

LAPORAN AKHIR

PEMETAAN SUMBER DAYA MANUSIA PADA TINGKAT PUSKESMAS

**(Pemetaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) pada Tingkat
Puskesmas di Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan)**



**Kegiatan pada Bidang Penelitian dan Pengembangan Pemerintahan, Sosial,
dan Budaya**

**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN DAERAH
PROVINSI KALIMANTAN SELATAN**

2017

LAPORAN AKHIR

PEMETAAN SUMBER DAYA MANUSIA PADA TINGKAT PUSKESMAS

(Pemetaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) pada Tingkat Puskesmas di Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan)

yang diajukan oleh

Lenie Marlinae, SKM., MKL
Fauzie Rahman, SKM., MPH
Ratna Setyaningrum, SKM., M.Sc
Ihya Hazairin Noor, SKM., MPH
Hadianor, SKM

telah disetujui oleh:

Ketua Tim Penilai
Proposal Penelitian
Kepala Bidang Penelitian dan
Pengembangan Sosial Budaya

tanggal

Drs. H. Suharyanto, M.Si
Pembina Utama Muda
NIP 19630511 198503 1 010

Kepala Balitbangda
Kalimantan Selatan,

tanggal

Ir. H. Muhammad Amin, M.T
Pembina Utama Madya
NIP 19640721 198903 1 015

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam penelitian ini tidak terdapat karya yang pernah dilaksanakan penelitian, dan Sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Banjarmasin, Desember 2017

Lenie marlinae, SKM.
MKL.

PRAKATA

Alhamdulillah puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala karunia dan kemudahannya sehingga saya dapat menyelesaikan penelitian dengan judul “ **PEMETAAN SUMBER DAYA MANUSIA PADA TINGKAT PUSKESMAS**” dapat selesai tepat waktu. Penelitian ini adalah kerjasama antara Balitbang Prov. Kalsel dengan *Center For Public Health Policy* (CPHP) Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat.

Penelitian ini dapat selesai karena dukungan dari semua pihak yang telah membantu. Dengan demikian ijinakan saya dengan segala kerendahan hati mengucapkan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada:

1. Balitbang Prov. Kalimantan Selatan
2. Bappeda Prov. Kalimantan Selatan
3. Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan
4. BKD Provinsi Kalimantan Selatan

Terima kasih yang tak terhingga saya ucapkan untuk semua pihak yang sudah membantu yang namanya tidak dapat saya sebutkan satu persatu. Semoga Allah SWT membalas semua budi baik kalian semua. Saya sangat berharap disertasi ini dapat memberikan manfaat untuk masyarakat dan menyumbangkan ilmu pengetahuan di bidang Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat. Semoga Allah SWT memberikan rahmatNya untuk kita semua.

Banjarmasin, Desember 2017

Tim Peneliti

DAFTAR ISI

		Halaman
	Lembar Pengesahan	
	Pernyataan	ii
	Kata Pengantar	iii
	Daftar Isi	v
	Daftar Tabel	vii
	Daftar Gambar	x
	Intisari	xi
	<i>Abstract</i>	xii
BAB I	PENDAHULUAN	
	1.1 Latar Belakang	1
	1.2 Tujuan Penelitian	8
	1.3 Manfaat Penelitian	8
BAB II	TINJAUAN PUSTAKA	
	2.1 Tinjauan Pustaka	10
	2.1.1 Perencanaan SDM	10
	2.1.2 Sumber Daya Manusia Kesehatan	10
	2.1.3 konsep Perencanaan Kebutuhan SDM	12
	2.1.4 Puskesmas	15
	2.2 Landasan Teori	20
BAB III	METODE PENELITIAN	
	3.1 Rancangan Penelitian	23
	3.2 Alat dan Bahan Penelitian	24
	3.3 Organisasi Penelitian	24
	3.4 Subjek Penelitian	24
	3.5 Instrumen Penelitian	25

3.6	Variabel Penelitian	25
3.7	Prosedur Penelitian	25
3.8	Teknik Pengumpulan dan Pengelolaan Data	27
3.9	Cara Analisis Data	28
BAB IV	HASIL PENELITIAN	9
4.1	Kondisi Geografis dan Kepadatan Penduduk Prov. Kalimantan Selatan	30
4.2	Jumlah Penduduk dan Pertumbuhan Penduduk Prov. Kalimantan Selatan	33
4.3	Gambaran Status Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan	35
4.4	Jumlah dan Status Puskesmas Berdasarkan Klasifikasi Daerah di Provinsi Kalimantan Selatan	41
4.5	Status Puskesmas Berdasarkan Jenis Puskesmas	45
4.6	Status Akreditasi, Wilayah, dan Tipe Puskesmas di Provinsi Kalimantan Selatan	48
4.7	Hasil Perhitungan Rencana Kebutuhan SDM di Faskes Provinsi Kalimantan Selatan	66
4.8	Hasil Perhitungan Rencana Kebutuhan SDM di Faskes Provinsi Kalimantan Selatan sesuai dengan PMK No 33 tahun 2015	89
4.9	Analisis Kesenjangan Ketersediaan dan Kebutuhan SDM Institusi dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan	104
4.10	Analisis Berdasarkan Jenis SDM, Wilayah Puskesmas, Jenis Puskesmas, dan Persentase Kekurangan	107
4.11	Analisis Berdasarkan IPKM	119
4.12	Analisis Berdasarkan Sebaran Kasus	120
BAB V	PENUTUP	
5.1	Kesimpulan	122

5.2 Rekomendasi Kegiatan

126

DAFTAR TABEL

Tabel		Hal
1	Jumlah SDMKB Berdasarkan Standar Rasio/100.000	11
2	Standar Ketenagaan pada Puskesmas	18
3	Standar Target Rasio Kebutuhan SDMKB	19
4	Jumlah Puskesmas dan Status Puskesmas di 13 Kab/Kota	41
5	Status Puskesmas Berdasarkan Jenis	45
6	Status Akreditasi, Wilayah, dan Tipe Puskesmas di Kota Banjarmasin	48
7	Status Akreditasi, Wilayah, dan Tipe Puskesmas di Kota Banjarbaru	49
8	Status Akreditasi, Wilayah, dan Tipe Puskesmas di Kabupaten Banjar	50
9	Status Akreditasi, Wilayah, dan Tipe Puskesmas di Kabupaten Tapin	52
10	Status Akreditasi, Wilayah, dan Tipe Puskesmas di Kabupaten Hulu Sungai Selatan	53
11	Status Akreditasi, Wilayah, dan Tipe Puskesmas di Kabupaten Hulu Sungai Tengah	54
12	Status Akreditasi, Wilayah, dan Tipe Puskesmas di Kabupaten Hulu Sungai Utara	55
13	Status Akreditasi, Wilayah, dan Tipe Puskesmas di Kabupaten Balangan	56
14	Status Akreditasi, Wilayah, dan Tipe Puskesmas di Kabupaten Tabalong	57

15	Status Akreditasi, Wilayah, dan Tipe Puseksamas di Kabupaten Barito Kuala	58
16	Status Akreditasi, Wilayah, dan Tipe Puseksamas di Kabupaten Tanah Laut	59
17	Status Akreditasi, Wilayah, dan Tipe Puseksamas di Kabupaten Tanah Bumbu	60
18	Status Akreditasi, Wilayah, dan Tipe Puseksamas di Kabupaten Kotabaru	62
19	Jumlah, Jenis, dan Kondisi ideal SDMKB Berdasarkan PMK No 75 Tahun 2014	63
20	Sebaran SDMKB Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas Kota Banjarmasin	66
21	Sebaran SDMKB Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas Kota Banjarbaru	68
22	Sebaran SDMKB Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas Kabupaten Banjar	69
23	Sebaran SDMKB Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas Kabupaten Tapin	71
24	Sebaran SDMKB Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas Kabupaten Hulu Sungai Selatan	73
25	Sebaran SDMKB Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas Kabupaten Hulu Sungai Tengah	75
26	Sebaran SDMKB Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas Hulu Sungai Utara	77
27	Sebaran SDMKB Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas Kabupaten Balangan	79
28	Sebaran SDMKB Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas Kabupaten Tabalong	81
29	Sebaran SDMKB Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas Kabupaten Barito Kuala	82
30	Sebaran SDMKB Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas	84

	Kabupaten Tanah Laut	
31	Sebaran SDM Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas Kabupaten Tanah Bumbu	85
32	Sebaran SDM Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas Kabupaten Kotabaru	88
33	Jenis SDM dan Target Rasio Penduduk Berdasarkan Permenkes No. 33 Tahun 2015	90
34	Jumlah Penduduk di Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Selatan	91
35	Penilaian dan Proyeksi SDM di Kota Banjarmasin	92
36	Penilaian dan Proyeksi SDM di Kota Banjarbaru	93
37	Penilaian dan Proyeksi SDM di Kabupaten Banjar	94
38	Penilaian dan Proyeksi SDM di Kabupaten Tapin	95
39	Penilaian dan Proyeksi SDM di Kabupaten HSS	96
40	Penilaian dan Proyeksi SDM di Kabupaten HST	97
41	Penilaian dan Proyeksi SDM di Kabupaten HSU	98
42	Penilaian dan Proyeksi SDM di Kabupaten Balangan	99
43	Penilaian dan Proyeksi SDM di Kabupaten Tabalong	100
44	Penilaian dan Proyeksi SDM di Kabupaten Barito Kuala	101
45	Penilaian dan Proyeksi SDM di Kabupaten Tanah Laut	102
46	Penilaian dan Proyeksi SDM di Kabupaten Tanah Bumbu	103
47	Penilaian dan Proyeksi SDM di Kabupaten Kotabaru	104
48	Kelebihan SDM Berdasarkan Wilayah	105
49	Jenis SDM, Wilayah Puskesmas, Jenis Puskesmas, dan Persentase Kekurangan	109
50	IPKM Kabupaten/Kota di 13 Wilayah pada Provinsi Kalimantan Selatan	120
51	Jenis Pelatihan yang di Rekomendasikan di Setiap Jenis Tenaga Kesehatan	129
52	Matrik Strategi Pelaksanaan Pemenuhan Sumber Daya	134

Manusia Kesehatan (SDMK) di Tingkat Puskesmas

DAFTAR GAMBAR

Gambar		Hal
1	Peta Provinsi Kalimantan Selatan	31
2	Jumlah Penduduk dan Pertumbuhan Penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan	34

PEMETAAN SUMBER DAYA MANUSIA PADA TINGKAT PUSKESMAS

(Pemetaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) pada Tingkat Puskesmas di Wilayah Provinsi Kalimantan Selatan)

Intisari

Data SDMK Tahun 2017 menyatakan bahwa Puskesmas yang memenuhi standar jumlah SDMK seperti yang di sebutkan Permenkes No.75 tahun 2014 tentang Puskesmas hanya terdapat 11 Puskesmas. Sedangkan yang tidak memenuhi jumlah untuk 9 tenaga kesehatan minimal di sebuah puskesmas ada sebanyak 219 puskesmas. (Dinkes Prov. Kalsel, 2016). Tujuan Umum dari penelitian ini adalah untuk memperoleh gambaran perencanaan pemenuhan kebutuhan SDM kesehatan pada tingkat Puskesmas. Penelitian menggunakan pendekatan kombinasi (*mix method*) antara kuantitatif dan kualitatif dengan desain urutan pembuktian (*sequential explanatory*). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Puskesmas terakreditasi hanya 55 (23,91%), Berdasarkan jumlah SDMK maka kekurangan paling besar di Puskesmas di Provinsi Kalimantan Selatan berdasarkan sebaran wilayah Puskesmas adalah dokter gigi, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga ATLM, dan tenaga farmasi. Rekomendasi kegiatan adalah Menyusun perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan dengan menggunakan Sistem Informasi SDM Kesehatan dan mengajukan formasi CPNS ke Badan Kepegawaian Daerah (BKD) pada utama Kabupaten Banjar, Tanah Bumbu, Balangan, HSU, Tapin, Hulu Sungai Selatan, Hulu Sungai Tengah, Kotabaru ,Tanah Laut, Barito Kuala, Tabalong, Kota Banjarbaru, dan Kota Banjarmasin, Serta Perlunya penambahan Dokter gigi, Kesehatan masyarakat, farmasi, Kesehatan Lingkungan, ATML, Bidan, Perawat, Dokter Umum.

Kata Kunci: Pemetaan, Sumber Daya Manusia, Puskesmas

MAPPING OF HUMAN RESOURCES IN PUBLIC HEALTH CENTER LEVEL

(Health Human Resources Mapping at Public Health Center Level in South Kalimantan Province)

Abstrak

Data SDM Year 2017 states that Public Health Center that meet the standard number of SDM as mentioned Permenkes No.75 of 2014 about Public Health Center there are only 11 Public Health Center. While those who do not meet the number of 9 health personnel at a minimum of 211 health centers there are 219 health centers. (Health Office of South Kalimantan, 2016). General purpose of this research is to get description of planning fulfillment of requirement of health human resources at level of Puskesmas. The research uses a combination approach (mix method) between quantitative and qualitative with sequence explanatory design. The results of this study indicate that the accredited Puskesmas is only 55 (23.91%). Based on the number of SDM, the biggest deficiency in Puskesmas in South Kalimantan Province based on the distribution of Puskesmas area is dentist, public health personnel, ATLM personnel, and pharmacy staff. Activity recommendation is to arrange health human resource requirement planning by using Health HR Information System and submit CPNS formation to Regional Personnel Board (BKD) on main Regency of Banjar, Tanah Bumbu, Balangan, Hulu Sungai Utara, Tapin, Hulu Sungai Selatan, Hulu Sungai Tengah, Kotabaru, Tanah Laut, Barito Kuala, Tabalong, Banjarbaru City, and Banjarmasin City, As well as the Need for Dentist Addition, Public Health, Pharmacy, Environmental Health, ATML, Bldan, Nurse, General Practitioner.

Keywords: Mapping, Human Resources, Public Health Center.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan bidang SDM kesehatan merupakan salah satu isu utama yang mendapat perhatian terutama yang terkait dengan jumlah, jenis dan distribusi, selain itu juga terkait dengan pembagian kewenangan dalam pengaturan SDM Kesehatan (PP Nomor 38 tahun 2000 dan PP Nomor 41 tahun 2000). Oleh karena itu diperlukan penanganan yang lebih seksama yang didukung dengan regulasi yang memadai dan pengaturan insentif, reward-punishment, dan sistem pengembangan karier. (Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Kalsel 2016-2021).

Permasalahan pada bidang kesehatan sering kali dikaitkan dengan ketidakadilan dalam penyediaan dan penyebaran fasilitas pelayanan kesehatan serta sumber daya kesehatan. Padahal setiap orang berhak memperoleh kesehatan yang sama tanpa membedakan ras, suku, dan status sosial ekonomi. *World Health Organization* (WHO) mencetuskan bahwa dengan adanya keadilan penyediaan dan penyebaran fasilitas kesehatan akan memperkecil kesenjangan antar kelompok masyarakat dalam bidang kesehatan. Ketidakmerataan fasilitas pelayanan kesehatan dan sumber daya kesehatan akan menimbulkan potensi melebarnya ketidakadilan di bidang kesehatan (Whitehead,1991).

Salah satu upaya pemerintah untuk mewujudkan kesehatan sesuai dengan cita-cita Bangsa Indonesia, yaitu dengan dikeluarkannya Peraturan Presiden RI Nomor 33 tahun 2015 tentang penyusunan perencanaan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan. Penyusunan perencanaan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan ini harus didukung dengan adanya sumber daya manusia (SDM) dan sarana fasilitas kesehatan yang kemudian tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 81/MENKES/SK/I/2004 tentang pedoman

penyusunan perencanaan sumber daya manusia kesehatan di tingkat provinsi, kabupaten/kota serta rumah sakit yang bertujuan untuk pemerataan sumber daya manusia kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan sehingga tercapai derajat kesehatan masyarakat (Permenkes, 2015).

Masalah yang dihadapi saat ini dalam pengembangan SDM kesehatan khususnya tenaga kesehatan di Indonesia salah satunya adalah jumlah SDM kesehatan belum dapat mencukupi SDM sebagai pemberi pelayanan kesehatan dan ketidak seimbangan antara jumlah SDM kesehatan dengan jumlah penduduk yang ada di daerah masing-masing. Hal ini berdasarkan data dari Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia (BPPSDM) Kementerian Kesehatan RI tahun 2015, jumlah SDM kesehatan di Indonesia masih kurang dan distribusinya belum merata (5). Pada tahun 2015 kekurangan dokter umum, dokter gigi, perawat dan bidan di puskesmas masing-masing 2557, 4697, 4246 dan 3760 orang (Kapusrengum BPPSDM, 2013).

Provinsi Kalimantan Selatan terbagi dalam 3 area yang terdiri dari daerah perkotaan dan sungai (Kota Banjarmasin, Kota Banjarbaru dan Kabupaten Banjar), daerah dataran tinggi (Kabupaten Tapin, Kabupaten Hulu Sungai Selatan, Kabupaten Hulu Sungai Utara, Kabupaten Balangan dan Kabupaten Tabalong) dan daerah pesisir laut (Kabupaten Tanah Laut, Kabupaten Tanah Bumbu, dan Kabupaten Kotabaru). Dengan adanya bentang alam tersebut, merupakan salah satu penyebab persebaran tenaga kesehatan di Provinsi Kalimantan Selatan belum merata dan masih terdapat puskesmas di daerah terpencil (Profil DIInkes Prov. Kalsel, 2015)

Ketersediaan puskesmas di provinsi Kalimantan Selatan tahun 2016 sebanyak 230 puskesmas terregistrasi dan 5 puskesmas pengembangan dalam proses registrasi dengan jumlah puskesmas perawatan sebanyak 51, poned 31 , rumah sakit pemerintah sebanyak 16 dan rumah sakit

swasta sebanyak 19. Terdapat 28 buah puskesmas terpencil yang tersebar di kabupaten Banjar (1 buah), di Kabupaten Hulu Sungai Selatan (2 buah), di Kabupaten Hulu Sungai Utara (1 buah), di Kabupaten Balangan (1 buah, di Kabupaten Barito Utara (2 buah), di Kabupaten Kota Baru (18 buah) dan di Tanah Bumbu (3 buah). Dari data tersebut dapat dilihat bahwa Puskesmas terpencil lebih banyak tersebar pada area dataran tinggi dan pesisir laut. Selain itu, jumlah tenaga kesehatan di daerah dataran tinggi dan pesisir laut lebih sedikit dibandingkan daerah perkotaan (Dinkes Prov, 2015)

Kualitas Sumber Daya Manusia di Provinsi Kalimantan Selatan, yang diukur dari angka Indeks Pembangunan Manusia (IPM) meningkat dari 65,2 (2010) menjadi 67,63 (2014) dengan kategori sedang tetapi masih di bawah angka IPM nasional yang telah mencapai 68,9 (dari 4 kategori IPM, yaitu Sangat tinggi, tinggi, sedang, dan rendah). Dengan urutan ke-26 dari 33 Provinsi Secara regional posisinya juga berada di bawah provinsi Kalimantan Timur, Kalimantan Tengah dan Kalimantan Utara di Indonesia Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPM) yang menduduki Indeks Kualitas Lingkungan Hidup (IKLH) dengan Skor 55,6 dibawah skor nasional yaitu 62,5 (Menteri Lingkungan Hidup Tahun 2013) (BPS dan Bappenas Tahun 2015) (RPJMD, 2016).

Tertinggalnya angka IPM tersebut terutama disebabkan oleh indikator Angka Harapan Hidup masyarakat Kalimantan Selatan yang pada Tahun 2014 posisinya masih jauh berada di bawah secara nasional, yaitu sebesar 67,47 tahun dibandingkan dengan angka rata-rata nasional yang sudah mencapai 70,59 tahun. disamping angka Angka Rata-rata Lama Sekolah yang juga masih perlu ditingkatkan, karena sebagian besar penduduk yang bekerja hanya memiliki pendidikan SD atau sederajat mencapai 33,42 % dan bahkan yang tidak pernah sekolah atau tidak tamat SD mencapai 19,01 %. (RPJMD, 2016).

Kondisi pencapaian indikator kesehatan dan pendidikan tersebut, antara lain disebabkan oleh faktor sosial budaya masyarakat yang relatif kurang mendukung terhadap akselerasi pencapaian IPM Kalimantan Selatan. Pada sisi lain sejalan dengan berjalannya MEA, maka tingkat keterampilan penduduk usia kerja, juga harus mendapatkan perhatian khusus kedepannya, masyarakat Kalimantan Selatan dapat bersaing secara nasional dan ASEAN (RPJMD, 2016).

Data IPM kabupaten/kota adalah ada hanya 2 kabupaten yang memenuhi standar nasional yaitu Banjarmasin dan kota Banjarbaru kab/kota yang memenuhi data IPM 68,9 dan hanya 6 kab/kota yang IPKM sesuai dengan standar nasional 0,4857 yaitu Banjarmasin, Kota Banjarbaru, Tapin, Hulu Sungai Utara, Hulu Sungai Tengah, Hulu Sungai Selatan, Tabalong, maka perlunya dukungan SDM dalam penguatan IPKM. Tingginya angka kematian ibu sebanyak 90 orang selama tahun 2016 dengan kematian tersebar di 13 kab/kota dan kematian balita sebanyak 754 orang dengan angka kematian tertinggi di kabupaten kab banjar 129 orang, barito kuala 84 orang, dan tanah laut 80 orang dan umur harapan umur terendah di hulu sungai utara 62,09, hulu sungai selatan 63,6 dan hulu Sungai tengah 64,3 dari 13 kab/kota. Indikator lainnya yaitu kesehatan balita 0,5899 rendah dibandingkan indikator nasional 0,6114, kesehatan reproduksi 0,4271 rendah dibandingkan indikator nasional 0,4756, pelayanan kesehatan 0,2400 rendah dibandingkan indikator nasional 0,3808, perilaku kesehatan 0,3442 rendah dibandingkan indikator nasional 0,3652, penyakit tidak menular 0,5754 rendah dibandingkan indikator nasional 0,6267, penyakit menular 0,7345 rendah dibandingkan indikator nasional 0,7507, kesehatan lingkungan 0,4889 rendah dibandingkan indikator nasional 0,5430 (Bappeda, 2015)

Provinsi Kalimantan Selatan terbagi dalam 3 area yang terdiri dari daerah perkotaan dan sungai (Kota Banjarmasin, Kota Banjarbaru dan Kabupaten Banjar), daerah dataran tinggi (Kabupaten Tapin, Kabupaten Hulu Sungai Selatan, Kabupaten Hulu Sungai Utara, Kabupaten Balangan

dan Kabupaten Tabalong) dan daerah pesisir laut (Kabupaten Tanah Laut, Kabupaten Tanah Bumbu, dan Kabupaten Kotabaru). Dengan adanya bentang alam tersebut, merupakan salah satu penyebab persebaran tenaga kesehatan di Provinsi Kalimantan Selatan belum merata dan masih terdapat puskesmas di daerah terpencil (Profil Dinkes Prov. Kalsel, 2015).

Ketersediaan puskesmas di provinsi Kalimantan Selatan tahun 2016 sebanyak 230 puskesmas terregistrasi dan 5 puskesmas pengembangan dalam proses registrasi dengan jumlah puskesmas perawatan sebanyak 51, poned 31 , rumah sakit pemerintah sebanyak 16 dan rumah sakit swasta sebanyak 19. Terdapat 28 buah puskesmas terpencil yang tersebar di kabupaten Banjar (1 buah), di Kabupaten Hulu Sungai Selatan (2 buah), di Kabupaten Hulu Sungai Utara (1 buah), di Kabupaten Balangan (1 buah, di Kabupaten Barito Utara (2 buah), di Kabupaten Kotabaru (18 buah) dan di Tanah Bumbu (3 buah). Dari data tersebut dapat dilihat bahwa Puskesmas terpencil lebih banyak tersebar pada area dataran tinggi dan pesisir laut. Selain itu, jumlah tenaga kesehatan di daerah dataran tinggi dan pesisir laut lebih sedikit dibandingkan daerah perkotaan (Profil Dinkes Prov. Kalsel, 2015).

Masalah yang dihadapi saat ini dalam pengembangan SDM kesehatan khususnya tenaga kesehatan di Indonesia salah satunya adalah jumlah SDM kesehatan belum dapat mencukupi SDM sebagai pemberi pelayanan kesehatan dan ketidak seimbangan antara jumlah SDM kesehatan dengan jumlah penduduk yang ada di daerah masing-masing. Dimana diketahui bahwa jumlah Puskesmas sangat terpencil sebanyak 73, Sedangkan untuk daerah pedesaaan sebanyak 104, dan perkotaan sebanyak 53. Berdasarkan data dari Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia (BPPSDM) Kementerian Kesehatan RI tahun 2015, jumlah SDM kesehatan di Indonesia masih kurang dan distribusinya belum merata (5). Pada tahun 2015 kekurangan

dokter umum, dokter gigi, perawat dan bidan di puskesmas masing-masing 2557, 4697, 4246 dan 3760 orang (BPPSDM, 2013).

Data SDM tahun 2017 dilapangan menyatakan bahwa Puskesmas yang memenuhi standar jumlah SDM seperti yang di sebutkan Permenkes No.75 tahun 2014 tentang Puskesmas hanya terdapat 11 Puskesmas, yang terdiri dari 7 Puskesmas berada di Kabupaten Banjar, 2 puskesmas di Kabupaten Hulu Sungai Selatan, 2 Puskesmas di Kabupaten Balangan dan 1 puskesmas di Kabupaten Tapin. Sedangkan yang tidak memenuhi jumlah untuk 9 tenaga kesehatan minimal di sebuah puskesmas ada sebanyak 219 puskesmas. (Dinkes Prov. Kalsel, 2016).

Kementerian Kesehatan selaku pemerintah yang bertanggung jawab dalam bidang kesehatan untuk mendukung pelaksanaan tersebut berkewajiban menyiapkan sarana dan prasarana termasuk SDM Kesehatan yang akan bertugas. Berbagai upaya dilakukan untuk peningkatan fasilitas pelayanan kesehatan dalam persiapan pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), salah satunya adalah perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan pada tingkat puskesmas seperti dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kesehatan lingkungan, dan tenaga gizi (BPPSDM, 2013).

Upaya penguatan kesehatan dasar melalui peningkatan SDM dengan perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan pada tingkat puskesmas melalui pemerataan jumlah dan jenis SDM , sebaran dan kualitas SDM di semua Kab/Kota baik dikota , dipedesaan, daerah terpencil atau pun sangat terpencil agar adanya pemerataan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar SDM yang tertuang dalam PMK no 33 tahun 2015 yaitu ketersediaan tenaga dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, perawat gigi, apoteker, asisten apoteker, SKM, sanitarian, ahli gizi, keterampilan fisik, keterampilan medis (PMK, 2013).

Perencanaan berguna untuk menterjemahkan strategi usaha menjadi kebutuhan sumber daya manusia baik kualitatif maupun kuantitatif. Maka analisis perencanaan SDM diperlukan untuk mencapai tujuan seperti yang

tercantum dalam RPJMD. Upaya harmonisasi dan sinkronisasi perencanaan bidang sumber daya manusia kesehatan dalam RPJMD dan RPJMN dilakukan dengan memastikan indikator, kegiatan, dan program yang tertuang dalam RPJMN bidang kesehatan tercermin juga dalam RPJMD. Analisis perencanaan SDM dalam RPJMD perlu sejalan dengan RPJMN tetapi tidak menutup ruang bagi Daerah untuk melaksanakan solusi sesuai kebutuhan daerah dalam pembangunan bidang SDM kesehatan sesuai dengan karakteristik dan kebutuhan daerah masing-masing (BPPSDM, 2013).

Penelitian yang dilakukan oleh Sunarta (2011) menjelaskan bahwa perencanaan yang baik akan menghasilkan tingkat efektivitas dan efisiensi pencapaian tujuan organisasi. Sebaliknya, perencanaan yang tidak baik hanya akan melahirkan biaya tinggi dan penggunaan sumber daya lain yang sangat besar. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Ghilman (2013) mengemukakan bahwa ada beberapa faktor penghambat dan pendukung perencanaan. Salah satu faktor pendukung tersebut adalah potensi kemampuan SDM dalam membuat perencanaan dan faktor penghambatnya adalah pekerja yang memiliki 2 pekerjaan sekaligus (Sunarta, 2013).

Perencanaan SDM Kesehatan yang baik perlu dilakukan di waktu yang akan datang. Begitu pula dengan memperhatikan struktur organisasi yang ada saat ini, dan adanya perkembangan permasalahan kesehatan perkotaan, koordinasi lintas sektor dan lintas program, teknik informasi yang belum tersedia di semua Puskesmas dan teraplikasi dengan baik, adanya era globalisasi yang menyebabkan persaingan bebas dan terbukanya dunia informasi, maka SDM Kesehatan yang ada di Dinas Kesehatan belum memenuhi dalam kuantitas dan kualitas, serta pendistribusian, maupun penda penggunaannya belum sesuai potensi dan kebutuhan pemberdayaan SDM Identifikasi permasalahan berdasarkan tugas dan fungsi pelayanan SKPD faktor kesehatan masyarakat merupakan faktor penting dalam pelaksanaan

program pembangunan. Kualitas kesehatan yang baik akan memberikan sumber daya manusia yang siap untuk melaksanakan pembangunan suatu negara. Penanganan kesehatan yang sinergis dengan faktor lingkungan menjadi penting mengingat bahwa pada pelaksanaannya upaya penanganan kesehatan disamping upaya kuratif berupa pengobatan setelah masyarakat terkena penyakit, ada pula upaya *promotif* dan *preventif* sebagai upaya peningkatan kualitas dan menjaga kesehatan masyarakat agar tidak mudah terjangkiti penyakit. (Renstra Dinkes Prov. Kalsel 2016-2021).

Berdasarkan permasalahan diatas maka perlu dilakukan analisis mengenai bagaimana perencanaan SDM Kesehatan pada tingkat puskesmas di Provinsi Kalimantan Selatan yang mengacu pada visi dan misi kepala daerah terpilih, Permendagri RI No 86 tahun 2017, RPJP, RPJMD, Peraturan Menteri Kesehatan No 33 tahun 2015.

1.2 Tujuan

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Menggali permasalahan dan isu strategis perencanaan pemenuhan SDM Kesehatan di Kalimantan Selatan
- b. Pemetaan sinkronisasi indikator pemenuhan SDM dalam Renstra Dinkes Provinsi 2016-2021 dengan RPJMD 2016–2021, RPJMN, RPJD, Visi-Misi Kepala Daerah dan Permenkes tentang SDM.
- c. Penilaian dan penetapan Indikator pemenuhan SDM Kesehatan di Kalimantan Selatan yang termuat dalam Renstra Dinkes Provinsi
- d. Rekomendasi program kegiatan dalam pencapaian indikator pemenuhan SDM kesehatan di Kalimantan Selatan.

1.3 Manfaat

Adapun manfaat dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Mengetahui permasalahan dan isu strategis dalam hal perencanaan pemenuhan SDM Kesehatan di Kalimantan Selatan

- b. Terbentuknya pemetaan sinkronisasi indikator pemenuhan SDM dalam renstra Dinkes Provinsi 2016-2021 dengan RPJMD 2016-2021, RPJMD, Visi-Misi kepala Daerah, dan Permenkes tentang SDM.
- c. Terbentuknya penilaian dan indikator pemenuhan SDM Kesehatan di Provinsi Kalimantan Selatan yang termuat dalam Renstra Dinkes Provinsi
- d. Memberikan rekomendasi program kegiatan dalam pencapaian indikator pemenuhan SDM kesehatan di Kalimantan Selatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Perencanaan SDM

Perencanaan Kebutuhan SDM adalah proses sistematis dalam upaya menetapkan jumlah, jenis, dan kualifikasi SDM yang dibutuhkan sesuai dengan kondisi suatu wilayah dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Perencanaan Kebutuhan SDM ditingkat Institusi adalah perencanaan kebutuhan SDM yang dilakukan dalam lingkup suatu institusi kesehatan. Perencanaan Kebutuhan SDM di tingkat kabupaten/kota adalah proses perencanaan kebutuhan SDM menurut jenis, jumlah, dan kualifikasi yang dilakukan dalam lingkup kabupaten/kota. Perencanaan Kebutuhan SDM di tingkat Provinsi adalah proses perencanaan kebutuhan SDM menurut jenis, jumlah, dan kualifikasi yang dilakukan dalam lingkup Provinsi. Perencanaan Kebutuhan SDM berjenjang adalah proses perencanaan kebutuhan SDM yang dilakukan dari tingkat institusi ke tingkat Kabupaten/kota kemudian dilanjutkan ke tingkat Provinsi dan terakhir di tingkat nasional. Perencanaan Tenaga Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.

