

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

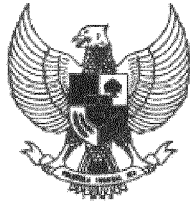
**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN RI  
NOMOR 828/MENKES/SK/IX/2008**

**TENTANG**

**PETUNJUK TEKNIS  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN  
DI KABUPATEN/KOTA**

**MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,**

- Menimbang** : bahwa dalam rangka pembinaan sebagaimana tercantum dalam Pasal 12 ayat (2) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota, perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
- Mengingat** :
1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 100 Tahun 1992, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);
  2. Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
  3. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

4. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Dan Pertanggungjawaban Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 14, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pembinaan Dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 2007 tentang Tatacara Pelaksanaan Kerjasama Antar Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4761);
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

14. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 100.05-76 Tahun 2007 tentang Pembentukan Tim Konsultasi Penyusunan Standar Pelayanan Minimal.
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;

**MEMUTUSKAN:**

- Menetapkan : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PETUNJUK TEKNIS STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN/KOTA.**
- Kesatu :** Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota sebagaimana tercantum dalam lampiran Keputusan ini.
- Kedua :** Petunjuk Teknis sebagaimana dimaksud diktum kesatu digunakan sebagai acuan bagi perangkat kesehatan di Daerah Kabupaten/Kota untuk mencapai target Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
- Ketiga :** Dengan berlakunya Keputusan ini, maka Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1091/MENKES/SK/X/2004 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota dinyatakan tidak berlaku lagi.
- Keempat :** Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 3 September 2008

**MENTERI KESEHATAN,**

**ttd**

**Dr.dr.Siti Fadilah Supari, Sp.JP (K)**

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

---

#### **A. LATAR BELAKANG**

Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah telah menetapkan bidang kesehatan merupakan urusan wajib yang harus dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota.

Penyelenggaraan urusan wajib oleh Daerah merupakan perwujudan otonomi yang bertanggungjawab, yang pada intinya merupakan pengakuan/pemberian hak dan kewenangan Daerah dalam wujud tugas dan kewajiban yang harus dipikul oleh Daerah.

Sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal, maka untuk menjamin terselenggaranya urusan wajib daerah yang berkaitan dengan hak dan pelayanan dasar kepada warga Negara perlu ditetapkan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.

Pemerintah Pusat bertanggung jawab secara nasional atas keberhasilan pelaksanaan otonomi, walaupun pelaksanaan operasionalnya diserahkan kepada pemerintah dan masyarakat daerah yang bersangkutan. Peraturan Pemerintah Nomor 38 tahun 2008 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah daerah Propinsi dan Pemerintah daerah Kabupaten/Kota, merumuskan peran pemerintah pusat di era desentralisasi ini lebih banyak bersifat menetapkan kebijakan makro, norma, standarisasi, pedoman, kriteria, serta pelaksanaan supervisi, monitoring, evaluasi, pengawasan dan pemberdayaan ke daerah, sehingga otonomi dapat berjalan secara optimal.

Untuk menyamakan pengaktualisasian urusan wajib bidang kesehatan di Kabupaten/Kota sesuai dengan Peraturan Pemerintah No. 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal dan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal, maka dalam rangka memberikan panduan untuk menyelenggarakan pelayanan dasar di bidang kesehatan kepada masyarakat di Daerah, telah ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.

Agar Standar Pelayanan Minimal dimaksud dapat diselenggarakan sesuai yang diharapkan, perlu disusun Petunjuk Teknis SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten/ Kota.

## **B. MAKSUD DAN TUJUAN**

Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal ini dimaksudkan guna memberikan panduan kepada daerah dalam melaksanakan perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal bidang kesehatan di Kabupaten/Kota.

Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran/satuan, rujukan (buku pedoman, standar teknis), target nasional untuk tahun 2010 dan 2015, cara perhitungan pencapaian kinerja/target/rumus satuan, pembilang dan penyebut, rumus perhitungan, sumber data, langkah-langkah kegiatan dan kebutuhan Sumber Daya Manusia untuk masing-masing Indikator SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.

## **C. PENGERTIAN**

### **Umum :**

#### **1. Urusan Wajib**

Yang dimaksud dengan Urusan Wajib adalah urusan yang berkaitan dengan hak dan pelayanan dasar warga negara yang penyelenggaraannya diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan kepada daerah untuk perlindungan hak konstitusional, kepentingan nasional, kesejahteraan masyarakat, ketenteraman dan ketertiban umum dalam kerangka menjaga keutuhan Negara Kesatuan Republik Indonesia, serta pemenuhan komitmen nasional yang berhubungan dengan perjanjian dan konvensi internasional;

#### **2. Urusan Pilihan**

Yang dimaksud dengan Urusan Pilihan adalah urusan yang secara nyata ada di Daerah dan berpotensi untuk meningkatkan

kesejahteraan masyarakat sesuai kondisi, kekhasan dan potensi unggulan daerah;

3. Standar Pelayanan Minimal

Yang dimaksud dengan Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga Negara secara minimal;

4. Indikator SPM

Yang dimaksud dengan Indikator SPM adalah tolok ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan/atau manfaat pelayanan;

5. Jenis Pelayanan

Yang dimaksud dengan Jenis Pelayanan adalah pelayanan publik yang mutlak dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan dasar yang layak dalam kehidupan.

6. Pelayanan Dasar

Yang dimaksud dengan pelayanan dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi dan pemerintahan.

**Khusus :**

1. Pengertian

Dimaksudkan untuk menjelaskan istilah dalam indikator kinerja.

2. Definisi Operasional

Dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator kinerja.

3. Cara perhitungan / Rumus

Dimaksudkan untuk menyamakan cara perhitungan dalam memperoleh capaian indikator kinerja selama periode kurun waktu tertentu, dengan cara membagi pembilang dengan penyebut.

4. Pembilang

Adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus.

5. Penyebut  
Adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus.
6. Ukuran  
Adalah Formula yang dalam setiap indikator ditetapkan dalam bentuk prosentase / %, dan atau berdasarkan proporsi terhadap penduduk.
7. Sumber Data  
Adalah sumber bahan nyata /keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan. Data dimaksud dikumpulkan dan dilaporkan melalui : Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS); Sistem Pelaporan Rumah Sakit (SPRS);SIMKA; SINAKES dll.
8. Rujukan  
Adalah standar teknis atau ketentuan lain sebagai bahan rujukan/ acuan teknis dalam menyelenggarakan indikator kinerja.
9. Target 2010  
Adalah besaran capaian indikator SPM yang diharapkan sampai dengan Tahun 2010.
10. Target 2015  
Adalah besaran yang harus dicapai sebagaimana ditentukan sampai dengan tahun 2015
11. Langkah Kegiatan  
Dimaksudkan menu/ butir-butir tahapan kegiatan yang bersifat teknis, yang perlu dipilih untuk dilaksanakan agar dapat mencapai target indikator SPM sesuai situasi dan kondisi dan kapasitas institusi pelayanan setempat.
12. Kurun Waktu Tertentu  
Adalah kurun / rentang waktu dalam pelaksanaan kegiatan yaitu dalam periode 1 (satu) tahun atau kurun waktu yang sama
13. Sumber Daya Manusia  
Adalah tenaga kesehatan yang dibutuhkan secara hirarkhi, dimana apabila tidak dapat dipenuhi oleh tenaga kesehatan urutan pertama, dapat dipenuhi oleh tenaga kesehatan berikutnya untuk mendukung pelaksanaan target setiap indikator.

#### **D. LANDASAN HUKUM**

1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 100 Tahun 1992, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495)
2. Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
3. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
4. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Dan Pertanggungjawaban Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 14, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pembinaan Dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);



9. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 2007 tentang Tatacara Pelaksanaan Kerjasama Antar Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4761);
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1202/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 004/Menkes/SK/II/2003 tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan;
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
16. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 100.05-76 Tahun 2007 tentang Pembentukan Tim Konsultasi Penyusunan Standar Pelayanan Minimal.
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.

## **BAB II**

### **URUSAN WAJIB DAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL**

---

#### **A. DESENTRALISASI BIDANG KESEHATAN**

Dalam lampiran keputusan Menteri Kesehatan Nomor 004/MENKES/SK/I/2003 telah ditetapkan tujuan Desentralisasi di bidang kesehatan adalah mewujudkan pembangunan nasional di bidang kesehatan yang berlandaskan prakarsa dan aspirasi masyarakat dengan cara memberdayakan, menghimpun, dan mengoptimalkan potensi daerah untuk kepentingan daerah dan prioritas nasional dalam mencapai Indonesia Sehat 2010.

Untuk mencapai tujuan tersebut, telah ditetapkan 8 (delapan) kebijakan desentralisasi bidang kesehatan, yaitu :

1. Desentralisasi bidang kesehatan dilaksanakan dengan memperhatikan aspek demokrasi, keadilan, pemerataan, serta potensi dan keanekaragaman daerah.
2. Pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan didasarkan kepada otonomi luas, nyata dan bertanggungjawab.
3. Desentralisasi bidang kesehatan yang luas dan utuh diletakkan di Kabupaten dan Kota, sedangkan desentralisasi bidang kesehatan di Propinsi bersifat terbatas.
4. Pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan harus sesuai dengan konstitusi negara, sehingga tetap terjamin hubungan yang serasi antara pusat dan daerah serta antar daerah.
5. Desentralisasi bidang kesehatan harus lebih meningkatkan kemandirian daerah otonom, Pemerintah pusat berkewajiban memfasilitasi pelaksanaan pembangunan kesehatan daerah dengan meningkatkan kemampuan daerah dalam pengembangan sistem kesehatan dan manajemen kesehatan.
6. Desentralisasi bidang kesehatan harus lebih meningkatkan peran dan fungsi badan legislatif daerah, baik dalam hal fungsi legislasi, fungsi pengawasan, maupun fungsi anggaran.
7. Sebagai pelengkap desentralisasi bidang kesehatan, dilaksanakan pula dekonsentrasi bidang kesehatan yang diletakkan di daerah propinsi sebagai wilayah administrasi.
8. Untuk mendukung desentralisasi bidang kesehatan dimungkinkan pula dilaksanakan tugas pembantuan di bidang kesehatan, khususnya dalam hal penanggulangan kejadian luar biasa, bencana, dan masalah-masalah kegawatdaruratan kesehatan lainnya.

## B. URUSAN WAJIB DAN SPM

Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai UUD 1945 dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Bahkan Untuk mendapatkan penghidupan yang layak di bidang kesehatan, amandemen kedua UUD 1945, Pasal 34 ayat (3) menetapkan : "Negara bertanggungjawab atas **penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan pelayanan umum yang layak**" .

Di era otonomi daerah amanat amandemen dimaksud, mempunyai makna penting bagi tanggung jawab Pemerintah Daerah sebagai sub sistem negara kesatuan Republik Indonesia terhadap masyarakat, dan Pemerintah Daerah dituntut dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang layak, tanpa ada diskriminasi sosial, budaya, ekonomi dan politik. Amanat ini harus diterjemahkan dan dijabarkan secara baik oleh sistem dan perangkat pemerintahan daerah.

