PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Globalisasi merupakan tantangan, masalah sekaligus potensi untuk pembangunan nasional berwawasan kesehatan di masa mendatang. Hal ini diikuti oleh perkembangan pelaksanaan berbagai komitmen internasional terutama untuk bidang Kesehatan seperti *Sustainable Development Goals* (SDGs) selain Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan indicator-indikator yang perlu diperhatikan dalam penyusunan kebijakan dan penyelenggaraan pembangunan Kesehatan. Dengan adanya perubahan yang mendasar tersebut, perlu di antisipasi secara serius dalam penyelenggaraan pembangunan Kesehatan.

Sesuai amanat Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan disebutkan bahwa Pembangunan Kesehatan bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan Sumber Daya Manusia yang produktif secara social dan ekonomis. Pembangunan Kesehatan tersebut diselenggarakan dengan berazaskan perikemanusiaan, keseimbangan manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan gender dan non diskrinatif dan norma-norma agama.

Pemerintah Kabupaten Barito Kuala dalam melakukan pembangunan dari tahun ke tahun senantiasa melakukan berbagai perbaikan dan pembenahan pembanguan di segala bidang termasuk Kesehatan. Dimana tujuannya adalah agar masyarakat Barito Kuala merasa lebih aman, nyaman dan sejahtera sesuai dengan Visi Kabupaten Barito Kuala 2017 - 2022 yaitu **" Terwujudnya Barito Kuala Satu Kata Satu Rasa, Membangun Desa dan Menata Kota, Menuju Masyarakat Sejahtera ".**

Profil Kesehatan sebagai salah satu produk dari hasil pengelolaan data dan informasi diharapkan dapat memberikan gambaran atau potret kesehatan secara komprehensif. Profil Kesehatan menyajikan data, informasi dan indikator terkait kesehatan yang meliputi : (1) Gambaran Umum; (2) Sarana Kesehatan; (3) SDM Kesehatan; (4) Pembiayaan Kesehatan; (5) Kesehatan Keluarga; (6) Pengendalian

Penyakit; (7) Kesehatan Lingkungan. Untuk mendukung Intruksi Presiden tentang Pengarusutamaan Gender dlam Pembangunan Nasional, sebagai data, informasi dan indicator di atas disajikan secara terpilah menurut Jenis Kelamin.

B. TUJUAN

Profil Kesehatan Kabupaten Barito Kuala ini merupakan salah satu wujud akuntabilitas publik dalam penyelenggaraan "*good governance*" dibidang kesehatan. Sedangkan Tujuan khusus yang ingin dicapai adalah :

1. Tersedianya acuan mekanisme kerja pengumpulan, pengolahan untuk penyusunan Profil Kesehatan.
2. Tersedianya acuan untuk análisis dan penyajian data Profil Kesehatan.
3. Tersedianya acuan tabel-tabel yang diperlukan untuk penyusunan Profil Kesehatan.
4. Tersedianya acuan penjadwalan kegiatan penyusunan Profil Kesehatan.

C. RUANG LINGKUP

1. JENIS DATA/INFORMASI

Data yang dikumpulkan untuk Penyusunan Profil Kesehatan ini adalah:

a. Data Umum meliputi data geografi, kependudukan dan pendidikan.
b. Data Sarana Kesehatan yang meliputi Puskesmas, Rumah Sakit, dan UKBM;
c. Data SDM Kesehatan yang meliputi tenaga kesehatan di Puskesmas, Rumah Sakit, dan sarana pelayanan kesehatan lain;
d. Data Pembiayaan Kesehatan yang meliputi Jaminan Pemeliharaan dan anggaran Kesehatan;
e. Data Kesehatan Keluarga yang terdiri atas kesehatan ibu, kesehatan anak, serta kesehatan pada usia produktif dan usia lanjut;
f. Data Pengendalian Penyakit yang meliputi penyakit menular langsung, penyakit yang dapat dicegah dengan Imunisasi, penyakit tilar vektor dan zoonotic, dan penyakit tidak menular;
g. Data kesehatan Lingkungan yang meliputi kesehatan pada air minum, sanitasi,

dan tempat-tempat umum;

2. SUMBER DATA

Data untuk Penyusunan Profil Kesehatan Kabupaten Barito Kuala tahun 2020 diperoleh dari:

a. Laporan kegiatan fasilitas kesehatan tingkat pertama/FKTP, diantaranya Puskesmas, Klinik, Praktek Swasta, dsb; kegiatan fasilitas kesehatan tingkat pertama/FKTP, diantaranya Puskesmas, Klinik, Praktek Swasta, dsb;
b. Laporan kegiatan fasilitas kesehatan tingkat rujukan lanjutan, diantaranya Rumah Sakit dan klinik utama yang berada di wilayah tersebut.
c. Dokumen Kantor Statistik Kabupaten/Kota, Kantor BKKBN Kabupaten/Kota, Bappeda Kabupaten/Kota, Dinas Pendidikan, dan Kantor Pengolahan Data Elektronik Kabupaten/Kota, dan institusi terkait lainnya.

3. PERIODE DATA DAN JADWAL PENYUSUNAN

Periode data yang disajikan dalam Profil Kesehatan ini adalah periode 1 Januari sampai dengan 31 Desember tahun 2020.

Periode penyusunan profil Kesehatan dibagi dalam dua tahap yaitu tahap pertama berupa tabel lampiran (draf awal: Februari) dan tahap kedua berupa narasi dan tabel (finalisasi: Maret - April)

D. SISTEMATIKA PENYAJIAN

Sistematika penyajian Profil Kesehatan Kabupaten Barito Kuala Tahun 2020 adalah sebagai berikut :

Bab-1 : Gambaran Umum

Bab ini berisi penjelasan tentang latar belakang dan tujuan dibuatnya serta tentang gambaran umum daerah; letak, geografis, administrasi dan informasi umum lainnya.

Bab-2 : Sarana Kesehatan

Bab ini berisi uraian tentang fasilitas kesehatan meliputi Puskesmas (rawat inap dan non rawat inap) beserta jejaringnya, Rumah Sakit (baik RS umum maupun RS khusus), sarana produksi dan distribusi kefarmasian serta Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (Posyandu dan Posbindu PTM).

Bab-3 : Sumber Daya Manusia Kesehatan

Bab ini diuraikan tenaga kesehatan di Puskesmas, Rumah Sakit, dan sarana pelayanan kesehatan lain. Terdiri dari tenaga medis, tenaga keperawatan dan kebidanan, tenaga kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga kefarmasian, dan tenaga kesehatan lain serta tenaga pendukung/penunjang kesehatan.

Bab-4 : Pembiayaan Kesehatan

Bab ini berisi tentang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan, dana desa untuk kesehatan, dan anggaran kesehatan.

Bab-5 : Kesehatan Keluarga

Bab ini ini menggambarkan tentang kondisi kesehatan ibu, kesehatan anak, serta kesehatan pada penduduk usia produktif dan usia lanjut.

Bab-6 : Pengendalian Penyakit

Bab ini berisi berisi tentang penyakit menular langsung, penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, penyakit tular vektor dan zoonotic serta penyakit tidak menular;

Bab-7 : Kesehatan Lingkungan

Bab ini menggambarkan tentang akses air minum, akses sanitasi, dan tempat- tempat umum serta tempat pengelolaan makanan yang memenuhi syarat kesehatan.

Lampiran

Pada lampiran ini berisi tabel ringkasan/angka capaian daerah dan 76 tabel data kesehatan dan yang terkait kesehatan.

Profil Kesehatan dapat disajikan dalam bentuk tercetak (berupa buku) atau dalam bentuk lain (softcopy, tampilan di situs internet dan lain-lain).

BAB I
GAMBARAN UMUM KABUPATEN BARITO KUALA

A. GEOGRAFI

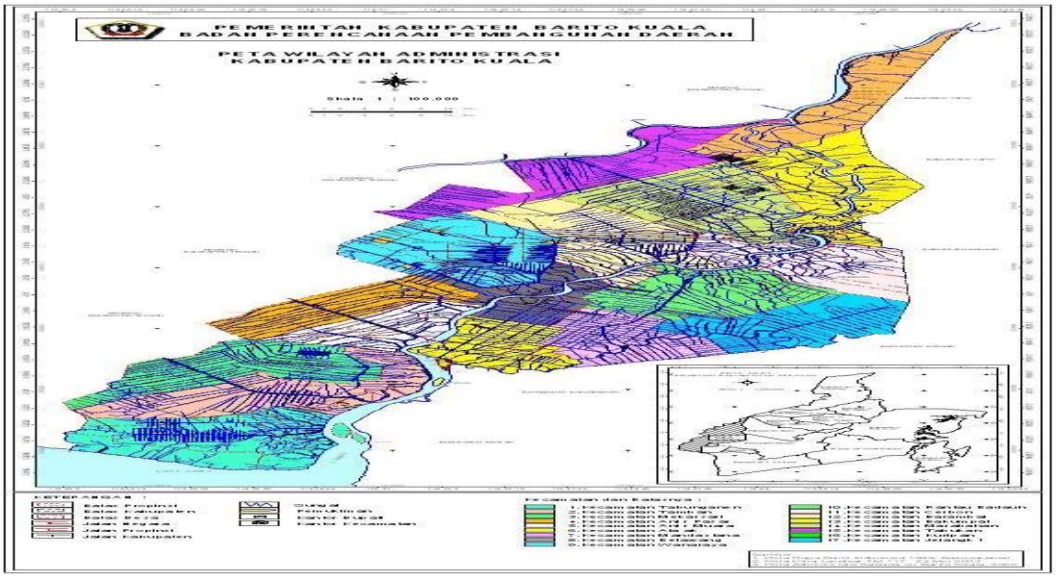
Kabupaten Barito Kuala mempunyai luas wilayah 2.997 km^2, atau sekitar 7,76 % dari luas wilayah Propinsi Kalimantan Selatan dengan batas wilayah sebagai berikut :

Sebelah Utara : Kabupaten Hulu Sungai Utara, Kabupaten Tapin
Sebelah Timur : Kabupaten Banjar, Kota Banjarmasin
Sebelah Selatan : Laut Jawa
Sebelah Barat : Kabupaten Kapuas (Propinsi Kal-Teng).

Posisi geografis antara 2º29'50" – 3º30'18" Lintang Selatan, 114º20'50" – 114º50'18" Bujur Timur. Dengan luas wilayah 2.996,96 Km^2**,** Kabupaten Barito Kuala terdiri dari 17 Kecamatan yang terbagi menjadi 201 Desa/Kelurahan (6 kelurahan dan 195 desa). *(Lihat Lampiran Tabel 1)*

Peta wilayah Kabupaten Barito Kuala dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

Gambar 1. Peta Wilayah Kabupaten Barito Kuala



Sumber : Bappeda Kabupaten Barito Kuala

B. DEMOGRAFI

Jumlah penduduk merupakan salah satu modal dasar pembangunan, bila dapat dibina dan diberdayakan dengan baik. Kebijakan pembangunan kependudukan diarahkan pada pengendalian kelahiran, penurunan tingkat kematian, peningkatan angka harapan hidup, penyebaran penduduk yang merata dan seimbang serta terbukanya lapangan kerja.

1. Pertumbuhan Penduduk

Penduduk adalah semua orang yang berdomisili di wilayah geografis Indonesia selama enam bulan atau lebih dan atau mereka yang berdomisili kurang dari enam bulan tetapi bertujuan menetap. Pertumbuhan Penduduk adalah keseimbangan yang dinamis antara kekuatan-kekuatan yang menambah dan kekuatan-kekuatan yang mengurangi jumlah penduduk, yang secara terus menerus akan dipengaruhi oleh jumlah bayi yang lahir (menambah jumlah penduduk), tetapi secara bersamaan pula akan dikurangi oleh jumlah kematian yang terjadi pada semua golongan umur. Jadi dapat disimpulkan bahwa pertumbuhan penduduk diakibatkan oleh 4 komponen, yaitu kelahiran (fertilitas), kematian (mortalitas), *in-migration* (migrasi masuk), dan *out-migration* (migrasi keluar).

Berdasarkan buku Barito Kuala dalam angka 2020, laju pertumbuhan pendududuk berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik di Kabupaten Barito Kuala pada tahun 2020 sebesar 1,14 % menurun dibanding tahun 2019 sebesar 1,25 sebelumnya (Proyeksi Penduduk Indonesia 2010–2035).

Penyebaran Penduduk

Tingkat kepadatan penduduk merupakan suatu indikasi awal terhadap kemampuan suatu wilayah dalam memberikan daya tampung terhadap penduduk serta berpengaruh terhadap daya dukung lingkungan.

Kepadatan penduduk di Kabupaten Barito Kuala tahun 2020 mencapai 105,8 jiwa/ Km^2 dimana angka tingkat kepadatan meningkat dibanding tahun 2019 yaitu 104,6 jiwa/ Km^2. Kecamatan Alalak adalah kecamatan yang memiliki tingkat

kepadatan tinggi yaitu 5443,7 per Km^2, sedang yang tingkat kepadatannya paling rendah adalah Kecamatan Kuripan yaitu 17,7 Km^2 *(Lihat Lampiran Tabel 1)*

2. Komposisi Penduduk

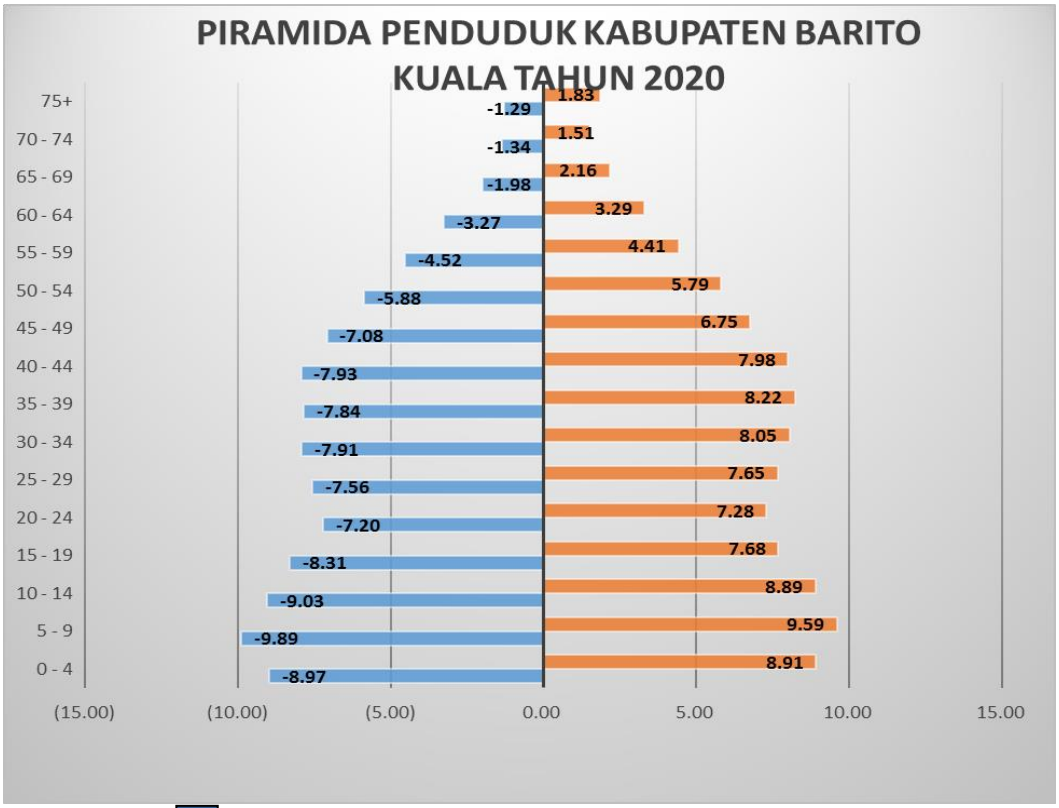
Komposisi penduduk menurut umur merupakan komponen yang penting dalam demografi, karena salah satu ukuran keberhasilan pembangunan di suatu wilayah dapat dilihat dari semakin kecilnya proporsi penduduk tidak produktif (penduduk berumur muda dan penduduk berumur tua).

Komposisi penduduk menurut umur ini dipengaruhi oleh variabel dalam demografi, yaitu kelahiran, kematian dan migrasi. Selanjutnya perubahan-perubahan dalam komposisi penduduk, termasuk jumlah penduduk dan pertumbuhan penduduk akan mempengaruhi aspek kehidupan dalam pembangunan, antara lain aspek ekonomi, sosial, budaya, politik, dan lingkungan.

Perubahan komposisi penduduk menurut umur dapat digambarkan dengan rasio beban tanggungan. Rasio beban tanggungan Kabupaten Barito Kuala pada tahun 2020 adalah 100,9. *(Lihat LampiranTabel. 2)* Angka ini naik dibanding tahun 2019 yaitu 100,8.

Berdasarkan dari angka Proyeksi Penduduk Badan Pusat Statistik tahun 2010-2020, penduduk Kabupaten Barito Kuala pada tahun 2020 adalah berjumlah 317.181 jiwa, terdiri dari laki-laki sebanyak 159.268 jiwa (50,2%) dan perempuan sebanyak 157.913 jiwa (49,8 %) dengan sex ratio sebesar 100,9. Berdasarkan distribusi penduduk menurut kelompok umur dan jenis kelamin, maka kita dapat memperoleh gambaran piramida penduduk kabupaten Barito Kuala Tahun 2020 sebagai berikut :

Gambar 2. Piramida Penduduk Kabupaten Barito Kuala Tahun 2020



Keterangan *:* : Persentase Penduduk Laki-laki

: Persentase Penduduk Perempuan

Sumber : Proyeksi Penduduk Kab. Barito Kuala (Badan Pusat Statistik Jakarta)

C. SOSIAL EKONOMI

1. Mata Pencarian

Berdasarkan Buku Barito Kuala dalam angka 2020, komposisi terbesar mata pencarian penduduk di Kabupaten Barito Kuala tahun 2020 adalah di sektor pertanian tanaman pangan, pertambangan, Penggalian, Industri dan Kontruksi, Pegawai Negeri termasuk TNI dan Polri diikuti perdagangan dan jasa.

2. Pendidikan

Pendidikan memegang peranan penting dalam meningkatkan Status Kesehatan. Salah satu indikator mengenai sumbangan pendidikan pada kesehatan adalah angka “Melek Huruf” yang sering diartikan sebagai prosentase penduduk berumur 10 tahun ke atas yang mampu membaca dan menulis dalam satu bahasa.

Berdasarkan data dari dinas pendidikan Kabupaten Barito Kuala, pada tahun 2020, persentase penduduk berumur 10 tahun keatas yang melek huruf sebesar 99,1% dan mengalami peningkatan tiap tahunnya.

BAB II
SARANA KESEHATAN

Sarana kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan. Sarana kesehatan milik pemerintah berperan penting dalam pelayanan kesehatan terhadap penduduk, apalagi kesehatan menjadi salah satu sektor yang sedang dikembangkan pemerintah.

Sarana kesehatan meliputi puskesmas, Rumah Sakit (Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus), Sarana Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM), Sarana Produksi dan Distribusi Farmasi dan Alat Kesehatan dan Institusi Pendidikan Tenaga Kesehatan.

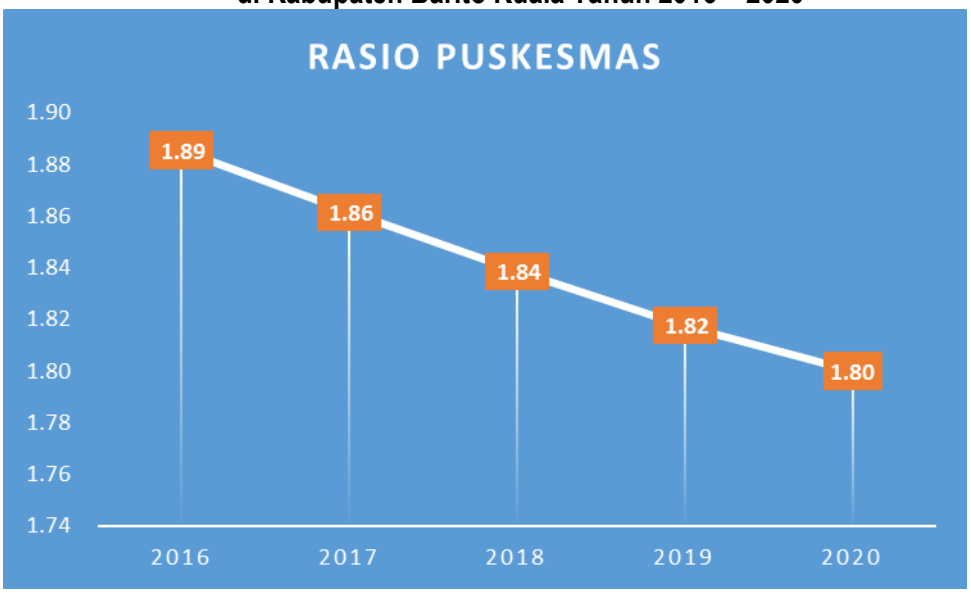
1. Puskesmas

Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang kepemilikan/pengelolaannya dibawah Pemerintah Daerah Kabupaten/kota. Puskesmas berada di wilayah kecamatan yang melaksanakan tugas-tugas operasional pembangunan kesehatan. Sebagai unit pelayanan kesehatan tingkat pertama dan terdepan dalam sistem pelayanan kesehatan, puskesmas harus melakukan upaya kesehatan wajib dan beberapa upaya kesehatan pilihan yang disesuaikan dengan kondisi, kebutuhan, tuntutan, kemampuan dan inovasi serta kebijakan pemerintah daerah setempat.

Jumlah Puskesmas sampai akhir tahun 2020 masih seperti tahun sebelumnya yaitu 19 Puskesmas dengan perincian 10 puskesmas perawatan dan 9 puskesmas non perawatan.

Salah satu indikator yang digunakan untuk mengetahui keterjangkauan penduduk terhadap puskesmas adalah rasio puskesmas per 100.000 penduduk. Dalam kurun waktu 2016 – 2020, rasio ini menunjukan adanya penurunan seperti terlihat pada gambar di bawah ini. Ini karena penambahan penduduk tidak diikuti dengan penambahan fasilitas pelayanan kesehatan terutama Puskesmas.

Gambar 3. Rasio Puskesmas Per 100.000 Penduduk di Kabupaten Barito Kuala Tahun 2016 – 2020



Sumber : Sekretariat Dinkes Kab. Barito Kuala

Untuk mengatasi keterbatasan akses masyarakat terhadap pelayanan puskesmas, maka perlunya peningkatan jumlah sarana kesehatan lain seperti Pustu, Poskesdes, Polindes dan Pusling di setiap Kecamatan. Hal ini dapat dilihat pada tabel di bawah ini, walau secara kuantitas tidak terjadi penambahan yang berarti tetapi terjadi perbaikan sarana dan penambahan peralatan yang menunjang dalam peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Tabel 1. Data Sarana Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Barito Kuala Tahun 2016 – 2020

JENIS SARANA	2016	2017	2018	2019	2020
PUSKESMAS	19	19	19	19	19
PUSTU	63	62	62	60	60
POLINDES	60	60	60	106	106
POSKESDES	97	97	97	49	49

Sumber : Sekretariat Dinkes Kab. Barito Kuala

2. Rumah Sakit

Indikator yang digunakan untuk menilai perkembangan sarana rumah sakit (RS) antara lain dengan melihat perkembangan fasilitas perawatan yang biasanya diukur dari jumlah tempat tidurnya serta rasionya terhadap jumlah penduduk.

Jumlah tempat tidur suatu RS menggambarkan kemampuan RS tersebut dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dan untuk menggambarkan cakupan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan di rumah sakit digunakan rasio tempat tidur rumah sakit per 100.000 penduduk.

RS Abdul Aziz Marabahan dengan tipe C tahun 2020 memiliki 109 tempat tidur, dengan rasio tempat tidur RS per 100.000 penduduk adalah 27.4. Sejak tahun 2015 - 2019 terjadi penambahan tempat tidur seperti yang terlihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2. Perkembangan Jumlah Tempat Tidur dan Rasio Per 100.000 Penduduk di RS Abdul Azis Marabahan Tahun 2016 - 2020

INDIKATOR	TAHUN				
	2016	2017	2018	2019	2020
Jumlah Tempat Tidur	86	101	101	109	109
Rasio TT per 100.000 Penduduk	24,1	28,4	28,1	34,76	34,37

Sumber : RSUD H. Abdul Aziz Marabahan

Tabel 3. Grafik Perkembangan Jumlah Tempat Tidur dan Rasio Per 100.000 Penduduk di RS Abdul Azis Marabahan Tahun 2016 - 2020



Sumber : RSUD H. Abdul Aziz Marabahan

3. Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM)

Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) adalah wahana pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat, dikelola oleh, dari, untuk, dan bersama masyarakat, dengan pembinaan sektor kesehatan, lintas sektor dan pemangku kepentingan terkait lainnya.

Upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat dilakukan dengan menerapkan berbagai pendekatan, termasuk didalamnya dengan melibatkan potensi masyarakat. Hal ini sejalan dengan pengembangan sarana Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM) sebagai salah satu upaya pemberdayaan masyarakat.

UKBM terdiri dari Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) di Desa Siaga, Tanaman Obat Keluarga (TOGA) dan Pos Obat Desa (POD).

Salah satu jenis UKBM yang sudah sejak lama dikembangkan adalah Posyandu. Dan dalam rangka menilai kinerja dan perkembangannya, posyandu diklasifikasikan menjadi 4 strata yaitu Posyandu Pratama, Posyandu Madya, Posyandu Purnama dan Posyandu Mandiri.

Pada tahun 2020 di Kabupaten Barito Kuala ada 387 buah posyandu mengalami penetapan dibanding tahun 2019 yang ada 387 posyandu. Namun posyandu aktif jumlahnya menurun disbanding tahun sebelumnya, hal ini dikarenakan pengurangan wadah tempat berkumpul di masyarakat karena pembatasan untuk mencegah penularan covid19. Sehingga terjadi penurunan Posyandu pada tahun 2020 ini (*Lihat Lampiran Tabel. 10*).

Terlihat perkembangan posyandu dari tahun 2016 – 2020 dapat dilihat pada grafik di bawah ini :

Gambar 4. Data Strata Posyandu
di Kabupaten Barito Kuala Tahun 2016 – 2020



Sumber : Promkesling Dinkes Kab. Barito Kuala

Selain Posyandu ada lagi Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yaitu Posbindu. Posbindu PTM merupakan peran serta masyarakat dalam melakukan kegiatan deteksi dini dan pemantauan faktor risiko PTM Utama yang dilaksanakan secara terpadu, rutin, dan periodik. Faktor risiko penyakit tidak menular (PTM) meliputi merokok, konsumsi minuman beralkohol, pola makan tidak sehat, kurang aktifitas fisik, obesitas, stres, hipertensi, hiperglikemi, hiperkolesterol serta menindak lanjuti secara dini faktor risiko yang ditemukan melalui konseling kesehatan dan segera merujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan dasar. Kelompok PTM Utama adalah diabetes melitus (DM), kanker, penyakit

jantung dan pembuluh darah (PJPD), penyakit paru obstruktif kronis (PPOK), dan gangguan akibat kecelakaan dan tindak kekerasan.

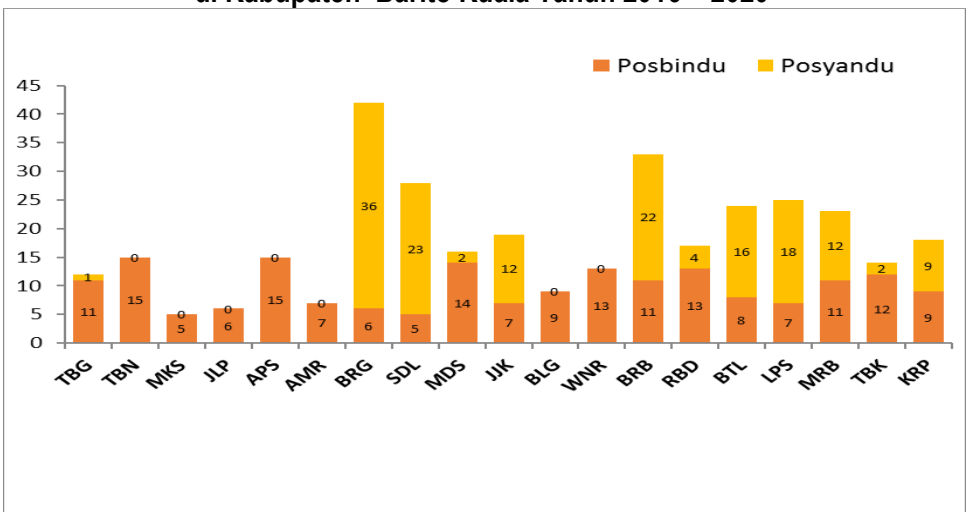
Tujuan Posbindu PTM adalah meningkatkan peran serta masyarakat dalam pencegahan dan penemuan dini faktor risiko PTM. Sasaran utama kegiatan adalah kelompok masyarakat sehat, berisiko dan penyandang PTM berusia 15 tahun ke atas.

Posbindu PTM dapat dilaksanakan terintegrasi dengan upaya kesehatan bersumber masyarakat yang sudah ada, di tempat kerja atau di klinik perusahaan, di lembaga pendidikan, tempat lain di mana masyarakat dalam jumlah tertentu berkumpul/beraktivitas secara rutin, misalnya di mesjid, gereja, klub olah raga, pertemuan organisasi politik maupun kemasyarakatan.

Pengintegrasian yang dimaksud adalah memadukan pelaksanaan Posbindu PTM dengan kegiatan yang sudah dilakukan meliputi kesesuaian waktu dan tempat, serta memanfaatkan sarana dan tenaga yang ada.

Berikut jumlah Posbindu dan Posyandu tahun 2020 di Puskesmas dapat dilihat pada data di bawah ini :

Gambar 5. Data Posbindu dan Posyandu di Kabupaten Barito Kuala Tahun 2016 – 2020



Sumber : Promkesling Dinkes Kab. Barito Kuala

4. Apotek dan Toko Obat

Apotek dan Toko obat sebagai salah satu dari pelayanan farmasi yang dikelola oleh masyarakat umum namun tetap harus mendapatkan pengawasan dari bidang kesehatan agar melindungi masyarakat dari penggunaan obat yang tidak memenuhi syarat baik mutu dan keamanan.

Berikut ini daftar Apotek dan Toko Obat yang terdaftar dan memiliki ijin di wilayah Kabupaten Barito Kuala pada tahun 2020.

Tabel 3. Daftar Apotek dan Toko Berijin di Wilayah Kabupaten Barito Kuala Tahun 2020

No	Kecamatan	Apotek	Toko Obat
1.	Tabunganen	0	0
2.	Tamban	0	0
3.	Mekarsari	0	1
4.	Anjir Pasar	0	1
5.	Anjir Muara	0	0
6.	Alalak	10	4
7.	Mandastana	1	0
8.	Jejangkit	0	0
9	Belawang	0	0
10	Wanaraya	0	0
11	Barambai	0	0
12	Rantau Badauh	0	0
13	Cerbon	0	1
14	Bakumpai	0	0
15	Marabahan	3	4
16	Tabukan	0	0
17	Kuripan	0	0
	TOTAL	**14**	**11**

Sumber : Bidang Sumber Daya Kesehatan

BAB III
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

Dalam rangka penguatan perencanaan SDMK Kementerian Kesehatan melalui Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan Sumber Daya Manusia Kesehatan sudah mengeluarkan kebijakan terkait dengan perencanaan SDM Kesehatan berupa Permenkes No.33 Tahun 2015 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) di Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit. Namun demikian, implementasi pedoman tersebut belum sesuai dengan tujuannya. Sejalan dengan perkembangan kebijakan ketenagaan (aparatur pemerintah) yang dikeluarkan oleh Kementerian Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi maka perlu kiranya dilakukan penyesuaian – penyesuaian sehingga tidak menimbulkan persoalan baru di daerah dalam merencanakan kebutuhan SDMK.

Perkembangan kebijakan terkait dengan ketenagaan saat ini adalah penguatan rencana SDMK. Penyusunan kebutuhan SDMK perlu memperhatikan beberapa faktor seperti situasi, kondisi, geografis, demografi, program prioritas, kapasitas produksi dan ketersediaan SDMK, sehingga diperoleh SDMK sesuai dengan yang dibutuhkan

1. Jumlah dan Rasio Tenaga Kesehatan

Salah satu unsur yang berperan dalam percepatan pembangunan kesehatan adalah tenaga kesehatan yang bertugas di sarana pelayanan kesehatan di masyarakat. Pada tahun 2020 jumlah tenaga dokter umum yang bertugas di Puskesmas maupun Rumah Sakit sebanyak 41 orang dengan rasio sebesar 12.9 per 100.000 penduduk dan dokter gigi sebanyak 10 orang dengan rasio sebesar 3.2 di Kabupaten Barito Kuala. Untuk Dokter Umum naik dibanding tahun sebelumnya rasio sebesar 11,2 per 100.000 penduduk dan dokter Gigi rasio per 100.000 penduduk juga mengalami kenaikan dengan dibanding tahun 2019 yang Cuma 2,9 per 100.000 penduduk (*Lihat Lampiran Tabel 11)*

Jumlah bidan di Kabupaten Barito Kuala baik bidan di desa, puskesmas maupun rumah sakit adalah 332 orang dengan rasio sebesar 104,7 per 100.000

penduduk (Lihat Lampiran Tabel 12) Dibandingkan tahun 2019 terjadi kenaikan rasio yaitu 104,3 per 100.000 penduduk.

Adapun jumlah perawat pada tahun 2020 adalah 326 orang dan dengan Rasio 102,8 per 100.000 penduduk. Rasio ini mengalami kenaikan di bandingkan tahun 2019 yaitu 95,3 per 100.000 penduduk.

Jumlah tenaga Kesehatan Masyarakat pada tahun 2020 sebanyak 16 orang dengan Rasio 5,0 per 100.000 penduduk. Bandingkan tahun 2019 ada 9 orang tenaga Kesehatan Masyarakat dengan rasio terhadap per 100.000 penduduk 2,9 sehingga di ketahui pada tahun 2019 ini mengalami kenaikan. Adapun untuk Jumlah tenaga Sanitarian pada tahun 2020 sebanyak 21 orang dengan Rasio 6,0 per 100.000 penduduk, dibandingkan tahun 2019 ada 19 orang tenaga Sanitarian dengan rasio terhadap per 100.000 penduduk 6,45 sehingga di ketahui pada tahun 2019 ini mengalami penurunan.

Jumlah tenaga Farmasi pada tahun 2020 sebanyak 38 orang dengan kategori pendikan terakhir Ahli Madya atau S1 dengan non Apoteker Sebanyak 29 Orang (Rasio 9,1 per 100.000 penduduk) dan S1+ Apoteker sebanyak 9 0rang (Rasio 2,9 per 100.000 penduduk). Bandingkan tahun 2019 ada 39 orang tenaga Farmasi Ahli Madya atau S1 dengan non Apoteker dengan rasio terhadap per 100.000 penduduk 12,9 dan S1+ Apoteker sebanyak 4 0rang dengan rasio terhadap per 100.000 penduduk 1,3 sehingga di ketahui pada tahun 2020 ini mengalami kenaikan yaitu pada S1+ Apoteker.

Adapun jumlah Nutrisionis (termasuk PTT dari Provinsi Kalsel) pada tahun 2020 sebanyak 56 orang dengan Rasio 17,7 per 100.000 penduduk. Rasio ini mengalami kenaikan di bandingkan tahun 2019 yaitu 17,5 per 100.000 penduduk.

Untuk lebih jelasnya perkembangan rasio tenaga kesehatan dibanding standar pada tahun 2016 – 2020 dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

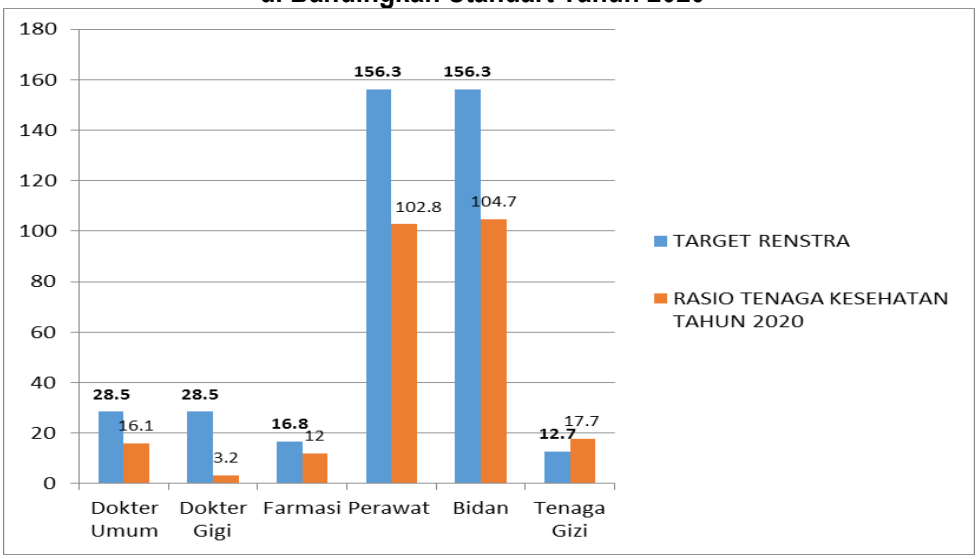
Tabel 5. Rasio Tenaga Kesehatan Per 100.000 Penduduk di Kabupaten Barito Kuala Tahun 2016 – 2020

	STANDART	2016	2017	2018	2019	2020
Dokter dan Dokter Gigi	51	18,52	14,37	13,23	14,00	16,1
Apoteker dan Asisten Apoteker	40	11,6	14,0	13,9	12,8	12,0
Perawat dan Bidan	217,5	204,43	208,36	205,47	199,6	207,5
Tenaga Gizi	22	17,86	15,68	18,06	17,5	17,7
Tenaga Sanitarian	51	7,94	8,16	6,45	6,7	6,0
Tenaga Analis	22	10,92	9,80	11,93	11,8	6,9

Sumber : Bidang Sumber Daya Kesehatan

Dari gambaran tabel di atas, walau ada peningkatan rasio tenaga kesehatan per penduduk, namun masih terlihat bahwa rasio tenaga kesehatan terhadap penduduk di Kabupaten Barito Kuala masih dibawah standar yang ditetapkan kecuali untuk Bidan dan Perawat yang sudah mendekati standart rasio. Untuk itu perlu upaya konkrit dari Pemerintah Kabupaten Barito Kuala untuk dapat memenuhi standart tersebut agar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang optimal untuk masyarakat di Barito Kuala.

