun	JUMLAH	<20 tahun	20-34 tahun	≥ 35 tahun	JUMLAH	<20 tahun	20-34 tahun	≥ 35 tahun	JUMLAH	<20 tahun	20-34 tahun	≥ 35 tahun	JUMLAH	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	Paringin	Paringin	402	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	2
2	Paringin Selatan	Paringin Selatan	247	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1
3	Lampihong	Lampihong	261	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
4	Lampihong	Tanah Habang	75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Batumandi	Batumandi	244	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	2
6	Batumandi	Lok Batu	88	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Awayan	Awayan	246	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Tebing Tinggi	Tebing Tinggi	133	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Juai	Juai	255	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	Juai	Pirsus	77	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Halong	Halong	309	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	Halong	Uren	105	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JUMLAH (KAB/KOTA)			2.442	0	2	0	2	0	0	1	1	1	2	0	3	1	4	1	6	
ANGKA KEMATIAN IBU DILAPORKAN)																				246
Sumber: Bidang Kesehatan Keluarga (Kesga)																				
Keterangan:																				
- Jumlah kematian ibu = jumlah kematian ibu hamil + jumlah kematian ibu nifas																				
- Angka kematian ibu (dilaporkan) tersebut di atas belum bisa menggambarkan AKI yang sebenarnya di populasi																				

Tabel 13. Jumlah Kematian Neonatal, Bayi, dan Balita menurut Jenis kelamin, Kecamatan dan Puskesmas di Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	KECAMATAN	NAMA PUSKESMAS	JUMLAH KEMATIAN UFD											
			LAKI-LAKI				PEREMPUAN				LAKI-LAKI+PEREMPUAN			
			NEONATAL	BAYI ^a	ANAK BALITA	BALITA	NEONATAL	BAYI ^a	ANAK BALITA	BALITA	NEONATAL	BAYI ^a	ANAK BALITA	BALITA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Paringin	Paringin	3	4	0	4	1	1	1	2	4	5	1	6
2	Paringin Selatan	Paringin Selatan	3	5	1	6	2	2	0	2	5	7	1	8
3	Lampihong	Lampihong	2	3	0	3	2	3	0	3	4	6	0	6
4	Lampihong	Tanah Habang	1	2	0	2	0	1	0	1	1	3	0	3
5	Batumandi	Batumandi	2	2	0	2	1	2	0	2	3	4	0	4
6	Batumandi	Lok Batu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Awayan	Awayan	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
8	Tebing Tinggi	Tebing Tinggi	3	3	1	4	1	1	1	2	4	4	2	6
9	Juai	Juai	3	3	0	3	0	0	0	0	3	3	0	3
10	Juai	Pirsus	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Halong	Halong	2	2	0	2	0	1	0	1	3	3	0	3
12	Halong	Uren	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1
JUMLAH (KAB/KOTA)			19	24	2	26	8	12	3	15	27	36	5	41
ANGKA LAHIR MATI PER 1.000 KELAHIRAN (DILAPORKAN)			145,1	19,1	1,6	20,7	6,8	10,1	2,5	12,7	11,1	14,7	2,0	16,8
Sumber: Bidang Kesehatan Keluarga (Kesga)														
Keterangan: Angka Lahir Mati (dilaporkan) tersebut di atas belum tentu menggambarkan AKN/AKB/AKABA yang sebenarnya di populasi														
-a: kematian bayi termasuk kematian pada neonatal														

Tabel 14. Jumlah Kematian Ibu menurut Kelompok Umur, Kecamatan dan Puskesmas di Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	KECAMATAN	NAMA PUSKESMAS	JUMLAH LAHIR HIDUP	JUMLAH KEMATIAN IBU																
				LAKI-LAKI				PEREMPUAN				LAKI-LAKI+PEREMPUAN								
				<20 tahun	20-34 tahun	≥ 35 tahun	JUMLAH	<20 tahun	20-34 tahun	≥ 35 tahun	JUMLAH	<20 tahun	20-34 tahun	≥ 35 tahun	JUMLAH	<20 tahun	20-34 tahun	≥ 35 tahun	JUMLAH	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	Paringin	Paringin	402	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	2
2	Paringin Selatan	Paringin Selatan	247	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1
3	Lampihong	Lampihong	261	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
4	Lampihong	Tanah Habang	75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Batamandi	Batamandi	244	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	2
6	Batamandi	Lok Batu	88	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Awayan	Awayan	246	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Tebing Tinggi	Tebing Tinggi	133	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Juai	Juai	255	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	Juai	Pirsus	77	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Halong	Halong	309	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	Halong	Uren	105	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JUMLAH (KAB/KOTA			2.442	0	2	0	2	0	0	1	1	1	2	0	3	1	4	1	6	
ANGKA KEMATIAN IBU DILAPORKAN)																				246

Sumber: Bidang Kesehatan Keluarga (Kesga)

Keterangan:

- Jumlah kematian ibu = jumlah kematian ibu hamil + jumlah kematian ibu nifas
- Angka kematian ibu (dilaporkan) tersebut di atas belum bisa menggambarkan AKI yang sebenarnya di populasi

Tabel 15. Cakupan Kasus Gizi Buruk yang Mnedapat Perawatan menurut Kelompok Umur, Kecamatan dan Puskesmasdi Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	KECAMATAN	NAMA PUSKESMAS	JUMLAH KELAHIRAN								
			JUMLAH DITEMUKAN			MENDAPAT PERAWATAN					
			L	P	L+P	L		P		L+P	
4	5	6	Σ	%	Σ	%	Σ	%			
1	2	3	7	8	9	10	11	12			
1	Paringin	Paringin	1	1	2	1	100,0	1	100,0	2	100,0
2	Paringin Selatan	Paringin Selatan	1	3	4	1	100,0	3	100,0	4	100,0
3	Lampihong	Lampihong	1	-	1	1	100,0	-	-	1	100,0
4	Lampihong	Tanah Habang	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	Batumandi	Batumandi	2	-	2	2	100,0	-	-	2	100,0
6	Batumandi	Lok Batu	-	1	1	-	-	1	100,0	1	100,0
7	Awayan	Awayan	-	1	1	-	-	1	100,0	1	100,0
8	Tebing Tinggi	Tebing Tinggi	1	-	1	1	100,0	-	-	1	100,0
9	Juai	Juai	1	1	2	1	100,0	1	100,0	2	100,0
10	Juai	Pirsus	2	-	2	2	100,0	-	-	2	100,0
11	Halong	Halong	4	7	11	4	100,0	7	100,0	11	100,0
12	Halong	Uren	-	-	-	-	-	-	-	-	-
JUMLAH (KAB/KOTA)			13	14	27	13	100,0	14	100,0	27	100,0

Sumber: Bidang Kesehatan Keluarga (Kesga)

Tabel 16. Penduduk dengan Akses Berkelanjutan Terhadap Air Minum Berkualitas (Layak) menurut Kecamatan dan Puskesmas di Kabupaten Balangan tahun 2015

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	JUMLAH PENDUDUK	BUKAN JARINGAN PERPIPAAN																				PERPIPAAN (PDAM, BPSPAM)			PENDUDUK DENGAN AKSES BERKELANUTAN TERHADAP AIR MINUM LAYAK										
				SUMUR GALI TERLINDUNG			SUMUR GALI DENGAN POMPA			SUMUR BOR DENGAN POMPA			TERMINAL AIR			MATA AIR TERLINDUNG			PENAMPUNGAN AIR HUJAN			JUMLAH PENDUDUK PENGUNA	MEMENUHI SYARAT			JUMLAH	%										
				JUMLAH PENDUDUK PENGUNA	MEMENUHI SYARAT		JUMLAH PENDUDUK PENGUNA	MEMENUHI SYARAT		JUMLAH PENDUDUK PENGUNA	MEMENUHI SYARAT		JUMLAH PENDUDUK PENGUNA	MEMENUHI SYARAT		JUMLAH PENDUDUK PENGUNA	MEMENUHI SYARAT		JUMLAH PENDUDUK PENGUNA	MEMENUHI SYARAT			JUMLAH PENDUDUK PENGUNA	MEMENUHI SYARAT													
					JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGUNA		% PENDUDUK PENGUNA	JUMLAH SARANA		JUMLAH PENDUDUK PENGUNA	% PENDUDUK PENGUNA		JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGUNA		% PENDUDUK PENGUNA	JUMLAH SARANA		JUMLAH PENDUDUK PENGUNA	% PENDUDUK PENGUNA			JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGUNA			% PENDUDUK PENGUNA	JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGUNA	% PENDUDUK PENGUNA						
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34									
1	Paringin	Paringin	17.033	229	608	140	382	-	0	0	-	118	858	109	819	0	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4210	15441	4210	15441	16642	97,7		
2	Paringin Selatan	Paringin Selatan	11.885	566	2.657	575	2657	-	0	0	-	212	935	207	935	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1574	6927	1570	6915	10507	88,4			
3	Lampihong	Lampihong	16.088	73	-	52	-	-	0	0	-	47	-	31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	157	-	148	-	-	0,0			
4	Lampihong	Tanah Habang	4.335	44	495	303	495	-	0	0	-	34	445	18	445	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	219	1095	214	1070	2010	46,4			
5	Batamandi	Batamandi	12.619	9792	5.128	269	1175	-	0	0	-	214	1338	79	449	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	576	3060	574	3060	4684	37,1			
6	Batamandi	Lok Batu	5.301	304	198	92	198	-	0	0	-	428	422	155	422	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	198	644	198	644	1264	25,1			
7	Awayan	Awayan	12.541	1.375	5.633	1375	5633	-	0	0	-	488	1978	523	2012	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	854	3884	854	3884	11529	91,9			
8	Tebing Tinggi	Tebing Tinggi	6.261	451	-	274	-	-	0	0	-	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0,0			
9	Juai	Juai	11.176	940	3.570	940	3433	-	0	0	-	128	394	125	429	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1539	5200	1312	4498	6360	74,8			
10	Juai	Pirsus	4.800	761	4.306	761	4306	7	27	7	27	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	262	291	262	291	-	-	-	-	4624	96,3
11	Halong	Halong	14.713	1.328	6.828	1280	6656	-	0	0	-	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1038	3787	1038	3787	10443	71,0			
12	Halong	Uren	4.662	571	2666	286	1496	-	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	11	394	6	376,00	1872	40,2
JUMLAH (KAB/KOTA)			121.144	7646	32109	6077	26431	7	27	7	27	1669	6370	1247	5511	0	0	0	0	1								263	291	263	291	10376	40432	10124	39675	71935	59,4
Sumber: Bidang Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL)																																					

Tabel 17. Pesentase Kualitas Air Minum di penyelenggaraan Air Minum yang Memenuhi Syarat Kesehatan menurut dan Puskesmas di Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	JUMLAH PENYELENGGARA AIR MINUM	JUMLAH SAMPEL DIPERIKSA	MEMENUHI SYARAT (FISIK, BAKTERIOLOGI, DAN KIMIA)	
					JUMLAH	%
1	2	3	4	5	6	7
1	Paringin	Paringin	24	23	17	73,91
2	Paringin Selatan	Paringin Selatan	13	18	14	77,78
3	Lampihong	Lampihong	1	1	0	0,00
4	Lampihong	Tanah Habang	0	0	0	0
5	Batumandi	Batumandi	7	21	15	71,43
6	Batumandi	Lok Batu	452	6	0	0,00
7	Awayan	Awayan	134	134	134	100,00
8	Tebing Tinggi	Tebing Tinggi	0	0	0	0
9	Juai	Juai	1	1,088	1,088	100,00
10	Juai	Pirsus	2	1	2	100,00
11	Halong	Halong	1	6	6	100,00
12	Halong	Uren	9	0	0	0
JUMLAH (KAB/KOTA)			654	1.299	1.276	98,23

Sumber: Bidang Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL)