Untuk lebih menjamin penerapan hak-hak publik sebagaimana tersebut di atas, di era otonomi daerah UU No. 32 Tahun 2004 dalam Pasal 11, 13 dan 14 telah menjadikan penanganan bidang kesehatan sebagai urusan wajib/ tugas pemerintahan yang wajib dilaksanakan oleh daerah. Merujuk Pasal 11 ayat (4), maka penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang layak dalam batas pelayanan minimal adalah merupakan tanggung jawab atau akuntabilitas yang harus diselenggarakan oleh daerah yang berpedoman pada PP No. 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal.

Secara ringkas PP No. 65 Tahun 2005 memberikan rujukan bahwa SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal, terutama yang berkaitan dengan pelayanan dasar, baik Daerah Provinsi maupun Daerah Kabupaten/Kota.

Dalam penerapannya SPM harus menjamin akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan dasar dari Pemerintahan Daerah sesuai dengan ukuran-ukuran yang ditetapkan oleh Pemerintah. Oleh karena itu, baik dalam perencanaan maupun penganggaran, wajib diperhatikan prinsip-prinsip SPM yaitu sederhana, konkrit, mudah diukur, terbuka, terjangkau dan dapat dipertanggungjawabkan serta mempunyai batas pencapaian yang dapat diselenggarakan secara bertahap.

Hal ini dimaksudkan pula agar kinerja penyelenggaraan pemerintahan daerah, khususnya penanganan bidang kesehatan tetap sejalan dengan tujuan nasional dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Pada dasarnya penetapan standar pelayanan minimal bidang kesehatan mengacu pada kebijakan dan strategi desentralisasi bidang kesehatan yaitu :

1. Terbangunnya komitmen antara pemerintah, legislatif, masyarakat dan stakeholder lainnya guna kesinambungan pembangunan kesehatan.
2. Terlindunginya kesehatan masyarakat, khususnya penduduk miskin, kelompok rentan, dan daerah miskin.
3. Terwujudnya komitmen nasional dan global dalam program kesehatan.

SPM Bidang Kesehatan disusun dengan prinsip-prinsip sebagai berikut :

1. Diterapkan pada urusan wajib. Oleh karena itu SPM merupakan bagian integral dari Pembangunan Kesehatan yang berkesinambungan, menyeluruh, terpadu sesuai Rencana Pembangunan Jangka menengah Nasional.
2. Diberlakukan untuk seluruh Daerah Kabupaten dan Daerah Kota. SPM harus mampu memberikan pelayanan kepada publik tanpa kecuali (tidak hanya masyarakat miskin), dalam bentuk, jenis, tingkat dan mutu pelayanan yang esensial dan sangat dibutuhkan oleh masyarakat.
3. Menjamin akses masyarakat mendapat pelayanan dasar tanpa mengorbankan mutu dan mempunyai dampak luas pada masyarakat (Positive Health Externality).
4. Merupakan indikator kinerja bukan standar teknis, dikelola dengan manajerial professional sehingga tercapai efisiensi dan efektivitas penggunaan sumberdaya.
5. Bersifat dinamis.
6. Ditetapkan dalam rangka penyelenggaraan pelayanan dasar.

Disamping prinsip-prinsip sebagaimana tersebut di atas, Departemen Kesehatan telah sepakat menambahkan kriteria SPM yaitu:

1. Merupakan **pelayanan yang langsung dirasakan masyarakat**, sehingga hal-hal yang berkaitan dengan manajemen dianggap sebagai faktor pendukung dalam melaksanakan urusan wajib (perencanaan, pembiayaan, pengorganisasian, perizinan, sumberdaya, sistem dsb), tidak dimasukkan dalam SPM (kecuali **critical support function**).

2. Merupakan prioritas tinggi bagi Pemerintah Daerah karena **melindungi hak hak konstitusional perorangan dan masyarakat**, untuk melindungi **kepentingan nasional** dan memenuhi **komitmen nasional dan global** serta merupakan penyebab utama kematian/kesakitan.
3. Berorientasi pada **output** yang langsung dirasakan masyarakat.
4. Dilaksanakan secara **terus menerus** (sustainable), **terukur** (measurable ) dan **dapat dikerjakan** (feasible).

Sejalan dengan amanah PP Nomor 65 Tahun 2005 dan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007, proses penyusunan SPM bidang kesehatan di Kabupaten/Kota melalui langkah-langkah sebagai berikut :

1. Mengkaji standar jenis pelayanan dasar yang sudah ada dan/atau standar teknis yang mendukung penyelenggaraan jenis pelayanan dasar.
2. Menyelaraskan jenis pelayanan dasar dengan pelayanan dasar yang tertuang dalam RPJMN, RKP dan dokumen kebijakan, serta konvensi/perjanjian internasional.
3. Menganalisa dampak, efisiensi, dan efektivitas dari pelayanan dasar terhadap kebijakan dan pencapaian tujuan nasional.
4. Menganalisis dampak kelembagaan dan personil.
5. Mengkaji status pelayanan dasar saat ini, termasuk tingkat pencapaian tertinggi secara nasional dan daerah.
6. Menyusun rancangan SPM.
7. Menganalisis pembiayaan pencapaian SPM secara nasional dan daerah (dampak keuangan).
8. Menganalisis data dan informasi yang tersedia.
9. Melakukan konsultasi dengan sektor – sektor terkait dan daerah.
10. Menggali masukan dari masyarakat dan kelompok-kelompok profesional.

Dalam pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan untuk jangka waktu tertentu ditetapkan target pelayanan yang akan dicapai (minimum service target), yang merupakan spesifikasi peningkatan kinerja pelayanan yang harus dicapai dengan tetap berpedoman pada standar teknis yang ditetapkan guna mencapai status kesehatan yang diharapkan. Dalam Urusan Wajib dan SPM, nilai indikator yang dicantumkan merupakan nilai minimal nasional sebagaimana komitmen global dan komitmen nasional yaitu: target Tahun 2010 dan Tahun 2015.

### **BAB III**

## **PERAN PUSAT, PROVINSI DAN KABUPATEN/KOTA**

---

Peran Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam pelaksanaan SPM bidang kesehatan adalah sebagaimana diatur dalam keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 741/MENKES/SK/IX/2008 sebagai berikut:

1. Pengorganisasian.
  - a. Bupati/Walikota bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal yang dilaksanakan oleh Perangkat Daerah Kabupaten/Kota dan masyarakat.
  - b. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud butir a secara operasional dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
2. Pembinaan.
  - a. Pemerintah dan Pemerintah Provinsi memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal dan mekanisme kerjasama antar Daerah Kabupaten/Kota.
  - b. Fasilitasi dimaksud butir a dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis, pelatihan meliputi :
    - 1) Perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal;
    - 2) Penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target SPM;
    - 3) Penilaian pengukuran kinerja;
    - 4) Penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan Standar Pelayanan Minimal di bidang kesehatan.
3. Pengawasan.
  - a. Bupati/Walikota melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal di daerah masing-masing.
  - b. Bupati/Walikota menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan Pemerintah.

Sedangkan dalam penerapan petunjuk teknis SPM Bidang Kesehatan ini, peran Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota adalah sebagai berikut :

### **1. Pusat**

Sosialisasi Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 741/MENKES/SK/IX /2008 tentang SPM Bidang Kesehatan, dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 828/MENKES/SK/IX /2008 tentang Petunjuk Teknis SPM Bidang Kesehatan.

### **2. Propinsi**

- a. Bersama dengan Kabupaten/Kota menetapkan jumlah SPM ( 18 SPM) yang dapat dilakukan oleh Kabupaten/Kota di wilayahnya dari setiap pelayanan.
- b. Menetapkan pencapaian saat ini dan pentahapan pencapaian target SPM, sesuai situasi kondisi dan kapasitas dengan Kabupaten/Kota.
- c. Bersama dengan pusat melakukan fasilitasi peningkatan kapasitas Kabupaten/Kota dan melaksanakan pemantauan dan evaluasi.

### **3. Kabupaten/Kota**

- a. Melakukan mapping kondisi pencapaian indikator SPM saat ini di Kabupaten/Kota dan menghitung kesenjangannya bila dibandingkan dengan target nasional.
- b. Menentukan target pencapaian masing-masing indikator SPM dan memasukannya dalam program pembangunan daerah (RPJMD, Renstra SKPD).
- c. Menentukan rincian target tahunan pencapaian SPM mulai dari Tahun 2005 sampai dengan Tahun 2010, dan memasukannya dalam RKPD, Renja SKPD, KUA dan RKA-SKPD, dan mengupayakan dukungan dana APBD berdasarkan Peraturan Daerah/PERDA Kabupaten/Kota.

Dari pengertian tersebut di atas jelas bahwa SPM harus dapat digunakan untuk mengevaluasi kinerja pelayanan dan memungkinkan dilakukannya pengukuran terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu. Oleh karena itu dalam pencapaian Standar Pelayanan Minimal untuk jangka waktu tertentu perlu ditetapkan batas awal pelayanan minimal (Minimum Service Baselines) dan target pelayanan yang akan dicapai (Minimum Service Target). Sehingga SPM Bidang Kesehatan akan meliputi : jenis pelayanan, indikator dan nilai (benchmark) dengan Minimum Service Target mengacu pada Indonesia Sehat 2010 dan MDG's 2015.

## **BAB IV PENUTUP**

---

Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan pada hakekatnya merupakan pelayanan kesehatan yang selama ini telah dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota. Namun demikian mengingat kondisi masing-masing Daerah yang terkait dengan ketersediaan Sumber Daya yang tidak merata, maka diperlukan pentahapan pelaksanaannya dalam mencapai Minimum Service Target 2010 dan 2015 oleh masing-masing Daerah sesuai dengan kondisi/perkembangan kapasitas daerah.

Mengingat SPM sebagai hak konstitusional setiap warga negara, maka seyogyanya SPM menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran Daerah.

Dengan disusunnya Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota, diharapkan dapat menjadi acuan bagi petugas kesehatan dan unsur terkait dalam penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal di bidang kesehatan di Kabupaten/Kota.



**DEFINISI OPERASIONAL  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN/KOTA**

---

---

**I. PELAYANAN KESEHATAN DASAR**

**1. Cakupan kunjungan Ibu Hamil K- 4**

**a. Pengertian**

- 1) Ibu hamil K-4 adalah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit empat kali, dengan distribusi pemberian pelayanan yang dianjurkan adalah minimal satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua dan dua kali pada triwulan ketiga umur kehamilan.
- 2) Kunjungan ibu hamil sesuai standar adalah pelayanan yang mencakup minimal : (1) Timbang badan dan ukur tinggi badan, (2) Ukur tekanan darah, (3) Skrining status imunisasi tetanus (dan pemberian Tetanus Toksoid), (4) (ukur) tinggi fundus uteri, (5) Pemberian tablet besi (90 tablet selama kehamilan), (6) temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling), (7) Test laboratorium sederhana (Hb, Protein urin) dan atau berdasarkan indikasi (HbsAg, Sifilis, HIV, Malaria, TBC).
- 3) Jumlah sasaran Ibu Hamil dihitung melalui estimasi dengan rumus :  $1,10 \times \text{Crude Birth Rate} \times \text{Jumlah Penduduk (pada tahun yang sama)}$ . Angka CBR dan jumlah penduduk Kab/Kota didapat dari data BPS masing – masing Kab/Kota/Provinsi pada kurun waktu tertentu. 1,1 adalah konstanta untuk menghitung Ibu hamil.
- 4) Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam melindungi ibu hamil sehingga kesehatan janin terjamin melalui penyediaan pelayanan antenatal.