Gambar 6. Rasio Per Jenis Tenaga Kesehatan di Bandingkan Standart Tahun 2020



Sumber : Bidang Sumber Daya Kesehatan

2. Persebaran Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan

SDM Kesehatan di daerah Kabupaten Barito Kuala terdiri dari SDM Kesehatan yang bertugas di unit kesehatan (sarana pelayanan dan non pelayanan) dengan status kepegawaian PNS, CPNS, PTT, TNI/Polri dan Swasta. SDM Kesehatan tersebut bekerja di Dinas Kesehatan Kabupaten, Unit Pelaksana Teknis (UPT), Rumah Sakit dan sarana kesehatan lainnya baik milik pemerintah, swasta dan TNI/Polri.

Pada tahun 2020 ada 1.223 orang SDM Kesehatan di Kabupaten Barito Kuala baik yang PNS, PTT, Honor Daerah baik yang berada di Puskesmas ataupun di Rumah Sakit dan sebagian praktek dokter swasta serta apotek swasta yang terdata.

Sumber daya manusia kesehatan tersebut terdiri dari Tenaga Medis sebanyak 66 orang yaitu 15 orang dokter Spesialis, 41 orang dokter umum dan 10 orang dokter gigi. Perawat dan perawat gigi (Terapis Gigi dan Mulut) berjumlah 326 orang, tenaga bidan sebanyak 332 orang, tenaga Kesehatan Masyarakat sebanyak 16 orang, tenaga Kesehatan Lingkungan berjumlah 19 orang, tenaga Gizi sebanyak 56 orang.

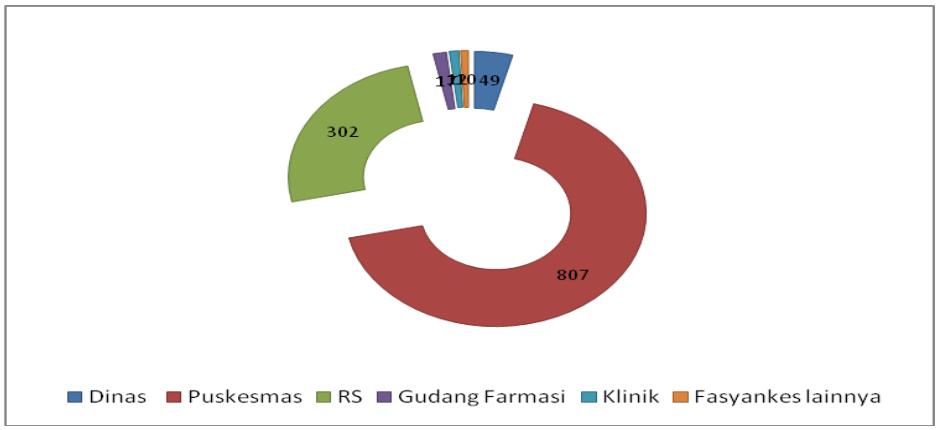
Adapun untuk tenaga ahli Laboratorium Medik sebanyak 15 orang, tenaga teknik Biomedika lainnya berjumah 22 orang, tenaga keterapian fisik berjumlah 2 orang dan keteknisian Medis berjumlah 12 orang.

Adapun untuk tenaga farmasi sebanyak 43 orang yag terdiri dari tenaga teknis kefarmasian berjumlah 34 orang dan Apoteker berjumlah 9 orang, tenaga gizi sebanyak 56 orang, (Lihat Lampiran 11 s.d 15).

Berdasarkan tempat pelayanan kesehatannya, SDM Kesehatan di Kabupaten Barito Kuala pada tahun 2020, 58 orang (4,89 %) tenaga kesehatan di Dinas Kesehatan, 9 orang (0,80 %) tenaga kesehatan di Instalasi Farmasi, 739 orang (65,75%) tenaga ada di puskesmas dan 321 orang (28,56 %) tenaga kesehatan yang berada di Rumah Sakit.

Penyebaran Sumber Daya Manusia yang ada baik di Dinas Kesehatan maupun fasilitas pelayanan kesehatan seperti RS, Puskesmas dan Instalasi Farmasin dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

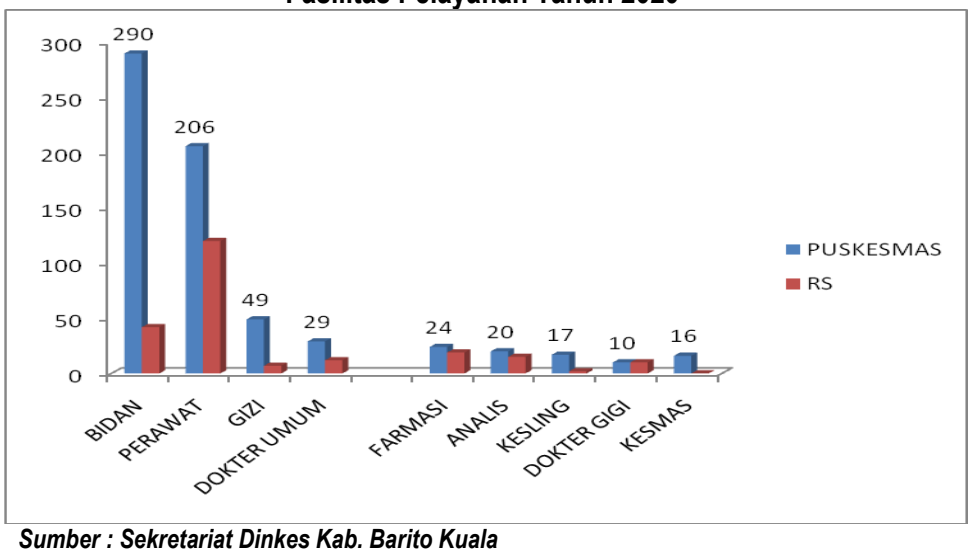
Gambar 7. Penyebaran Sumber Daya Manusia di Dinas Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan Tahun 2020



Sumber : Bidang Sumber Daya Kesehatan

Sedangkan penyebaran per jenis tenaga kesehatan berdasarkan fasilitas pelayanan pada tahun 2020 dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

Gambar 8. Sebaran Per Jenis Tenaga Kesehatan Berdasarkan Fasilitas Pelayanan Tahun 2020



Sumber : Sekretariat Dinkes Kab. Barito Kuala

BAB IV
PEMBIAYAAN KESEHATAN

Salah satu komponen sumber daya yang diperlukan dalam menjalankan pembangunan kesehatan adalah pembiayaan kesehatan. pembiayaan kesehatan bersumber dari pemerintah dan pembiayaan yang bersumber dari masyarakat.

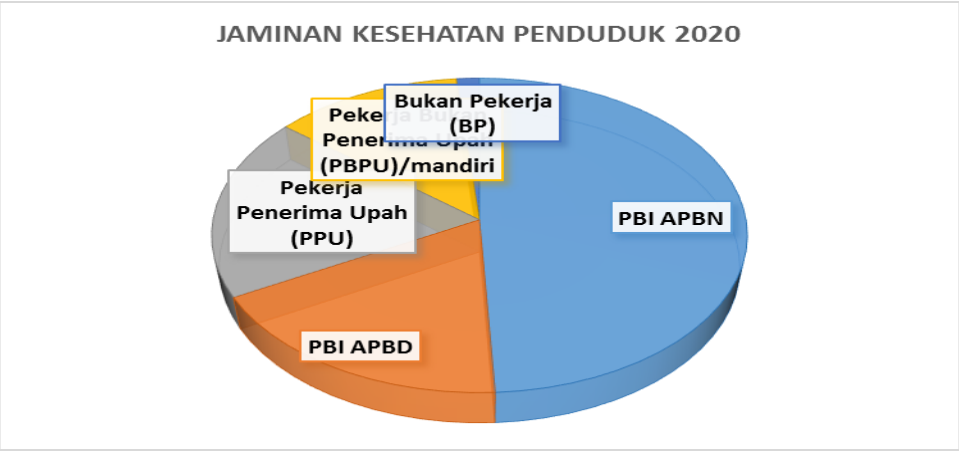
Menurut UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminanan Sosial Nasional yang mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Peserta JKN terdiri dari Penerima Bantuan Iuaran (PBI) dan Bukan Penerima Bantuan Iuran.

PBI terdiri dari PBI yang di biayai dari dana APBN termasuk Jamkesmas, PBI dari dana APBD, Pekerja Penerima Upah seperti (PNS, TNI, Polri, Pegawai swasta, Pensiunan PNS, TNI dan Polri, Pegawai Non PNS dan Pekerja yang tidak termasuk semuanya),

Menurut Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial (BPJS) Kabupaten Barito Kuala, pada tahun 2020 masyarakat Kabupaten Barito Kuala yang memiliki Jaminan Kesehatan sebesar 59% yang menurut jenis kepesertaan terdiri dari Penerima Bantuan Iuran (PBI) berjumlah 39,6% dan Non PBI sebanyak 19,4%. Keadaan ini mengalami penurunan dibanding tahun 2019 yaitu 60,00% *(Lihat Lampiran 17).*

Gambaran cakupan jaminan kesehatan penduduk berdasarkan jenis jaminan kesehatan yang dimiliki pada tahun 2020 dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

Gambar 9. Cakupan Jaminan Kesehatan Penduduk Berdasarkan Jenis Jaminan Kesehatan Tahun 2020



Sumber : BPJS Kab. Barito Kuala

1. Anggaran Dinas Kesehatan

Puskesmas di Kabupaten Barito Kuala sebagai unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan sudah mengelola anggaran sendiri. Secara keseluruhan dana yang dikelola oleh Dinas Kesehatan termasuk Puskesmas sebesar Rp. 92.005.920.553, dengan realisasi Rp.85.803.058.296,- atau 93,26% dari keseluruhan dana. dana Kapitasi BPJS / BLUD sebesar Rp. 11,723,553,579,- dan Dana BOK sebesar Rp. 26,658,422,568,-

Anggaran belanja APBD Kabupaten Barito Kuala tahun anggaran 2020 sebesar yang di kelola oleh Dinas Kesehatan Rp. 137.884.791.527,- kalau dibandingkan tahun 2019 mengalami kenaikan yaitu sebesar Rp. 108.911.219.618, Anggaran yang di kelola dinas kesehatan terdiri dari anggaran belanja langsung dan belanja tidak langsung. Dimana anggaran belanja tidak langsung adalah anggaran belanja yang digunakan untuk belanja Pegawai yang terdiri atas Gaji dan tambahan penghasilan PNS berdasarkan beban kerja. Total anggaran belanja tidak langsung yang dikelola oleh dinas kesehatan kabupaten Barito Kuala pada tahun 2019 sebesar Rp. 61.872.836.293,- dengan realisasi Rp. 59.288.146.368,- atau 95,82%.

Sedangkan Anggaran belanja langsung adalah anggaran yang digunakan langsung untuk dimanfaatkan untuk pembiayaan pelaksanaan kegiatan baik pada program dan kegiatan yang ada pada setiap SKPD maupun pada program dan kegiatan yang merupakan urusan wajib kesehatan.Total anggaran belanja langsung yang di kelola oleh dinas kesehatan pada tahun 2020 sebesar Rp. 30.133.084.260,- dengan realisasi sebesar Rp. 26.514.911.928,- atau 87,99%.

2. Pembiayaan Jaminan Kesehatan

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai pengelola dana jaminan kesehatan akan membayar kepada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dengan kapitasi. Dana kapitasi ini digunakan untuk pengadaan obat dan BMHP (Bahan Medis Habis Pakai), Jasa Medis dan operasional lainnya untuk peserta JKN.

Pada tahun 2020 jumlah kapitasi yang dibayarkan oleh BPJS kepada Puskesmas sekabupaten Barito Kuala sebesar **Rp. 11.723.553,579,-** meningkat dibandingkan tahun 2019 ini disesuaikan dengan jumlah peserta jaminan kesehatan nasional (JKN) dimasing masing puskesmas.

Alokasi dan realisasi dana kapitasi per Puskesmas pada tahun 2020 dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 6. Alokasi dan Realisasi Penyerapan Dana Kapitasi BPJS Per Puskesmas di Kabupaten Barito Kuala Tahun 2020

NO	PUSKESMAS	JUMLAH ANGGARAN	REALISASI	%
1	TABUNGANEN	789,842,000	729,514,682	92.36
2	TAMBAN (BLUD)	1,059,820,000	889,933,118	83.97
3	MEKARSARI	405,885,000	397,360,235	97.90
4	JELAPAT	768,195,000	728,989,054	95
5	ANJIR PASAR	445,299,000	417,854,030	93.84
6	ANJIR MUARA	1,057,895,000	933,462,667	88
7	BERANGAS	1,345,423,000	1,168,615,470	87
8	SEMANGAT DALAM (BLUD)	808,971,000	593,582,275	73.37
9	MANDASTANA	730,348,000	608,073,805	83.26
10	JEJANGKIT	264,766,579	205,861,563	77.75
11	BELAWANG	424,925,000	398,496,045	93.78
12	WANARAYA	356,377,000	338,593,331	95.01
13	BARAMBAI	364,673,000	360,440,512	98.84
14	RANTAU BADAUH	321,873,000	299,610,348	93
15	BANTUIL	187,180,000	186,365,535	99.56
16	LEPASAN	305,341,000	295,055,593	96.63
17	MARABAHAN	608,170,000	567,535,300	93.32
18	TABUKAN	418,750,000	350,932,327	83.80
19	KURIPAN	1,059,820,000	889,933,118	83.78
	JUMLAH	**11,723,553,579**	**10,360,209,008**	**88.37**

Sumber : Sekretariat Dinkes Kab. Barito Kuala

3. Bantuan Operasional Kesehatan

Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) merupakan bantuan dana dari pemerintah pusat melalui Kementerian Kesehatan RI dalam membantu pemerintah kabupaten/kota melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai Standart Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan menuju *millennium development goals* (MDGs) dengan meningkatkan kinerja Puskesmas dan Jaringannya serta upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan promotif dan preventif.

Pelaksanaan BOK tahun 2020 dana yang dialokasikan yaitu sebesar **Rp. 26,658,422,568,-** meningkat dibandingkan tahun 2019 dan namun secara realisasi anggaran tahun 2020 sebesar **89,13%** yang menurun didibanding tahun sebelumnya.

Realisasi penyerapan penyerapan dana BOK tergambar pada grafik di bawah ini.

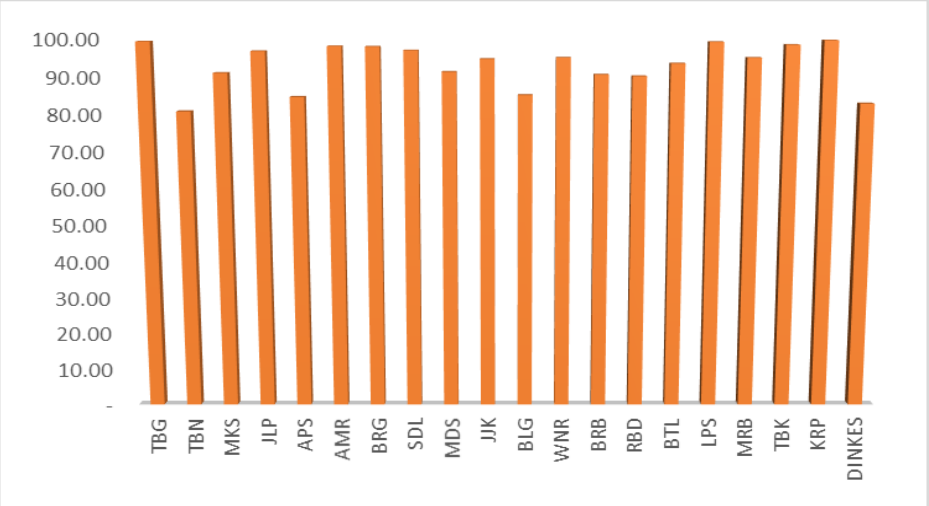
Tabel 7. Alokasi dan Realisasi Penyerapan Dana BOK Per Puskesmas di Kabupaten Barito Kuala Tahun 2020

NO	PUSKESMAS	JUMLAH ANGGARAN	REALISASI	%
1	TABUNGANEN	1,107,040,360	1,096,792,460	99.07
2	TAMBAN (BLUD)	954,218,592	768,851,771	80.57
3	MEKARSARI	697,187,334	633,034,644	90.80
4	JELAPAT	817,077,650	788,803,465	96.54
5	ANJIR PASAR	935,998,290	790,231,630	84.43
6	ANJIR MUARA	984,422,360	963,287,500	97.85
7	BERANGAS	961,442,435	939,647,232	97.73
8	SEMANGAT DALAM (BLUD)	1,020,919,186	987,691,462	96.75
9	MANDASTANA	800,996,500	729,663,980	91.09
10	JEJANGKIT	749,136,925	707,791,050	94.48
11	BELAWANG	827,307,000	702,681,875	84.94
12	WANARAYA	688,403,000	652,721,700	94.82
13	BARAMBAI	794,603,470	717,798,800	90.33
14	RANTAU BADAUH	730,973,890	657,372,809	89.93
15	BANTUIL	623,082,870	581,303,440	93.29

16	LEPASAN	637,473,640	630,783,342	98.95
17	MARABAHAN	1,059,030,957	1,003,933,421	94.80
18	TABUKAN	733,972,050	720,775,460	98.20
19	KURIPAN	911,988,694	906,259,440	99.37
20	Dinas Kesehatan	10,623,147,365	8,782,516,453	82.67
	JUMLAH	**26,658,422,568**	**23,761,941,934**	**89.13**

Sumber : Sekretariat Dinkes Kab. Barito Kuala

Gambar 9 Alokasi dan Realisasi Penyerapan Dana BOK tahun 2020



Sumber : Sekretariat Dinkes Batota

BAB V
KESEHATAN KELUARGA

Kesehatan keluarga adalah pengetahuan tentang keadaan sehat fisik, jasmani dan sosial dari induvidu-induvidu yang terdapat dalam satu keluarga. Antara induvidu yang satu dengan lainnya saling mempengaruhi dalam lingkaran siklus keluarga untuk mencapai derajat kesehatan keluarga yang optimal.

Program Indonesia Sehat dilaksanakan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan pelindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan; dan bahwa untuk melaksanakan Program Indonesia Sehat diperlukan pendekatan keluarga, yang mengintegrasikan upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) secara berkesinambungan, dengan target keluarga, berdasarkan data dan informasi dari Profil Kesehatan Keluarga.

Terdapat 4 area prioritas Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga ini , meliputi: (1) penurunan angka kematian ibu dan bayi; (2) penurunan prevalensi balita pendek (stunting); (3) penanggulangan penyakit menular; dan (4) penanggulangan penyakit tidak menular.

Terdapat 12 (dua belas) indikator utama sebagai penanda status kesehatan sebuah keluarga , Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga, sebagai berikut : (1) keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB); (2) ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan; (3) bayi mendapat imunisasi dasar lengkap; (4) bayi mendapat Air Susu Ibu (ASI) eksklusif; (5) balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan; (6) penderita tuberculosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar; (7) penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur; (8) penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan; (9) anggota keluarga tidak ada yang merokok; (10) keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN); (11) keluarga mempunyai akses sarana air bersih; dan (12) keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat.

A. KESEHATAN IBU

1. Jumlah dan Angka Kematian Ibu (AKI)

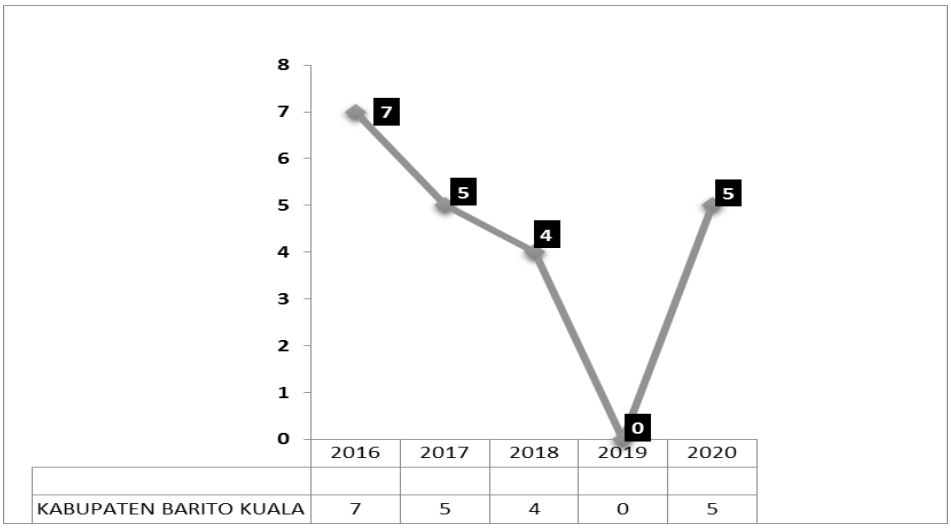
AKI menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidentil) selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup.

AKI mencerminkan resiko yang mengancam ibu–ibu selama kehamilan dan melahirkan. Angka ini dipengaruhi oleh keadaan sosial ekonomi, gizi, sanitasi dan yang tak kalah pentingnya adalah pelayanan kesehatan ibu.

Pada tahun 2020 jumlah kasus kematian ibu sebanyak 5 kasus, mengalami kenaikan dibandingkan tahun 2019 yaitu sebanyak 0 kasus (*Lihat Lampiran 21)*

Adapun gambaran kasus kematian ibu dari tahun 2016 – 2020 dapat dilihat pada gambar berikut ini, dimana terjadi penurunan jumlah kematian ibu yang dilaporkan.

Gambar 11. Jumlah Kasus Kematian Ibu di Kabupaten Barito Kuala Tahun 2016 – 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

2. Pelayanan Kesehatan pada ibu Hamil (K-1 dan K-4)

Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanatkan bahwa upaya kesehatan ibu ditujukan untuk menjaga kesehatan ibu sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI). Tingginya angka kematian Ibu terkait dengan rendahnya kualitas berbagai program dalam upaya penurunan AKI yang telah dilaksanakan oleh pemerintah seperti program *Safe Motherhood* yang dikenal 4 pilar yaitu Keluarga berencana, persalinan bersih, penanganan masa nifas dan *antenatal care*.

Pelayanan antenatal merupakan pelayanan oleh tenaga kesehatan profesional (Dokter Spesialis Kandungan dan Kehamilan, Dokter Umum, Bidan, dan Perawat) kepada ibu hamil selama masa kehamilannya sesuai pedoman pelayanan antenatal yang ada dengan titik berat pada kegiatan promotif dan preventif.

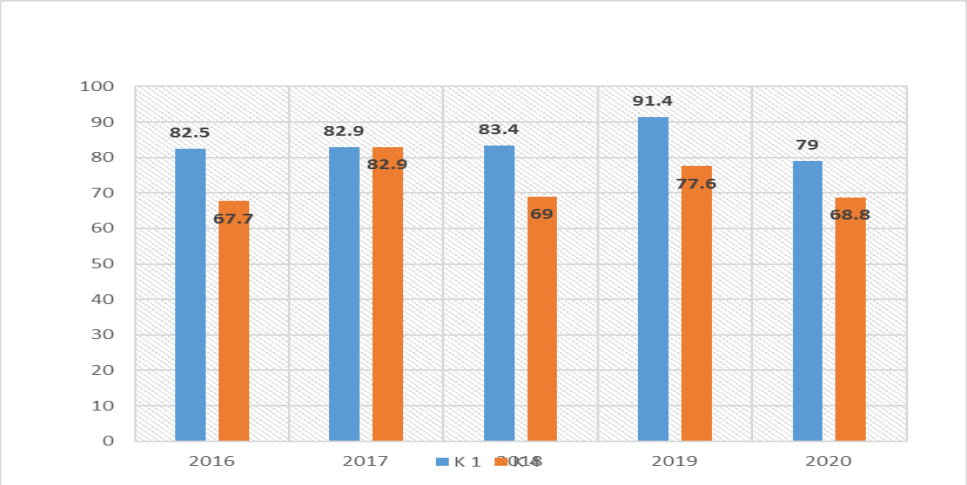
Pelayanan antenatal yang sesuai standart meliputi timbang berat badan, pengukuran tinggi badan, tekanan darah, nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas), tinggi fundus uteri, menentukan presentasi janin dan denyut janin (DJJ), skrining status imunisasi tetanus dan memberikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan, pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan, test laboratorium (rutin dan khusus), tatalaksana kasus, konseling, termasuk perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) serta KB Pasca persalinan.

Pelayanan antenatal disebut lengkap apabila dilakukan oleh tenaga kesehatan dengan frekuensi pelayanan antenatal minimal 4 kali selama kehamilan dengan ketentuan waktu pemberian pelayanan yang dianjurkan yaitu : minimal 1 kali pada triwulan pertama, 1 kali pada triwulan kedua dan 2 kali pada triwulan ketiga.

Gambar dibawah ini memperlihatkan cakupan kunjungan K1 dan cakupan K4 pada ibu hamil. Capaian Pada tahun 2020 yaitu K1 sebesar 79,0% dan K4 sebesar 68,8% yang dalam hal ini terjadi penurunan pada kedua capaian jika dibanding tahun 2019 yaitu K1 sebesar 91,5% dan K4 sebesar 77.6%.

Gambaran cakupan K1 dan K4 pada ibu hamil selama kurun waktu 2016 – 2020 dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

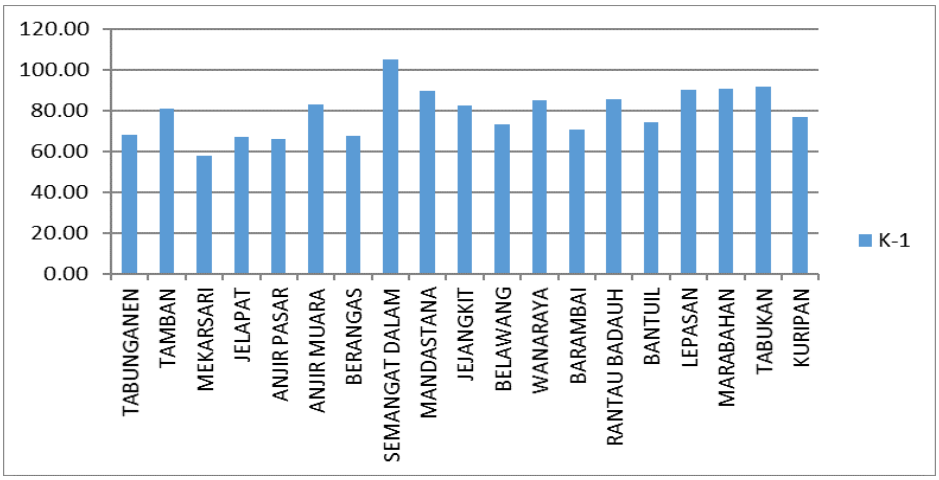
Gambar 12. Persentase Cakupan Pelayanan Ibu Hamil K1 dan K4 Tahun 2016- 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Cakupan tertinggi pelayanan K1 ibu hamil tertinggi ada di Puskesmas Semangat Dalam (105,1%) dan terendah di Puskesmas Mekarsari (57.7%) (*Lihat Lampiran Tabel 23*). Gambaran lengkap capaian K1 per puskesmas dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

Gambar 13. Persentase Cakupan Pelayanan Ibu Hamil K1 Per Puskesmas Tahun 2020

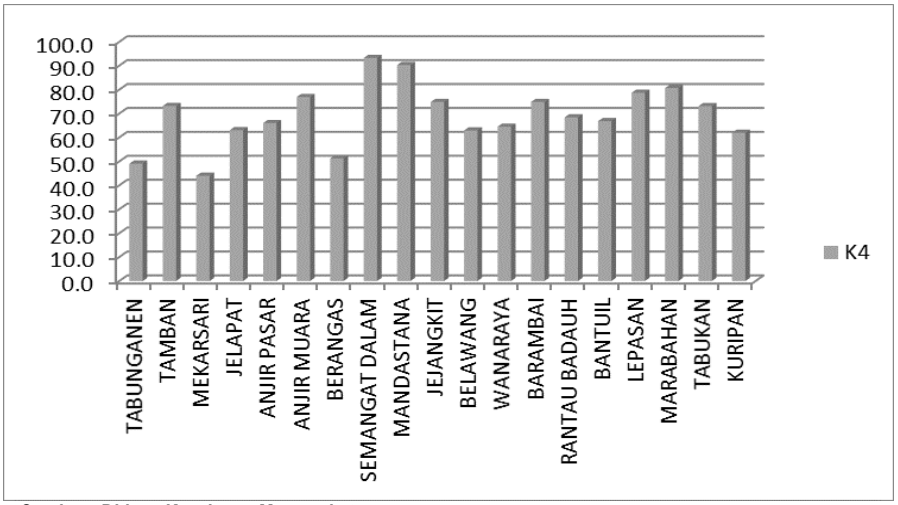


Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Cakupan tertinggi pelayanan K4 ibu hamil tertinggi ada di Puskesmas Semangat Dalam (93,2%) dan terendah di Puskesmas Mekarsari (44.0%) (*Lihat Lampiran Tabel*

23). Gambaran lengkap capaian K4 per puskesmas dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

Gambar 14. Persentase Cakupan Pelayanan Ibu Hamil K4 Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

3. Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan

Penyebab langsung kematian Ibu di Indonesia 80% karena komplikasi obstetri dan 20% oleh sebab lainnya. Sedangkan penyebab tidak langsung adalah " 3 terlambat " dan " 4 terlalu". Tiga faktor terlambat yang dimaksud adalah terlambat mengambil keputusan, terlambat sampai ke tempat rujukan dan terlambat dalam mendapat pelayanan di fasilitas kesehatan. Adapun 4 terlalu adalah terlalu muda, terlalu tua melahirkan, terlalu banyak anak dan terlalu dekat jarak melahirkan.

Berbagai potensi masalah lainnya bisa dicegah apabila para ibu memperoleh perawatan yang tepat sewaktu persalinan. Untuk mengatasi hal itu diperlukan upaya pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dalam menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI).

Adapun pemilihan persalinan oleh tenaga kesehatan seperti Bidan, Dokter ataupun Dokter Spesialis Kebidanan hal ini dikarenakan (1) Metode persalinan yang sesuai standar (2) Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi (3)Mencegah terjadinya infeksi (4) Melaksanakan Inisiasi menyusu dini (IMD) (5) Memberikan injeksi Vit K1 dan Salep mata pada bayi baru lahir.

Gambar di bawah ini memperlihatkan cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan sejak tahun 2016 – 2020 dimana pada tahun 2020 angka cakupan persalinan oleh nakes 80,3%, mengalami penurunan dibanding tahun 2019 yaitu 87,2%.

Gambar 15. Persentase Cakupan Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan Tahun 2016 – 2020

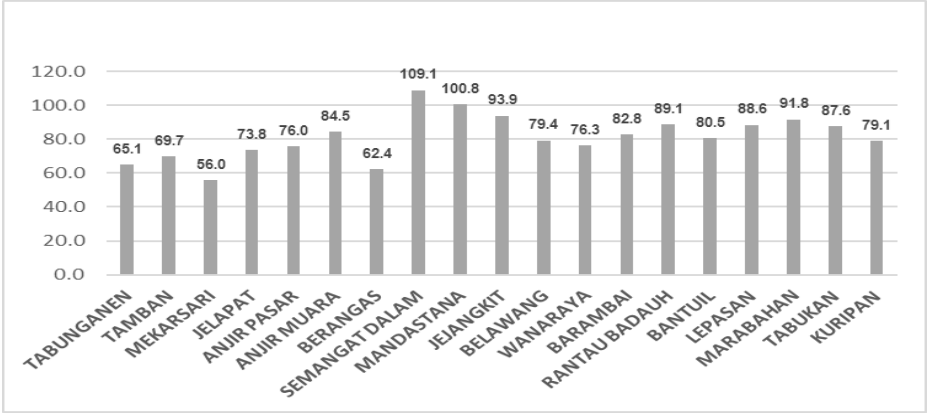


Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Barito Kuala yang cakupan tertinggi di laporkan dari Puskesmas Semangat Dalam sebesar 109.1% dan terendah Puskesmas Mekarsari yaitu 51,2 % (*Lihat Lampiran Tabel 23)*

Gambaran Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan Per Puskesmas pada tahun 2020 dapat dilihat pada gambar di bawah ini

Gambar 16. Persentase Cakupan Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan Per Puskesmas Kuala Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

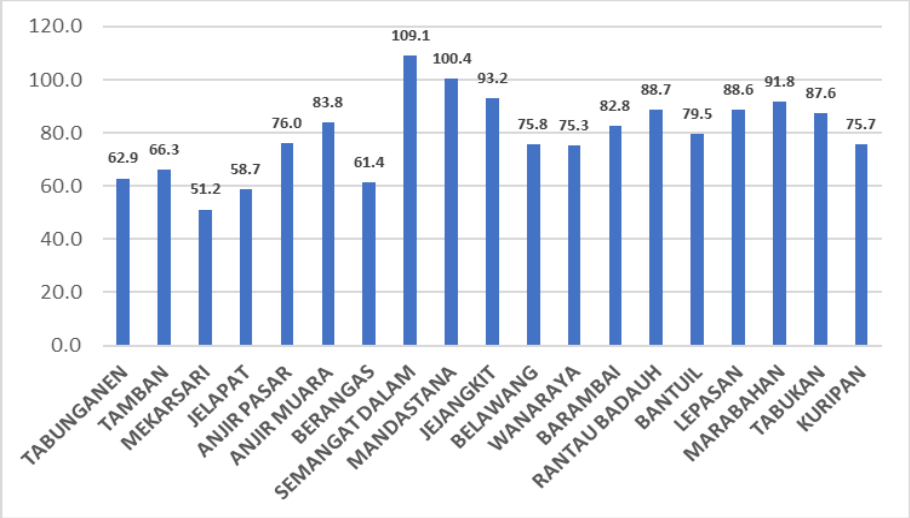
4. Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan di Fasyankes

persalinan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan yaitu persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terampil sesuai standar (bidan, dokter, dan tenaga paramedis lainnya) di fasilitas kesehatan. Hal ini dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan agar ibu hamil dan bayi secara cepat dan tepat mendapat fasilitas kesehatan yang bersih dan aman., mendapat pertolongan dan pelayanan dari tenaga Kesehatan siap di tempat.

Adapun tujuan dari persalinan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan menurunkan kesakitan dan komplikasi persalinan, memberikan pelayanan yang cepat dan tepat bila terjadi komplikasi dan memberikan kenyamanan keamanan dan keselamatan pada ibu hamil, bersalin dan nifas.

Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di Fasyankes Puskesmas di Kabupaten Barito Kuala yang cakupan tertinggi di laporkan dari Puskesmas Semangat Dalam sebesar 109.1% dan terendah Puskesmas Mekarsari yaitu 51,2 % (*Lihat Lampiran Tabel 23)*

Gambar 17. Persentase Cakupan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan di Fasyankes Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

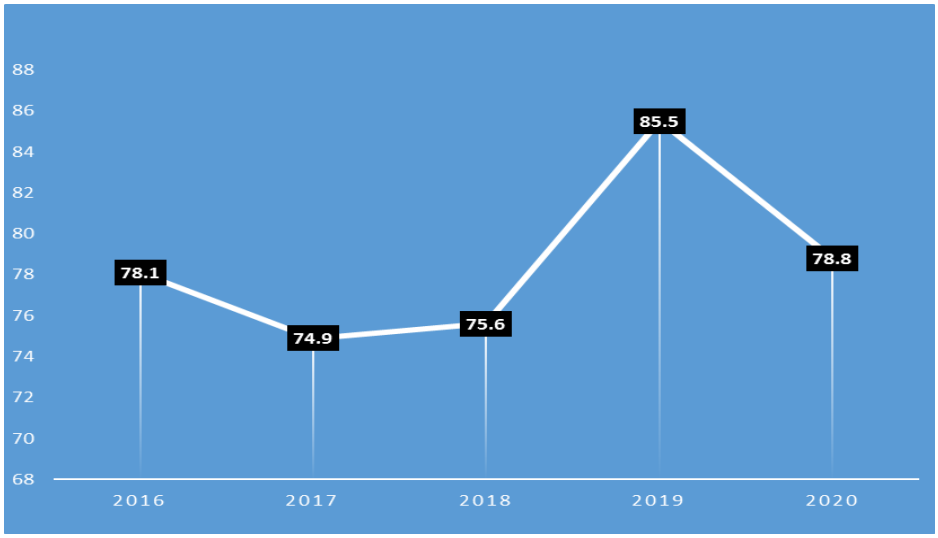
5. Cakupan Pelayanan Nifas

Pelayanan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai 42 hari pasca persalinan oleh tenaga kesehatan. Hal ini dilakukan sebagai upaya deteksi dini komplikasi pada ibu nifas dengan melakukan kunjungan minimal sebanyak 3 kali dengan distribusi waktu 6 jam setelah persalinan selama 3 hari (KF1), minggu ke-2 setelah persalinan (KF2) dan minggu ke-6 setelah persalinan (KF3).

Pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan meliputi: (1) Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu; (2) Pemeriksaan lokhia dan pengeluaran per vagina dan lainnya; (3) Pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif 6 bulan; (4) Pemberian kapsul Vitamin A 200.000 IU sebanyak 2 kali (2 x 24 jam); (5) Pelayanan KB pasca persalinan.

Cakupan pelayanan ibu nifas di Kabupaten Barito Kuala tahun 2020 sebesar 78,8% mengalami penurunan dibandingkan pada tahun 2019 yang hanya sebesar 85,5 %. Cakupan pelayanan terhadap Ibu Nifas selama kurun waktu 5 (lima) tahun dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

Gambar 18. Cakupan Pelayanan Ibu Nifas Tahun 2016 – 2020

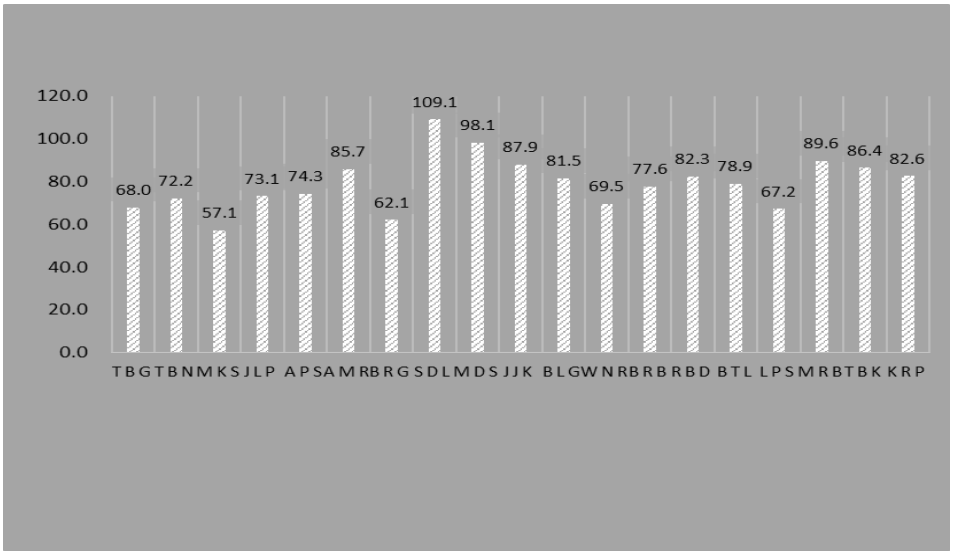


Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Berdasarkan laporan dari puskesmas, cakupan pelayanan ibu nifas tertinggi dari Puskesmas Semangat Dalam (109.1%), dan yang terendah cakupannya dari Puskesmas Mekarsari yaitu 57,1 %. *(Lihat Lampiran tabel 23).*

Gambaran Cakupan Pelayanan Ibu Nifas Per Puskesmas pada tahun 2020 dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

Gambar 19. Cakupan Pelayanan Ibu Nifas Per Puskesmas tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

6. Cakupan Pelayanan Nifas Mendapat Vitamin A

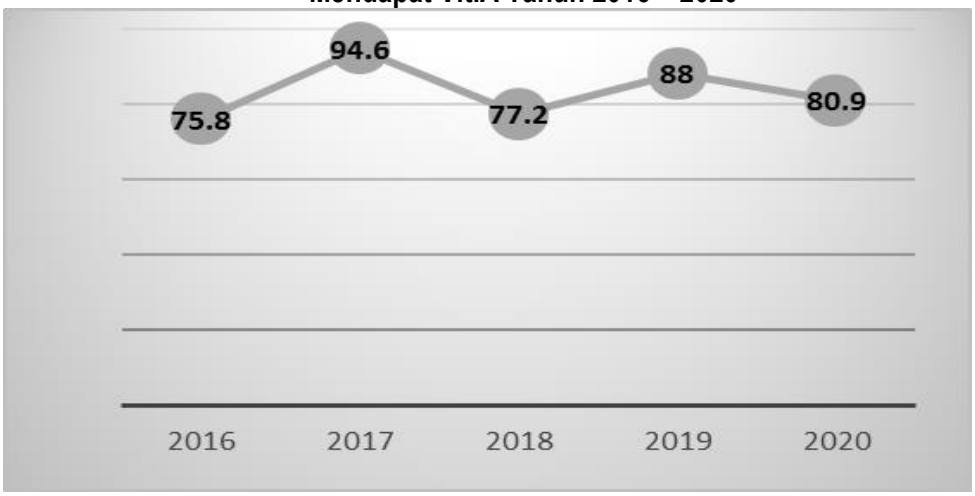
Ibu nifas adalah ibu yang baru melahirkan sampai 6 minggu setelah kelahiran bayi (0-42 hari). Selama masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti, kekeadaan sebelum hamil. Perubahan organ ini disebut involusi. Asuhan selama periode masa nifas perlu mendapat perhatian, karena sekitar 60 % Angka Kematian Ibu terjadi pada periode ini. Ibu nifas harus diberikan kapsul Vitamin A dosis tinggi karena: 1) Pemberian 1 kapsul Vitamin A merah cukup untuk meningkatkan kandungan Vitamin A dalam ASI selama 60 hari, 2) Pemberian 2 kapsul Vitamin A merah diharapkan cukup menambah kandungan Vitamin A dalam ASI sampai bayi berusia 6 bulan, 3) Kesehatan ibu cepat pulih setelah melahirkan.

Angka kecukupan zat gizi vitamin A wanita dewasa 500 RE, ibu hamil 200 RE, ibu nifas 350 RE. Pedoman nasional yang ada saat ini merekomendasikan bahwa

100% ibu nifas menerima satu kapsul vitamin A dosis tinggi 200.000 SI paling lambat 30 hari setelah melahirkan. Walaupun begitu data NSS di beberapa Propinsi menunjukkan bahwa cakupannya hanya berkisar 15 – 25% saat ini, ibu nifas mungkin mendapatkan kapsul vitamin A bila mereka melahirkan di Puskesmas atau rumah sakit. Walaupun begitu tidak tertutup kemungkinan ibu nifas mendapatkan kapsul vitamin A melalui kader atau bidan di desa saat mereka melakukan kunjungan rumah.

Cakupan ibu nifas mendapatkan Vitamin A di Kabupaten Barito Kuala tahun 2019 sebesar 88% mengalami kenaikan dibandingkan pada tahun 2018 yang hanya sebesar 77,2 %. Cakupan Ibu Nifas mendapatkan Vitamin A selama kurun waktu 5 (lima) tahun dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

Gambar 20. Cakupan Pelayanan Ibu Nifas Mendapat Vit.A Tahun 2016 – 2020

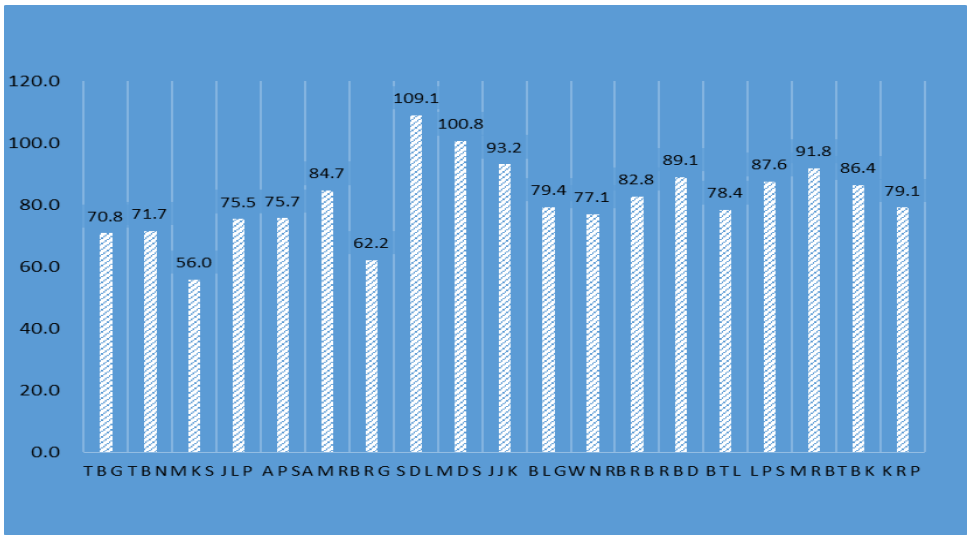


Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Berdasarkan laporan dari puskesmas, cakupan pelayanan ibu nifas tertinggi dari Puskesmas Semangat Dalam (109.1%), dan yang terendah cakupannya dari Puskesmas Mekarsari yaitu 56,0 %. *(Lihat Lampiran tabel 23).*

Gambaran Cakupan Ibu Nifas mendapatkan Vitamin A Per Puskesmas pada tahun 2020 dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

Gambar 21. Cakupan Ibu Nifas Mendapat Vit A
Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

7. Presentase Cakupan Imunisasi TD Ibu Hamil dan Wanita Usia Subur

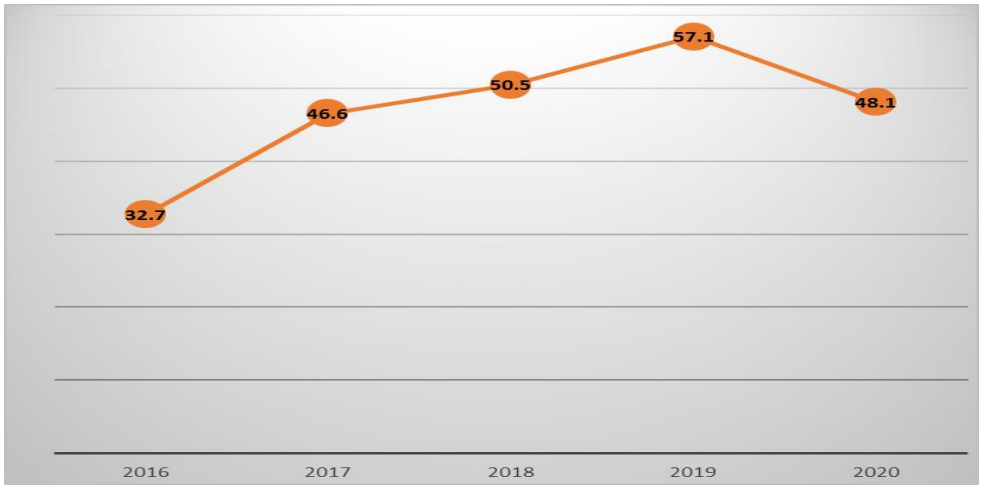
Tetanus disebabkan oleh toksin yang diproduksi oleh bakteri *Clostridum tetani.* Tetanus juga bisa menyerang bayi baru lahir (Tetanus Neonatorum) pada saat persalinan dan perawatan tali pusat dan merupakan salah satu penyebab kematian bayi.

Imunisasi Td adalah proses membangun kekebalan sebagai pencegahan terhadap infeksi Tetanus. Dimana imunisasi tersebut bisa diberikan pada bumil pada trimester I sampai dengan trimester III, yaitu Td1 dapat diberikan sejak diketahui setelah positif hamil dan Td 2 minimal 4 minggu setelah Td1. Sedangkan batas terakhir pemberian Td yang kedua adalah minimal 2 minggu sebelum melahirkan. Dan Akan lebih bagus lagi bila ibu imunisasi Td sebelum hamil. Secara ideal setiap WUS mendapatkan Imunisasi Td sebanyak 5 kali (Long life) mulai dari Td1 sampai dengan Td5.

Penentuan status imunisasi WUS dibedakan kelahiran WUS pada tahun 1979 sampai dengan tahun 1993 dan WUS yang lahir setelah tahun 1993, dimana tahun 1979 adalah tahun dimulainya program imunisasi dasar lengkap dan tahun 1993 adalah tahun dimulainya Bulan Imunisasi Anak Sekolah.

Pada tahun 2020 cakupan imunisasi Td+ pada Ibu Hamil sebesar 48,1% dimana capaian ini meningkat dibandingkan tahun 2019 yaitu 57,1%. Hal ini dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

Gambar 22. Cakupan Ibu Hamil Mendapatkan Imunisasi Td2+ Tahun 2016 – 2020

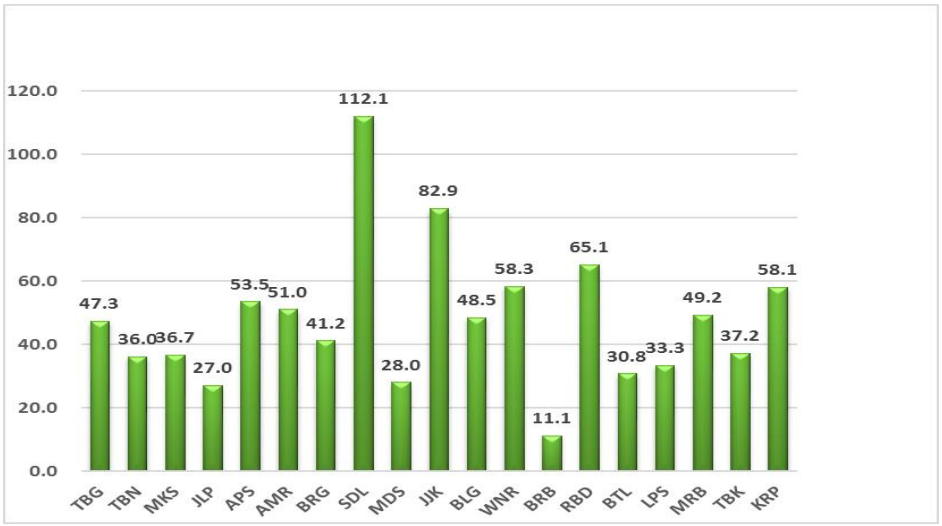


Sumber : Bidang P2P

Berdasarkan laporan dari puskesmas pada tahun 2020 di Kabupaten Barito Kuala dari 6.406 sasaran ibu hamil yang mendapatkan Td1 sebesar 20,3%, Td2 sebesar 22,8%, Td3 sebesar 13,3%, Td4 sebesar 7,0%, Td5 sebesar 4,7%, dan 48,1% mendapatkan Td2+ *(Lihat Lampiran Tabel 24).*

Sedangkan untuk puskesmas yang cakupan ibu hamilnya mendapatkan imunisasi Td2+ tertinggi adalah Puskesmas Semangat Dalam yaitu 112,1 % dan yang terendah Puskesmas Barambai yaitu 11,1% (*Lihat Lampiran Tabel 24)*. Gambaran lengkapnya dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

Gambar 23. Cakupan Ibu Hamil Mendapatkan Imunisasi Td 2+ Per Puskesmas Tahun 2020



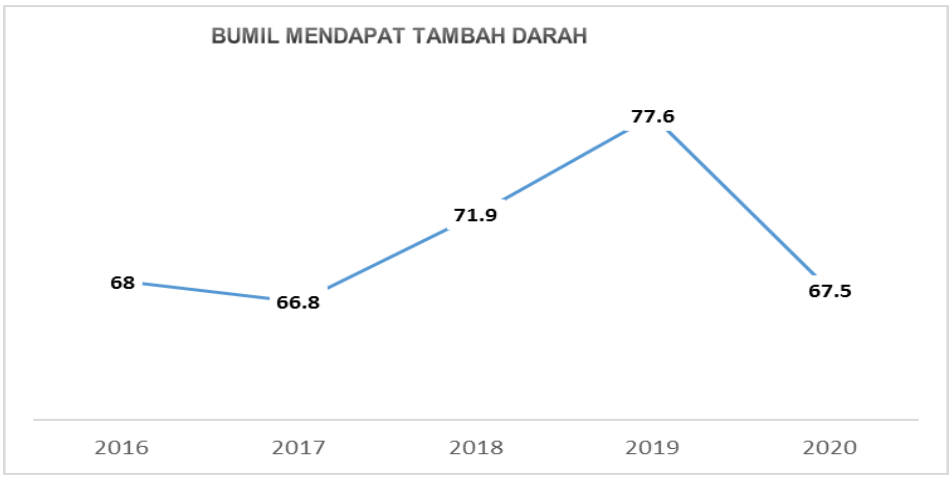
Sumber : Bidang P2P

8. Presentase Ibu Hamil Yang Mendapatkan Tablet Tambah Darah

Anemia gizi adalah kekurangan kadar haemoglobin (Hb) dalam darah yang disebabkan karena kekurangan zat gizi yang diperlukan untuk pembentukan Hb tersebut. Sebagian besar anemia ini disebabkan oleh kekurangan zat besi (Fe) dan wanita hamil merupakan salah satu kelompok yang rentan masalah gizi terutama anemia gizi besi. Untuk menanggulangi masalah anemia gizi pada ibu hamil dilakukan pemberian tablet darah (Fe) pada ibu hamil sebanyak 90 tablet selama kehamilan.

Pencapaian cakupan ibu hamil pada tahun 2020 yang mendapat tablet tambah darah adalah sebesar 67,5%, dibandingkan dengan tahun 2019 yaitu sebesar 77,6% cakupan ini mengalami penurunan, seperti terlihat pada grafik dibawah ini.

Gambar 24. Persentase Ibu Hamil Yang Mendapat Tablet Tambah Darah Tahun 2016 – 2020

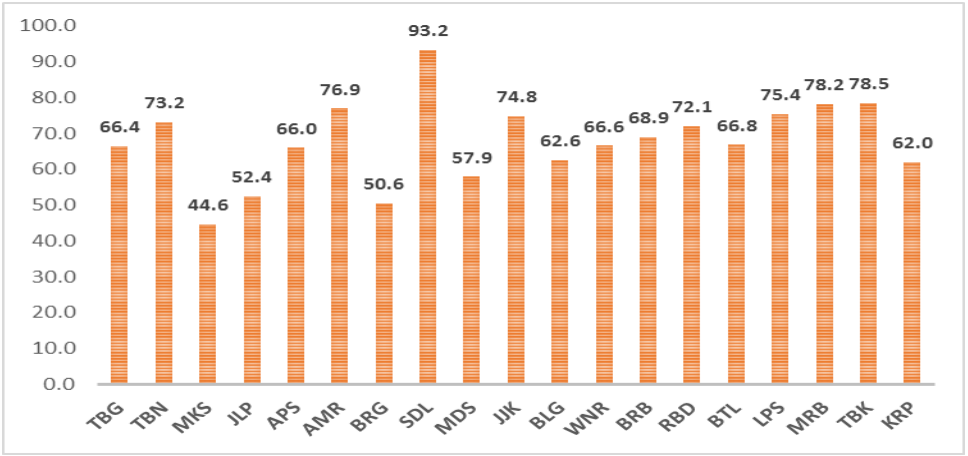


Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Puskesmas yang pencapaian cakupan Tablet tambah darah pada ibu hamil tertinggi adalah Puskesmas Semangat Dalam sebesar 93,2% dan paling rendah adalah Puskesmas Mekarsari yaitu 44,6% *(Lihat Lampiran Tabel 27)*.

Gambaran cakupan Ibu Hamil Per Puskesmas yang mendapatkan mendapatkan tablet Tambah Darah dapat di lihat pada grafik di bawah ini.

Gambar 25. Persentase Ibu Hamil Mendapat Tablet Tambah Darah Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

9. Cakupan Penanganan Komplikasi Kebidanan

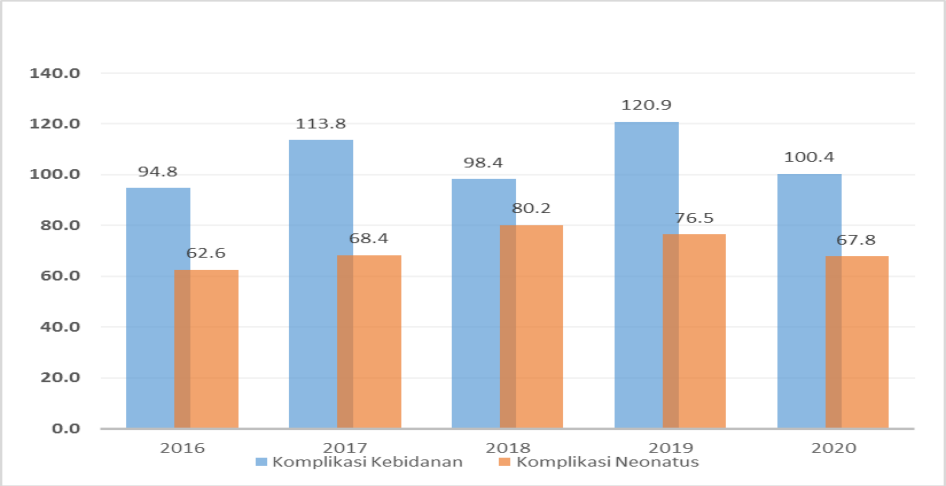
Dalam memberikan pelayanan khususnya oleh tenaga bidan di desa dan puskesmas, ibu hamil yang memiliki resiko tinggi (risti) dan memerlukan pelayanan kesehatan tetapi karena keterbatasan kemampuan dalam memberikan pelayanan sehingga perlu dilakukan upaya rujukan ke unit pelayanan kesehatan yang memadai.

Risti/kompliksi adalah keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung akan menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Risti/komplikasi kebidanan meliputi Hb < 8 g%, tekannan darah tinggi, oedema nyata, eklampsia, perdarahan per vaginum, ketuban pecah dini, letak lintang pada usia kehamilan > 32 minggu, letak sunsang pada primigravida, infeksi berat/sepsis dan persalinan premature.

Cakupan pelayanan obstetri (Komplikasi Kebidanan) maupun komplikasi pada neonatus di Kabupaten Barito Kuala pada tahun 2019 terjadi menurun di dibandingkan tahun sebelumnya. Dan untuk obstetri (komplikasi kebidanan) pencapaian tahun 2019 yaitu 120,9 %, Sedangkan cakupan penanganan komplikasi Neonatus yaitu 76,5%.

Gambaran cakupan pelayanan obstetri dan komplikasi pada neonatal selama tahun 2016 – 2020 dapat dilihat pada grafik di bawah ini

Gambar 26. Cakupan Pelayanan Obstetri (Komplikasi Kebidanan) dan Neonatus Tahun 2016 – 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Jumlah ibu hamil yang memiliki resiko tinggi yang ditangani paling tinggi dari Puskesmas Bantuil (171,0%) dan yang terendah dari Puskesmas Anjir Pasar (7,0%). *(Lihat Lampiran Tabel 30.)*

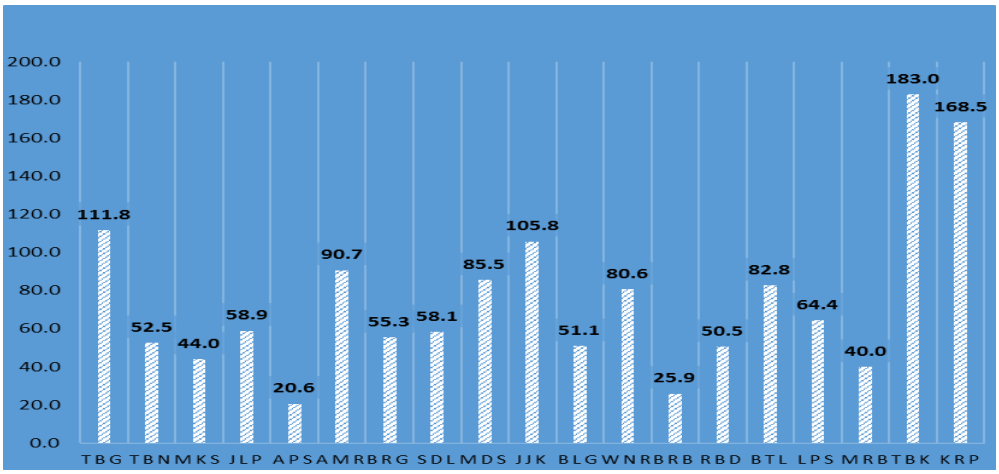
Gambar 27. Cakupan Komplikasi Kebidanan Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Sedangkan untuk Penanganan Komplikasi Neonatal paling tinggi dari Puskesmas Tabukan (183,0%) dan yang paling rendah dari Puskesmas Anjir Pasar (20,6%).

Gambar 28. Cakupan Komplikasi Neonatal Per Puskesmas Tahun 2020



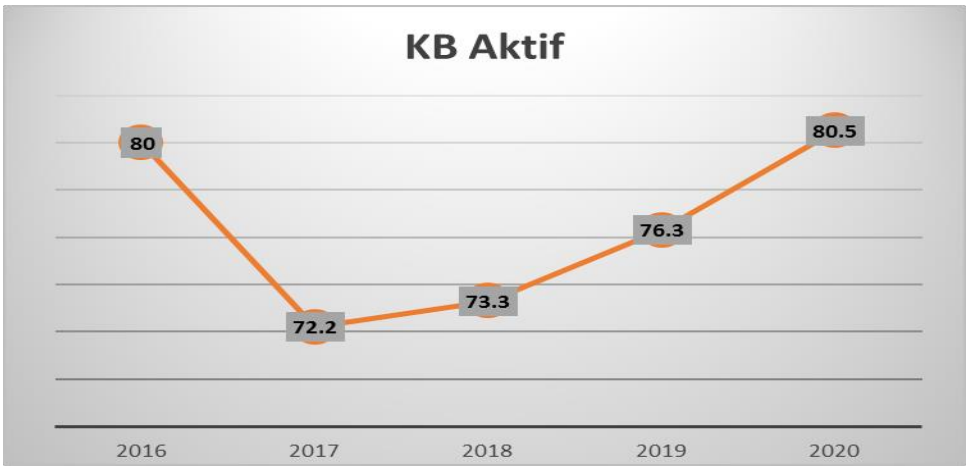
Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

10. Persentase Peserta KB Aktif

Tingkat pencapaian pelayanan keluarga berencana dapat digambarkan melalui cakupan peserta KB yang ditunjukkan melalui peserta KB aktif dan jenis kontrasepsi yang digunakan akseptor.

Cakupan peserta KB Aktif pada tahun 2020 sebesar 80,5 % mengalami kenaikan dibanding tahun 2019 yaitu 76,3 % *(Lihat Lampiran Tabel 28)* Capaian ini periode tahun 2016 s.d 2020 dapat di lihat pada grafik di bawah ini.

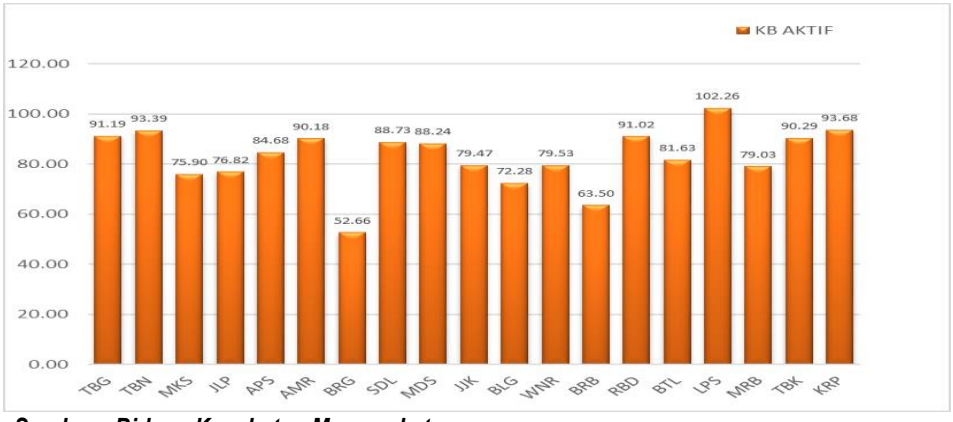
Gambar 29. Cakupan Peserta KB Aktif Tahun 2016 – 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Puskesmas yang tinggi cakupan peserta KB Aktif adalah Puskesmas Lepasan yaitu 102,3 %, sedangkan terendah adalah Puskesmas Berangas yaitu 52,7%. (*Lihat Lampiran Tabel 28)*.

Gambar 30. Cakupan Peserta KB Aktif Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

11. Persentase Peserta KB Pasca Persalinan

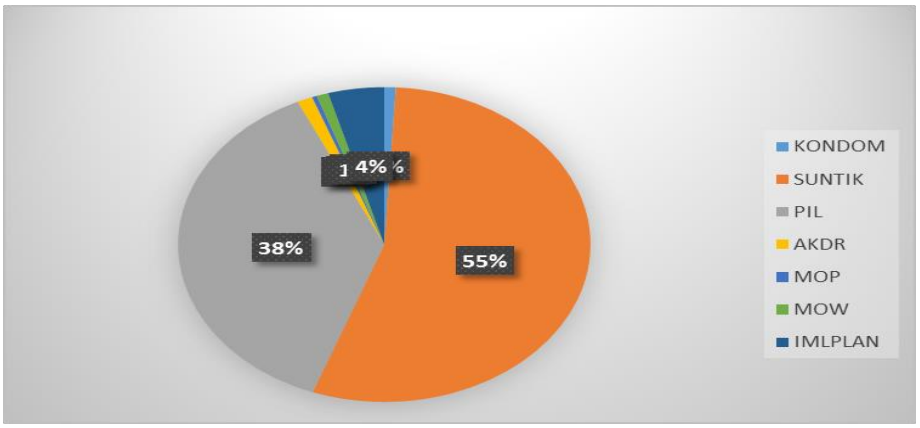
Penerapan KB Pasca Persalinan sangat penting karena kembalinya kesuburan pada ibu setelah melahirkan tidak dapat diketahui secara pasti dan dapat terjadi sebelum datangnya siklus haid bahkan pada wanita menyusui. Hal ini menyebabkan pada masa menyusui,wanita mengalami kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) atau *unwanted pregnancy*. Kontrasepsi sebaiknya sudah digunakan sebelum kembali beraktivitas seksual.

KB Pasca Persalinan merupakan upaya pencegahan kehamilan dengan menggunakan alat dan obat kontrasepsi segera setelah melahirkan sampai dengan 42 hari/ 6 minggu setelah melahirkan,

Peningkatan pelayanan KB Pasca Persalinan sangat mendukung tujuan pembangunan kesehatan dan hal ini juga ditunjang dengan banyaknya calon peserta KB baru (Ibu hamil dan bersalin) yang sudah pernah kontak dengan tenaga kesehatan. Seorang ibu yang baru melahirkan bayi biasanya lebih mudah untuk diajak menggunakan kontrasepsi, sehingga waktu setelah melahirkan adalah waktu yang paling tepat untuk mengajak ibu menggunakan kontrasepsi.

Adapun untuk cakupan peserta KB Pasca Persalinan pada tahun 2020 sebesar 80,5 % yang mana angka tersebut mengalami kenaikan dibanding tahun 2019 yaitu 67,9% dengan penggunaan alat kontrasepsi Suntik yang tertinggi (54,8%) dan MOP yang paling terendah (0,4%) *(Lihat Lampiran Tabel 29)*

Gambar 31. Penggunaan Alat Kotrasepsi KB Pasca Persalinan Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyaraka

B. KESEHATAN ANAK

1. Jumlah dan Angka Kematian Neonatal per 1.000 Kelahiran Hidup

Angka Kematian Neonatal adalah kematian yang terjadi sebelum bayi berumur satu bulan atau 28 hari, per 1000 kelahiran hidup pada satu tahun tertentu.

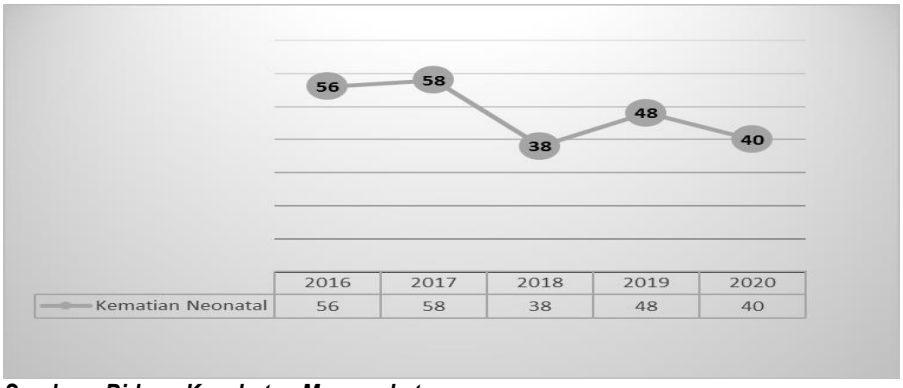
Angka kematian bayi endogen atau kematian neonatal adalah banyaknya kematian bayi yang terjadi pada bulan pertama (dinyatakan dengan per seribu kelahiran hidup) setelah dilahirkan, dan umumnya disebabkan oleh faktor yang dibawa anak sejak lahir, yang diperoleh dari orang tuanya pada saat konsepsi atau didapat selama kehamilan.

Oleh karena kematian Neonatal oleh disebabkan factor endogen yang berhubungan dengan kehamilan maka angka ini dapat dimanfaatkan untuk menyusun program-program untuk mengurangi angka kematian Neo-natal yang bersangkutan dengan program pelayanan kesehatan Ibu hamil, misalnya program pemberian pil besi dan suntikan anti tetanus.

Pada tahun 2020, terdapat Angka kematian neonatal (usia s.d 28 hari) adalah 8,2 per 1.000 KH atau 40 kasus kematian, dan dibandingkan tahun 2019 terjadi penurunan yaitu hanya 9,8 per 1.000 KH atau 48 kasus kematian. *(Lihat Lampiran Tabel 31).*

Gambaran kasus kematian Neonatal selama periode tahun 2016 – 2020 dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

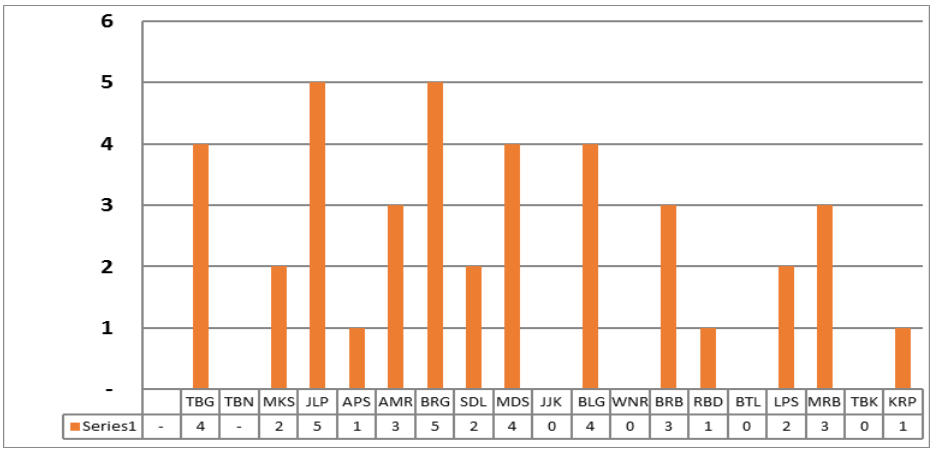
Gambar 32. Jumlah Kasus Kematian Neonatal Tahun 2016 - 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Puskesmas Jelapat kecamatan Mekarsari dan Puskesmas Berangas melaporkan jumlah kematian Neonatal terbanyak yaitu 5 kasus kematian dan Puskesmas Tabunganen, Puskesmas Mandastana dan Puskesmas Belawang melaporkan 4 kematian Neonatal (Lihat Lampiran 31). Gambaran jelas per puskesmas dapat dilihat pada gambar berikut ini.

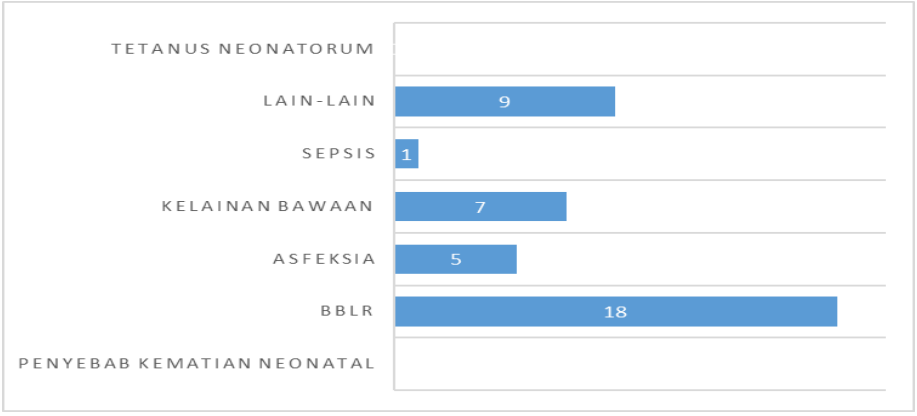
Gambar 33. Jumlah Kasus Kematian Neonatal Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Penyebab kematian Kematian Noenatal di Barito Kuala pada tahun 2019 dengan tertinggi disebabkan karena Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) yaitu sebanyak 18 kasus dan Asfiksia sebanyak 17 kasus kematian. Faktor-faktor penyebab kematian bayi dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

Gambar 34. Faktor Penyebab Kematian Neonatal Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

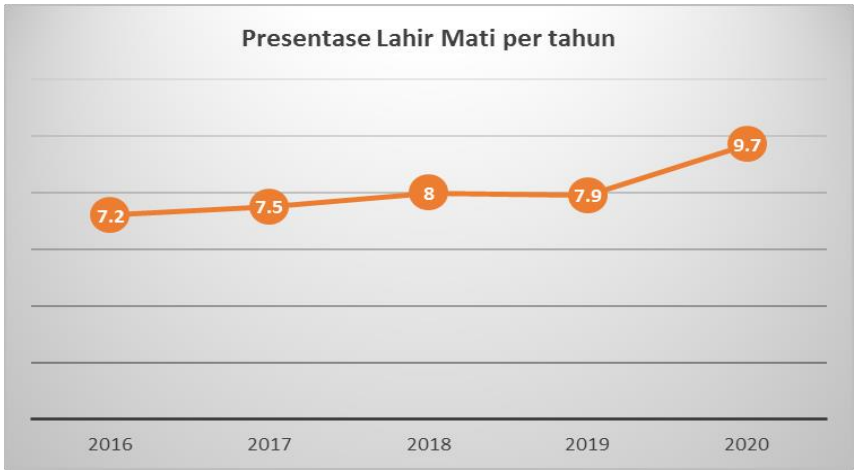
2. Jumlah dan Angka Kematian Bayi dan Balita per 1.000 Kelahiran Hidup

Angka Kematian Bayi (AKB) per 1.000 Kelahiran Hidup adalah jumlah bayi yang meninggal sebelum mencapai usia 1 (satu) tahun dalam suatu wilayah tertentu selama 1 tahun per jumlah kelahiran hidup (KH) di wilayah dan pada kurun waktu yang sama dikali 1.000

AKB merupakan indikator yang paling peka dalam menggambarkan derajat kesehatan masyarakat. AKB tidak hanya berguna dalam memberikan informasi tentang bayi, tetapi juga sebagai gambaran penduduk dengan tingkat sosial ekonominya. Selain itu AKB merupakan indikator yang sensitif dalam menggambarkan ketersediaan, penggunaan dan keefektifan pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan perinatal.