Table 18. Penduduk dengan Akses Terhadap Fasilitas Sanitasi yang Layak (Jamban Sehat) menurut Jenis Jamban, Kecamatan dan Puskesmas di Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	JUMLAH PENDUDUK	JENIS SARANA JAMBAN																			PENDUDUK DENGAN AKSES SANITASI LAYAK (JAMBAN SEHAT)			
				KOMUNAL			LEHER ANGSA			PLENGSENGAN			CEMPLUNG													
				JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA	MEMENUHI SYARAT		JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA	MEMENUHI SYARAT		JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA	MEMENUHI SYARAT		JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA	MEMENUHI SYARAT								
						JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA			JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA			JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA			JUMLAH SARANA	JUMLAH PENDUDUK PENGGUNA							
5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26					
1	Paringin	Paringin	17.033	5	-	-	-	0	4.531	12.184	1.478	5.221	4,29	-	-	-	-	0	-	-	-	-	0	5.221	30,7	
2	Paringin Selatan	Paringin Selatan	11.885	1	37	1	37	100	2.864	10.851	2.818	10.285	94,8	20	58	-	-	0	29	105	-	-	0	10.322	86,8	
3	Lampihong	Lampihong	16.088	-	-	-	-	0	2.524	-	2.524	10.010	0	2	9	2	9	100	-	-	-	-	0	10.019	62,3	
4	Lampihong	Tanah Habang	4.335	-	-	-	-	0	678	4.335	678	2.507	57,8	-	-	-	-	0	-	-	-	-	0	2.507	57,8	
5	Batamandi	Batamandi	12.619	-	-	-	-	0	2.169	4.013	560	2.467	61,5	287	1.220	-	-	0	170	-	-	-	-	0	2.467	19,5
6	Batamandi	Lok Batu	5.301	-	-	-	-	0	1.189	3.060	304	801	26,2	63	191	63	191	100	126	480	126	480	100	1.472	29,3	
7	Awayan	Awayan	12.541	-	-	-	-	0	2.583	10.856	2.514	10.604	97,7	-	-	-	-	0	-	-	-	-	0	10.604	84,6	
8	Tebing Tinggi	Tebing Tinggi	6.261	-	-	-	-	0	682	4.770	450	317	6,6	-	-	-	-	0	-	-	-	-	0	317	5,1	
9	Juai	Juai	11.176	-	-	-	-	0	2.439	8.930	2.183	8.065	90,3	-	-	-	-	0	5	19	-	-	0	8.065	72,2	
10	Juai	Pirsus	4.800	-	-	-	-	0	656	2.796	656	2.796	100,0	33	171	33	171	100	168	533	168	533	100	3.500	72,9	
11	Halong	Halong	14.713	-	-	-	-	0	2.630	10.298	2.557	10.024	97,3	-	-	-	-	0	89	252	89	252	100	10.276	69,8	
12	Halong	Uren	4.662	-	-	-	-	0	265	1.203	265	1.203	100,0	-	-	-	-	0	-	-	-	-	0	1.203	25,8	
JUMLAH (KAB/KOTA)			121.144	6	37	1	37	100	23.210	73.296	16.987	64.300	87,7	405	1.649	98	371	22,5	587	1.389	383	1.265	91,1	65.973	54,5	

Sumber: Bidang Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL)

Tabel 19. Desa yang Melaksanakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Kabupaten Balangan Tahun 2015

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	JUMLAH DESA/KELURAHAN	SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT (STBM)					
				DESA MELAKSANAKAN STBM		DESA STOP BABS (SBS)		DESA STBM	
				JUMLAH	%	JUMLAH	%	JUMLAH	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Paringin	Paringin	20	2	10	0	0,0	0	0,0
2	Paringin Selatan	Paringin Selatan	19	14	73,7	4	21,1	0	0,0
3	Lampihong	Lampihong	20	9	45,0	0	0,0	9	45,0
4	Lampihong	Tanah Habang	7	4	57,1	0	0,0	4	57,1
5	Batumandi	Batumandi	12	9	75,0	5	41,7	9	75,0
6	Batumandi	Lok Batu	6	6	100,0	0	0,0	0	0,0
7	Awayan	Awayan	23	13	56,5	1	4,3	0	0,0
8	Tebing Tinggi	Tebing Tinggi	12	10	83,3	0	0,0	0	0,0
9	Juai	Juai	16	8	50,0	2	12,5	0	0,0
10	Juai	Pirsus	5	5	100,0	1	20,0	5	100,0
11	Halong	Halong	17	12	70,6	2	11,8	12	70,6
12	Halong	Uren	7	7	100,0	0	0,0	0	0,0
JUMLAH (KAB/KOTA)			164	99	60,4	15	9,1	39	23,8

Sumber: Bidang Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL)

3.3. Tantangan Pembangunan Kesehatan

Tujuan pembangunan kesehatan adalah meningkatnya kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Hal itu berarti terciptanya masyarakat, bangsa, dan negara Indonesia yang penduduknya, di seluruh wilayah Republik Indonesia, hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

3.2.1 Lokal

A. RPJPD Kabupaten Balangan 2005-2025

Didasarkan pada kondisi daerah saat ini, tantangan yang akan dihadapi dalam 20 tahun ke depan, dan dengan memperhatikan modal dasar yang dimiliki dengan segala kekuatan, kelemahan, peluang, tantangan serta faktor-faktor strategis yang ada, maka Visi Pembangunan Daerah Kabupaten Balangan Tahun 2005 – 2025 adalah: “ **BALANGAN YANG MANDIRI DENGAN BERLANDASKAN OTONOMI DAERAH**”.

Visi Pembangunan Daerah 2005-2025 ini mengarahkan upaya pemerintah, masyarakat dan semua pihak di Kabupaten Balangan agar mampu berdiri sendiri tegak sejajar dengan daerah lain yang sudah maju dengan sekaligus memanfaatkan momentum otonomi daerah. **Kabupaten Balangan yang Mandiri**, digambarkan dengan kemudahan dalam akses terhadap kebutuhan-kebutuhan akan hak dasar, yang meliputi; pangan, sandang, perumahan, pendidikan, **kesehatan**, pekerjaan, kesempatan berusaha, dan rasa aman. Masyarakat Balangan dengan Sumber Daya Manusia yang berkualitas dan menguasai IPTEK, infrastruktur yang mantap dan pengelolaan Sumber Daya Alam yang berkelanjutan, sehingga mampu mensejajarkan diri dengan masyarakat yang sudah maju, berkedudukan yang sejajar dihadapan hukum, partisipasi publik dalam kebijakan pembangunan, pendapatan perkapita yang tinggi dan merata, dengan mengandalkan pada kemampuan dan kekuatan sendiri. Balangan yang

mandiri dapat diukur dari telah berjalannya roda pemerintahan daerah secara optimal dengan unsur kelembagaan daerah yang lengkap serta manajemen organisasi kelembagaan yang dikelola oleh aparatur dengan jumlah yang cukup dan berkualitas tinggi.

Kabupaten Balangan dengan Berlandaskan Otonomi Daerah, digambarkan dengan pembangunan yang menerapkan sistem yang mengatur agar ketimpangan daerah tidak terjadi dan semakin melebar dengan indikator adanya penyerahan wewenang (*desentralisasi*) berbarengan dengan pelimpahan wewenang (*dekonsentrasi*) dan tugas perbantuan. Untuk mencapai visi kemandirian yang berlandaskan otonomi daerah maka perlu memperhatikan: Bahwa pembangunan daerah Kabupaten Balangan dalam 20 tahun mendatang harus memiliki sumber daya manusia yang handal, fondasi ekonomi yang kuat untuk pembangunan berkelanjutan. Pembangunan yang dilaksanakan memberikan kesempatan yang sama bagi setiap individu untuk berpartisipasi dalam pembangunan dan menikmati hasil pembangunan. Pembangunan yang dilakukan memberikan kemakmuran lahir dan batin yang dapat dinikmati oleh seluruh lapisan masyarakat dengan penerapan otonomi daerah secara optimal dengan prinsip-prinsip *good governance* yaitu akuntabel, jujur dan akomodatif yang didukung aparatur pemerintahan yang bersih.

B. RPJMD Kabupaten Balangan 2016-2021

Untuk menyikapi permasalahan pembangunan yang masih harus dihadapi di Kabupaten Balangan maka dicanangkanlah Visi Pembangunan Kabupaten Balangan Tahun 2011 -2015 yang merupakan visi Bupati/Wakil Balangan terpilih periode 2016–2021, yaitu: **“TERWUJUDNYA KABUPATEN BALANGAN YANG MAJU DAN SEJAHTERA MELALUI PEMBANGUNAN SUMBER DAYA MANUSIA”**

Makna dari Visi tersebut sebagai berikut:

- **MAJU:** Kabupaten Balangan harus mampu mensejajarkan diri dengan daerah lain yang sudah lebih dahulu maju dengan mengandalkan pada kemampuan

dan kekuatan sendiri. **Balangan yang maju** juga berarti roda pemerintahan sudah berjalan secara optimal yang didukung oleh struktur kelembagaan pemerintah daerah yang lengkap dan diisi serta dikelola oleh aparatur yang berkompeten di bidang tugasnya masing-masing, sehingga mampu memberikan pelayanan prima terhadap masyarakat. Kemajuan juga tercermin pada tingkat partisipasi publik dalam perumusan kebijakan pembangunan

- **SEJAHTERA: Terwujudnya peningkatan kesejahteraan rakyat** melalui pembangunan ekonomi yang berlandaskan pada keunggulan daya saing daerah, kekayaan sumber daya alam dan sumber daya manusia. Terpenuhinya kebutuhan dasar masyarakat yang meliputi: sandang, pangan, perumahan, pendidikan, kesehatan, kesempatan berusaha, rasa aman, didukung oleh infrastruktur yang mantap.

Beranjak dari visi pembangunan Kabupaten Balangan Tahun 2016-2021 tersebut, dan untuk mengarahkan pencapaiannya, selanjutnya dicanangkan misi pembangunan Kabupaten Balangan Tahun 2016- 2021, yaitu:

- a) Meningkatkan kualitas sumber daya manusia melalui pembangunan pendidikan dan kesehatan;
- b) Mewujudkan ekonomi kerakyatan yang berkeadilan;
- c) Mewujudkan pembangunan infrastruktur yang berkesinambungan
- d) Mewujudkan pemanfaatan sumber daya alam (potensi daerah) berdasarkan kearifan lokal yang berwawasan lingkungan;
- e) Mengembangkan sosial budaya kemasyarakatan;
- f) Optimalisasi pemberdayaan aparatur pemerintah daerah;
- g) Mewujudkan kamtibmas dan kepastian hukum untuk terciptanya suasana yang kondusif.

3.2.2 Nasional

A. SKN 2012

Pelaksanaan SKN ditekankan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat, profesionalisme sumber daya manusia kesehatan, serta upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitative.

Pelaksanaan SKN mencakup sebagai berikut: (1) cakupan pelayanan kesehatan berkualitas, adil, dan merata; (2) pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak kepada rakyat; (3) kebijakan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan dan melindungi kesehatan masyarakat; (4) kepemimpinan dan profesionalisme dalam pembangunan kesehatan; (5) inovasi atau terobosan ilmu pengetahuan dan teknologi yang etis dan terbukti bermanfaat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan secara luas, termasuk penguatan sistem rujukan; (6) pendekatan secara global dengan mempertimbangkan kebijakan kesehatan yang sistematis, berkelanjutan, tertib, dan responsif gender dan hak anak; (7) dinamika keluarga dan kependudukan; (8) keinginan masyarakat; (9) epidemiologi penyakit; (10) perubahan ekologi dan lingkungan; dan (11) globalisasi, demokratisasi dan desentralisasi dengan semangat persatuan dan kesatuan nasional serta kemitraan dan kerja sama lintas sektor.

B. RPJPN 2005-2025

Sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, dengan indikator meningkatnya Umur Harapan Hidup, menurunnya Angka Kematian Bayi, menurunnya Angka Kematian Ibu, dan menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita. Tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan ini dapat dicapai dengan melakukan lima strategi pembangunan kesehatan 2005-2025, yaitu: (1) pembangunan nasional berwawasan kesehatan; (2) pemberdayaan masyarakat dan daerah; (3) pengembangan upaya dan pembiayaan kesehatan; (4) pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan; serta (5) penanggulangan keadaan darurat kesehatan.

C. RPJMN 2015-2019

Sasaran yang ingin dicapai dalam Program Indonesia Sehat pada RPJMN 2015-2019 adalah meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Sasaran pokok

RPJMN 2015-2019 adalah: (1) meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak; (2) meningkatnya pengendalian penyakit; (3) meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan; (4) meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN Kesehatan, (5) terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin;serta (6) meningkatkan responsivitas sistem kesehatan.

3.2.3 Global (SDGs)

Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB)/*Sustainable Development Goals* (SDGs) merupakan komitmen internasional untuk meningkatkan kualitas hidup dari satu generasi ke generasi berikutnya. Oleh karena itu, TPB/SDGs menjadi salah satu acuan dalam pembangunan nasional dan daerah, mulai dari tahap perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi, dan pelaporan. Di tingkat nasional, RPJMN 2015-2019 merupakan dokumen perencanaan untuk jangka menengah 5 (lima) tahun yang menjadi acuan bagi setiap Kementerian/Lembaga dalam menyusun Rencana Strategis Kementerian/Lembaga (Renstra K/L) dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah/RPJMD). RPJMN tahun 2015-2019 merupakan tahap ketiga dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang (RPJP) 2005- 2025. Pengarusutamaan pencapaian TPB/SDGs dalam RPJMN 2015-2019 dan Rencana Kerja Pemerintah (RKP) dilakukan dalam bentuk rumusan kebijakan, program, kegiatan, indikator yang terukur serta sumber pembiayaannya.