**b. Definisi Operasional**

Cakupan kunjungan ibu hamil K-4 adalah cakupan Ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit 4 kali di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

**1) Rumus**

$$\text{Cakupan kunjungan ibu hamil K4} = \frac{\text{Jml Ibu Hamil yg memperoleh pelayanan antenatal K4 di satu wil. kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil di satu wil. kerja dalam kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

**2) Pembilang**

Jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai standar minimal 4 kali di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

**3) Penyebut**

Jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama.

**4) Ukuran/Konstanta**

Persentase (%)

**5) Contoh Perhitungan**

Jumlah Penduduk 500.000, Angka Kelahiran Kasar (CBR) 2,3 %. Hasil pelayanan antenatal K4 = 12.000 Bumil Januari - Desember tahun 2003, Maka: Persentase cakupan K4 adalah =

$$\frac{\text{Jml kunjungan ibu hamil K4}}{\text{Jml sasaran ibu hamil dalam satu tahun}} \times 100\%$$

$$\frac{12.000}{1,1 \times 2,3\% \times 500.000} \times 100 \% = 94,86 \%$$

**d. Sumber Data**

- 1) SIMPUS (LB 3) dan SIRS termasuk pelayanan yang dilakukan oleh swasta.
- 2) Kohort ibu,
- 3) Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) – KIA

**e. Rujukan**

- 1) Buku Pedoman Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) tahun 2008.
- 2) Buku Pegangan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal tahun 2002;
- 3) Standar Pelayanan Kebidanan (SPK) tahun 2003;
- 4) Pedoman pelayanan kebidanan dasar berbasis HAM dan keadilan gender tahun 2004;
- 5) Pedoman pemberian Tablet besi – Folat dan Sirup Besi bagi petugas Depkes tahun 1999;
- 6) Booklet anemia Gizi dan tablet tambah darah untuk WUS;
- 7) Buku KIA tahun 2006;
- 8) Pedoman pelayanan IMS/ISR pada pelayanan Kespro terpadu tahun 2006;
- 9) Pedoman PMTCT tahun 2006;
- 10) Pedoman pencegahan dan penanganan Malaria pada ibu hamil tahun 2006;
- 11) Buku panduan praktis pelayanan kontrasepsi.

**f. Target**

Target 2015: 95 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Pengadaan buku KIA (dengan stiker P4K);
- 2) Pendataan Bumil;
- 3) Pelayanan Antenatal sesuai standar;
- 4) Kunjungan rumah bagi yang Drop Out;
- 5) Pembuatan kantong persalinan;
- 6) Pelatihan KIP/konseling;
- 7) Pencatatan dan Pelaporan;
- 8) Supervisi, Monitoring dan Evaluasi (PWS – KIA, Analisis Manajemen Prog. KIA tahun 2000).

**h. SDM**

- 1) Dokter
- 2) Bidan
- 3) Perawat

## 2. Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani

### a. Pengertian

- 1) Komplikasi yang dimaksud adalah kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas yang dapat mengancam jiwa ibu dan/atau bayi;
- 2) Komplikasi dalam kehamilan : a) Abortus, b) Hiperemesis Gravidarum, c) perdarahan per vaginam, d) Hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia, eklampsia), e) kehamilan lewat waktu, f) ketuban pecah dini.  
Komplikasi dalam persalinan : a) Kelainan letak/presentasi janin, b) Partus macet/ distosia, c) Hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia, eklampsia), d) perdarahan pasca persalinan, e) Infeksi berat/ sepsis, f) kontraksi dini/persalinan prematur, g) kehamilan ganda.  
Komplikasi dalam Nifas : a) Hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia, eklampsia), b) Infeksi nifas, c) perdarahan nifas.
- 3) Ibu hamil, ibu bersalin dan nifas dengan komplikasi yang ditangani adalah ibu hamil, bersalin dan nifas dengan komplikasi yang mendapatkan pelayanan sesuai standar pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan (Polindes, Puskesmas, Puskesmas PONED, Rumah bersalin, RSIA/RSB, RSU, RSU PONEK);
- 4) PONED : Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar, meliputi kemampuan untuk menangani dan merujuk : a) Hipertensi dalam kehamilan (Preeklampsia, Eklampsia), b) Tindakan Pertolongan Distosia Bahu dan Ekstraksi Vakum pada Pertolongan Persalinan, c) Perdarahan post partum, d) Infeksi nifas, e) BBLR dan Hipotermi, Hipoglikemia, Ikterus, Hiperbilirubinemia, masalah pemberian minum pada bayi, f) Asfiksia pada bayi, g) Gangguan nafas pada bayi, h) Kejang pada bayi baru lahir, i) Infeksi neonatal, j) Persiapan umum sebelum tindakan kedaruratan Obstetri – Neonatal antara lain Kewaspadaan Universal Standar.
- 5) Puskesmas PONED adalah Puskesmas Rawat Inap yang memiliki kemampuan serta fasilitas PONED siap 24 jam untuk memberikan pelayanan terhadap ibu hamil, bersalin dan nifas dan bayi baru lahir dengan komplikasi baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/ masyarakat, bidan di desa, Puskesmas dan melakukan rujukan ke RS PONEK pada kasus yang tidak mampu ditangani.
- 6) PONEK adalah Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif di Rumah Sakit, meliputi kemampuan untuk melakukan tindakan a) seksio sesaria, b) Histerektomi, c) Reparasi Ruptura Uteri, Cedera Kandung/saluran Kemih, d) Perawatan Intensif Ibu dan Neonatal, e) Transfusi Darah.
- 7) RS PONEK 24 Jam adalah RS yang memiliki kemampuan serta fasilitas PONEK siap 24 jam untuk memberikan pelayanan terhadap ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir dengan komplikasi baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, bidan di desa, Puskesmas dan Puskesmas PONED.
- 8) Penanganan definitif adalah penanganan/pemberian tindakan terakhir untuk menyelesaikan permasalahan setiap kasus komplikasi kebidanan.
- 9) Perhitungan jumlah Ibu dengan komplikasi kebidanan di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama : dihitung berdasarkan angka estimasi 20% dari Total Ibu Hamil disatu wilayah pada kurun waktu yang sama.
- 10) Total sasaran Ibu Hamil dihitung melalui estimasi dengan rumus :  $1,10 \times \text{Crude Birth Rate} \times \text{Jumlah Penduduk (pada tahun yang sama)}$ . Angka CBR dan jumlah penduduk Kab/Kota didapat dari data BPS masing – masing Kab/Kota/Provinsi pada kurun waktu tertentu. 1,1 adalah konstanta untuk menghitung Ibu hamil.
- 11) Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional kepada ibu (hamil, bersalin, nifas) dengan komplikasi.

**b. Definisi Operasional**

Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani adalah ibu dengan komplikasi kebidanan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang mendapat penanganan definitif sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan terlatih pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan (Polindes, Puskesmas, Puskesmas PONED, Rumah Bersalin, RSIA/RSB, RSUD, RSUD PONEK).

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

**1) Rumus**

$$\text{Cakupan komplikasi kebidanan yg ditangani} = \frac{\text{Jumlah Komplikasi kebidanan yang mendapat penanganan definitif disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jml Ibu dengan komplikasi kebidanan di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

**2) Pembilang**

Jumlah komplikasi kebidanan di satu wilayah tertentu yang mendapat penanganan definitif pada kurun waktu tertentu.

**3) Penyebut**

Jumlah ibu dengan komplikasi kebidanan di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

**4) Ukuran/Konstanta**

Persentase (%)

**5) Contoh Perhitungan**

Jumlah Penduduk 500.000, Angka Kelahiran Kasar (CBR) 2,3%. Hasil cakupan komplikasi kebidanan = 2250 bayi periode Januari - Desember tahun 2003, maka: Persentase cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani adalah :

$$\frac{2250}{20\% \times 1,1 \times 2,3 \% \times 500.000} \times 100 \% = 88,93 \%$$

**d. Sumber Data**

- 1) SIMPUS dan SIRS termasuk pelayanan yang dilakukan oleh swasta.
- 2) Laporan Audit Maternal dan Perinatal (AMP).

**e. Rujukan**

- 1) Buku acuan pelatihan PONED tahun 2007;
- 2) Buku KIA tahun 2006;
- 3) Buku Pegangan Praktis Pelayanan Kesehatan maternal dan Neonatal tahun 2002;
- 4) Acuan Asuhan Persalinan Normal/APN tahun 2007;
- 5) Standar Pelayanan Kebidanan (th. 2003);
- 6) Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat (PWS-KIA) tahun 2004;
- 7) Pedoman Pengembangan PONED tahun 2004;
- 8) Pedoman Teknis Audit Maternal-Perinatal di tingkat Kab/kota tahun 2007;
- 9) Buku Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar berbasis HAM dan Keadilan Gender tahun 2004;
- 10) Buku Pedoman Manajemen PONEK 24 jam di Kab/Kota tahun 2006;
- 11) Pedoman sistem rujukan maternal dan neonatal di RS Kab/Kota tahun 2006;
- 12) Buku pedoman penyelenggaraan RS;

- 13) Buku pedoman penyelenggaraan RS PONEK 24 jam;
- 14) Buku Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

**f. Target**

Target 2015: 80 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Deteksi Bumil, Bulin, dan Bufas Komplikasi
- 2) Rujukan kasus komplikasi kebidanan
- 3) Pelayanan penanganan komplikasi kebidanan
- 4) Penyediaan pusat pelatihan Klinis
- 5) Pelatihan PONEK bagi Bidan Desa dan Tim Puskesmas
- 6) Pelatihan Tim PONEK di RS Kabupaten/Kota
- 7) Penyediaan peralatan PONEK di Puskesmas dan PONEK di RS Kabupaten/Kota
- 8) Penyediaan Bank Darah Rumah Sakit (BDRS)
- 9) Pelaksanaan PONEK dan PONEK
- 10) Pencatatan dan Pelaporan
- 11) Pemantauan & Evaluasi

**h. SDM**

- 1) Tim PONEK RS (1 Dr.SpOG, 1 Dr.SpA, 1 Dr. umum, 3 bidan, dan 2 perawat)
- 2) Tim PONEK Puskesmas (1 dokter, 1 bidan, 1 Perawat)
- 3) Bidan di Desa

**3. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan.**

**a. Pengertian**

- 1) Pertolongan persalinan adalah proses pelayanan persalinan dimulai pada kala I sampai dengan kala IV persalinan.
- 2) Tenaga Kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan adalah tenaga kesehatan yang memiliki kemampuan klinis kebidanan sesuai standar.
- 3) Jumlah seluruh Ibu Bersalin dihitung melalui estimasi dengan rumus : **1,05 x Crude Birth Rate x Jumlah Penduduk**. Angka **CBR** dan jumlah penduduk Kab/Kota didapat dari data BPS masing – masing Kab/Kota/Provinsi pada kurun waktu tertentu. 1,05 adalah konstanta untuk menghitung Ibu bersalin
- 4) Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan persalinan yang profesional.