2.1.2 Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan

a. Pengertian Sumber Daya Manusia

Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan salah satu faktor yang sangat penting dalam suatu organisasi disamping faktor yang lain seperti modal. Oleh karena itu, SDM harus dikelola dengan baik untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi organisasi, sebagai salah satu fungsi dalam organisasi yang dikenal dengan manajemen SDM. SDM kesehatan menurut Sistem Kesehatan Nasional (SKN) 2004 adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan, pendidikan, dan pelatihan serta pendayagunaan tenaga kesehatan secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Adhi, 2010).

Menurut *World Health Report* (WHR), SDM kesehatan terdiri dari pelaksana pelayanan kesehatan, tenaga manajemen dan administrasi kesehatan, dan tenaga pendukung/penunjang. SDM kesehatan terdiri atas tenaga tenaga kesehatan yaitu dokter, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, ahli teknologi laboratorium medik, tenaga gizi, tenaga kefarmasian dan tenaga non kesehatan yang harus mendukung kegiatan ketatausahaan, administrasi keuangan, sistem informasi dan kegiatan operasional lain (Adhi, 2010).

b. Jumlah SDM kesehatan

Permasalahan jumlah sumber daya manusia kesehatan mengacu pada Kepmenkes No. 81/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan di Tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit, terutama dengan mengacu pada metode perhitungan kebutuhan tenaga berdasarkan pendekatan rasio terhadap nilai tertentu.

Tabel 1 Jumlah SDM Kesehatan Berdasarkan Standar Rasio/100.000 Penduduk

NO	SDM Kesehatan	Standar Rasio /100.000
1	Dokter Umum	48

2	Dokter Gigi	11
3	Perawat	158
4	Bidan	75
5	Sanitarian	15
6	Tenaga Gizi	24

Sumber: Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2011-2025

2.1.3 Konsep Perencanaan Kebutuhan SDM

a. Perencanaan Kebutuhan SDM

Seperti konsep perencanaan pada umumnya, perencanaan kebutuhan SDM merupakan penetapan langkah-langkah sebagai jawaban atas 6 (enam) buah pertanyaan yang lazim dikenal sebagai 5W + 1 H, yaitu:

- 1) tindakan apa yang harus dikerjakan (*WHAT*)
- 2) apakah sebabnya tindakan itu dikerjakan (*WHY*)
- 3) dimanakah tindakan itu akan dilakukan (*WHERE*)
- 4) bilamana tindakan itu dikerjakan (*WHEN*)
- 5) siapa yang akan mengerjakan tindakan itu (*WHO*)
- 6) bagaimana pelaksanaannya (*HOW*)

Mondy dan Noe (1995) mendefinisikan Perencanaan SDM sebagai proses yang secara sistematis mengkaji keadaan sumberdaya manusia untuk memastikan bahwa jenis, jumlah dan kualitas dengan ketrampilan yang tepat, akan tersedia pada saat mereka dibutuhkan. George Milkovich dan Paul C. Nystrom (Dale Yoder, 1981) mendefinisikan bahwa perencanaan tenaga kerja adalah proses peramalan, pengembangan, pengimplementasian dan pengontrolan yang menjamin perusahaan mempunyai kesesuaian jumlah pegawai, penempatan pegawai secara benar, waktu yang tepat, yang secara otomatis lebih bermanfaat.

Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa perencanaan kebutuhan SDM adalah adalah proses sistematis dalam

upaya menetapkan, jumlah, dan kualifikasi SDMK yang dibutuhkan sesuai dengan kondisi suatu wilayah dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan.

b. Tujuan dan Manfaat Perencanaan Kebutuhan SDMK

Perencanaan Kebutuhan SDMK bertujuan untuk menghasilkan rencana kebutuhan SDMK yang tepat meliputi jenis, jumlah, dan kualifikasi sesuai kebutuhan organisasi berdasarkan metode perencanaan yang sesuai dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan.

Perencanaan SDMK dapat memberikan beberapa manfaat baik bagi unit organisasi maupun bagi pegawai. Manfaat-manfaat tersebut antara lain:

1. Manfaat bagi institusi

- a) bahan penataan/penyempurnaan struktur organisasi;
- b) bahan penilaian prestasi kerja jabatan dan prestasi kerja unit;
- c) bahan penyempurnaan sistem dan prosedur kerja;
- d) bahan sarana peningkatan kinerja kelembagaan;
- e) bahan penyusunan standar beban kerja; jabatan/kelembagaan;
- f) penyusunan rencana kebutuhan pegawai secara riil sesuai dengan beban kerja organisasi
- g) bahan perencanaan mutasi pegawai dari unit yang berlebihan ke unit yang kekurangan
- h) bahan penetapan kebijakan dalam rangka peningkatan pendayagunaan sumber daya manusia.

2. Manfaat bagi wilayah

- a) Bahan perencanaan distribusi;
- b) Bahan perencanaan redistribusi (pemerataan);
- c) Bahan penyesuaian kapasitas produksi;
- d) Bahan pemenuhan kebutuhan SDMK;
- e) Bahan pemetaan kekuatan/potensi SDMK antar wilayah;

f) Bahan evaluasi dan penetapan kebijakan pemerataan, pemanfaatan, dan pengembangan SDM.

c. Metode Perencanaan Kebutuhan SDM

Metode perencanaan SDM dikelompokkan sebagai berikut:

- 1) Metode berdasarkan Institusi, yang digunakan adalah: Analisis Beban Kerja Kesehatan (ABK Kes), dan Standar Ketenagaan Minimal.
- 2) Metode berdasarkan Wilayah
Metode yang digunakan adalah Metode "Ratio Penduduk" yakni Rasio Tenaga Kesehatan terhadap Jumlah Penduduk di suatu wilayah

d. Faktor yang mempengaruhi Proses Perencanaan SDM

a) Umur

Umur berpengaruh terhadap kinerja individu, pada usia 40-54 tahun individu memasuki tahap perawatan yang ditandai dengan usaha stabilisasi dari hasil usaha masa lampaunya. Pada tahap ini individu membutuhkan penghargaan, sebagian individu merasa tidak nyaman secara psikologi pada masa ini yang diakibatkan oleh pengalaman kritis dimasa karirnya yang ditandai individu tidak mencapai kepuasan dalam masa kerjanya, kesehatan yang buruk dan perasaan khawatir akan masa kerjanya. Sehingga sebagian individu merasa tidak membutuhkan peningkatan kinerja sampai dengan masa penarikan (Puji, 2008).

b) Pengetahuan SDM

Pengetahuan adalah keadaan mengetahui, mengenal fakta, kebenaran atau keadaan. Ilmu pengetahuan adalah keseluruhan pengetahuan manusia yang telah disusun secara sistematis, metodologis dan dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya. Ilmu pengetahuan berupaya untuk menjelaskan berbagai peristiwa di jagad raya ini secara logis dan sistematis atau untuk menjelaskan sebab dan akibat dari peristiwa yang terjadi. Dari batasan-batasan tersebut dapat dilihat bahwa pengetahuan meliputi aspek atau objek yang sangat luas,

dapat berubah dan berkembang sesuai dengan kebutuhan, pengalaman serta tinggi rendahnya informasi tentang objek tersebut dilingkungannya (Puji, 2008).

c) Keterampilan SDM

Dalam pengukuran kinerja, perlu diidentifikasi berdasarkan kompetensinya. Kompetensinya SDM adalah Kompetensi yang berhubungan dengan pengetahuan, keterampilan, kemampuan dan karakteristik kepribadian yang berpengaruh langsung terhadap kinerjanya. Organisasi memperkerjakan orang karena keterampilan mereka, dan biasanya ditempatkan pada pekerjaan berdasarkan keterampilannya. Untuk mencapai kinerja yang tinggi dibutuhkan jenis keterampilan dengan keahlian teknis, selain keterampilan memecahkan masalah dan mengambil keputusan serta keterampilan interpersonal. Kombinasi tepat dari ketiganya merupakan hal penting, karena bila hanya satu keterampilan yang menonjol dapat menurunkan kinerja (Permenkes, No. 75, 2014).

d) Motivasi SDM

Motivasi ialah konsep yang menguraikan tentang kekuatan-kekuatan yang ada dalam diri karyawan yang memulai dan mengarahkan perilaku. Motivasi diartikan sebagai suatu sikap (*attitude*) pimpinan dan karyawan terhadap situasi kerja (*situation*) di lingkungan organisasinya. Mereka yang bersikap positif terhadap situasi kerjanya akan menunjukkan motivasi kerja tinggi dan sebaliknya jika mereka bersikap negatif terhadap situasi kerjanya akan menunjukkan motivasi kerja yang rendah. Situasi kerja yang dimaksud mencakup antara lain hubungan kerja, fasilitas kerja, kebijakan pimpinan, pola kepemimpinan kerja dan kondisi kerja (Puji, 2008).

2.1.4 Puskesmas

1) Pengertian dan wilayah kerja puskesmas

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pengembangan kesehatan di suatu wilayah kerja. Sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas kesehatan kabupaten/kota (UPTD), puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas operasional dinas kesehatan kabupaten/kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia. Puskesmas menyelenggarakan pembangunan kesehatan dalam upaya meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal bagi bangsa Indonesia (Sunarta, 2013).

Puskesmas merupakan perangkat Pemerintah Daerah Tingkat II, sehingga pembagian wilayah kerja Puskesmas ditetapkan oleh Bupati atau Walikota, dengan saran teknis dari kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sasaran penduduk yang dilayani oleh sebuah puskesmas rata-rata 30.000 orang. Untuk perluasan jangkauan pelayanan kesehatan maka puskesmas perlu ditunjang dengan unit pelayanan kesehatan yang lebih sederhana yang disebut puskesmas pembantu dan puskesmas keliling (Sunarta, 2013).

2) Fungsi Puskesmas

Adapun fungsi dari puskesmas diantaranya adalah sebagai (23):

a) Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan

Puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan. Di samping itu, puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya. Khusus untuk pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

Puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan, dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk pembiayaannya, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat ini diselenggarakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat.

b) Pusat pelayanan kesehatan strata pertama

Puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggungjawab puskesmas meliputi:

- 1) Pelayanan kesehatan perorangan. Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan yang bersifat pribadi (*private goods*) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap.
- 2) Pelayanan kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan yang bersifat publik (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa serta berbagai program kesehatan masyarakat lainnya.

e. Standar SDM Berdasarkan Permekes No 75 tahun 2014

Standar Ketenagaan Minimal SDM Puskesmas berdasarkan Permenkes No.75 tahun 2014 tentang Puskesmas, sebagai berikut:

Tabel 2 Standar Ketenagaan pada Puskesmas

No	Jenis Tenaga	Puskesmas Kawasan Perkotaan		Puskesmas Kawasan Pedesaan		Puskesmas Kawasan Terpencil, dan Sangat Terpencil	
		Non RI	RI	Non RI	RI	Non RI	RI
1	Dokter atau Dokter Layanan Primer	1	2	1	2	1	2
2	Dokter gigi	1	1	1	1	1	1
3	Perawat	5	8	5	8	5	8
4	Bidan	4	7	4	7	4	7
5	Tenaga Kesmas	2	2	1	1	1	1
6	Tenaga Kesling	1	1	1	1	1	1
7	Ahli Teknologi Lab. Medik	1	1	1	1	1	1
8	Tenaga Gizi	1	2	1	2	1	2
9	Tenaga Kefarmasian	1	2	1	1	1	1

10	Tenaga Administrasi	3	3	2	2	2	2
11	Pekarya	2	2	1	1	1	1
	Jumlah	22	31	19	27	19	27

Keterangan:

Standar ketenagaan sebagaimana tersebut diatas:

- 1) merupakan kondisi minimal yang diharapkan agar Puskesmas dapat terselenggara dengan baik.
- 2) belum termasuk tenaga di Puskesmas Pembantu dan Bidan Desa.

Tabel 3 Standar Target Ratio Kebutuhan SDM Tahun 2014, 2019, dan 2025 (Kepmenko Bidang Kesra No. 54 Tahun 2013)

No	Jenis Tenaga Kesehatan	Target Ratio per 100.000 Penduduk (Kepmenko Bidang Kesra No. 54 Tahun 2013)		
		2014	2019	2025
1	Dokter Spesialis	10	11	12
2	Dokter Umum	40	45	50
3	Dokter Gigi	12	13	14
4	Perawat	158	180	200
5	Bidan	100	120	130
6	Perawat Gigi	15	18	21
7	Apoteker	9	12	15
8	SKM	18	24	30
9	Sanitarian	13	16	18
10	Nutrisions/ Ahli Gizi	15	18	20
11	Keterapian Fisik	10	14	18
12	Keterapian Medis	4	5	6
	Jumlah	14	16	18

Standar ketenagaan tersebut digunakan sebagai dasar perhitungan kebutuhan SDM (masing-masing jenis SDM) Proyeksi Jangka Menengah Tahun 2014-2019 dan Tahun 2019-2025.

2.2 Landasan Teori

Salah satu permasalahan yang masih dihadapi dalam pengembangan SDM Kesehatan khususnya tenaga kesehatan di Indonesia adalah jumlah SDM Kesehatan belum dapat mencukupi kebutuhan pelayanan kesehatan yang ada. Berdasarkan data dari Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia (BPPSDM) Kementerian Kesehatan RI tahun 2014, jumlah SDM kesehatan di Indonesia masih kurang dan distribusinya belum merata. Salah satu penyebab terjadinya hal tersebut karena belum tercukupinya jumlah SDM Kesehatan pada tingkat puskesmas sehingga kebutuhan penduduk terhadap jumlah SDM Kesehatan pada tingkat puskesmas belum dapat terpenuhi, dengan mempertimbangkan aspek kemudahan dan keoptimalan dalam pelayanan kesehatan (Chandra B, 2008).

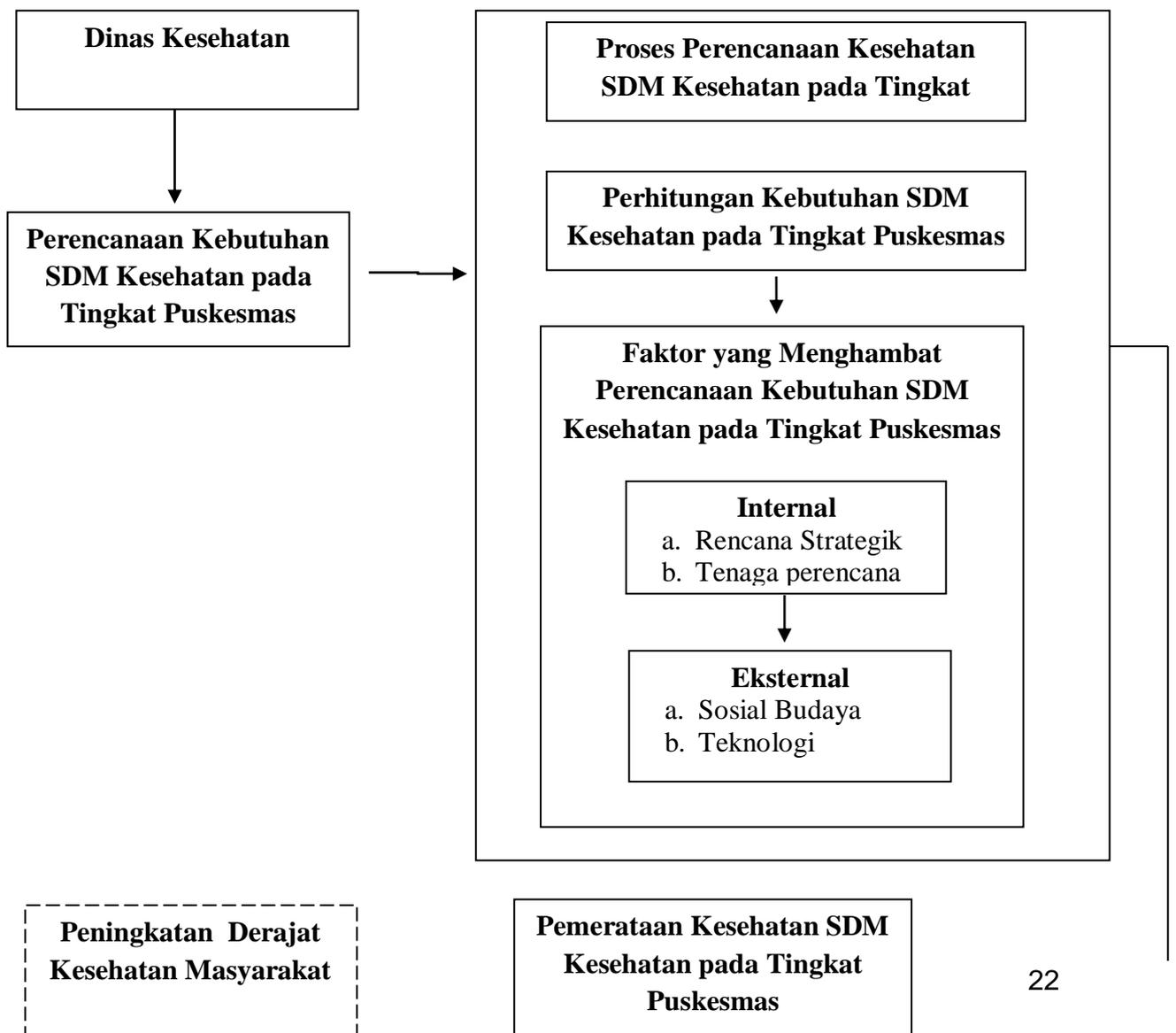
Perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan pada tingkat puskesmas di wilayah Kota Banjarbaru perlu dilakukan. SDM Kesehatan pada tingkat puskesmas sebagai pelaksana penting dalam pelayanan kesehatan seperti dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kesehatan lingkungan, dan tenaga gizi Perencanaan adalah proses menentukan suatu kebutuhan dan cara untuk memenuhi kebutuhan tersebut untuk

mencapai suatu tujuan. Penelitian yang dilakukan oleh Sunarta (2011) menjelaskan bahwa perencanaan yang baik akan menghasilkan tingkat efektivitas dan efisiensi pencapaian tujuan organisasi.

Perencanaan tersebut meliputi proses perencanaan SDM Kesehatan pada tingkat puskesmas yang berpedoman pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 33/MENKES/SK/I/2015, perhitungan kebutuhan SDM Kesehatan pada tingkat puskesmas yang mengacu pada Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2011-2025 dan faktor yang menghambat pada proses perencanaan dari segi internal yaitu rencana strategik serta segi eksternal yang meliputi sosial budaya dan teknologi.

Puskesmas sebagai unit pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau bagi masyarakat dan pelaksana upaya kesehatan secara menyeluruh yaitu *kuratif, promotif, preventif* dan *rehabilitatif* harus didukung dengan jumlah SDM Kesehatan yang terpenuhi bagi seluruh penduduk sehingga pelayanan akan menjadi lebih maksimal dan berdampak besar bagi peningkatan status kesehatan masyarakat (Whitehead, 1991).

Berdasarkan landasan teori di atas, maka penelitian Analisis Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan pada Tingkat Puskesmas di Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2015 menggunakan kerangka konsep sebagai berikut.





Keterangan:

= Variabel yang Diteliti

= Variabel yang Tidak Diteliti

BAB III

METODELOGI PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian menggunakan pendekatan kombinasi (*mix method*) antara kuantitatif dan kualitatif dengan desain urutan pembuktian (*sequential explanatory*). Tujuan desain urutan pembuktian adalah untuk mengidentifikasi komponen konsep (sub konsep) melalui analisis data kuantitatif dan kemudian mengumpulkan data kualitatif untuk memperluas informasi yang ingin didapatkan. Penelitian ini dimulai dengan pengumpulan dan analisis data kuantitatif terlebih dahulu, yang diikuti dengan pengumpulan dan analisis data kualitatif. Data kualitatif berfungsi untuk menjelaskan dan menafsirkan temuan dari metode kuantitatif (Chandra, 2008).

Penelitian kuantitatif berperan untuk memperoleh data kuantitatif yang terukur dan bersifat deskriptif. Analisis kuantitatif secara deskriptif tidak dimaksudkan untuk menguji hipotesis tertentu tetapi hanya menggambarkan apa adanya tentang suatu variabel atau keadaan. Secara kuantitatif hasil analisis digunakan untuk mendeskripsikan

perhitungan kuantitas SDM Kesehatan pada tingkat puskesmas yang diperlukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku (Rusliwa G, 2005).

Penelitian kualitatif bertujuan untuk menjelaskan fenomena dengan sedalam-dalamnya melalui pengumpulan data. Penelitian ini tidak mengutamakan besarnya populasi, bahkan sampelnya sangat terbatas. Data kualitatif digunakan untuk menguatkan deskripsi data kuantitatif yang di dapat melalui wawancara dan observasi kepada subjek penelitian (Rusliwa G, 2005).

3.2 Alat dan Bahan Penelitian

Pada penelitian ini digunakan *instrumen* penelitian sebagai berikut:

1. Lembar isian FGD
2. Kuesioner
3. Tape *recorder*
4. Video *recorder*
5. Dokumen-dokumen daerah

3.3 Organisasi Penelitian

- 1) Pembina : Kepala BALITBANG Propinsi Kalimantan Selatan
- 2) Penanggung jawab : Kepala Bidang Penelitian dan Pengembangan Sosial Budaya
- 3) Pelaksana : Pusat Kajian Kebijakan Kesehatan Universitas Lambung mangkurat
 - a) Ketua peneliti : Lenie Marlinae, SKM., MKL
 - b) Anggota Peneliti : 1. Fauzie Rahman, SKM., MPH
2. Ratna Setyaningrum, SKM., M.Sc
3. Ihya Hazairin Noor, SKM., MPH
4. Hadianor, SKM

Ketua Peneliti/ Tenaga Peneliti dilengkapi data sebagai berikut :

- Nama lengkap dan gelar : Lenie Marlinae,SKM., MKL
- Gol/ Pangkat/ NIP : IVA/PENATA/197704122005012002
- Jabatan Fungsional : LEKTOR KEPALA
- Bidang Keahlian : Administrasi Kebijakan Kesehatan
Kesehatan Lingkungan

3.4 Subjek Penelitian

Subjek penelitian adalah orang-orang yang memiliki peranan penting dalam penentuan perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan pada tingkat puskesmas di Provinsi Kalimantan Selatan. Penentuan subjek penelitian dilakukan secara *purposive sampling*, dengan pertimbangan bahwa subjek adalah sekelompok orang yang memiliki informasi yang dibutuhkan, juga merupakan sekelompok orang yang *independen* secara kepentingan penelitian dan akan memudahkan peneliti menjelajahi objek/situasi yang diteliti (Rusliwa G, 2005).

3.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian kuantitatif adalah lembar isian untuk mengetahui jumlah SDM Kesehatan pada tingkat puskesmas melalui data sekunder. Sedangkan instrumen utama dalam penelitian kualitatif adalah peneliti sendiri. Instrumen penelitian yang dapat dikembangkan dalam penelitian kualitatif adalah panduan wawancara mendalam yang akan digunakan pada saat wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan informan sebagai sumber data (Chandra, 2008)

3.6 Variabel Penelitian

Variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah proses perencanaan SDM Kesehatan pada tingkat puskesmas, perhitungan kebutuhan SDM Kesehatan pada tingkat puskesmas dan faktor yang menghambat perencanaan SDM Kesehatan pada tingkat puskesmas dari segi internal yaitu rencana strategic, tenaga perencana serta segi eksternal yang meliputi sosial budaya dan teknologi, akses, demografi, sebaran kasus.

3.7 Prosedur Penelitian

Pelaksanaan penelitian ini dibagi menjadi 3 tahapan, yaitu tahap persiapan, tahap pelaksanaan (pengumpulan data) dan tahap penyusunan laporan. Uraian masing-masing tahapan tersebut adalah sebagai berikut:

3.7.1 Tahap persiapan

Tahap awal dimulai dengan penelusuran literatur dan menyusun rencana penelitian yang dituangkan dalam bentuk proposal penelitian. Kemudian dilanjutkan dengan penyelesaian perizinan penelitian dan mengurus administrasi perizinan penelitian di Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota se provinsi Kalimantan Selatan. Tahap akhir dari proses persiapan ini adalah mempersiapkan instrumen yang akan digunakan untuk penelitian serta melakukan kontrak waktu untuk diwawancarai.

Persiapan data yang diperlukan untuk FGD dan analisis sebagai berikut. ABK Kesehatan antara lain:

- a. Data institusi dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan (rumah sakit umum, puskesmas, klinik Pemerintah atau pemerintah daerah sesuai dengan kebutuhan pada jenjang administrasi pemerintahan masing-masing).
- b. Data jenis dan jumlah SDM Kesehatan yang ada (tahun terakhir) pada institusi dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan.
- c. Data sebaran SDM Kesehatan sesuai wilayah terpencil dan tidak terpencil
- d. Informasi WKT (Waktu Kerja Tersedia) sebesar 1200 (seribu dua ratus) jam atau 72.000 (tujuh puluh dua ribu) menit per tahun.
- e. Informasi rata-rata lama waktu mengikuti pelatihan sesuai ketentuan yang berlaku Informasi kelompok dan jenis tenaga kesehatan mengacu pada Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.
- f. Informasi standar pelayanan dan Standar Operasional Prosedur (SOP) pada tiap institusi kesehatan.

- g. Informasi tugas pokok dan uraian tugas hasil Analisis Jabatan institusi atau standar pelayanan yang ditetapkan).
- h. Data sebaran kasus per kab/kota
- i. Data IPKM perkab/kota

3.7.2 Tahap pelaksanaan

Pelaksanaan penelitian ini diawali dengan melakukan pengumpulan data kuantitatif baik data sekunder maupun primer yang dikumpulkan dari dokumen bagian SDM Kesehatan di Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan. Data ini meliputi perencanaan, jumlah SDM Kesehatan yang tersedia dan jumlah penduduknya.

Selain itu, dilakukan wawancara mendalam dengan semua informan penelitian yang telah ditentukan sebelumnya sesuai dengan kontrak waktu yang telah disepakati, serta melakukan studi dokumentasi untuk mendukung data/informasi yang dibutuhkan sesuai dengan tujuan penelitian. Pengumpulan data kualitatif dilakukan dengan wawancara mendalam (*indepth interview*) kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan, Kepala Bagian SDM Kesehatan di Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan, dan Kepala Bagian SDM Kesehatan di Dinas Kesehatan seluruh Kabupaten/Kota se Provinsi Kalimantan Selatan.

3.7.3 Tahap penyusunan laporan

Tahap akhir penelitian, peneliti melakukan pengolahan dan analisis data, menyusun laporan penelitian dan melaksanakan penyajian hasil analisis dan pembahasan. Terakhir membuat kesimpulan serta memberikan saran atau rekomendasi berdasarkan temuan dari penelitian yang telah dilaksanakan.

3.8 Teknik Pengumpulan dan Pengolahan Data

Data kuantitatif diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi yang berupa data jumlah SDM Kesehatan pada tingkat puskesmas di Provinsi Kalimantan Selatan dan data jumlah penduduknya. Data sekunder berupa dokumen yang berhubungan dengan perencanaan kebutuhan SDM

Kesehatan pada tingkat puskesmas di Provinsi Kalimantan Selatan. Data primer adalah data yang diperoleh dari hasil pengukuran, pengamatan, survei dan lain-lain yang dilakukan sendiri oleh peneliti. Data primer pada penelitian ini diperoleh dari kumpulan jawaban responden dari lembar kuesioner yang sebelumnya sudah disiapkan oleh peneliti. Responden menjawab kuesioner sendiri dengan pengawasan peneliti. Teknik pengumpulan data menggunakan lembar acuan FGD dan dokumentasi. Selanjutnya data diolah dengan dilakukan analisis secara deskriptif.

Data kualitatif dikumpulkan melalui wawancara. Wawancara adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka antara pewawancara dengan informan atau orang yang diwawancarai, dengan atau tanpa menggunakan pedoman wawancara, pewawancara dan informasi terlihat dalam kehidupan sosial yang relatif lama. Selanjutnya data diolah dengan membuat transkripsi hasil rekaman wawancara mendalam.

3.9 Cara Analisis Data

Analisis data kuantitatif dilakukan dengan membuat narasi secara deskriptif terhadap hasil tabulasi dan grafik dari data kuantitatif. Analisis data kualitatif dilakukan berdasarkan data yang diperoleh dari sumber data primer dan sekunder. Setelah setiap wawancara mendalam berakhir, dilakukan analisis awal untuk mendata semua informasi yang penting. Seluruh daftar hal yang penting tersebut kemudian dikumpulkan dalam suatu matriks, sehingga dapat dilakukan suatu perbandingan yang tetap/konstan. Kemudian pencocokan hasil temuan berdasarkan teori dengan mengaitkan fenomena dengan masalah, sehingga perkiraan hubungan sebab akibat dan analisis lintas kasus dapat dijelaskan.

Guna menjamin validitas data dalam penelitian ini, maka peneliti menggunakan triangulasi metode dan sumber data. Informasi yang diperoleh dari berbagai sumber informan kunci digunakan untuk membuat suatu data yang saling melengkapi. Triangulasi metode bertujuan untuk

memperoleh kebenaran informasi yang handal dan gambaran yang utuh mengenai informasi tertentu, peneliti menggunakan wawancara dan observasi pada triangulasi ini. Triangulasi sumber data digunakan untuk menggali kebenaran informasi tertentu melalui berbagai metode dan sumber perolehan data. Peneliti menggunakan dokumen tertulis dan wawancara. Hal ini akan memberikan pandangan yang berbeda pula mengenai fenomena yang diteliti (Chandra, 2008).

Selanjutnya untuk memperoleh data primer akan dilakukan FGD sebanyak 6 kali. Adapun rencana kegiatan FGD adalah sebagai berikut:

Tabel 3. Rencana Kegiatan FGD

No	Kegiatan	Sasaran	Peserta
1	FGD 1	Kajian awal untuk penentuan teknik analisis data yang termuat dalam proposal penelitian	a. Tim peneliti ULM b. Tim Bapelitbang Provinsi c. Perwakilan Dinkes Provinsi d. Tim Bappeda Provinsi
2	FGD 2	Permasalahan dan Isu strategis SDM Kesehatan di Kalimantan Selatan	a. Tim peneliti ULM b. Tim Bapelitbang Provinsi c. Perwakilan Dinkes Provinsi d. Tim Bappeda Provinsi
3	FGD 3	Pemetaan sinkronisasi indikator pemenuhan SDM dalam Renstra Dinkes Provinsi 2016-2021 dengan RPJMD 2016-2021, RPJMN, RPJD, Visi-Misi Kepala Daerah dan Permenkes tentang SDM tahun 2017	a. Tim peneliti ULM b. Tim Bapelitbang Provinsi c. Perwakilan Dinkes Provinsi d. Tim Bappeda Provinsi
4	FGD 4	Penilaian dan penetapan Indikator pemenuhan SDM Kesehatan di Kalimantan Selatan yang termuat dalam Renstra Dinkes Provinsi	a. Tim peneliti ULM b. Tim Bapelitbang Provinsi c. Perwakilan Dinkes Provinsi d. Tim Bappeda Provinsi
5	FGD 5	Rekomendasi program kegiatan dalam pencapaian indikator pemenuhan SDM kesehatan di Kalimantan Selatan	a. Tim peneliti ULM b. Tim Bapelitbang Provinsi c. Perwakilan Dinkes Provinsi d. Tim Bappeda Provinsi
6	FGD 6	Kajian menyeluruh seluruh	a. Tim peneliti ULM

		laporan hasil penelitian	b. Tim Bapelitbang Provinsi c. Perwakilan Dinkes Provinsi d. Tim Bappeda Provinsi
--	--	--------------------------	---

BAB IV HASIL PENELITIAN

4.1 Kondisi Geografis dan Kepadatan Penduduk Provinsi Kalimantan Selatan

Kalimantan Selatan adalah salah satu provinsi di Indonesia yang terletak di pulau Kalimantan. Ibu kotanya adalah Banjarmasin. Provinsi Kalimantan Selatan memiliki luas 37.530,52 km² dengan populasi hampir 3,7 juta jiwa.