Kebijakan RPJMN 2015-2019 yang sesuai adalah: (i) Akselerasi pemenuhan akses pelayanan kesehatan ibu, anak, remaja, dan lanjut usia yang berkualitas; (ii) Mempercepat perbaikan gizi masyarakat; (iii) Meningkatkan pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan; (iv) Memantapkan pelaksanaan sistem jaminan sosial nasional (SJSN) bidang kesehatan; (v) Meningkatkan akses pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas; (vi) Meningkatkan akses pelayanan kesehatan rujukan yang berkualitas; (vii)

Meningkatkan ketersediaan, penyebaran, dan mutu sumber daya manusia kesehatan; (viii) Meningkatkan ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, dan kualitas farmasi dan alat kesehatan; (ix) Meningkatkan pengawasan obat dan makanan; dan (x) Meningkatkan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.

Dari analisis situasi dan kecenderungan di atas dan dengan memperhatikan perkembangan dan tantangan dewasa ini, maka isu-isu strategis yang masih dihadapi dalam pembangunan kesehatan di Kalimantan Selatan adalah sebagai berikut:

- a. Terbatasnya aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, terutama pada kelompok rentan seperti penduduk miskin, daerah tertinggal dan terpencil.
- b. Pelayanan kesehatan ibu dan anak yang sesuai standar masih terbatas.
- c. Belum teratasinya permasalahan gizi secara menyeluruh.
- d. Masih tingginya kesakitan dan kematian akibat penyakit menular dan tidak menular.
- e. Belum terlindunginya masyarakat secara maksimal terhadap beban pembiayaan kesehatan.
- f. Belum terpenuhinya jumlah, jenis, kualitas serta penyebaran sumber daya manusia kesehatan dan belum optimalnya dukungan kerangka regulasi ketenagaan kesehatan.
- g. Belum optimalnya ketersediaan, pemerataan dan keterjangkauan obat esensial, penggunaan obat yang tidak rasional dan penyelenggaraan pelayanan kefarmasian yang berkualitas.
- h. Masih terbatasnya kemampuan manajemen dan informasi kesehatan, meliputi pengelolaan administrasi dan hukum kesehatan.
- i. Permasalahan manajerial dalam sinkronisasi perencanaan, kebijakan program dan anggaran serta masih terbatasnya koordinasi dan integrasi lintas sektor.
- j. Disparitas antar wilayah, golongan pendapatan dan urban-rural masih terjadi, untuk ini diperlukan pendekatan pembangunan sesuai kondisi wilayah.

- k. Pemberdayaan masyarakat dalam pembangunan kesehatan belum dilakukan melalui pendekatan komprehensif.
- l. Pemenuhan sarana dan prasarana pada fasilitas pelayanan kesehatan primer dan rujukan masih belum optimal.

Isue strategis yang dikemukakan ini cukup berbeda dengan isue strategis yang terdapat dalam master plan kesehatan kabupaten Balangan periode 2011-2016. Isue strtegis pada periode ini terdiri dari :

1. Kunjungan Ibu Hamil K4 di Kabupaten Balangan Baru mencapai target 65,85%
2. Komplikasi Kebidanan yan ditangani mencapai 14% tahun 2008 pernah terjadi kematian ibu melahirkan (MMR) ada 2 orang yang disebabkan kasus eklamasi
3. Capaian terhadap cakupan persalinan yang dapat ditangani oleh (tenaga kesehatan) Nakes, baru mencapai 79,46% dengan target nasional 90%
4. Puskesmas yang dapat mencapai target UCI (sesuai harapan standar capaian Dinas Kesehatan Balangan 85%) hanya ada 3 Puskesmas. Dari 3 Puskesmas ini yang mencapai 100% di tahun 2008 adalah di Puskesmas Batu Mandi dan Lok Batu.
5. Pelayanan ibu nifas dilingkungan wilayah kerja Dinas kesehatan Kabupaten Balangan berupa pemberian kapsul vitamin A, hasil capaian 71% hal ini masih jauh dari standar yang ditetapkan oleh Depkes yaitu 90% pada tahun 2015
6. Pelayanan kunjungan bayi (batita dan balita) harus mencapai target 90% mencakup kegiatan yang berupa pemantauan pertumbuhan Bayi dan Balita dengan tingkat partisipasi masyarakat 60%, tingkat liputan program 95%, Tingkat pencapaian program 60%, tingkat kelangsungan penimbangan 70%, tingkat keberhasilan penimbangan 80%
7. Pelayanan pemberian makanan pendamping ASI pada anak 6-24 bulan ini masih dibawah standar capaian (100% Tahun 2010 ssesuai SPM)
8. Pelayanan balita gizi buruk berupa pelacakkan dan penyelidikan gizi buruk mendapat perawatan dengan target 100%.
9. Capaian (36 sekolah SD) setara dengan 10% Sekolah yang dijarung kesehatan, target yang ingin dicapai adalah 100%.

10. Peserta KB aktif masyarakat Kabupaten Balangan mencapai 75,9%, target yang ingin dicapai adalah 70%
11. Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit sesuai standar SPM Depkes dengan target capaian 100%.
12. Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin dan juga pelayanan kesehatan gawat darurat level 1 yang harus ditangani oleh RSUD Balangan menunjukkan belum berjalan secara optimal dan masih terlalu jauh dari target yang diharapkan yaitu 100%.
13. Penyelidikan epidemiologi penanggulangan kejadian luar biasa (KLB) di wilayah Kabupaten Balangan dengan target yang diharapkan yaitu 100%.
14. Promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Cakupan desa siaga aktif mencapai target 80%.

BAB IV

ANALISIS MASTER PLAN KESEHATAN

4.1. Evaluasi Master Plan Kabupaten Balangan

- 1) Master Plan Kesehatan Kabupaten Balangan termasuk dalam kriteria Master Plan Strategis
- 2) Master Plan Kesehatan yang disusun, belum menggambarkan secara detail tentang Visi Kabupaten
 - a. Aspek input : Kebutuhan Jumlah/Jenis SDM, Sarana- prasarana kesehatan
 - b. Aspek proses : Kebutuhan formalisasi aturan dalam bentuk SOP
- 3) Master Plan Kesehatan Kabupaten Balangan adalah master plan yang menggunakan pendekatan upaya kesehatan dan belum menggunakan pendekatan Sistem Kesehatan Nasional/Daerah
- 4) Renstra Dinas Kesehatan dan Laporan dalam bentuk Profil Kesehatan Kabupaten, banyak data-data yang belum bisa menjawab sejauh mana pencapaian master plan. Ini menggambarkan bahwa Master Plan belum digunakan sebagai acuan dalam pembuatan Renstra bidang Kesehatan
- 5) Belum ada Legitimasi Master Plan, berupa tanda tangan pengesahan dari Kepala Daerah Kabupaten Balangan.
- 6) Strategi pembangunan kesehatan Kabupaten Balangan 2011-2016 seperti yang tercantum dalam master plan kesehatan Kabupaten Balangan kurang tepat karena isue-isue strategis yang menjadi dasar strategi atau program pembangunan kesehatan bukan merupakan isue yang benar-benar strategis. Akan tetapi lebih ke arah indikator yang menyelesaikan isue-isue strategis tersebut.

7) Ada beberapa ketidaksesuaian issue strategis dengan indikator pencapaiannya

No	Issue strategis	Data Tahun 2015	
		Target	Realisasi
1	Kunjungan Ibu Hamil K4	a. Target Kunjungan K4 adalah 95%	a. Kunjungan K4 Ibu Hamil adalah 68.7% turun dari tahun sebelumnya (70.8%)
		b. Tahun 2012 jumlah apratur Penyuluh kesehatan mencapai target 100%	b. Belum ditemukan data jumlah aparatur penyuluh
2	Komplikasi Kebidanan yang ditangani	Peningkatan kualitas kompetensi bidan, target 80%	Belum ditemukan data tentang peningkatan kualitas kompetensi bidan
3	Persalinan yang dapat ditangani oleh (tenaga kesehatan) Nakes	Target persalinan oleh Nakes secara nasional 90%	Pertolongan persalinan oleh Nakes 86.1%, turun dari tahun sebelumnya 87.6%
		a. Peningkatan Kualitas Promosi Kesehatan target 100%	Belum ditemukan data capaian
		b. Peningkatan Jumlah bidan desa	Jumlah bidan 215
		c. Peningkatan Pembangunan infrastruktur jalan didaerah terpencil	Belum ditemukan data capaian
4	Puskesmas yang dapat mencapai target UCI	Target capaian Tahun 2012 100%	Capaian UCI masih 78.3%
5	Pemberian kapsul vitamin A pada Ibu Nifas	a. Pelayanan ibu nifas harus mencapai target 90% tahun 2015.	Pemberian Vitamin A pada ibu nifas= 87.1% turun dari tahun lalu (90.4%)
		b. Peningkatan pembangunan infrastruktur jalan di daerah terpencil	Belum ditemukan data capaian
6	Pelayanan kunjungan bayi (batita dan	Target capaian kunjungan bayi harus 90%	Tingkat partisipasi masyarakat dalam penimbangan sebesar

	balita)		60.04% .
		Peningkatan kualitas Promosi Kesehatan Target 90%	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan Pembangunan infrastruktur jalan di daerah terpencil	Belum ditemukan data capaian
7	Pemberian makanan pendamping ASI pada anak 6-24 bulan	Target capaian MP ASI dan Promosi Kesehatan ASI adalah 100%	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan Pemantauan Tumbuh Kembang Bayi	Pencapaian hasil penimbangan adalah 81%
8	pelacak dan menyelidiki gizi buruk	Peningkatan kualitas apratur kesehatan dibidang manajemen informasi kesehatan dan teknologi informasi kesehatan	Belum ditemukan data capaian
		Promosi Kesehatan Gizi bagi balita; Pemantauan Tumbuh Kembang Bayi	Belum ditemukan data capaian
9	Penjaringan Kesehatan Sekolah	Promosi & Pemberdayaan kesehatan melalui siswa sekolah tahun 2013 target 100%	Belum ditemukan data capaian
10	Peserta KB aktif	Pembinaan peran serta masyarakat dalam pelayanan KB mandiri	Belum ditemukan data capaian
11	Penemuan dan penanganan penderita penyakit sesuai SPM	Pencegahan dan pelayanan penyakit menular 100%	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan kualitas keterampilan medis bagi apratur	Belum ditemukan data capaian
12	Pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin dan juga	Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin mencapai target 100% pada tahun 2015	Belum ditemukan data capaian

	pelayanan kesehatan gawat darurat level 1 yang harus ditangani oleh RSUD	Kemitraan Peningkatan pelayanan kesehatan antara RSUD dan PLN guna menunjang kelancaran operasional RSUD Balangan	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan pembangunan infrastruktur jalan menuju RSUD	Belum ditemukan data capaian
		Kerja sama RSUD, Dinas Kesehatan dan Dinas Perhubungan guna penyelenggaraan sarana-prasarana system transportasi umum	Belum ditemukan data capaian
		Promosi Kesehatan Jamkesda, Jamkesmas	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan aparatur kesehatan RSUD	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan kapasitas manajemen obat RSUD	Belum ditemukan data capaian
		Manajemen SPM Kesehatan untuk Dinas Kesehatan	Belum ditemukan data capaian
		Manajemen SPM Kesehatan untuk RSUD	Belum ditemukan data capaian
13	Penyelidikan epidemiologi penanggulangan kejadian luar biasa (KLB) di wilayah Kabupaten Balangan	Cakupan Desa/Kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam mencapai target 100% pada tahun 2015	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan sarana dan prasarana bagi puskesmas dan Dinas Kesehatan	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan kualitas aparatur kesehatan dalam penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan kejadian luar biasa secara periodik	Belum ditemukan data capaian

14	Promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.	Cakupan Desa Siaga aktif mencapai target 80% pada tahun 2015	Jumlah Desa Siaga aktif 108 buah, menurun dari tahun sebelumnya 157
		Peningkatan kualitas aparatur kesehatan untuk masyarakat	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan jumlah aparatur penyuluh kesehatan	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan frekuensi dan cakupan wilayah penyuluhan kesehatan	Belum ditemukan data capaian

4.2. Rekomendasi Strategi Pembangunan Kesehatan

Dalam pembangunan kesehatan masa kini maka Program Indonesia Sehat merupakan program pembangunan kesehatan yang hendak dicapai. Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan menegakkan tiga pilar utama, yaitu: (1) penerapan paradigma sehat, (2) penguatan pelayanan kesehatan, dan (3) pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN). Berdasarkan kondisi kesehatan, tantangan, pilar program Indonesia sehat dan sistem kesehatan nasional yang disinkronkan dengan RPJMN 2015-2019, RPJMD Kabupaten Balangan dan sistem kesehatan daerah Provinsi Kalimantan Selatan (Perda No.4 Tahun 2009), maka dapat dikemukakan isue-isue strategis dalam rangka pembangunan kesehatan kabupaten Balangan, yaitu sebagai berikut :