**b. Definisi Operasional**

Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan adalah Ibu bersalin yang mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

**1) Rumus**

$$\begin{array}{l} \text{Cakupan pertolongan} \\ \text{persalinan oleh} \\ \text{tenaga kesehatan} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Jumlah ibu bersalin yg ditolong oleh tenaga} \\ \text{kesehatan di satu wilayah kerja pada kurun} \\ \text{waktu tertentu} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Jumlah seluruh sasaran ibu bersalin di satu} \\ \text{wilayah kerja dalam kurun waktu yg sama} \end{array}} \times 100\%$$

**2) Pembilang**

Jumlah ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga kesehatan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

**3) Penyebut**

Jumlah seluruh sasaran ibu bersalin di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama.

**4) Ukuran/Konstanta**

Persentase (%)

**5) Contoh Perhitungan**

Jumlah Penduduk 500.000, Angka Kelahiran Kasar (CBR) 2,3 %.

jumlah ibu bersalin ditolong oleh Nakes Januari- Desember tahun 2003, = 10.500

Maka : Persentase cakupan Pn adalah =

$\frac{\text{Jml persalinan oleh tenaga kesehatan}}{\text{Jml seluruh sasaran persalinan dalam satu tahun}} \times 100 \%$

$\frac{10.500}{1,05 \times 2,3\% \times 500.000} \times 100 \%$

$\frac{10.500}{1,05 \times 2,3\% \times 500.000} \times 100 \%$

$\frac{10.500}{1,05 \times 2,3\% \times 500.000} \times 100 \%$

**d. Sumber Data**

SIMPUS dan SIRS termasuk pelayanan yang dilakukan oleh swasta

**e. Rujukan**

- 1) Buku Pegangan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal tahun 2002;
- 2) Acuan Asuhan Persalinan Normal/APN tahun 2007
- 3) Standar Pelayanan Kebidanan (SPK) tahun 2003
- 4) Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar berbasis HAM dan Keadilan Gender tahun 2004
- 5) PWS – KIA tahun 2004

**f. Target**

Target 2015: 90 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Kemitraan Bidan – Dukun
- 2) Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)
- 3) Pelayanan persalinan
- 4) Penyediaan/Pengantian Peralatan Persalinan (Bidan KIT)
- 5) Pelatihan + Magang (APN)
- 6) Supervisi, Monitoring, dan Evaluasi (PWS-KIA dan Analisis Manajemen Program KIA)

**h. SDM**

- 1) Dr. SpOG
- 2) Dokter Umum
- 3) Bidan

#### 4. Cakupan Pelayanan Nifas

##### a. Pengertian

- 1) Nifas adalah periode mulai 6 jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan.
- 2) Pelayanan nifas sesuai standar adalah pelayanan kepada ibu nifas sedikitnya 3 kali, pada 6 jam pasca persalinan s.d 3 hari; pada minggu ke II, dan pada minggu ke VI termasuk pemberian Vitamin A 2 kali serta persiapan dan/atau pemasangan KB Pasca Persalinan.
- 3) Jumlah seluruh Ibu Nifas di hitung melalui estimasi dengan rumus: **1,05 x Crude Birth Rate (CBR) x Jumlah Penduduk**. Angka CBR dan jumlah penduduk Kab/Kota didapat dari data BPS masing – masing Kab/Kota/Provinsi pada kurun waktu tertentu. 1,05 adalah konstanta untuk menghitung Ibu Nifas
- 4) Dalam pelaksanaan pelayanan nifas dilakukan juga pelayanan neonatus sesuai standar sedikitnya 3 kali, pada 6-24 jam setelah lahir, pada 3-7 hari dan pada -28 hari setelah lahir yang dilakukan difasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah.
- 5) Pelayanan kesehatan neonatal adalah pelayanan kesehatan neonatal dasar (ASI eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, pemberian vitamin K1 injeksi bila tidak diberikan pada saat lahir, pemberian imunisasi hepatitis B1 (bila tidak diberikan pada saat lahir), manajemen terpadu bayi muda.
- 6) Neonatus adalah bayi berumur 0-28 hari.
- 7) Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan nifas yang professional.

##### b. Definisi Operasional

Cakupan pelayanan nifas adalah pelayanan kepada ibu dan neonatal pada masa 6 jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan sesuai standar.

##### c. Cara Perhitungan/Rumus

###### 1) Rumus

$$\text{Cakupan Pelayanan Nifas} = \frac{\text{Jumlah ibu nifas yg telah memperoleh 3 kali pelayanan nifas sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Seluruh Ibu nifas di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yg sama}} \times 100\%$$

###### 2) Pembilang

Jumlah ibu nifas yang telah memperoleh 3 kali pelayanan nifas sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

###### 3) Penyebut

Jumlah seluruh ibu nifas di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama.

###### 4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

###### 5) Contoh Perhitungan

Jumlah Penduduk 500.000, Angka Kelahiran Kasar (CBR) 2,3 %. Hasil pelayanan nifas = 10.000 Januari - Desember tahun 2003, Maka :

Persentase cakupan pelayanan nifas adalah

Jml ibu nifas yg telah memperoleh 3 kali pelayanan nifas sesuai

Standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu x 100% =

Seluruh Ibu nifas di satu wilayah pada kurun waktu tertentu



$$\frac{10.000}{1,05 \times 2,3\% \times 500.000} \times 100 \% = 82,82\%$$

**d. Sumber Data**

- 1) SIMPUS dan SIRS termasuk pelayanan yang dilakukan oleh swasta.
- 2) Kohort LB3 Ibu PWS-KIA

**e. Rujukan**

- 1) Buku Pedoman Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) tahun 2008
- 2) Buku Pegangan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal
- 3) Standar Pelayanan Kebidanan (SPK) tahun 2003;
- 4) Pelayanan Kebidanan Dasar berbasis HAM dan Keadilan Gender
- 5) PWS – KIA tahun 2004
- 6) Buku Pedoman Pemberian Vit A pada Ibu Nifas tahun 2005

**f. Target**

Target 2015: 90 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Pelayanan Nifas sesuai standar (ibu dan neonatus)
- 2) Pelayanan KB pasca persalinan
- 3) Pelatihan/magang klinis kesehatan maternal dan neonatal.
- 4) Pelayanan rujukan nifas
- 5) Kunjungan Rumah bagi yang Drop Out
- 6) Pencatatan dan Pelaporan
- 7) Supervisi, Monitoring dan Evaluasi (PWS –KIA, Analisis Manajemen Prog. KIA)

**h. SDM**

- 1) Dokter
- 2) Bidan
- 3) Perawat

## 5. Cakupan Neonatus dengan komplikasi yang ditangani

### a. Pengertian

- 1) Neonatus adalah bayi berumur 0 – 28 hari.
- 2) Neonatus dengan komplikasi adalah neonatus dengan penyakit dan kelainan yang dapat menyebabkan kesakitan, kecacatan, dan kematian. Neonatus dengan komplikasi seperti asfiksia, ikterus, hipotermia, tetanus neonatorum, infeksi/sepsis, trauma lahir, BBLR (berat badan lahir rendah < 2500 gr ), sindroma gangguan pernafasan, kelainan kongenital.
- 3) Neonatus dengan komplikasi yang ditangani adalah neonatus komplikasi yang mendapat pelayanan oleh tenaga kesehatan yang terlatih, dokter, dan bidan di sarana pelayanan kesehatan.
- 4) Perhitungan sasaran neonatus dengan komplikasi : dihitung berdasarkan 15% dari jumlah bayi baru lahir. Jika tidak diketahui jumlah bayi baru lahir maka dapat dihitung dari Crude Birth Rate x jumlah penduduk. Angka CBR dan jumlah penduduk Kab/Kota didapat dari data BPS Kab/Kota/Provinsi.
- 5) Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional kepada neonatus dengan komplikasi.
- 6) Sarana Pelayanan Kesehatan adalah polindes, praktek bidan, puskesmas, puskesmas perawatan/PONED, rumah bersalin, dan rumah sakit pemerintah/swasta.
- 7) Penanganan definitif adalah pemberian tindakan akhir pada setiap kasus komplikasi neonatus.

### b. Definisi Operasional

Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani adalah neonatus dengan komplikasi disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang ditangani sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan terlatih di seluruh sarana pelayanan kesehatan.

### c. Cara Perhitungan/Rumus

#### 1) Rumus

$$\text{Cakupan Neonatus dgn komplikasi yg ditangani} = \frac{\text{Jumlah neonatus dgn komplikasi yg tertangani}}{\text{Jumlah seluruh neonatus dgn komplikasi yg ada}} \times 100\%$$

#### 2) Pembilang

Jumlah neonatus dengan komplikasi yang tertangani dari satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu di sarana pelayanan kesehatan.

#### 3) Penyebut

Neonatus dengan komplikasi yang ada dengan perkiraan 15 % bayi baru lahir dari satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama di sarana pelayanan kesehatan.

#### 4) Ukuran/Konstanta

Prosentase (%)

#### 5) Contoh Perhitungan

Jumlah seluruh neonatus di kec. A tahun 2003 = 300 neonatus

Jml perkiraan neonatus dgn komplikasi di kec. A adalah 15% x 300 = 45 neonatus.

Jml neonatus komplikasi yg memperoleh pelayanan kes. sesuai standar : 20 neonatus  
Cakupan neonatus yg tertangani =  $20 / 45 \times 100 \% = 44 \%$ .

**d. Sumber Data**

- 1) SIMPUS,
- 2) SIRS
- 3) Laporan pelaksanaan audit Maternal dan perinatal.

**e. Rujukan**

- 1) Modul Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), tahun 2006;
- 2) Modul Manajemen Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), tahun 2006;
- 3) Modul Manajemen Asfiksia Bayi Baru Lahir, tahun 2006;
- 4) Modul Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED), tahun 2006;
- 5) Modul Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK), tahun 2006;
- 6) Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), tahun 2006;
- 7) Pedoman pelaksanaan program imunisasi di Indonesia;
- 8) Pedoman Pelayanan Perinatal pada RSU Kelas C dan Kelas D;
- 9) Pedoman manajemen masalah bayi baru lahir untuk dokter, bidan dan perawat di rumah sakit, tahun 2004;
- 10) Pedoman Pemantauan Wilayah setempat (PWS-KIA), tahun 2004;
- 11) Pedoman pengembangan PONED, tahun 2004;
- 12) Pedoman teknis audit maternal-perinatal di tingkat Kab/Kota, tahun 2007;
- 13) Pedoman pelayanan kebidanan Dasar berbasis HAM dan Keadilan gender, tahun 2004;
- 14) Pedoman manajemen PONEK 24 jam di Kab/Kota, tahun 2006;
- 15) Pedoman sistem rujukan maternal dan neonatal di RS Kab/Kota, tahun 2006.

**f. Target**

Target 2010: 80%

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Deteksi Dini Bumil, Bulin, dan Bufras komplikasi.
- 2) Pelayanan kesehatan pasca persalinan untuk ibu dan neonatal sesuai standar
- 3) Penyediaan sarana, peralatan, laboratorium, obat esensial yg memadai, dan transport.
- 4) Pelatihan manajemen BBLR bagi bidan, manajemen Asfiksia bayi baru lahir, MTBS, PONED bagi Tim puskesmas, PONEK bagi Tim RSUD
- 5) Pelaksanaan PONED dan PONEK;
- 6) Pemantauan untuk asuhan tindak lanjut bagi neonatus yang dirujuk
- 7) Pencatatan dan pelaporan
- 8) Pemantauan pasca pelatihan dan evaluasi
- 9) Pelaksanaan dan Pemantapan Audit Maternal Perinatal (AMP);
- 10) Rujukan pasien, tenaga medis, dan spesimen.