Provinsi ini mempunyai 11 kabupaten dan 2 kota. DPRD Kalimantan Selatan dengan surat keputusan No. 2 Tahun 1989 tanggal 31 Mei 1989 menetapkan 14 Agustus 1950 sebagai Hari Jadi Provinsi Kalimantan Selatan. Tanggal 14 Agustus 1950 melalui Peraturan Pemerintah RIS No. 21 Tahun 1950, merupakan tanggal dibentuknya provinsi Kalimantan, setelah pembubaran Republik Indonesia Serikat (RIS), dengan gubernur Dokter Moerjani. Secara historis wilayah Kalimantan Selatan mula-mula dibentuk merupakan wilayah Karesidenan Kalimantan Selatan di dalam Propinsi Kalimantan itu sendiri. Secara geografis, Kalimantan Selatan berada di bagian tenggara pulau Kalimantan, memiliki kawasan dataran

rendah di bagian barat dan pantai timur, serta dataran tinggi yang dibentuk oleh Pegunungan Meratus di tengah.



Gambar 1. Peta Provinsi Kalimantan Selatan

Propinsi Kalimantan Selatan dengan ibukotanya Banjarmasin terletak di sebelah selatan pulau Kalimantan dengan batas-batas: sebelah barat dengan propinsi Kalimantan Tengah, sebelah timur dengan Selat Makasar, sebelah selatan dengan Laut Jawa dan di sebelah utara dengan propinsi Kalimantan Timur.

Provinsi Kalimantan Selatan secara geografis terletak di antara 114 19" 33" BT - 116 33' 28 BT dan 1 21' 49" LS 1 10" 14" LS, dengan luas wilayah 37.377,53 km² atau hanya 6,98 persen dari luas pulau Kalimantan. Daerah yang paling luas di propinsi Kalsel adalah Kabupaten Kotabaru dengan luas 13.044,50 km², kemudian Kabupaten Banjar dengan luas 5.039,90 km² dan Kabupaten Tabalong dengan luas 3.039,90 km², sedangkan daerah yang paling sempit adalah Kota Banjarmasin dengan luas 72,00 km².

Kalimantan Selatan secara geografi terletak di sebelah selatan pulau Kalimantan dengan luas wilayah 37.530,52 km² atau 3.753.052 ha. Sampai dengan tahun 2004 membawahi kabupaten/kota sebanyak 11 kabupaten/kota dan pada tahun 2005 menjadi 13 kabupaten/kota sebagai akibat dari adanya pemekaran wilayah kabupaten Hulu Sungai Utara dengan Kabupaten Balangan dan Kabupaten Kotabaru dengan Kabupaten Tanah Bumbu. Luas wilayah propinsi tersebut sudah termasuk wilayah laut propinsi dibandingkan propinsi Kalimantan Selatan. Luas wilayah masing-masing Kabupaten Tanah Laut 9,94 %; Tanah Bumbu 13,50%; Kotabaru 25,11%; Banjar 12,45%; Tapin 5,80%; Tabalong 9,59%; Balangan 5,00%; Batola 6,33%; Banjarbaru 0,97% dan Banjarmasin 0,19%.

Daerah aliran sungai yang terdapat di Propinsi Kalimantan Selatan adalah: Barito, Tabanio, Kintap, Satui, Kusan, Batulicin, Pulau Laut, Pulau Sebuku, Cantung, Sampanahan, Manunggal dan Cengal. Dan memiliki

catchment area sebanyak 10 (sepuluh) lokasi yaitu Binuang, Tapin, Telaga Langsat, Mangkuang, Haruyan Dayak, Intangan, Kahakan, Jaro, Batulicin dan Riam Kanan.

Provinsi Kalimantan Selatan mempunyai 11 kabupaten dan 2 kota, ibu kotanya adalah Banjarmasin. Berikut daftar kabupaten dan/atau kota di Kalimantan Selatan:

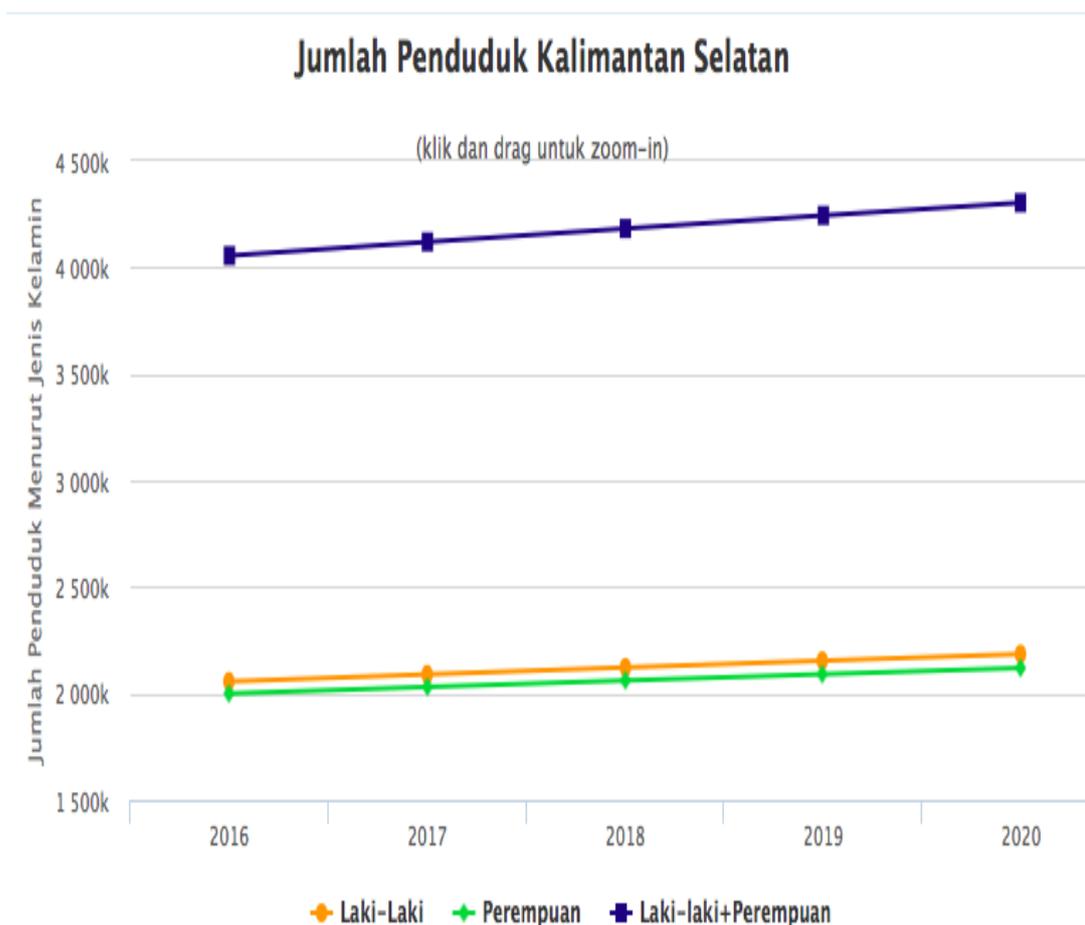
1. Kabupaten Balangan
2. Kabupaten Banjar
3. Kabupaten Barito Kuala
4. Kabupaten Hulu Sungai Selatan
5. Kabupaten Hulu Sungai Tengah
6. Kabupaten Hulu Sungai Utara
7. Kabupaten Kotabaru
8. Kabupaten Tabalong
9. Kabupaten Tanah Bumbu
10. Kabupaten Tanah Laut
11. Kabupaten Tapin
12. Kota Banjarbaru
13. Kota Banjarmasin

Kepadatan penduduk di Kalimantan Selatan tahun 2016 mencapai 108,10 jiwa/km². Kepadatan Penduduk di 13 kabupaten/kota cukup beragam dengan kepadatan penduduk tertinggi terletak di Kota Banjarmasin dengan kepadatan sebesar 9.414,9 /km² dan terendah di Kabupaten Kotabaru sebesar 34,6 jiwa/km².

4.2 Jumlah Penduduk dan Pertumbuhan Penduduk Provinsi Kalimantan Selatan

Penduduk Provinsi Kalimantan Selatan proyeksi penduduk tahun 2016 sebanyak 4.055,5 ribu jiwa yang terdiri atas 2.056,1 ribu jiwa penduduk laki-laki dan 1.999,6 ribu jiwa penduduk perempuan.

Dibandingkan dengan proyeksi jumlah penduduk tahun 2015, penduduk Kalimantan Selatan mengalami pertumbuhan sebesar 1,65%. Sementara itu besarnya angka rasio jenis kelamin tahun 2016 penduduk laki-laki terhadap penduduk perempuan sebesar 102,83. Adapun jumlah penduduk dan pertumbuhannya serta proyeksinya di tahun yang akan datang secara lengkap dapat dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 2. Jumlah Penduduk dan Pertumbuhan Penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan

Berdasarkan diagram di atas, diketahui bahwa terjadi peningkatan jumlah penduduk dari tahun 2016 yaitu sebanyak 4.055.479 jiwa dan meningkat pada tahun 2017 menjadi 4.119.794. berdasarkan data Badan Pusat Statistik Provinsi Kalimantan Selatan, Proyeksi jumlah penduduk pada tahun 2018 adalah sebanyak 4.182.695 Pada tahun 2019 sebanyak 4.244/096 dan pada tahun 2020 sebanyak 4.333.979 jiwa. Sehingga dapat disimpulkan bahwa setiap tahunnya, jumlah penduduk di Provinsi Kalimantan Selatan terus meningkat setiap tahunnya.

4.3 Gambaran Status Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan

Secara umum, gambaran status kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan dapat diketahui pada rencana strategis Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan dan Profil Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan.

4.3.1 Masalah Kesehatan

Secara nasional Angka Kematian Ibu (AKI) melahirkan menurun dari 307 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2004 menjadi 307 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI, 2007). Angka Kematian Bayi (AKB) menurun dari 58 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2007 menjadi 44 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2012. Prevalensi gizi kurang pada balita menurun 20% pada tahun 2006 menjadi 10.40% pada tahun 2015. Sejalan dengan itu Umur Harapan Hidup meningkat dari 62 tahun menjadi 63,2 tahun (Renstra Dinkes Prov. Kalsel 2016-2021).

4.3.2 Upaya Kesehatan Masyarakat

Upaya kesehatan masyarakat mengalami peningkatan capaian seperti cakupan rawat jalan sudah mencapai 15,26% pada tahun 2009. Cakupan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan telah mencapai 85% dan cakupan pelayanan antenatal (K4) meningkat dari 85% pada tahun 2007 menjadi 90% pada tahun 2009. Cakupan kunjungan neonatus meningkat dari 88% pada tahun 2007 menjadi 92% pada tahun 2009. Pelayanan kesehatan dasar bagi keluarga miskin secara cuma-cuma di Puskesmas mencapai target yaitu sebesar 100% dan seluruh 1.346 (68.50%) desa di Kalimantan Selatan telah menjadi Desa Siaga. Namun perhatian perlu diberikan kepada pengembangan Desa Siaga karena belum semua desa memiliki Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), masih terbatasnya jumlah Puskesmas yang mampu melaksanakan PONED dan perlunya peningkatan mobilisasi ibu hamil untuk bersalin pada tenaga kesehatan dan upaya peningkatan kualitas Posyandu menjadi Posyandu Purnama dan Mandiri perlu lebih digiatkan (Renstra Dinkes Prov. Kalsel 2016-2021).

4.3.3 Upaya Kesehatan Perorangan

Upaya kesehatan perorangan mengalami peningkatan dan beberapa indikator telah mencapai target, bahkan melebihi target seperti peningkatan jumlah rumah sakit yang melaksanakan pelayanan gawat darurat meningkat dan mencapai 90%. Jumlah rumah sakit yang melaksanakan PONEK meningkat dari 2 rumah sakit menjadi 5 rumah sakit (Renstra Dinkes Prov. Kalsel 2016-2021).

4.3.4 Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular

Pada program pencegahan dan pemberantasan penyakit menular juga mengalami peningkatan capaian walaupun penyakit infeksi menular masih tetap menjadi masalah kesehatan masyarakat yang menonjol di Kalimantan Selatan terutama TB, Malaria, DBD dan Diare. Cakupan program imunisasi berdasarkan laporan rutin dari Kabupaten/Kota secara umum menunjukkan peningkatan. Cakupan imunisasi pada tahun 2009

adalah BCG 93.4%, DPT- HB3 91.6%, HB (0-7 hari) 59.2%, Polio 4 90.2% dan Campak 90.8%. Meski telah berjalan baik, program imunisasi belum optimal, karena cakupan saat ini belum merata yang digambarkan melalui persentase desa yang mencapai *Universal Child Immunization* (UCI) pada tahun 2009 mencapai 64.68%. Penanggulangan penyakit HIV/AIDS, Tuberkulosis Paru dan Malaria sudah mengalami peningkatan pengendaliannya untuk masa yang akan datang. Penemuan kasus HIV/AIDS meningkat dengan meningkatnya out reach dan keterbukaan masyarakat terhadap penyakit ini. *Case Detection Rate* (CDR) tuberkulosis paru menurun menjadi 30.9% pada tahun 2009, untuk itu perlu perhatian lebih pada upaya deteksi tuberkulosis paru dan juga keberhasilan pengobatannya. Ketersediaan reagen, pemberdayaan masyarakat dan ketersediaan Obat *Anti Tuberkulosis* (OAT) di tingkat pelayanan primer harus diperhatikan. Untuk malaria, daerah endemis semakin meluas dan ada kecenderungan terjadi resistensi di daerah endemis, perlu peningkatan upaya promotif dan preventif serta kerja sama sektor terkait dengan man made breeding places. Angka kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD) masih tinggi, yaitu sebesar 13.8 per 100.000 penduduk, walaupun demikian angka kematian akibat DBD relatif kecil. Untuk itu perlu perhatian pada upaya pencegahan yang dapat diupayakan sendiri oleh masyarakat dengan penerapan 3M Plus (menguras, menutup, mengubur) dan juga didorong oleh upaya *promotif*. Selain itu perhatian juga perlu diberikan pada penyelenggaraan sistem surveilans dan kewaspadaan dini yang kurang mendapat perhatian pada penganggarannya (Renstra Dinkes Prov. Kalsel 2016-2021).

Untuk penyakit tidak menular, berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 menunjukkan peningkatan kasus dan penyebab kematian, terutama pada kasus kardiovaskuler (hipertensi), diabetes melitus dan obesitas (Riskesdas, 2007).

4.3.5 Perbaikan Gizi Masyarakat

Beberapa hasil yang telah dicapai oleh program perbaikan gizi masyarakat antara lain pemberian kapsul vitamin A pada anak balita usia 6-59 bulan sebesar 90% melampaui target 80% dan pemberian tablet besi (Fe) pada ibu hamil telah mencapai 90% dari target 80%. Hasil Riskesdas menunjukkan terjadinya perbaikan status gizi anak balita, prevalensi kekurangan gizi pada anak balita sebesar 10.70% yang terdiri dari 10.40% gizi kurang dan 0.30% gizi buruk. Keadaan gizi pada ibu hamil, bayi dan anak balita perlu terus ditingkatkan karena masih tingginya bayi yang lahir rendah (BBLR) sebesar 11.5% dan tingginya prevalensi anak balita yang pendek (stunting) akibat kekurangan gizi dalam jangka waktu lama (kronis) yaitu 36.8% (Riskesdas, 2007). Disparitas status gizi juga cukup lebar antar wilayah dan antar tingkat sosial ekonomi. Kedepan perbaikan gizi perlu difokuskan pada kelompok sasaran ibu hamil dan anak sampai usia 2 tahun mengingat dampaknya terhadap tingkat pertumbuhan fisik, kecerdasan dan produktivitas generasi yang akan datang. (Renstra Dinkes Prov. Kalsel 2016-2021).

4.3.6 Kebijakan Penganggaran

Penganggaran pembangunan kesehatan perlu lebih difokuskan pada upaya promotif dan preventif dengan tetap memperhatikan besaran satuan anggaran kuratif yang relatif lebih besar. Dana bantuan untuk Kabupaten/Kota sebaiknya juga mulai direncanakan secara proporsional sesuai dengan kemampuan pembiayaan Kabupaten/Kota dan besaran masalah masing-masing daerah. Berdasarkan indeks pembangunan kesehatan masyarakat terdapat Kabupaten/Kota dengan masalah kesehatan sangat besar, memerlukan dukungan sumber daya yang lebih besar dibanding daerah lainnya. Dalam kaitannya dengan pembiayaan kesehatan sejak 4 tahun terakhir terus mengalami peningkatan yang cukup signifikan bahkan sudah mencapai target 15% seperti tercantum

dalam Sistem Kesehatan Provinsi (SKP) (Renstra Dinkes Prov. Kalsel 2016-2021).

4.3.7 Sistem Informasi Kesehatan

Sistem Informasi Kesehatan (SIK) saat ini sangat memerlukan penguatan dan untuk informasi evidence planning tidak tersedia. Sistem Informasi Kesehatan online yang berbasis fasilitas masih harus terus dikembangkan di Kalimantan Selatan meliputi pengembangan jaringan, *input*, dan *entry point* di daerah dan fasilitas kesehatan serta pemanfaatan informasi (Renstra Dinkes Prov. Kalsel 2016-2021).

4.3.8 Sumber Daya Kesehatan

Untuk program Sumber Daya Manusia Kesehatan, rasio tenaga kesehatan per 100.000 penduduk belum memenuhi target. Sampai dengan tahun 2008 rasio tenaga kesehatan masih belum mencapai target per 100.000 penduduk, seperti untuk dokter spesialis 4,26 per 100.000 penduduk (target 9 per 100.000 penduduk), dokter umum sebesar 26,3 per 100.000 penduduk (target 30 per 100.000 penduduk), dokter gigi sebesar 7,7 per 100.000 penduduk (target 11 per 100.000 penduduk), perawat sebesar 157,75 per 100.000 penduduk (target 158 per 100.000 penduduk) dan bidan sebesar 43,75 per 100.000 penduduk (target 75 per 100.000 penduduk) (Renstra Dinkes Prov. Kalsel 2016-2021).

Dalam pembangunan kesehatan, SDM kesehatan merupakan salah satu isu utama yang mendapat perhatian terutama yang terkait dengan jumlah, jenis dan distribusi, selain itu juga terkait dengan pembagian kewenangan dalam pengaturan SDM Kesehatan (PP Nomor 38 tahun 2000 dan PP Nomor 41 tahun 2000). Oleh karena itu diperlukan penanganan yang lebih seksama yang didukung dengan regulasi yang memadai dan pengaturan insentif, reward-punishment, dan sistem pengembangan karier (Renstra Dinkes Prov. Kalsel 2016-2021).

4.3.9 Obat dan Perbekalan Kesehatan

Untuk Program Obat dan Perbekalan Kesehatan, ketersediaan obat esensial generik di sarana pelayanan kesehatan baru mencapai 69.74%

dari target 95%, anggaran untuk obat essential generik di sektor publik sebesar 14.47% dengan target setara dengan \$ 2 US perkapita. Peresepan Obat Generik Berlogo (OGB) di Puskesmas sudah sebesar 90% namun di RSUD sebesar 66% dan Rumah Sakit Swasta dan apotek sebesar 49%. Dalam pengadaan obat sering terkendala sistem pengadaan yang berpotensi menimbulkan terputusnya ketersediaan obat dan vaksin. Walaupun ketersediaan OGB tinggi, harga murah tetapi akses masyarakat terhambat karena adanya asymmetric information dan praktek pemasaran yang kurang baik dan sekitar 30% obat resep dijual langsung oleh dokter, bidan atau perawat.

4.3.10 Kebijakan Manajemen

Program Kebijakan dan Manajemen perlu terus dikembangkan dan lebih difokuskan utamanya untuk mencapai efektifitas dan efisiensi penyelenggaraan pembangunan kesehatan melalui penguatan manajerial dan sinkronisasi perencanaan kebijakan program dan anggaran. Capaian program yang menggembirakan diantaranya penduduk miskin yang menjadi peserta jaminan kesehatan dan terlayani sudah 100%, tertanggulangnya masalah kesehatan akibat bencana secara cepat, serta penyampaian pesan kesehatan dan citra positif Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan sudah dilakukan secara efektif, utamanya melalui media massa baik cetak maupun elektronik namun perlu penguatan untuk advokasi. Kebijakan di bidang kesehatan telah banyak disusun, baik pada tingkatan strategis manajerial maupun teknis seperti Peraturan Daerah Nomor 4 tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Provinsi (SKP) dan Peraturan Gubernur tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Provinsi.

Pembangunan kesehatan perlu memberikan penekanan pada peningkatan kesetaraan gender (gender equity) dalam rangka memberikan kesempatan yang sama untuk memperoleh akses, partisipasi, manfaat dan kontrol antara laki-laki dan perempuan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dan perannya dalam pembangunan

kesehatan. Diharapkan pada akhir pembangunan 5 tahun ke depan (2021) terjadi peningkatan Indeks Pembangunan Gender (IPG) Provinsi Kalimantan Selatan.

4.3.11 Promosi Kesehatan dan Perbendayaan Masyarakat

Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat mengalami peningkatan capaian, seperti rumah tangga dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) meningkat menjadi 48.66%. Indikator lainnya seperti Desa Siaga sampai dengan tahun 2015 sudah mencapai 1958 desa/kelurahan se-Kalimantan Selatan, namun kita harus memberikan perhatian pada perilaku merokok yang semakin memburuk dengan makin mudanya usia awal perokok, selain itu pemberian ASI Eksklusif yang menurun disebabkan baik oleh perilaku maupun besarnya pengaruh dari luar seperti pemberian susu formula gratis pada saat ibu melahirkan.

4.3.12 Lingkungan Sehat

Program Lingkungan Sehat, akses masyarakat terhadap air bersih dan sanitasi telah berhasil ditingkatkan, seperti peningkatan pada persentase keluarga menghuni rumah yang memenuhi syarat kesehatan mencapai 73,23% belum mencapai target sebesar 75%, persentase keluarga menggunakan air bersih meningkat dari 58,3% menjadi 60,33% dari target 85% pada tahun 2010, dan peningkatan persentase Tempat Umum (TTU) sehat 78,5% belum mencapai target 85% pada tahun 2010. Selain itu kita juga perlu memberikan perhatian pada terjadinya peningkatan rumah tangga yang tidak memiliki saluran pembuangan air limbah dan masih ada rumah tangga yang memelihara unggas atau ternak dalam rumah.

4.4 Jumlah dan Status Puskesmas Berdasarkan Klasifikasi Daerah di Provinsi Kalimantan Selatan

Tabel 4. Jumlah Puskesmas dan Status Puskesmas di 13 Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Selatan

N	Kab/ Kota	Jumlah	Status Puskesmas
----------	------------------	---------------	-------------------------

O		Puskesmas	Sgt Terpencil	Pedesaan	Perkotaan
1	Kota Banjarmasin	26	0	0	26
2	Kota Banjarbaru	8	0	0	8
3	Kabupaten Banjar	24	9	11	4
4	Kabupaten Tapin	13	9	3	1
5	Kabupaten Hulu Sungai Selatan	21	2	17	2
6	Kabupaten Hulu Sungai Tengah	19	3	15	1
7	Kabupaten Hulu Sungai Utara	13	2	9	2
8	Kabupaten Balangan	11	3	7	1
9	Kabupaten Tabalong	16	0	13	3
10	Kabupaten Barito Kuala	19	18	1	0
11	Kabupaten Tanah Laut	19	0	17	2
12	Kabupaten Tanah Bumbu	14	5	8	1
13	Kabupaten Kotabaru	27	22	3	2
Total		230	73	104	53

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kal-Sel 2017 dan Balitbangda Prov. Kal-Sel 2015

Berdasarkan tabel 4 diketahui bahwa wilayah Puskesmas yang statusnya daerah perkotaan banyak ditemukan pada Kota Banjarmasin yaitu sebanyak 26 (100%) Puskesmas, sama halnya dengan Kota Banjarbaru yang juga seluruh puskesmasnya yaitu 8 (100%) Puskesmas masuk dalam daerah perkotaan. Sedangkan untuk daerah sangat terpencil lebih banyak ditemukan pada Daerah Kabupaten Kotabaru yaitu 22 (81,48%) Puseksmas dari 27 Puskesmas.

Secara status wilayah, Ketersediaan puskesmas Provinsi Kalimantan Selatan tahun 2016 sebanyak 230 puskesmas ter-registrasi dan 5 puskesmas pengembangan dalam proses registrasi dengan jumlah puskesmas perawatan sebanyak 51, poned terbagi dalam 3 area yang terdiri dari daerah perkotaan dan sungai dengan rincian sebagai berikut:

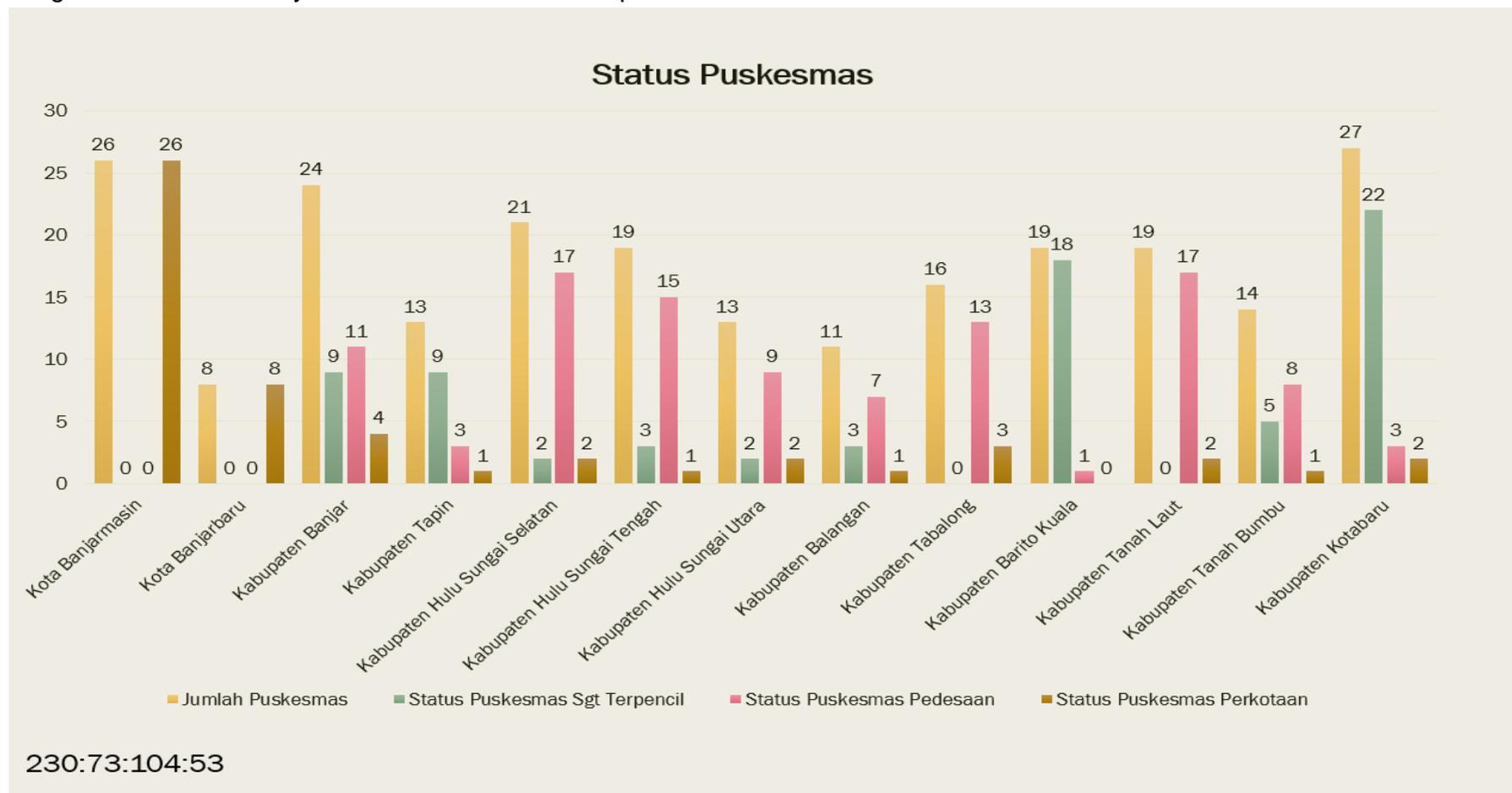
- a. Kota Banjarmasin 26 di daerah perkotaan

- b. Kota Banjarbaru 8 didaerah perkotaan
- c. Kabupaten Banjar 24 dengan distribusi sangat terpencil 9, pedesaan 11, Perkotaan 4
- d. Kabupaten Hulu Sungai Utara 13 dengan distribusi sangat terpencil 2, pedesaan 9, Perkotaan 2
- e. Kabupaten Barito Kuala 19 dengan distribusi sangat terpencil 18, pedesaan 1.

Daerah dataran tinggi **Kabupaten Tapin** 13 dengan distribusi sangat terpencil 9, pedesaan 3, Perkotaan 1, **Kabupaten Hulu Sungai Selatan** 21 dengan distribusi sangat terpencil 2, pedesaan 17, Perkotaan 2, **Kabupaten Balangan** 11 dengan distribusi sangat terpencil 3, pedesaan 7, Perkotaan 1 dan **Kabupaten Tabalong** 16 dengan distribusi pedesaan 13, Perkotaan 3) dan daerah pesisir laut (**Kabupaten Tanah Laut** 19 dengan distribusi pedesaan 17, Perkotaan 2, **Kabupaten Tanah Bumbu** 14 dengan distribusi sangat terpencil 5, pedesaan 8, Perkotaan 1, dan **Kabupaten Kotabaru** 27 dengan distribusi sangat terpencil 22, pedesaan 3, Perkotaan 2). Dengan adanya bentang alam tersebut, merupakan salah satu penyebab persebaran tenaga kesehatan di Provinsi Kalimantan Selatan belum merata dan masih terdapat puskesmas di daerah terpencil (Propil Dinkes, 2015) (PP No 131, 2015).

Secara status daerah, maka terdapat dua daerah yang dapat dijadikan sebagai prioritas atau perhatian utama, yaitu Kabupaten Kotabaru, dan Kabupaten Hulu Sungai Utara untuk percepatan pembangunan khususnya tentang kesehatan di daerah tersebut.