Pada tahun 2020, terdapat 4.942 kelahiran hidup (KH) dan 48 kelahiran mati (*Lihat Lampiran Tabel 20*) dengan angka lahir mati yang dilaporkan adalah 9.7 per 1.000 KH, mengalami kenaikan dibanding tahun 2019 yaitu 7,9 per 1.000 KH.

Gambar 35. Presentase Angka Bayi Lahir Mati tahun 2016 -2020



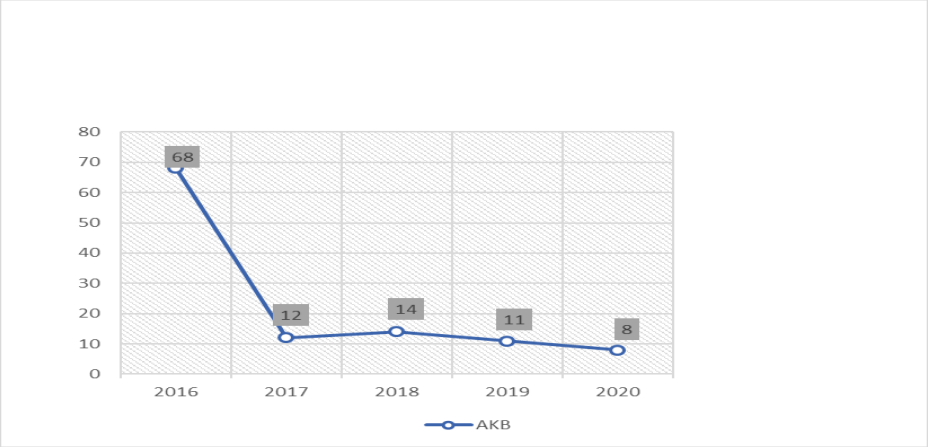
Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Adapun untuk Angka kematian bayi 0 – 11 bulan tahun 2020 sebesar 1.6 per 1.000 KH (8 kasus kematian bayi), terjadi penurunan dibandingkan tahun

2019 yaitu 2.3 per 1.000 KH atau 11 kasus kematian bayi *(Lihat Lampiran Tabel 31).*

Gambaran kasus kematian bayi selama periode tahun 2016 – 2020 dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

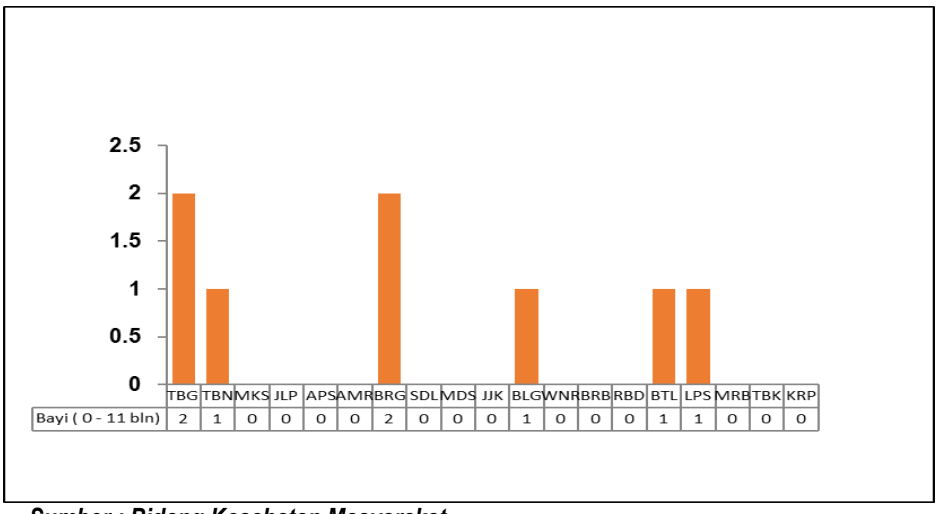
Gambar 35. Jumlah Kasus Kematian Bayi Tahun 2016 – 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Puskesmas Tabunganen dan Puskesmas Berangas melaporkan jumlah kematian bayi terbanyak yaitu masing-masing 2 kasus kematian bayi. Gambaran jelas per puskesmas dapat dilihat pada gambar berikut ini.

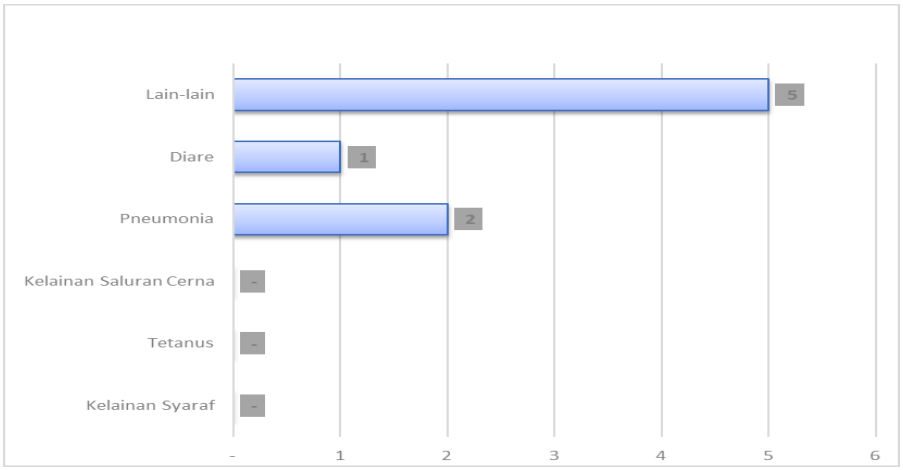
Gambar 36. Jumlah Kasus Kematian Bayi Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Penyebab kematian bayi di Barito Kuala pada tahun 2020 dengan tertinggi disebabkan karena lain-lain yaitu sebesar 5 kasus, Pneumonia 2 kasus dan Diare sebanyak 1 kasus kematian. Faktor-faktor penyebab kematian bayi dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

Gambar 37. Faktor Penyebab Kematian Bayi Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

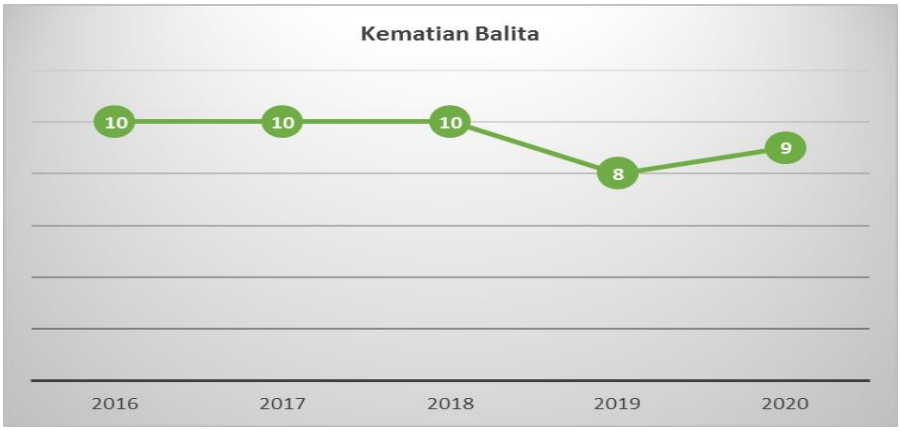
Angka Kematian Anak Balita (AKABA) merupakan jumlah kematian anak sebelum mencapai usia 5 tahun dalam wilayah tertentu selama 1 tahun tertentu per jumlah kelahiran hidup di wilayah dan pada periode yang sama dikali 1.000.

AKABA mencerminkan besarnya faktor lingkungan yang berpengaruh pada kesehatan anak seperti gizi, sanitasi, penyakit menular pada masa kanak-kanak dan kecelakaan yang terjadi di dalam dan disekitar rumah. Angka ini juga mencerminkan tingkat dan besarnya kemiskinan, oleh karena itu merupakan indikator yang sensitif untuk menilai pembangunan sosial ekonomi masyarakat.

AKABA di Kabupaten Barito Kuala pada tahun 2020 yaitu 9 kasus, mengalami kenaikan dibandingkan pada tahun 2019 yaitu ada 8 kasus kematian anak balita *(Lihat Lampiran Tabel 31).*

Jumlah kematian Anak Balita kurun waktu 2016 – 2020 dapat dilihat pada grafik berikut ini.

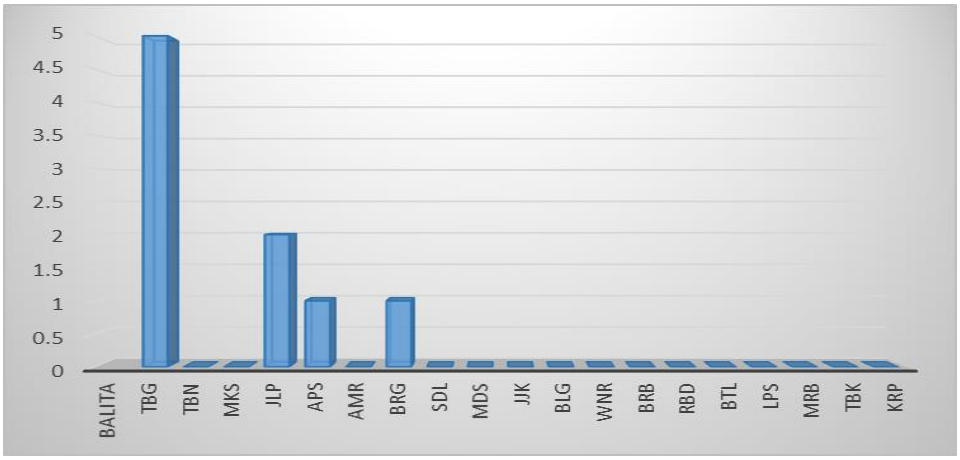
Gambar 38. Jumlah Kasus Kematian Anak Balita Tahun 2016 – 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Puskesmas Tabunganen yang melaporkan jumlah kematian terbanyak yaitu 5 kasus kematian dan disusul Puskesmas Jelapat sebanyak 2 kasus kematian. Gambaran jelas per puskesmas dapat dilihat pada gambar berikut ini.

Gambar 39. Jumlah Kasus Kematian Anak Balita Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

3. Penanganan Komplikasi Pada Neonatal

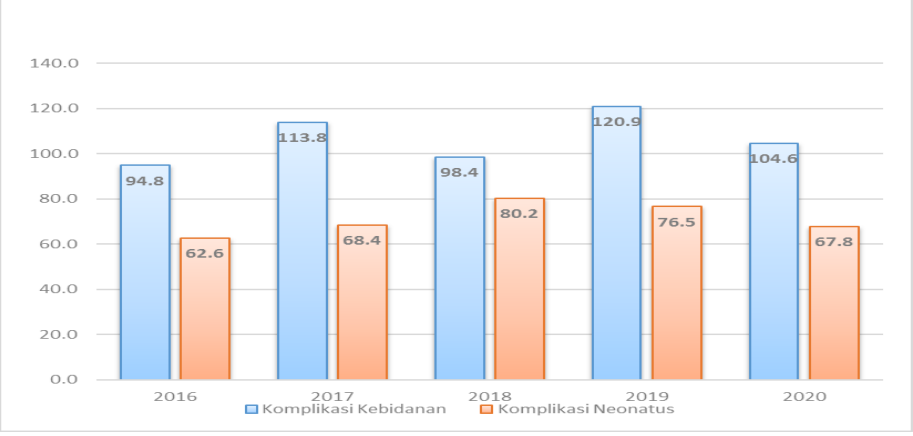
Kematian bayi baru lahir umumnya dapat dihindari penyebabnya seperti Berat Badan Lahir Rendah, asfiksia dan infeksi . Hal tersebut kemungkinan disebabkan oleh keterlambatan pengambilan keputusan, merujuk dan mengobati. Sedangkan kematian ibu umumnya disebabkan perdarahan,infeksi, pre-eklampsia / eklampsia, persalinan macet dan abortus. Mengingat kematian bayi mempunyai hubungan erat dengan mutu penanganan ibu, maka proses persalinan dan perawatan bayi harus dilakukan dalam sistem terpadu di tingkat nasional dan regional.

Pelayanan obstetri dan neonatal regional merupakan upaya penyediaan pelayanan bagi ibu dan bayi baru lahir secara terpadu dalam bentuk Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di Rumah Sakit dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Dasar (PONED) di tingkat Puskesmas.

Cakupan pelayanan obstetri (Komplikasi Kebidanan) maupun komplikasi pada neonatus di Kabupaten Barito Kuala pada tahun 2019 terjadi menurun di dibandingkan tahun sebelumnya. Dan untuk obstetri (komplikasi kebidanan) pencapaian tahun 2020 yaitu 100,4 %, Sedangkan cakupan penanganan komplikasi Neonatus yaitu 67,8%.

Gambaran cakupan pelayanan obstetri dan komplikasi pada neonatal selama tahun 2016 – 2020 dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

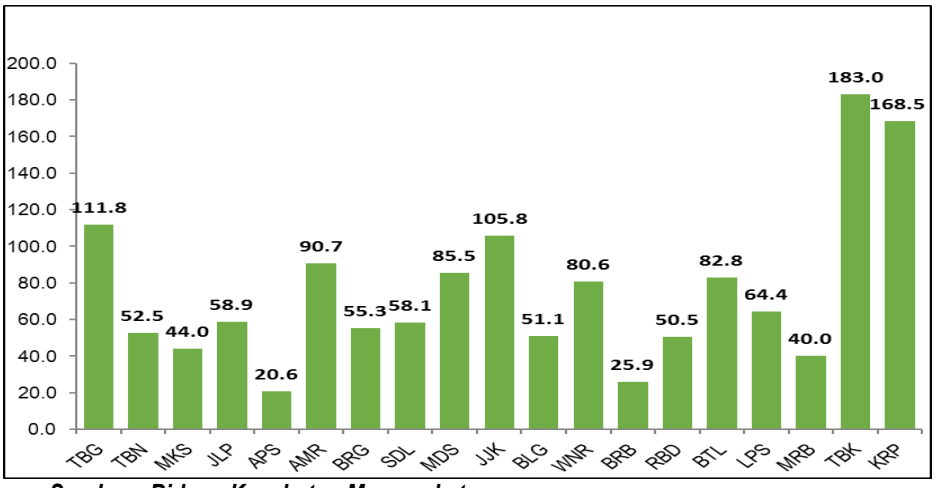
Gambar 40. Cakupan Pelayanan Obstetri (Komplikasi Kebidanan) dan Neonatus Tahun 2016 – 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

untuk Penanganan Komplikasi Neonatal paling tinggi dari Puskesmas Wanaraya (180,9%) dan yang paling rendah dari Puskesmas Barambai (12,9%).

Gambar 41. Cakupan Komplikasi Neonatal Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

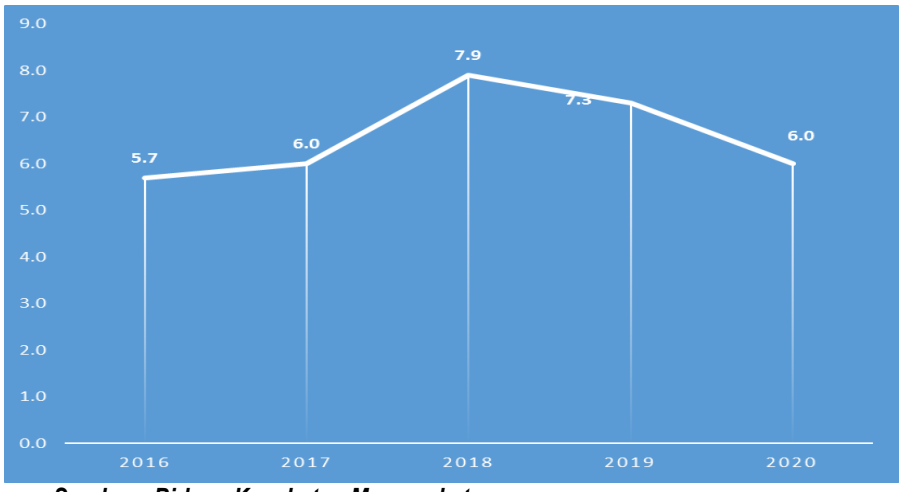
4. Presentase Berat Badan Lahir Bayi Rendah

Bayi berat lahir rendah merupakan masalah penting dalam pengelolaannya karena mempunyai kecenderungan ke arah peningkatan terjadinya infeksi, kesukaran mengatur nafas tubuh sehingga mudah untuk menderita hipotermia. Selain itu bayi dengan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) mudah terserang komplikasi tertentu seperti ikterus, hipoglikomia yang dapat menyebabkan kematian. Kelompok bayi berat lahir rendah yang dapat di istilahkan dengan kelompok resiko tinggi, karena pada bayi berat lahir rendah menunjukan angka kematian dan kesehatan yang lebih tinggi dengan berat bayi lahir cukup.

Angka Berat Badan Lahir Bayi Rendah pada tahun 2020 adalah sebanyak 392 orang, dan ini sedikit mengalami kenaikan dibanding 2019 yaitu 356 orang.

Gambaran Angka Berat Badan Lahir Bayi Rendah Lengkap selama kurun waktu 2016 – 2020 dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

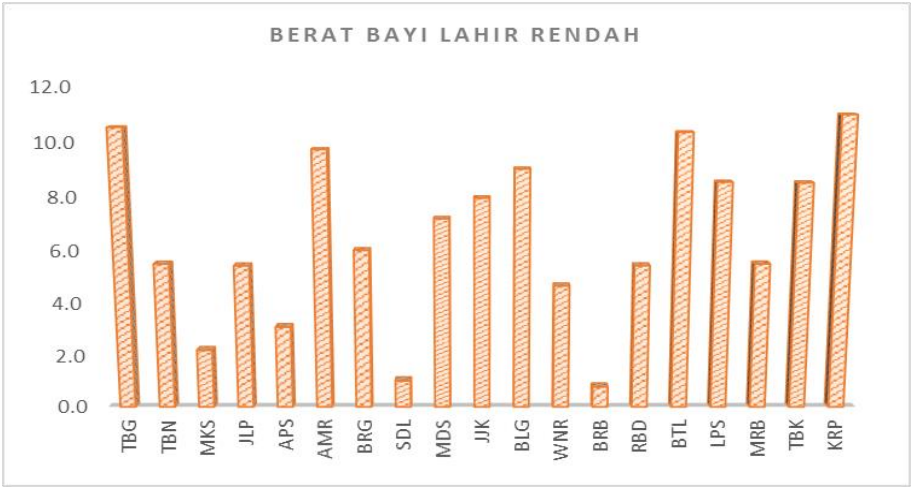
Gambar 42. Cakupan Berat Badan Lahir Bayi Rendah Tahun 2016 – 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Cakupan terendah untuk Berat Badan Lahir Bayi Rendah di Puskesmas tertinggi adalah Puskesmas Kuripan yaitu 11,0% sedangkan puskesmas yang cakupan terendah adalah Puskesmas Barambai yaitu 0.8%. (*Lihat Lampiran tabel 33)*. Gambaran cakupan BBLR per Puskesmas tahun 2020 dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Gambar 43. Cakupan BBLR (KN) Lengkap Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

5. Kunjungan Neonatal

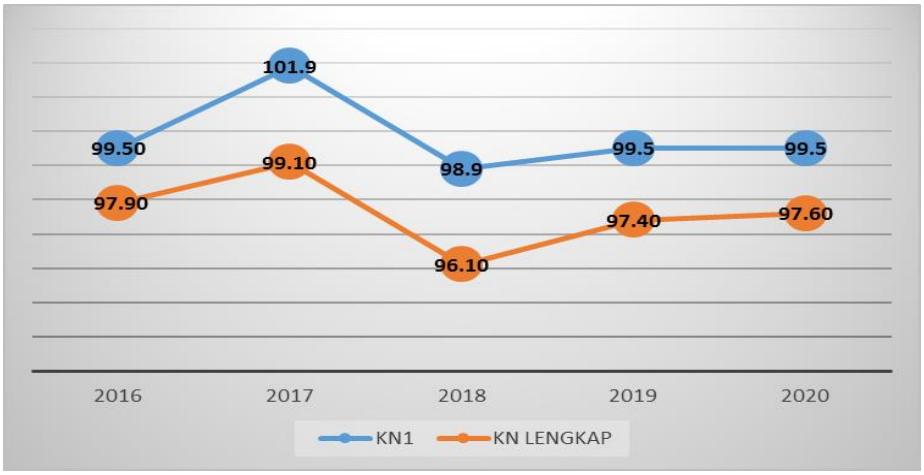
Bayi hingga umur kurang dari satu bulan merupakan golongan umur yang memiliki resiko gangguan kesehatan paling tinggi. Upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi resiko tersebut antara lain dengan melakukan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan pelayanan kesehatan pada Neonatal (usia 0 – 28 hari) minimal tiga kali, yaitu pada 6 jam – 48 Jam setelah lahir, hari ke 3 – 7 dan hari ke 8 – 28 hari (KN Lengkap)

Dalam melaksanakan pelayanan Neonatal, petugas kesehatan disamping melakukan pemeriksaan kesehatan bayi juga melakukan konseling perawatan bayi kepada Ibu yang meliputi tindakan resusitasi, pencegahan hipotermia, pemberian ASI dini dan eksklusif, pencegahan infeksi, pemberian vitamin K, <TBS dan penyuluhan perawatan neonatus di rumah.

Cakupan kunjungan Neonatal 1 (KN1) pada tahun 2020 adalah sebesar 99,5 % dan kunjungan Neonatal lengkap (KN Lengkap) adalah sebesar 97,6 %.

Gambaran cakupan KN1 dan KN Lengkap selama kurun waktu 2016 – 2020 dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

Gambar 44. Cakupan Kunjungan Neonatus (KN) Lengkap Tahun 2016 – 2020

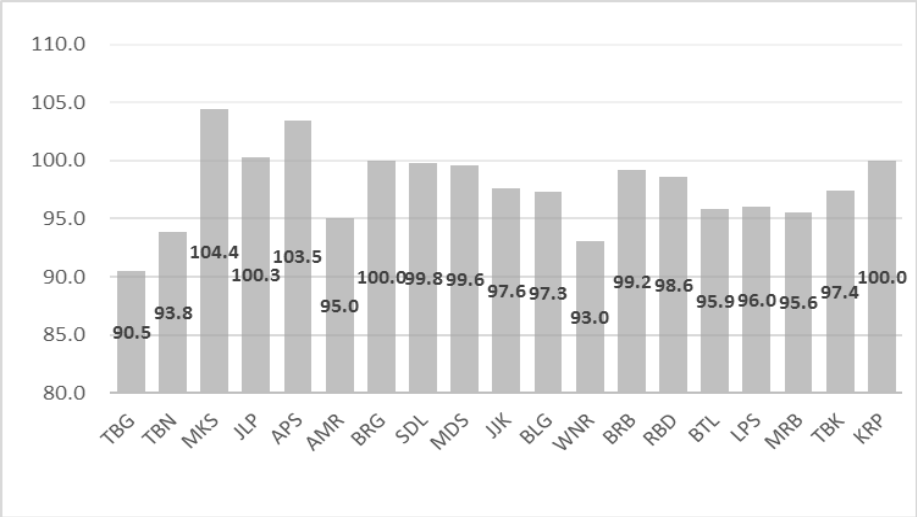


Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Cakupan tertinggi untuk KN Lengkap di Puskesmas Mekarsari yaitu 104,4 % sedangkan puskesmas yang cakupan terendah adalah Puskesmas

Tabunganen yaitu 90.5%. (*Lihat Lampiran tabel 34)*. Gambaran cakupan KN Lengkap per Puskesmas tahun 2020 dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Gambar 45. Cakupan Kunjungan Neonatus (KN) Lengkap Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

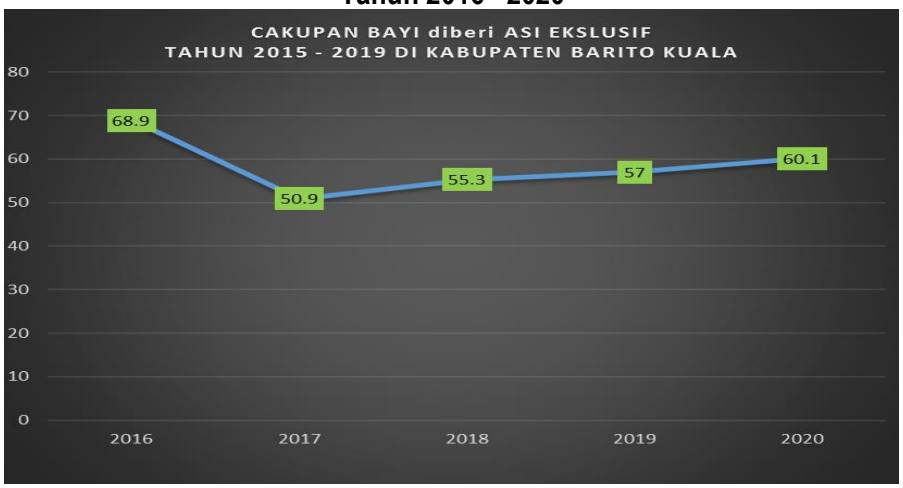
6. Bayi Diberi ASI Ekslusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI selama 6 bulan tanpa tambahan cairan lain, seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, dan air putih, serta tanpa tambahan makanan padat, seperti pisang, bubur susu, biskuit, bubur nasi, dan nasi tim, kecuali vitamin dan mineral dan obat. Selain itu, pemberian ASI eksklusif juga berhubungan dengan tindakan memberikan ASI kepada bayi hingga berusia 6 bulan tanpa makanan dan minuman lain, kecuali sirup obat. Setelah usia bayi 6 bulan, barulah bayi mulai diberikan makanan pendamping ASI, sedangkan ASI dapat diberikan sampai 2 tahun atau lebih. Cara pemberian makanan pada bayi yang baik dan benar adalah menyusui bayi secara eksklusif sejak lahir sampai dengan umur 6 bulan dan meneruskan menyusui anak sampai umur 24 bulan.

Capaian cakupan Bayi < 6 bulan yang diberi ASI Ekslusif tahun 2020 untuk adalah 60,1 % yang artinya sudah mencapai kenaikan dibandingkan tahun 2019 yaitu sebesar 57,0 %.

Cakupan persentase pemberian ASI Ekslusif dari tahun 2016 – 2020 di Barito Kuala dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

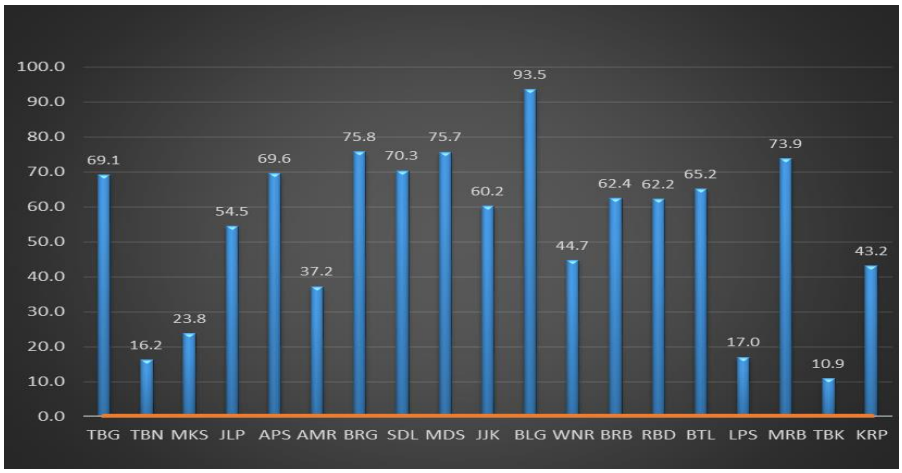
Gambar 46. Persentase Bayi Diberi ASI Ekslusif Tahun 2016– 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Cakupan tertinggi dalam Bayi yang diberi ASI Ekslusif adalah puskesmas Belawang sebesar 93,5% dan yang terendah pada Puskesmas Tamban cuma sebesar 16,2%. Hal ini tergambar pada grafik di bawah ini.

Gambar 47. Persentase Pemberian ASI Ekslusif Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

7. Pelayanan Kesehatan Bayi

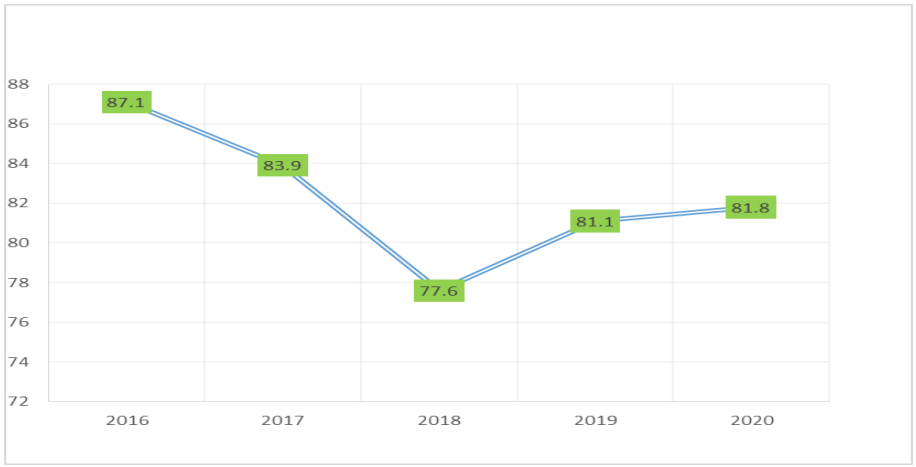
Kunjungan bayi adalah kunjungan bayi (umur 1-12 bulan) termasuk neonatus (umur 1-28 hari) untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan standar oleh dokter, bidan atau perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan, paling sedikit 4 kali (bayi), 2 kali (neonatus) disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Setiap bayi memperoleh pelayanan kesehatan minimal 4 kali tersebut dalam umur setahun yaitu saat umur 29 hari – 3 bulan, umur 3 – 6 bulan, umur 6 – 9 bulan dan pada saat umur 9 – 11 bulan.

Pelayanan kesehatan yang diberikan meliputi pemberian imunisasi dasar, Stimulasi Deteksi Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) bayi dan penyuluhan perawatan kesehatan bayi.

Cakupan kunjungan bayi pada tahun 2020 sebesar 88,8% mengalami kenaikkan dibandingkan tahun 2019 yaitu sebesar 81,1% . Gambaran pencapaian kunjungan selama tahun 2016 – 2020 dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

Gambar 48. Cakupan Kunjungan Bayi Tahun 2016 – 2020



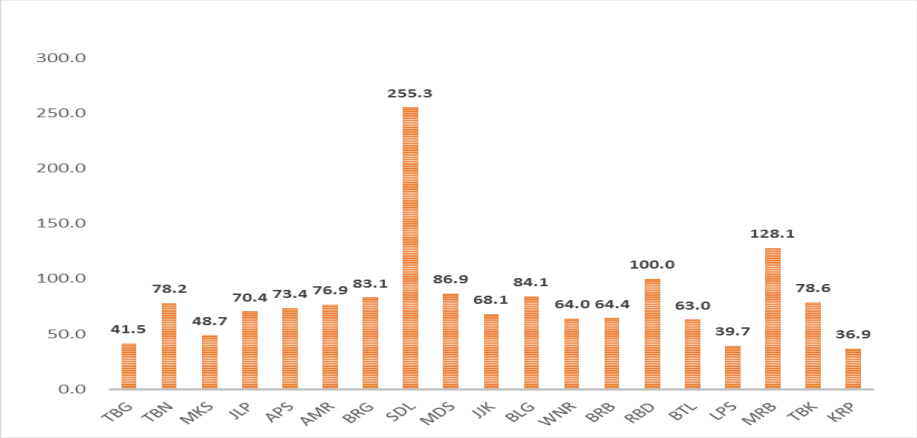
Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Berdasarkan laporan bulanan, Puskesmas yang tertinggi cakupan kunjungan bayinya di Puskesmas Semangat Dalam (255,3%) dan puskesmas yang

cakupan kunjungannya terendah adalah Puskesmas Kuripan yaitu 36,9% (*Lihat Lampiran Tabel 36).*

Gambaran cakupan kunjungan bayi per puskesmas di tahun 2020 dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

Gambar 49. Cakupan Kunjungan Bayi Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

8. Desa/Kelurahan *Universal Child Immunization* (UCI)

Bayi dan anak-anak memiliki resiko yang lebih tinggi terserang penyakit menular yang dapat mematikan seperti Difteri, Tetanus, Hepatitis B, Typhus, Radang Selaput Otak, Radang Paru-paru dan masih banyak penyakit lainnya. Salah satu pencegahan yang terbaik dan penting adalah melalui imunisasi.

Imunisasi ada dua macam, yaitu imunisasi aktif dan pasif. Imunisasi aktif adalah pemberian kuman atau kuman yang sudah dilemahkan atau dimatikan dengan tujuan untuk merangsang tubuh memproduksi antibody sendiri. Yang termasuk imunisasi aktif adalah Imunisasi Polio dan Campak.

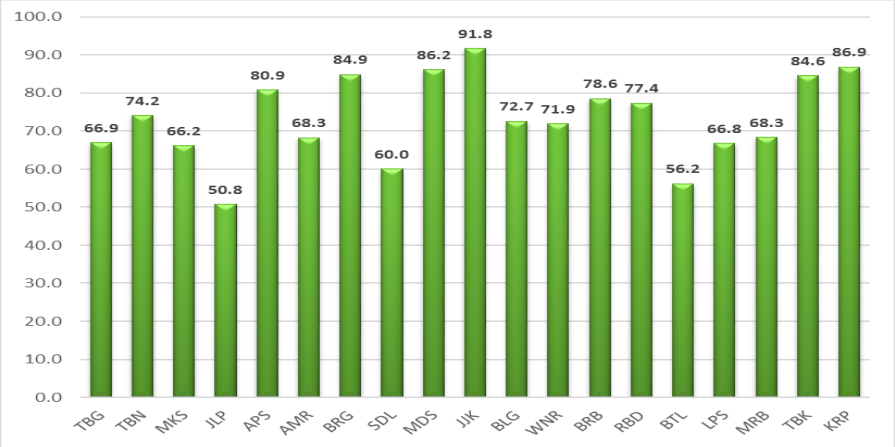
Imunisasi pasif adalah penyuntikan sejumlah antibody sehingga kadar antibodi dalam tubuh meningkat. Yang temasuk dalam jenis imunisasi ini adalah penyuntikan ATS (Anti Tetanus Serum) pada orang yang mengalami luka kecelakaan.

Program imunisasi dasar lengkap pada bayi meliputi : 1 dosis BCG, 3 dosis DPT, 4 dosis Polio, 4 dosis Hepatitis B dan 1 dosis Campak.

Target bayi usia 0 – 11 bulan mendapatkan imusisasi dasar adalah Berdasarkan data capaian tahun 2020 sebesar 72,3% yang mengalami penurunan dibanding tahun 2019 yaitu sebesar 82,4%.

Pencapaian cakupan tertinggi di Puskesmas Jejangkit yaitu 91,8%, sedangkan Puskesmas Jelapat cakupan imunisasi dasar lengkap pada bayi yang paling rendah yaitu 50,8 %. *(Lihat Lampiran Tabel 39)*

Gambar 50. Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang P2P

Pencapaian *Universal Child Immunization* (UCI) pada dasarnya merupakan proksi terhadap cakupan atas imunisasi secara lengkap pada sekelompok bayi. Bila cakupan UCI dikaitkan dengan batasan suatu wilayah tertentu, berarti dalam wilayah tersebut tergambarkan besarnya tingkat kekebalan masyarakat atau bayi (*herd immunity*) terhadap penularan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). Pemerintah, dalam hal ini menargetkan pencapaian UCI pada wilayah administrasi desa/ kelurahan.

Pencapaian UCI tingkat desa/ kelurahan pada tahun 2020 yaitu 68,2% ini mengalami kenaikan penurunan tahun 2019 yaitu hanya 88,1%.