No	Pilar Pembangunan Kesehatan	Issue Strategis
1	Penerapan paradigma sehat	a. Meningkatkan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat
		b. Meningkatkan pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
		c. Mempercepat perbaikan Gizi masyarakat
2	Penguatan Pelayanan kesehatan	a. Akeselerasi pemenuhan akses pelayanan kesehatan Ibu, anak, remaja dan lanjut usia yang berkualitas
		b. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas
		c. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan

		rujukan yang berkualitas
		d. Terjaminnya obat dan alat kesehatan dalam rangka pelayanan kesehatan baik UKP maupun UKM.
3	Pelaksanaan JKN	a. Memantapkan pelaksanaan sistem jaminan sosial Nasional Bidang kesehatan
4	Manajemen pelayanan kesehatan	a. Terpenuhinya SDM kesehatan secara kuantitas dan kualitas
		b. Memperkuat manajemen, penelitian pengembangan dan sistem informasi
		c. Pembiayaan kesehatan yang akuntabel dan efisien
		d. Peningkatan pelayanan rawat inap RSUD Balangan

Berdasarkan issue-issue strategis tersebut, dapat dicapai melalui rangkaian program sebagai berikut :

A. Meningkatkan Promosi Kesehatan Dan Pemberdayaan Masyarakat

Program kebijakan pada program promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di daerah ini adalah:

1. Kegiatan promosi kesehatan, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a. Sosialisasi untuk membangun kepedulian para pengambil kebijakan, tokoh masyarakat dan masyarakat untuk mengembangkan kampung Siaga, Puskesmas, Poskesmas dan jaringannya, serta sarana kesehatan sehingga tersedianya minimal 1 puskesmas di setiap kecamatan yang melaksanakan upaya promotif dan preventif
- b. Pemerintah Daerah melakukan advokasi dan sosialisasi tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat secara berjenjang
- c. Sosialisasi kesadaran masyarakat ber-PHBS, KIA dan gizi (keluarga sadar gizi), serta memanfaatkan pelayanan kesehatan yang bermutu
- d. Sosialisasi pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan melalui media informasi, serta pemeliharaan kesehatan untuk peningkatan pengetahuan masyarakat tentang bahaya penyakit menular dan tidak menular serta penanggulangnya

- e. Pendampingan memberdayakan masyarakat dalam kesiapsiagaan dan penanganan masalah darurat kesehatan
- f. Sosialisasi dan membangun kemitraan serta jejaring promosi kesehatan bagi petugas kesehatan dan masyarakat tentang sediaan farmasi, makanan, dan perbekalan kesehatan yang memenuhi syarat
- g. Pemerintah Daerah menerbitkan turunan regulasi daerah sejalan dengan UU No 23 tahun 2014
- h. Pemerintah Daerah mendayagunakan sumberdaya yang ada dari Pemerintah, dunia usaha dan masyarakat untuk kegiatan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan
- i. Pemerintah Daerah melakukan penguatan kerjasama lintas sektor melalui pembentukan dan pengaktifan forum kabupaten/kota sehat
- j. Pemerintah Daerah menyusun implementasi dalam pelaksanaan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat melalui pendekatan keluarga

2. Pengembangan media promosi kesehatan dan teknologi komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE), dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a. Mengembangkan media dan sarana promosi kesehatan yang komunikatif
- b. Mengembangkan pendekatan/metode dan teknologi promosi kesehatan
- c. Mengembangkan model promosi kesehatan spesifik untuk daerah terpencil

3. Pengembangan upaya kesehatan berbasis masyarakat dan generasi muda, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a. Menyusun kerangka dan materi kebijakan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang sesuai kondisi wilayah
- b. Mengembangkan komitmen dan dukungan Stakeholders terhadap upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat
- c. Pemberdayaan masyarakat melalui konseling individu dan keluarga serta penggerakan masyarakat untuk menciptakan kampung Siaga

- d. Menumbuh-kembangkan kemitraan dan public partnership dalam upaya kesehatan

4. Peningkatan pendidikan kesehatan kepada masyarakat, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Meningkatkan kapasitas tenaga pengelola program promosi kesehatan
- b) Mengembangkan kemitraan dengan lintas program, sektor, LSM, swasta, dan kelompok potensial
- c) Menyelenggarakan penyebarluasan informasi kesehatan melalui berbagai saluran Media
- d) Meningkatkan dukungan administrasi, perencanaan, dan anggaran untuk promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat

B. Meningkatkan Pengendalian Penyakit Dan Penyehatan Lingkungan

Program kebijakan pada program pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan di daerah ini adalah

1. Pencegahan dan penanggulangan faktor risiko, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Melakukan penyusunan, *review*, revitalisasi, adopsi, adaptasi, dan implementasi kebijakan, standar, pencegahan dan penanggulangan faktor risiko hingga di kampung
- b) Advokasi dan sosialisasikan kebijakan dan standar pencegahan dan penyakit-penyakit cara berjenjang hingga ke kampung
- c) Membangun/memantapkan jejaring kerja pencegahan dan penanggulangan faktor risiko serta melakukan koordinasi secara berjenjang dan berkesinambungan mulai dari kabupaten hingga ke desa termasuk kerjasama dengan lintas sektor dan LSM
- d) Melakukan pemantauan, penilaian, pencatatan, pelaporan, bimbingan teknis, dan monitoring pelaksanaan pencegahan dan penanggulangan faktor risiko secara berjenjang hingga ke kampung
- e) Melaksanakan pendidikan dan pelatihan petugas meliputi aspek teknis, manajemen, dan administrasi yang sifatnya sangat spesifik/teknis

pengecehan dan penanggulangan faktor risiko melalui kerjasama dengan instansi terkait untuk mendorong dan menyiapkan kemampuan petugas dan masyarakat secara berjenjang hingga ke kampung

- f) Melakukan penyusunan perencanaan dan penganggaran untuk kebutuhan pencegahan dan penanggulangan faktor risiko hingga tercapai kondisi kesiapan masyarakat di kampung
- g) Meningkatkan dukungan administrasi dan operasional pencegahan dan penanggulangan faktor risiko, termasuk melakukan kegiatankegiatan inovasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku
- h) Meningkatkan dan memantapkan kesiapan kampung Siaga dalam Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit melalui berbagai kegiatan, yaitu: melakukan review, revitalisasi, pembinaan, dan evaluasi secara berjenjang dengan sasaran prioritas Pustu, Poskesdes, dan kegiatan yang dikelola oleh masyarakat.
- i) Melaksanakan surveilans dan EWARS sesuai SOP yang dipantau secara berjenjang
- j) Pemerintah Daerah harus melakukan respon cepat yang terintegrasi dan spesifik dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor apabila melalui kajian epidemiologi terdeteksi adanya kemungkinan terjadinya Kejadian Luar Biasa (KLB) dan bencana. Untuk mengoptimalkan penanganan KLB/wabah/bencana diperlukan simulasi secara berkala untuk penanggulangan wabah/KLB/bencana termasuk simulasi pendanaannya dari berbagai sumber dengan melibatkan lintas sektor.
- k) Pemerintah Daerah melakukan upaya pencegahan spesifik dilakukan secara rutin melalui kajian epidemiologi seperti Imunisasi, IVA dan kryo, pemberian kelambu, kegiatan pengobatan massal untuk penyakit tertentu dan kegiatan spesifik lainnya

2. Peningkatan imunisasi, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Melakukan penyusunan, review, revitalisasi, adopsi, adaptasi, dan implementasi kebijakan, peraturan, standarisasi, dalam upaya peningkatan cakupan imunisasi hingga ke kampung
- b) Advokasi dan sosialisasi kebijakan, peraturan, standar, dan juklak/juknis peningkatan imunisasi penyakit kepada stakeholders secara berjenjang hingga ke kampung
- c) Melakukan pemantauan, penilaian, pencatatan, pelaporan, bimbingan teknis, dan monitoring pelaksanaan peningkatan imunisasi secara berjenjang hingga ke kampung
- d) Memfasilitasi pendidikan dan pelatihan petugas meliputi aspek teknis, manajemen, dan administrasi yang sifatnya sangat spesifik/teknis peningkatan imunisasi melalui kerjasama dengan institusi terkait untuk mendorong dan menyiapkan kemampuan petugas dan masyarakat secara berjenjang hingga ke kampung
- e) Melakukan penyusunan perencanaan dan penganggaran untuk kebutuhan peningkatan imunisasi hingga tercapai kondisi kesiapan masyarakat di kampung
- f) Meningkatkan dukungan administrasi dan operasional peningkatan imunisasi termasuk melakukan kegiatan-kegiatan inovasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku

3. Penemuan dan tatalaksana penderita, dengan kegiatan pokok sebagai berikut

- a) Melakukan penyusunan, review, revitalisasi, adopsi, adaptasi, dan implementasi kebijakan, peraturan, standar, penemuan dan tatalaksana penderita hingga ke kampung
- b) Advokasi dan sosialisasi kebijakan, peraturan, standar, dan juklak/juknis penemuan dan tatalaksana penderita penyakit kepada stakeholders secara berjenjang hingga ke kampung

- c) Membangun/memantapkan jejaring kerja penemuan dan tatalaksana penderita serta melakukan koordinasi secara berjenjang dan berkesinambungan mulai dari kabupaten hingga ke kampung
- d) Melakukan pemantauan, penilaian, pencatatan, pelaporan, bimbingan teknis, dan monitoring pelaksanaan penemuan dan tatalaksana penderita secara berjenjang hingga ke kampung
- e) Memfasilitasi pendidikan dan pelatihan petugas meliputi aspek teknis, manajemen, dan administrasi yang sifatnya sangat spesifik/teknis penemuan dan tatalaksana penderita melalui kerjasama dengan institusi terkait untuk mendorong dan menyiapkan kemampuan petugas dan masyarakat secara berjenjang hingga ke kampung
- f) Melakukan penyusunan perencanaan dan penganggaran untuk kebutuhan penemuan dan tatalaksana penderita hingga tercapai kondisi kesiapan masyarakat di kampung.
- g) Meningkatkan dukungan administrasi dan operasional penemuan dan tatalaksana penderita, termasuk melakukan kegiatankegiatan inovasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

4. Pengendalian lingkungan sehat, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Mendorong peran dan membangun komitmen warga dalam mewujudkan lingkungan sehat
- b) Sosialisasi perilaku hidup bersih dan sehat dari masyarakat, serta pengendalian faktor risiko
- c) Mengembangkan dan memperkuat jejaring surveilans epidemiologi faktor risiko dengan fokus pemantauan wilayah setempat dan kewaspadaan dini dengan keterlibatan semua stakeholders termasuk partisipasi masyarakat di kampung
- d) Memantapkan jejaring lintas program, lintas sektor, serta kemitraan dengan masyarakat termasuk swasta dalam percepatan program lingkungan sehat melalui pertukaran informasi, pelatihan, pemanfaatan teknologi tepat guna, dan pemanfaatan sumberdaya lainnya

- e) Pengadaan dan distribusi kebutuhan alat, bahan, dan reagen untuk pengendalian faktor risiko guna mendukung penyelenggaraan program lingkungan sehat hingga tiap desa

5. Penyediaan sarana air bersih dan sanitasi dasar, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Membangun/memantapkan jejaring kerja penyediaan sarana air bersih dan sanitasi dasar dan melakukan koordinasi secara berjenjang dan berkesinambungan
- b) Melakukan pemantauan, penilaian, pencatatan, pelaporan, bimbingan teknis, dan monitoring kegiatan penyediaan sarana air bersih dan sanitasi dasar
- c) Memfasilitasi pendidikan dan pelatihan petugas/tokoh masyarakat desa meliputi aspek teknis, manajemen, dan administrasi penyediaan sarana air bersih dan sanitasi dasar melalui kerjasama dengan instansi terkait untuk mendorong dan menyiapkan kemampuan petugas dan masyarakat dalam melakukan pengendalian faktor risiko secara berjenjang hingga ke kampung
- d) Melakukan perencanaan dan penganggaran kebutuhan penyediaan sarana air bersih dan sanitasi dasar hingga kesiapan masyarakat di kampung untuk mampu berpartisipasi mencegah dan menanggulangi faktor risiko
- e) Meningkatkan dukungan administrasi dan operasional penyediaan sarana air bersih dan sanitasi dasar
- f) Meningkatkan dan memantapkan kesiapan kampung Siaga dalam penyediaan sarana air bersih dan sanitasi dasar melalui berbagai kegiatan, yaitu: melakukan review, revitalisasi, pembinaan, dan evaluasi secara berjenjang dengan sasaran prioritas Pustu, Polindes, dan kegiatan yang dikelola oleh masyarakat.
- g) Pemerintah Daerah harus melakukan respon cepat yang terintegrasi dan spesifik dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor apabila melalui kajian epidemiologi terdeteksi adanya kemungkinan

terjadinya Kejadian Luar Biasa (KLB). Untuk mengoptimalkan penanganan KLB diperlukan simulasi secara berkala untuk penanggulangan wabah/KLB termasuk simulasi pendanaannya dari berbagai sumber dengan melibatkan lintas sektor.