Diagram 1. Status Wilayah Puskesmas di 13 Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Selatan



Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kal-Sel 2017

4.5 Status Puskesmas Berdasarkan Jenis Puskesmas

Tabel 5. Status Puskesmas Berdasarkan Jenis di 13 Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Selatan

NO	Kab/ Kota	Jumlah Puskesmas	Jenis Puskesmas	
			RI	NRI
1	Kota Banjarmasin	26	-	26
2	Kota Banjarbaru	8	1	7
3	Kabupaten Banjar	24	4	20
4	Kabupaten Tapin	13	2	11
5	Kabupaten Hulu Sungai Selatan	21	5	16
6	Kabupaten Hulu Sungai Tengah	19	1	18
7	Kabupaten Hulu Sungai Utara	13	2	11
8	Kabupaten Balangan	11	2	9
9	Kabupaten Tabalong	16	3	13
10	Kabupaten Barito Kuala	19	8	11
11	Kabupaten Tanah Laut	19	3	16
12	Kabupaten Tanah Bumbu	14	4	10
13	Kabupaten Kotabaru	27	9	18
Total		230	44	186

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

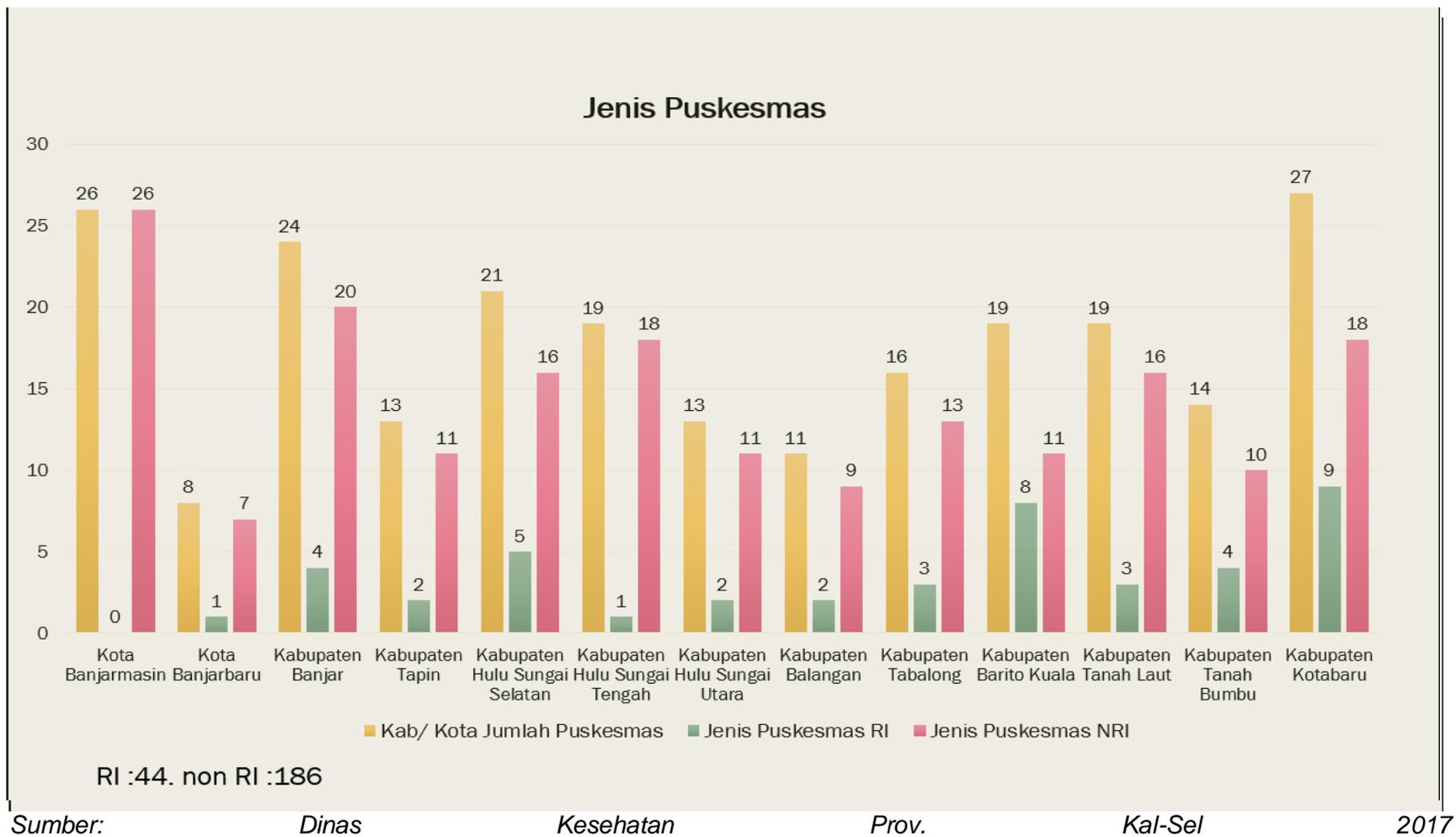
Berdasarkan tabel 5. diketahui bahwa Provinsi Kalimantan Selatan sebagian besar memiliki jenis puskesmas non-perawatan yaitu sebanyak 186 puskesmas (80,86%). Jenis Puskesmas non perawatan hanya melakukan pelayanan kesehatan rawat jalan. Permenkes No.029 tahun 2010 menyebutkan kegiatan di pelayanan kesehatan rawat jalan yakni observasi, diagnosis, pengobatan, dan atau pelayanan kesehatan lainnya tanpa dirawat inap. Sedangkan untuk jumlah puskesmas perawatan yang ada di Kalimantan Selatan sebanyak 44 Puskesmas (19,13%). Jika dilihat dengan jumlah Puskesmas daerah sangat terpencil di Kalimantan Selatan yang berjumlah 77 Puskesmas (33,47%). Maka ada selisih sebanyak 33

Puskesmas (14,34%%) sehingga dari segi jumlah puskesmas perawatan perlu ditambah.

Puskesmas rawat inap adalah puskesmas yang diberi tambahan ruangan dan fasilitas untuk menolong pasien gawat darurat, baik berupa tindakan operatif terbatas maupun asuhan keperawatan sementara dengan kapasitas kurang lebih 10 tempat tidur. Rawat inap itu sendiri berfungsi sebagai rujukan antara yang melayani pasien sebelum dirujuk ke institusi rujukan yang lebih mampu, atau dipulangkan kembali ke rumah. Kemudian mendapat asuhan perawatan tindak lanjut oleh petugas perawat kesehatan masyarakat dari puskesmas yang bersangkutan di rumah pasien (Depkes RI, 2009).

Pendirian puskesmas harus memenuhi kriteria sebagai berikut: (1) puskesmas terletak kurang lebih 20 km dari rumah sakit, (2) puskesmas mudah dicapai dengan kendaraan bermotor dari puskesmas sekitarnya, (3) puskesmas dipimpin oleh seorang dokter dan telah mempunyai tenaga yang memadai, (4) jumlah kunjungan puskesmas minimal 100 orang per hari, (5) penduduk wilayah kerja puskesmas dan penduduk wilayah 3 puskesmas disekelilingnya minimal rata-rata 20.000 orang/Puskesmas, (6) pemerintah daerah bersedia untuk menyediakan anggaran rutin yang memadai (Depkes RI, 2009).

Diagram 2. Jenis Puskesmas di 13 Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Selatan



4.6 Status Akreditasi, Wilayah dan Tipe Puskesmas di Provinsi Kalimantan Selatan

Puskesmas terakreditasi hanya 55 (23,91%) dari 230 puskesmas kota (31/104 = 29,8%). Desa (10/53=18,7%). Terpencil (14/73=19,2%) Banjarmasin (7,7%), Kota Banjarbaru (12,5%), Kab. Banjar (12,5%), Tapin(46,15%), HSS (14,3%), HST (10,6%), HSU (38,5%), Balangan (63,7%), Tabalong (10,6%), Barito Kuala (42,1%), Tanah Laut (33,3%), Tanah Bumbu (42,86%), Kotabaru (11,1%).

Tabel 6. Status Akreditasi, Wilayah dan Tipe Puskesmas di Kota Banjarmasin

No	Nama Puskesmas	Status Akreditasi	Status Wilayah	Tipe
1	Pekauman	Belum	Perkotaan	NRI
2	Kelayan Timur	Belum	Perkotaan	NRI
3	Pemurus Dalam	Belum	Perkotaan	NRI
4	Pemurus Baru	Belum	Perkotaan	NRI
5	Kelayan Dalam	Belum	Perkotaan	NRI
6	Beruntung Raya	Belum	Perkotaan	NRI
7	Cempaka Putih	Belum	Perkotaan	NRI
8	9 Nopember	Belum	Perkotaan	NRI
9	Sungai Bilu	Belum	Perkotaan	NRI
10	Pekapuran Raya	Belum	Perkotaan	NRI
11	Karang Mekar	Belum	Perkotaan	NRI
12	Terminal	Sudah	Perkotaan	NRI
13	Teluk Tiram	Belum	Perkotaan	NRI
14	Pelambuan	Belum	Perkotaan	NRI
15	Banjarmasin Indah	Sudah	Perkotaan	NRI
16	Kuin Raya	Belum	Perkotaan	NRI
17	Basirih Baru	Belum	Perkotaan	NRI
18	Sungai Mesa	Belum	Perkotaan	NRI
19	Gadang Hanyar	Belum	Perkotaan	NRI
20	Cempaka	Belum	Perkotaan	NRI
21	Teluk Dalam	Belum	Perkotaan	NRI
22	S.Parman	Sudah	Perkotaan	NRI
23	Alalak Tengah	Sudah	Perkotaan	NRI

No	Nama Puskesmas	Status Akreditasi	Status Wilayah	Tipe
24	Sungai Jingah	Belum	Perkotaan	NRI
25	Kayu Tangi	Belum	Perkotaan	NRI
26	Alalak Selatan	Belum	Perkotaan	NRI

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan tabel 6. diketahui bahwa Puskesmas yang ada di Kota Banjarmasin , sebagian besar belum terakreditasi, yaitu sebanyak 22 Puskesmas (84%). Data ini berdasarkan data terakhir pada tanggal 4 Desember 2017. Berdasarkan data tersebut maka masih banyak Puskesmas yang belum melakukan akreditasi atau terakreditasi, padahal Kota Banjarmasin merupakan wilayah yang masuk dalam perkotaan. Sehingga dapat menjadi contoh bagi daerah-daerah lain yang masuk dalam kategori daerah pedesaan dan sangat terpencil. Jika dilihat dari keadaan geografis dan status puskesmas, maka seharusnya semua Puskesmas yang ada di Kota Banjarmasin dapat terakreditasi. Hal ini karena secara geografis , wilayah Puskesmas yang ada di Banjarmasin dangat dekat dengan Pusat Ibu Kota Kalimantan Selatan, serta juga dekat dengan Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan, sehingga sangat mudah untuk mendapat informasi dan akses terhadap kepentingan yang berhubungan dengan akreditasi Puskesmas.

Tabel 7. Status Akreditasi, Wilayah dan Tipe Puskesmas di Kota Banjarbaru

No	Nama Puskesmas	Status Akreditasi	Status Wilayah	Tipe
1	Guntung Payung	Belum	Perkotaan	NRI
2	Liang Anggang	Belum	Perkotaan	NRI
3	Landasan Ulin	Belum	Perkotaan	NRI
4	Cempaka	Belum	Perkotaan	RI
5	Banjarbaru Utara	Sudah	Perkotaan	NRI
6	Sungai Ulin	Belum	Perkotaan	NRI
7	Sungai Besar	Belum	Perkotaan	NRI
8	Banjarbaru	Belum	Perkotaan	NRI

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan tabel 7. diketahui bahwa jumlah Puskesmas yang belum terakreditasi adalah sebanyak 7 Puskesmas (87,5%), dan hanya satu Puskesmas yang terakreditasi. Jika dilihat dari status wilayah, semua Puskesmas yang belum terakreditasi masuk dalam wilayah perkotaan. Sama halnya dengan wilayah yang ada Kota Banjarmasin pada tabel sebelumnya. Sehingga berdasarkan kedua data yang ada antara Kota Banjarmasin dan Banjarbaru, maka ditemukan sebuah masalah yaitu masih banyaknya daerah perkotaan yang memiliki Puskesmas tidak terakreditasi. Padahal secara akses mereka sangat mudah.

Puskesmas yang tersebar di Kota Banjarbaru secara umum dari segi fasilitas dan SDM telah mendukung. Hal ini dapat diketahui dengan capai dari IPKM Kota Banjarmasin yang tinggi yaitu 0,5720 atau berada di posisi ke-dua setelah Kota Banjarmasin, sedangkan dari IPM, Kota Banjarbaru menempati urutan pertama dengan angka 77,90 di atas rata-rata nasional. Sehingga secara fasilitas, SDM dan Kinerja, Puskesmas yang ada di Kota Banjarbaru sangat mendukung untuk mencapai akreditasi puskesmas di semua Puskesmas yang ada di Kota Banjarbaru. Berdasarkan hal tersebut, maka perlu dilakukan penilaian akreditasi di 7 Puskesmas yang masih belum terakreditasi untuk tahun yang akan datang.

Tabel 8. Status Akreditasi, Wilayah dan Tipe Puskesmas di Kabupaten Banjar

No	Nama Puskesmas	Status Akreditasi	Status Wilayah	Tipe
1	Gambut	Belum	Perkotaan	NRI
2	Kertak Hanyar	Belum	Perkotaan	NRI
3	Martapura I	Belum	Perkotaan	NRI
4	Martapura II /Pasayangan	Belum	Perkotaan	NRI
5	Tatah Makmur	Belum	Pedesaan	NRI
6	Sungai Tabuk I	Belum	Pedesaan	RI
7	Sungai Tabuk III	Belum	Pedesaan	NRI
8	Martapura Timur	Belum	Pedesaan	NRI

No	Nama Puskesmas	Status Akreditasi	Status Wilayah	Tipe
9	Martapura Barat	Sudah	Pedesaan	NRI
10	Astambul	Belum	Pedesaan	NRI
11	Karang Intan I	Sudah	Pedesaan	NRI
12	Karang Intan II	Sudah	Pedesaan	RI
13	Mataraman	Sudah	Pedesaan	NRI
14	Simpang Empat	Belum	Pedesaan	NRI
15	Simpang Empat II/ Sungkai	Belum	Pedesaan	NRI
16	Aluh-Aluh	Belum	Sangat Terpencil	RI
17	Beruntung Baru	Belum	Sangat Terpencil	NRI
18	Sungai Tabuk II / Lok Baintan	Belum	Sangat Terpencil	NRI
19	Aranio	Belum	Sangat Terpencil	NRI
20	Sungai Pinang	Belum	Sangat Terpencil	NRI
21	Paramasan	Belum	Sangat Terpencil	NRI
22	Pengaron	Belum	Sangat Terpencil	RI
23	Sambung Makmur	Belum	Sangat Terpencil	NRI
24	Telaga Bauntung	Belum	Sangat Terpencil	NRI

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan tabel 8. diketahui bahwa jumlah puskesmas yang terakreditasi di Kabupaten Banjar adalah sebanyak 18 Puskesmas (81,81%). Jika dilihat dari status wilayah pada puskesmas yang belum terakreditasi, maka sebagian besar yaitu 10 Puskemas (45,45%) berada di wilayah perkotaan dan selebihnya yaitu 9 Puskesmas (40.90%) berada di wilayah sangat terpencil. Sedangkan untuk wilayah Puskesmas yang telah terakreditasi, seluruhnya merupakan daerah perkotaan yaitu Puskesmas Martapura Barat, karang Intan I, Karang Intan II, dan Mataraman. Sedangkan untuk daerah yang sangat dekat dengan Pusat Pemerintahan Daerah dan pemerintahan Kabupaten yaitu Puskesmas Gambut, Martapura I, Kertak Hanyar dan Martapura II belum terakreditasi, padahal lagi segi geografis, daerah tersebut sangat mudah dalam hal akses dan informasi.

Tabel 9. Status Akreditasi, Wilayah dan Tipe Puskesmas di Kabupaten Tapin

No	Nama Puskesmas	Status Akreditasi	Status Wilayah	Tipe
1	Tapin Utara	Sudah	Perkotaan	NRI
2	Tambarangan	Sudah	Pedesaan	NRI
3	Banua Padang	Belum	Pedesaan	NRI
4	Binuang	Belum	Pedesaan	RI
5	Hatungun	Belum	Sangat Terpencil	NRI
6	Salam Babaris	Belum	Sangat Terpencil	NRI
7	Tambaruntung	Belum	Sangat Terpencil	NRI
8	Pandahan	Sudah	Sangat Terpencil	NRI
9	Piani	Sudah	Sangat Terpencil	NRI
10	Lokpaikat	Sudah	Sangat Terpencil	NRI
11	Bakarangan	Sudah	Sangat Terpencil	NRI
12	Baringin	Belum	Sangat Terpencil	RI
13	Margasari	Sudah	Sangat Terpencil	NRI

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan table 9. diketahui bahwa jumlah puskesmas yang belum terakreditasi sebanyak 6 Puskesmas (42,85%). Jika dilihat dari status wilayah Puskesmas, sebagian besar Puskesmas yang ada belum terakreditasi adalah daerah sangat terpencil yaitu sebanyak 4 Puskesmas (66,66%)., dengan tipe Puskesmas keseluruhannya adalah Non-Perawatan. Sehingga jika dilihat dari segi wilayah dan tipe, maka seharusnya puskesmas yang ada di wilayah sangat terpencil tersebut masuk dalam tipe Puskesmas Perawatan. Hal ini karena berdasarkan Departemen Kesehatan RI tahun 2009 menyebutkan bahwa Puskesmas Rawat inap memiliki fungsi sebagai rujukan antara yang melayani pasien sebelum dirujuk ke institusi rujukan yang lebih mampu, atau dipulangkan kembali ke rumah. Kemudian mendapat asuhan perawatan tindak lanjut oleh petugas perawat kesehatan masyarakat dari puskesmas yang bersangkutan di rumah pasien. Sehingga sangat ideal jika di daerah yang masuk dalam kategori sangat terpencil memiliki Puskesmas perawatan.

Tabel 10. Status Akreditasi, Wilayah dan Tipe Puskesmas di Kabupaten Hulu Sungai Selatan

No	Nama Puskesmas	Status Akreditasi	Status Wilayah	Tipe
1	Kandangan	Belum	Perkotaan	NRI
2	Jambu Hilir	Belum	Perkotaan	NRI
3	Telaga Langsung	Belum	Pedesaan	NRI
4	Angkinang	Belum	Pedesaan	RI
5	Bamban	Belum	Pedesaan	NRI
6	Gambah	Sudah	Pedesaan	NRI
7	Sungai Raya	Sudah	Pedesaan	NRI
8	Batang Kulur	Sudah	Pedesaan	NRI
9	Simpur	Belum	Pedesaan	RI
10	Wasah	Belum	Pedesaan	NRI
11	Kalumpang	Belum	Pedesaan	NRI
12	Bayanan	Belum	Pedesaan	NRI
13	Sungai Pinang	Belum	Pedesaan	NRI
14	Baruh Jaya	Belum	Pedesaan	NRI
15	Bajayau	Belum	Pedesaan	RI
16	Negara	Belum	Pedesaan	RI
17	Pasungkan	Belum	Pedesaan	NRI
18	Padang Batung	Belum	Pedesaan	NRI
19	Kaliring	Belum	Pedesaan	NRI
20	Malinau	Belum	Sangat Terpencil	RI
21	Loksado	Belum	Sangat Terpencil	NRI

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan tabel 10. diketahui bahwa jumlah Puskesmas yang masih belum terakreditasi di Wilayah Kabupaten Hulu Sungai Selatan sebanyak 18 Puskesmas (85,75%). Data ini di ambil pada berdasarkan data terakhir pada awal bulan Desember. Berdasarkan informasi yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan, bahwa untuk wilayah Kabupaten Hulu Sungai Selatan kemungkinan akan ada penambahan jumlah Puskesmas yang terakreditasi. Hal ini karena pada pertengahan sampai dengan akhir desember masih ada jadwal kegiatan untuk penilaian akreditasi di wilayah Kabupaten Hulu Sungai Selatan. Berdasarkan data yang terdapat di table 3.7. diketahui bahwa jumlah

Puskesmas yang belum terakreditasi sebagai besar berada di daerah pedesaan yaitu sebanyak 16 Puskesmas (88,88%) dari total 18 Puskesmas yang belum terakreditasi.

Tabel 11. Status Akreditasi, Wilayah dan Tipe Puskesmas di Kabupaten Hulu Sungai Tengah

No	Nama Puskesmas	Status Akreditasi	Status Wilayah	Tipe
1	Barabai	Sudah	Perkotaan	NRI
2	Barikin	Belum	Pedesaan	NRI
3	Pagat	Belum	Pedesaan	NRI
4	Kalibaru	Belum	Pedesaan	NRI
5	Birayang	Belum	Pedesaan	NRI
6	Kubur Jawa	Belum	Pedesaan	NRI
7	Awang Besar	Belum	Pedesaan	NRI
8	Pantai Hambawang	Sudah	Pedesaan	RI
9	Durian Gantang	Belum	Pedesaan	NRI
10	Kasarangan	Belum	Pedesaan	NRI
11	Sungai Buluh	Belum	Pedesaan	NRI
12	Pandawan	Belum	Pedesaan	NRI
13	Kambat Utara	Belum	Pedesaan	NRI
14	Ilung	Belum	Pedesaan	NRI
15	Limpasu	Belum	Pedesaan	NRI
16	Haruyan	Belum	Pedesaan	NRI
17	Hantakan	Belum	Sangat Terpencil	NRI
18	Batu Tangga	Belum	Sangat Terpencil	NRI
19	Tandilang	Belum	Sangat Terpencil	NRI

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan tabel 11. diketahui bahwa jumlah Puskesmas yang belum terakreditasi sebanyak 17 Puskesmas (89,47%), dan hanya terdapat 2 Puskesmas yang telah terakreditasi yaitu Puskesmas Barabai, dan Pantai Hambawang. Dilihat dari status wilayah pada Puskesmas yang belum terakreditasi sebagian besar berada di wilayah Pedesaan yaitu sebanyak 14 Puskesmas (82,35%). Berdasarkan informasi yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan, bahwa untuk wilayah Kabupaten Hulu Sungai Tengah kemungkinan akan ada

penambahan jumlah Puskesmas yang terakreditasi. Hal ini karena pada pertengahan sampai dengan akhir Desember masih ada jadwal kegiatan untuk penilaian akreditasi di wilayah Kabupaten Hulu Sungai Tengah.

Tabel 12. Status Akreditasi, Wilayah dan Tipe Puskesmas di Kabupaten Hulu Sungai Utara

No	Nama Puskesmas	Status Akreditasi	Status Wilayah	Tipe
1	Sungai Malang	Sudah	Perkotaan	NRI
2	Sungai Karias	Belum	Perkotaan	NRI
3	Alabio	Belum	Pedesaan	RI
4	Pasar Sabtu	Sudah	Pedesaan	NRI
5	Amuntai Selatan	Belum	Pedesaan	NRI
6	Banjang	Sudah	Pedesaan	NRI
7	Sungai Turak	Belum	Pedesaan	NRI
8	Guntung	Sudah	Pedesaan	NRI
9	Haur Gading	Sudah	Pedesaan	NRI
10	Danau Panggang	Belum	Pedesaan	RI
11	Babirik	Belum	Pedesaan	NRI
12	Sapala	Belum	Sangat Terpencil	NRI
13	Paminggir	Belum	Sangat Terpencil	NRI

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan tabel 12. diketahui bahwa jumlah puskesmas yang belum terakreditasi sebanyak 8 Puskesmas (61,53%), Dilihat dari status wilayah pada Puskesmas yang belum terakreditasi sebagian besar berada di wilayah Pedesaan yaitu sebanyak 6 Puskesmas (75%). Dari tabel tersebut juga terlihat ada dua Puskesmas yang berstatus sangat terpencil yaitu Puskesmas Sapala dan Paminggir, kedua Puskesmas tersebut bertipe non perawatan. Padahal kedua daerah tersebut secara akses sangat sulit untuk di tempuh. Sehingga idealnya kedua daerah tersebut secara akreditasi, telah terakreditasi agar pelayanan yang diberikan kepada masyarakat lebih bermutu dan secara tipe seharusnya memiliki tipe perawatan. Hal ini karena apabila ada masyarakat yang membutuhkan pertolongan segera dapat tertolongi secara cepat di

Puskesmas tersebut tanpa harus menunggu membawa ke Rumah Sakit di wilayah perkotaan.

Tabel 13. Status Akreditasi, Wilayah dan Tipe Puskesmas di Kabupaten Balangan

No	Nama Puskesmas	Status Akreditasi	Status Wilayah	Tipe
1	Paringin	Sudah	Perkotaan	RI
2	Batu Mandi	Sudah	Pedesaan	NRI
3	Lok Batu	Belum	Pedesaan	NRI
4	Awayan	Belum	Pedesaan	NRI
5	Paringin Selatan	Sudah	Pedesaan	NRI
6	Juai	Sudah	Pedesaan	NRI
7	Halong	Sudah	Pedesaan	RI
8	Lampihong	Sudah	Pedesaan	NRI
9	Tebing Tinggi	Sudah	Sangat Terpencil	NRI
10	Pirsus II	Belum	Sangat Terpencil	NRI
11	Uren	Belum	Sangat Terpencil	NRI

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan tabel 13 diketahui bahwa jumlah Puskesmas yang masih belum terakreditasi di Kabupaten Balangan adalah sebanyak 4 Puskesmas (36,36%). Jumlah Puskesmas yang telah terakreditasi di Kabupaten ini telah melebihi dari setengahnya. Secara Sumber Daya, Kabupaten Balangan merupakan salah satu kabupaten dengan penghasilan daerah berupa tambang batu bara, sehingga dari segi sumber daya sangatlah mendukung untuk pembangunan dan peningkatan fasilitas kesehatan. Jika dilihat dari status wilayah, Puskesmas yang masih belum terakreditasi adalah puskesmas yang berada di wilayah pedesaan sebanyak 2 Puskesmas (50%), dan 2 Puskesmas lainnya berada di wilayah sangat terpencil. Secara tipe Puskesmas, dari 11 Puskesmas yang ada di Kabupaten Balangan, hanya ada 1 Puskesmas dengan tipe perawatan. Padahal secara status, terdapat 2 Puskesmas yang berada di daerah sangat terpencil dan seharusnya daerah terpencil tersebut memiliki tipe puskesmas perawatan.

Tabel 14. Status Akreditasi, Wilayah dan Tipe Puskesmas di Kabupaten Tabalong

No	Nama Puskesmas	Status Akreditasi	Status Wilayah	Tipe
1	Hikun	Belum	Perkotaan	NRI
2	Murung Puduk	Belum	Perkotaan	NRI
3	Mabuun	Belum	Perkotaan	NRI
4	Mungkur Agung	Sudah	Pedesaan	NRI
5	Muara Harus	Sudah	Pedesaan	NRI
6	Tanta	Belum	Pedesaan	NRI
7	Haruai	Belum	Pedesaan	RI
8	Bintang Ara	Belum	Pedesaan	NRI
9	Upau	Belum	Pedesaan	NRI
10	Muara Uya	Belum	Pedesaan	RI
11	Ribang	Belum	Pedesaan	NRI
12	Jaro	Belum	Pedesaan	NRI
13	Tanjung	Belum	Pedesaan	NRI
14	Banua Lawas	Belum	Pedesaan	NRI
15	Pugaan	Sudah	Pedesaan	NRI
16	Kelua	Belum	Pedesaan	RI

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan tabel 14. diketahui bahwa jumlah Puskesmas yang masih belum terakreditasi di Kabupaten Tabalong adalah sebanyak 13 Puskesmas (81,25%). Jumlah Puskesmas yang telah terakreditasi di Kabupaten ini masih sangat kurang jika dibandingkan dengan jumlah Puskesmas yang telah terakreditasi. Secara Sumber Daya, Kabupaten Tabalong Merupakan salah satu kabupaten dengan penghasilan daerah yang tinggi. Hal ini karena penghasilan daerahnya berupa tambang batu bara dan minyak, sehingga dari segi sumber daya sangatlah mendukung untuk pembangunan dan peningkatan fasilitas kesehatan, tetapi ternyata dari segi jumlah akreditasi Puskesmas masih sangat kurang. Jika dilihat dari status wilayah, Puskesmas yang masih belum terakreditasi adalah puskesmas yang berada di wilayah pedesaan sebanyak 10 Puskesmas (76,92%). Di Kabupaten Tabalong, memiliki 3 Puskesmas yang berada di daerah perkotaan, tetapi secara akreditasi, ketiganya masih belum terakreditasi. Berdasarkan informasi yang diperoleh dari Dinas Kesehatan

Provinsi Kalimantan Selatan, bahwa untuk wilayah Kabupaten Tabalong kemungkinan akan ada penambahan jumlah Puskesmas yang terakreditasi. Hal ini karena pada pertengahan sampai dengan akhir Desember tahun 2017 masih ada jadwal kegiatan untuk penilaian akreditasi di wilayah Kabupaten Tabalong.

Tabel 15. Status Akreditasi, Wilayah dan Tipe Puskesmas di Kabupaten Barito Kuala

No	Nama Puskesmas	Status Akreditasi	Status Wilayah	Tipe
1	Marabahan	Belum	Pedesaan	NRI
2	Tabunganen	Sudah	Sangat Terpencil	RI
3	Tamban	Sudah	Sangat Terpencil	RI
4	Mekarsari	Belum	Sangat Terpencil	RI
5	Jelapat	Belum	Sangat Terpencil	NRI
6	Anjir Pasar	Belum	Sangat Terpencil	RI
7	Anjir Muara	Belum	Sangat Terpencil	NRI
8	Berangas	Belum	Sangat Terpencil	RI
9	Semangat Dalam	Sudah	Sangat Terpencil	NRI
10	Mandastana	Belum	Sangat Terpencil	NRI
11	Jejangkit	Sudah	Sangat Terpencil	NRI
12	Belawang	Sudah	Sangat Terpencil	RI
13	Wanaraya	Sudah	Sangat Terpencil	RI
14	Barambai	Sudah	Sangat Terpencil	RI
15	Rantau Badauh	Sudah	Sangat Terpencil	RI
16	Bantuil	Belum	Sangat Terpencil	NRI
17	Lepasan	Belum	Sangat Terpencil	NRI
18	Tabukan	Sudah	Sangat Terpencil	NRI
19	Kuripan	Belum	Sangat Terpencil	RI

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan tabel 15. diketahui bahwa jumlah Puskesmas yang masih belum terakreditasi di Kabupaten Barito Kuala adalah sebanyak 10 Puskesmas (52,63%). Jumlah Puskesmas yang telah terakreditasi di Kabupaten ini cukup banyak, yaitu sebanyak 9 Puskesmas (47,36%) atau hampir setengah dari jumlah keseluruhan dari Puskesmas yang ada di daerah tersebut. Jika dilihat dari status wilayah, Puskesmas yang masih

belum terakreditasi adalah puskesmas yang berada di wilayah sangat terpencil, yaitu sebanyak 9 Puskesmas (90%).

Secara keseluruhan, total Puskesmas yang berada di wilayah sangat terpencil adalah sebanyak 17 Puskesmas (89,47%), jika dibandingkan dengan jumlah puskesmas yang bertipe perawatan ada sebanyak 10 (58,82%). Sehingga dari segi jumlah Puskesmas perawatan masih perlu di tambah untuk mempermudah akses masyarakat yang berada di daerah sangat terpencil untuk mendapatkan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan yang tidak di dapatkan di Puskesmas non perawatan seperti pelayanan rawat inap.