**h. SDM**

- 1) Tim PONEK RS (1 Dr.SpOG, 1 Dr.SpA, 1 Dr. umum, 3 bidan, dan 2 perawat)
- 2) Tim PONED Puskesmas (1 dokter, 1 bidan, 1 Perawat)
- 3) Dokter Umum
- 4) Perawat
- 5) Bidan

## 6. Cakupan Kunjungan Bayi

### a. Pengertian

- 1) Bayi adalah anak berumur 29 hari – 11 bulan.
- 2) Cakupan kunjungan bayi adalah Cakupan kunjungan bayi umur 29 hari – 11 bulan di sarana pelayanan kesehatan (polindes, pustu, puskesmas, rumah bersalin dan rumah sakit) maupun di rumah, posyandu, tempat penitipan anak, panti asuhan dan sebagainya melalui kunjungan petugas.
- 3) Setiap bayi memperoleh pelayanan kesehatan minimal 4 kali yaitu satu kali pada umur 29 hari-3 bulan, 1 kali pada umur 3-6 bulan, 1 kali pada umur 6-9 bulan, dan 1 kali pada umur 9-11 bulan.
- 4) Pelayanan Kesehatan tersebut meliputi pemberian imunisasi dasar (BCG, DPT/ HB1-3, Polio 1-4, Campak), stimulasi deteksi intervensi dini tumbuh kembang (SDIDTK) bayi dan penyuluhan perawatan kesehatan bayi
- 5) Penyuluhan perawatan kesehatan bayi meliputi : konseling ASI eksklusif, pemberian makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan, perawatan dan tanda bahaya bayi sakit (sesuai MTBS), pemantauan pertumbuhan dan pemberian vitamin A kapsul biru pada usia 6 – 11 bulan.
- 6) Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam melindungi bayi sehingga kesehatannya terjamin melalui penyediaan pelayanan kesehatan.

### b. Definisi Operasional

Cakupan kunjungan bayi adalah cakupan bayi yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan standar oleh dokter, bidan, dan perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan, paling sedikit 4 kali disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

### c. Cara Perhitungan/Rumus

#### 1) Rumus

$$\text{Cakupan Kunjungan bayi} = \frac{\text{Jumlah bayi memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar disatu wilayah kerja pd kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh bayi lahir hidup disatu wilayah kerja dalam kurun waktu yg sama}} \times 100 \%$$

#### 2) Pembilang

Jumlah bayi yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan standar, paling sedikit 4 kali di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

#### 3) Penyebut

Seluruh bayi lahir hidup di satu wilayah kerja dalam kurun waktu sama.

Catatan :

Jika tidak ada data dapat digunakan angka estimasi jumlah bayi lahir hidup berdasarkan data BPS atau perhitungan CBR dikalikan jumlah penduduk.

#### 4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

#### 5) Contoh Perhitungan

Jumlah seluruh bayi lahir hidup di desa A tahun 2005 : 75 bayi.

Jml bayi memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar, 4 kali oleh bidan : 40 bayi.

Cakupan kunjungan bayi =  $40 / 75 \times 100 \% = 53,33 \%$ .

Jumlah penduduk Kabupaten B: 270.000 jiwa.

CBR: 2.3%

Rekapitulasi jumlah bayi yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan standar 4 kali, se kabupaten B: 5000 bayi

Estimasi jumlah bayi lahir hidup:  $2.3\% \times 270.000 = 6210$  bayi

Persentase cakupan kunjungan bayi  $5.000/6.210 \times 100 \% = 80,52 \%$ .

**d. Sumber Data**

SIMPUS (kohort bayi), SIRS dan klinik.

**e. Rujukan**

- 1) Modul manajemen terpadu balita sakit (MTBS).
- 2) Buku kesehatan ibu dan anak (KIA)
- 3) Pedoman pelaksanaan program imunisasi di Indonesia
- 4) Modul Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) Anak.
- 5) Pedoman pemantauan pertumbuhan balita.
- 6) Pedoman pemberian MP-ASI.
- 7) Pedoman pemberian Vitamin A.

**f. Target**

Target 2010: 90 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Peningkatan kompetensi klinis kesehatan bayi meliputi SDIDTK, stimulasi perkembangan bayi dan MTBS;
- 2) Pemantauan pasca pelatihan MTBS dan SDIDTK;
- 3) Pelayanan kesehatan bayi sesuai standar di fasilitas kesehatan;
- 4) Pelayanan rujukan;
- 5) Pembahasan audit kematian dan kesakitan bayi.
- 6) Pelayanan kunjungan rumah bagi yang tidak datang ke fasilitas kesehatan.

**h. SDM**

- 1) Dokter SpA
- 2) Dokter Umum
- 3) Bidan,
- 4) Perawat (terlatih),

## 7. Cakupan Desa/ Kelurahan Universal Child Immunization (UCI)

### a. Pengertian

- 1) Kelurahan adalah wilayah kerja lurah sebagai perangkat daerah kabupaten dan/atau daerah kota di bawah kecamatan. (UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah).
- 2) Desa adalah kesatuan masyarakat hukum yang memiliki kewenangan untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat berdasarkan asal usul dan adat istiadat setempat yang diakui dalam sistem pemerintahan nasional dan berada di bawah kabupaten.
- 3) UCI (Universal Child Immunization) adalah tercapainya imunisasi dasar secara lengkap pada bayi (0-11 bulan), Ibu hamil, WUS dan anak sekolah tingkat dasar.
- 4) Imunisasi dasar lengkap pada bayi meliputi: 1 dosis BCG, 3 dosis DPT, 4 dosis Polio, 4 dosis Hepatitis B, 1 dosis Campak. Ibu hamil dan WUS meliputi 2 dosis TT. Anak sekolah tingkat dasar meliputi 1 dosis DT, 1 dosis campak, dan 2 dosis TT.
- 5) Imunisasi rutin adalah kegiatan imunisasi yang secara rutin dan terus menerus harus dilaksanakan pada periode waktu yang telah ditetapkan, berdasarkan kelompok usia sasaran dan tempat pelayanan.
- 6) Imunisasi tambahan adalah kegiatan imunisasi yang tidak rutin dilaksanakan, hanya dilakukan atas dasar ditemukannya masalah dari hasil pemantauan atau evaluasi. Yang termasuk dalam kegiatan imunisasi tambahan meliputi: Backlog Fighting dan Crash program.
- 7) Imunisasi dalam penanganan KLB adalah kegiatan imunisasi yang disesuaikan dengan situasi epidemiologis penyakit.

### b. Definisi Operasional

Cakupan Desa/Kelurahan Universal Child Immunization (UCI) adalah Desa/Kelurahan dimana  $\geq 80\%$  dari jumlah bayi yang ada di desa tersebut sudah mendapat imunisasi dasar lengkap dalam waktu satu tahun.

### c. Cara Perhitungan/Rumus

#### 1) Rumus

$$\text{Desa /Kelurahan UCI} = \frac{\text{Jumlah desa / kelurahan UCI}}{\text{Seluruh desa / kelurahan}} \times 100 \%$$

#### 2) Pembilang

Jumlah Desa/Kelurahan UCI di satu wilayah kerja pada waktu tertentu.

#### 3) Penyebut

Seluruh Desa/Kelurahan di satu wilayah kerja dalam waktu yang sama.

#### 4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

#### 5) Contoh Perhitungan

Jumlah desa/kelurahan UCI di Kabupaten/Kota X sebanyak 75 desa.

Jumlah desa di Kabupaten/Kota X sebanyak 90 desa.

Persentase Desa/kelurahan UCI di wilayah Kabupaten/Kota X =  $75/90 \times 100\% = 83,3 \%$

**d. Sumber Data**

SIMPUS, SIRS dan Klinik

**e. Rujukan**

- 1) Pedoman operasional program imunisasi tahun 2004, IM. 16.
- 2) Kepmenkes No. 1611/MENKES/SK/XI/2005 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi.

**f. Target**

Target 2010: 100%

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Imunisasi Rutin
- 2) Imunisasi Tambahan (Backlog Fighting, Crash Program)
- 3) Imunisasi dalam Penanganan KLB (Outbreak Response)
- 4) Kegiatan Imunisasi tambahan untuk penyakit tertentu dalam wilayah yang luas dan waktu yang tertentu (PIN, Sub PIN, Catch Up Campaign Campak)

**h. SDM**

- 1) Dokter
- 2) Perawat
- 3) Bidan

## 8. Cakupan pelayanan anak balita

### a. Pengertian

- 1) Anak balita adalah anak berumur 12 - 59 bulan.
- 2) Setiap anak umur 12 - 59 bulan memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan setiap bulan, **minimal 8 x dalam setahun** yang tercatat di Kohort Anak Balita dan Pra Sekolah, Buku KIA/KMS, atau buku pencatatan dan pelaporan lainnya.
- 3) Pemantauan pertumbuhan adalah pengukuran berat badan tertinggi/panjang badan (BB/TB). Ditingkat masyarakat pemantauan pertumbuhan adalah pengukuran berat badan per umur (BB/U) setiap bulan di Posyandu, Taman Bermain, Pos PAUD, Taman Penitipan Anak dan Taman Kanak-Kanak, serta Raudatul Athfal dll.  
Bila berat badan tidak naik dalam 2 bulan berturut-turut atau berat badan anak balita di bawah garis merah harus dirujuk ke sarana pelayanan kesehatan untuk menentukan status gizinya dan upaya tindak lanjut.
- 4) Pemantauan perkembangan meliputi penilaian perkembangan gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian, pemeriksaan daya dengar, daya lihat. Jika ada keluhan atau kecurigaan terhadap anak, dilakukan pemeriksaan untuk gangguan mental emosional, autisme serta gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktifitas.  
Bila ditemukan penyimpangan atau gangguan perkembangan harus dilakukan rujukan kepada tenaga kesehatan yang lebih memiliki kompetensi.
- 5) Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan setiap anak usia 12-59 bulan dilaksanakan melalui pelayanan SDIDTK minimal 2 kali pertahun (setiap 6 bulan) dan tercatat pada Kohort Anak Balita dan Prasekolah atau pencatatan pelaporan lainnya. Pelayanan SDIDTK dilaksanakan oleh tenaga kesehatan, ahli gizi, penyuluh kesehatan masyarakat dan petugas sektor lain yang dalam menjalankan tugasnya melakukan stimulasi dan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang anak.
- 6) Suplementasi Vitamin A dosis tinggi (200.000 IU) diberikan pada anak umur 12-59 bulan 2 kali pertahun (bulan Februari dan Agustus).
- 7) Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam melindungi anak balita sehingga kesehatannya terjamin melalui penyediaan pelayanan kesehatan.

### b. Definisi Operasional

Cakupan pelayanan anak balita adalah anak balita (12 – 59 bulan) yang memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan.