6.

C. Percepatan Perbaikan Gizi Masyarakat

Program kebijakan pada program percepatan perbaikan gizi masyarakat di daerah ini adalah

1. Peningkatan pendidikan gizi, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Melaksanakan pembinaan dan peningkatan kemampuan petugas dalam program perbaikan gizi
- b) Melaksanakan penyuluhan gizi kepada masyarakat agar makan beraneka ragam makanan
- c) Melaksanakan penyuluhan manfaat ASI kepada masyarakat sasaran
- d) Menyiapkan materi dan menyusun perencanaan kebutuhan upaya peningkatan Keluarga sadar gizi.

2. Penanggulangan Kurang Energi Protein (KEP), anemia gizibesi, Gangguan Akibat Kurang Yodium (GAKY), kurang vitamin A, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Menyusun kerangka kebijakan perbaikan gizi masyarakat
- b) Menyiapkan materi dan menyusun petunjuk teknis dan pedoman penanggulangan gizi kurang
- c) Melaksanakan pemberian PMT kelompok gizi kurang dan gizi buruk
- d) Melaksanakan suplementasi obat program gizi
- e) Memfasilitasi pemantauan dan promosi pertumbuhan Balita atau DDTK
- f) Mengembangkan standar pelayanan gizi klinis bagi gizi buruk di RSUD
- g) Meningkatkan dukungan administrasi dan operasional program

3. Peningkatan surveilans gizi, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Mengembangkan jejaring dan melaksanakan pemantauan status gizi
- b) Mengembangkan dan meningkatkan surveilans gizi

- c) Mengembangkan jejaring informasi gizi
- d) Mengadakan materi dan menyelenggarakan advokasi dan sosialisasi Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG).

4. Pemberdayaan masyarakat untuk pencapaian keluarga sadar gizi, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Memfasilitasi upaya revitalisasi Posyandu
- b) Memfasilitasi upaya pemberdayaan keluarga
- c) Melaksanakan kampanye keluarga sadar gizi

D. Pemenuhan Akses Pelayanan Kesehatan Ibu, Anak, Remaja Dan Lanjut Usia Yang Berkualitas

Program kebijakan pada program pemenuhan akses pelayanan kesehatan ibu, anak, remaja dan lanjut usia yang berkualitas di daerah ini adalah

1. Program Kesehatan Ibu dan Anak, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Peningkatan pelayanan kesehatan ibu hamil (ANC)
- b) Peningkatan akses dan mutu *continuum of care*
- c) Peningkatan pertolongan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan
- d) Penjaringan deteksi risiko tinggi pada bumil, neonatus, bayi, balita dengan kunjungan rumah
- e) Penanganan komplikasi *obstetric*
- f) Peningkatan pelayanan neonatus dan nifas
- g) Penurunan kasus kematian ibu di rumah sakit
- h) Pelatihan bidan APN
- i) Pelatihan bidan PPGDON dan partograf
- j) Pembinaan kepada petugas kesehatan
- k) Revitalisasi posyandu bayi, balita dan Lansia
- l) Pembentukan UKS dan posyandu baru
- m) Bantuan Vit A, SF, Imunisasi bumil

- n) Pelatihan KB dan Kesehatan Reproduksi
- o) Pemutahiran data Kesehatan Ibu dan Anak
- p) Peningkatan rujukan kasus

2. Program Pelayanan Penduduk Lanjut Usia, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Pemeriksaan kesehatan secara berkala pada penduduk lansia
- b) Pengadaan posyandu lansia untuk pemeriksanaan, pelayanan rohani dan pemberian suplemen pada penduduk lansia

3. Program Kesehatan Khusus, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Peningkatan pelayanan kesehatan jiwa
- b) Peningkatan pelayanan kesehatan gigi dan mulut
- c) Peningkatan pelayanan kesehatan mata
- d) Peningkatan pelayanan laboratorium

4. Program Pelayanan Daerah Terpencil, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Peningkatan pelayanan kesehatan dasar penduduk daerah terpencil
- b) Peningkatan lingkungan sehat
- c) Peningkatan promosi kesehatan
- d) Peningkatan pemberdayaan kesehatan dalam upaya tanaman obat keluarga

E. Meningkatnya Akses Pelayanan Kesehatan Dasar Yang Berkualitas

Program kebijakan pada program meningkatnya Akses Pelayanan Kesehatan Dasar Yang Berkualitas di daerah ini adalah

1. Pelayanan kesehatan penduduk di Puskesmas dan jaringannya, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Standarisasi pedoman pelaksanaan dan petunjuk teknis pelayanan kesehatan yang dijamin pemerintah bagi semua penduduk di Puskesmas dan jaringannya

- b) Melakukan fasilitasi penyediaan pembiayaan pelayanan kesehatan yang ditanggung pemerintah bagi semua penduduk di Puskesmas dan jaringannya.
- c) Melakukan penggerakan, pemantauan, pengendalian dan evaluasi, termasuk penanganan keluhan masyarakat dalam pelayanan kesehatan bagi semua penduduk di Puskesmas dan jaringannya.

2. Pengadaan, peningkatan, dan perbaikan sarana dan prasarana Puskesmas dan jaringannya, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Membangun dan melengkapi sarana dan prasarana Puskesmas dan jaringannya
- b) Melaksanakan pengadaan sarana dan prasarana UPT Ditjen Bina Kesehatan Masyarakat
- c) Melaksanakan fasilitasi pengadaan sarana dan prasarana UPT Kesehatan Masyarakat milik Dinas Kesehatan Kabupaten
- d) Melaksanakan fasilitasi dan bantuan pengadaan peralatan kesehatan bagi Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), utamanya dalam revitalisasi Posyandu dan penyelenggaraan Pos Kesehatan kampung
- e) Kerjasama puskesmas dengan unit transfusi darah khususnya dalam rangka penurunan kematian ibu

3. Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dasar, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Menyusun dan sosialisasi kebijakan teknis pengembangan upaya kesehatan ibu, kesehatan anak, kesehatan komunitas, kesehatan kerja, dan penanggulangan masalah kesehatan masyarakat
- b) Melakukan fasilitasi, pemantauan, dan pembinaan upaya kesehatan ibu, kesehatan anak, kesehatan komunitas, kesehatan kerja, dan penanggulangan masalah kesehatan masyarakat
- c) Pelayanan kesehatan yang bergerak dalam pelayanan primer dan pelayanan keperawatan

- d) Melakukan pengembangan puskesmas rawat inap/perawatan dengan meningkatkan jangkauan pelayanan terutama untuk daerah terpencil
- e) Pemerintah daerah kabupaten/kota melakukan upaya Penguatan Fasyankes layanan primer terutama dilakukan dengan pemenuhan infrastruktur yang memenuhi standar, diutamakan untuk pelaksanaan upaya promotif dan preventif
- f) Membangun sistem informasi keluarga
- g) Memenuhi SDM yang terakreditasi sesuai dengan standar Permenkes 75 Tahun 2014
- h) Melakukan akreditasi seluruh puskesmas, dengan membangun komitmen pimpinan daerah dalam pelaksanaan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan

4. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Menyelenggarakan dukungan administrasi, manajemen, dan sumberdaya program upaya kesehatan masyarakat
- b) Mendukung operasionalisasi Puskesmas, UPT Kesmas, UKBM termasuk Pos Kesehatan kampung dan inovasi pelayanan kesehatan masyarakat, seperti dokter apung, dll

F. Meningkatnya Akses Pelayanan Rujukan Yang Berkualitas

Program kebijakan pada program meningkatnya akses pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas di daerah ini adalah

1. Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan perorangan, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Meningkatkan sistem rujukan upaya kesehatan perorangan.
- b) Menyediakan sarana dan prasarana pelayanan medik yang memadai dan merata termasuk pada desa/pulau terpencil.
- c) Mengembangkan dan penerapan standar pelayanan kedokteran, keperawatan dan penunjang medik lainnya di sarana kesehatan lainnya

d) Melakukan penguatan akreditasi Rumah Sakit dengan membangun komitmen pimpinan daerah dalam pelaksanaan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan

2. Pengembangan bentuk pelayanan kesehatan perorangan, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Mengembangkan pelayanan medik mobilitas
- b) Mengembangkan dan peningkatan Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK)
- c) Mengembangkan rumah sakit rujukan
- d) Mengembangkan sistem informasi dan rujukan di fasilitas kesehatan dasar dan rujukan online

3. Pemerintah daerah menerbitkan peraturan daerah tentang kriteria penerapan sistem rujukan

4. Pengembangan Upaya Kesehatan Kegawatdaruratan Bencana (UKKB)

Upaya kesehatan yang merupakan suatu sistem pelayanan untuk penanganan kasus gawat darurat secara terpadu, multidisiplin, multiprofesi dan multi sektor dimulai dari tempat kejadian sampai dengan rumah sakit rujukan tertinggi dan didukung oleh subsistem komunikasi dan transportasi.

UKKB adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta untuk penanganan semua kegawatdaruratan baik secara individu maupun massal yang dilaksanakan secara terpadu dengan melibatkan berbagai sektor, disiplin ilmu, dan profesi dalam lingkup kesiapsiagaan bencana untuk menjamin *safe community*. Sarana penunjang UKKB antara lain transportasi dan komunikasi serta bahan dan peralatan penanggulangan bencana atau perangkat UGD (Kit bencana) dalam rangka mekanisme rujukan. Pengembangan UKKB dilakukan dengan memperhatikan beberapa hal antara lain:

- a) Pemerataan UKKB terdiri dari 2 faktor utama yaitu pemerataan pelayanan (sarana dan prasarana, sumberdaya manusia kesehatan,

peralatan kesehatan) dan pembiayaan (investasi, operasional, dan pemeliharaan).

- b) Peningkatan mutu UKKB dilakukan melalui standarisasi sumberdaya manusia kesehatan, prosedur tetap, obat, alat kesehatan, dan gedung dengan memperhatikan jaminan mutu serta penilaian kinerja terhadap institusi, akreditasi dan perijinan.
- c) Keterjangkauan UKKB didukung oleh pelayanan kesehatan baik yang bersifat statis maupun dinamis dengan koordinasi lintas program dan lintas sektor, didukung peran aktif masyarakat.
- d) Pendekatan penanggulangan bencana dilakukan dengan menitik beratkan pada upaya pencegahan, mitigasi, dan kesiapsiagaan (pra bencana) dibanding upaya tanggap darurat dan rehabilitasi (paska bencana).
- e) Setiap fasilitas kesehatan baik RS maupun Puskesmas rujukan yang berada di jalur trans Kalimantan Selatan, di jalan protokol, di daerah rawan bencana dan kecelakaan lalu lintas mempunyai Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang buka dan melakukan pelayanan selama 24 jam.
- f) Terbentuk Tim Reaksi Cepat (*Tim Rescue*) di Kabupaten Balangan.