Tabel 16. Status Akreditasi, Wilayah dan Tipe Puskesmas di Kabupaten Tanah Laut

No	Nama Puskesmas	Status Akreditasi	Status Wilayah	Tipe
1	Pelaihari	Belum	Perkotaan	NRI
2	Angsau	Belum	Perkotaan	NRI
3	Tangkisung	Sudah	Pedesaan	NRI
4	Kurau	Belum	Pedesaan	RI
5	Padang Luas	Belum	Pedesaan	NRI
6	Bati Bati	Belum	Pedesaan	NRI
7	Kait Kait	Belum	Pedesaan	NRI
8	Tambang Ulang	Belum	Pedesaan	NRI
9	Tanjung Habulu	Belum	Pedesaan	NRI
10	Sungai Riam	Belum	Pedesaan	NRI
11	Tirta Jaya	Sudah	Pedesaan	NRI
12	Tajau Pecah	Sudah	Pedesaan	RI
13	Jorong	Sudah	Pedesaan	NRI
14	Asam Asam	Belum	Pedesaan	NRI
15	Kintap	Sudah	Pedesaan	RI
16	Sungai Cuka	Sudah	Pedesaan	NRI
17	Panyipatan	Belum	Pedesaan	NRI
18	Batakan	Belum	Pedesaan	NRI

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan tabel 16. diketahui bahwa jumlah puskesmas yang belum terakreditasi di Kabupaten Tanah Laut adalah sebanyak 12 Puskesmas (66,66%). Jika dilihat berdasarkan status wilayah yang ada di Puskesmas, sebagian besar berada di daerah pedesaan yaitu sebanyak 10 (83,33%) . selain itu juga, dari 2 Puskesmas yang berada di daerah perkotaan, keseluruhnya belum terakreditasi.

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan, bahwa untuk wilayah Kabupaten tanah Laut kemungkinan akan ada penambahan jumlah Puskesmas yang terakreditasi. Hal ini karena pada pertengahan sampai dengan akhir Desember tahun 2017 masih ada jadwal kegiatan untuk penilaian akreditasi di wilayah Kabupaten tersebut.

Tabel 17. Status Akreditasi, Wilayah dan Tipe Puskesmas di Kabupaten Tanah Bumbu

No	Nama Puskesmas	Status Akreditasi	Status Wilayah	Tipe
1	Batulicin	Belum	Perkotaan	NRI
2	Sebamban I	Belum	Pedesaan	NRI
3	Satui	Sudah	Pedesaan	RI
4	Sebamban II	Sudah	Pedesaan	NRI
5	Lasung	Sudah	Pedesaan	RI
6	Batulicin I	Sudah	Pedesaan	NRI
7	Simpang Empat	Sudah	Pedesaan	RI
8	Darul Azhar	Belum	Pedesaan	NRI
9	Pagatan	Sudah	Pedesaan	RI
10	Pulau Tanjung	Belum	Sangat Terpencil	NRI
11	Teluk Kepayang	Belum	Sangat Terpencil	NRI
12	Girimulia	Belum	Sangat Terpencil	NRI
13	Karang Bintang	Belum	Sangat Terpencil	NRI
14	Mantewe	Belum	Sangat Terpencil	NRI

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan tabel 17. diketahui bahwa jumlah Puskesmas yang masih belum terakreditasi di Kabupaten Tanah Bumbu adalah sebanyak 8 Puskesmas (57,14%). Jumlah Puskesmas yang telah terakreditasi di

Kabupaten ini cukup banyak, yaitu sebanyak 6 Puskesmas (42,85%) atau hampir setengah dari jumlah keseluruhan dari Puskesmas yang ada di daerah tersebut. Jika dilihat dari status wilayah, Puskesmas yang masih belum terakreditasi adalah puskesmas yang berada di wilayah sangat terpencil, yaitu sebanyak 5 Puskesmas (62,5%).

Secara keseluruhan, total Puskesmas yang berada di wilayah sangat terpencil adalah sebanyak 5 Puskesmas (35,71%) dan semuanya masih dalam status terakreditasi. jika dibandingkan dengan jumlah puskesmas yang bertipe perawatan ada sebanyak 4 (28,57%). Sehingga dari segi jumlah Puskesmas perawatan masih perlu di tambah untuk mempermudah akses masyarakat yang berada di daerah sangat terpencil untuk mendapatkan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan yang tidak di dapatkan di Puskesmas non perawatan seperti pelayanan rawat inap.

Tabel 18. Status Akreditasi, Wilayah dan Tipe Puskesmas di Kabupaten Kotabaru

No	Nama Puskesmas	Status Akreditasi	Status Wilayah	Tipe
1	Dirgahayu	Sudah	Perkotaan	NRI
2	Kotabaru	Sudah	Perkotaan	NRI
3	Serongga	Belum	Pedesaan	RI
4	Berangas	Sudah	Pedesaan	RI
5	Mekarpura	Belum	Pedesaan	NRI
6	Tanjung Seloka	Belum	Sangat Terpencil	RI
7	Sungai Bali	Belum	Sangat Terpencil	NRI
8	Tanjung Lalak	Belum	Sangat Terpencil	NRI
9	Sebatung	Sudah	Sangat Terpencil	NRI
10	Lontar	Belum	Sangat Terpencil	RI
11	Pantai	Belum	Sangat Terpencil	NRI
12	Banian	Belum	Sangat Terpencil	RI
13	Sungai Kupang	Belum	Sangat Terpencil	RI
14	Hampang	Belum	Sangat Terpencil	NRI
15	Sungai Durian	Belum	Sangat Terpencil	NRI
16	Kelumpang.F.	Belum	Sangat Terpencil	NRI
17	Tanjung Batu	Belum	Sangat Terpencil	NRI

No	Nama Puskesmas	Status Akreditasi	Status Wilayah	Tipe
18	Pudi	Belum	Sangat Terpencil	NRI
19	Tamianggeronggang	Belum	Sangat Terpencil	NRI
20	Bungkukan	Belum	Sangat Terpencil	NRI
21	Marabatuan	Belum	Sangat Terpencil	NRI
22	Tanjung Samalantakan	Belum	Sangat Terpencil	NRI
23	Pamukan II	Belum	Sangat Terpencil	NRI
24	Sampanahan	Belum	Sangat Terpencil	RI
25	Gunung Batu Besar	Belum	Sangat Terpencil	NRI
26	Bakau	Belum	Sangat Terpencil	RI
27	Sengayam	Belum	Sangat Terpencil	RI

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan tabel 18. diketahui bahwa jumlah Puskesmas yang masih belum terakreditasi di Kabupaten Kotabaru adalah sebanyak 23 Puskesmas (85,18%). Jumlah Puskesmas yang telah terakreditasi di Kabupaten ini masih sangat sedikit, yaitu hanya sebanyak 4 Puskesmas (14,81%). Jika dilihat dari status wilayah, Puskesmas yang masih belum terakreditasi adalah puskesmas yang berada di wilayah sangat terpencil, yaitu sebanyak 21 Puskesmas (91,30%).

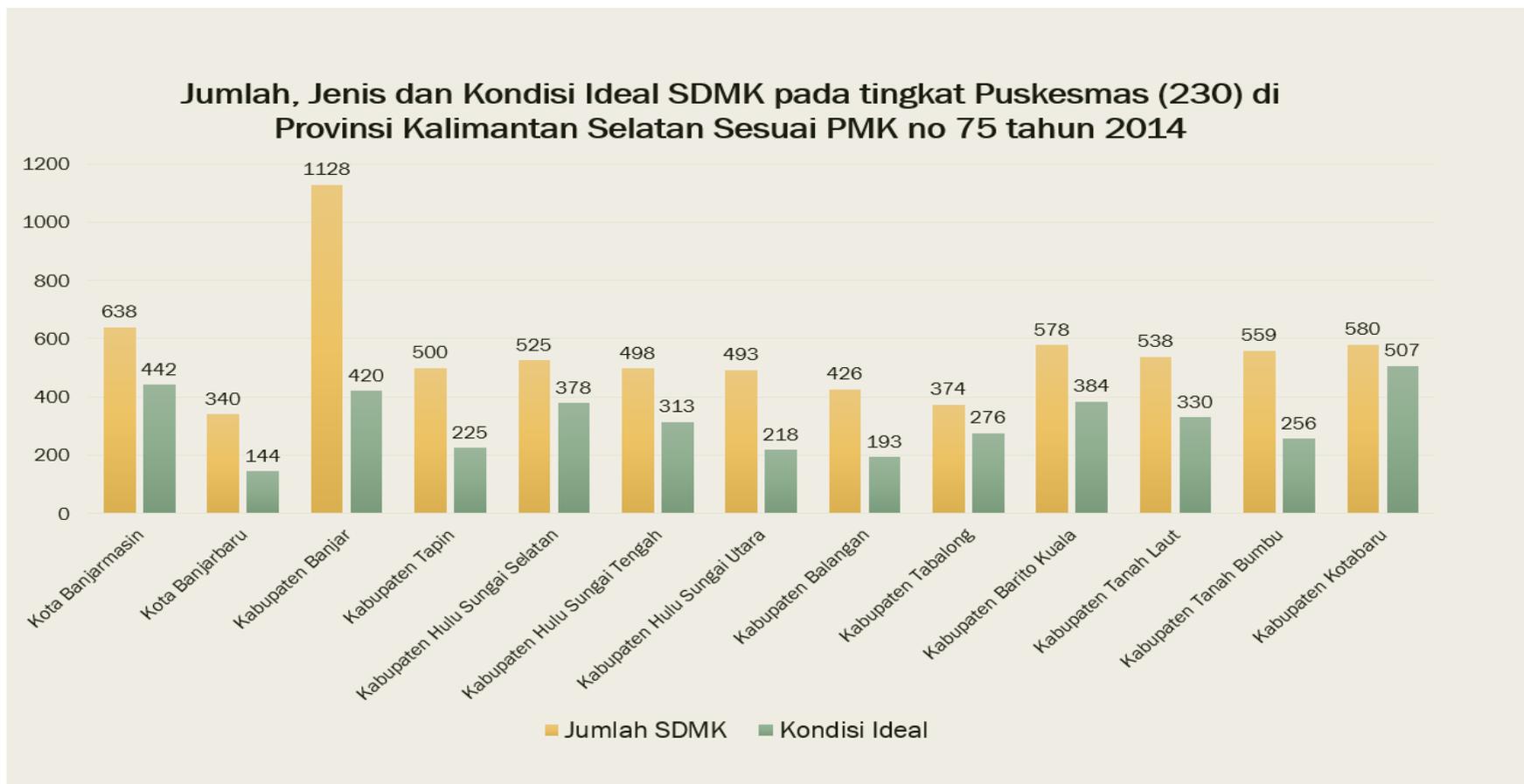
Secara keseluruhan, total Puskesmas yang berada di wilayah sangat terpencil adalah sebanyak 22 Puskesmas (35,71%) dan hanya satu yang terakreditasi. jika dibandingkan dengan jumlah puskesmas yang bertipe perawatan di wilayah sangat terpencil ada sebanyak 7 (30,43%). Sehingga dari segi jumlah Puskesmas perawatan masih perlu di tambah untuk mempermudah akses masyarakat yang berada di daerah sangat terpencil untuk mendapatkan pelayanan kesehatan khususnya pelayanan yang tidak di dapatkan di Puskesmas non perawatan seperti pelayanan rawat inap.

Tabel 19. Jumlah, Jenis dan Kondisi Ideal SDMK pada tingkat Puskesmas di Provinsi Kalimantan Selatan Sesuai PMK No 75 Tahun 2014

NO	Kab/ Kota	Jumlah SDMK	Kondisi Ideal
1	Kota Banjarmasin	638	442
2	Kota Banjarbaru	340	144
3	Kabupaten Banjar	1128	420
4	Kabupaten Tapin	500	225
5	Kabupaten Hulu Sungai Selatan	525	378
6	Kabupaten Hulu Sungai Tengah	498	313
7	Kabupaten Hulu Sungai Utara	493	218
8	Kabupaten Balangan	426	193
9	Kabupaten Tabalong	374	276
10	Kabupaten Barito Kuala	578	384
11	Kabupaten Tanah Laut	538	330
12	Kabupaten Tanah Bumbu	559	256
13	Kabupaten Kotabaru	580	507
Total		7177	4086

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017

Diagram 3 Jumlah, Jenis dan Kondisi Ideal SDM Kesehatan pada Tingkat Puskesmas di Provinsi Kalimantan Selatan Sesuai PMK No 75 Tahun 2014



Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan tabel 19 dan diagram 3, di atasdiketahui bahwa secara keseluruhan jika di dilihat dari jumlah SDM Kesehatan secara umum maka jumlah SDM Kesehatan di provinsi Kalimantan Selatan telah melebihi dari kondisi ideal dimana jumlah SDM Kesehatan yang ada di Kalimantan Selatan saat ini adalah sebanyak 7.177 tenaga kesehatan sedangkan jumlah ideal yang seharusnya adalah 4.086 tenaga kesehatan. Sehingga jika dilihat secara umum dari PMK NO 75 tahun 2014 maka jumlah tenaga kesehatan di Provinsi Kalimantan Selatan telah melebihi dari jumlah ideal (tercukupi).

4.7 Hasil Perhitungan Rencana Kebutuhan SDM di Faskes Provinsi sesuai dengan Permenkes 75 tahun 2014

Tabel 20. Sebaran SDM Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas Kota Banjarmasin

No	Jenis Wilayah Puskesmas	Jenis SDM	Jumlah Riil	Jumlah Ideal	Status
1	Perkotaan	Dokter Umum	51	26	Lebih 49%
		Dokter Gigi	15	26	Kurang 73%
		Perawat	162	130	Lebih 20%
		Bidan	152	104	Lebih 32%
		Tenaga Farmasi	62	26	Lebih 58%
		Tenaga Kesmas	68	52	Lebh 23%
		Tenaga Kesling	42	26	Lebih 38%
		Tenaga Gizi	54	26	Lebih 52%
		Tenaga ATLM	33	26	Lebih 21%
Jumlah			639	442	Lebih 31%

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan tabel 20. diketahui bahwa sebaran jumlah SDM di Kota Banjarmasin jika dilihat dari jenis SDM yang tersedia, maka tenaga kesehatan yang masih mengalami kekurangan adalah dokter gigi, yang mana jumlah dokter gigi yang tersedia hanya 15 orang, sedangkan jumlah ideal yang seharusnya adalah 26 orang atau kekurangan tenaga kesehatan sebanyak 73%. Sedangkan untuk 8 jenis tenaga kesehatan lainnya yaitu dokter umum, perawat, bidan, tenaga farmasi, tenaga kesmas, tenaga kesling, tenaga gizi, dan tenaga ATLM telah melebihi dari jumlah ideal yang seharusnya dimiliki oleh Kota Banjarmasin. Sehingga untuk daerah Kota Banjarmasin masih perlu penambahan untuk tenaga dokter gigi (SKDGI, 2015).

Profesi dokter gigi merupakan tugas mulia bagi kehidupan manusia dalam bidang kesehatan khususnya kesehatan gigi mulut. Seorang dokter gigi dalam menjalankan tugasnya memberikan pelayanan kepada

masyarakat dituntut untuk bersikap profesional. Pencapaian profesionalisme pendidikan dokter gigi harus didasari oleh keilmuan yang kokoh setingkat dengan pendidikan sarjana. Dokter gigi mempunyai kompetensi akademik-profesional yang diperoleh melalui pendidikan profesi yang didasari oleh pendidikan akademik, sehingga setelah selesai pendidikannya akan memiliki kemampuan melaksanakan praktik sesuai dengan keahliannya, bersikap profesional, dengan selalu membekali dirinya dengan pengetahuan dan keterampilan yang sesuai dengan perkembangannya.

Pendidikan dokter gigi dikembangkan dari wawasan ilmu kedokteran yang mencakup ilmu pengetahuan yang mempelajari proses tumbuh kembang manusia mulai dari saat pembuahan sampai akhir hayat, serta berbagai konsep yang melandasi hidup dan kehidupan manusia mulai tingkat molekuler sampai dengan tingkat individu utuh. Dalam hal ini termasuk keadaan dan sebab-sebab penyimpangan dari keadaan normal baik raga maupun jiwa, serta berbagai kemungkinan intervensi pemulihannya ke keadaan normal atau fungsi optimal sistem organ secara terpadu dalam manusia seutuhnya (SKDGI, 2015).

Ruang lingkup Ilmu Kedokteran Gigi mencakup keadaan fisiologis dan patologis sistem stomatognatik termasuk perubahan, penyimpangan atau tidak optimalnya sistem tersebut, secara terpadu pada tingkat individu utuh sampai dengan molekuler, sebagai akibat interaksi dengan lingkungan, dan adanya pengaruh faktor genetik. Fungsi sistem stomatognatik meliputi (1) fungsi pengunyahan dan pencernaan, (2) fungsi bicara, (3) fungsi estetika, dan (4) fungsi persyarafan (SKDGI, 2015).

Tabel 21. Sebaran SDM Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas Kota Banjarmasin

No	Jenis Wilayah Puskesmas	Jenis SDM	Jumlah Riil	Jumlah Ideal	Status
1	Perkotaan	Dokter Umum	37	9	Lebih 76%
		Dokter Gigi	13	8	Lebih 38%
		Perawat	92	43	Lebih 53%
		Bidan	101	35	Lebih 65%
		Tenaga Farmasi	28	9	Lebih 68%
		Tenaga Kesmas	7	16	Kurang 129%
		Tenaga Kesling	25	8	Lebih 68%
		Tenaga Gizi	21	8	Lebih 62%
		Tenaga ATLM	16	8	Lebih 50%
Jumlah			340	144	Lebih 58%

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan table 21. diketahui bahwa sebaran jumlah SDM di Kota Banjarbaru jika dilihat dari jenis SDM yang tersedia, maka tenaga kesehatan yang masih mengalami kekurangan adalah tenaga kesehatan masyarakat. Jumlah tenaga kesehatan yang tersedia hanya 7 orang, sedangkan jumlah ideal yang seharusnya adalah 16 orang atau kekurangan tenaga kesehatan sebanyak 129%. Sedangkan untuk 8 jenis tenaga kesehatan lainnya yaitu dokter umum, perawat, bidan, tenaga farmasi, dokter gigi, tenaga kesling, tenaga gizi, dan tenaga ATLM telah melebihi dari jumlah ideal yang seharusnya dimiliki oleh Kota Banjarbaru.

Tabel 22. Sebaran SDMK Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas Kabupaten Banjar

No	Jenis Wilayah Puskesmas	Jenis SDMK	Jumlah Riil	Jumlah Ideal	Status
1	Perkotaan n: 4	Dokter Umum	10	4	Lebih 60%
		Dokter Gigi	4	4	Ideal
		Perawat	102	20	Lebih 80%
		Bidan	119	16	Lebih 86%
		Tenaga Farmasi	8	4	Lebih 50%
		Tenaga Kesmas	4	8	Kurang 100%
		Tenaga Kesling	5	4	Lebih 20%
		Tenaga Gizi	7	4	Lebih 43%
		Tenaga ATLM	7	4	Lebih 43%
Jumlah			266	68	Lebih 74%
2	Pedesaan n: 11	Dokter Umum	17	13	Lebih 23%
		Dokter Gigi	8	11	Kurang 37%
		Perawat	179	61	Lebih 66%
		Bidan	256	50	Lebih 80%
		Tenaga Farmasi	10	11	Kurang 10%
		Tenaga Kesmas	26	11	Lebih 58%
		Tenaga Kesling	14	11	Lebih 21%
		Tenaga Gizi	15	13	Lebih 13%
		Tenaga ATLM	13	11	Lebih 15%
Jumlah			538	192	Lebih 64%
3	Sangat Tertinggal n: 9	Dokter Umum	12	11	Lebih 8%
		Dokter Gigi	3	9	Kurang 200%
		Perawat	116	51	Lebih 56%
		Bidan	139	42	Lebih 70%
		Tenaga Farmasi	7	9	Kurang 29%
		Tenaga Kesmas	11	9	Lebih 18%
		Tenaga Kesling	7	9	Kurang 29%
		Tenaga Gizi	19	11	Lebih 42%
		Tenaga ATLM	10	9	Lebih 10%
Jumlah			324	160	Lebih 51%

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan table 22. diketahui bahwa menurut sebaran, jenis tenaga kesehatan di Kabupaten banjar masih mengalami kekurangan

pada beberapa jenis tenaga kesehatan. Jika dilihat dari wilayah perkotaan, , terdapat kekurangan jenis tenaga kesehatan untuk jenis tenaga kesehatan masyarakat, dimana jumlah tenaga kesehatan masyarakat yang tersedia hanya 4 orang, sedangkan jumlah seharusnya adalah sebanyak 8 orang (kekurangan 100%). Dilihat dari wilayah pedesaan, jenis tenaga kesehatan yang mengalami kekurangan adalah untuk jenis tenaga kesehatan dokter gigi. Jumlah tenaga dokter gigi yang tersedia hanya berjumlah 8 orang, sedangkan jumlah yang seharusnya adalah 11 orang (kekurangan 37%). Dilihat dari wilayah sangat terpencil, terdapat kekurangan jenis tenaga kesehatan dokter gigi, tenaga farmasi, tenaga kesling. Jumlah dokter gigi yang ada di daerah sangat terpencil hanya 3 orang, sedangkan jumlah seharusnya adalah 9 orang (kurang 200%), tenaga farmasi yang tersedia adalah 7 orang, sedangkan jumlah seharusnya adalah 9 (kekurangan 29%),(, tenaga kesehatan lingkungan adalah sebanyak 7 orang sedangkan jumlah ideal adalah 9 (kekurangan 20%).

Tabel 23. Sebaran SDM Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas Kabupaten Tapin

N o	Jenis Wilayah Puskesmas	Jenis SDM	Jumlah Riil	Jumlah Ideal	Status
1	Perkotaan n: 1	Dokter Umum	2	1	Lebih 50%
		Dokter Gigi	0	1	Kurang
		Perawat	19	5	Lebih 74%
		Bidan	21	4	Lebih 81%
		Tenaga Farmasi	3	1	Lebih 67%
		Tenaga Kesmas	3	1	Lebih 67%
		Tenaga Kesling	1	1	Ideal
		Tenaga Gizi	2	1	Lebih 50%
		Tenaga ATLM	0	1	Kurang
Jumlah			51	16	Lebih 69%
2	Pedesaan n: 3	Dokter Umum	12	4	Lebih 67%
		Dokter Gigi	4	3	Lebih 25%
		Perawat	43	18	Lebih 58%
		Bidan	58	15	Lebih 74%
		Tenaga Farmasi	1	3	Kurang 200%
		Tenaga Kesmas	4	3	Lebih 25%
		Tenaga Kesling	4	3	Lebih 25%
		Tenaga Gizi	8	4	Lebih 50%
		Tenaga ATLM	4	3	Lebih 25%
Jumlah			138	56	Lebih 59%
3	Sangat Tertinggal n: 9	Dokter Umum	17	10	Lebih 41%
		Dokter Gigi	4	9	Kurang 125%
		Perawat	88	48	Lebih 45%
		Bidan	137	39	Lebih 71%
		Tenaga Farmasi	10	9	Lebih 10%
		Tenaga Kesmas	9	10	Kurang 11%
		Tenaga Kesling	15	9	Lebih 40%
		Tenaga Gizi	19	10	Lebih 47%
		Tenaga ATLM	11	9	Lebih 18%
Jumlah			311	153	Lebih 51%

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan table 23. diketahui bahwa menurut sebaran, jenis tenaga kesehatan di Kabupaten tapin masih mengalami kekurangan pada beberapa jenis tenaga kesehatan. Jika dilihat dari wilayah perkotaan, terdapat kekurangan jenis tenaga kesehatan untuk jenis tenaga dokter gigi dan tenaga ATLM. Jumlah dokter gigi yang tersedia di wilayah perkotaan tidak ada sedangkan seharusnya minimal memiliki 1 tenaga kesehatan, sedangkan jumlah tenaga kesehatan ATLM juga tidak tersedia di Kabupaten tapin untuk wilayah perkotaan (kekurangan 100%). Dilihat dari wilayah pedesaan, jenis tenaga kesehatan yang mengalami kekurangan adalah untuk jenis tenaga kesehatan farmasi. Jumlah tenaga farmasi yang tersedia hanya berjumlah 1 orang, sedangkan jumlah yang seharusnya adalah 3 orang (kekurangan 200%). Dilihat dari wilayah sangat terpencil, terdapat kekurangan jenis tenaga kesehatan dokter gigi, dan tenaga kesehatan masyarakat. Jumlah dokter gigi yang ada di daerah sangat terpencil hanya 3 orang, sedangkan jumlah seharusnya adalah 9 orang (kurang 200%), tenaga kesehatan masyarakat yang tersedia adalah 9 orang, sedangkan jumlah seharusnya adalah 10 (kekurangan 11%), sehingga sebaran jenis tenaga kesehatana untuk daerah Kabupaten tapin untuk wilayah perkotaan, pedesaan, dan sangat terpencil sama sama masih mengalami kekurangan beberapa jenis tenaga kesehatan.

Tabel 24. Sebaran SDMK Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas Kabupaten Hulu Sungai Selatan

No	Jenis Wilayah Puskesmas	Jenis SDMK	Jumlah Riil	Jumlah Ideal	Status
1	Perkotaan n: 2	Dokter Umum	4	2	Lebih 50%
		Dokter Gigi	2	2	Ideal
		Perawat	21	10	Lebih 52%
		Bidan	20	8	Lebih 60%
		Tenaga Farmasi	4	2	Lebih 50%
		Tenaga Kesmas	4	4	Ideal
		Tenaga Kesling	3	2	Lebih 33%
		Tenaga Gizi	4	2	Lebih 50%
		Tenaga ATLM	2	2	Ideal
Jumlah			64	34	Lebih 47%
2	Pedesaan n: 17	Dokter Umum	22	21	Lebih 4%
		Dokter Gigi	4	17	Kurang 325%
		Perawat	151	97	Lebih 36%
		Bidan	182	80	Lebih 56%
		Tenaga Farmasi	9	17	Kurang 89%
		Tenaga Kesmas	20	17	Lebih 15%
		Tenaga Kesling	4	17	Kurang 325%
		Tenaga Gizi	37	21	Lebih 43%
		Tenaga ATLM	14	17	Kurang 21%
Jumlah			443	304	Lebih 31%
3	Sangat Tertinggal n: 2	Dokter Umum	2	3	Kurang 50%
		Dokter Gigi	1	2	Kurang 100%
		Perawat	11	13	Kurang 18%
		Bidan	19	11	Lebih 42%
		Tenaga Farmasi	1	2	Kurang 100%
		Tenaga Kesmas	1	2	Kurang 100%
		Tenaga Kesling	1	1	Ideal
		Tenaga Gizi	2	1	Lebih 50%
		Tenaga ATLM	1	2	Kurang 100%
Jumlah			39	37	Lebih 5%

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan table 24. diketahui bahwa menurut sebaran, jenis tenaga kesehatan di Kabupaten Hulu Sungai Selatan masih mengalami kekurangan pada beberapa jenis tenaga kesehatan untuk daerah pedesaan dan sangat terpencil. Dilihat dari wilayah pedesaan, jenis tenaga kesehatan yang mengalami kekurangan adalah untuk jenis tenaga kesehatan dokter gigi, tenaga farmasi, tenaga kesehatan lingkungan, dan tenaga ATLM. Jumlah tenaga dokter gigi yang tersedia hanya 4 orang, sedangkan idealnya jumlah dokter gigi yang tersedia adalah sebanyak 17 orang (kekurangan 325%), tenaga farmasi yang tersedia hanya berjumlah 9 orang, sedangkan jumlah yang seharusnya adalah 17 orang (kekurangan 89%), tenaga kesehatan lingkungan yang tersedia hanya berjumlah 4 orang, sedangkan jumlah yang seharusnya adalah 17 orang (kekurangan 325%), dan untuk jenis tenaga ATLM yang tersedia adalah sebanyak 14 orang, sedangkan jumlah seharusnya yang dimiliki adalah sebanyak 17 orang (kurang 21%). Dilihat dari wilayah sangat terpencil, maka banyak sekali jenis tenaga kesehatan yang masih mengalami kekurangan yaitu dokter umum, dokter gigi, perawat, tenaga farmasi, tenaga kesehatan masyarakat, dan tenaga ATLM. Jumlah dokter gigi mengalami kekurangan sebanyak 1 orang (kurang 50%), dokter gigi 1 orang (kurang 100%), perawat kekurangan 2 orang (18%), tenaga farmasi kekurangan 1 orang (kekurangan 100%), tenaga kesehatan masyarakat (kekurangan 100%), tenaga ATLM kekurangan 1 orang (kurang 100%). Berdasarkan table di atas, maka dapat disimpulkan bahwa wilayah yang masih mengalami kekurangan tenaga kesehatan adalah pada wilayah pedesaan dan sangat terpencil. Wilayah sangat terpencil mengalami kekurangan 6 tenaga kesehatan strategis.

Tabel 25. Sebaran SDMK Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas Kabupaten Hulu Sungai Tengah

No	Jenis Wilayah Puskesmas	Jenis SDMK	Jumlah Riil	Jumlah Ideal	Status
1	Perkotaan n: 1	Dokter Umum	1	1	Ideal
		Dokter Gigi	0	1	Kurang
		Perawat	10	5	Lebih 50%
		Bidan	4	4	Ideal
		Tenaga Farmasi	1	1	Ideal
		Tenaga Kesmas	3	2	Lebih 33%
		Tenaga Kesling	1	1	Ideal
		Tenaga Gizi	1	1	Ideal
		Tenaga ATLM	1	1	Ideal
Jumlah			22		Lebih 23%
2	Pedesaan n: 15	Dokter Umum	12	16	Kurang 33,3%
		Dokter Gigi	3	15	Kurang 400%
		Perawat	122	78	Lebih 36%
		Bidan	152	63	Lebih 58%
		Tenaga Farmasi	19	15	Lebih 21%
		Tenaga Kesmas	51	15	Lebih 71%
		Tenaga Kesling	25	15	Lebih 40%
		Tenaga Gizi	15	16	Lebih 7%
		Tenaga ATLM	15	15	Ideal
Jumlah			412		Lebih 40%
3	Sangat Tertinggal n: 3	Dokter Umum	3	3	Ideal
		Dokter Gigi	2	3	Kurang 50%
		Perawat	17	15	Lebih 12%
		Bidan	22	12	Lebih 45%
		Tenaga Farmasi	3	3	Ideal
		Tenaga Kesmas	8	3	Lebih 62%
		Tenaga Kesling	4	3	Lebih 25%
		Tenaga Gizi	3	3	Ideal
		Tenaga ATLM	3	3	Ideal
Jumlah			65		Lebih 26%

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan table 25. diketahui bahwa menurut sebaran, jenis tenaga kesehatan di Kabupaten Hulu Sungai Selatan masih mengalami kekurangan pada beberapa jenis tenaga kesehatan untuk daerah

perkotaan, pedesaan dan sangat terpencil. Dilihat dari wilayah perkotaan, masih terdapat kekurangan tenaga kesehatan di jenis tenaga kesehatan untuk dokter gigi, dimana belum terdapat tenaga kesehatan dokter gigi untuk daerah perkotaan, sedangkan seharusnya terdapat 1 dokter gigi untuk daerah tersebut. Dilihat dari wilayah pedesaan, jenis tenaga kesehatan yang mengalami kekurangan adalah untuk jenis tenaga kesehatan adalah dokter umum, dan dokter gigi. Jumlah dokter gigi yang tersedia hanya 3 orang, sedangkan seharusnya terdapat sebanyak 15 dokter gigi (kekurangan 400%). Sedangkan untuk dokter umum, jumlah yang tersedia hanya sebanyak 12 orang, sedangkan seharusnya terdapat 16 dokter umum (kekurangan 33,3%). Dilihat dari wilayah sangat terpencil, jenis tenaga kesehatan yang masih mengalami kekurangan yaitu dokter gigi. Jumlah dokter gigi yang tersedia hanya 2 orang, sedangkan seharusnya terdapat 3 dokter gigi (kekurangan 50%). Sehingga dari 3 wilayah, yaitu perkotaan, pedesaan, dan sangat terpencil. Mayoritas jenis tenaga kesehatan yang masih kekurangan adalah dokter gigi.