### c. Cara Perhitungan/Rumus

#### 1) Rumus

$$\text{Cakupan pelayanan anak balita} = \frac{\text{Jml anak balita yg memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali disatu wilayah kerja pd waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh anak balita disatu wilayah kerja dalam waktu yg sama}} \times 100\%$$

#### 2) Pembilang

Jumlah anak balita (12 – 59 bulan) yang memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali di satu wilayah kerja pada waktu kurun tertentu.



**3) Penyebut**

Jumlah seluruh anak balita (12 – 59 bulan) di satu wilayah kerja dalam kurun waktu tertentu.

**4) Ukuran/Konstanta**

Persentase (%)

**5) Contoh Perhitungan**

Jumlah anak balita di Kabupaten A tahun 2003 adalah *6.000 orang*.

Jumlah anak balita yang memperoleh pelayanan kesehatan *3.000 orang*.

Persentase cakupan =  $3.000/6.000 \times 100 \% = 50 \%$

**d. Sumber Data**

- 1) Kohort balita
- 2) Laporan rutin SKDN
- 3) Buku KIA
- 4) KMS
- 5) Pencatatan pada Pos PAUD (Pemantauan Anak Usia Dini), Taman Bermain, Taman Penitipan Anak, Taman Kanak-kanak, Raudatul Athfal dll.

**e. Rujukan**

- 1) Buku Standar Pemantauan Pertumbuhan
- 2) Buku Pedoman pelaksanaan SDIDTK anak.
- 3) Buku KIA
- 4) Buku pedoman pemberian Vitamin A bagi petugas
- 5) Buku pedoman pendampingan keluarga

**f. Target**

Target 2010: 90%

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Pendataan sasaran anak usia 12 – 59 bulan;
- 2) Pemantauan pertumbuhan anak usia 12 – 59 bulan **minimal 8 x dalam setahun;**
- 3) Pemantauan perkembangan anak usia 12 – 59 bulan minimal tiap 6 bulan sekali;
- 4) Melakukan intervensi bila dijumpai gangguan pertumbuhan dan kelainan perkembangan
- 5) Melakukan rujukan bila tidak ada perbaikan setelah dilakukan intervensi
- 6) Penyediaan skrining Kit SDIDTK;
- 7) Pengadaan Vitamin A dosis tinggi (200.000 iu) sesuai sasaran;
- 8) Pengadaan formulir pendukung pencatatan pelaporan
- 9) Monitoring dan evaluasi;
- 10) Pelatihan

**h. SDM**

1. Dokter SpA
2. Dokter Umum
3. Bidan
4. Perawat

**9. Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin**

**a. Pengertian**

- 1) Anak usia 6-24 bulan keluarga miskin adalah bayi usia 6 – 11 bulan dan anak usia 6 – 24 bulan dari keluarga miskin (GAKIN).
- 2) Kriteria dan keluarga miskin ditetapkan oleh pemerintah setempat (Kab/Kota).
- 3) MP-ASI pabrikan berupa bubuk instan untuk bayi usia 6 – 11 bulan dan biskuit untuk anak usia 12 – 24 bulan.

**b. Definisi Operasional**

Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin adalah pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 – 24 Bulan dari keluarga miskin selama 90 hari.

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

**1) Rumus**

$$\text{Cakupan pemberian makanan pendamping ASI} = \frac{\text{Jumlah anak usia 6 – 24 bln keluarga miskin yg mendapat MP - ASI}}{\text{Jumlah seluruh anak usia 6 – 24 bln keluarga miskin}} \times 100 \%$$

**2) Pembilang**

Jumlah anak usia 6 – 24 bulan dari Gakin yang mendapat MP-ASI di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

**3) Penyebut**

Jumlah seluruh anak usia 6 – 24 bulan dari Gakin di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama.

**4) Ukuran/Konstanta**

Persentase (%).

**5) Contoh Perhitungan**

Jumlah anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin yg mendapat MP – ASI di Kab. A dalam kurun waktu 1 (satu) tahun : 5.000 anak

Jumlah seluruh anak usia 6 – 24 bln keluarga miskin di Kab. A : 5.500 anak.

$$\text{Persentase cakupan pemberian makanan pendamping ASI keluarga miskin} = \frac{5.000}{5.500} \times 100 \% = 91 \%$$

**d. Sumber Data**

Laporan khusus MP-ASI, R-1 gizi, LB3-SIMPUS.

**e. Rujukan**

Pedoman pengelolaan makanan pendamping air susu ibu (MP-ASI) untuk anak usia 6 – 24 bulan.

**f. Target**

Target 2010 : 100 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Pendataan sasaran;
- 2) Pelatihan pemberian makanan bagi anak / konseling menyusui
- 3) Pengadaan MP-ASI
- 4) Penyimpanan MP-ASI
- 5) Distribusi sampai ke sasaran
- 6) Pencatatan pelaporan
- 7) Monitoring dan evaluasi pelaksanaan pemberian MP-ASI.

**h. SDM**

Nutrisionis/Tenaga kesehatan terlatih gizi

## 10) Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan

### a. Pengertian

- 1) Balita adalah anak usia di bawah 5 tahun (anak usia 0 s/d 4 tahun 11 bulan) yang ada di kabupaten/Kota.
- 2) Gizi buruk adalah status gizi menurut badan badan (BB) dan tinggi badan (TB) dengan Z-score <-3 dan atau dengan tanda-tanda klinis (marasmus, kwashiorkor, dan marasmus-kwasiorkor).
- 3) Perawatan adalah perawatan sesuai tatalaksana gizi buruk.

### b. Definisi Operasional

Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan adalah balita gizi buruk yang ditangani di sarana pelayanan kesehatan sesuai tatalaksana gizi buruk di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

### c. Cara Perhitungan / Rumus

#### 1) Rumus

$$\text{Cakupan Balita gizi buruk} = \frac{\text{Jumlah balita gizi buruk mendapat perawatan di sarana pelayanan kesehatan disatu wilayah kerja pd kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh balita gizi buruk yg ditemukan di satu wilayah kerja pada kurun waktu yg sama}} \times 100 \%$$

#### 2) Pembilang

Jumlah balita gizi buruk mendapat perawatan di sarana pelayanan kesehatan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

#### 3) Penyebut

Jumlah seluruh balita gizi buruk yang ditemukan di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

#### 4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%).

#### 5) Contoh Perhitungan

Jumlah balita gizi buruk yg mendapat perawatan di sarkes di Kab. A dalam kurun waktu 1 (satu) tahun : 16 balita

Jumlah seluruh balita gizi buruk yg ditemukan di Kab. A : 20 balita.

$$\text{Persentase cakupan balita gizi buruk yg mendapat perawatan} = \frac{16}{20} \times 100 \% = 80 \%$$

### d. Sumber Data

R-1 /gizi, LB3-SIMPUS, SIRS, W-1 (laporan wabah KLB), laporan KLB gizi buruk Puskesmas, dan atau Rumah Sakit.

### e. Rujukan

- 1) Pedoman Tatalaksana KEP pada Anak di Rumah Sakit Kab/Kota, tahun 1998;
- 2) Pedoman Tatalaksana KEP pada Anak di Puskesmas dan Rumah Tangga, tahun 1998;
- 3) Buku Bagan Tatalaksana Anak Gizi Buruk, tahun 2007;
- 4) Petunjuk Teknis Tatalaksana Anak Gizi Buruk, tahun 2007;

- 5) Panduan Pelatihan Tatalaksana Anak Gizi Buruk, tahun 2007;
- 6) Pedoman dan pelayanan gizi rumah sakit, tahun 2007
- 7) Pedoman penyelenggaraan Pelatihan Tatalaksana Gizi Buruk bagi tenaga kesehatan, tahun 2007;
- 8) Modul Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

**f. Target**

Target 2010 : 100 %.

**g. Langkah Kegiatan**

1. Surveilans gizi termasuk penemuan kasus secara aktif
2. Respon cepat penanganan kasus gizi buruk
3. Pelatihan tatalaksana gizi buruk
4. Penyediaan mineral mix
5. Perawatan kasus gizi buruk di Rumah Sakit, TFC (Therapeutic Feeding Center)
6. Pendampingan kasus gizi buruk pasca rawat (Community Therapeutic Center)
7. Bintek dan supervisi berjenjang

**h. SDM**

Tim asuhan gizi (Dokter, Nutrisi, Bidan/Perawat)

## 11. Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat

### a. Pengertian

- 1) Penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat adalah pemeriksaan kesehatan umum, kesehatan gigi dan mulut siswa SD dan setingkat melalui penjangkaran kesehatan terhadap murid kelas 1 SD dan Madrasah Ibtidaiyah yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama guru, dokter kecil.
- 2) Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) adalah upaya terpadu lintas program dan lintas sektor dalam rangka meningkatkan kemampuan hidup sehat dan selanjutnya membentuk perilaku hidup sehat anak usia sekolah yang berada di sekolah.
- 3) Sekolah Dasar setingkat adalah Sekolah Dasar Negeri, Sekolah Dasar Swasta, Sekolah Dasar Luar Biasa, Madrasah Ibtidaiyah serta satuan pendidikan keagamaan termasuk Ponpes baik jalur pendidikan sekolah maupun luar sekolah;
- 4) Tenaga Kesehatan adalah tenaga medis, keperawatan atau petugas Puskesmas lainnya yang telah dilatih sebagai tenaga pelaksana UKS/UKGS;
- 5) Guru UKS/UKGS adalah guru kelas atau guru yang ditunjuk sebagai pembina UKS/UKGS di sekolah dan telah dilatih tentang UKS/UKGS;
- 6) Dokter kecil adalah kader kesehatan sekolah yang biasanya berasal dari murid kelas 4 dan 5 SD dan setingkat yang telah mendapatkan pelatihan dokter kecil;
- 7) Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program Usaha Kesehatan Anak Sekolah dalam melindungi anak sekolah sehingga kesehatannya terjamin melalui pelayanan kesehatan.

### b. Definisi Operasional

Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa SD dan setingkat adalah cakupan siswa SD dan setingkat yang diperiksa kesehatannya oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih (guru UKS/dokter kecil) melalui penjangkaran kesehatan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

### c. Cara Perhitungan/Rumus

#### 1) Rumus

$$\text{Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD \& setingkat} = \frac{\text{Jml murid SD dan setingkat yg diperiksa kesehatannya oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah murid SD dan setingkat disatu wilayah kerja dalam kurun waktu yg sama}} \times 100\%$$

#### 2) Pembilang

Jumlah murid kelas 1 SD dan setingkat yang diperiksa kesehatannya melalui penjangkaran kesehatan oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih (guru UKS/dokter kecil) disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

#### 3) Penyebut

Jumlah murid kelas 1 SD dan setingkat disatu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

#### 4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

**5) Contoh Perhitungan**

Jumlah murid SD dan setingkat di Kabupaten X pada tahun 2003 adalah *12.000 orang*.

Jumlah murid SD dan setingkat yang diperiksa kesehatannya melalui penjangkaran kesehatan *9.000 orang*

Persentase cakupan =  $\frac{9.000}{12.000} \times 100 \% = 75 \%$ .