G. Terjaminnya Obat Dan Alat Kesehatan Dalam Rangka Pelayanan Kesehatan Baik UKP Maupun UKM

Program kebijakan pada program terjaminnya obat dan alat kesehatan dalam rangka pelayanan kesehatan baik UKP Maupun UKM di daerah ini adalah

1. **Peningkatan ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan harga obat dan perbekalan kesehatan**, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:
 - a. Pemerintah Daerah memanfaatkan e-katalog seoptimal mungkin untuk menjaga ketersediaan obat dan vaksin di faskes dalam rangka memperkuat pelayanan kesehatan. Dalam hal mengalami masalah dalam

- pemanfaatan ekatalog, Pemerintah Daerah menerapkan Permenkes No. 63 Tahun 2014 dan Surat Edaran Kepala LKPP No.3 Tahun 2015
- b. Pemerintah Daerah mendorong tenaga ULP memiliki sertifikat pengadaan B/J dalam rangka meningkatkan kemampuan pengadaan obat dan alkes dengan metode e-purchasing
 - c. Pemerintah Daerah mendorong instalasi farmasi menjadi UPT Daerah dalam rangka menerapkan *one gate policy* pengelolaan obat dan vaksin
 - d. Pemerintah Daerah menerapkan one gate policy pengelolaan obat dan vaksin secara optimal, mencakup perencanaan kebutuhan (Rencana Kebutuhan Obat dan Vaksin yang akurat), pemanfaatan e-katalog, e-monev katalog serta penerapan sistem e-logistik
 - e. Meningkatkan cara pengadaan obat yang baik (*good procurement practices*) dan efisiensi pengadaan obat
 - f. Melaksanakan dan memonitor regulasi di bidang obat dan perbekalan kesehatan secara efektif
 - g. Melakukan fasilitasi pengadaan peralatan dan perbekalan kesehatan bagi Puskesmas dan jaringannya serta UPT Kesehatan masyarakat;
 - h. Pengadaan obat esensial generik dalam jumlah yang cukup termasuk obat-obat untuk HIV/AIDS, malaria, TBC, penyakit anak dan penyakit tidak menular; dan mendistribusikan secara merata pada semua unit pelayanan kesehatan
 - i. Mengintegrasikan obat tradisional/komplemen dan alternatif yang memenuhi persyaratan, ke dalam sistem pelayanan kesehatan
 - j. Meningkatkan ketersediaan dan keterjangkauan obat tradisional/komplemen dan alternatif
2. Pengalokasian anggaran yang cukup untuk menjamin ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan;

H. Menguatnya Manajemen, Penelitian Pengembangan Dan Sistem Informasi

Program kebijakan pada program menguatnya manajemen, penelitian pengembangan dan sistem informasi di daerah ini adalah

1. Penguatan pengawasan perencanaan program dan penganggaran Pemerintah Daerah menyusun perencanaan Anggaran Kesehatan berdasarkan prinsip *money follow program* dan bersinergi dengan kebijakan Pemerintah Pusat. Satuan Kerja Kantor Pusat, Kantor Daerah dan SKPD penerima alokasi APBN Kementerian Kesehatan harus memperhatikan kaidah-kaidah penyusunan perencanaan penganggaran untuk menghindari adanya output cadangan dan catatan halaman IV DIPA.
2. Penguatan pengawasan pelaksanaan kegiatan dan anggaran Pemerintah Daerah melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap pelaksanaan Anggaran Kesehatan agar dapat mempercepat penyerapan anggaran.
3. Program Peningkatan Sistem Informasi Kesehatan, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:
 - a. Membangun sistem informasi keluarga
 - b. Pemanfaatan data dan informasi hasil penelitian dan pengembangan kesehatan untuk perencanaan, penyusunan kebijakan dan evaluasi program
 - c. Melaksanakan penyusunan informasi kesehatan distrik (Pengumpulan data, entri data, analisis data, publikasi hasil data, dan penyimpanan data serta penyimpanan hasil olah data)
 - d. Penyusunan buku dan dokumen informasi kesehatan (Profil Pembangunan Kesehatan Distrik, dan Laporan tahunan)
 - e. Penelitian dan pengembangan untuk mendukung evidence based policy, data kematian, kesakitan serta pengembangan pengukuran responsiveness sistem kesehatan
 - f. Sistem pengumpulan data untuk pemantauan indikator
 - g. Tersedianya kajian epidemiologi yang menunjang pencegahan spesifik seperti pemberian obat pencegahan masal seperti penyakit Filariasis.

I. Pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional Bidang Kesehatan

Program kebijakan pada program pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional Bidang Kesehatan di daerah ini adalah

1. Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan untuk Masyarakat Miskin/Rentan Miskin Program ini memiliki sasaran utama yaitu **terselenggaranya pelayanan kesehatan dasar bagi warga miskin dan kelompok rentan miskin di Puskesmas sebesar 100%**, dengan kegiatan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a. Menyusun pedoman pelaksanaan dan petunjuk teknis pelayanan kesehatan yang dijamin pemerintah dan pemda bagi penduduk miskin di Puskesmas dan jaringannya;
- b. Pelayanan kesehatan penduduk miskin di Puskesmas dan jaringannya
- c. Melakukan penggerakan, pemantauan, pengendalian dan evaluasi, termasuk penanganan keluhan masyarakat dalam pelayanan kesehatan penduduk miskin di Puskesmas dan jaringannya.

2. Program Jaminan Pembiayaan Kesehatan untuk Masyarakat Miskin/Rentan Miskin Program ini memiliki sasaran utama yaitu **teralokasikannya anggaran yang memadai untuk pembiayaan kesehatan masyarakat miskin dan rentan miskin sebesar 100%**, dengan kegiatan kegiatan pokok sebagai berikut:

Kegiatan pokok pada Program Jaminan Pembiayaan Kesehatan untuk Masyarakat Miskin/Rentan Miskin di wilayah ini adalah

- 1.** Melakukan fasilitasi penyediaan pembiayaan pelayanan kesehatan yang ditanggung pemerintah dan pemda bagi penduduk miskin dan rentan miskin di Puskesmas dan jaringannya.
- 2.** Melakukan kemitraan dengan lembaga non pemerintah dalam pelayanan dan pembiayaan kesehatan bagi masyarakat miskin dan rentan miskin.

J. Terpenuhinya SDM Kesehatan Secara Kuantitas Dan Kualitas

Permasalahan yang terjadi dalam program ini antara lain:

1. Jumlah dan distribusi tenaga kesehatan tidak merata antar daerah:

- a. Pemda Provinsi dan Kab/Kota melakukan pemetaan SDM Kesehatan dengan menggunakan Sistem Informasi SDM Kesehatan dan menyusun perencanaan kebutuhan dengan merujuk pada Permenkes Nomor 33/2015 serta mengajukan formasi CPNS ke Badan Kepegawaian Daerah (BKD). Kementerian Kesehatan melakukan advokasi kepada MENPAN-RB dan BKN untuk mengalokasikan formasi CPNS sesuai kebutuhan masing-masing Pemda.
- b. Pemda Provinsi dan Kab/Kota mempunyai kewenangan untuk mengatasi maldistribusi di daerahnya dengan Peraturan Gubernur atau Peraturan Bupati/Walikota, dan memperkuat koordinasi dengan BKD dalam penempatan tenaga kesehatan. Kementerian Kesehatan melakukan advokasi ke KEMENDAGRI, KEMENPAN-RB dan BKN agar BKD Provinsi dan Kab/Kota memperhatikan pertimbangan dan usulan Dinkes Provinsi, dan Kab/Kota.
- c. Pemda Kab/Kota yang memiliki kapasitas fiskal rendah mengajukan kebutuhan formasi CPNS ke MENPAN dan alokasinya didukung oleh alokasi anggaran Dana Alokasi Khusus Non Fisik Tahun Anggaran 2017. Kementerian Kesehatan mengusulkan ke KEMENKEU untuk mengembangkan mekanisme penganggaran Dana Alokasi Khusus Non Fisik untuk pemenuhan honorSDM Kesehatan di daerah tersebut.

2. Pemenuhan jenis nakes belum sesuai standar

- a. Pemda Provinsi dan Kab/Kota dapat memanfaatkan Perpres Wajib Kerja Dokter Spesialis (rancangan) untuk mendistribusikan Dokter Spesialis dengan menyusun rencana kebutuhan dan lokasi RS serta menyiapkan dukungan berupa insentif daerah dan ketersediaan alat kesehatan. Kementerian Kesehatan menempatkan Dokter Spesialis dengan menggunakan APBN dengan prioritas di daerah yang tidak

diminati sesuai UU No 23 Tahun 2014, bekerjasama dengan Organisasi Profesi dan Fakultas Kedokteran

- b. Pemda Kab/Kota dapat memanfaatkan dana BOK untuk merekrut tenaga kontrak (sesuai Undang-Undang ASN) promosi kesehatan di setiap puskesmas dengan pendidikan minimal D3 Kesehatan (tenaga Kesehatan Masyarakat, Kesehatan Lingkungan, Gizi, Tehnis Kefarmasian dan Analis Laboratorium).Kementerian Kesehatan akan merevisi Permenkes Nomor 82 Tahun 2015 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan, Serta Sarana dan Prasarana Penunjang Subbidang Sarpras Kesehatan Tahun Anggaran 2016.

3. Kompetensi Nakes belum sesuai standar

- a. Pemda Kab/Kota mengalokasikan anggaran untuk meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan melalui pendidikan (beasiswa) dan pelatihan. Kementerian Kesehatan memberikan dukungan dalam bentuk dana Dekonsentrasi untuk mendukung upaya tersebut.
- b. Pemda dan Kab/Kota mempunyai kewenangan untuk pembinaan dan pengawasan terhadap SDM Kesehatan dalam bentuk pemberian izin dan pengawasan praktek, kesempatan mengikuti pendidikan dan pelatihan, seminar dalam rangka meningkatkan kompetensi. Kementerian Kesehatan memberikan dukungan dalam bentuk dana Dekonsentrasi atau Dana Alokasi Khusus Non Fisik untuk mendukung upaya tersebut

Program kebijakan agar dapat terpenuhinya SDM kesehatan secara kuantitas dan kualitas adalah:

1. Penambahan SDM kesehatan, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Pengadaan SDM Kesehatan yang kompeten sesuai kebutuhan, terutama untuk pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya
- b) Membangun sistem perencanaan dan pendayagunaan SDM Kesehatan

c) Pelaksanakan kemitraan dengan lembaga pemerintah, lembaga non pemerintah termasuk swasta dan masyarakat dalam penyediaan dan peningkatan kualitas SDM kesehatan.

2. Peningkatan keterampilan dan profesionalisme tenaga kesehatan melalui pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

a) Pengembangan SDM Kesehatan dalam pelatihan tenaga kesehatan, khususnya kemampuan tenaga kesehatan di bidang upaya kesehatan ibu, kesehatan anak, kesehatan komunitas, kesehatan kerja, dan penanggulangan masalah kesehatan masyarakat.

b) Pengembangan manajemen, metode dan teknologi pelatihan

c) Pengembangan dan pemberdayaan SDM pendidikan tenaga kesehatan melalui pendidikan kedinasan di institusi penyelenggara pendidikan tenaga kesehatan

d) Penyelenggaraan administrasi dan dukungan operasional program pendidikan tenaga kesehatan.

3. Pembinaan tenaga kesehatan termasuk pengembangan karir, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

a. Melaksanakan pengendalian mutu dan standarisasi kompetensi tenaga kesehatan

b. Melaksanakan pembinaan dan pengelolaan sistem karir tenaga kesehatan.

K. Pembiayaan Kesehatan Yang Akuntabel Dan Efisien

Program kebijakan pada program Pembiayaan Kesehatan Yang Akuntabel Dan Efisien di daerah ini adalah

1. Peningkatan anggaran kesehatan pusat dan daerah, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Pemerintah daerah meningkatkan alokasi APBD kesehatan provinsi/kabupaten/kota 10% di luar gaji
- b) Pemerintah daerah mendayagunakan *corporate social responsibility* (CSR), Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau, dan Dana Pajak Rokok

2. Pengalokasian anggaran promotif dan preventif, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Pemerintah daerah mengalokasikan anggaran kesehatan terutama pada kegiatan promotif dan preventif melalui pengalokasian APBN dan APBD dalam jumlah yang memadai
- b) Pemerintah daerah melakukan sinkronisasi antara usulan dan realisasi pelaksanaan DAK

3. Pemanfaatan anggaran kesehatan, dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a) Pemerintah daerah memanfaatkan anggaran kesehatan melalui APBN, APBD, DAK non fisik, BOK, Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau, Dana Pajak Rokok, dan Dana Desa untuk kegiatan promotif dan preventif melalui pendekatan keluarga sehat secara efektif dan efisien
- b) Optimalisasi dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk turut mendukung kegiatan promotif dan preventif

L. Peningkatan Pelayanan Rawat Inap RSUD Balangan

Program kebijakan pada program peningkatan pelayanan rawat inap RSUD Balangan di daerah ini adalah

- 1) Standarisasi pedoman pelaksanaan dan petunjuk teknis pelayanan kesehatan yang dijamin pemerintah bagi semua penduduk
- 2) Meningkatkan sistem rujukan upaya kesehatan perorangan
- 3) Mengembangkan dan penerapan standar pelayanan kedokteran, keperawatan dan penunjang medik lainnya

- 4) Cakupan sarana kesehatan yang melaksanakan pelayanan gawat darurat sebesar 100%

Dengan kegiatan pokok sebagai berikut:

- a. Melakukan penggerakan, pemantauan, pengendalian dan evaluasi, termasuk penanganan keluhan masyarakat dalam pelayanan kesehatan bagi semua penduduk
- b. Pengadaan, peningkatan, dan perbaikan sarana dan prasarana rumah sakit

BAB V

PENUTUP

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil *Review* dari Masterplan Kesehatan Kabupaten Balangan, maka ditetapkan issue-issue strategis yang harus diselesaikan dalam rangka pembangunan kesehatan yang optimal. Issue-issue tersebut meliputi:

- a) Meningkatkan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat
- b) Meningkatkan pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
- c) Mempercepat perbaikan Gizi masyarakat
- d) Akeselerasi pemenuhan akses pelayanan kesehatan Ibu, anak, remaja dan lanjut usia yang berkualitas
- e) Meningkatkan akses pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas
- f) Meningkatkan akses pelayanan kesehatan rujukan yang berkualitas
- g) Terjaminnya obat dan alat kesehatan dalam rangka pelayanan kesehatan baik UKP maupun UKM
- h) Memantapkan pelaksanaan sistem jaminan sosial Nasional Bidang kesehatan
- i) Terpenuhinya SDM kesehatan secara kuantitas dan kualitas
- j) Menguatkan manajemen, penelitian pengembangan dan sistem informasi
- k) Pembiayaan kesehatan yang akuntabel dan efisien

5.2 Rekomendasi

- a) Hasil review master plan kesehatan Kabupaten Balangan tahun 2010-2015, perlu segera ditindak lanjuti untuk dituangkan dalam master plan kesehatan Kabupaten Balangan 2017-2027

- b)** Sesempurna apapun rancangan master plan kesehatan kabupaten Balangan tidak akan dapat dicapai tanpa pendanaan yang memadai. Oleh karena itu pengalokasian anggaran daerah minimal 10% untuk kegiatan pembangunan dan pengembangan bidang kesehatan dan pengalokasikan minimal 10% dari dana desa untuk kegiatan pengembangan kesehatan di tiap desa merupakan suatu keharusan.
- c)** Dalam rangka percepatan pemenuhan dan pemerataan sumber daya manusia kesehatan kesehatan maka pemberian dana bantuan pendidikan kepada Putra daerah terpencil sebagai suatu alternatif yang perlu mendapat perhatian khusus.