Gambaran Kelurahan/ desa yang UCI dan Imunisasi lengkap selama periode tahun 2016 – 2020 dapat dilihat pada gambar dibawah ini:

Gambar 51. Persentase Pencapaian UCI Desa/Kelurahan Dan Imunisasi Lengkap Tahun 2016 – 2020

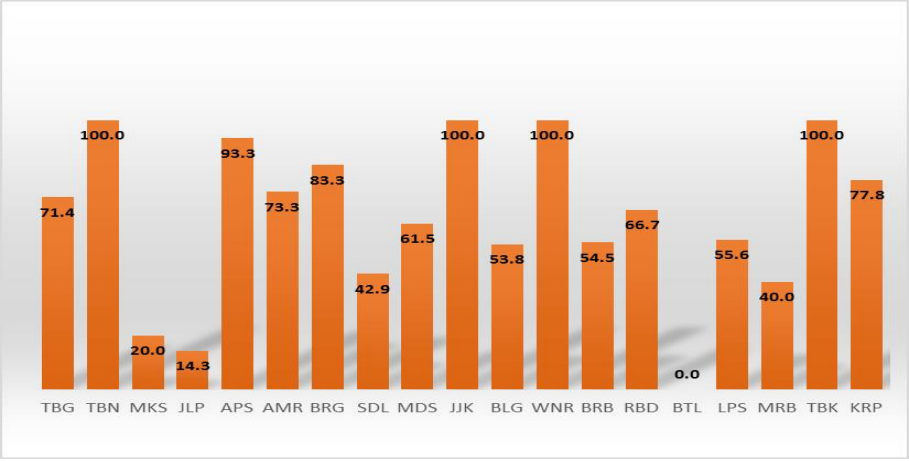


Sumber : Bidang P2P

Puskesmas yang UCI desa/kelurahannya sudah mencapai 100% adalah Puskesmas Tabunganen, Tamban, Anjir Pasar, Berangas, Jejangkit, Marabahan, Tabukan dan Kuripan. Sedangkan Puskesmas yang capaian UCI masih rendah yaitu Puskesmas Bantuil, Jelapat dan Puskesmas Semangat Dalam.

Gambaran capaian desa/kelurahan UCI per Puskesmas dapat dilihat pada grafik di bawah ini (*Lihat Lampiran Tabel 37)*.

Gambar 52. Persentase Pencapaian UCI Desa/Kelurahan Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang P2P

9. Imunisasi Campak/MR Pada Bayi

Campak merupakan salah satu penyakit menular yang dapat menginfeksi setiap anak yang tidak terlindungi vaksin, tanpa memandang status sosial maupun ekonomi. Virus campak dapat menyerang sistem pernapasan dan sistem kekebalan, sehingga anak menjadi rentan terhadap berbagai infeski lainnya, seperti pneumonia dan diare.

Keberadaan peyakit campak di satu wilayah, dapat diasumsikan sebagai petanda kurang optimalmya sistem pelayanan kesehatan. Wabah campak terjadi pada wilayah dengan cakupan imunisasi campak yang rendah. Pemberian imunisasi campak di satu wilayah akan melindungi anak anak di wilayah tersebut terhadap penyakit campak.

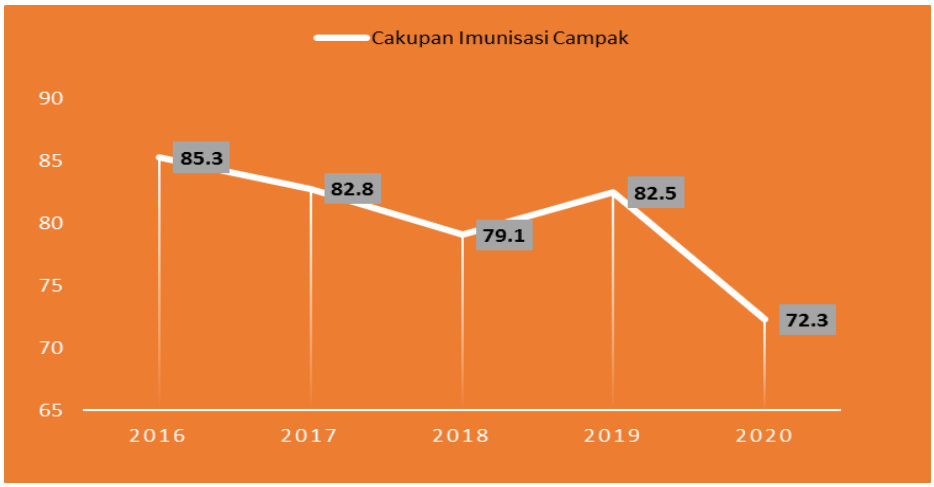
Imunisasi campak adalah salah satu dari 5 imunisasi yang diwajibkan oleh pemerintah bagi balita. Imunisasi campak dapat diberikan saat anak berusia 9 bulan atau lebih

Imunisasi diberikan untuk mendapatkan kekebalan terhadap penyakit campak secara aktif. Vaksin campak yang beredar di Indonesia dapat diperoleh dalam bentuk kemasan kering tunggal atau dalam kemasan kering kombinasi dengan vaksin gondong dan rubella. Kemasan ini dikenal dengan nama vaksin MMR (Measles-Mumps-Rubella). Dalam bentuk MMR, dosis pertama diberikan pada usia 12-15 bulan, dosis kedua diberikan pada usia 4-6 tahun.

Cakupan Imunisasi Campak/MR pada tahun 2020 yaitu 72,3% ini mengalami penurunan di banding tahun 2019 yaitu hanya 82,5%.

Gambaran Cakupan Imunisasi Campak/ MR selama periode tahun 2016 – 2020 dapat dilihat pada gambar dibawah ini:

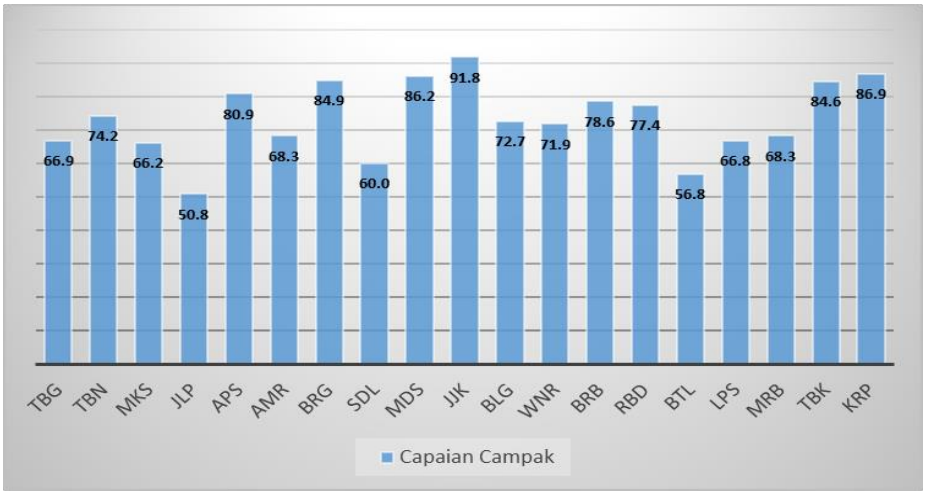
Gambar 53. Cakupan Imunisasi Campak/MR
Tahun 2016 – 2020



Sumber : Bidang P2P

Cakupan Imunisasi Campak/MR tertinggi adalah Puskesmas Jejangkit (91,8%) dan terendah adalah Puskesmas Jelapat (50,8%) Gambaran capaian Imunisasi Campak/MR per Puskesmas dapat dilihat pada grafik di bawah ini (*Lihat Lampiran Tabel 39)*.

Gambar 54. Persentase Pencapaian Imunisasi Campak/MR
Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang P2P

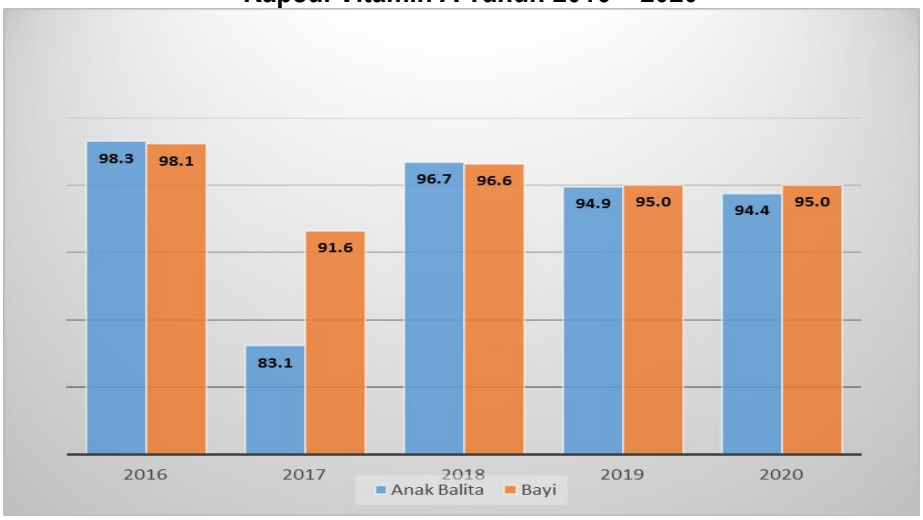
10. Pemberian Vit A Pada Bayi dan Balita

Tujuan pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi pada balita adalah untuk menurunkan prevalensi dan mencegah kekurangan vitamin A pada balita. Sasaran pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi adalah bayi (umur 6-11 bulan) diberikan kapsul vitamin A 100.000 SI, dan anak balita (umur 1 – 4 tahun) diberikan kapsul vitamin A 200.000 SI.

Pada bayi diberikan setahun sekali pada bulan Februari atau Agustus dan untuk anak balita enam bulan sekali, yang secara serentak pada bulan Februari atau Agustus.

Pada tahun 2020 cakupan bayi (6-11 bulan) yang mendapatkan kapsul vitamin A sebanyak 2 kali sebesar 95,0% dan balita (6-59 bulan) sebesar 94,9%. Cakupan ini menurun dibandingkan capaian tahun 2019 yaitu Bayi (95,0%) dan Balita (94,9) *(Lihat Lampiran Tabel 41).*

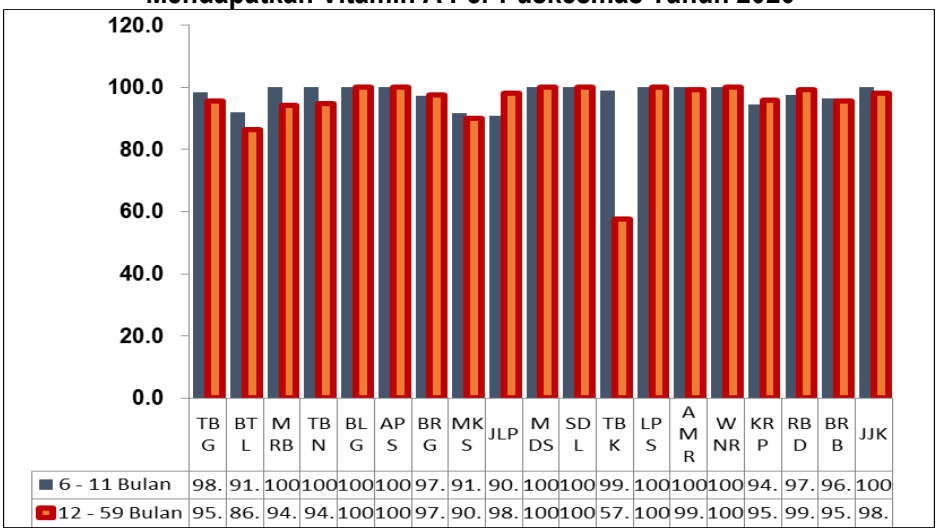
Gambar 55. Persentase Bayi dan Balita Yang Mendapatkan Kapsul Vitamin A Tahun 2016 – 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Gambaran pencapaian Bayi dan Balita yang mendapatkan Vitamin A Per Puskesmas dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

Gambar 56. Persentase Bayi (6 – 11 bulan) dan Balita (6-59 bln) Mendapatkan Vitamin A Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

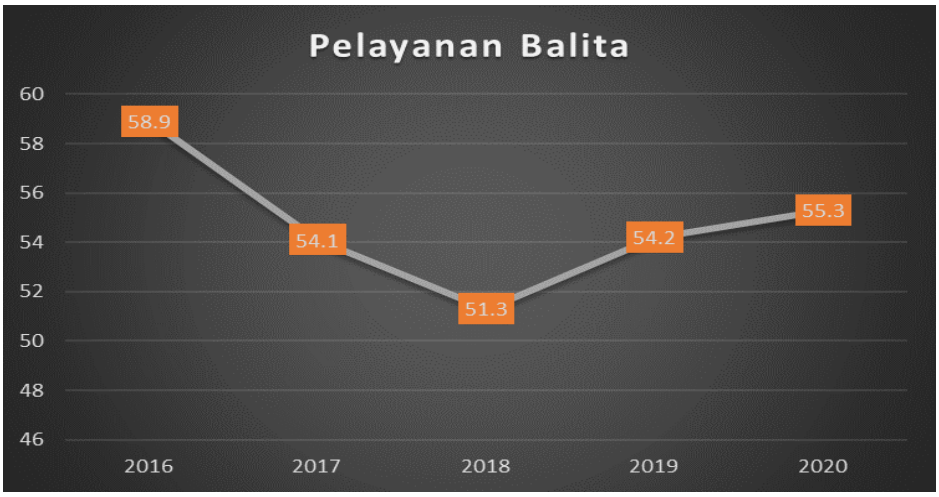
11. Pelayanan Kesehatan Balita

Pelayanan kesehatan anak balita adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan pada anak usia 12 – 59 bulan dalam upaya meningkatkan kualitas hidup balita diantaranya melakukan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan dan stimulasi tumbuh kembang pada anak dengan menggunakan instrumen SDIDTK, pembinaan posyandu, pembinaan anak prasekolah (PAUD), konseling keluarga pada kelas ibu balita dengan memanfaatkan buku KIA, perawatan anak balita dengan pemberian ASI sampai 2 tahun, makanan gizi seimbang dan Vitamin A.

Cakupan pelayanan kesehatan anak balita pada tahun 2020 sebesar 55,3%. Capaian ini mengalami kenaikan dibandingkan tahun 2019 yaitu 54,2 %.

Capaian cakupan pelayanan selama kurun waktu tahun 2016 – 2020 dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

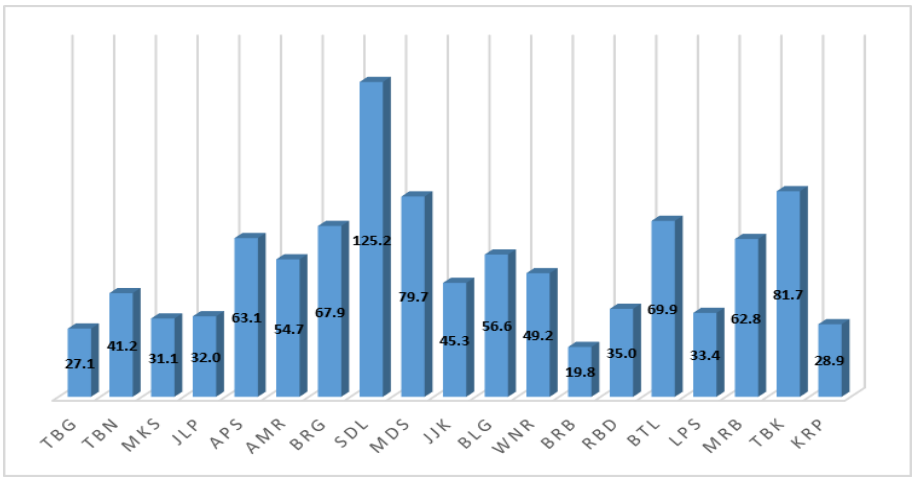
Gambar 57. Cakupan Pelayanan Kesehatan Pada Balita Tahun 2016 – 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Puskesmas Semangat Dalam memiliki cakupan tertinggi dalam pelayanan Balita yaitu 125,2 % dan Puskesmas Barambai memiliki cakupan terendah yaitu 19,8% *(Lihat Lampiran Tabel 42)*.

Gambar 58. Cakupan Pelayanan Kesehatan Balita Per Puskesmas Barito Kuala Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

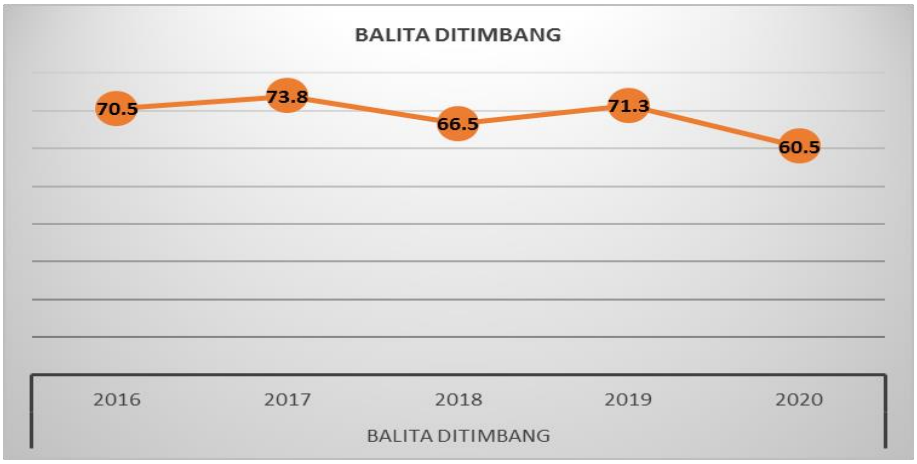
12. Balita Ditimbang

Cakupan penimbangan balita di posyandu (D/S) merupakan indikator yang berkaitan dengan cakupan pelayanan gizi pada balita, cakupan pelayanan kesehatan dasar khususnya imunisasi serta prevalensi gizi kurang. Semakin tinggi cakupan D/S, semakin tinggi cakupan vitamin A, semakin tinggi cakupan imunisasi dan semakin rendah prevalensi gizi kurang.

Pada tahun 2020, cakupan jumlah balita yang ditimbang sebesar 60,5 %, cakupan ini menurun dibanding tahun 2019 yaitu sebesar 71,3%.

Cakupan balita yang ditimbang (D/S) tahun 2016 – 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

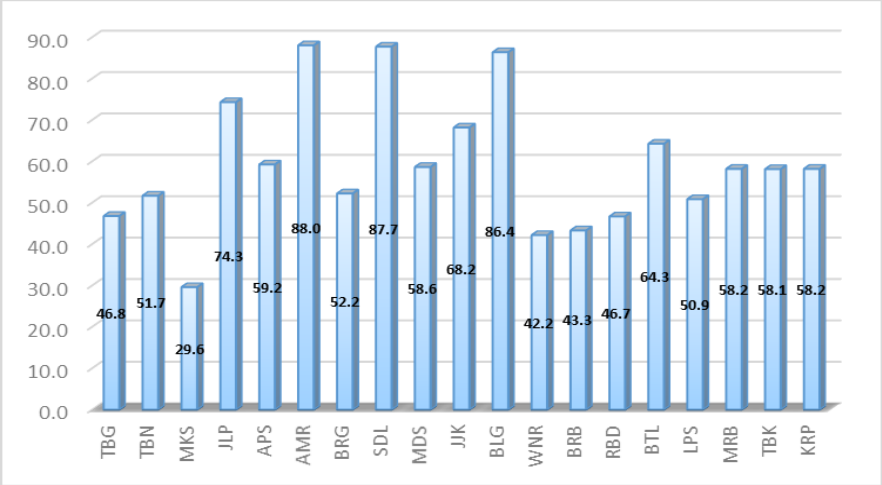
Gambar 59. Persentase Kunjungan Balita Ditimbang (D/S) Tahun 2016– 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Puskesmas Anjir Muara memiliki cakupan tertinggi dalam pelayanan Balita ditimbang yaitu 88,0 % dan Puskesmas Mekarsari memiliki cakupan terendah yaitu 29,6% *(Lihat Lampiran Tabel 43)*.

Gambar 58. Cakupan Pelayanan Kesehatan Balita Di Timbang (D/S) Per Puskesmas Barito Kuala Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

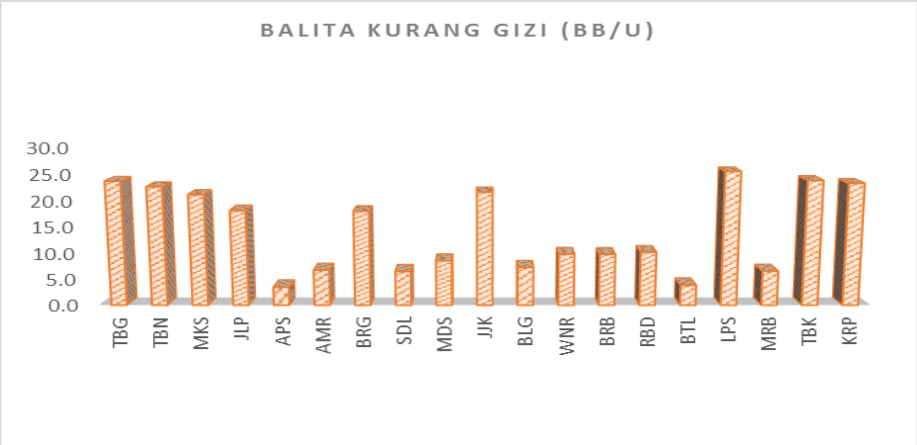
13. Balita Gizi Kurang (BB/Umur), Pendek (TB/Umur) Dan Kurus (BB/TB)

Gizi yang baik adalah salah satu unsur penting untuk mewujudkan manusia yang berkualitas. Pemenuhan gizi anak harus diperhatikan sedini mungkin yaitu sejak mereka masih dalam kandungan melalui makanan ibu hamil. Gizi kurang biasanya terjadi pada anak balita dibawah usia 5 tahun. Gizi kurang umumnya terjadi pada balita dengan keadaan lahir BBLR (bayi berat lahir rendah) atau dengan berat lahir kurang dari 2500 gram. Tidak tercukupinya makanan dengan gizi seimbang serta kondisi kesehatan yang kurang baik dengan kebersihan yang buruk mengakibatkan balita atau anak-anak menderita gizi kurang yang dapat bertambah menjadi gizi buruk atau kurang energi kalori. Pada akhirnya anak tersebut akan mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan.

Pada tahun 2020, cakupan jumlah balita yang ditimbang Kurang Gizi (BB/U) sebesar 13,0%, ini menurun dibanding tahun 2019 yaitu 16, 1%. Puskesmas Anjir Pasar yang terendah yaitu 3,5% dan tertinggi Puskesmas Bakumpai yaitu 25,6% (*Lihat Lampiran 44)*.

Gambaran cakupan jumlah balita yang ditimbang Kurang Gizi (BB/U) per Puskesmas pada tahun 2020 dapat di lihat pada grafik di bawah ini.

Gambar 60. Cakupan Balita Ditimbang Kurang Gizi (BB/U)
Per Puskesmas Tahun 2020

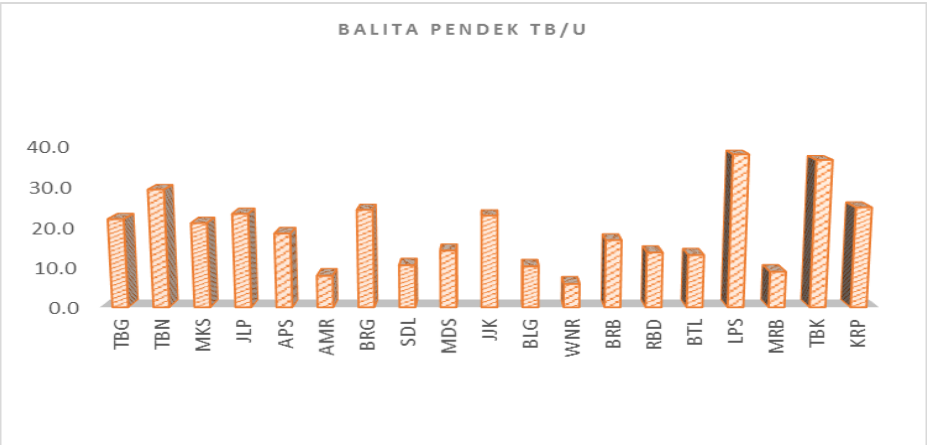


Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Adapun untuk cakupan jumlah balita yang diukur Tinggi; Pendek (TB/U) sebesar 21,8%. Puskesmas Anjir Muara yang terendah yaitu 8,0% dan tertinggi Puskesmas Lepasan yaitu 38,2%.

Gambaran cakupan jumlah balita yang diukur Tinggi; Pendek (TB/U) per Puskesmas pada tahun 2020 dapat di lihat pada grafik di bawah ini.

Gambar 61. Cakupan Balita Diukur Tinggi; Pendek (TB/U)
Per Puskesmas Tahun 2020

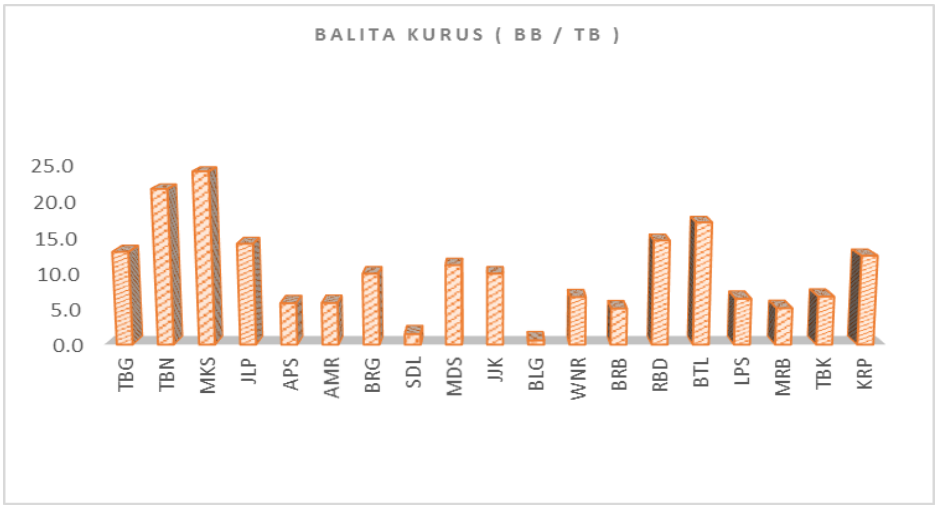


Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Adapun untuk cakupan jumlah balita yang diukur; Kurus (BB/TB) Kabupaten Barito Kuala Tahun 2020 sebesar 8,9%. Puskesmas Belawang yang terendah yaitu 0,6% dan tertinggi Puskesmas Bantuil yaitu 24,2%.

Gambaran cakupan jumlah balita yang diukur; Kurus (BB/TB) per Puskesmas pada tahun 2020 dapat di lihat pada grafik di bawah ini.

Gambar 62. Cakupan Balita Diukur; Kurus (BB/TB)
Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

14. Penjaringan Kesehatan

Program UKS (Usaha Kesehatan Sekolah) setiap Puskesmas di awal tahun ajaran melaksanakan kegiatan Penjaringan Kesehatan untuk siswa-siswi di sekolah yang berada di wilayah kerja Puskesmas. Sasaran dari penjaringan kesehatan adalah murid baru kelas 1 untuk tingkat SD/MI, SMP/MTS dan SMA/MA. Jadi setiap jenjang masuk sekolah baru mereka akan diperiksa terutama saat masuk kelas 1, 7 dan 10.

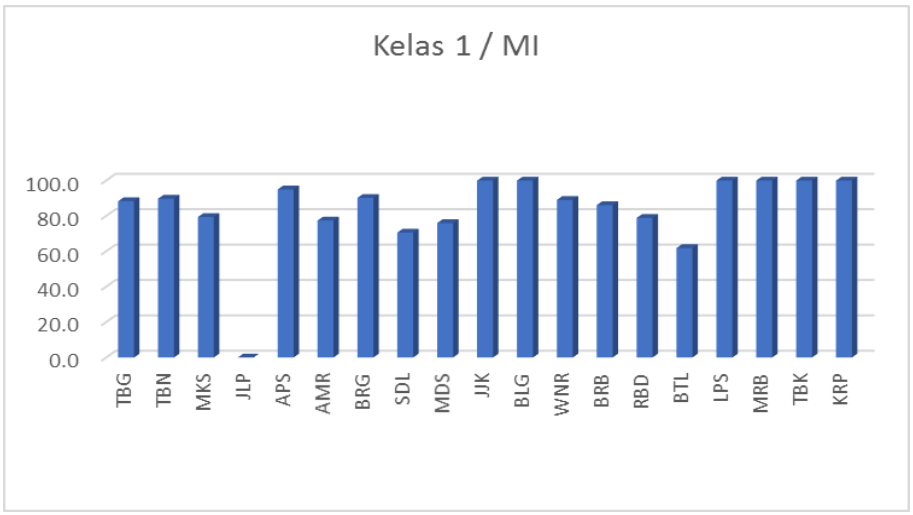
Kegiatan penjaringan kesehatan yang diperuntukkan bagi siswa-siswi ini adalah untuk melihat derajat kesehatan siswa-siswi disetiap tahunnya yang akan menjadi dasar untuk penentuan program Usaha Kesehatan Sekolah selanjutnya. Pemeriksaan penjaringan meliputi kesehatan fisik umum, seperti kesehatan mata, kebersihan telinga, kebersihan badan. keadaan umum. Kesehatan psikologis yang di cek dengan kuesioner, kesehatan reproduksi dan juga kesehatan gigi. Inti dari pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi masalah sedini mungkin yang nantinya bisa mengganggu aktifitas belajar siswa.

Adapun untuk Cakupan Peserta didik Kelas 1 SD/MS tahun 2020 sebesar 81,9%, yang penjaringan ini menurun dibanding tahun 2019 yaitu sebesar

95,4%. Penjaringan Kelas 7 SMP/MTS pada tahun 2020 ini sebesar 46,0% ini menurun dibanding tahun 2019 yaitu sebesar 95,6% dan penjaringan peserta didik kelas 10 SMA/MA tahun 2020 sebesar 26,8 ini juga terjadi penurunan dibanding tahun 2019 yaitu 93,7% (*Lihat Lampiran 45)*

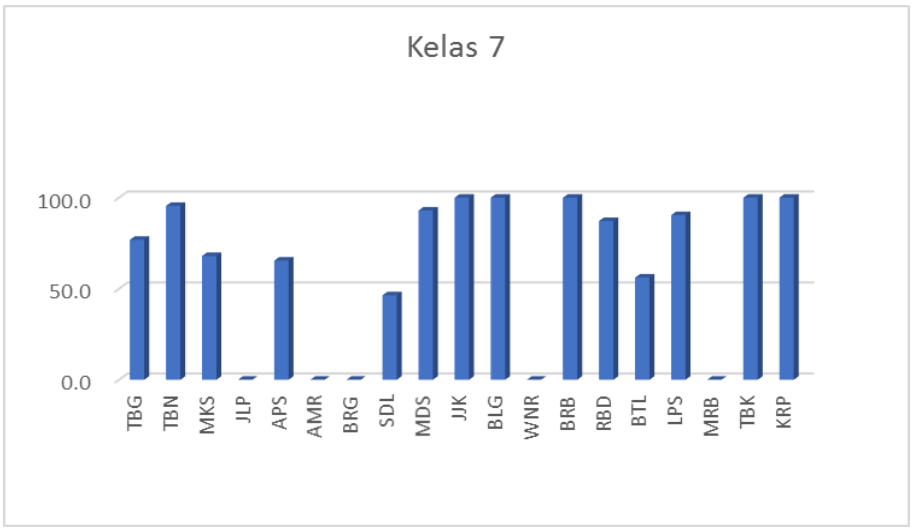
Untuk lebih lengkapnya per Puskesmas setiap capaian peserta anak didik dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

Gambar 63. Cakupan Peserta Didik Kelas 1 SD/MS Per Puskesmas Tahun 2020



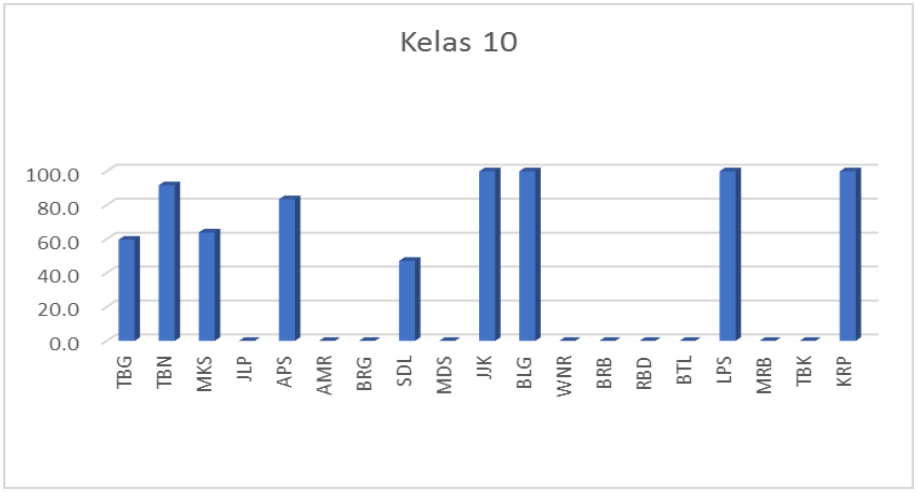
Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Gambar 64. Cakupan Peserta Didik Kelas 7 SMP/MTS Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Gambar 65. Cakupan Peserta Didik Kelas 10 SMA/MA Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

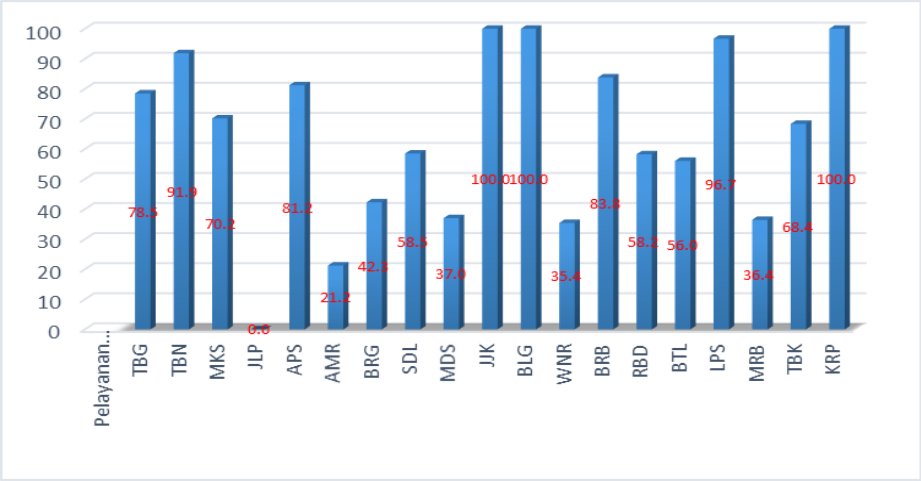
15. Pelayanan Kesehatan Pada Usia Pendidikan dasar

Pelayanan kesehatan usia pendidikan dasar adalah penjaringan kesehatan yang diberikan kepada anak usia pendidikan dasar, minimal satu kali pada kelas 1 dan kelas 7 yang dilakukan oleh Puskesmas.

Standar pelayanan penjaringan kesehatan adalah pelayanan yang meliputi : a) Penilaian status gizi (tinggi badan, berat badan, tanda klinis anemia); b) Penilaian tanda vital (tekanan darah, frekuensi nadi dan napas); c) Penilaian kesehatan gigi dan mulut; d) Penilaian ketajaman indera penglihatan dengan poster snellen; e) Penilaian ketajaman indera pendengaran dengan garpu tala;

Adapun untuk Cakupan Pelayanan Kesehatan tahun 2020 pada usia pendidikan dasar sebesar 59,4% ini menurun dibanding tahun 2019 yaitu sebesar 95%. Untuk Puskesmas yang sudah mencapai 100% adalah Puskesmas Jejangkit, Belawang dan Puskesmas Kuripan sedangkan yang terendah adalah Puskesmas Mekarsari 0,0% (*Lihat Lampiran 45).* Untuk lebih lengkapnya per Puskesmas dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

Gambar 66. Cakupan Pelayanan Kesehatan Pada Usia pendidikan Dasar Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

C. KESEHATAN USIA PRODUKTIF DAN USIA LANJUT

1. Pelayanan Kesehatan Pada Usia produktif

Pelayanan kesehatan pada usia produktif yaitu Pelayanan skrining kesehatan usia 15–59 tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar oleh (1).Dokter; (2). Bidan; (3). Perawat; (4). Nutrisionis/Tenaga Gizi; (5). Petugas Pelaksana Posbindu PTM terlatih.

Pelayanan skrining kesehatan usia 15–59 tahun dilakukan di Puskesmas dan jaringannya (Posbindu PTM) serta fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yang bekerja sama dengan pemerintah daerah.

Pelayanan skrining kesehatan usia 15–59 tahun meliputi : (1). Deteksi kemungkinan obesitas dilakukan dengan memeriksa tinggi badan dan berat badan serta lingkar perut; (2). Deteksi hipertensi dengan memeriksa tekanan darah sebagai pencegahan primer; (3). Deteksi kemungkinan diabetes melitus menggunakan tes cepat gula darah; (4). Deteksi gangguan mental emosional dan perilaku; (5).Pemeriksaan ketajaman penglihatan; (6). Pemeriksaan ketajaman pendengaran; (7). Deteksi dini kanker dilakukan melalui pemeriksaan payudara klinis dan pemeriksaan IVA khusus untuk wanita usia 30–59 tahun. Pengunjung yang ditemukan menderita kelainan wajib ditangani atau dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu menanganinya.