Tabel 26. Sebaran SDMKB Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas Hulu Sungai Utara

No	Jenis Wilayah Puskesmas	Jenis SDM	Jumlah Riil	Jumlah Ideal	Status
1	Perkotaan n: 2	Dokter Umum	3	2	Lebih 33%
		Dokter Gigi	2	2	Ideal
		Perawat	26	10	Lebih 61%
		Bidan	32	8	Lebih 75%
		Tenaga Farmasi	3	2	Lebih 33%
		Tenaga Kesmas	5	4	Lebih 20%
		Tenaga Kesling	5	2	Lebih 60%
		Tenaga Gizi	4	2	Lebih 50%
		Tenaga ATLM	4	2	Lebih 50%
Jumlah			84	34	Lebih 59%
2	Pedesaan n: 9	Dokter Umum	13	10	Lebih 23%
		Dokter Gigi	5	9	Kurang 80%
		Perawat	102	48	Lebih 53%
		Bidan	181	39	Lebih 78%
		Tenaga Farmasi	17	9	Lebih 47%
		Tenaga Kesmas	10	9	Lebih 10%
		Tenaga Kesling	15	9	Lebih 40%
		Tenaga Gizi	18	10	Lebih 44%
		Tenaga ATLM	13	9	Lebih 31%
Jumlah			376		Lebih 59%
3	Sangat Tertinggal n: 2	Dokter Umum	2	2	Ideal
		Dokter Gigi	2	2	Ideal
		Perawat	11	10	Lebih 9%
		Bidan	8	8	Ideal
		Tenaga Farmasi	2	2	Ideal
		Tenaga Kesmas	2	2	Ideal
		Tenaga Kesling	3	2	Lebih 33%
		Tenaga Gizi	2	2	Ideal
		Tenaga ATLM	1	2	Kurang 100%
Jumlah			33		Lebih 51%

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan table 26. diketahui bahwa menurut sebaran, jenis tenaga kesehatan di Kabupaten Hulu Sungai Utara masih mengalami kekurangan pada beberapa jenis tenaga kesehatan untuk daerah pedesaan dan sangat terpencil, sedangkan untuk daerah perkotaan telah

mencukupi jumlah ideal berdasarkan PMK No. 75 tahun 2014. Dilihat dari wilayah pedesaan, masih terdapat kekurangan tenaga kesehatan di jenis tenaga kesehatan untuk dokter gigi, dimana hanya terdapat 5 tenaga kesehatan dokter gigi untuk daerah pedesaan, sedangkan seharusnya terdapat 9 dokter gigi untuk daerah tersebut. Dilihat dari wilayah sangat terpencil, jenis tenaga kesehatan yang masih mengalami kekurangan yaitu tenaga ATLM. Jumlah tenaga ATLM yang tersedia hanya 1 orang, sedangkan seharusnya terdapat 2 tenaga ATLM (kekurangan 100%). Sehingga berdasarkan data yang ada, Kabupaten Hulu Sungai Utara secara umum hanya masih kekurangan tenaga dokter gigi untuk daerah pedesaan dan sangat terpencil.

Tabel 27. Sebaran SDMK Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas Kabupaten Balangan

No	Jenis Wilayah Puskesmas	Jenis SDMK	Jumlah Riil	Jumlah Ideal	Status
1	Perkotaan n: 1	Dokter Umum	0	2	Kurang
		Dokter Gigi	1	1	Ideal
		Perawat	15	8	Lebih 47%
		Bidan	30	7	Lebih 77%
		Tenaga Farmasi	2	1	Lebih 50%
		Tenaga Kesmas	4	2	Lebih 50%
		Tenaga Kesling	2	1	Lebih 50%
		Tenaga Gizi	2	2	Ideal
		Tenaga ATLM	0	1	Kurang
Jumlah			56	25	Lebih 55%
2	Pedesaan n: 7	Dokter Umum	12	8	Lebih 33%
		Dokter Gigi	3	7	Kurang 133%
		Perawat	83	38	Lebih 54%
		Bidan	125	31	Lebih 75%
		Tenaga Farmasi	4	7	Kurang 75%
		Tenaga Kesmas	11	7	Lebih 36%
		Tenaga Kesling	11	7	Lebih 36%
		Tenaga Gizi	11	8	Lebih 27%
		Tenaga ATLM	9	7	Lebih 22%
Jumlah			269	120	Lebih 55%
3	Sangat Tertinggal n: 3	Dokter Umum	4	3	Lebih 25%
		Dokter Gigi	0	3	Kurang
		Perawat	34	15	Lebih 56%
		Bidan	26	12	Lebih 54%
		Tenaga Farmasi	0	3	Kurang
		Tenaga Kesmas	7	3	Lebih 57%
		Tenaga Kesling	3	3	Ideal
		Tenaga Gizi	4	3	Lebih 25%
		Tenaga ATLM	1	0	Lebih 100%
Jumlah			79	45	Lebih 43%

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan table 27. diketahui bahwa menurut sebaran, jenis tenaga kesehatan di Kabupaten Hulu Sungai Utara masih mengalami

kekurangan pada beberapa jenis tenaga kesehatan untuk daerah perkotaan, pedesaan dan sangat terpencil. Dilihat dari wilayah perkotaan, jenis tenaga kesehatan yang masih mengalami kekurangan adalah dokter umum, dan tenaga ATLM. Jumlah dokter umum yang tersedia di daerah perkotaan belum ada, sedangkan seharusnya terdapat 2 dokter umum yang berada di daerah perkotaan untuk Kabupaten Tapin. Untuk jumlah tenaga ATLM belum tersedia, sedangkan seharusnya terdapat minimal 1 tenaga ATLM. Jika dilihat dari wilayah pedesaan, masih terdapat kekurangan tenaga kesehatan di jenis tenaga kesehatan untuk dokter gigi, dan tenaga farmasi. dimana hanya terdapat 3 tenaga kesehatan dokter gigi untuk daerah pedesaan, sedangkan seharusnya terdapat 7 dokter gigi untuk daerah tersebut. Sedangkan untuk jumlah tenaga farmasi yang tersedia hanya 4 orang. Sedangkan seharusnya terdapat minimal 7 tenaga farmasi. Dilihat dari wilayah sangat terpencil, jenis tenaga kesehatan yang masih mengalami kekurangan yaitu dokter gigi dan tenaga farmasi. Jumlah dokter gigi yang tersedia di wilayah sangat terpencil tidak ada, sedangkan seharusnya minimal terdapat 3 orang. Jumlah tenaga farmasi untuk wilayah sangat terpencil masih belum tersedia sedangkan seharusnya memiliki 3 tenaga farmasi. Sehingga berdasarkan data yang ada, Kabupaten Tapin secara umum lebih

Tabel 28. Sebaran SDMK Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas Kabupaten Tabalong

No	Jenis Wilayah Puskesmas	Jenis SDMK	Jumlah Riil	Jumlah Ideal	Status
1	Perkotaan n: 3	Dokter Umum	7	3	Lebih 57%
		Dokter Gigi	4	3	Lebih 25%
		Perawat	29	15	Lebih 48%
		Bidan	34	12	Lebih 65%
		Tenaga Farmasi	6	3	Lebih 50%
		Tenaga Kesmas	0	6	Kurang
		Tenaga Kesling	6	3	Lebih 50%
		Tenaga Gizi	7	3	Lebih 57%
		Tenaga ATLM	6	3	Lebih 48%
Jumlah			98	51	Lebih 55%
2	Pedesaan n: 13	Dokter Umum	21	16	Lebih 24%
		Dokter Gigi	2	13	Kurang 550%
		Perawat	108	74	Lebih 31%
		Bidan	103	61	Lebih 41%
		Tenaga Farmasi	20	13	Lebih 35%
		Tenaga Kesmas	5	13	Kurang 160%
		Tenaga Kesling	13	13	Ideal
		Tenaga Gizi	16	16	Ideal
		Tenaga ATLM	12	13	Kurang 8%
Jumlah			300	232	Lebih 23%

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan tabel 28. diketahui bahwa menurut sebaran, jenis tenaga kesehatan di Kabupaten Tabalong masih mengalami kekurangan pada beberapa jenis tenaga kesehatan untuk daerah perkotaan, pedesaan. Dilihat dari wilayah perkotaan, jenis tenaga kesehatan yang masih mengalami kekurangan adalah tenaga kesehatan masyarakat. Jumlah tenaga kesehatan masyarakat yang tersedia di daerah perkotaan belum ada, sedangkan seharusnya terdapat 6 tenaga kesehatan yang berada di daerah perkotaan untuk Kabupaten Tabalong. Jika dilihat dari

wilayah pedesaan, masih terdapat kekurangan tenaga kesehatan di jenis tenaga kesehatan untuk dokter gigi, dan tenaga ATLM. dimana hanya terdapat 2 tenaga kesehatan dokter gigi untuk daerah pedesaan, sedangkan seharusnya terdapat 13 dokter gigi untuk daerah tersebut. Sedangkan untuk jumlah tenaga ATLM masih kekurangan 1 tenaga kesehatan (kekurangan 8%).

Tabel 29. Sebaran SDMK Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas Kabupaten Barito Kuala

No	Jenis Wilayah Puskesmas	Jenis SDMK	Jumlah Riil	Jumlah Ideal	Status
1	Pedesaan n: 1	Dokter Umum	1	1	Ideal
		Dokter Gigi	0	1	Kurang
		Perawat	12	5	Lebih 58%
		Bidan	13	4	Lebih 69%
		Tenaga Farmasi	1	1	Ideal
		Tenaga Kesmas	1	1	Ideal
		Tenaga Kesling	3	1	Lebih 67%
		Tenaga Gizi	2	1	Lebih 50%
		Tenaga ATLM	2	1	Lebih 50%
Jumlah			35	16	Lebih 54%
2	Sangat Terpencil n: 18	Dokter Umum	30	28	Lebih 7%
		Dokter Gigi	15	18	Kurang 20%
		Perawat	151	120	Lebih 20%
		Bidan	262	102	Lebih 61%
		Tenaga Farmasi	21	18	Lebih 14%
		Tenaga Kesmas	3	18	Kurang 500%
		Tenaga Kesling	17	18	Kurang 6%
		Tenaga Gizi	24	28	Kurang 17%
		Tenaga ATLM	16	18	Kurang 12%
Jumlah			542	340	Lebih 37%

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan tabel 29. diketahui bahwa menurut sebaran, jenis tenaga kesehatan di Kabupaten Barito Kuala masih mengalami kekurangan pada beberapa jenis tenaga kesehatan untuk daerah pedesaan, dan sangat terpencil. Dilihat dari wilayah pedesaan, jenis tenaga kesehatan yang masih mengalami kekurangan adalah tenaga

dokter gigi. Jumlah dokter gigi yang tersedia di daerah pedesaan belum ada, sedangkan seharusnya terdapat setidaknya 1 tenaga dokter gigi yang berada di daerah perkotaan untuk Kabupaten Barito Kuala. Jika dilihat dari wilayah sangat terpencil, masih terdapat kekurangan tenaga kesehatan di jenis tenaga kesehatan untuk dokter gigi, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, dan tenaga ATLM. Untuk tenaga kesehatan dokter gigi hanya tersedia 15 orang, sedangkan jumlah idealnya minimal adalah 18 (kekurangan 20%). Tenaga kesehatan masyarakat kekurangan dari jumlah yang ada hanya 3 sedangkan jumlah seharusnya adalah 18 (kekurangan 18%), tenaga kesehatan lingkungan kekurangan dari jumlah yang ada hanya 17, sedangkan yang seharusnya adalah 18 (kekurangan 6%), tenaga gizi kekurangan dari jumlah yang ada 24 orang, sedangkan jumlah seharusnya adalah 28 (kekurangan 17%), tenaga ATLM masih kekurangan dari jumlah yang ada sebanyak 16 dari jumlah ideal sebanyak 18 orang (kekurangan 12%). Berdasarkan data tersebut dapat disimpulkan bahwa tenaga kesehatan lebih banyak mengalami kekurangan pada daerah sangat terpencil. Sehingga diperlukan penambahan tenaga SDM khususnya untuk daerah yang masuk dalam status sangat terpencil.

Tabel 30. Sebaran SDM Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas Kabupaten Tanah Laut

No	Jenis Wilayah Puskesmas	Jenis SDM	Jumlah Riil	Jumlah Ideal	Status
1	Perkotaan n: 2	Dokter Umum	4	2	Lebih 50%
		Dokter Gigi	3	2	Lebih 33%
		Perawat	21	10	Lebih 52%
		Bidan	36	8	Lebih 78%
		Tenaga Farmasi	7	2	Lebih 71%
		Tenaga Kesmas	1	4	Kurang 300%
		Tenaga Kesling	3	2	Lebih 33%
		Tenaga Gizi	4	2	Lebih 50%
		Tenaga ATLM	3	2	Lebih 33%
Jumlah			84	34	Lebih 58%
2	Pedesaan n: 16	Dokter Umum	41	19	Lebih 54%
		Dokter Gigi	13	16	Kurang 23%
		Perawat	137	89	Lebih 35%
		Bidan	170	73	Lebih 57%
		Tenaga Farmasi	19	16	Lebih 16%
		Tenaga Kesmas	11	16	Kurang 45%
		Tenaga Kesling	23	16	Lebih 30%
		Tenaga Gizi	22	19	Lebih 14%
		Tenaga ATLM	18	16	Lebih 11%
Jumlah			454	280	Lebih 38%

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan tabel 30. diketahui bahwa menurut sebaran, jenis tenaga kesehatan di Kabupaten Tanah Laut, masih mengalami kekurangan pada beberapa jenis tenaga kesehatan untuk daerah perkotaan dan pedesaan. Dilihat dari wilayah perkotaan, jenis tenaga kesehatan yang masih mengalami kekurangan adalah tenaga kesehatan masyarakat. jumlah tenaga kesehatan masyarakat yang tersedia di daerah perkotaan hanya terdapat 1 orang saja, sedangkan seharusnya terdapat setidaknya 1 tenaga tenaga kesehatan masyarakat yang berada di daerah

perkotaan untuk Kabupaten Tanah Laut. Jika dilihat dari wilayah pedesaan, masih terdapat kekurangan tenaga kesehatan di jenis tenaga kesehatan untuk dokter gigi, tenaga kesehatan masyarakat. Untuk tenaga kesehatan dokter gigi hanya tersedia 13 orang, sedangkan jumlah idealnya minimal adalah 16 (kekurangan 23%). Tenaga kesehatan masyarakat kekurangan dari jumlah yang ada hanya 11 sedangkan jumlah seharusnya adalah 16 (kekurangan kekurangan 45%).

Tabel 31. Sebaran SDMK Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas Kabupaten Tanah Bumbu

No	Jenis Wilayah Puskesmas	Jenis SDMK	Jumlah Riil	Jumlah Ideal	Status
1	Perkotaan n: 1	Dokter Umum	3	1	Lebih 67%
		Dokter Gigi	1	1	Ideal
		Perawat	15	5	Lebih 67%
		Bidan	11	4	Lebih 64%
		Tenaga Farmasi	1	1	Ideal
		Tenaga Kemas	1	1	Ideal
		Tenaga Kesling	1	1	Ideal
		Tenaga Gizi	3	1	Lebih 67%
		Tenaga ATLM	1	1	Ideal
		Jumlah			37
2	Pedesaan n: 8	Dokter Umum	20	12	Lebih 40%
		Dokter Gigi	7	8	Kurang 14%
		Perawat	127	52	Lebih 59%
		Bidan	192	44	Lebih 77%
		Tenaga Farmasi	13	8	Lebih 38%
		Tenaga Kemas	12	8	Lebih 33%
		Tenaga Kesling	13	8	Lebih 38%
		Tenaga Gizi	11	12	Kurang 9%
		Tenaga ATLM	7	8	Kurang 14%
		Jumlah			402
3	Sangat Tertinggal n: 5	Dokter Umum	12	5	Lebih 58%
		Dokter Gigi	0	5	Kurang
		Perawat	36	25	Lebih 31%

No	Jenis Wilayah Puskesmas	Jenis SDM	Jumlah Riil	Jumlah Ideal	Status
		Bidan	57	20	Lebih 65%
		Tenaga Farmasi	2	5	Kurang 150%
		Tenaga Kesmas	4	5	Kurang 25%
		Tenaga Kesling	1	5	Kurang 400%
		Tenaga Gizi	7	5	Lebih 29%
		Tenaga ATLM	1	5	Kurang 400%
Jumlah			120	80	Lebih 33%

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan tabel 31. diketahui bahwa menurut sebaran, jenis tenaga kesehatan di Kabupaten Tanah Bumbu, masih mengalami kekurangan pada beberapa jenis tenaga kesehatan untuk daerah pedesaan, dan sangat terpencil. Dilihat dari wilayah pedesaan, jenis tenaga kesehatan yang masih mengalami kekurangan adalah tenaga dokter gigi. jumlah tenaga gigi yang tersedia di daerah pedesaan terdapat 7 orang, sedangkan seharusnya terdapat setidaknya 8 tenaga dokter gigi yang berada di daerah pedesaan untuk Kabupaten Tanah Bumbu. Jika dilihat dari wilayah sangat terpencil, masih banyak terdapat kekurangan tenaga kesehatan di jenis tenaga kesehatan untuk dokter gigi, tenaga farmasi, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, dan tenaga ATLM. Untuk tenaga dokter gigi belum tersedia di daerah sangat terpencil, sedangkan jumlah idealnya minimal adalah 5 orang (kekurangan 500%). Tenaga farmasi masih mengalami kekurangan dari jumlah yang tersedia hanya sebanyak 2 orang, dari jumlah ideal adalah sebanyak 5 orang (kekurangan 150%), Tenaga kesehatan masyarakat kekurangan dari jumlah yang ada hanya 4 sedangkan jumlah seharusnya adalah 5 (kekurangan 150%). Tenaga kesehatan lingkungan hanya terdapat 1 orang, sedangkan jumlah seharusnya adalah 5 orang (kekurangan 400%). Tenaga ATLM masih mengalami

kekurangan dari jumlah yang ada hanya 1 orang, sedangkan jumlah idealnya adalah 5 orang (kekurangan 400%). Sehingga untuk Kabupaten Tanah Bumbu, sebagian besar wilayah yang mengalami kekurangan tenaga kesehatan adalah untuk wilayah sangat terpencil. Sehingga diperlukan perhatian khusus untuk daerah sangat terpencil terutama dalam hal penambahan jumlah SDM.

Tabel 32. Sebaran SDM Berdasarkan Jenis Wilayah di Puskesmas Kabupaten Kotabaru

No	Jenis Wilayah Puskesmas	Jenis SDM	Jumlah Riil	Jumlah Ideal	Status
1	Perkotaan n: 2	Dokter Umum	3	2	Lebih 33%
		Dokter Gigi	3	2	Lebih 33%
		Perawat	18	10	Lebih 44%
		Bidan	24	8	Lebih 67%
		Tenaga Farmasi	6	2	Lebih 67%
		Tenaga Kesmas	1	4	Kurang 300%
		Tenaga Kesling	4	2	Lebih 50%
		Tenaga Gizi	3	2	Lebih 33%
		Tenaga ATLM	3	2	Lebih 33%
Jumlah			65	34	Lebih 48%
2	Pedesaan n: 3	Dokter Umum	5	5	Ideal
		Dokter Gigi	1	3	Kurang 200%
		Perawat	27	21	Lebih 22%
		Bidan	30	18	Lebih 40%
		Tenaga Farmasi	4	3	Lebih 25%
		Tenaga Kesmas	3	3	Ideal
		Tenaga Kesling	2	3	Kurang 50%
		Tenaga Gizi	4	3	Lebih 25%
		Tenaga ATLM	3	3	Ideal
Jumlah			79	62	Lebih 21%
3	Sangat Tertinggal n: 22	Dokter Umum	23	30	Kurang 30%
		Dokter Gigi	12	22	Kurang 83%
		Perawat	142	131	Lebih 8%
		Bidan	169	109	Lebih 35%
		Tenaga Farmasi	20	22	Kurang 10%
		Tenaga Kesmas	18	22	Kurang 22%
		Tenaga Kesling	18	22	Kurang 22%

No	Jenis Wilayah Puskesmas	Jenis SDM	Jumlah Riil	Jumlah Ideal	Status
		Tenaga Gizi	21	29	Kurang 38%
		Tenaga ATLM	12	22	Kurang 83%
Jumlah			436	409	Lebih 6%

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalimantan Selatan, 2017.

Berdasarkan tabel 32. diketahui bahwa menurut sebaran, jenis tenaga kesehatan di Kabupaten Kotabaru, masih mengalami kekurangan pada beberapa jenis tenaga kesehatan untuk daerah perkotaan, pedesaan, dan sangat terpencil. Dilihat dari wilayah perkotaan, jenis tenaga kesehatan yang masih mengalami kekurangan adalah tenaga kesehatan masyarakat. jumlah tenaga kesehatan masyarakat yang tersedia di daerah perkotaan adalah 1 orang, sedangkan seharusnya terdapat setidaknya 7 orang (kekurangan 300%) tenaga kesehatan masyarakat yang berada di daerah perkotaan untuk Kabupaten Kotabaru. Jika dilihat dari wilayah pedesaan, masih terdapat kekurangan tenaga kesehatan di jenis tenaga kesehatan lingkungan. Untuk tenaga kesehatan lingkungan hanya berjumlah 2 orang sedangkan jumlah idealnya 3 orang (kekurangan 50%), jika dilihat dari wilayah sangat terpencil, masih terjadi kekurangan tenaga kesehatan untuk dokter umum, dokter gigi, tenaga farmasi, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, dan tenaga ATLM. Dokter umum di Kabupaten Kota baru masih mengalami kekurangan diama jumlah yang ada adalah 23 sedangkan yang idealnya adalah 30 (kekurangan 30%), dokter gigi yang ada adalah 12 orang, sedangkan jumlah idealnya adalah 22 orang (kekurangan 83%), tenaga farmasi berjumlah 20 orang sedangkan jumlah idealnya adalah 22 (kekurangan 10%), tenaga kesehatan masyarakat berjumlah 18 orang sedangkan jumlah idealnya adalah sebanyak 22 (kekurangan 22%), tenaga kesehatan lingkungan berjumlah 18

orang sedangkan jumlah idealnya adalah sebanyak 22 (kekurangan 22%), tenaga gizi berjumlah 21 dari target idealnya adalah 29 (kekurangan 38%), sedangkan untuk tenaga ATLM hanya berjumlah 12 dari jumlah ideal yang seharusnya adalah 22 orang (83%) Sehingga untuk Kabupaten Kotabaru, sebagian besar wilayah yang mengalami kekurangan tenaga kesehatan adalah untuk wilayah sangat terpencil. Sehingga diperlukan perhatian khusus untuk daerah sangat terpencil terutama dalam hal penambahan jumlah SDM.

4.8 Hasil Perhitungan Rencana Kebutuhan SDM di Faskes Provinsi sesuai dengan PMK No 33 tahun 2015

Tabel 33. Jenis SDM dan Target Rasio Penduduk Berdasarkan Permenkes No. 33 Tahun 2015.

No	Jenis Tenaga Kesehatan	Target Rasio per 100.000 penduduk		
		2014	2019	2025
1	Dokter spesialis	10	11	12
2	Dokter umum	40	45	50
3	Dokter gigi	12	13	114
4	Perawat	158	180	200
5	Bidan	10	120	130
6	Perawat gigi	15	18	21
7	Apoteker	9	12	15
8	Asisten Apoteker	18	24	30
9	SKM	13	16	18
10	Sanitarian/Kesling	15	18	20
11	Nutrisionis/Ahli Gizi	10	14	18
12	Keterampilan fisik	4	5	6

No	Jenis Tenaga Kesehatan	Target Rasio per 100.000 penduduk		
		2014	2019	2025
13	Keterapian medis	14	16	18

Adapun data jumlah penduduk per kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan pada tahun 2015 disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 34. Jumlah Penduduk di Kabupaten/Kota Provinsi Kalimantan Selatan.

No	Kab/Kota di Prov. Kalsel	Jumlah Penduduk di tiap Kab/Kota
1	Banjarmasin	675.440
2	Banjarbaru	234.371
3	Banjar	554.443
4	Tapin	181.778
5	Hulu S. Selatan	227.153
6	Hulu S. Tengah	260.992
7	Hulu S. Utara	225.386
8	Balangan	123.449
9	Tabalong	239.593
10	Barito Kuala	298.282
11	Tanah Laut	324.283
12	Tanah Bumbu	325.115
13	Kotabaru	320.208

Sumber: BPS, 2016.

Adapun data jumlah tenaga kesehatan di tahun 2015 dan proyeksi tenaga kesehatan pada tiap kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan

Selatan pada tahun 2019 serta presentase kekurangan/kelebihan dari tenaga kesehatan adalah sebagai berikut:

Tabel 35. Penilaian dan Proyeksi SDM di Kota Banjarmasin

No	Jenis Tenaga Kesehatan	SDMK (2015) (CAKUPAN)	SDMK (2019) (TARGET)	Keterangan %
1	Dokter spesialis	129	74	Lebih 42%
2	Dokter umum	36	304	Kekurangan 744%
3	Dokter gigi	17	88	Kekurangan 416%
4	Perawat	163	1215	Kekurangan 646%
5	Bidan	167	810	Kekurangan 385%
6	Perawat gigi	-	122	-
7	Apoteker	71	81	Kekurangan 14%
8	Asisten Apoteker	-	162	-
9	SKM	23	108	Kekurangan 370%
10	Sanitarian/Kesling	39	122	Kekurangan 212%
11	Nutrisionis/Ahli Gizi	53	95	Kekurangan 78%
12	Keterapian fisik	-	34	-
13	Keterapian medis	-	108	-

Sumber: Dinkes Prov. Kal-Sel 2016

Berdasarkan tabel 35, diketahui bahwa tenaga kesehatan yang ada adalah kekurangan tenaga kesehatan di 8 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, SKM, sanitarian/kesling, ahli gizi, dan kelebihan 1 tenaga kesehatan strategis yaitu dokter spesialis

Tabel 36. Penilaian dan Proyeksi SDM di Kota Banjarbaru

No	Jenis Tenaga Kesehatan	SDMK BANJARBARU (2015)	SDMK BANJARBARU (2019)	Keterangan %
1	Dokter spesialis	18	26	Kekurangan 4%
2	Dokter umum	41	105	Kekurangan 157%
3	Dokter gigi	14	30	Kekurangan 118%
4	Perawat	85	422	Kekurangan 396%
5	Bidan	104	281	Kekurangan 170%
6	Perawat gigi	-	42	-
7	Apoteker	10	28	Kekurangan 181%
8	Asisten Apoteker	-	56	-
9	SKM	7	37	Kekurangan 436%
10	Sanitarian/Kesling	17	42	Kekurangan 148%
11	Nutrisionis/Ahli Gizi	18	33	Kekurangan 82%
12	Keterapian fisik	-	12	-
13	Keterapian medis	-	37	-

Sumber: Dinkes Prov. Kal-Sel 2016

Berdasarkan tabel 36, diketahui bahwa tenaga kesehatan yang ada adalah kekurangan tenaga kesehatan di 9 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, SKM, sanitarian/kesling, ahli gizi.

Tabel 37. Penilaian dan Proyeksi SDM di Kabupaten Banjar

No	Jenis Tenaga Kesehatan	SDMK BANJAR (2015)	SDMK BANJAR (2019)	Keterangan %
1	Dokter spesialis	27	61	Kekurangan 126%
2	Dokter umum	38	249	Kekurangan 557%
3	Dokter gigi	14	72	Kekurangan 415%
4	Perawat	319	998	Kekurangan 213%
5	Bidan	476	665	Kekurangan 40%
6	Perawat gigi	-	100	-
7	Apoteker	33	66	Kekurangan 102%
8	Asisten Apoteker	-	133	-
9	SKM	22	89	Kekurangan 303%
10	Sanitarian/Kesling	26	100	Kekurangan 284%
11	Nutrisionis/Ahli Gizi	41	78	Kekurangan 89%
12	Keterapian fisik	-	28	-
13	Keterapian medis	-	89	-

Sumber: Dinkes Prov. Kal-Sel 2016

Berdasarkan tabel 37, diketahui bahwa tenaga kesehatan yang ada adalah kekurangan tenaga kesehatan di 9 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, SKM, sanitarian/kesling, ahli gizi.

Tabel 38. Penilaian dan Proyeksi SDM di Kabupaten Tapin

No	Jenis Tenaga Kesehatan	SDMK TAPIN (2015)	SDMK TAPIN (2019)	Keterangan %
1	Dokter spesialis	11	20	Kekurangan 82%
2	Dokter umum	21	82	Kekurangan 289%
3	Dokter gigi	10	24	Kekurangan 136%
4	Perawat	180	327	Kekurangan 82%
5	Bidan	210	218	Kekurangan 4%
6	Perawat gigi	-	33	-
7	Apoteker	18	22	Kekurangan 21%
8	Asisten Apoteker	-	44	-
9	SKM	2	29	Kekurangan 1354%
10	Sanitarian/Kesling	29	38	Kekurangan 13%
11	Nutrisionis/Ahli Gizi	29	25	Lebih 12%
12	Keterampilan fisik	-	9	-
13	Keterampilan medis	-	29	-

Sumber: Dinkes Prov. Kal-Sel 2016

Berdasarkan tabel 38, diketahui bahwa tenaga kesehatan yang ada adalah kekurangan tenaga kesehatan di 8 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, SKM, sanitarian/kesling, dan kelebihan 1 tenaga kesehatan strategi yaitu ahli gizi.

Tabel 39. Penilaian dan Proyeksi SDM di Kabupaten HSS

No	Jenis Tenaga Kesehatan	SDMK HSS (2015)	SDMK HSS (2019)	Keterangan %
1	Dokter spesialis	29	25	Kelebihan 14%
2	Dokter umum	27	102	Kekurangan 279%
3	Dokter gigi	5	29	Kekurangan 491%
4	Perawat	147	409	Kekurangan 178%
5	Bidan	414	273	Kelebihan 34%
6	Perawat gigi	-	41	-
7	Apoteker	23	27	Kekurangan 18%
8	Asisten Apoteker	-	54	-
9	SKM	17	36	Kekurangan 114%
10	Sanitarian/Kesling	34	41	Kekurangan 20%
11	Nutrisionis/Ahli Gizi	41	32	Kelebihan 22%
12	Keterapian fisik	-	11	-
13	Keterapian medis	-	36	-

Sumber: Dinkes Prov. Kal-Sel 2016

Berdasarkan tabel 39, diketahui bahwa tenaga kesehatan yang ada adalah kekurangan tenaga kesehatan di 6 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter umum, dokter gigi, perawat, apoteker, SKM, sanitarian/kesling, dan kelebihan 3 tenaga kesehatan strategi yaitu ahli gizi, Bidan, Dokter spesialis.

Tabel 40. Penilaian dan Proyeksi SDM di Kabupaten HST

No	Jenis Tenaga Kesehatan	SDMK HST (2015)	SDMK HST (2019)	Keterangan %
1	Dokter spesialis	14	29	Kekurangan 105%
2	Dokter umum	24	117	Kekurangan 389%
3	Dokter gigi	5	35	Kekurangan 579%
4	Perawat	110	470	Kekurangan 327%
5	Bidan	189	313	Kekurangan 66%
6	Perawat gigi	-	47	-
7	Apoteker	8	31	Kekurangan 291%
8	Asisten Apoteker	-	63	-
9	SKM	17	42	Kekurangan 146%
10	Sanitarian/Kesling	18	47	Kekurangan 161%
11	Nutrisionis/Ahli Gizi	24	36	Kekurangan 52%
12	Keterapian fisik	-	13	-
13	Keterapian medis	-	42	-

Sumber: Dinkes Prov. Kal-Sel 2016

Berdasarkan tabel 40, diketahui bahwa tenaga kesehatan yang ada adalah kekurangan tenaga kesehatan di 9 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, SKM, sanitarian/kesling, ahli gizi.