**d. Sumber Data**

- 1) Catatan dan pelaporan hasil penjangkaran kesehatan (Laporan kegiatan UKS) (sumber data diperbaiki, data akan masuk ke puskesmas melalui tenaga kesehatan);
- 2) Data Diknas/BPS setempat;

**e. Rujukan**

- 1) Buku Pedoman UKS untuk Sekolah Dasar, tahun 2006;
- 2) Buku Pedoman Penjangkaran Kesehatan, tahun 2001;
- 3) Buku Pedoman UKGS murid Sekolah Dasar, tahun 2006

**f. Target**

Target 2010: 100%

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Pendataan
- 2) Pengadaan dan pemeliharaan UKS kit, UKGS kit
- 3) Pelatihan petugas, guru UKS/UKGS dan dokter kecil;
- 4) Penjangkaran kesehatan
- 5) Pelayanan kesehatan
- 6) Pencatatan dan pelaporan

**h. SDM**

- 1) Dokter Umum
- 2) Dokter Gigi
- 3) Perawat

## 12. Cakupan peserta KB aktif

### a. Pengertian

- 1) Peserta KB aktif adalah Pasangan Usia Subur yang salah satu pasangannya masih menggunakan alat kontrasepsi dan terlindungi oleh alat kontrasepsi tersebut.
- 2) Pasangan Usia Subur (PUS) adalah pasangan suami – Isteri, yang istrinya berusia 15 – 49 tahun.
- 3) Angka Cakupan Peserta KB aktif menunjukkan Tingkat pemanfaatan kontrasepsi di antara para Pasangan Usia Subur (PUS).

### b. Definisi Operasional

Cakupan peserta KB aktif adalah jumlah peserta KB aktif dibandingkan dengan jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

### c. Cara Perhitungan/Rumus

#### 1) Rumus

$$\text{Cakupan peserta KB aktif} = \frac{\text{Jumlah PUS yang menggunakan kontrasepsi di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{seluruh Pasangan Usia Subur di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama}} \times 100 \%$$

#### 2) Pembilang

Jumlah PUS yang menggunakan kontrasepsi di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

#### 3) Penyebut

Jumlah seluruh Pasangan Usia Subur di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama.

#### 4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

#### 5) Contoh Perhitungan

Jumlah PUS yang menggunakan kontrasepsi di Kabupaten A = 12.000 PUS

Jumlah PUS di Kabupaten A = 15.000 PUS

Persentase cakupan peserta aktif KB

$$= \frac{12.000}{15.000} \times 100 \% = 80 \%$$

### d. Sumber Data

SIMPUS, SIRS dan Formulir 2 KB

### e. Rujukan

- 1) Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi (BP3K), tahun 2007;
- 2) Panduan Baku Klinis Program Pelayanan KB;
- 3) Pedoman Penanggulangan Efek Samping/Komplikasi Kontrasepsi;
- 4) Pedoman Pelayanan Kontrasepsi Darurat, tahun 2004
- 5) Penyeliaan Fasilitatif Pelayanan KB, tahun 2007;
- 6) Instrumen Kajian Mandiri Pelayanan KB, tahun 2007;
- 7) Panduan Audit Medik Pelayanan KB, tahun 2004;



- 8) Analisis Situasi & Bimbingan Teknis Pengelolaan Pelayanan KB, tahun 2007;
- 9) Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu, tahun 2002.

**f. Target**

Target 2010: 70%

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Pendataan Sasaran PUS.
- 2) Konseling KB untuk PUS.
- 3) Pelayanan Kontrasepsi sesuai standar.
- 4) Pengadaan Alat dan Obat Kontrasepsi (Alokon)
- 5) Pelatihan Klinis Pelayanan Kontrasepsi Terkini/Contraceptive Technical Update
- 6) Pelatihan Peningkatan Kinerja Pelayanan KB
- 7) Pelatihan Penggunaan Alat Bantu Pengambilan Keputusan (ABPK) Ber-KB
- 8) Penguatan Sistem informasi pelayanan KB
- 9) Supervisi, Monitoring dan Evaluasi

**h. SDM;**

- 1) Dokter
- 2) Bidan
- 3) Perawat

### 13 CAKUPAN PENEMUAN DAN PENANGANAN PENDERITA PENYAKIT

#### a. Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk < 15 tahun

##### 1) Pengertian

- a) Kasus AFP adalah semua anak berusia kurang dari 15 tahun dengan kelumpuhan yang sifatnya flacid (layuh) terjadi secara akut (mendadak) dan bukan disebabkan oleh rudapaksa.
- b) Kasus AFP non polio adalah kasus AFP yang pada pemeriksaan spesimennya tidak ditemukan virus polio liar atau kasus AFP yang ditetapkan oleh tim ahli sebagai kasus AFP non polio dengan kriteria tertentu.

##### 2) Definisi Operasional

Jumlah kasus AFP Non Polio yang ditemukan diantara 100.000 penduduk < 15 tahun pertahun di satu wilayah kerja tertentu.

##### 3) Cara Perhitungan Rumus

###### a) Rumus

$$\begin{array}{l} \text{Non Polio} \\ \text{AFP rate per} \\ 100.000 \\ \text{penduduk} \end{array} = \frac{\text{Jumlah kasus AFP non Polio yang dilaporkan}}{\text{Jumlah Penduduk < 15 tahun}} \times 100.000$$

###### b) Pembilang

Jumlah kasus AFP non Polio pada penduduk <15 tahun di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu

###### c) Penyebut

Jumlah Penduduk <15 tahun di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama.

###### d) Ukuran Konstanta

Proporsi per 100.000 penduduk

###### e) Contoh perhitungan :

Jumlah penduduk <15 th di Kabupaten A th 2005 sebanyak 598.000 jiwa, berarti target yang harus dicapai dalam 1 tahun adalah 11 kasus. Selama th 2005 telah ditemukan 18 kasus AFP dan hasil labnya tidak ditemukan virus polio, maka angka AFP Non Polio ratenya sebesar :  
 $18/598.000 \times 100.000 = 3,01$  (berarti target tercapai)

##### 4) Sumber Data

- a) Form Pelacakan FP.1.
- b) Laporan W2

##### 5) Rujukan

- a) Kepmenkes 483/MENKES/SK/IV/2007 tentang Pedoman Surveilans Akut Flacid Paralysis;
- b) Modul Pelatihan.

##### 6) Target :

Target tiap tahun:  $\geq 2/100.000$  penduduk dibawah 15 tahun

**7) Langkah Kegiatan**

- a) Sosialisasi
- b) Pencarian kasus
- c) Pengambilan spesimen

**8) SDM**

- a) Dokter spesialis
- b) Dokter Umum
- c) Epidemiolog kesehatan
- d) Perawat
- e) Pranata laboratorium kesehatan

**b. Penemuan Penderita Pneumonia Balita**

**1. Pengertian**

- a) Pneumonia adalah infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli) yang ditandai dengan batuk disertai napas cepat dan/atau kesukaran bernafas.
- b) Klasifikasi penyakit ISPA  
Dalam penentuan klasifikasi penyakit dibedakan atas dua kelompok yaitu kelompok untuk umur 2 bulan - < 5 tahun dan kelompok umur < 2 bulan
  - Untuk kelompok umur 2 bulan - < 5 tahun klasifikasi dibagi atas Pneumonia Berat, Pneumonia, dan batuk bukan Pneumonia
  - Untuk kelompok umur < 2 bulan klasifikasi dibagi atas: Pneumonia berat dan batuk bukan Pneumonia. Dalam pendekatan manajemen terpadu balita sakit (MTBS) klasifikasi pada kelompok umur < 2 bulan adalah infeksi bakteri sistemik dan infeksi bakteri lokal
  - Klasifikasi Pneumonia berat didasarkan pada adanya batuk dan/atau kesukaran bernafas disertai tarikan dinding dada bagian bawah kedalam (TDDK) pada anak usia 2 bulan - < 5 tahun. Untuk kelompok umur < 2 bulan klasifikasi Pneumonia berat ditandai dengan TDDK kuat atau adanya napas cepat lebih atau sama dengan 60 x per menit.
  - Klasifikasi Pneumonia didasarkan pada adanya batuk dan/atau kesukaran bernafas disertai adanya napas cepat. Batas napas cepat pada anak usia 2 bulan - < 1 tahun adalah 50 kali permenit dan 40 kali permenit untuk anak usia 1 - < 5 tahun
  - Klasifikasi batuk bukan Pneumonia mencakup kelompok penderita Balita dengan batuk yang tidak menunjukkan gejala peningkatan frekuensi nafas dan tidak menunjukkan adanya tarikan dinding dada bagian bawah kedalam. Dengan demikian klasifikasi batuk bukan Pneumonia mencakup penyakit-penyakit ISPA lain diluar Pneumonia seperti batuk pilek (*common cold, pharyngitis, tonsillitis, otitis*)
  - Diberikan tatalaksana adalah diberikan pelayanan sesuai klasifikasinya, untuk Pneumonia diberikan antibiotika dan Pneumonia berat dirujuk ke Sarana Kesehatan yang lebih memadai;
  - Sarana Kesehatan adalah semua sarana pelayanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta.
  - Jumlah perkiraan penderita pneumonia balita adalah 10% dari jumlah balita disatu wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun.

**2. Definisi Operasional**

Persentase balita dengan Pneumonia yang ditemukan dan diberikan tatalaksana sesuai standar di Sarana Kesehatan di satu wilayah dalam waktu satu tahun.

### 3. Cara Perhitungan/Rumus

#### a) Rumus

$$\text{Cakupan balita dengan Pneumonia yang ditangani} = \frac{\text{Jumlah penderita pneumonia balita yang ditangani disatu wilayah kerja pd kurun waktu satu tahun}}{\text{Jumlah perkiraan penderita Pneumonia balita di satu Wilayah kerja pada kurun waktu yg sama.}} \times 100 \%$$

#### b) Pembilang

Jumlah penderita Pneumonia Balita yang yang ditangani di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun.

#### c) Penyebut

Jumlah perkiraan penderita Pneumonia Balita di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

#### d) Ukuran Konstanta

Persentase (%)

#### e) Contoh Perhitungan

Jumlah penduduk di wilayah Puskesmas X sebesar 30.000 jiwa, jumlah balita di puskesmas X adalah 3000 balita. Perkiraan jumlah penderita pneumonia balita tahun 2004 di puskesmas X adalah 10% dari jumlah balita, maka :  
jumlah perkiraan penderita pneumonia balita =  $10\% \times 3.000 \text{ balita} = 300 \text{ balita}$ .