Adapun untuk Cakupan Pelayanan Kesehatan pada usia Produktif tahun 2020 sebanyak 28,6% ini mengalami penurunan dibanding tahun 2019 yaitu sebesar 30,5%. Untuk Puskesmas yang tertinggi adalah Puskesmas Marabahan (48,9%) dan terendah Puskesmas Semangat Dalam (6,5%) (*Lihat Lampiran 48).* Untuk lebih lengkapnya per Puskesmas dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

Gambar 67. Cakupan Pelayanan Kesehatan Pada Usia Produktif Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang Pencegahan & Pengendalian Penyakit

2. Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut (60+ tahun)

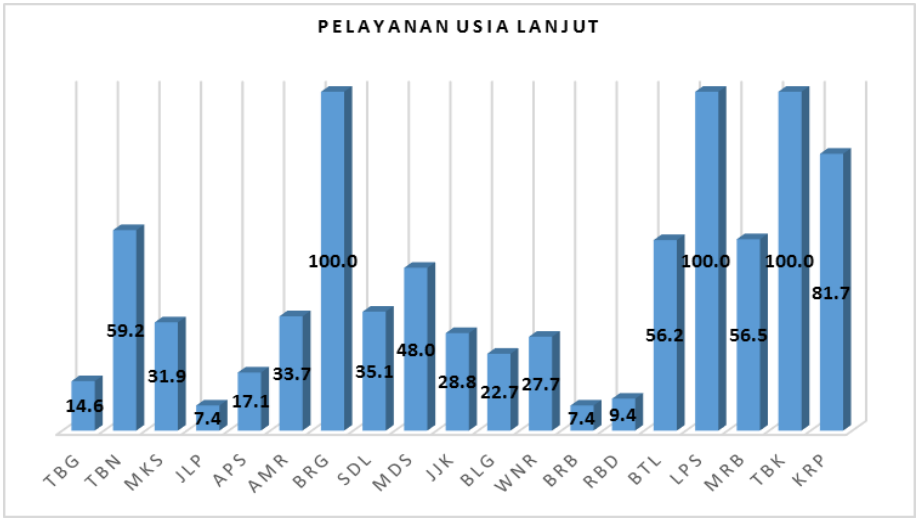
Pelayanan kesehatan pada usia lanjut yaitu Pelayanan skrining kesehatan warga negara usia 60 tahun ke atas sesuai standar yang dilakukan sesuai kewenangan oleh : (1) Dokter; (2) Bidan; (3) Perawat; (4) Nutrisionis/Tenaga Gizi; (5) Kader Posyandu lansia/Posbindu.

Pelayanan skrining kesehatan diberikan di Puskesmas dan jaringannya, fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, maupun pada kelompok lansia, bekerja sama dengan pemerintah daerah. Lingkup skrining adalah sebagai berikut :(1) Deteksi hipertensi dengan mengukur tekanan darah (2) Deteksi diabetes melitus dengan pemeriksaan kadar gula darah (3) Deteksi kadar kolesterol dalam darah (4) Deteksi gangguan mental emosional dan perilaku, termasuk kepikunan menggunakan *Mini Cog* atau *Mini Mental Status Examination*

(MMSE)/Test Mental Mini atau *Abreviated Mental Test (AMT)* dan *Geriatric Depression Scale (GDS).*

Adapun untuk Cakupan Pelayanan Kesehatan pada usia Lanjut tahun 2020 sebesar 41,9%, ini mengalami kenaikan dibanding tahun 2019 yaitu hanya sebesar 30,5%. Untuk Puskesmas yang tertinggi mencapainya adalah Puskesmas Berangas, Lepasan dan Puskesmas Tabukan yang masing-masing capaiannya 100% dan terendah Puskesmas Jelapat dan Barambai masing-masing (4,7%) (*Lihat Lampiran 49).* Untuk lebih lengkapnya per Puskesmas dapat dilihat pada grafik dibawah ini.

Gambar 68. Cakupan Pelayanan Kesehatan Pada Usia Lanjut Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang Pelayanan Kesehatan

BAB VI
PENGENDALIAN PENYAKIT

A. PENGENDALIAN PENYAKIT MENULAR LANGSUNG

1. Tuberkolusis (TBC)

TBC adalah infeksi penyebab kematian nomor satu di Indonesia dalam kategori penyakit menular. Namun, jika dilihat dari penyebab kematian umum, TBC menempati posisi ke-3 setelah penyakit jantung dan penyakit pernapasan akut di semua kalangan usia berdasarkan kumpulan data dari Profil Kesehatan Indonesia milik Kemenkes RI.

CNR *(Case Notofication Rate)* merupakan angka yang menunjukan jumlah pasien baru yang di temukan dan dicatat diantara 100.000 penduduk di suatu wilayah tertentu. Angka ini berguna untuk menunjukan kecenderungan (trend) penemuan kasus pada wilayah tersebut. Pada tahun 2020 *Case Notification Rate* (CNR) adalah sebesar 82 per 100.000 penduduk yang mana trend penemuan kasus TB ini menurun dibandingkan tahun 2019 yaitu 108 per 100.000 penduduk (*Lihat Lampiran Tabel 51)*.

Gambaran CNR selama 5 tahun terakhir dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

Gambar 69. Penemuan Kasus Baru TB Paru (CNR)
Tahun 2016 – 2020

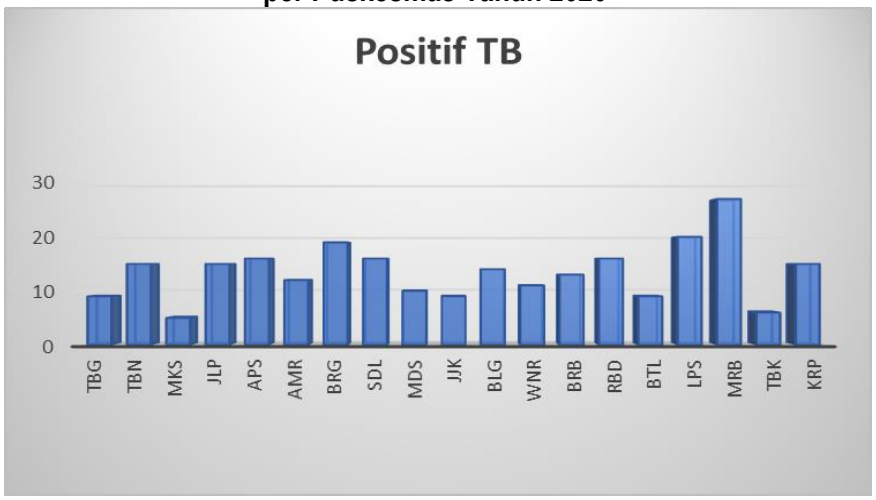


Sumber : Bidang P2P

Jumlah kasus TB Paru yang terkonfirmasi bakteriologis dan terdaftar serta diobati di Kabupaten Barito Kuala sejumlah 259 orang. Puskesmas Marabahan memiliki penemuan kasus BTA Positif yang tinggi yaitu sebanyak 29 orang dan Puskesmas Kuripan memiliki kasus terendah yaitu 2 kasus (*Lihat Tabel Lampiran 52).*

Gambaran penemuan penderita kasus baru TB BTA Positif per puskesmas dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

Gambar 70. Penemuan Kasus Penderita TB Paru BTA Positif per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang P2P

Pada tahun 2020 penemuan kasus TB Paru yang terkonfirmasi bakteriologis sebanyak 259 Kasus, trend ini menurun dibanding tahun 2019 yaitu sebanyak 339 kasus TB Paru BTA+. Adapun untuk kasus TB Anak juga terjadi penurunan yang tadinya pada tahun 2019 sejumlah 29 kasus dan pada tahun 2020 ada tercatat 7 kasus TB anak.

Gambar 71. Penemuan Kasus Penderita TB Paru BTA Positif Dan Cakupan TB Anak Tahun 2016 -2020

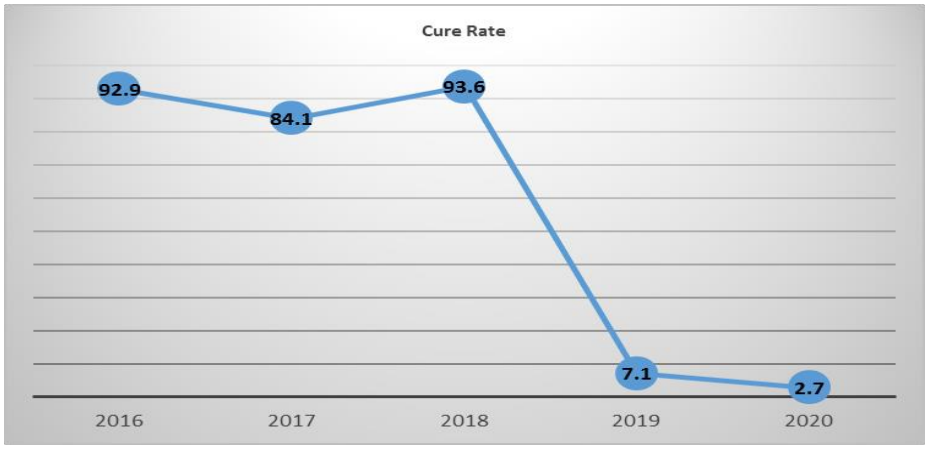


Sumber : Bidang P2P

Angka Kesembuhan *(Cure rate)* adalah angka yang menunjukan prosentase pasien baru TB Paru BTA+ yang sembuh setelah selesai masa pengobatan, diantara pasien baru TB Paru BTA+ yang tercatat. Pada tahun 2020 Angka Kesembuhan *(Cure rate)* mencapai 2,7% yang mana dalam hal ini menurun di banding tahun 2019 yaitu sebesar 7,1%.

Gambaran Angka Kesembuhan *(Cure Rate)* tahun 2016 - 2020 terlihat dalam grafik dibawah ini

Gambar 72. Angka Kesembuhan *(Cure Rate)* TB Paru Tahun 2016 -2020



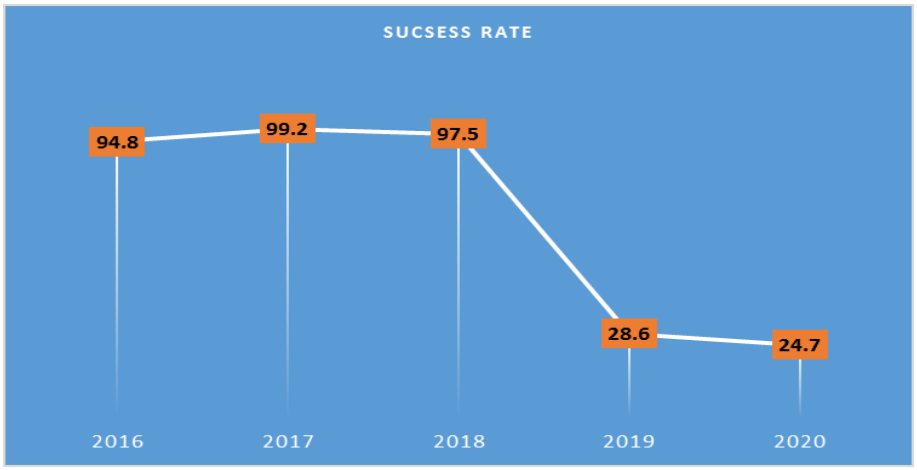
Sumber : Bidang P2P

Angka Pengobatan lengkap (Complete Rate)

Angka keberhasilan pengobatan *(Success Rate)* adalah jumlah semua kasus TBC yang sembuh dan pengobatan lengkap di antara semua kasus TBC yang diobati dan dilaporkan yang angka ini merupakan penjumlahan dari angka kesembuhan semua kasus dan angka pengobatan lengkap semua kasus. Badan kesehatan dunia menetapkan standar keberhasilan pengobatan sebesar 85%. Pada tahun 2020 angka keberhasilan pengobatan *(success rate)* mencapai 24,7% yang mana dalam hal ini terjadi trend menurun di banding tahun 2019 yaitu sebesar 28,6%.

Gambaran Angka keberhasilan pengobatan *(Success Rate)* tahun 2016 - 2020 terlihat dalam grafik dibawah ini

Gambar 73. Angka Keberhasilan Pengobatan *(Success Rate)* TB Paru Tahun 2016 -2020



Sumber : Bidang P2P

Angka Kematian selama pengobatan TB pada tahun 2020 sebanyak 5 orang atau 1,9 per 10.000 penduduk, yang sebelumnya pada tahun 2019 sebanyak 6 kasus Kematian selama pengobatan. Berikut gambaran angka kematian selama pengobatan TB pada periode tahun 2016 – 2020

Gambar 74. Angka Kematian Selama Pengobatan TB Paru Tahun 2016 -2020



Sumber : Bidang P2P

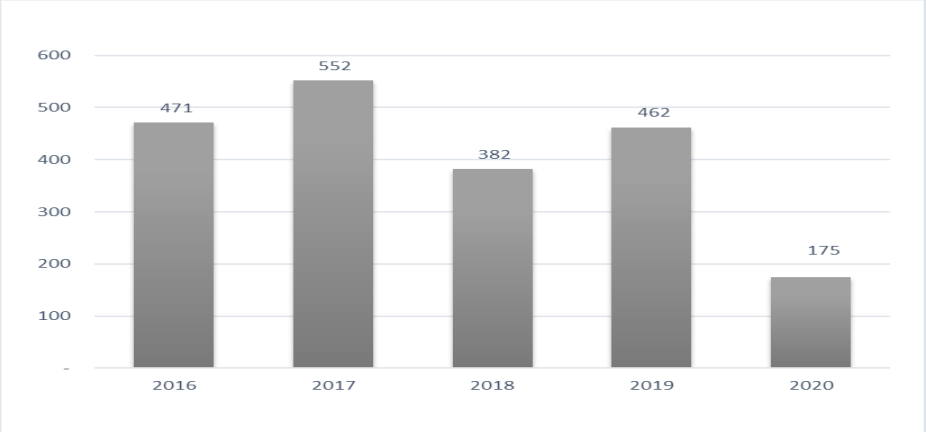
2.Pneumonia

Pneumonia merupakan infeksi akut yang mengenai jaringan paru dan populasi yang rentan terserang adalah anak-anak usia < 2 tahun dan usia lanjut > 65 tahun atau orang yang memiliki masalah kesehatan seperti malnutrisi dan gangguan imunologi.

Pada tahun 2020 dilaporkan ada 175 Kasus Pneumonia yang pada balita, ini menurun dibanding tahun 2019 yaitu ada 462 penderita pneumonia.

Trend penemuan penderita pneumonia pada balita selama kurun waktu 2015 – 2019 tergambar pada grafik di bawah ini

Gambar 75. Cakupan Penemuan Kasus Pneumonia Balita Tahun 2016 – 2020

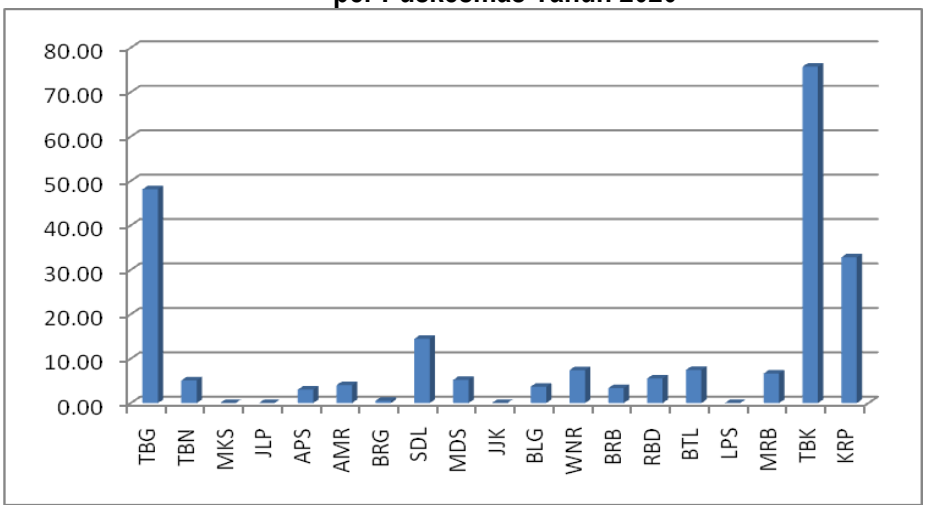


Sumber : Bidang P2P

Realisasi penemuan penderita Pneumonia pada Balita pada tahun 2020 ini tertinggi berdasarkan laporan dari Puskesmas Tabukan sebanyak 29 kasus (75,7%) dan yang terendah di Puskesmas Mekarsari, Jelapat, Jejangkit dan Puskesmas Lepasan karena tidak melaporkan adanya kasus (0 %)

Gambaran penemuan penderita Pneumonia pada Balita per Puskesmas dibandingkan target penemuan dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

Gambar 76. Cakupan Penemuan Kasus Pneumonia per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang P2P

3.HIV / AIDS

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

Penemuan penderita HIV pada tahun 2019 sebanyak 7 orang (*Lihat Lampiran Tabel 54)* dan AIDS sebanyak 4 orang (*Lihat Lampiran Tabel 55)*, jadi sampai dengan tahun 2019 secara kumulatif penderita HIV/AIDS ada 11 orang. Untuk tahun 2019 ada 2 kematian karena AIDS.

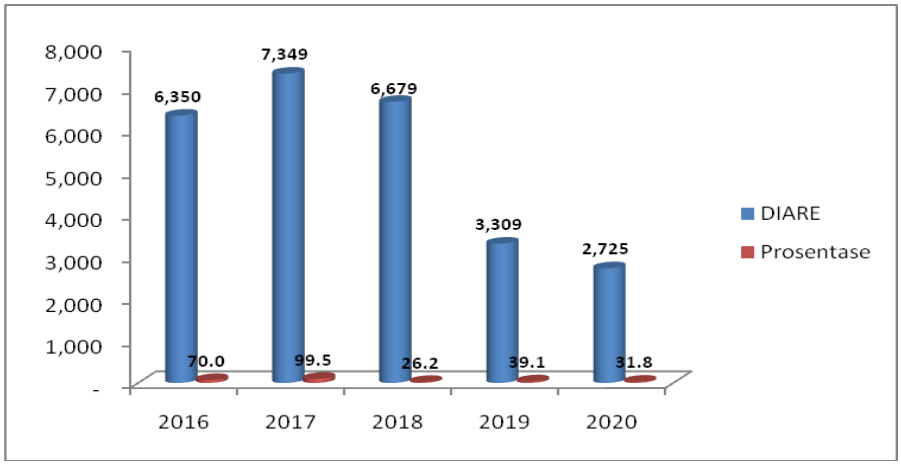
4. Diare

Diare adalah buang air besar (BAB)dengan konsistensi feces lebih cair dengan frekuensi >3 kali sehari, kecuali pada neonatus (bayi < 1 bulan) yang mendapatkan ASI biasanya buang air besar dengan frekuensi lebih sering (5-6 kali sehari) dengan konsistensi baik dianggap normal.

Angka Penemuan kasus Diare pada tahun 2020 sebanyak 2.725 kasus dan terlayani sebesar 31,8% menurun dibanding tahun 2019 yaitu sebesar 3.309 kasus dan terlayani sebesar 39,1%. Adapun untuk penemuan kasus diare pada Balita ditemukan sebanyak 885 kasus dan terlayani sebesar 16,0%.

Gambaran penemuan kasus diare selama kurun waktu 2016 – 2020 dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

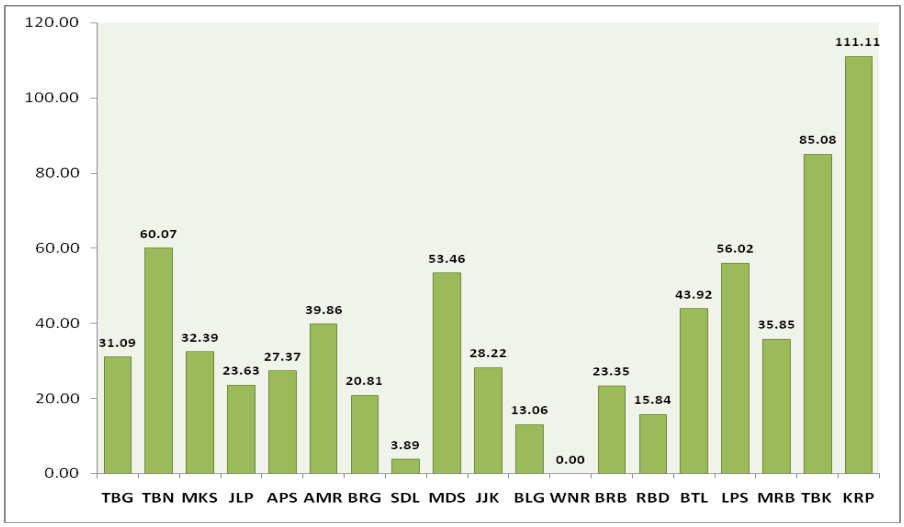
Gambar 77. Penemuan Kasus Diare dan Prosentase Dilayani Tahun 2016 – 2020



Sumber : Bidang P2P

Penemuan penderita diare tertinggi di Puskesmas Kuripan yaitu sebesar 182 kasus (111,1%) dan terendah di puskesmas Semangat Dalam dengan 25 kasus (3,9%) (*Lihat Lampiran Tabel 56).* Hal ini dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

Gambar 78. Penemuan Kasus Diare Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang P2P

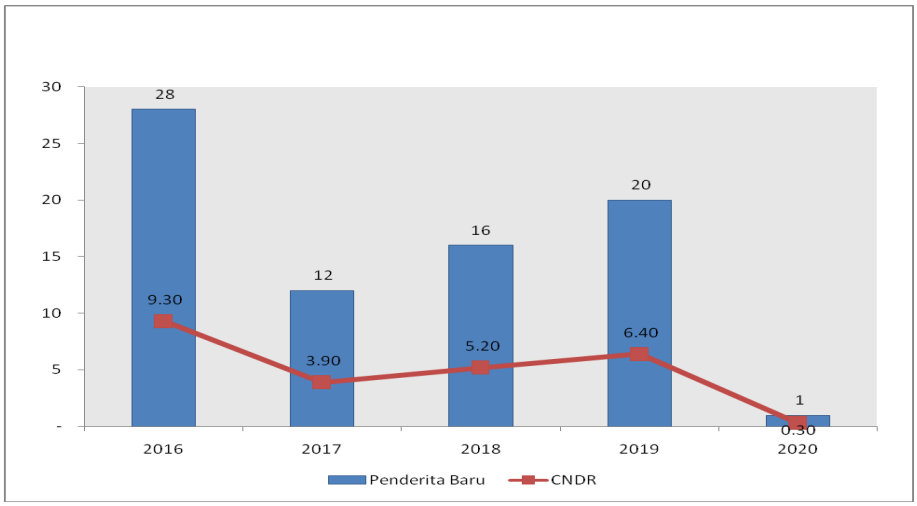
5. Kusta

Kusta merupakan penyakit menular yang disebakan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium leprae*. Ada 2 (dua) type penyakit kusta yaitu type *Pausi Basiler (PB)* atau disebut juga dengan kusta kering. Dan type yang lainnya adalah *Multi Basiler* (MB) atau kusta basah.

Pada tahun 2020 ada 1 penderita baru dengan rincian 0 penderita Kusta type PB dan 1 orang penderita type MB dengan angka penemuan kasus baru (*New Case Detection Rate*) 0,3 per 100.000 penduduk (*Lihat Lampiran Tabel 57).*

Terjadi penurunan penemuan penderita baru kusta yang ditemukan pada tahun 2020 dibanding tahun 2019, hal ini tergambar pada grafik di bawah ini

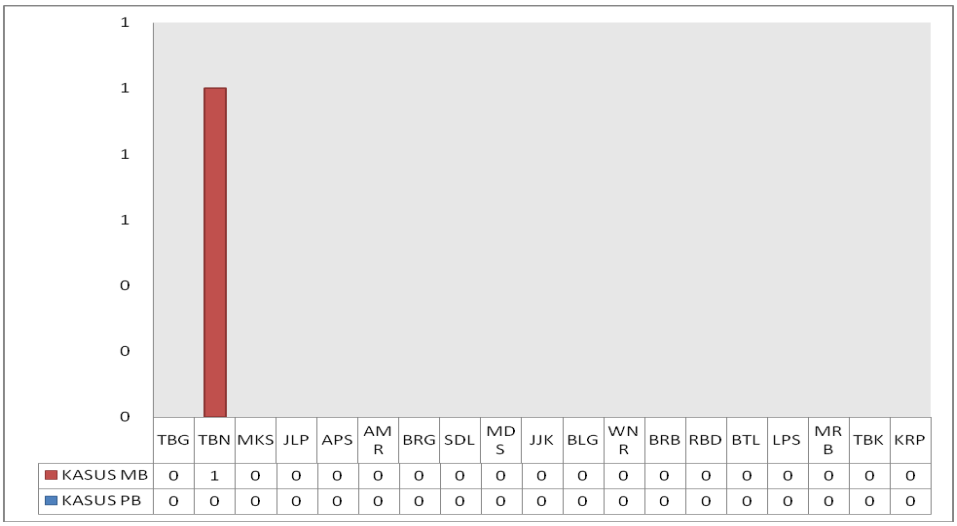
Gambar 79. Jumlah Kasus Baru Penderita Kusta dan CNDR Per 100.000 Penduduk Tahun 2016– 2020



Sumber : Bidang P2P

Kasus kusta yang tercatat sampai tahun 2019 berdasarkan laporan puskesmas dapat dilihat pada grafik di bawah ini, dimana hanya Puskesmas yang ditemukan yaitu 1 kasus yang semuanya kasus type MB. Gambaran per puskesmas dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

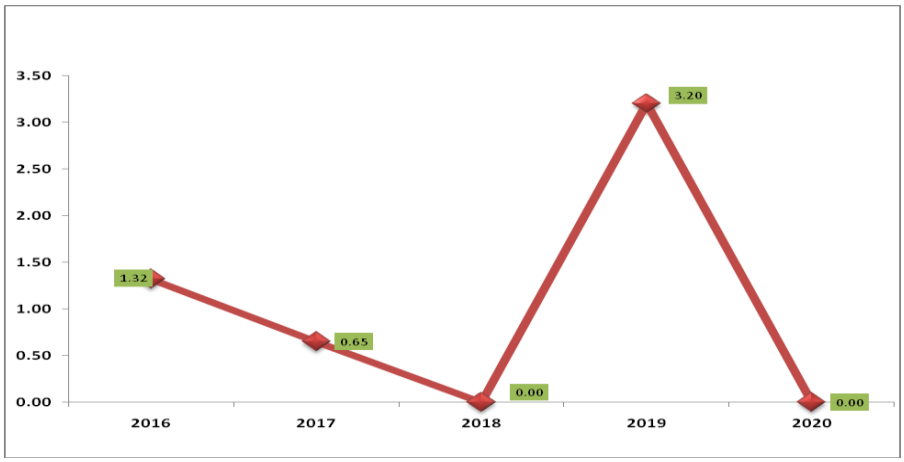
Gambar 80. Kasus Kusta Tercatat Berdasarkan Type Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang P2P

Untuk angka cacat tingkat 2 penderita kusta pada tahun 2020 adalah 0 per 1.000.000 penduduk mengalami penurunan di bandingkan tahun 2019 yang hanya berada pada angka 3,2. Gambaran angka cacat tingkat 2 penderita kusta dapat dilihat pada gambar berikut.

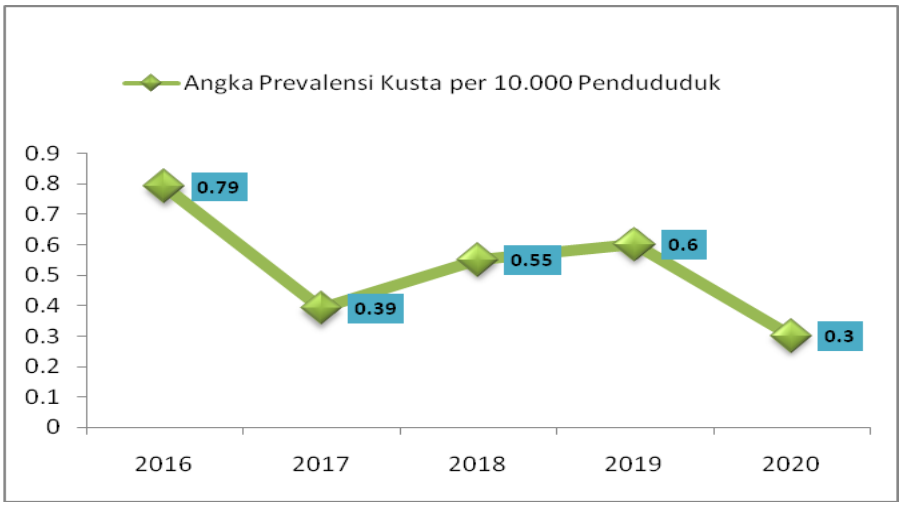
Gambar 81. Angka Cacat tingkat 2 Kasus Kusta Tahun 2016 - 2020



Sumber : Bidang P2P

Adapun untuk angka Prevalensi kusta pada tahun 2019 sebesar 0,6 per 10.000 penduduk dan ini juga mengalami kenaikan dibanding tahun 2018 yaitu sebesar 0,55 per 10.000 penduduk. Gambaran Prevalensi kusta per 10.000 penduduk dapat dilihat pada gambar berikut.

Gambar 82. Angka Prevalensi Kusta per 10.000 Penduduk Tahun 2016 - 2020



Sumber : Bidang P2P

B. PENGENDALIAN PENYAKIT YANG DAPAT DICEGAH DENGAN IMUNISASI

1. *Acute Flaccid Paralysis* (APF)

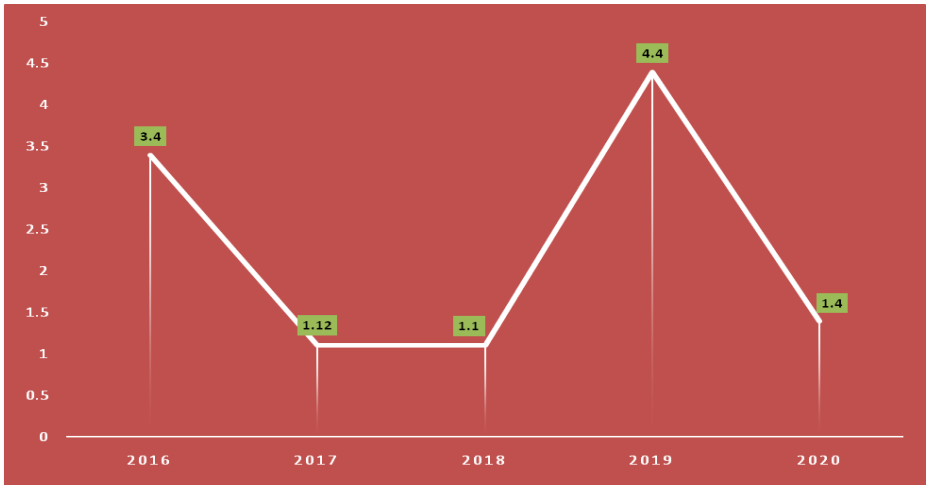
Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit Polio telah dilakukan melalui gerakan imunisasi Polio. Upaya ini ditindaklanjuti dengan kegiatan surveilans epidemiologi secara aktif terhadap kasus-kasus Acute Flaccid Paralysis (AFP) kelompok umur < 15 tahun dalam kurun waktu tertentu untuk mencari kemungkinan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

Setiap kasus AFP yang di temukan dalam kegiatan intensifikasi surveilans akan dilakukan pemeriksaan specimen tinja untuk mengetahui ada tidaknya virus Polio liar yang menyerang masyarakat.

Target untuk non Polio AFP rate ditetapkan sebesar ≥ 2 per 100.000 anak umur < 15 tahun. Di Barito Kuala pada tahun 2020 AFP Rate 1,4 *(Lihat Lampiran Tabel 61)* dan angka tersebut dibawah dari target yang ditetapkan. Berdasarkan laporan di Kabupaten Barito Kuala penemuan kasus Non Polio Acute Flaccid Paralysis / AFP (Non Polio) hanya sebanyak 1 orang yaitu berada Puskesmas Rantau Badauh.

AFP Rate selama tahun 2016 – 2020 di Kabupaten Barito dapat dilihat pada gambar di bawah ini

Gambar 83. AFP (Acute Flaccid Paralysis) Rate Tahun 2016 – 2020



Sumber : Bidang P2P

2. CFR Difteri

PD3I (penyakit menular yang dapat dicegah dengan Imunisasi) merupakan penyakit yang diharapkan dapat diberantas/ditekan dengan pelaksanaan program Imunisasi. Penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan Imunisasi antara lain; Difteri, Pertusis, Tetanus, Tetanus Neonatorum, Campak, Polio dan Hepatitis B.

Dari semua penyakit tersebut, pada tahun 2020 tidak ditemukannya kasus Suspect campak pada semua Puskesmas dikabupaten Barito Kuala *(Lihat Lampiran Tabel 62).*

3. Pertusis

Pertusis adalah penyakit yang disebabkan bakteri Bardetella Pertussis dengan gejala batuk beruntun disertai tarikan nafas hup (whoop) yang khas dan muntah.Lama batuk bisa 1-3 bulan sehingga disebut batuk 100 hari. Penyakit ini biasanya terjadi pada anak berusia dibawah 1 tahun dan penularannya melalui droplet atau batuk penderita .

Pada tahun 2020 kabupaten Barito Kuala tidak ditemukan adanya kasus Pertusis *(Lihat Lampiran Tabel 62)* . Upaya pencegahan kasus Pertusis dilakukan melalui imunisasi DPT+HB sebanyak 3 kali yaitu saat usia 2 bulan, 3 bulan dan 4 bulan.

4. CFR Tetanus Neonatorum

Bangsa Indonesia sangat mendukung agenda MDGs ke 4 yaitu menurunkan angka kematian anak (reduce child mortality) dan ke 5 yaitu meningkatkan kesehatan ibu (impovematernal health).Undang-undang Kesehatan No 36 tahun 2009, menegaskan upaya untuk menjaga kesehatan ibu dilakukan melalui pelayanan komprehensif meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pemerintah mengeluarkan kebijakan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) di mana salah satunya adalah pelayanan imunisasi masa kehamilan (Depkes RI dan WHO, 2006).

Walaupun MTBM sudah dilaksanakan, masih terjadi kematian bayi karena tetanus neonatorum, bahkan tetanus menjadi penyebab utama kematian bayi di Indonesia. Tetanus ditandai kaku otot yang nyeri, karena infeksi neurotoxin yang dihasilkan oleh clostridium tetani pada luka.Tetanus masih menjadi masalah kesehatan dunia, sehingga pada tahun 1999 Badan Kesehatan Dunia (WHO) kembali mengajak negara-negara berkembang untuk mencapai target Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal (ETMN) pada tahun 2005. Indonesia melaksanakan ETMN sejak tahun 1979 dengan kebijakan Program Pengembangan Imunisasi (PPI) yaitu suatu program untuk mengeliminasi tetanus neonates (TN) dimulai dengan pemberian vaksin Tetanus Toxoid (TT) kepada ibu hamil dan calon pengantin dan bayi disertai pemberian vaksin dipteri, pertusis, tetanus atau DPT (Kemenkes RI. 2012).

Menurut Kementerian Kesehatan, penyebab tetanus neonatorum di Indonesia bermacam-macam yaitu karena pertolongan persalinan, perawatan tali pusat, alat pemotong tali pusat dan luka karena insiden yang tidak bersih (2012). Selain itu, kegagalan pelayanan Antenatal Care (ANC) pada ibu hamil, dalam pelayanan imunisasi TT (Direktorat Bina Kesehatan Ibu, Kemkes RI, 2010 dalam Riskesdas 2013).

Masih menurut Kemenkes RI, tetanus nonatorum (TN) dikarenakan ibu hamil tidak memperoleh imunisasi TT, sehingga bayi yang dilahirkan rentan terhadap infeksi TN (2012). Penyebab TN antara lain penolong persalinan tidak higienis, perawatan tali pusat tidak higienis dan alat pemotong tali pusat tidak steril.

Pada tahun 2020 kabupaten Barito Kuala tidak ditemukan adanya kasus Tetanus Neonatorum *(Lihat Lampiran Tabel 62)*. Upaya pencegahan kasus Tetanus Neonatorum dilakukan melalui imunisasi Tetanus Toksoid (TT).

5. Campak

   Campak adalah penyakit yang disebabkan virus measles disebarkan melalui droplet bersin/batuk dari penderita. Gejala awal penyakit adalah demam, bercak kemerahan, batuk-pilek, mata merah (conjunctivitis)

selanjutnya timbul ruam di seluruh tubuh. Penyakit Campak sering menyebabkan kejadian luar biasa (KLB).

Di kabupaten Barito Kuala tahun 2020 tidak ada kasus campak *(Lihat Lampiran Tabel 62)*.

6. Kejadian Luar Biasa (KLB)

Selama periode tahun 2015 – 2019, penyakit yang berpotensial KLB di Kabupaten Barito Kuala 100 % dilakukan penyelidikan epidemiologi dan ditangani.

Pada tahun 2019, tidak ada Kejadian Luar Biasa yang terjadi di Kabupaten Barito Kuala yang terjadi di seluruh Puskesmas, (*Lihat Lampiran Tabel 63).* Adapun penyakit yang menjadi KLB pada periode 2016 - 2020 dapat dilihat pada tabel berikut ini : (Untuk Maslah Pandemi covid 19 akan dibahas secara khusus pada bab terakhir dokumen ini).