Tabel 41. Penilaian dan Proyeksi SDM di Kabupaten HSU

No	Jenis Tenaga Kesehatan	SDMK HSU (2015)	SDMK HSU (2019)	Keterangan %
1	Dokter spesialis	13	25	Kekurangan 91%
2	Dokter umum	21	101	Kekurangan 383%
3	Dokter gigi	4	29	Kekurangan 632%
4	Perawat	136	406	Kekurangan 198%
5	Bidan	155	270	Kekurangan 74%
6	Perawat gigi	-	42	-
7	Apoteker	25	27	Kekurangan 8%
8	Asisten Apoteker	-	54	-
9	SKM	25	36	Kekurangan 44%
10	Sanitarian/Kesling	37	40	Kekurangan 9%
11	Nutrisionis/Ahli Gizi	27	31	Kekurangan 16%
12	Keterapian fisik	-	11	-
13	Keterapian medis	-	36	-

Sumber: Dinkes Prov. Kal-Sel 2016

Berdasarkan tabel 41, diketahui bahwa tenaga kesehatan yang ada adalah Kekurangan tenaga kesehatan di 9 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, SKM, sanitarian/kesling, ahli gizi.

Tabel 42. Penilaian dan Proyeksi SDM di Kabupaten Balangan

No	Jenis Tenaga Kesehatan	SDMK Balangan (2015)	SDMK Balangan (2019)	Keterangan %
1	Dokter spesialis	6	14	Kekurangan 126%
2	Dokter umum	11	55	Kekurangan 405%
3	Dokter gigi	1	16	Kekurangan 1505%
4	Perawat	226	222	Kelebihan 2%
5	Bidan	146	148	Kekurangan 1%
6	Perawat gigi	-	22	-
7	Apoteker	12	15	Kekurangan 23%
8	Asisten Apoteker	-	30	-
9	SKM	11	20	Kekurangan 80%
10	Sanitarian/Kesling	13	22	Kekurangan 71%
11	Nutrisionis/Ahli Gizi	18	17	Kelebihan 4%
12	Keterapian fisik	-	6	-
13	Keterapian medis	-	20	-

Sumber: Dinkes Prov. Kal-Sel 2016

Berdasarkan tabel 42, diketahui bahwa tenaga kesehatan yang ada adalah Kekurangan tenaga kesehatan di 7 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, bidan, apoteker, SKM, sanitarian/kesling, dan kelebihan di 2 tenaga kesehatan strategis yaitu ahli gizi dan perawat.

Tabel 43. Penilaian dan Proyeksi SDM di Kabupaten Tabalong

No	Jenis Tenaga Kesehatan	SDMK Tabalong (2015)	SDMK Tabalong (2019)	Keterangan %
1	Dokter spesialis	11	26	Kekurangan 140%
2	Dokter umum	31	108	Kekurangan 248%
3	Dokter gigi	10	31	Kekurangan 211%
4	Perawat	171	431	Kekurangan 152%
5	Bidan	260	287	Kekurangan 11%
6	Perawat gigi	-	43	-
7	Apoteker	30	29	Kelebihan 4%
8	Asisten Apoteker	-	57	-
9	SKM	5	38	Kekurangan 667%
10	Sanitarian/Kesling	20	43	Kekurangan 116%
11	Nutrisionis/Ahli Gizi	37	33	Kelebihan 9%
12	Keterapian fisik	-	12	-
13	Keterapian medis	-	38	-

Sumber: Dinkes Prov. Kal-Sel 2016

Berdasarkan tabel 43, diketahui bahwa tenaga kesehatan yang ada adalah kekurangan tenaga kesehatan di 7 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, bidan, apoteker, SKM, sanitarian/kesling, perawat dan kelebihan di 1 tenaga kesehatan strategis yaitu ahli gizi.

Tabel 44. Penilaian dan Proyeksi SDM di Kabupaten Batola

No	Jenis Tenaga Kesehatan	SDMK Batola (2015)	SDMK Batola (2019)	Keterangan %
1	Dokter spesialis	13	33	Kekurangan 152%
2	Dokter umum	28	134	Kekurangan 379%
3	Dokter gigi	8	39	Kekurangan 385%
4	Perawat	189	537	Kekurangan 184%
5	Bidan	291	358	Kekurangan 23%
6	Perawat gigi	-	54	-
7	Apoteker	22	36	Kekurangan 64%
8	Asisten Apoteker	-	72	-
9	SKM	1	48	Kekurangan 4672%
10	Sanitarian/Kesling	19	55	Kekurangan 183%
11	Nutrisionis/Ahli Gizi	41	42	Kekurangan 2%
12	Keterapian fisik	-	15	-
13	Keterapian medis	-	48	-

Sumber: Dinkes Prov. Kal-Sel 2016

Berdasarkan tabel 44, diketahui bahwa tenaga kesehatan yang ada adalah kekurangan tenaga kesehatan di 9 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, SKM, sanitarian/kesling, ahli gizi.

Tabel 45. Penilaian dan Proyeksi SDM di Kabupaten Tanah Laut

No	Jenis Tenaga Kesehatan	SDMK Tala (2015)	SDMK Tala (2019)	Keterangan %
1	Dokter spesialis	15	36	Kekurangan 138%
2	Dokter umum	40	146	Kekurangan 265%
3	Dokter gigi	18	42	Kekurangan 134%
4	Perawat	173	585	Kekurangan 237%
5	Bidan	208	389	Kekurangan 87%
6	Perawat gigi	-	58	-
7	Apoteker	23	39	Kekurangan 69%
8	Asisten Apoteker	-	79	-
9	SKM	24	52	Kekurangan 116%
10	Sanitarian/Kesling	22	58	Kekurangan 165%
11	Nutrisionis/Ahli Gizi	31	45	Kekurangan 46%
12	Keterapian fisik	-	16	-
13	Keterapian medis	-	52	-

Sumber: Dinkes Prov. Kal-Sel 2016

Berdasarkan tabel 45, diketahui bahwa tenaga kesehatan yang ada adalah kekurangan tenaga kesehatan di 9 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, SKM, sanitarian/kesling, ahli gizi.

Tabel 46. Penilaian dan Proyeksi SDM di Kabupaten Tanah Bumbu

No	Jenis Tenaga Kesehatan	SDMK (2015)	SDMK (2019)	Keterangan %
1	Dokter spesialis	12	36	Kekurangan 198%
2	Dokter umum	40	146	Kekurangan 266%
3	Dokter gigi	9	42	Kekurangan 370%
4	Perawat	205	585	Kekurangan 185%
5	Bidan	214	390	Kekurangan 82%
6	Perawat gigi	-	58	-
7	Apoteker	23	39	Kekurangan 70%
8	Asisten Apoteker	-	78	-
9	SKM	16	52	Kekurangan 225%
10	Sanitarian/Kesling	18	58	Kekurangan 225%
11	Nutrisisionis/Ahli Gizi	25	45	Kekurangan 82%
12	Keterapian fisik	-	16	-
13	Keterapian medis	-	52	-

Sumber: Dinkes Prov. Kal-Sel 2016

Berdasarkan tabel 46, diketahui bahwa tenaga kesehatan yang ada adalah kekurangan tenaga kesehatan di 9 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, SKM, sanitarian/kesling, ahli gizi.

Tabel 47. Penilaian dan Proyeksi SDM di Kabupaten Kotabaru

No	Jenis Tenaga Kesehatan	SDMK Tanbu (2015)	SDMK Tanbu (2019)	Keterangan %
1	Dokter spesialis	10	35	Kekurangan 252%
2	Dokter umum	39	144	Kekurangan 269%
3	Dokter gigi	17	42	Kekurangan 145%
4	Perawat	188	576	Kekurangan 207%
5	Bidan	229	384	Kekurangan 68%
6	Perawat gigi	-	58	-
7	Apoteker	30	38	Kekurangan 28%
8	Asisten Apoteker	-	77	-
9	SKM	21	51	Kekurangan 144%
10	Sanitarian/Kesling	19	58	Kekurangan 203%
11	Nutrisionis/Ahli Gizi	35	45	Kekurangan 28%
12	Keterapian fisik	-	16	-
13	Keterapian medis	-	51	-

Sumber: Dinkes Prov. Kal-Sel 2016

Berdasarkan tabel 47, diketahui bahwa tenaga kesehatan yang ada adalah kekurangan tenaga kesehatan di 9 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, SKM, sanitarian/kesling, ahli gizi.

4.9 Analisis Kesenjangan Ketersediaan dan Kebutuhan SDMK Institusi dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

1. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 75 tahun 2014

Tabel 48. Kelebihan SDM Berdasarkan Wilayah

KABUPATEN/KOTA	KEKURANGAN		
	Kota (%)	Desa (%)	Sangat Terpencil (%)
Banjarmasin	31	-	-
Banjarbaru	58	-	-
Kab. Banjar	74	64	51
Tapin	69	59	51
HSS	47	31	5
HST	223	40	26
HSU	59	59	51
Balangan	55	55	45
Tabalong	55	23	-
Barito Kuala	54	37	-
Tanah Laut	58	38	-
Tanah Bumbu	57	60	33
Kotabaru	48	21	6

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kal-Sel, 2016

Secara keseluruhan jumlah SDMK di Kalimantan Selatan telah tercukupi. Akan tetapi jika di lihat dari jumlah secara sebaran, maka banyak sekali Puskesmas yang masih belum terpenuhi untuk 9 jenis tenaga kesehatan menurut PMK NO 75 tahun 2014. Berdasarkan data terakhir dari Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan Per September 2017 hanya 11 Puskesmas yang memenuhi untuk 9 tenaga kesehatan sehingga ada sekitar 219 tenaga kesehatan yang masih belum terpenuhi untuk 9 tenaga kesehatan strategis.

Ada rinciannya adalah **Kabupaten Banjar** dengan tenaga dengan kekurangan tenaga di daerah pedesaan tenaga farmasi, tenaga kesehatan masyarakat di daerah terpencil dokter gigi, tenaga farmasi, kesehatan lingkungan, **Tanah Bumbu** di daerah pedesaan dokter gigi, tenaga gizi dan ATLM di daerah terpencil dokter gigi, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga farmasi, kesehatan lingkungan ATLM, **Balangan** di daerah

pedesaan dokter gigi, tenaga farmasi didaerah terpencil dokter gigi, tenaga farmasi, **HSU** didaerah pedesaan dokter gigi didaerah terpencil ATLM, **Tapin**.

Di daerah pedesaan tenaga farmasi didaerah terpencil tenaga kesehatan masyarakat, **Hulu Sungai Selatan** didaerah pedesaan tenaga farmasi, dokter gigi, kesehatan lingkungan didaerah terpencil tenaga farmasi, tenaga kesehatan masyarakat, dokter umum, **Hulu Sungai Tengah** didaerah pedesaan dokter umum, dokter gigi didaerah terpencil dokter gigi, **Kotabaru** didaerah pedesaan dokter gigi, tenaga kesehatan lingkungan didaerah terpencil dokter umum, dokter gigi, tenaga farmasi, kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, kesehatan gigi, ATLM, **Tanah Laut** didaerah pedesaan tenaga farmasi, dokter gigi, **Barito Kuala** didaerah pedesaan dokter gigi didaerah terpencil dokter gigi, kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, gizi, ATLM, **Tabalong** didaerah pedesaan dokter gigi, tenaga kesehatan masyarakat didaerah terpencil dokter gigi, kesehatan masyarakat.

2. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 33 tahun 2015

Gambaran secara garis besar terkait dengan SDM Kesehatan di Provinsi Kalimantan Selatan bahwa hampir seluruh jenis SDM Kesehatan mengalami kekurangan jika dilihat dari perhitungan menggunakan rasio jumlah penduduk, dimana dokter spesialis kekurangan 43%, dokter umum kekurangan 325%, dokter gigi kekurangan 293%, perawat kekurangan 213%, bidan kekurangan 56%, apoteker kekurangan 46%, SKM kekurangan 234%, tenaga kesling kekurangan 132%, dan tenaga gizi kekurangan 32%. Adapun rincian dari gambaran SDM Kesehatan per wilayah Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan adalah sebagai berikut:

a. Kota Banjarmasin

Kekurangan tenaga kesehatan di 8 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, SKM,

sanitarian/kesling, ahli gizi, dan kelebihan 1 tenaga kesehatan strategis yaitu dokter spesialis

b. Kota Banjarbaru

Kekurangan tenaga kesehatan di 9 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, SKM, sanitarian/kesling, ahli gizi.

c. Kabupaten Banjar

Kekurangan tenaga kesehatan di 9 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, SKM, sanitarian/kesling, ahli gizi.

d. Kabupaten Tapin

Kekurangan tenaga kesehatan di 8 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, SKM, sanitarian/kesling, dan kelebihan 1 tenaga kesehatan strategi yaitu ahli gizi.

e. Kabupaten Hulu Sungai Selatan

Kekurangan tenaga kesehatan di 6 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter umum, dokter gigi, perawat, apoteker, SKM, sanitarian/kesling, dan kelebihan 3 tenaga kesehatan strategi yaitu ahli gizi, Bidan, Dokter spesialis.

a. Kabupaten Hulu Sungai Tengah

Kekurangan tenaga kesehatan di 9 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, SKM, sanitarian/kesling, ahli gizi.

b. Kabupaten Hulu Sungai Utara

Kekurangan tenaga kesehatan di 9 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, SKM, sanitarian/kesling, ahli gizi.

c. Kabupaten Balangan

Kekurangan tenaga kesehatan di 7 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, bidan, apoteker, SKM,

sanitarian/kesling, dan kelebihan di 2 tenaga kesehatan strategis yaitu ahli gizi dan perawat.

d. Kabupaten Tabalong

Kekurangan tenaga kesehatan di 7 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, bidan, apoteker, SKM, sanitarian/kesling, perawat dan kelebihan di 1 tenaga kesehatan strategis yaitu ahli gizi.

e. Kabupaten Barito Kuala

Kekurangan tenaga kesehatan di 9 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, SKM, sanitarian/kesling, ahli gizi.

f. Kabupaten Tanah Laut

Kekurangan tenaga kesehatan di 9 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, SKM, sanitarian/kesling, ahli gizi.

g. Tanah Bumbu

Kekurangan tenaga kesehatan di 9 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, SKM, sanitarian/kesling, ahli gizi.

h. Kabupaten Kotabaru

Kekurangan tenaga kesehatan di 9 tenaga kesehatan strategis, yaitu dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, apoteker, SKM, sanitarian/kesling, ahli gizi.

4.10 Analisis Berdasarkan Jenis SDM, Wilayah Puskesmas, Jenis Puskesmas, dan Persentase Kekurangan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, diketahui bahwa beberapa SDM Kesehatan yang jumlahnya belum mencapai jumlah ideal secara berurutan adalah dokter gigi, tenaga kesehatan masyarakat, ATLM, tenaga farmasi, tenaga kesehatan lingkungan, dokter umum,

tenaga gizi, dan perawat. Rincian SDM, wilayah Puskesmas, dan Persentase Kekurangan disajikan di tabel 49.

Tabel 49. Jenis SDM, Wilayah Puskesmas, Jenis Puskesmas, dan Persentase Kekurangan

No	Jenis SDM	Wilayah Puskesmas	Jenis Wilayah Puskesmas	Persentase Kekurangan
A.	Dokter Gigi	1. Kota Banjarmasin	Perkotaan	73%
		2. Kabupaten Banjar	Pedesaan	37%
		3. Kabupaten Tapin	Sangat Tertinggal	200%
		4. Kabupaten Tapin	Perkotaan	Belum ada
		5. Kabupaten Banjar	Sangat Tertinggal	129%
		6. Kabupaten HSS	Pedesaan	325%
		7. Kabupaten HSS	Sangat Tertinggal	100%
		8. Kabupaten HST	Perkotaan	Belum ada
		9. Kabupaten HST	Pedesaan	400%
		10. Kabupaten HST	Sangat Tertinggal	50%
		11. Kabupaten HSU	Pedesaan	80%
		12. Kabupaten Balangan	Pedesaan	133%
		13. Kabupaten Balangan	Sangat Tertinggal	Belum ada
		14. Kabupaten Tabalong	Pedesaan	550%
		15. Kabupaten Barito Kuala	Pedesaan	Belum ada

No	Jenis SDM	Wilayah Puskesmas	Jenis Wilayah Puskesmas	Persentase Kekurangan
		16. Kabupaten Barito Kuala	Sangat Tertinggal	20%
		17. Kabupaten Tanah Laut	Pedesaan	23%
		18. Kabupaten Tanah Bumbu	Pedesaan	14%
		19. Kabupaten Tanah Bumbu	Sangat Tertinggal	Belum ada
		20. Kabupaten Kotabaru	Pedesaan	200%
		21. Kabupaten Kotabaru	Sangat Tertinggal	83%
B.	Tenaga Kesehatan Masyarakat	1. Kota Banjarbaru	Perkotaan	129%
		2. Kabupaten Banjar	Perkotaan	100%
		3. Kabupaten Tapin	Sangat Tertinggal	11%
		4. Kabupaten HSS	Sangat Tertinggal	100%
		5. Kabupaten Tabalong	Perkotaan	Belum ada
		6. Kabupaten Tabalong	Pedesaan	160%
		7. Kabupaten Barito Kuala	Sangat Tertinggal	500%
		8. Kabupaten Tanah Laut	Perkotaan	300%
		9. Kabupaten Tanah Laut	Pedesaan	45%
		10. Kabupaten Tanah	Sangat	25%

No	Jenis SDM	Wilayah Puskesmas	Jenis Wilayah Puskesmas	Persentase Kekurangan
		Bumbu	Tertinggal	
		11. Kabupaten Kotabaru	Perkotaan	300%
		12. Kabupaten Kotabaru	Sangat Tertinggal	22%
C.	Tenaga ATLM	1. Kabupaten Tapin	Perkotaan	Belum ada
		2. Kabupaten HSS	Pedesaan	21%
		3. Kabupaten HSS	Sangat Tertinggal	100%
		4. Kabupaten HSU	Sangat Tertinggal	100%
		5. Kabupaten Tapin	Perkotaan	Belum ada
		6. Kabupaten Tabalong	Pedesaan	8%
		7. Kabupaten Barito Kuala	Sangat Tertinggal	12%
		8. Kabupaten Tanah Bumbu	Pedesaan	14%
		9. Kabupaten Tanah Bumbu	Sangat Tertinggal	400%
		10. Kabupaten Kotabaru	Sangat Tertinggal	83%
D.	Tenaga Farmasi	1. Kabupaten Banjar	Pedesaan	10%
		2. Kabupaten Banjar	Sangat Tertinggal	29%
		3. Kabupaten Tapin	Pedesaan	200%

No	Jenis SDM	Wilayah Puskesmas	Jenis Wilayah Puskesmas	Persentase Kekurangan
		4. Kabupaten HSS	Pedesaan	89%
		5. Kabupaten HSS	Sangat Tertinggal	100%
		6. Kabupaten Balangan	Pedesaan	75%
		7. Kabupaten Balangan	Sangat Tertinggal	Belum ada
		8. Kabupaten Tanah Bumbu	Sangat Tertinggal	150%
		9. Kabupaten Kotabaru	Sangat Tertinggal	10%
E.	Tenaga Kesehatan Lingkungan	1. Kabupaten Banjar	Sangat Tertinggal	29%
		2. Kabupaten HSS	Pedesaan	325%
		3. Kabupaten Barito Kuala	Sangat Tertinggal	6%
		4. Kabupaten Tanah Bumbu	Sangat Tertinggal	400%
		5. Kabupaten Kotabaru	Pedesaan	50%
		6. Kabupaten Kotabaru	Sangat Tertinggal	22%
F.	Dokter Umum	1. Kabupaten HSS	Sangat Tertinggal	50%
		2. Kabupaten HST	Pedesaan	33,3%
		3. Kabupaten Balangan	Perkotaan	Belum ada

No	Jenis SDM	Wilayah Puskesmas	Jenis Wilayah Puskesmas	Persentase Kekurangan
		4. Kabupaten Kotabaru	Sangat Tertinggal	30%
G.	Tenaga Gizi	1. Kabupaten Barito Kuala	Sangat Tertinggal	17%
		2. Kabupaten Tanah Bumbu	Pedesaan	9%
		3. Kabupaten Kotabaru	Sangat Tertinggal	38%
H.	Perawat	1. Kabupaten HSS	Sangat Tertinggal	18%

Sumber: Dinas Kesehatan Prov kal-Sel, 2016

Dari tabel 49. diketahui bahwa jenis SDM dengan kekurangan paling besar di Puskesmas di Provinsi Kalimantan Selatan berdasarkan sebaran wilayah Puskesmas adalah dokter gigi, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga ATLM, dan tenaga farmasi.

Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI) sebagai organisasi profesi bidang kedokteran gigi telah menetapkan bahwa pelayanan kedokteran gigi berada dalam strata pelayanan primer dan sekunder pada sistem jaminan kesehatan nasional (1). Menurut *World Health Organization, Regional Office for South-East Asia* melalui *Regional Oral Health Strategy 2013–2020* menyatakan bahwa penyakit gigi dan mulut merupakan penyakit termahal keempat untuk diobati dan seringkali memerlukan pembiayaan secara *out of pocket* yang tinggi. Pada umumnya, fokus untuk melakukan intervensi dalam pelayanan gigi adalah penambalan dengan perawatan yang membutuhkan sarana dan prasarana yang mahal. Di sisi lain upaya pencegahan dan intervensi pada hulu penyebab penyakit gigi dan mulut yang membutuhkan biaya lebih murah seringkali dilupakan (PDGI, 2015).

Penduduk Indonesia yang memiliki masalah gigi dan mulut dalam 12 bulan terakhir (*potential demand*) menurut Riskesdas tahun 2007 hanya 7% sedangkan menurut data Riskedas tahun 2013 menunjukkan angka sebesar 25,9%. Diantara mereka, terdapat 31,1% yang menerima perawatan dan pengobatan dari tenaga medis gigi (perawat gigi, dokter gigi atau dokter gigi spesialis), sementara 68,9% lainnya tidak dilakukan perawatan. Secara keseluruhan keterjangkauan/ kemampuan untuk mendapatkan pelayanan dari tenaga medis gigi/EMD hanya 8,1% (3,4). Pola perilaku masyarakat yang seperti ini memerlukan tindakan pencegahan dan promosi yang bersifat intervensi yang hanya dapat dilakukan apabila dokter gigi didudukkan pada pelayanan primer (Kartini, 2016).

Fungsi Puskesmas yang semula lebih berorientasi kepada upaya kuratif dan rehabilitatif, bergeser kepada upaya preventif dan promotif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif. Fungsi Puskesmas juga semakin kompleks karena menjadi pusat pemberdayaan masyarakat dan pusat pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama yaitu meliputi pelayanan kesehatan perorangan dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif (Kartini, 2016).

Keberhasilan program Puskesmas tentunya tergantung pada sumber daya tersebut, khususnya Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) salah satunya adalah tenaga SKM. Fokus paradigma sehat sesuai rencana strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015- 2019 adalah meningkatkan upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif (Kepmenkes, 2015).

Promotif merupakan suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan (menjaga/mengupayakan untuk tetap atau kembali hidup sehat). Sedangkan preventif merupakan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit. Penempatan lulusan Kesehatan

Masyarakat di Puskesmas, dapat ditempatkan pada formasi sebagai berikut: area struktural dan fungsional. Tenaga fungsional dapat diposisikan sebagai: tenaga Promosi Kesehatan, epidemiolog kesehatan, sanitarian, penyuluh kesehatan masyarakat, pranata laboratorium kesehatan, administrator kesehatan dan kesehatan kerja. Sedangkan untuk bagian struktural di posisikan di bagian yang meliputi bagian pelayanan penunjang medik, bagian pendidikan dan pelatihan, bagian administrasi umum dan keuangan, bagian sumber daya manusia, bagian sarana medik.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 75 tahun 2014, bahwa setiap Puskesmas yang Berada di wilayah perkotaan minimal harus memiliki 2 tenaga Kesehatan Masyarakat, baik di Puskesmas rawatan maupun non-rawatan (Kemenkes, 2014).

Sebagai sarana kesehatan, pelayanan kefarmasian di Puskesmas merupakan salah satu faktor penting dalam menunjang pelayanan kesehatan. Profesi Farmasi saat ini telah mengalami perkembangan yaitu dari orientasi pada obat berubah menjadi orientasi pada pasien dengan berdasarkan pada asas *Pharmaceutical Care*, yaitu bentuk pelayanan dan tanggung jawab langsung profesi farmasis dalam pekerjaan kefarmasian untuk mencapai tujuan akhir yaitu peningkatan kualitas hidup pasien. Kualitas layanan farmasi dan pelayanan kefarmasian yang lebih baik dan berorientasi pada konsumen (pasien) harus terus dikembangkan agar dapat memenuhi kebutuhan masyarakat yang senantiasa berubah dan meningkat, selain dapat mengurangi risiko pengobatan (Adisasmito, 2010).

Pelayanan Kefarmasian merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan termasuk di dalamnya pelayanan kefarmasian di Puskesmas yang merupakan unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Dengan makin kompleksnya upaya pelayanan kesehatan, khususnya masalah terapi obat, telah menuntut kita untuk

memberikan perhatian dan orientasi pelayanan kefarmasian kepada pasien. Berbagai upaya telah dilakukan untuk meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian namun kenyataannya dari monitoring yang telah dilakukan menunjukkan bahwa pelayanan kefarmasian di Puskesmas belum diterapkan secara optimal. Beberapa faktor yang menjadi penyebabnya antara lain karena belum tersedianya standar, belum semua Puskesmas mempunyai tenaga Apoteker maupun tenaga teknis kefarmasian serta kemampuan tenaga farmasi yang masih kurang sehingga memberikan dampak terhadap mutu pelayanan kefarmasian yang selanjutnya berdampak terhadap mutu pelayanan kesehatan.

Indikator untuk menilai mutu pelayanan kefarmasian di Puskesmas antara lain :

1. Tingkat kepuasan konsumen : dilakukan dengan survei berupa angket melalui kotak saran atau wawancara langsung
2. Dimensi waktu : lama pelayanan diukur dengan waktu (yang telah ditetapkan)
3. Prosedur tetap (protap) pelayanan kefarmasian : untuk menjamin mutu pelayanan sesuai standar yang telah ditetapkan
4. Daftar tilik pelayanan kefarmasian di Puskesmas

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian menyatakan bahwa tenaga kefarmasian adalah tenaga yang melakukan pekerjaan kefarmasian, yang terdiri atas apoteker dan tenaga teknis kefarmasian. Berdasarkan pasal 21, pelayanan resep atau penyerahan obat resep dokter di puskesmas, harus dilakukan oleh apoteker. Apoteker berperan lebih baik dalam memberikan pelayanan farmasi, mengelola obat dan menyusun LP-LPO dengan lengkap dibandingkan dengan tenaga teknis kefarmasian dan tenaga teknis kefarmasian juga berperan lebih baik dibandingkan dengan tenaga non-farmasi dalam hal yang sama.

Tugas pokok, sebagai Fungsional Apoteker yang bertugas untuk :

- a. Melakukan pelayanan resep mulai dari menerima resep, menyerahkan obat sesuai resep dan menjelaskan kepada pasien tentang pemakaian obat
- b. Memberikan KIE kepada pasien
- c. Merencanakan kebutuhan obat dan perbekalan kefarmasian baik bulanan dan tahunan
- d. Mengelola pemasukan obat dan alkes (alat kesehatan) baik dari Gudang Farmasi, JKN
- e. Mengelola pengeluaran/pendistribusian obat kepada Puskesmas Pembantu, Pos Kesehatan Desa, Polindes, Posyandu maupun kegiatan Puskesmas Keliling,
- f. Menyusun dan menyimpan arsip resep serta
- g. Melaksanakan pencatatan, pelaporan dan evaluasi.

Fungsi:

Sebagai apoteker yang membantu pekerjaan atau tugas kepala Puskesmas dalam pengelolaan dan pencatatan obat dan perbekalan kefarmasian di Puskesmas yang dalam pelaksanaannya dibantu oleh asisten apoteker.

1. Uraian tugas/tanggung jawab :
 - a. Mengkoordinir kegiatan kefarmasian di Puskesmas,
 - b. Mengkoordinir pelaporan obat dan alkes (LB2),
 - c. Memastikan kegiatan kefarmasian di puskesmas berjalan dengan baik dan
 - d. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh pimpinan sesuai bidang tugas untuk kelancaran pelaksanaan tugas
2. Tugas tambahan:
 - a. Membantu pelaksanaan kegiatan Posyandu Lansia

- b. Sebagai pemegang Program PSM (Peran Serta Masyarakat) yang bertugas untuk membina peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan, khususnya di bidang kefarmasian

Tupoksi Asisten Apoteker (Rony, 2017):

A. Petugas Apotek Puskesmas Induk:

1. Tugas Pokok, sebagai Fungsional Farmasi yang bertugas untuk:
 - a. Melakukan pelayanan resep mulai dari menerima resep, meracik, mempersiapkan obat sesuai kebutuhan dan menyerahkan obat sesuai resep
 - b. Mempersiapkan kebutuhan logistik obat harian.
 - c. Melaksanakan pencatatan harian ruang pelayanan apotek.
 - d. Menyusun dan menyimpan arsip resep.
2. Fungsi:

Sebagai asisten apoteker yang membantu pekerjaan atau tugas apoteker puskesmas dalam pengelolaan dan pencatatan obat dan perbekalan kefarmasian di puskesmas.

3. Uraian tugas/tanggung jawab :
 - a. Mengkoordinir pencatatan harian ruang pelayanan apotek
 - b. Memastikan kegiatan kefarmasian di ruang pelayanan apotek berjalan dengan baik dan
 - c. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh pimpinan sesuai bidang tugas untuk kelancaran pelaksanaan tugas
4. Tugas tambahan:

Membantu pelaksanaan kegiatan Posyandu Lansia

B. Petugas Apotek Pustu :

1. Tugas Pokok, sebagai Fungsional Farmasi yang bertugas untuk:
 - a. Melakukan pelayanan resep mulai dari menerima resep, mempersiapkan obat sesuai kebutuhan, menyerahkan obat sesuai resep dan menjelaskan kepada pasien tentang pemakaian obat,
 - b. Merencanakan kebutuhan obat dan perbekalan kefarmasian bulanan,
 - c. Mengelola pemasukan obat dan alat kesehatan (alkes) baik dari Gudang, Apotek Puskesmas
 - d. Menyusun dan menyimpan arsip resep serta
 - e. Melaksanakan pencatatan, pelaporan kepada Apoteker Puskesmas
2. Fungsi:

Sebagai asisten apoteker yang membantu pekerjaan atau tugas apoteker puskesmas dalam pengelolaan dan pencatatan obat dan perbekalan kefarmasian di pustu.
3. Uraian tugas / tanggung jawab:
 - a. Mengkoordinir pencatatan harian dan bulanan pelayanan apotek
 - b. Mengkoordinir pelaporan obat dan alkes kepada Apoteker Puskesmas
 - c. Memastikan kegiatan kefarmasian di pustu berjalan dengan baik dan

4.11 Analisis Berdasarkan IPKM

Tabel 50. IPKM Kabupaten/Kota di 13 Wilayah pada Provinsi Kalimantan Selatan

NAMA KABUPATEN/KOTA	IPM (Angka IPM Nasional 68,9)	RANGKING IPKM NASIONAL	DATA IPKM PER KABUPATEN	JUMLAH PENDUDUK	KASUS KEMATIAN IBU	KASUS KEMATIAN BAYI	UHH
Banjarmasin	74,94 (2)	71 (1)	0,5978	675440	32 (1)	55 (6)	70,02 (2)
Banjarbaru	77,90 (1)	125 (2)	0,5720	234371	4 (8)	21 (11)	71,06 (1)
Banjar	65,71 (8)	438 (13)	0,3766	554443	11 (3)	129 (1)	65,32 (9)
Tapin	66,99 (4)	291 (4)	0,5083	181778	6 (6)	40 (8)	69,02 (4)
Hulu S. Selatan	65,25 (10)	324 (5)	0,4939	227153	5 (7)	76 (4)	63,64 (12)
Hulu S. Tengah	65,37 (9)	339 (6)	0,4898	260992	6 (6)	80 (3)	64,33 (11)
Hulu S. Utara	61,32 (13)	371 (9)	0,4734	225386	2 (9)	57 (5)	62,09 (13)
Balangan	64,44 (11)	395 (11)	0,4577	123449	6 (6)	36 (10)	66,65 (8)
Tabalong	68,36 (3)	268 (3)	0,5192	239593	6 (6)	39 (9)	69,39 (3)
Barito Kuala	62,56 (12)	427 (12)	0,4034	298282	12 (2)	84 (2)	64,49 (10)
Tanah Laut	66,50 (6)	340 (7)	0,4852	324283	7 (5)	80 (3)	68,22 (6)
Tanah Bumbu	66,94 (5)	368 (8)	0,4739	325115	4 (8)	57 (5)	68,80 (5)
Kotabaru	65,76 (7)	383 (10)	0,4662	320208	8 (4)	50 (7)	68,14 (7)

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kal-Sel, 2016

Berdasarkan tabel 50, diketahui bahwa IPM dan IPKM di 13 Kabupaten/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan masih banyak yang berada di bawah angka nasional, adapun analisis dari tabel 4.29 di atas adalah sebagai berikut:

- a. Tenaga yang diperlukan untuk peningkatan indikator kesehatan balita adalah Dokter Umum, Dokter gigi, SKM, Ahli Gizi, Kesehatan lingkungan, Apoteker, Bidan, Perawat, ATLM.
- b. Tenaga yang diperlukan untuk peningkatan indikator kesehatan reproduksi adalah Dokter Umum, Ahli Gizi, Kesehatan lingkungan, Apoteker, Bidan, Perawat, ATLM.
- c. Tenaga yang diperlukan untuk peningkatan indikator pelayanan kesehatan adalah Dokter Umum, Dokter gigi, SKM, Ahli Gizi, Kesehatan lingkungan, Apoteker, Bidan, Perawat, ATLM.
- d. Tenaga yang diperlukan untuk peningkatan indikator perilaku adalah Dokter Umum, Dokter gigi, SKM, Ahli Gizi, Kesehatan lingkungan, Apoteker, Bidan, Perawat, ATLM.
- e. Tenaga yang diperlukan untuk peningkatan indikator penyakit menular, dan tidak menular adalah Dokter Umum, SKM, Ahli Gizi, Kesehatan lingkungan, Apoteker, Bidan, Perawat, ATLM.
- f. Tenaga yang diperlukan untuk peningkatan indikator kesehatan lingkungan adalah SKM, dan Kesehatan Lingkungan.