Executive Summary

Review Master Plan Kesehatan Balangan 2017

Pembangunan kesehatan adalah bagian dari pembangunan suatu daerah yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan tersebut merupakan upaya seluruh potensi, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah.

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai cita-cita bangsa Indonesia. Sesuai amanat Pasal 14 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Pembangunan kesehatan harus diimbangi dengan intervensi perilaku yang memungkinkan masyarakat lebih sadar, mau dan mampu melakukan hidup sehat sebagai prasyarat pembangunan yang berkelanjutan (*sustainable development*). dengan berbagai aktivitas pencapaian MDGs yang berlanjut dalam bentuk SDGs dan mewujudkan jaminan kesehatan masyarakat semesta.

A. Maksud dan Tujuan

Maksud dan tujuan dari Penyusunan Riview Master Plan Pembanguna Kesehatan Kabupaten Balangan ini secara umum adalah untuk mendapatkan

gambaran menyeluruh tentang pembangunan kesehatan yang terdapat di Kabupaten Balangan, sehingga dapat membuat pembangunan kesehatan menjadi lebih baik di masa depan, karena sudah lebih terarah dan teratur arah pembangunannya. Secara umum, tujuan dibuatnya laporan ini adalah sebagai berikut:

1. Pembahasan kecenderungan eksternal dan internal.
2. Pembahasan Master Program, Program Fungsi, Rencana Block Plan dan Konsep Utilitas serta Rencana Pentahapan Pelaksanaan
3. Merumuskan draf issue-issue strategis kesehatan dalam bentuk kegiatan pokok pembangunan kesehatan.

B. Sasaran

1. melakukan evaluasi terhadap program yang telah diimplementasikan dengan metode evaluasi single program after only.
2. analisis kebijakan (Policy analysis) pembangunan kesehatan.
3. Identifikasi isu-isu pembangunan kesehatan.
4. Evaluasi dan rekomendasi terkait master plan kesehatan di Kabupaten Balangan.

C. Ruang Lingkup Materi

Lingkup pekerjaan jasa Review Master Plan Kesehatan Kabupaten Balangan ini adalah sebagai berikut:

1. Pengumpulan data sekunder dari berbagai instansi yang terkait dengan pembangunan bidang kesehatan di Kabupaten Balangan.
2. Pelaksanaan survey awal dan koordinasi dengan stakeholder.
3. Perencanaan detail pengambilan data-data/survey kelapangan.
4. Pelaksanaan *focus group discussion* (FGD).
5. Pengolahan dan analisa data.
6. Hasil pelaksanaan kegiatan.

D. Ruang Lingkup Wilayah

Tersebar di seluruh wilayah pemerintah Kabupaten Balangan.

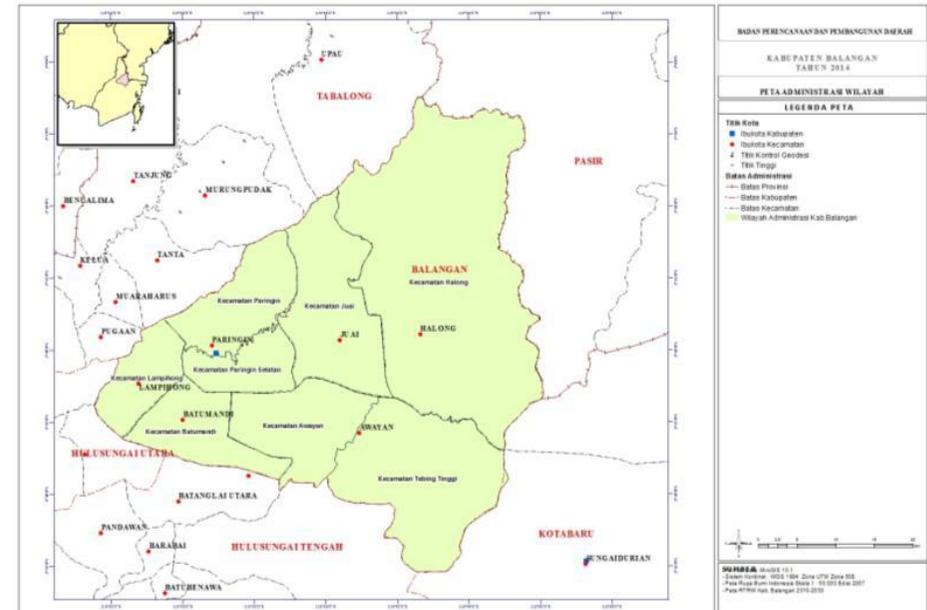
GAMBARAN UMUM

A. Geografi

Wilayah kabupaten Balangan terletak antara 20 02'25,99" sampai dengan 20 31'57,96" Lintang Selatan dan 115018'45,03" sampai dengan 115050'11,70" Bujur Timur. Kabupaten Balangan terbagi menjadi 8 kecamatan, dengan 157 desa/kelurahan. Kabupaten Balangan memiliki kondisi topografi yang cukup variatif. Sebagian besar wilayah di Kabupaten Balangan berada di ketinggian antara 25-100 m dpl (38 persen). Ketinggian yang paling kecil adalah ketinggian 0-7 meter, yaitu hanya 1 9 persen. Ketinggian 0-7 meter dpl hanya terdapat di Kecamatan Lampihong dan Kecamatan Batumandi sedangkan ketinggian di atas 500 meter dpl hanya terdapat di Kecamatan Awayan, Tebing Tinggi dan Halong. Wilayah dengan ketinggian lebih dari 500 meter dpl merupakan wilayah yang jika digunakan untuk budidaya pertanian memerlukan tindakan-tindakan khusus karena pada ketinggian tersebut banyak lereng yang terjal dan mudah erosi. Ketinggian kurang dari 500 meter sangat cocok untuk budidaya pertanian dan harus tetap memperhatikan bahwa pada ketinggian tersebut juga masih banyak lereng yang terjal.

Kabupaten Balangan dengan ibu kota Paringin terletak \pm 200 Km sebelah Utara Banjarmasin, dengan batas-batas sebagai berikut :

- Sebelah Utara berbatasan dengan Kabupaten Tabalong dan Kabupaten Pasir, Kalimantan Timur.
- Sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Kota Baru dan Kabupaten Pasir, Kalimantan Timur.
- Sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Hulu Sungai Tengah.
- Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Hulu Sungai Utara



Gambar 1 Peta Administrasi Kabupaten Balangan

B. Geologi

Kondisi geologis di salah satu wilayah kabupaten diasumsikan cukup mewakili kondisi geologis lingkup Kawasan tersebut, karena proses ekologi yang terjadi secara alami pada umumnya berlangsung dalam rentang waktu yang panjang di lingkup wilayah yang cukup luas. Tinjauan kondisi geologi terdiri dari tinjauan terhadap jenis batuan, jenis tanah dan tekstur tanah yang terdapat di Kabupaten Balangan. Jenis batuan yang ada di Kabupaten Balangan terdiri dari enam jenis, yaitu Paleogen To,b,c,d, batuan beku dalam, Miosen bawah (Aketania Fe), Miosen Tf 1 -3, Neopleosin Tf-Tgh, Misozoikum tak diuraikan dan Quarfer. Jenis batuan yang paling luas di Kabupaten Balangan adalah jenis miosen Tf 1 -3 yaitu mencapai 71.277 Ha (37,25 persen) dari luas wilayah. Jenis batuan ini terdapat di semua



Kecamatan. Sedangkan jenis batuan yang paling sedikit adalah jenis Paleogen Ta, b, c, d yang hanya terdapat di Kecamatan Halong.

C. Topografi

Kabupaten Balangan memiliki kondisi topografi yang cukup variatif (beragam). Sebagian besar wilayah di Kabupaten Balangan berada di ketinggian antara 25-100 m dpl (41,43%). Meskipun demikian, tidak semua wilayah di Kabupaten Balangan berada di ketinggian tersebut. Kecamatan Batumandi, misalnya, sebagian besar wilayahnya berada di ketinggian antara 7-25 m (seluas 7.462 Ha). Kecamatan Halong merupakan Kecamatan yang sebagian besar wilayahnya berada di dataran finggi (ketinggian 100-500 m dpl seluas 33.45 Ha).

D. Hidrologi

Kondisi hidrologi dapat ditinjau dari beberapa hal, diantaranya kondisi sumber daya air dan pola drainase. Sumber daya air di Kabupaten Balangan berupa sungai, dan embung (kolam-kolam retensi). Sungai-sungai utama yang mengalir di daerah Kabupaten Balangan adalah sungai Pitap, sungai Balangan, sungai Mantuyan, sungai Tabuan, sungai Galombang, sungai Halong, sungai Huren, sungai Ninian, sungai Jauk, sungai Batumandi, sungai Lokbatu dan sungai Juai

E. Klimatologi

Keadaan iklim di Kalimantan Selatan menurut Sistem Koppen dapat digolongkan ke dalam Iklim Hutan Tropika Humid dengan rata-rata curah hujan tahunan berkisar antara 2000 mm hingga 3000 mM, curah hujan terendah jatuh sekitar bulan Juni, Juli, Agustus dan September, sedangkan curah hujan tertinggi jatuh sekitar bulan Desember, Januari, Februari dan Maret.

Curah hujan di suatu tempat antara lain dipengaruhi oleh keadaan iklim dan perputaran arus udara. Oleh karena itu, jumlah curah hujan beragam menurut bulan dan letak stasiun pengamatan. Di kabupaten Balangan, rata-rata curah hujan selama tahun 2006 terlihat bervariasi. Menurut Stasiun

Pengamatan Paringin, Batumandi dan Juai maka curah hujan rata-rata di Kabupaten Balangan sekitar 18,63 mm per hari.

F. Kondisi Pembangunan Kesehatan Daerah

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Kabupaten Balangan dalam kurun waktu 2011-2015, telah membuahkan hasil yang menggembirakan, tetapi tetap menyisakan tugas ke depan, yaitu mengatasi permasalahan-permasalahan pokok yang mendasar di masa datang. Beberapa permasalahan pembangunan mendasar yang dapat diidentifikasi dalam melaksanakan pembangunan di Kabupaten Balangan, diantaranya terfokus dalam beberapa indikator kinerja sasaran dengan target dan realisasi pada tahun 2016 sebagai berikut:

Tabel 2. Kondisi Pembangunan Kesehatan Masa Kini.

No	Indikator	Satuan	Realisasi 2015	Realisasi 2016	Kinerja
1	Umur Harapan Hidup	Tahun	66,65	66,65	Stagnan
2	Angka Kematian Ibu	Proporsi	245	214,04	Naik
3	Angka Kematian Bayi	Proporsi	14,7	13,3	Naik
4	Menurunnya prevalensi gizi kurang	Persen	2,68	17,28	Naik
5	Persentase Desa Yang Memiliki Tenaga Bidan	Orang	178	176	Turun
6	Meningkatnya Jumlah Puskesmas Rawat Inap	Persen	100	100	Stagnan
7	Persentase Desa Yang Memiliki Poskesdes	Persen	76.64	69.42	Turun
8	Cakupan jaminan kesehatan	Persen	100	100	Stagnan



METODOLOGI

A. Metode Pengumpulan Data

1. Observasi

Pengumpulan data dengan cara mengadakan pengamatan langsung terhadap kondisi lingkungan di Kabupaten Balangan.

2. Wawancara

Melalui metode ini akan dilakukan wawancara terbuka dengan para stakeholders melalui kegiatan pertemuan dan kelompok masyarakat yang menjadi target group. Wawancara akan dilakukan kepada Pejabat instansi terkait, seperti Bappeda, Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas, Tenaga Kesehatan, Tokoh masyarakat serta Akademisi.