Tabel 8. Jumlah Penyakit dan Kematian KLB
Tahun 2016 – 2020

Tahun	Nama Penyakit	Jumlah Penderita	Jumlah Kematian
2016	Campak Keracunan AFP		Campak Keracunan AFP
2017	AFP	1	Tidak ada
2018	Tidak ada		
2019	Tidak ada KLB		
2020	Pandemi Covid 19		

Sumber : P2P Dinkes Kab. Barito Kuala

C. PENGENDALIAN PENYAKIT TULAR VEKTOR DAN ZOONOTIK

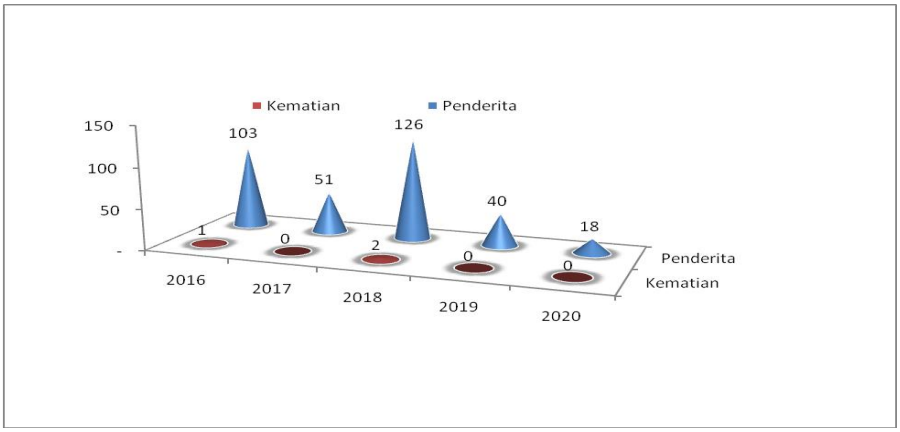
1. Demam Berdarah Dengue (DBD)

Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu penyakit yang perjalanan penyakitnya cepat dan dapat menyebabkan kematian dalam waktu singkat. Penyakit ini merupakan penyakit menular yang sering menimbulkan kejadian luar biasa (KLB).

Upaya pemberantasan DBD terdiri dari 3 hal yaitu: peningkatan kegiatan surveilans penyakit dan surveilans vector, diagnosis dini dan pengobatan dini serta peningkatan upaya pemberantasan vector menular dengan kegiatan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) dan pemeriksaan jentik berkala. Kegiatan PSN tersebut dapat diukur dengan antara lain Angka Bebas Jentik (ABJ). Dengan ABJ lebih atau sama dengan 95% diharapkan penularan DBD dapat dicegah dan dikurangi.

Pada tahun 2020, Jumlah kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kabupaten Barito Kuala yang terjadi sejumlah 18 kasus, dibanding tahun 2019 terjadi penurunan yaitu sebanyak 40 kasus. (*Lihat Lampiran Tabel 65).* Adapun Jumlah kasus Demam Berdarah Dengue dan Kematian akibat kasus tersebut yang terjadi pada periode 2016 - 2020 dapat dilihat pada grafik berikut ini.

Gambar 84. Jumlah Penderita dan Kematian Penyakit DBD Tahun 2016 – 2020



Sumber : Bidang P2P

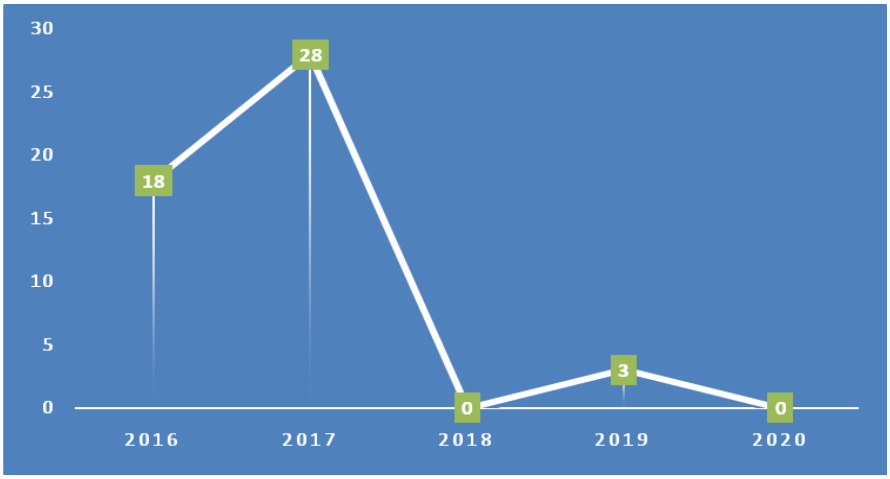
2. Malaria

Pemberantasan malaria digalakkan melalui gerakan masyarakat yang dikenal dengan gerakan berantas kembali malaria atau gebrak malaria sejak tahun 2000. Kebijakan eliminasi malaria dilakukan secara menyeluruh dan terpadu oleh pemerintah, pemerintah daerah yang bermitra dengan LSM, dunia usaha, lembaga donor, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan dan masyarakat.

Di Barito Kuala malaria perlu menjadi perhatian Pemerintah Daerah, karena di Wilayah Kabupaten Barito Kuala masih banyak terdapat kawasan hutan yang merupakan tempat nyamuk *Anopheles* berkembang biak, dimana nyamuk ini merupakan perantara terjadinya penyakit malaria tersebut. Terutama daerah-daerah yang berbatasan langsung dengan kawasan hutan.

Pada tahun 2020, Jumlah kasus Malaria di Kabupaten Barito Kuala tidak ditemukan, (*Lihat Lampiran Tabel 66).* Adapun Jumlah kasus Malaria yang terjadi pada periode 2016 - 2020 dapat dilihat pada grafik berikut ini.

Gambar 85 . Jumlah Kasus Penyakit Malaria Tahun 2016 – 2020



Sumber : Bidang P2P

3. Filariasis

Kegiatan tatalaksana kasus filariasis harus dilakukan pada semua penderita yang bertujuan untuk mencegah atau mengurangi kecacatan dan agar penderita mampu merawat diri sendiri. Dan bila suatu kabupaten sudah endemis filarisis, maka kegiatan pemberian obat massal pencegahan filariasis harus segera dilaksanakan untuk memutus rantai penularan. Adapun sasaran pemberian obat adalah semua penduduk di wilayah tersebut kecuali anak berumur < 2 tahun, ibu hamil, orang yang sedang sakit berat, penderita kronis filariasis yang dalam serangan akut dan balita dengan marasmus kwasiorkor dapat di tunda pengobatannya.

Hasilnya Mf Rate (Microfilaria Rate) tahun 2012 adalah 2,1%, artinya bahwa Kabupaten Barito Kuala merupakan daerah endemis filariasis setelah dilakukan kegiatan Survey Darah Jari (SDJ). Dan untuk memutus mata rantai penularan penyakit filariasis harus dilakukan pemberian obat masal dengan seluruh penduduk.

Pada tahun 2020 tidak penambahan kasus baru dari penderita kronis filariasis masih sama seperti pada tahun 2018 yaitu tidak ada ditemukan, namun ada ditemukan kematian pada penderita tersebut pada tahun 2020 sebanyak 3 orang (*Lihat Lampiran Tabel 67).*

D. PENGENDALIAN PENYAKIT TIDAK MENULAR

Penyakit Tidak Menular (PTM) secara global telah mendapat perhatian serius dengan masuknya PTM sebagai salah satu target dalam *Sustainable Development Goals (SDGs)* 2030 khususnya pada Goal 3: *Ensure healthy lives and well-being*. SDGs 2030 telah disepakati secara formal oleh 193 pemimpin negara pada UN *Summit* yang diselenggarakan di New York pada 25-27 September 2015. Hal ini didasari pada fakta yang terjadi di banyak negara bahwa meningkatnya usia harapan hidup dan perubahan gaya hidup juga diiringi dengan meningkatnya prevalensi obesitas, kanker, penyakit jantung, diabetes dan penyakit kronis lainnya. Masuknya PTM ke dalam 25 rencana aksi Program P2P

2015-2019 (revisi) SDGs 2030 mengisyaratkan PTM harus menjadi prioritas nasional yang memerlukan penanganan secara lintas sektor.

Kecenderungan penyakit menular terus meningkat dan telah mengancam sejak usia muda. Selama dua dekade terakhir ini, telah terjadi transisi epidemiologis yang signifikan, penyakit tidak menular telah menjadi beban utama, meskipun beban penyakit menular masih berat juga. Indonesia sedang mengalami *double burden* penyakit, yaitu penyakit tidak menular dan penyakit menular sekaligus. Penyakit tidak menular utama meliputi jantung, stroke, hipertensi, diabetes melitus, kanker dan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK).

Permasalahan penyakit tidak menular cenderung meningkat dalam beberapa decade terakhir ini baik secara global maupun nasional. Morbiditas maupun mortalitas beberapa penyakit tidak menular utama cenderung meningkat di hampir semua negara. Persepsi bahwa PTM merupakan masalah di negara maju ternyata tidak benar. Estimasi penyebab kematian terkait PTM yang dikembangkan oleh WHO menunjukkan bahwa penyakit kardiovaskular merupakan peyebab tertinggi kematian di negara-negara Asia Tenggara, termasuk di Indonesia sebesar 37%.

Di tingkat pelayanan kesehatan juga telah dilakukan penguatan dari puskesmas selaku kontak pertama masyarakat ke sistem kesehatan. Disadari bahwa pada saat ini system rujukan belum tertata dengan baik dan akan terus disempurnakan sejalan dengan penyempurnaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang merupakan bentuk implementasi dari *Universal Health Coverage (UHC)* dan diterapkan sejak 1 Januari 2014. Namun demikian hal diatas belum cukup karena keterlibatan multi-sektor masih terbatas. Dikenali bahwa PTM amat terkait kepada *Social Determinants for Health*, khususnya dalam faktor risiko terkait perilaku dan lingkungan.

E. Hypertensi

Penyakit hipertensi merupakan penyakit yang timbul akibat adanya interaksi dari berbagai faktor resiko yang dimiliki seseorang. Saat ini terdapat adanya kecenderungan bahwa masyarakat perkotaan lebih banyak menderita hipertensi dibandingkan masyarakat pedesaan. Hal ini antara lain dihubungkan dengan adanya gaya hidup masyarakat kota yang berhubungan dengan resiko penyakit hipertensi seperti stress, obesitas (kegemukan), kurangnya olah raga, merokok,alkohol, dan makan makanan yang tinggi kadar lemaknya. Obesitas atau kegemukan di mana berat badan mencapai indeks massa tubuh > 27 (berat badan (kg) dibagi kuadrat tinggi badan (m) juga merupakan salah satu faktor resiko timbulnya hipertensi.

Peran faktor genetik terhadap timbulnya hipertensi terbukti dengan ditemukannya kejadian bahwa hipertensi lebih banyak pada pada kembar monozigot (satu sel telur) daripada heterozigot (berbeda sel telur). Seorang penderita yang mempunyai sifat genetik hipertensi primer (esensial) apabila dibiarkan secara alamiah tanpa intervensi terapi, bersama lingkungannya akan menyebabkan hipertensinya berkembang dan dalam waktu sekitar 30-50 tahun akan timbul tanda dan gejala hipertensi dengan kemungkinan komplikasinya.

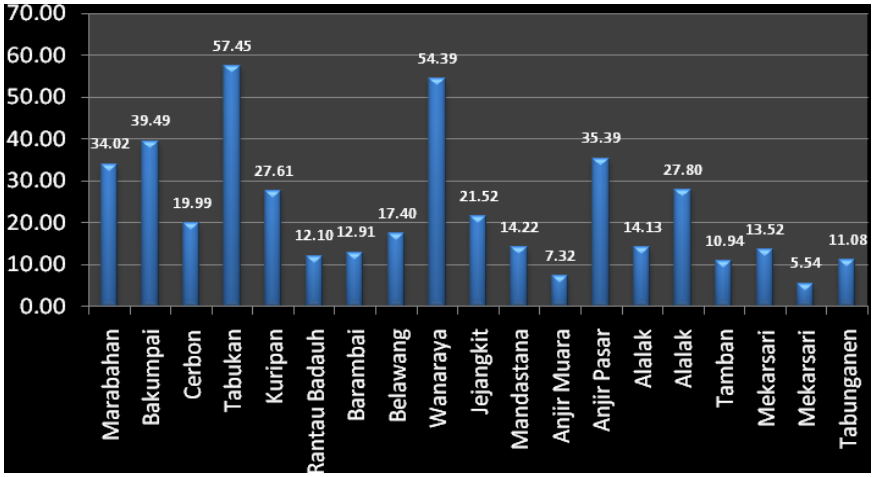
Faktor-faktor yang dapat menyebabkan timbulnya gangguan atau kerusakan pada pembuluh darah turut berperan pada penyakit hipertensi. Faktor- 4 faktor tersebut antara lain merokok, asam lemak jenuh dan tingginya kolesterol dalam darah. Selain faktor-faktor tersebut di atas, faktor lain yang mempengaruhi terjadinya hipertensi antara lain alkohol, gangguan mekanisme pompa natrium (yang mengatur jumlah cairan tubuh), faktor renin- angiotensin-aldosteron (hormon-hormon yang mempengaruhi tekanan darah)

Hipertensi adalah masalah kesehatan masyarakat. Hipertensi yang tidak terkontrol dapat memicu timbulnya penyakit degeneratif, seperti gagal jantung congestive, gagal ginjal, dan penyakit vaskuler. Hipertensi disebut “silent killer” karena sifatnya asimptomatik dan setelah beberapa tahun menimbulkan stroke yang fatal atau penyakit jantung. Meskipun tidak dapat diobati, pencegahan dan penatalaksanaan dapat menurunkan kejadian hipertensi dan penyakit yang

menyertainya. Hipertensi perlu diwaspadai karena kerupakan bahaya diam-diam, tidak ada gejala atau tanda khas untuk peringatan dini bagi penderita hypertensi. Peninggian tekanan darah kadang-kadang merupakan satu-satunya gejala pada hipertensi esensial dan tergantung dari tinggi rendahnya tekanan darah, gejala yang timbul dapat berbeda-beda. Kadang-kadang hipertensi esensial berjalan tanpa gejala, dan baru timbul gejala setelah terjadi komplikasi pada organ target seperti pada ginjal, mata, otak dan jantung.

Perjalanan penyakit hipertensi sangat berlahan, penderita hipertensi mungkin tidak menunjukkan gejala selama bertahun – tahun. Masa laten ini menyelubungi perkembangan penyakit sampai terjadi kerusakan organ yang bermakna. Bila terdapat gejala biasanya hanya bersifat spesifik, misalnya sakit kepala atau pusing.18 Gejala lain yang sering ditemukan adalah epistaksis, mudah marah, telinga berdengung, rasa berat di tungkuk, sukar tidur, dan mata berkunang-kunang.9 Apabila hipertensi tidak diketahui dan dirawat dapat mengakibatkan kematian karena payah jantung, infark miokardium, stroke atau gagal ginjal. Namun deteksi dini dan parawatan hipertensi dapat menurunkan jumlah morbiditas dan mortalitas. Jika hipertensinya berat atau menahun dan tidak diobati, bisa timbul gejala berikut: sakit kepala ,kelelahan ,mual ,muntah ,sesak nafas ,gelisah ,pandangan menjadi kabur.

Gambar 86. Jumlah Estimasi Pelayanan Hipertensi Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang P2P

Pada tahun 2020 Puskesmas yang tertinggi estimasi masyarakatnya menderita darah tinggi adalah Puskesmas Tabukan (57,4%) dan terendah Puskesmas Mekarsari (5,5%)(*Lihat Lampiran Tabel 68).*

F. Diabetes Mellitus (DM)

Diabetes Mellitus (DM) yang juga dikenal sebagai penyakit kencing manis atau penyakit gula darah adalah golongan penyakit kronis yang dimulai dengan peningkatan kadar gula dalam darah sebagai adanya gangguan sistem metabolisme dalam tubuh, diman organ pancreas tidak mampu memproduksi hormon insulin sesuai kebutuhan tubuh.

Terdapat tiga macam tipe diabetes mellitus, yaitu 1) Diabetes mellitus tipe I adalah penyakit hiperglikemia akibat ketiadaan absolute insulin. Penyakit ini disebut diabetes mellitus dependen insulin (DMDI). Pengidap penyakit ini harus mendapatkan insulin pengganti. 2) Diabetes mellitus tipe II adalah penyakit hiperglikemia akibat insensitivitas sel terhadap insulin. Kadar insulin mungkin sedikit menurun atau berada dalam rentang normal. Karena insulin tetap dihasilkan oleh sel-sel beta pancreas, maka diabetes mellitus tipe II dianggap sebagai noninsulin dependent diabetes mellitus (NIDDM).3) Diabetes gestasiional terjadi pada wanita hamil yang sebelumnya tidak mengidap diabetes. Sekitar 50% wanita pengidap kelainan ini akan kembali Ke status non diabetes setelah kehamilan berakhir.

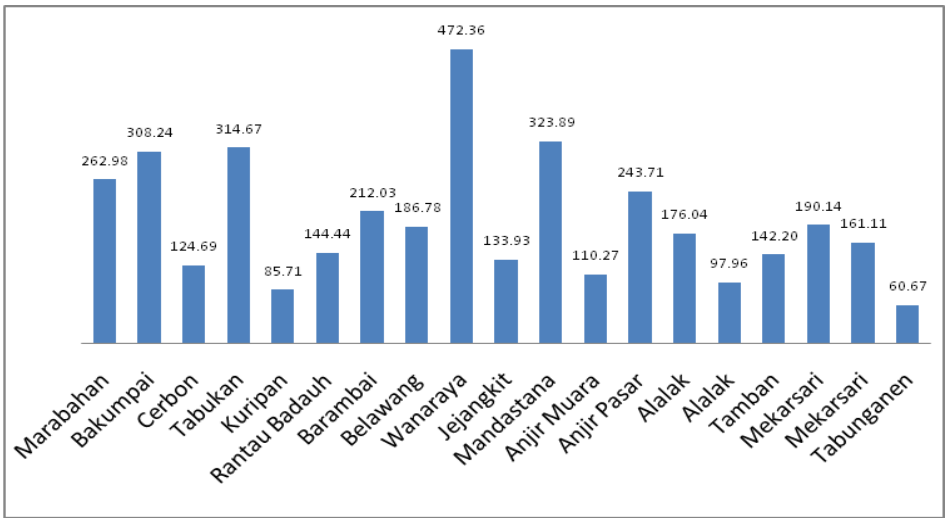
Gejala awal diabetes adalah penderita merasa lemas, tidak bertenaga, ingin makanan yang manis, sering buang air kecil, dan mudah sekali merasa haus. Dan setelah jangka panjang tanpa perawatan memadai, dapat memicu berbagai komplikasi kronis, seperti:

- Gangguan pada mata dengan potensi berakibat pada kebutaan.
- Gangguan pada ginjal hingga berakibat pada gagal ginjal.
- Gangguan pada jardiovaskula, disertai lesi membrane basalis yang dapat diketahui dengan pemeriksaan menggunakan mikroskop elektron.
- Gangguan pada sistem saraf hingga disfungsi autonom, *foot ulcer*, amputasi, *charcit joint*,dan disfungsi seksual.

Tujuan pengobatan diabetes mellitus adalah secara konsisten menormalkan kadar glukosa darah dengan variasi minimum. Penelitian-penelitian erakhir mengisyaratkan bahwa mempertahankan glukosa darah senormal dan sesering mungkin dapat mengurangi angka kesakitan dan kematian.

Berikut angka kesakitan penderita Diabetes Melitus yang tercatat pada pada tahun 2020 di Kab. Barito Kuala (*Lihat Lampiran Tabel 69).*

Gambar 87. Jumlah Penderita DM yang mendapatkan pelayanan Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang P2P

G. Deteksi Dini Kanker Leher Rahim dan Kanker Payudara

Berdasarkan data WHO penyakit kanker merupakan penyebab kematian terbanyak di dunia, dimana kanker sebagai penyebab kematian nomor 2 di dunia sebesar 13% setelah penyakit kardiovaskular.

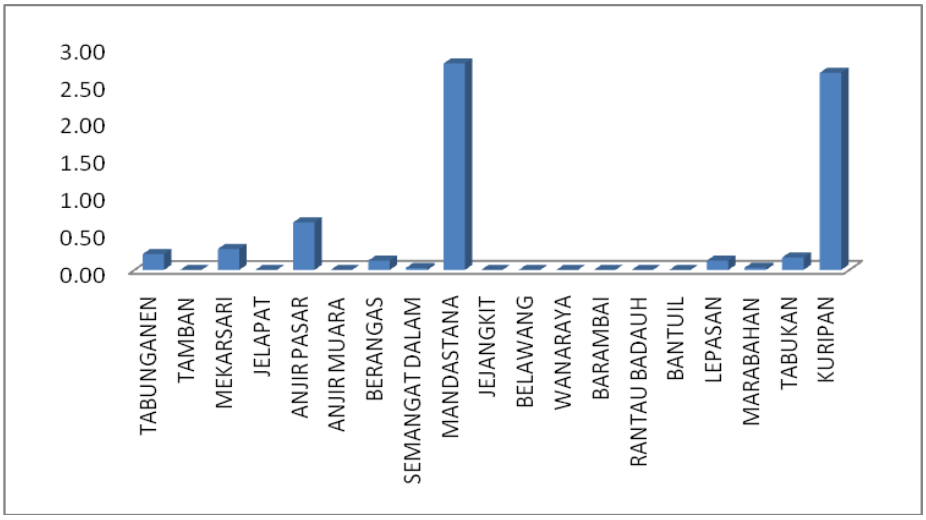
Di Indonesia, berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, prevalensi tumor/kanker di Indonesia adalah 1,4 per 1000 penduduk. Kanker tertinggi di Indonesia pada perempuan adalah kanker payudara dan kanker leher rahim. Deteksi dini kanker leher rahim dan kanker payudara dilakukan pada kelompok sasaran perempuan 20 tahun ke atas, namun prioritas program deteksi dini di Indonesia pada perempuan usia 30-50 tahun dengan

target 50 % perempuan sampai tahun 2019. Deteksi dini kanker payudara dilakukan dengan pemeriksaan payudara klinis (SADANIS) yaitu pemeriksaan payudara oleh petugas kesehatan sambil mengajarkan kepada Ibu/klien untuk melakukan SADARI setiap bulannya.

Deteksi dini kanker leher rahim dan kanker payudara dilaksanakan di fasilitas kesehatan yang telah mempunyai tenaga kesehatan terlati seperti Puskesmas, klinik swasta, Integrasi dengan program lain yaitu Infeksi Saluran Reproduksi/Infeksi Menular Seksual (ISR/IMS), KB (BKKBN).

Berikut gambaran pemeriksaan Deteksi Dini Kanker Leher Rahim dan Kanker Payudara di Kab. Barito Kuala. (*Lihat Lampiran Tabel 70)*.

Gambar 88. Jumlah Pemeriksaan Leher Rahim dan Payudara Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang P2P

H. IVA Positif dan Tumor/Benjolan Payudara

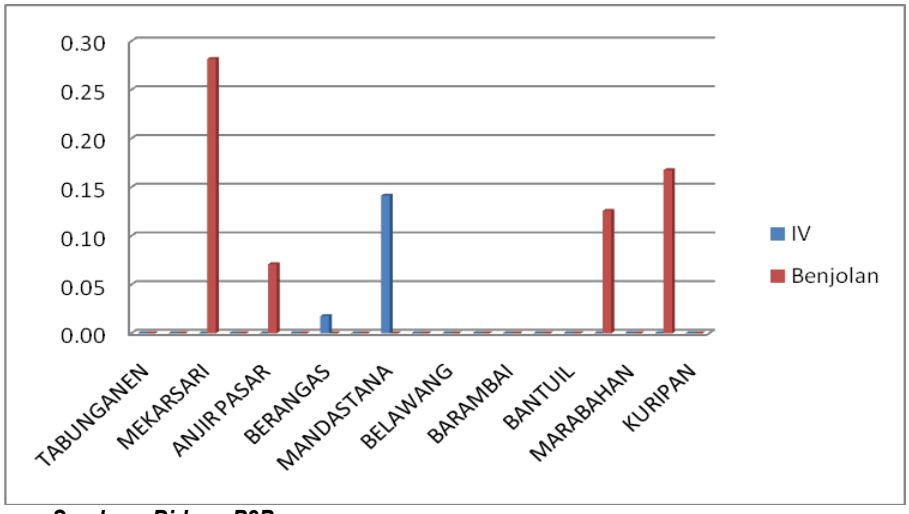
Deteksi dini kanker leher rahim dilakukan oleh tenaga kesehatan yang sudah dilatih dengan pemeriksaan leher rahim secara visual menggunakan asam asetat yang sudah di encerkan, berarti melihat leher rahim dengan mata telanjang untuk mendeteksi abnormalitas setelah pengolesan asam asetat 3-5%. Daerah yang tidak normal akan berubah warna dengan batas yang tegas menjadi putih (acetowhite), yang mengindikasikan bahwa leher rahim mungkin memiliki lesi

prakanker . Tes IVA dapat dilakukan kapan saja dalam siklus menstruasi, termasuk saat menstruasi, dan saat asuhan nifas atau paska keguguran. Pemeriksaan IVA juga dapat dilakukan pada perempuan yang dicurigai atau diketahui memiliki ISR/IMS atau HIV/AIDS.

Deteksi dini kanker Payudara petugas harus peka terhadap perasaan dan kekhawatiran klien sebelum, selama dan setelah melakukan pemeriksaan payudara. Sikap yang tenang dan perhatian dapat membantu kepercayaan klien. Beberapa hal yang memerlukan perhatian pada saat pemeriksaan yaitu: 1). Cara memeriksa kedua payudara dan puting untuk melihat apakah ada perubahan dalam bentuk dan ukuran, bintik-bintik pada kulit, dan keluarnya cairan dari puting 2). Cara memeriksa kedua payudara dan ketiak apakah terdapat kista atau massa yang menebal dan berisi cairan (tumor).

Berikut Hasil Pemeriksaan Deteksi Dini Kanker Rahim dan benjolan di Payudara di Kab. Barito Kuala (*Lihat Lampiran Tabel 70*

Gambar 89. Hasil Pemeriksaan Leher Rahim dan Payudara Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang P2P

I. Pelayanan Kesehatan Orang dengan Gangguan Jiwa Berat (ODGJ)

Gangguan jiwa menurut Depkes RI adalah suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa yang menimbulkan penderitaan pada individu dan hambatan dalam melaksanakan peran sosial. Gangguan jiwa atau mental illenes adalah kesulitan yang harus dihadapi oleh seseorang karena hubungannya dengan orang lain, kesulitan karena persepsinya tentang kehidupan dan sikapnya terhadap dirinya sendiri-sendiri (Budiman, 2010). Gejala utama atau gejala yang paling menonjol pada gangguan jiwa terdapat pada unsur kejiwaan, tetapi penyebab utamanya mungkin dibadan (somatogenik), di lingkungan sosial (sosiogenik), ataupun psikis (psikogenik),

Petugas kesehtan merasa prihatin saat mendengar berbagai stigmatisasi dan diskriminasi yang masih sering dialami oleh anggota masyarakat yang dinilai berbeda dengan masyarakat pada umumnya, termasuk orang dengan gangguan jiwa (ODGJ), antara lain dikeluarkan dari sekolah, diberhentikan dari pekerjaan, diceraikan oleh pasangan, hingga ditelantarkan oleh keluarga, bahkan dipasung, serta dirampas harta bendanya.

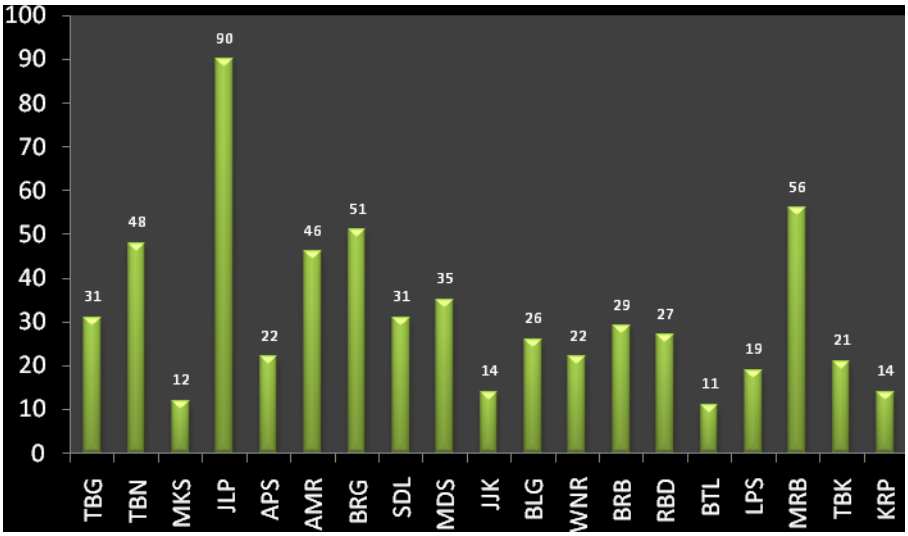
Untuk itu seluruh jajaran kesehatan beserta mengajak untuk segera dapat melaksanakan Empat Seruan Nasional Stop Stigma dan Diskriminasi terhadap ODGJ, yaitu: 1) Tidak melakukan stigmatisasi dan diskriminasi kepada siapapun juga dalam pelayanan kesehatan; 2) Tidak melakukan penolakan atau menunjukkan keengganan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada ODGJ; 3) Senantiasa memberikan akses masyarakat pada pelayanan kesehatan, baik akses pemeriksaan, pengobatan, rehabilitasi maupun reintegrasi ke masyarakat pasca perawatan di rumah sakit jiwa atau di panti sosial; serta 4) Melakukan berbagai upaya promotif dan preventif untuk mencegah terjadinya masalah kejiwaan, mencegah timbulnya dan/atau kambuhnya gangguan jiwa, meminimalisasi faktor risiko masalah kesehatan jiwa, serta mencegah timbulnya dampak psikososial.

Untuk menyikapi masalah kesehatan jiwa di Indonesia, Pemerintah dan masyarakat telah melakukan upaya-upaya, antara lain: 1) Menerapkan sistem pelayanan kesehatan jiwa yang komprehensif, terintegrasi, dan

berkesinambungan di masyarakat; 2) Menyediakan sarana, prasarana, dan sumberdaya yang diperlukan untuk pelayanan kesehatan jiwa di seluruh wilayah Indonesia, termasuk obat, alat kesehatan, dan tenaga kesehatan dan non-kesehatan terlatih; 3) Menggerakkan masyarakat untuk melakukan upaya preventif dan promotif serta deteksi dini gangguan jiwa dan melakukan upaya rehabilitasi serta reintegrasi OGDJ ke masyarakat.

Untuk di Kabupaten Barito Kuala pada tahun 2020 tercatat ada 605 orang (*Lihat Lampiran Tabel 71)* yang dilayani penderita ODGJ yang semuanya tidak ada yang terpasung. Ini meningkat dibanding tahun 2019 yaitu hanya 514 orang Berikut gambaran per Puskesmas yang terlayani penderita sebagai penderita ODGJ pada tahun 2020.

Gambar 90. Penderita ODGJ yang terlayani Tahun 2020



Sumber : Bidang P2P

BAB VII
KEADAAN LINGKUNGAN

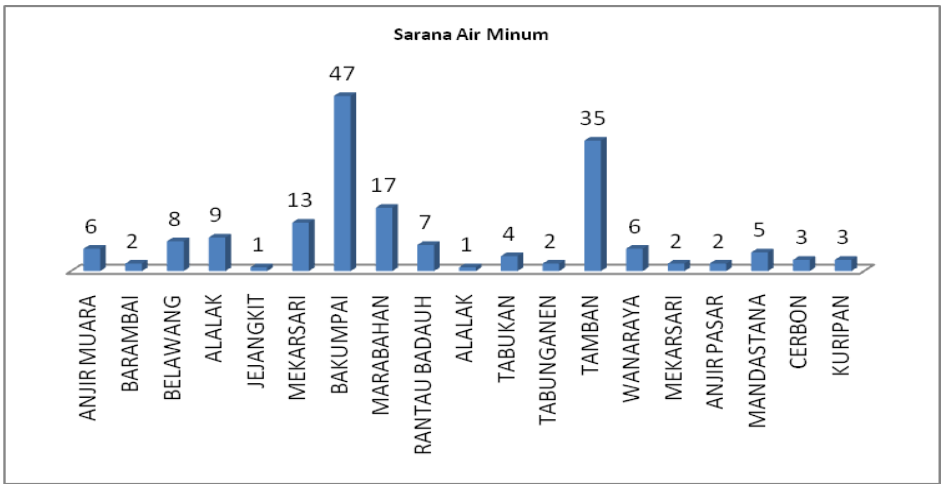
A. Sarana Air Minum

Air merupakan suatu sarana utama untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, karena air merupakan salah satu media dari berbagai macam penularan. Peningkatan kualitas air minum dengan jalan mengadakan pengelolaan terhadap air yang akan diperlukan sebagai air minum dengan mutlak diperlukan terutama apabila air tersebut berasal dari air permukaan. Pengolahan yang dimaksud bisa dimulai dari yang sangat sederhana sampai yang pada pengolahan yang mahir/lengkap, sesuai dengan tingkat kekotoran dari sumber asal air tesebut. Semakin kotor semakin berat pengolahan yang dibutuhkan, dan semakin banyak ragam zat pencemaran akan semakin banyak pula teknik-teknik yang diperlukan untuk mengolah air tersebut, agar bisa dimanfaatkan sebagai air minum.

Peningkatan kualitas air adalah merupakan syarat kedua setelah kualitas, karena semakin maju tingkat hidup seseorang maka akan semakin tinggi pula tingkat kebutuhan air dari masyarakat tersebut. Untuk keperluan minum maka kebutuhan air rata-rata sebanyak 5 liter/hari, sedangkan secara keseluruhan kebutuhan akan air suatu rumah tangga untuk masyarakat Indonesia diperlukan sebesar 60 liter/hari.

Sarana air bersih yang digunakan oleh masyarakat kabupaten Barito Kuala bersumber pada Ledeng (PDAM), Sumur Bor denga Pompa Tangan (SPT), Sumur Gali Terlindungi (SGL), Penampungan Air Hujan (PAH), Terminal Air (TA) dan lain-lain.

Gambar 91. Jumlah Sarana Air Minum Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

B. Sarana dan Akses Terhadap Sanitasi Dasar

Di Kabupaten Barito Kuala masih terdapat keluarga yang menggunakan penampungan akhir kotoran/tinja di sungai, terutama daerah yang sekitar sungai. Namun sebagian besar keluarga khususnya di wilayah perkotaan telah menggunakan penampungan tinja berupa tangki septik.

Sejak Tahun 2008, Kabupaten Barito Kuala ikut serta dalam Program Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat (STBM) dengan tujuan untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap sanitasi dengan STBM.

STBM merupakan pendekatan untuk mengubah perilaku higiene dan sanitasi meliputi 5 pilar yaitu tidak buang air besar (BAB) sembarangan, mencuci tangan pakai sabun, mengelola air minum dan makanan yang aman, mengelola sampah dengan benar, mengelola limbah cair rumah tangga dengan aman melalui pemberdayaan masyarakat dengan metode pemicuan.

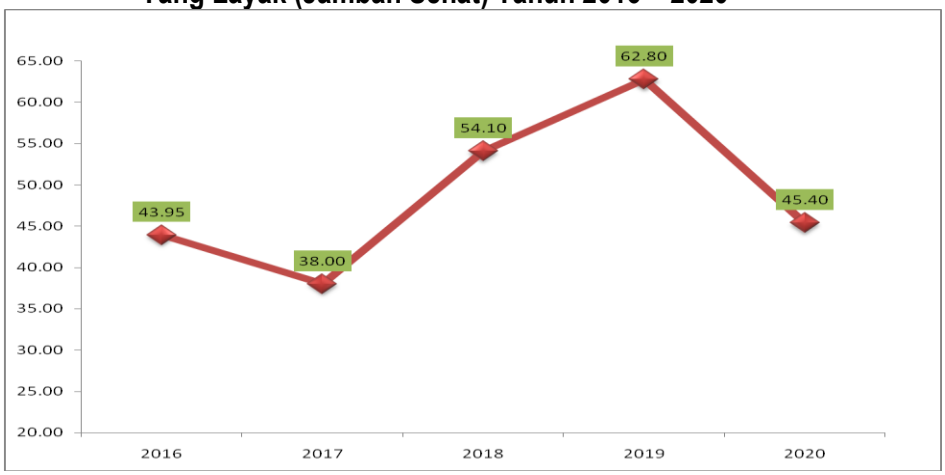
Desa yang melaksanakan STBM adalah desa yang sudah melakukan pemicuan minimal 1 dusun/RT, mempunyai tim kerja dan telah mempunyai rencana tindak lanjut untuk menuju sanitasi total. Sedangkan desa STBM adalah desa yang telah 100% penduduknya melaksanakan pilar STBM.