4.12 Analisis Berdasarkan Sebaran Kasus

Berdasarkan data 10 penyakit terbanyak pada masing-masing Kabupaten dan Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, terdapat di antaranya yang berhubungan dengan IPKM, di antaranya adalah penyakit Ispa, TB paru, Diare. Adapun rinciannya adalah Kota Banjarmasin Ispa (51.055) dan Ispa (34.477), Kota Banjarbaru Ispa (1.336) dan TB Paru (1.007), Kabupaten Banjar Ispa (45789) dan Diare (5174), Kabupaten Tapin Pneumonia (180), Kabupaten HSS Ispa (25045), HST Diare (644) dan TB paru (464), HSU Demam Tifoid (747) dan Pneumonia (311), Balangan

Ispa (120) dan TB Paru (22), Barito Kuala Ispa (45918) dan Diare (6131), Kabupaten Tanah Taut Ispa (17498) dan Demam (9081), Tanah Bumbu Ispa (17498) dan Demam (9081), dan Kabupaten Kotabaru Ispa (24322), Diare (6340). Maka tenaga yang diperlukan adalah Dokter Umum, SKM, Ahli Gizi, Kesehatan lingkungan, Apoteker, Bidan, Perawat, ATLM.

1. Tenaga yang diperlukan untuk peningkatan indikator kesehatan balita adalah Dokter Umum, Dokter gigi, SKM, Ahli Gizi, Kesehatan lingkungan, Apoteker, Bidan, Perawat, ATLM.
2. Tenaga yang diperlukan untuk peningkatan indikator kesehatan reproduksi adalah Dokter Umum, Ahli Gizi, Kesehatan lingkungan, Apoteker, Bidan, Perawat, ATLM.
3. Tenaga yang diperlukan untuk peningkatan indikator pelayanan kesehatan adalah Dokter Umum, Dokter gigi, SKM, Ahli Gizi, Kesehatan lingkungan, Apoteker, Bidan, Perawat, ATLM.
4. Tenaga yang diperlukan untuk peningkatan indikator perilaku adalah Dokter Umum, Dokter gigi, SKM, Ahli Gizi, Kesehatan lingkungan, Apoteker, Bidan, Perawat, ATLM.
5. Tenaga yang diperlukan untuk peningkatan indikator penyakit menular, dan tidak menular adalah Dokter Umum, SKM, Ahli Gizi, Kesehatan lingkungan, Apoteker, Bidan, Perawat, ATLM.
6. Tenaga yang diperlukan untuk peningkatan indikator kesehatan lingkungan adalah SKM, dan Kesehatan Lingkungan.

Berdasarkan kasus penyakit yang berhubungan dengan IPKM, seperti Ispa, TB paru, diare, maka perlu ditambahkan tenaga kesehatan seperti Dokter Umum, SKM, Ahli Gizi, Kesehatan Lingkungan, Apoteker, Bidan, Perawat, ATLM.

BAB V

PENUTUP

5.1 KESIMPULAN

Adapun kesimpulan dari kajian pemetaan tenaga kesehatan di pelayanan tingkat dasar (puskesmas) di Provinsi Kalimantan Selatan adalah sebagai berikut:

1. Issue strategis difokuskan sesuai dengan Permenkes 33 tahun 2015 yang dihubungkan dengan indikator IPKM, Permendagri No. 86 tahun 2017, RPJMD dan Resntra Dinkes yaitu masalah jumlah dan jenis, Pemerataan Mutu SDM yang ada dan Dukungan berbagai pihak dalam peningkatan Pendidikan D1 ke jenjang minimal D3.
2. Adanya kesenjangan terkait jumlah, jenis, sebaran, dan kualitas tenaga di 13 Kabupaten/Kota berdasarkan hasil data Yankesdas 2016
3. Perlunya analisis perencanaan yang dilakukan berdasarkan berbagai indikator untuk peningkatan IPKM di Kalimantan Selatan yang didukung dengan tenaga SDM yang sesuai, baik dari segi jumlah, jenis dan sebaran serta peningkatan mutu SDM.
4. Tenaga perencana SDM dalam melakukan penilaian tidak hanya berdasarkan indikator IPKM yang terdiri dari 7 variabel dan 30 indikator, dan indikator pendukung RPJMN, RPJMD, PMK No. 33 tahun 2015, dan Permendagri No. 86 tahun 2017 tetapi juga dilihat indikator lain yaitu sebaran kasus, *local wisdom*, perilaku, SPM, SKPD terkait, sebaran kasus, Visi dan Misi Kalimantan Selatan, Standar Yankes, Standar Nasional, Wilayah Geografis, Perilaku, akreditasi dalam mendukung tercapainya Kalsel Sehat. Dengan adanya analisis dari semua aspek diharapkan permasalahan jumlah, jenis, sebaran dan kualitas SDM dapat menunjang peningkatan IPKM di Kal-Sel

5. Tenaga pelaksana pengumpul data bukan tenaga ahli dibidang IT dan seharusnya dibantu oleh Nakes yang mengerti tentang IT dalam menganalisis hasil pengumpulan di 13 Kabupaten/Kota.
6. Tenaga perencana dan nakes seharusnya mempunyai kompetensi utama selain yang didapat dari jenjang pendidikan agar menopang kemampuan dalam memberikan pelayanan kesehatan dan dituangkan dalam SOP pada saat penempatan setiap tenaga perencana dan nakes di wilayah masing-masing.
7. Adanya SOP untuk mutasi, baik dilakukan di lingkungan Kabupaten/Kota dan antar Provinsi.
8. Kegiatan perencanaan SDMK berdasarkan pada hasil pemetaan SDMK yang sudah ada
9. PMK No. 33 tahun 2015 diharapkan menjadi UU atau minimal menjadi Pergub, agar mempermudah dalam hal koordinasi antara provinsi, dan kabupaten dalam hal perencanaan kebutuhan SDM, agar adanya sinkronisasi antara Provinsi dan Kabupaten/Kota.
10. Analisis Berdasarkan PMK Nomor 75 Tahun 2014 untuk Wilayah Yang Berdasarkan Analisis Jenis, Jumlah dan Sebaran Tenaga Kesehatan :
 - a. Jenis Tenaga Kesehatan yang kurang adalah Dokter gigi, Kesehatan masyarakat, farmasi, Kesehatan Lingkungan, ATML, Bidan, Perawat, Dokter Umum
 - b. Menyusun perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan dengan menggunakan Sistem Informasi SDM Kesehatan dan mengajukan formasi CPNS ke Badan Kepegawaian Daerah (BKD) pada utama **Kab Banjar** dengan tenaga dengan kekurangan tenaga di daerah pedesaan tenaga farmasi, tenaga kesehatan masyarakat di daerah terpencil dokter gigi, tenaga farmasi, kesehatan lingkungan, **Tanah Bumbu** di daerah pedesaan dokter gigi, tenaga gizi dan ATLM di daerah terpencil dokter gigi, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga farmasi, kesehatan lingkungan ATLM, **Balangan** di daerah pedesaan

dokter gigi, tenaga farmasi didaerah terpencil dokter gigi, tenaga farmasi. **HSU** didaerah pedesaan dokter gigi didaerah terpencil ATLM, **Tapin** didaerah pedesaan tenaga farmasi didaerah terpencil tenaga kesehatan masyarakat, **Hulu Sungai Selatan** didaerah pedesaan tenaga farmasi, dokter gigi, kesehatan lingkungan didaerah terpencil tenaga farmasi, tenaga kesehatan masyarakat, dokter umum, **Hulu Sungai Tengah** didaerah pedesaan dokter umum, dokter gigi didaerah terpencil dokter gigi, **Kotabaru** didaerah pedesaan dokter gigi, tenaga kesehatan lingkungan didaerah terpencil dokter umum, dokter gigi, tenaga farmasi, kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, kesehatan gigi, ATLM, **Tanah Laut** didaerah pedesaan tenaga farmasi, dokter gigi, **Barito Kuala** didaerah pedesaan dokter gigi didaerah terpencil dokter gigi, kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, gizi, ATLM, **Tabalong** didaerah pedesaan dokter gigi, tenaga kesehatan masyarakat didaerah terpencil dokter gigi, kesehatan masyarakat.

11. Jumlah Puskesmas yang terakreditasi adalah Puskesmas terakreditasi hanya 55 (23,91%) dari 230 puskesmas kota ($31/104= 29,8\%$). Desa ($10/53=18,7\%$). Terpencil ($14/73=19,2\%$) BJM (7,7%), B.B (12,5%), Kab.Banjar (12,5%), Tapin (46,15%), HSS (14,3%), HST (10,6%), HSU (38,5%), balangan (63,7%), Tabalong (10,6%), Barito kuala (42,1%), Tanah Laut (33,3%), Tanahumbu (42,86%), Kotabaru (11,1%).

12. Berdasarkan PMK no 33 tahun 2015 adalah

Kekurangan jika dilihat dari Perhitungan menggunakan rasio jumlah penduduk. Yaitu dokter spesialis kekurangan 43%, dokter umum kekurangan 325%, dokter gigi kekurangan 293%, perawat kekurangan 213%, bidan kekurangan 56%, apoteker kekurangan 46%, SKM kekurangan 234%, tenaga kesling kekurangan 132%, dan tenaga gizi kekurangan 32%.

13. Tenaga perencana belum ada pelatihan terkait perencanaan SDMK selain jenjang pendidikan
14. Tenaga kesehatan belum ada pelatihan sesuai dengan keahlian selain jenjang pendidikan.
15. Analisis Berdasarkan IPKM adalah:
 - a. Tenaga yang diperlukan untuk peningkatan indikator kesehatan balita adalah Dokter Umum, Dokter gigi, SKM, Ahli Gizi, Kesehatan lingkungan, Apoteker, Bidan, Perawat, ATLM.
 - b. Tenaga yang diperlukan untuk peningkatan indikator kesehatan reproduksi adalah Dokter Umum, Ahli Gizi, Kesehatan lingkungan, Apoteker, Bidan, Perawat, ATLM.
 - c. Tenaga yang diperlukan untuk peningkatan indikator pelayanan kesehatan adalah Dokter Umum, Dokter gigi, SKM, Ahli Gizi, Kesehatan lingkungan, Apoteker, Bidan, Perawat, ATLM.
 - d. Tenaga yang diperlukan untuk peningkatan indikator perilaku adalah Dokter Umum, Dokter gigi, SKM, Ahli Gizi, Kesehatan lingkungan, Apoteker, Bidan, Perawat, ATLM.
 - e. Tenaga yang diperlukan untuk peningkatan indikator penyakit menular, dan tidak menular adalah Dokter Umum, SKM, Ahli Gizi, Kesehatan lingkungan, Apoteker, Bidan, Perawat, ATLM.
 - f. Tenaga yang diperlukan untuk peningkatan indikator kesehatan lingkungan adalah SKM, dan Kesehatan Lingkungan.
16. Analisis Berdasarkan Sebaran Kasus, adalah sebagai berikut:

Berdasarkan data 10 penyakit terbanyak pada masing-masing Kabupaten dan Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, terdapat di antaranya yang berhubungan dengan IPKM, di antaranya adalah penyakit Ispa, TB paru, Diare. Adapaun rinciannya adalah Kota Banjarmasin Ispa (51.055) dan Ispa (34.477), Kota Banjarbaru Ispa (1.336) dan TB Paru (1.007), Kabupaten Banjar Ispa (45789) dan Diare (5174), Kabupaten Tapin Pneumonia (180), Kabupaten HSS Ispa (25045), HST Diare (644) dan TB

paru (464), HSU Demam Tifoid (747) dan Pneumonia (311), Balangan Ispa (120) dan TB Paru (22), Barito Kuala Ispa (45918) dan Diare (6131), Kabupaten Tanah Taut Ispa (17498) dan Demam (9081), Tanah Bumbu Ispa (17498) dan Demam (9081), dan Kabupaten Kotabaru Ispa (24322), Diare (6340). Maka tenaga yang diperlukan adalah Dokter Umum, SKM, Ahli Gizi, Kesehatan lingkungan, Apoteker, Bidan, Perawat, ATLM.

17. Berdasarkan kasus penyakit yang berhubungan dengan IPKM, seperti Ispa, TB paru, diare, maka perlu ditambahkan tenaga kesehatan seperti Dokter Umum, SKM, Ahli Gizi, Kesehatan Lingkungan, Apoteker, Bidan, Perawat, ATLM.

5.2 Rekomendasi Kegiatan

1. Jumlah dan distribusi tenaga kesehatan tidak merata antar daerah

- a. Menyusun perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan dengan menggunakan Sistem Informasi SDM Kesehatan dan mengajukan formasi CPNS ke Badan Kepegawaian Daerah (BKD) pada utama Kabupaten Banjar, Tanah Bumbu, Balangan, HSU, Tapin, Hulu Sungai Selatan, Hulu Sungai Tengah, Kotabaru, Tanah Laut, Barito Kuala, Tabalong, Kota Banjarbaru, dan Kota Banjarmasin.
- b. Melakukan advokasi kepada MENPAN-RB dan BKN untuk mengalokasikan formasi CPNS sesuai kebutuhan masing-masing Pemerintah Daerah.
- c. **Mengatasi maldistribusi di daerahnya dengan Peraturan Gubernur** atau Peraturan Bupati/Walikota, dan memperkuat **koordinasi dengan BKD** dalam penempatan tenaga kesehatan.
- d. Melakukan advokasi ke KEMENDAGRI, KEMENPAN-RB dan BKN agar BKD Provinsi dan Kab/Kota memperhatikan pertimbangan dan usulan Dinkes Provinsi, dan Kab/Kota Pemda Kab/Kota yang memiliki APBD rendah mengajukan kebutuhan formasi CPNS ke MENPAN dan

alokasinya didukung oleh alokasi anggaran Dana Alokasi Khusus Non Fisik .

- e. Perlunya penambahan Dokter gigi, Kesehatan masyarakat, farmasi, Kesehatan Lingkungan, ATML, Bidan, Perawat, Dokter Umum.

2. Pemenuhan jenis nakes belum sesuai standar

- a. **Memanfaatkan Perpres** Wajib Kerja Dokter untuk mendistribusikan Dokter dengan menyusun rencana kebutuhan dan lokasi serta menyiapkan dukungan berupa insentif daerah dan ketersediaan alat kesehatan.
- b. Menempatkan Dokter dengan menggunakan APBN dengan prioritas di daerah yang tidak diminati sesuai UU No 23 Tahun 2014, bekerjasama dengan Organisasi Profesi dan Fakultas Kedokteran
- c. Memanfaatkan dana APBD untuk merekrut tenaga kontrak promosi kesehatan di setiap puskesmas dengan pendidikan minimal D3 Kesehatan (tenaga Kesehatan Lingkungan, Gizi, Perawat, Bidan, dan Analis Laboratorium) sesuai permenkes 75 dan PMK 33 tahun 2015

3. Kompetensi Nakes belum sesuai standar

- a. Peningkatan anggaran untuk meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan dan tenaga perencana melalui pendidikan (beasiswa) dan pelatihan Memberikan dukungan dalam bentuk dana Dekonsentrasi untuk mendukung upaya tersebut.
- b. Peningkatan **anggaran bagi Bapelkes** Daerah untuk pengembangan dan pemenuhan tenaga Widyaiswara Memberikan dukungan dalam bentuk dana Dekonsentrasi atau mengembangkan Dana Alokasi Khusus Sub Bidang SDM Kesehatan untuk mendukung upaya tersebut
- c. **Melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap SDM Kesehatan dalam bentuk pemberian izin dan pengawasan praktek**, kesempatan mengikuti pendidikan dan pelatihan, seminar dalam rangka meningkatkan kompetensi memberikan dukungan

dalam bentuk dana Dekonsentrasi atau Dana Alokasi Khusus Non Fisik untuk mendukung upaya tersebut.

4. Tenaga Perencana

- a. Perlunya perencanaan penambahan tenaga kesehatan sesuai dengan PMK No. 33 Tahun 2015 yaitu Tenaga Terapi Medis, Terapi Fisik, Dan Asisten Apoteker.
- b. Penempatan tenaga kesehatan pada wilayah yang belum terakreditasi
- c. Perlunya penambahan tenaga kesehatan untuk peningkatan IPKM (Permenkes 75 dan PMK 33)
- d. Berdasarkan kasus penyakit yang berhubungan dengan IPKM, seperti Ispa, TB paru, diare, maka perlu ditambahkan tenaga kesehatan seperti okter Umum, SKM, Ahli Gizi, Kesehatan lingkungan, Apoteker, Bidan, Perawat, ATLM.
- e. Adanya SOP untuk penempatan dan Mutasi Nakes dikabupaten/kota yang melibatkan dinkes provinsi
- f. Adanya Regulasi untuk perencanaan, penempatan dan Mutasi Nakes dikabupaten/kota yang melibatkan dinkes provinsi dalam mengakomodir otonomi daerah
- g. Mutasi dan perpindahan tenaga nakes dan tenaga perencana hendaknya dilakukan dalam rentang 2-3 tahun agar program kerja dapat tergambar dan dievaluasi
- h. Tenaga pelaksana pengumpul data SDMK harus tenaga ahli dibidang IT dan dibantu oleh Nakes yang mengerti tentang IT dalam menganalisis hasil pengumpulan data dan masalah SDMK di 13 Kabupaten/Kota
- i. PMK no 33 tahun 2015 diharapkan menjadi perbup dalam penentuan jumlah, jenis dan sebaran SDMK di Kalimantan Selatan

5. Pelatihan sebagai kompetensi penunjang untuk tenaga kesehatan

Tabel 51. Jenis Pelatihan yang di Rekomendasikan di Setiap Jenis Tenaga Kesehatan

TENAGA KESEHATAN	PELATIHAN
SKM EPIDEMIOLOGI	Diklat jabatan fungsional efidemiologi terampil
	Perencanaan KLB
	GIS
	Skrinning
	Statistic epidemiologi
	Pelatihan perencanaan program
SKM ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN	Pelayanan penunjang medik
	Diklat Tim Penilai Angka Kredit Bidang Kesehatan
	Pelatihan Peningkatan keterampilan bagi tenaga kesehatan tentang akreditasi
	Pelatihan perencanaan program
SKM GIZI	Ketahanan Pangan
	Pelatihan pembuatan menu seimbang
	Pelatihan perencanaan program
	Pelatihan pengukuran terkait gizi
	Pelatihan pembuatan media

TENAGA KESEHATAN	PELATIHAN
	Diklat Jabatan Fungsional Nutrisionis Ahli
	TOT Pelatihan Keluarga Sehat
SKM PROMOSI KESEHATAN	Pelatihan Teknis KIP/Konseling
	Pelatihan komunikasi
	Pelatihan pemberdayaan masyarakat
	Pelatihan perencanaan program
	Pelatihan pembuatan media
	Pelatihan Promosi Kesehatan Bagi Petugas puskesmas
SKM KESEHATAN REPRODUKSI	
	Diklat teknis IMS
	Pelatihan IVA
	Pelatihan komunikasi
	Pelatihan perencanaan program
SKM KESEHATAN LINGKUNGAN SKM K3 DOKTER UMUM	
	Pelatihan STBM
	Pelatihan pengolahan sampah
	Pelatihan sampah padat cair dan gas
	Pelatihan STTU
	Pelatihan penilaian rumah sehat
	Pelatihan HCCP
	Pelatihan Teknologi tepat guna
	Manajemen Kesehatan lingkungan
	Pelatihan perencanaan program
	Pendidikan dan Pelatihan Kepemimpinan
	TOT Pelatihan Keluarga Sehat
	Diklat Teknis TOT Poskestren Bagi Petugas Kesehatan

TENAGA KESEHATAN	PELATIHAN
	Manajemen Sistem Informasi Kesehatan
	Manajemen Puskesmas Berbasis Akreditasi di Era JKN
	pelatihan penguatan kompetensi tenaga sanitarian kesehatan
	Pelatihan K3 Puskesmas
	Manajemen Puskesmas Berbasis Akreditasi di Era JKN
	Diklat teknis penanggulangan Ispa
	Pelayanan penunjang medik
	Pelatihan Teknis KIP/Konseling
	Pelatihan Peningkatan keterampilan bagi tenaga kesehatan tentang akreditasi
	Pelatihan TB bagi petugas medis dan paramedis di fasilitas pelayanan kesehatan
	Pelatihan basic trauma cardiac life support (BTCLS)
	TOT Pelatihan Keluarga Sehat
	Deteksi Dini Infeksi Usual, Asam Asetai, Kanker Leher Rahim / Cerviks
	Pelatihan SOP penanganan pasien
	Pelatihan Kode etik kesehatan
DOKTER GIGI	
	Pelatihan Teknis KIP/Konseling
	Pelatihan Peningkatan keterampilan bagi tenaga kesehatan tentang akreditasi
	Pelatihan Penatalaksanaan Kegawat-daruratan Medik Bidang Kedokteran Gigi (AMED)
	Pelatihan Komunikasi efektif
	Pelatihan SOP penanganan pasien

TENAGA KESEHATAN	PELATIHAN
PERAWAT	
	Pelatihan Teknis KIP/Konseling
	Pelatihan Peningkatan keterampilan bagi tenaga kesehatan tentang akreditasi
	Pelatihan basic trauma cardiac life support (BTCLS)
	Diklat teknis penanggulangan Ispa
	Pelatihan Komunikasi efektif
	Pelatihan SOP penanganan pasien
	Diklat Teknis Perawatan Luka
	Orentasi Terpadu
	Pelatihan Peningkatan keterampilan bagi tenaga kesehatan tentang akreditasi
	Diklat teknis IMS
	Pelatihan TB bagi petugas medis dan paramedis di fasilitas pelayanan kesehatan
	Pelatihan penetalaksanaan kegawatdaruratan anak dan ibu
	Deteksi Dini Infeksi Usual, Asam Asetai, Kanker Leher Rahim / Cerviks
	Pelatihan Rekam Medis
	Pelatihan Asuhan keperawatan
BIDAN	Pelatihan Klinik untuk Standardisasi Asuhan Persalinan Normal
	Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal (APN)
	Peningkatan Kapasitas Kompetensi Bidan
	Diklat teknis penanggulangan Ispa pada Bayi
	Diklat tehnik peningkatan kapasitas kompetensi bidan
	Pelatihan Teknis KIP/Konseling

TENAGA KESEHATAN	PELATIHAN
	<p>Pelatihan basic maternal neonatal life support (BMNLS)</p> <p>Orentasi Terpadu</p> <p>Pelatihan Peningkatan keterampilan bagi tenaga kesehatan tentang akreditasi</p> <p>Pelatihan basic trauma cardiac life support (BTCLS)</p> <p>Diklat teknis peningkatan kapasitas kompetensi bidan di desa</p> <p>Pelatihan penetalaksanaan kegawatdaruratan anak dan ibu</p> <p>Pelatihan basic maternal neonatal life support (BMNLS)</p> <p>Diklat Teknis Fasilitator Kelas Ibu</p> <p>Deteksi Dini Infeksi Usual, Asam Asetai, Kanker Leher Rahim / Cerviks</p> <p>TOT Pelatihan Keluarga Sehat</p>
APOTEKER	<p>Pelatihan Manajemen Logistik Kesehatan</p> <p>Pelatihan TB bagi petugas medis dan paramedis di fasilitas pelayanan kesehatan</p> <p>TOT Pelatihan Keluarga Sehat</p> <p>pelatihan SOP penggunaan obat legal</p> <p>pelatihan safety laboraturiom</p> <p>pelatihan sistem informasi kesehatan</p>
ANALIS KESEHATAN	<p>Pelatihan Peningkatan keterampilan bagi tenaga kesehatan tentang akreditasi</p> <p>TOT Pelatihan Keluarga Sehat</p> <p>Pelatihan TB bagi petugas medis dan paramedis di fasilitas pelayanan kesehatan</p> <p>Workshop Peningkatan Keterampilan Bagi Calon Pendamping Akreditasi Puskesmas</p>

TENAGA KESEHATAN	PELATIHAN
	Pelatihan Mikrotik Dasar
	Pelatihan safety laboraturiom
	Pelatihan K3 Puskesmas

Tabel 52. Matrik Strategi Pelaksanaan Pemenuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) di Tingkat Puskesmas

ISSUE STRATEGIS	STRATEGI	Program	INDIKATOR	SDM	Provinsi/Kabupaten/Kota
Jumlah Jenis, Sebaran dan Kualitas SDMK	1. Pemenuhan ketersediaan jenis ,jumlah,sebaran dan mutu sumber daya manusia kesehatan 2. Sistem Pengelolaan SDMK berbasis IT. 3. Regulasi terkait Jumlah,jenis dan sebaran	1. Program pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan 2. Pelatihan bagi SDMK dan tenaga perencana dan pengelola SDMK 3. Membangun sistem perencanaan dan dokumentasi informasi SDMK berbasis IT 4. Pembuatan Regulasi dalam pemenuhan SDMK terkait jumlah,jenis dan sebaran serta Mutu	Kesehatan Balita	Pemenuhan SDMK Utama yaitu Dokter gigi, Kesehatan Masyarakat, Farmasi, Kesehatan Lingkungan, ATML, Bidan, Perawat, Dokter Umum.	Wilayah Utama Pemenuhan SDMK yaitu Kab Banjar,Tanah Bumbu,Balangan ,HSU,Tapin,HSS,HST kotabaru ,Tala, Batola,Tabalong,Banjarbaru,B anjarmasin
			Tersediannya kebijakan SDMK dalam menurunkan Prevalensi Balita Gizi Buruk dan Kurang		
			Tersediannya kebijakan SDMK dalam menurunkan Prevalensi Balita sangat pendek dan Pendek		
			Tersediannya kebijakan SDMK dalam peningkatan Cakupan Penimbangan Balita		
			Tersediannya kebijakan SDMK dalam peningkatan Cakupan Kunjungan Neonatal (KN1)		
			Tersediannya kebijakan		

ISSUE STRATEGIS	STRATEGI	Program	INDIKATOR	SDM	Provinsi/Kabupaten/Kota
			SDMK dalam peningkatan Cakupan Imunisasi Lengkap		
			Tersediannya kebijakan SDKM dalam menurunkan Prevalensi Balita Gemuk		
			Kesehatan Reproduksi		
			Tersediannya kebijakan SDKM dalam peningkatan Proporsi pengguna KB (MKJP)		
			Tersediannya kebijakan SDKM dalam menurunkan peningkatan Cakupan Pemeriksaan Kehamilan (K4)		
			Tersediannya kebijakan SDKM dalam menurunkan Prevalensi KEK pada WUS		

ISSUE STRATEGIS	STRATEGI	Program	INDIKATOR	SDM	Provinsi/Kabupaten/Kota
			<div style="background-color: black; height: 15px; width: 100%;"></div> Pelayanan Kesehatan Tersediannya kebijakan SDMK dalam peningkatan Cakupan persalinan oleh Nakes di Faskes Tersediannya kebijakan SDMK dalam menurunkan peningkatan Proporsi Kecamatan yang mempunyai kecukupan dokter per-penduduk Tersediannya kebijakan SDMK dalam peningkatan Proporsi desa yang mempunyai kecukupan Posyandu Tersediannya kebijakan SDMK dalam peningkatan Cakupan Kepemilikan JPK		

ISSUE STRATEGIS	STRATEGI	Program	INDIKATOR	SDM	Provinsi/Kabupaten/Kota
			Perilaku		
			Tersediannya kebijakan SDMK dalam menurunkan Proporsi Merokok		
			Tersediannya kebijakan SDMK dalam peningkatan Proporsi perilaku cuci tangan dengan benar		
			Tersediannya kebijakan SDMK dalam peningkatan Proporsi perilaku Buang Air Besar dengan benar		
			Tersediannya kebijakan SDMK dalam peningkatan Proporsi Aktivitas Fisik Cukup		
			Tersediannya kebijakan SDMK dalam peningkatan Proporsi Perilaku Sikat Gigi dengan benar		

ISSUE STRATEGIS	STRATEGI	Program	INDIKATOR	SDM	Provinsi/Kabupaten/Kota
			Penyakit Tidak Menular		
			Tersediannya kebijakan SDMK dalam menurunkan Prevalensi Hipertensi		
			Tersediannya kebijakan SDMK dalam menurunkan Prevalensi Cedera		
			Tersediannya kebijakan SDMK dalam menurunkan Prevalensi Diabetes Mellitus		
			Prevalensi Gangguan Mental		
			Tersediannya kebijakan SDMK dalam menurunkan Prevalensi Obesitas Sentral		

ISSUE STRATEGIS	STRATEGI	Program	INDIKATOR	SDM	Provinsi/Kabupaten/Kota
			Tersediannya kebijakan SDMK dalam menurunkan Prevalensi Penyakit Gigi dan Mulut		
			Penyakit Menular		
			Tersediannya kebijakan SDMK dalam menurunkan Prevalensi Penyakit Pneumoni		
			Tersediannya kebijakan SDMK dalam menurunkan Prevalensi Diare (Balita)		
			Tersediannya kebijakan SDMK dalam menurunkan Prevalensi ISPA (Balita)		
			Kesehatan Lingkungan		

ISSUE STRATEGIS	STRATEGI	Program	INDIKATOR	SDM	Provinsi/Kabupaten/Kota
			Tersediannya kebijakan SDMK dalam peningkatan Cakupan Akses Sanitasi		
			Tersediannya kebijakan SDMK dalam peningkatan Cakupan Akses dan sumber air bersih		