3. Dokumentasi

Dalam metode dokumentasi ini akan dilakukan pengumpulan data primer dan data sekunder. Pengumpulan Data Sekunder, dilakukan dengan mendatangi masing-masing Instansi terkait sesuai dengan Data yang dibutuhkan dalam pekerjaan penyusunan ini.

4. Focus Group Discussion (FGD)

Teknik Pengumpulan data yang lain adalah dengan melakukan FGD terhadap segenap stakeholders untuk menggali data yang berhubungan dengan pembangunan bidang kesehatan di Kabupaten Balangan.

5. Wawancara-Mendalam (*In-depth Interview*)

Dalam wawancara-mendalam melakukan penggalian secara mendalam dengan menggunakan pertanyaan terbuka.

6. Triangulasi

Pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada

B. Metode Analisis Data

Analisis yang dilakukan meliputi pada analisis berikut ini :

1. Deskriptif Kualitatif Analisis

Analisis ini digunakan untuk mengetahui atau menggambarkan kecenderungan data memusat berupa frekuensi dan rata-rata kemudian dimunculkan dalam bentuk tabel frekuensi maupun grafik serta penjelasan naratif.

2. Evaluasi

Evaluasi untuk melakukan evaluasi terhadap program yang telah diimplementasikan digunakan metode evaluasi *single program after only*. Artinya akan dilakukan evaluasi terhadap program pembangunan bidang kesehatan di Kabupaten Balangan yang sedang dan telah dilakukan. Pada bagian ini, tidak lain bagian dari analisis kebijakan (*Policy analysis*) menurut Mason, Talbott & Leavitt, 1993 adalah kajian sistematis terhadap isi dan akibat yang nyata atau diantisipasi terhadap kebijakan yang sedang berjalan atau yang direncanakan.

Secara ringkas, analisis ini meliputi pola sebagai berikut:

- Menyusun struktur masalah (*Problem structuring*)
- Memprediksi (*Forecasting*)
- Rekomendasi (*Recommendation*)
- Pemantauan (*Monitoring*)
- Evaluasi (*Evaluation*)

Dalam analisis ini juga dapat terpetakan hirarki dari tipe isu kebijakan, dalam hal ini isu-isu pembangunan kesehatan, yaitu:

- Isu- isu utama (*Major issues*),
- Isu- isu sekunder (*Secondary issues*),
- Isu- isu fungsional (*Functional issues*),



d) Isu- isu kecil (*Minor issue*)

HASIL ANALISIS MASTER PLAN KESEHATAN

A. Evaluasi Master Plan Kabupaten Balangan

- 1) Master Plan Kesehatan Kabupaten Balangan termasuk dalam kriteria Master Plan Strategis
- 2) Master Plan Kesehatan yang disusun, belum menggambarkan secara detail tentang Visi Kabupaten
 - a) Aspek input : Kebutuhan Jumlah/Jenis SDM, Sarana- prasarana kesehatan
 - b) Aspek proses : Kebutuhan formalisasi aturan dalam bentuk SOP
- 3) Master Plan Kesehatan Kabupaten Balangan adalah master plan yang menggunakan pendekatan upaya kesehatan dan belum menggunakan pendekatan Sistem Kesehatan Nasional/Daerah
- 4) Renstra Dinas Kesehatan dan Laporan dalam bentuk Profil Kesehatan Kabupaten, banyak data-data yang belum bisa menjawab sejauh mana pencapaian master plan. Ini menggambarkan bahwa Master Plan belum digunakan sebagai acuan dalam pembuatan Renstra bidang Kesehatan
- 5) Belum ada Legitimasi Master Plan, berupa tanda tangan pengesahan dari Kepala Daerah Kabupaten Balangan.
- 6) Strategi pembangunan kesehatan Kabupaten Balangan 2011-2016 seperti yang tercantum dalam master plan kesehatan Kabupaten Balangan kurang tepat karena issue-isue strategis yang menjadi dasar strategi atau program pembangunan kesehatan bukan merupakan issue yang benar-benar strategis. Akan tetapi lebih ke arah indikator yang menyelesaikan issue-isue strategis tersebut.

7) Ada beberapa ketidaksesuaian issue strategis dengan indikator pencapaiannya

No	Issue strategis	Data Tahun 2015	
		Target	Realisasi
1	Kunjungan Ibu Hamil K4	a. Target Kunjungan K4 adalah 95%	a. Kunjungan K4 Ibu Hamil adalah 68.7% turun dari tahun sebelumnya (70.8%)
		b. Tahun 2012 jumlah apratur Penyuluh kesehatan mencapai target 100%	b. Belum ditemukan data jumlah aparatur penyuluh
2	Komplikasi Kebidanan yang ditangani	Peningkatan kualitas kompetensi bidan, target 80%	Belum ditemukan data tentang peningkatan kualitas kompetensi bidan
3	Persalinan yang dapat ditangani oleh (tenaga kesehatan) Nakes	Target persalinan oleh Nakes secara nasional 90%	Pertolongan persalinan oleh Nakes 86.1%, turun dari tahun sebelumnya 87.6%
		a. Peningkatan Kualitas Promosi Kesehatan target 100%	Belum ditemukan data capaian
		b. Peningkatan Jumlah bidan desa	Jumlah bidan 215



		c. Peningkatan Pembangunan infrastruktur jalan didaerah terpencil	Belum ditemukan data capaian
4	Puskesmas yang dapat mencapai target UCI	Target capaian Tahun 2012 100%	Capaian UCI masih 78.3%
5	Pemberian kapsul vitamin A pada Ibu Nifas	a. Pelayanan ibu nifas harus mencapai target 90% tahun 2015.	Pemberian Vitamin A pada ibu nifas= 87.1% turun dari tahun lalu (90.4%)
		b. Peningkatan pembangunan infrastruktur jalan di daerah terpencil	Belum ditemukan data capaian
6	Pelayanan kunjungan bayi (batita dan balita)	Target capaian kunjungan bayi harus 90%	Tingkat partisipasi masyarakat dalam penimbangan sebesar 60.04% .
		Peningkatan kualitas Promosi Kesehatan Target 90%	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan Pembangunan infrastruktur jalan di daerah terpencil	Belum ditemukan data capaian
7	Pemberian makanan	Target capaian MP ASI dan Promosi Kesehatan	Belum ditemukan data capaian

	pendamping ASI pada anak 6-24 bulan	ASI adalah 100%	
		Peningkatan Pemantauan Tumbang Kembang Bayi	Pencapaian hasil penimbangan adalah 81%
8	pelacakan dan penyelidikan gizi buruk	Peningkatan kualitas apratur kesehatan dibidan manajemen informasi kesehatan dan teknologi informasi kesehatan	Belum ditemukan data capaian
		Promosi Kesehatan Gizi bagi balita; Pemantauan Tumbuh Kembang Bayi	Belum ditemukan data capaian
9	Penjaringan Kesehatan Sekolah	Pomosi & Pemberdayaan kesehatan melalui siswa sekolah tahun 2013 target 100%	Belum ditemukan data capaian
10	Peserta KB aktif	Pembinaan peran serta masyarakat dalam pelayanan KB mandiri	Belum ditemukan data capaian
11	Penemuan dan penanganan penderita penyakit sesuai SPM	Pencegahan dan pelayanan penyakit menular 100%	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan kualitas keterampilan medis bagi apratur	Belum ditemukan data capaian



12	Pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin dan juga pelayanan kesehatan gawat darurat level 1 yang harus ditangani oleh RSUD	Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin mencapai target 100% pada tahun 2015	Belum ditemukan data capaian
		Kemitraan Peningkatan pelayanan kesehatan antara RSUD dan PLN guna menunjang kelancaran operasional RSUD Balangan	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan pembangunan infrastruktur jalan menuju RSUD	Belum ditemukan data capaian
		Kerjasama RSUD, Dinas Kesehatan dan Dinas Perhubungan guna penyelenggaraan sarana-prasarana system transportasi umum	Belum ditemukan data capaian
		Promosi Kesehatan Jamkesda, Jamkesmas	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan aparatur kesehatan RSUD	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan kapasitas manajemen obat RSUD	Belum ditemukan data capaian
		Manajemen SPM Kesehatan untuk Dinas	Belum ditemukan data capaian

		Kesehatan	
		Manajemen SPM Kesehatan untuk RSUD	Belum ditemukan data capaian
		Penyelidikan epidemiologi penanggulangan kejadian luar biasa (KLB) di wilayah Kabupaten Balangan	Belum ditemukan data capaian
13		Cakupan Desa/Kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam mencapai target 100% pada tahun 2015	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan sarana dan prasarana bagi puskesmas dan Dinas Kesehatan	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan kualitas aparatur kesehatan dalam penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan kejadian luar biasa secara periodik	Belum ditemukan data capaian
14	Promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.	Cakupan Desa Siaga aktif mencapai target 80% pada tahun 2015	Jumlah Desa Siaga aktif 108 buah, menurun dari tahun sebelumnya 157
		Peningkatan kualitas aparatur kesehatan untuk masyarakat	Belum ditemukan data capaian
		Peningkatan jumlah aparatur penyuluh kesehatan	Belum ditemukan data capaian



		Peningkatan frekuensi dan cakupan wilayah penyuluhan kesehatan	Belum ditemukan data capaian
--	--	--	------------------------------

Rekomendasi Strategi Pembangunan Kesehatan

Berdasarkan kondisi kesehatan, tantangan, pilar program Indonesia sehat dan sistem kesehatan nasional yang disinkronkan dengan RPJMN 2015-2019, RPJMD Kabupaten Balangan dan sistem kesehatan daerah Provinsi Kalimantan Selatan (Perda No.4 Tahun 2009), maka dapat dikemukakan issue-isue strategis dalam rangka pembangunan kesehatan kabupaten Balangan, yaitu sebagai berikut :

No	Pilar Pembangunan Kesehatan	Issue Strategis
1	Penerapan paradigma sehat	a. Meningkatkan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat
		b. Meningkatkan pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
		c. Mempercepat perbaikan Gizi masyarakat
2	Penguatan Pelayanan kesehatan	a. Akeselerasi pemenuhan akses pelayanan kesehatan Ibu, anak, remaja dan lanjut usia yang berkualitas
		b. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas
		c. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan rujukan yang berkualitas
		d. Terjaminnya obat dan alat kesehatan dalam rangka pelayanan kesehatan baik

		UKP maupun UKM.
3	Pelaksanaan JKN	a. Memantapkan pelaksanaan sistem jaminan sosial Nasional Bidang kesehatan
4	Manajemen pelayanan kesehatan	a. Terpenuhinya SDM kesehatan secara kuantitas dan kualitas
		b. Menguatkan manajemen, penelitian pengembangan dan sistem informasi
		c. Pembiayaan kesehatan yang akuntabel dan efisien
		d. Peningkatan pelayanan rawat inap RSUD Balangan

PENUTUP

A. Simpulan

Berdasarkan hasil *Review* dari Masterplan Kesehatan Kabupaten Balangan, maka ditetapkan issue-issue strategis yang harus diselesaikan dalam rangka pembangunan kesehatan yang optimal. Issue-issue tersebut meliputi:

- a. Meningkatkan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat
- b. Meningkatkan pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
- c. Mempercepat perbaikan Gizi masyarakat
- d. Akeselerasi pemenuhan akses pelayanan kesehatan Ibu, anak, remaja dan lanjut usia yang berkualitas
- e. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas
- f. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan rujukan yang berkualitas
- g. Terjaminnya obat dan alat kesehatan dalam rangka pelayanan kesehatan baik UKP maupun UKM



- h. Memantapkan pelaksanaan sistem jaminan sosial Nasional Bidang kesehatan
- i. Terpenuhinya SDM kesehatan secara kuantitas dan kualitas
- j. Menguatkan manajemen, penelitian pengembangan dan sistem informasi
- k. Pembiayaan kesehatan yang akuntabel dan efisien

B. Rekomendasi

Rekomendasi yang dapat diambil untuk Review Master Plan Kesehatan Kabupaten Balangan tahun 2015 antara lain;

1. Hasil review master plan kesehatan Kabupaten Balangan tahun 2010-2015, perlu segera ditindak lanjuti untuk dituangkan dalam master plan kesehatan Kabupaten Balangan 2017-2027
2. Sesempurna apapun rancangan master plan kesehatan kabupaten Balangan tidak akan dapat dicapai tanpa pendanaan yang memadai. Oleh karena itu pengalokasian anggaran daerah minimal 10% untuk kegiatan pembangunan dan pengembangan bidang kesehatan dan pengalokasikan minimal 10% dari dana desa untuk kegiatan pengembangan kesehatan di tiap desa merupakan suatu keharusan.
3. Dalam rangka percepatan pemenuhan dan pemerataan sumber daya manusia kesehatan kesehatan maka pemberian dana bantuan pendidikan kepada Putra daerah terpencil sebagai suatu alternatif yang perlu mendapat perhatian khusus.