Pada tahun 2020 ada 105 (51,7%) desa yang telah melaksanakan STBM ini menurun dibanding tahun 2019 ada 127 desa (63,2%) sudah melaksanakan

STBM. Dari 105 desa tersebut ada 24 desa (11,8%), yang melaksanakan Desa Stop BABS. Desa yang sudah BABS berada di Kecamatan Anjir Muara, Barambai, Alalak, Marabahan, Rantau Badauh, Anjir Pasar, Mandastana dan Bantuil (*Lihat Lampiran 74).*

Persentase cakupan akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak (Jamban Sehat) di Kabupaten Barito Kuala pada tahun 2020 sebesar 45,4% mengalami penurunan dibandingkan tahun 2019 yaitu 62,8%. Gambaran cakupan akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak (jamban sehat) selama periode 2016 – 2020 dapat dilihat pada gambar di bawah ini. (*Lihat Lampiran 73).*

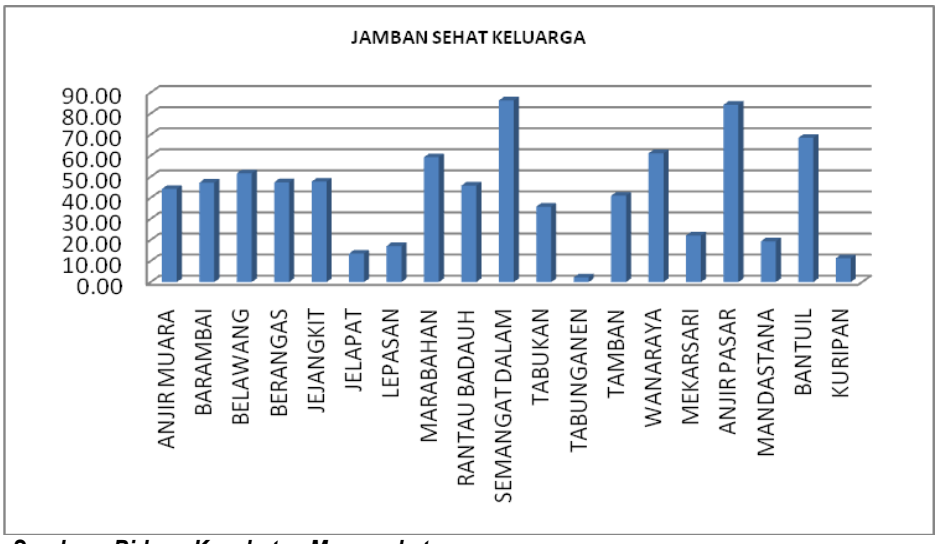
Gambar 92. Cakupan Akses Terhadap Pelayanan Sanitasi Yang Layak (Jamban Sehat) Tahun 2016 – 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

Cakupan akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak yang tertinggi dari Puskesmas Semangat Dalam (86,2%) dan yang terendah di Puskesmas Tabunganen (2,3%). Gambaran perpuskesmas terhadap pelayanan sanitasi yang layak (jamban sehat) dapat dilihat pada grafik berikut ini.

Gambar 93. Cakupan Akses Sanitasi Sehat / Jamban Sehat Per Puskesmas Tahun 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

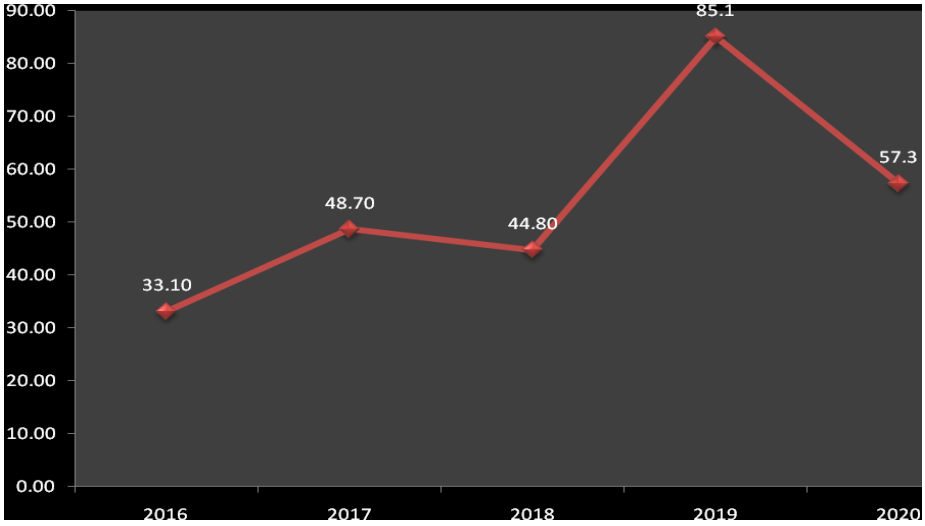
C. Tempat Pengelolaan Makanan

Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) merupakan suatu sarana yang dikunjungi oleh banyak orang dan dikhawatirkan dapat menjadi tempat penyebaran penyakit. Tempat-tempat yang dapat dikategorikan sebagai TPM meliputi : jasa boga, restoran/rumah makan, depo air minum dan makanan jajanan.

Sedangkan yang dimaksud TPM sehat adalah tempat-tempat umum dan pengelolaan makanan yang memenuhi syarat kesehatan, yaitu : memiliki sarana air bersih, tempat pembuangan sampah, sarana pembuangan air limbah, ventilasi yang baik, luas lantai (luas ruang) yang sesuai dengan banyaknya pengunjung, serta memiliki pencahayaan ruang yang sesuai.

Tahun 2020 persentase TPM yang memenuhi syarat Hygine Sanitasi sebesar 57,3% yang berarti terjadi penurunan dibandingkan tahun 2019 yaitu 81,5% *(Lihat Lampiran Tabel 76).*

Gambar 94. Cakupan Tempat Pengelolaan Makanan (TPM)
Tahun 2016 – 2020



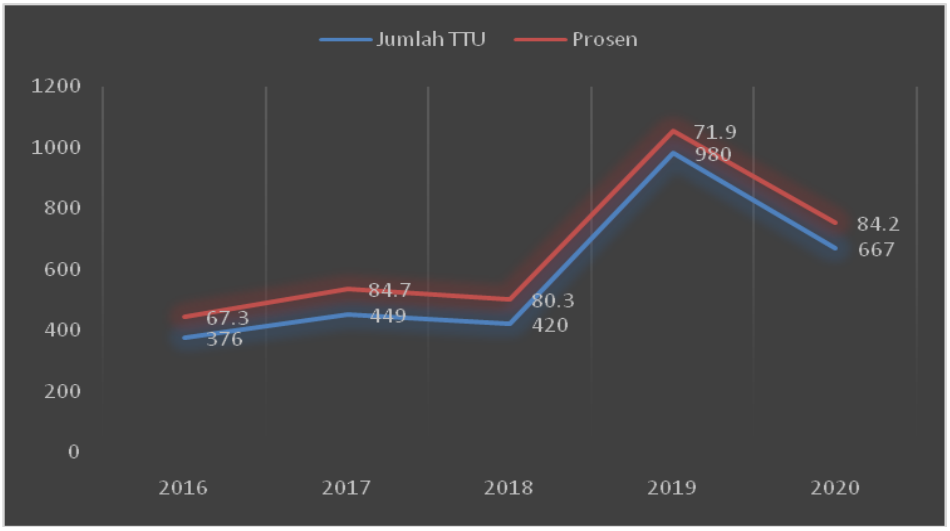
Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

D. Tempat Tempat Umum

Sama seperti TPM, Tempat Tempat Umum (TTU) merupakan suatu sarana yang dikunjungi oleh banyak orang dan dikhawatirkan dapat menjadi tempat penyebaran penyakit. Tempat-tempat yang dapat dikategorikan sebagai TTU meliputi; Sarana Pendidikan, Sarana Kesehatan dan Hotel.

Terjadi peningkatan jumlah TTU dimana pada tahun 2020 ada 804 buah TTU sedangkan tahun 2019 ada 604 buah, Sedangkan TTU yang sudah memenuhi syarat kesehatan sebesar 84,4% *(Lihat Lampiran Tabel. 75).*

Gambar 95. Jumlah & Cakupan Tempat-Tempat Umum (TTU)
Tahun 2016 – 2020



Sumber : Bidang Kesehatan Masyarakat

BAB VIII
CORONA VIRUS DISEASE 19 (COVID 19)

A. LATAR BELAKANG

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh S*evere Acute Respiratory Syndrome Coronavirus* 2 (SARS-CoV-2). SARS-CoV-2merupakan coronavirus jenis baru yang belum pernah diidentifikasi sebelumnya padamanusia. Ada setidaknya dua jenis *coronavirus* yang diketahui menyebabkan penyakityang dapat menimbulkan gejala berat seperti *Middle East Respiratory Syndrome* (MERS)dan *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS). Tanda dan gejala umum infeksiCOVID-19 antara lain gejala gangguan pernapasan akut seperti demam, batuk dansesak napas. Masa inkubasi rata-rata 5-6 hari dengan masa inkubasi terpanjang 14 hari.

Pada kasus COVID-19 yang berat dapat menyebabkan pneumonia, sindrompernapasan akut, gagal ginjal, dan bahkan kematian. Pada tanggal 31 Desember 2019, WHO China *Country Office* melaporkan kasuspneumonia yang tidak diketahui etiologinya di Kota Wuhan, Provinsi Hubei, Cina. Padatanggal 7 Januari 2020, China mengidentifikasi kasus tersebut sebagai jenis barucoronavirus. Pada tanggal 30 Januari 2020 WHO menetapkan kejadian tersebut sebagaiKedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia (KKMMD)/*Public HealthEmergency of International Concern* (PHEIC) , Pada tanggal 2 Maret 2020 Indonesia telah melaporkan 2 kasus konfirmasi COVID-19. Tanggal 11 Maret 2020, WHOsudah menetapkan COVID-19 sebagai pandemi.

Sedangkan penemuan kasus pertama kali di Kalimantan Selatan terjadi pada tanggal 22 Maret 2020 berasal dari Kota Banjarmasin dan di rawat di RSU Ulin Banjarmasin dengan Rincian 1 orang positif, 6 orang PDP (Pasien Dalam Pemantauan) dan 362 ODP (Orang Dalam Pemantauan).

B. UPAYA PEMERINTAH DAERAH DALAM PENANGGULANGAN COVID 19 DI KALIMANTAN SELATAN

Berdasarkan Keputusan Gubernur Kalimantan Selatan No.188.44/200/KUM/2020, Kalimantan Selatan ditetapkan sebagai daerah *Status Tanggap Darurat Corona Virus Disease 2019* dan Peraturan Bupati Kabupaten Barito Kuala no443.33 / 0780/ dinkes tanggal 16 Maret 2020 tentang Kesiapan menghadapi penyebaran Penyakit virus Corona (covid 19), yang dalam surat edaran tersebut disampaikan :

1. Agar setiap orang menghindari perjalanan keluar daerah.
2. Agar menyediakan sarana cuci tangan berupa air mengalir dan sabun atau hand sanitizer di tempat-tempat umum seperti kantor, tempat Ibadah/Mesjid, sekolah, pasar, warung, cafe, dan lain-lain.
3. Menghindari kegiatan-kegiatan yang mengumpulkan orang banyak/masyarakat umum.
4. Jika merasa sakit (demam, batuk, pilek, sesak nafas) terutama individu yang baru kembali dari wilayah terjangkit agar segera melaporkan ke Petugas Kesehatan.
5. Bagi yang sakit (demam, batuk, pilek, sesak nafas) agar tidak menghadiri acara yang sifatnya berkumpul dengan orang bnyak.
6. Menbiasakan diri dan keluarga untuk selalu melakukan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) dengan :
    a. Mencuci tangan paki sabun dengan air mengalir atau hand sanitizer minimal 20 detik.
    b. Jangan menyentuh wajah (hidung, mulut, mata) sebelum mencuci tangan.
    c. Terapkap etika batuk (tutup hidung dan mulut dengan tissue atau lengan atas bagian dalam.
    d. Gunakan masker jika batuk atau flu.
    e. Tingkatkan daya tahan tubuh dengan Komsumsi gizi seimbang dan minum air yang cukup dan aktifitas fisik minimal 30 menit/hari.
    f. Jaga jarak dengan rekan kerja yang sedang demam/batuk/bersin (minimal 1,5 meter).

Dengan meningkatnya penyebaran dan meluasnya cakupan wilayah yang terdampak Corona Virus Diseases (COVID-19) di Barito Kuala maka dibentuk Gugus Tugas Percepatan Penangan Covid 19 tingkat Kabupaten Barito Kuala dengan keputusan No. 188.45/123/KUM/2020, tanggal 19 Maret 2020 dan Tugas Fungsi membantu penanggulangan KLB/Wabah :

a. Melaksanakan deteksi dini dan respon kejadian wabah Covid-19 ;
b. Melaksanakan penyelidikan dan peanggulangan Covid-19;
c. Pelacakan kontak erat;
d. Pencatatan dan pelaporan; dan
e. Membuat rekomendasi hasil penyelidikan epidemiologi.

Selama tahun 2020 Kabupaten/Kota juga menetapkan PSBB (Pembatasan Sosial Berskala Besar) dalam pencegahan dan penanggulangan Covid-19. Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota menetapkan RS Rujukan dalam menangani Pasien Covid-19 yang terkonfirmasi positif, tempat isolasi/karantina bagi Orang Tanpa Gejala (OTG) dengan positif Covid-19.

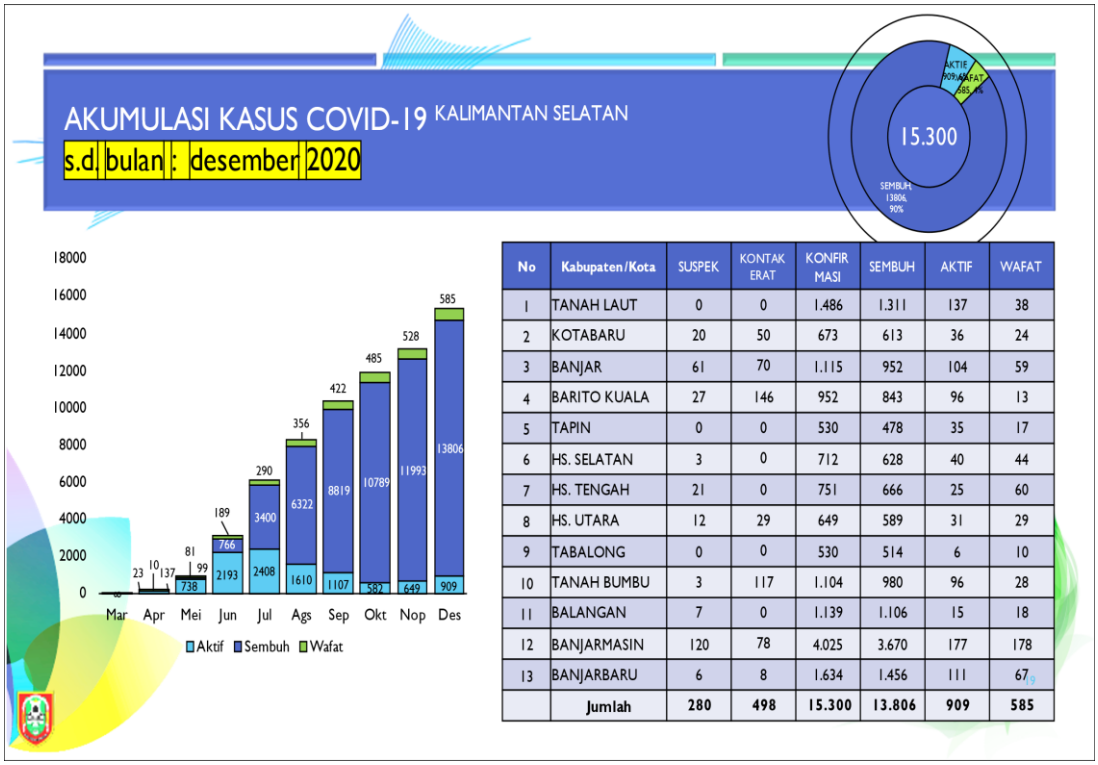
Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam penanggulangan Covid-19 melakukan refocusing anggaran APBD masing-masing dalam mengurangi dampak sosial dan ekonomi masyarakat. Dalam hal komunikasi pencegahan dan penanggulangan Covid-19 maka di buat Panduan Tatanan Masyarakat yang Produktif dan Aman Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) di Provinsi Kalmantan Selatan No.066 Tahun 2020.

C. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN COVID-19 PER 31 DESEMBER 2020

Berdasarkan Pedoman Pencegahan dan Pengendalian CoronaVirus Disease (COVID-19) Revisi ke-5 terjadi perubahan definisi operasional kasus Covid-19 yaitu kasus Suspek, Kasus probable, kasus konfirmasi, kontak erat, pelaku perjalanan, Discarded, selesai isolasi dan Kematian. Dengan istilah yang digunakan sebelumnya Orang Dalam Pemantauan (ODP), Pasien Dalam Pengawasan (PDP), Orang Tanpa Gejala (OTG).

1) JUMLAH DAN ANGKA KASUS COVID-19 KALIMANTAN SELATAN S/D DESEMBER 2020





No	Kabupaten/Kota	SUSPEK	KONTAK ERAT	KONFIRMASI	SEMBUH	AKTIF	WAFAT
1	TANAH LAUT	0	0	1.486	1.311	137	38
2	KOTABARU	20	50	673	613	36	24
3	BANJAR	61	70	1.115	952	104	59
4	BARITO KUALA	27	146	952	843	96	13
5	TAPIN	0	0	530	478	35	17
6	HS. SELATAN	3	0	712	628	40	44
7	HS. TENGAH	21	0	751	666	25	60
8	HS. UTARA	12	29	649	589	31	29
9	TABALONG	0	0	530	514	6	10
10	TANAH BUMBU	3	117	1.104	980	96	28
11	BALANGAN	7	0	1.139	1.106	15	18
12	BANJARMASIN	120	78	4.025	3.670	177	178
13	BANJARBARU	6	8	1.634	1.456	111	67
	Jumlah	**280**	**498**	**15.300**	**13.806**	**909**	**585**

2) JUMLAH KASUS KONFIRMASI PER BULAN SELAMA TAHUN 2020

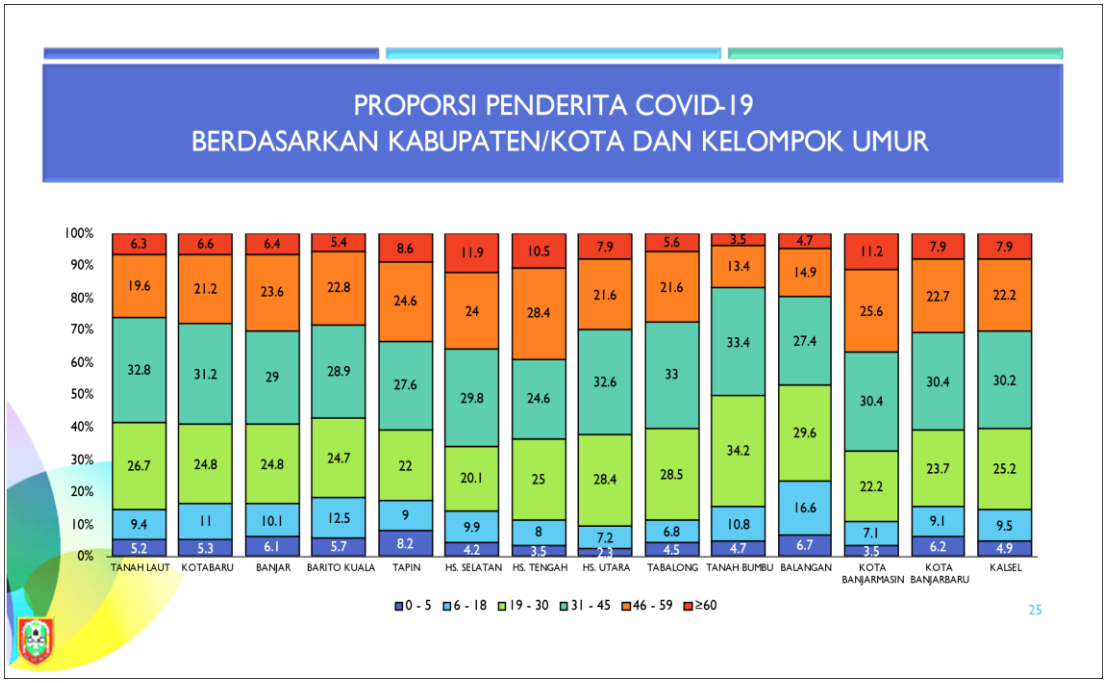


No	Kab/Kota	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Jml
1	TANAH LAUT	0	4	59	186	283	256	202	144	107	245	1.486
2	KOTABARU	0	1	8	51	37	110	183	116	108	59	673
3	BANJAR	3	11	96	226	235	171	70	74	81	148	1.115
4	BARITO KUALA	0	35	46	180	166	137	70	58	82	178	952
5	TAPIN	0	4	37	64	96	50	120	58	28	73	530
6	HS. SELATAN	0	4	4	70	189	57	91	49	113	135	712
7	HS. TENGAH	0	3	0	31	125	154	254	94	29	61	751
8	HS. UTARA	0	0	6	99	125	179	63	47	45	85	649
9	TABALONG	1	5	1	69	152	58	54	80	41	69	530
10	TANAH BUMBU	0	13	111	30	92	61	118	57	329	293	1.104
11	BALANGAN	0	2	0	114	157	169	223	342	73	59	1.139
12	BANJARMASIN	4	55	360	961	914	552	412	263	120	384	4.025
13	BANJARBARU	0	25	20	149	379	236	200	126	158	341	1.634
	JUMLAH	**8**	**162**	**748**	**2.230**	**2.950**	**2.190**	**2.060**	**1.508**	**1.314**	**2.130**	**15.300**

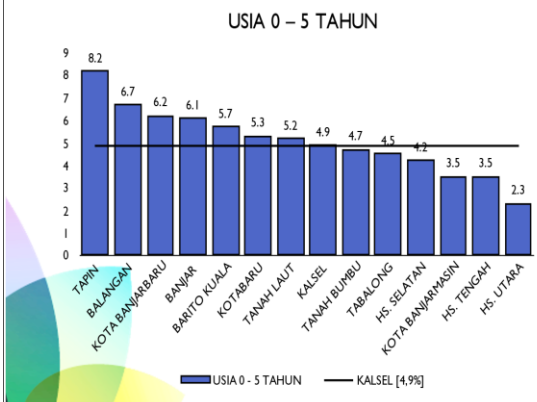
3) PROPORSI PENDERITA COVID-19 BERDASARKAN KABUPATEN/KOTA DAN KELOMPOK UMURTAHUN 2020

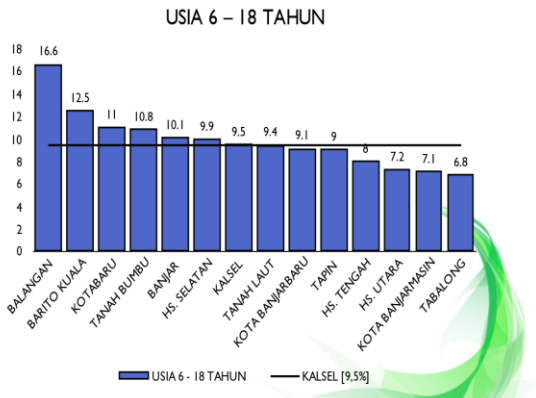


No	Kab/Kota	0 - 5	6 - 18	19 - 30	31 - 45	46 - 59	≥60
1	TANAH LAUT	5,2	9,4	26,7	32,8	19,6	6,3
2	KOTABARU	5,3	11,0	24,8	31,2	21,2	6,6
3	BANJAR	6,1	10,1	24,8	29,0	23,6	6,4
4	BARITO KUALA	5,7	12,5	24,7	28,9	22,8	5,4
5	TAPIN	8,2	9,0	22,0	27,6	24,6	8,6
6	HS. SELATAN	4,2	9,9	20,1	29,8	24,0	11,9
7	HS. TENGAH	3,5	8,0	25,0	24,6	28,4	10,5
8	HS. UTARA	2,3	7,2	28,4	32,6	21,6	7,9
9	TABALONG	4,5	6,8	28,5	33,0	21,6	5,6
10	TANAH BUMBU	4,7	10,8	34,2	33,4	13,4	3,5
11	BALANGAN	6,7	16,6	29,6	27,4	14,9	4,7
12	BANJARMASIN	3,5	7,1	22,2	30,4	25,6	11,2
13	BANJARBARU	6,2	9,1	23,7	30,4	22,7	7,9
	KALSEL	**4,9**	**9,5**	**25,2**	**30,2**	**22,2**	**7,9**

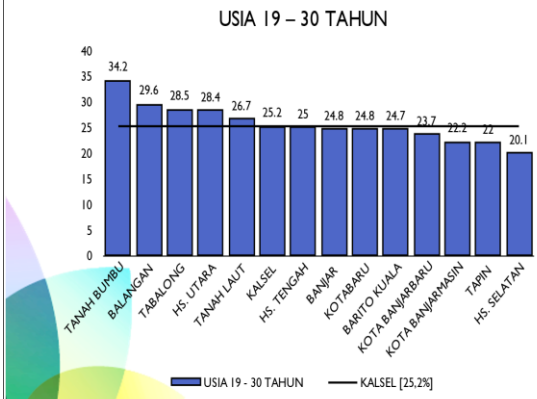


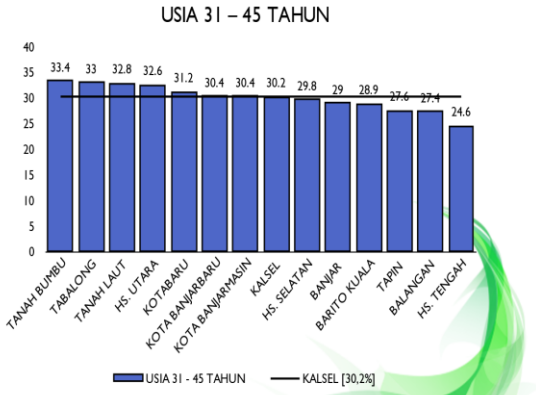
PROPORSI PENDERITA BERDASARKAN KELOMPOK USIA DAN KABUPATEN/KOTA

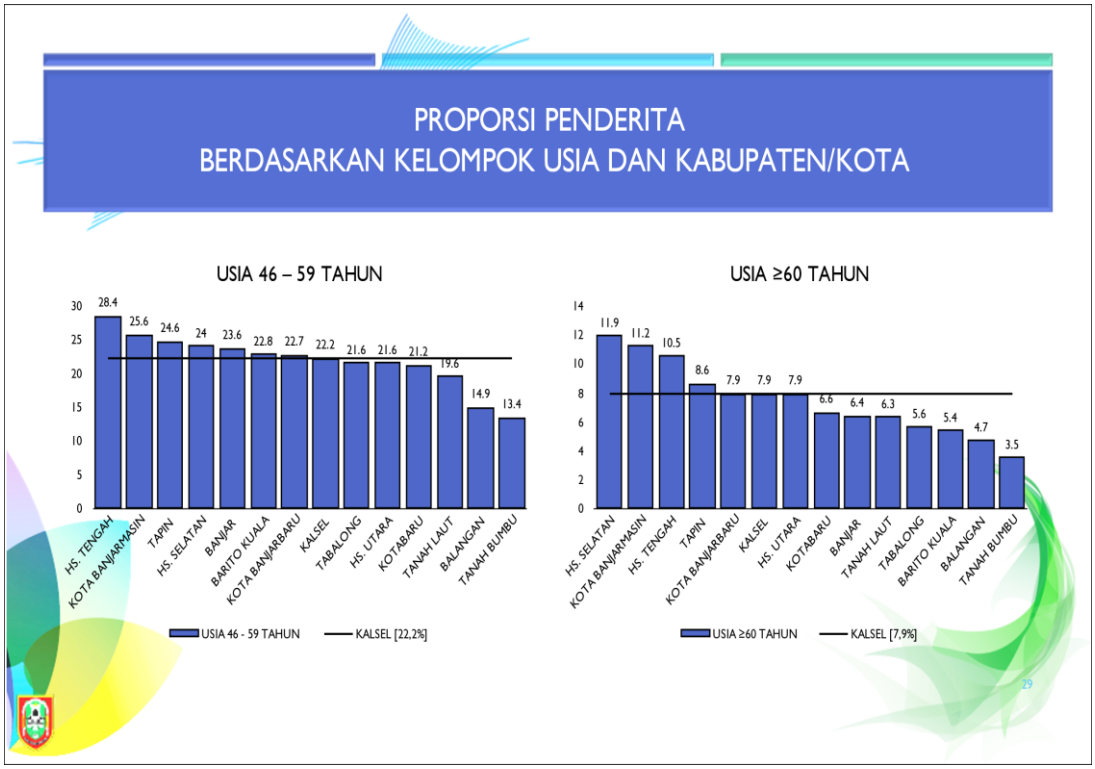




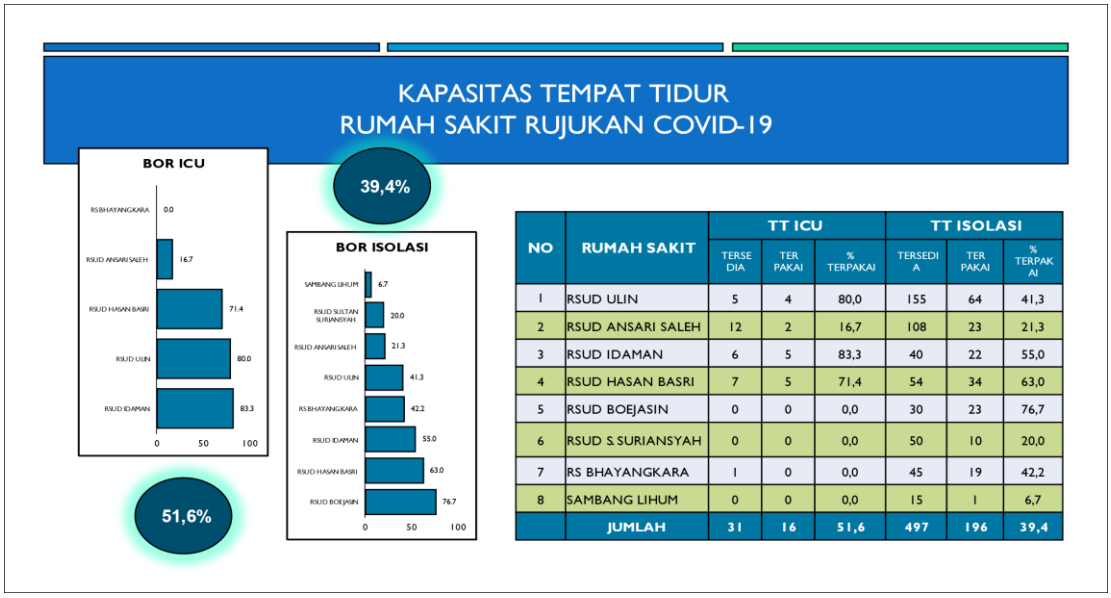
PROPORSI PENDERITA BERDASARKAN KELOMPOK USIA DAN KABUPATEN/KOTA







4) KAPASITAS TEMPAT TIDUR RUMAH SAKIT RUJUKAN COVID-19 PER 31 DESEMBER 2020

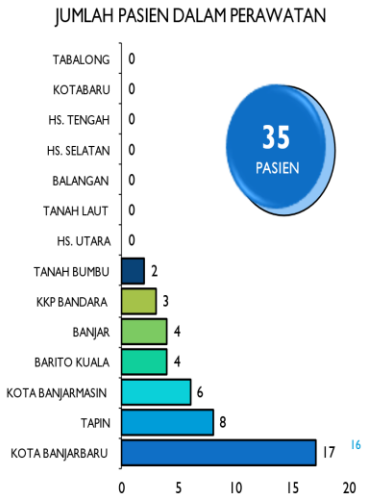


NO	RUMAH SAKIT	TT ICU			TT ISOLASI		
		TERSEDIA	TER PAKAI	% TERPAKAI	TERSEDIA	TER PAKAI	% TERPAKAI
1	RSUD ULIN	5	4	80,0	155	64	41,3
2	RSUD ANSARI SALEH	12	2	16,7	108	23	21,3
3	RSUD IDAMAN	6	5	83,3	40	22	55,0
4	RSUD HASAN BASRI	7	5	71,4	54	34	63,0
5	RSUD BOEJASIN	0	0	0,0	30	23	76,7
6	RSUD S.SURIANSYAH	0	0	0,0	50	10	20,0
7	RS BHAYANGKARA	1	0	0,0	45	19	42,2
8	SAMBANG LIHUM	0	0	0,0	15	1	6,7
	JUMLAH	31	16	51,6	497	196	39,4

5) KARANTINA KHUSUS BAPELKES BANJARBARU PER 31 DESEMBER 2020

KARANTINA KHUSUS BAPELKES BANJARBARU

NO	ASAL PASIEN	DIRAWAT KUM	SEMBUH KUM	% SEMBUH KUM	DALAM PERAWATAN
1	KOTA BANJARBARU	375	348	92,8	17
2	KOTA BANJARMASIN	230	211	91,7	6
3	TAPIN	120	112	93,3	8
4	BARITO KUALA	93	87	93,5	4
5	BANJAR	85	80	94,1	4
6	HS. UTARA	59	59	100,0	0
7	TANAH BUMBU	26	24	92,3	2
8	TANAH LAUT	6	6	100,0	0
9	BALANGAN	4	4	100,0	0
10	HS. SELATAN	2	2	100,0	0
11	HS. TENGAH	1	1	100,0	0
12	KOTABARU	1	1	100,0	0
13	TABALONG	0	0	0,0	0
14	KKP BANDARA SYAMSUDDIN NOOR	3	0	0,0	3
	JUMLAH	**1003**	**932**	**92,9**	**35**



D. MEMPERLAMBAT & MENGHENTIKAN LAJU PENULARAN, PENYEBARAN

melalui :

a. **EDUKASI PERUBAHAN PERILAKU & PENEGAKKAN DISIPLIN**(Yustisi) 4 M (menggunakan masker, CTPS, Menjaga Jarak &Menghindari Kerumunan)

b. **PROGRAM 3 T** (Pencarian Kontak Secara Massif, Testing &Treatmen)

c. **SKREENING PINTU MASUK WILAYAH** : RDT (antigen)

d. **MELAKUKAN KARANTINA/ RS DARURAT** : Kontak erat, Suspekdan konfirmasi tanpa gejala

e. **PEMBERDAYAAN MASYARAKAT** : KIE, KAMPUNG TANGGUH BANUA

E. PENINGKATAN PELAYANAN KESEHATAN MELALUI :

a. **PENAMBAHAN 5 RUMAH SAKIT RUJUKAN DAERAH** : RSUD MAS, RSIDBanjarbaru, RSUD Sultan Suriansyah Banjarmasin, RSUD Hasan BasriKandangan, RS Bhayangkara & RSJ Sambang Lihum (ODGJ)

b. **PENINGKATAN TENAGA KESEHATAN** : Rekrutmen tenaga baru, relawan &penyediaan fasilitas tempat inap (hotel)

c. **PENINGKATAN SARPRAS RS RUJUKAN** : penambahan Ruang isolasi danICU.

d. **PENINGKATAN FASKES/ALKES & LOGISTIK** : Ventilator, HFNC, PlasmaKonvaliscent dll

e. **TESTING** : peningkatan fasilitas laboratorium RT-PCR & TCM

f. **PENYEDIAAN KARANTINA KHUSUS** : Kontak erat, Suspek dan konfirmasi tanpa gejala

F. UPAYA MEMINIMALKAN DAMPAK COVID-19

a. **BANTUAN SOSIAL/JARING PENGAMAN SOSIAL**, yang berhak menerima;

1) Keluarga Miskin dan rentan Miskin yang terdampak gejolak sosial dan ekonomiakibat pandemi COVID-19 yang belum mendapatkan bantuan sosial apapun daripemerintah pusat

2) Keluarga Pasien Karantina Mandiri Khusus yang di karantina di tempat KarantinaKhusus baik di Provinsi maupun di Kabupaten Kota yang telah di sahkan olehBupati/Walikota

b. **BANTUAN TERHADAP TERDAMPAK** (Karantina)

c. INSENTIF TENAGA KESEHATAN

BAB IX
PENUTUP

Berdasarkan data dan informasi yang disajikan dalam Profil Kesehatan Kabupaten Barito Kuala tahun 2020 beberapa kesimpulan dapat ditarik.

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

Ada hubungan yang bermakna antara alokasi sumber daya baik dana maupun personil terhadap pencapaian target. Misalnya cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di pedesaan sangat ditentukan oleh keberadaan dan kompetensi Bidan Desa. Oleh karena itu, penetapan target yang ingin dicapai harus disesuaikan dengan input sumber daya (dana dan personil) yang dialokasikan pada tahun tersebut. Hasil pencapaian target dalam tahun 2020 dapat dibaca dalam profil ini.

Kedua, pencapaian tujuan khusus profil ini juga sudah terpenuhi meskipun data yang disajikan diduga ada yang masih "*underreported*". Berdasarkan angka-angka dalam profil ini dibandingkan dengan Target Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Barito Kuala Tahun 2017-2022.

Ketiga, Kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Barito Kuala dapat dipantau menggunakan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang Kesehatan yaitu Pelayanan Ibu Hamil, Pelayanan Ibu Bersalin, Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir, Pelayanan Kesehatan Balita, Pelayanan Kesehatan Pada Usia Pendidikan Dasar, Pelayanan Kesehatan Pada Usia Produktif, Pelayanan Kesehatan Pada Usia Lanjut, Pelayanan Pada Kesehatan Penderita Hypertensi, Pelayanan Pada Kesehatan Penderita Diabetes Melitus (DM), Pelayanan Kesehatan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODJG) Berat, Pelayanan Kesehatan Orang Terduga Tuberkulosis (TBC) dan Pelayanan Kesehatan Orang Dengan Resiko Terinfeksi Virus yang melemahkan Daya Tahan Tubuh (HIV).

Keempat, profil kesehatan kabupaten Barito Kuala ini diharapkan mampu untuk dijadikan bahan pertimbangan penyusunan perencanaan kesehatan tahun 2020 ke atas, mengingat data-data yang disajikan cukup lengkap serta masih relevan. Dengan menggunakan data-data objektif yang ada, diharapkan perencanaan program kesehatan dapat lebih terarah dan berkesinambungan.