Jumlah penderita pneumonia yang ditangani di Puskesmas X tahun 2004 adalah 250 balita. Cakupan balita dengan pneumonia balita yang ditangani =  $250/300 \times 100 \% = 83 \%$

### 4. Sumber Data

- Kartu Penderita/Register Harian, dan laporan bulanan Puskesmas/Medical Record RS
- Kartu Penderita/Register Pasien Fasilitas Swasta/Medical Record Rumah Sakit swasta

### 5. Rujukan

- KEPMENKES RI No. 1537A/MENKES/SK/XII/2002 tentang Pedoman Pemberantasan Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut untuk Penanggulangan Pneumonia Pada Balita
- Buku Tatalaksana Pneumonia Balita
- Pedoman MTBS

### 6. Target

Tahun 2010 : 100%

### 7. Langkah Kegiatan

- Pelayanan penderita
  - Deteksi dini penderita pneumonia balita sesuai klasifikasi
  - Pengobatan

- Fasilitas penderita pneumonia berat yang memerlukan rujukan
- Pembinaan *care seeking*
- b) Penyediaan alat (**Peralatan ISPA**)
- c) Pelatihan petugas
  - 1) Pelatihan Peningkatan Manajemen Program ISPA
  - 2) Pelatihan MTBS
  - 3) Pelatihan Autopsi Verbal Balita
  - 4) Pelatihan tata laksana pneumonia Balita
- d) Penyuluhan ke masyarakat
- e) Jejaring kerja dan Kemitraan
- f) Pengumpulan, pengolahan, dan analisa data
- g) Monitoring/Supervisi ke Sarana Kesehatan
- h) Pertemuan Evaluasi
- i) Pencatatan dan pelaporan

## 8. SDM

- a) Dokter SpA
- b) Dokter Umum
- c) Bidan
- d) Perawat

### c. Penemuan pasien baru TB BTA Positif

#### 1) Pengertian

- a) Penemuan pasien baru TB BTA Positif adalah penemuan pasien TB melalui pemeriksaan dahak sewaktu pagi dan sewaktu (SPS) dan diobati di unit pelayanan kesehatan dalam suatu wilayah kerja pada waktu tertentu.
- b) Pasien baru adalah pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (30 dosis) harian.
- c) Diobati adalah pemberian pengobatan pada pasien baru TB BTA positif dengan OAT selama 6 bulan.

#### 2) Definisi Operasional

Angka penemuan pasien baru TB BTA positif atau *Case Detection Rate* (CDR) adalah persentase jumlah penderita baru TB BTA positif yang ditemukan dibandingkan dengan jumlah perkiraan kasus baru TB BTA positif dalam wilayah tertentu dalam waktu satu tahun.

#### 3) Cara Perhitungan/Rumus

##### a). Rumus :

$$\begin{array}{l} \text{presentase penemuan} \\ \text{pasien baru TB BTA} \\ \text{positif} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Jumlah pasien baru TB BTA positif yang} \\ \text{ditemukan dan diobati dalam satu wilayah} \\ \text{selama satu tahun} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Jumlah perkiraan pasien baru TB BTA} \\ \text{positif dalam satu wilayah dalam waktu} \\ \text{satu tahun} \end{array}} \times 100 \%$$

##### b) Pembilang:

Jumlah pasien baru TB BTA Positif yang ditemukan dan diobati dalam satu wilayah selama satu tahun.

**c) Penyebut :**

Jumlah perkiraan pasien baru TB BTA (+) dalam satu wilayah pada waktu satu tahun.

Perkiraan pasien baru TB BTA positif adalah Insiden Rate TB baru BTA positif per 100.000 x jumlah penduduk pada suatu wilayah tertentu. Insiden rate kabupaten/kota mempergunakan hasil survey nasional tentang prevalensi TB pada tahun terakhir.

**d) Ukuran/Konstanta:**

Prosentase (%)

**e) Contoh perhitungan**

Perkiraan Jumlah penduduk di Puskesmas A 30.000 jiwa, Insiden pada wilayah tersebut 107 per 100.000 x 30.000 = 32 jiwa. Penemuan penderita baru TB BTA (+) di Puskesmas A dalam setahun adalah 25 jiwa (maka penderita baru TB BTA (+) yang ditemukan sama dengan  $25/32 \times 100\% = 78\%$ )

**4) Sumber Data**

Pelaporan TB : TB 07, 08, dan 11

**5) Rujukan**

Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis

**6) Target**

Tahun 2010 : 100%

**7) Langkah Kegiatan**

- a) Tatalaksana pasien TB baru
  - penemuan penderita TB baru
  - pengobatan penderita TB baru
- b) Pemeriksaan sputum
- c) Pelatihan
- d) Penyuluhan
- e) Pencatatan pelaporan
- f) Monitoring dan Evaluasi

**8) SDM**

- a) Dokter Spesialis (Anak, Paru, Kebidanan, Penyakit Dalam)
- b) Dokter Umum
- c) Perawat
- d) Bidan
- e) Epidemiolog
- f) Pranata Labkes
- g) Radiografer

**d. Penderita DBD yang ditangani**

**1. Pengertian**

a) Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang ditandai dengan:

- Panas mendadak berlangsung terus-menerus selama 2-7 hari tanpa sebab yang jelas
- Tanda-tanda perdarahan (sekurang-kurangnya uji Torniquet positif)

- Disertai/tanpa pembesaran hati (hepatomegali)
  - Trombositopenia (Trombosit  $\leq 100.000/\mu\text{l}$ )
  - Peningkatan hematokrit  $\geq 20\%$
- b) Penderita DBD yang ditangani sesuai standar/SOP adalah :
- Penderita DBD yang didiagnosis dan diobati/dirawat sesuai standar.
  - Ditindaklanjuti dengan penanggulangan fokus (PF).
    - Penanggulangan fokus (PF) terdiri dari Penyelidikan Epidemiologi (PE) dan Penanggulangan Seperlunya berdasarkan hasil PE tersebut.
    - Penyelidikan epidemiologi (PE) adalah kegiatan pencarian penderita DBD atau tersangka DBD lainnya dan pemeriksaan jentik nyamuk penular DBD disekitar tempat tinggal penderita termasuk tempat-tempat umum dalam radius sekurang-kurangnya 100 m.
    - Penanggulangan seperlunya yaitu: (*lihat rujukan*)
    - Diagnosis penderita DBD sesuai standar adalah: (*lihat rujukan*)
    - Pengobatan/perawatan penderita DBD sesuai standar adalah: (*lihat rujukan*)
- c) Penderita DBD adalah:  
Penderita penyakit yang memenuhi sekurang-kurangnya 2 kriteria klinis dan 2 kriteria laboratorium di bawah ini:  
Kriteria klinis:
- Panas mendadak 2-7 hari tanpa sebab yang jelas
  - Tanda-tanda perdarahan (sekurang-kurangnya uji Torniquet positif)
  - Pembesaran hati
  - Syok
- Kriteria laboratorium:
- Trombositopenia (Trombosit  $\leq 100.000/\mu\text{l}$  )
  - Hematokrit naik  $\geq 20\%$
- Atau:*  
Penderita yang menunjukkan hasil positif pada pemeriksaan HI test atau hasil positif pada pemeriksaan antibodi dengue *Rapid Diagnostic Test (RDT)/ELISA*
- d) Pelayanan penderita DBD ditingkat Puskesmas, adalah kegiatan yang meliputi :
- Anamnesis
  - Pemeriksaan fisik meliputi observasi tanda-tanda vital, observasi kulit dan konjungtiva, penekanan ulu hati untuk mengetahui nyeri uluhati akibat adanya perdarahan lambung, perabaan hati.
  - Uji Torniquet
    - 1) Pemeriksaan laboratorium atau rujukan pemeriksaan laboratorium (sekurang-kurangnya pemeriksaan trombosit dan hematokrit)
    - 2) Memberi pengobatan simptomatis
    - 3) Merujuk penderita ke rumah sakit
    - 4) Melakukan pencatatan dan pelaporan (formulir S0) dan disampaikan ke Dinkes Kab/Kota.
- e) Pelayanan penderita DBD di Rumah Sakit adalah kegiatan yang meliputi :
- Anamnesis

- Pemeriksaan fisik meliputi observasi tanda-tanda vital, observasi kulit dan konjungtiva, penekanan ulu hati untuk mengetahui nyeri uluhati akibat adanya perdarahan lambung, perabaan hati.
- Uji Torniquet
- Pemeriksaan laboratorium (sekurang-kurangnya pemeriksaan trombosit dan hematokrit)
- Memberi perawatan
- Melakukan pencatatan dan pelaporan (formulir KDRS) dan disampaikan ke Dinkes Kab/Kota dengan tembusan ke Puskesmas

## 2. Definisi Operasional

Persentase penderita DBD yang ditangani sesuai standar di satu wilayah dalam waktu 1 (satu) tahun dibandingkan dengan jumlah penderita DBD yang ditemukan/dilaporkan dalam kurun waktu satu tahun yang sama.

## 3. Cara Perhitungan/Rumus

### a) Rumus :

$$\text{Penderita DBD yang ditangani} = \frac{\text{Jumlah penderita DBD yang ditangani sesuai SOP di satu wilayah dalam waktu satu tahun}}{\text{Jumlah penderita DBD yang ditemukan di satu wilayah dalam waktu satu tahun yang sama}} \times 100\%$$

### b) Pembilang

Jumlah penderita DBD yang ditangani sesuai standar operasional prosedur (SOP) di satu wilayah dalam waktu satu tahun.

### c) Penyebut

Jumlah penderita DBD yang ditemukan di suatu wilayah dalam waktu satu tahun yang sama

### d) Ukuran/Konstanta:

Persentase ( % )

### e) Contoh perhitungan

Pada tahun 2007, di Kabupaten A dilaporkan 100 penderita yang didiagnosis klinis DBD, 80 diantaranya ditangani sesuai SOP (didiagnosis dan diobati/dirawat sesuai standar dan ditindaklanjuti dengan penanggulangan fokus). Jadi persentase penderita DBD yang ditangani di Kabupaten A tahun 2007 adalah  $80/100 \times 100\% = 80\%$ .

## 4. Sumber Data :

SIMPUS, SIRS, KDRS, dan KD-DBD

## 5. Rujukan :

- a). Buku Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue di Indonesia, tahun 2005.
- b). Buku Tatalaksana Demam berdarah Dengue di Indonesia, tahun 2004.



## 6. Target

Tahun 2010 : 100 % (tiap tahun)

## 7. Langkah Kegiatan

- a) Penegakkan diagnosis, pengobatan dan rujukan penderita di tingkat Puskesmas dan RS.
- b) Pelatihan SDM
- c) Penanggulangan kasus oleh puskesmas
- d) Penyelidikan epidemiologi
- e) Pencatatan dan Pelaporan
- f) Monitoring dan Evaluasi

## 8) SDM

- a) Dokter spesialis (Penyakit dalam, anak, anestesi, dan patologi klinik)
- b) Dokter Umum
- c) Perawat
- d) Bidan
- e) Petugas laboratorium
- f) entomolog

## e. Penemuan penderita diare

### 1) Pengertian

- a) Diare adalah buang air besar lembek/cair bahkan dapat berupa air saja yang frekuensinya lebih sering dari biasanya
- b) Sarana Kesehatan adalah semua sarana pelayanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta (Puskesmas, Pustu, RS, Balai Pengobatan, Praktek Dokter);
- c) Angka kesakitan adalah angka kesakitan Nasional Hasil Survei Morbiditas Diare tahun 2006 adalah 423/1000 penduduk.
- d) Perkiraan jumlah penderita diare yang datang ke sarana kesehatan dan kader adalah 10% dari angka kesakitan x jumlah penduduk disatu wilayah kerja dalam waktu satu tahun.

### 2) Definisi Operasional

Penemuan penderita diare adalah jumlah penderita yang datang dan dilayani di Sarana Kesehatan dan Kader di suatu wilayah tertentu dalam waktu satu tahun.

### 3) Cara Perhitungan/Rumus

#### a) Rumus :

$$\text{Penderita diare yang ditangani} = \frac{\text{Jumlah penderita diare yang datang dan dilayani di sarana Kesehatan dan Kader di suatu wilayah tertentu dalam waktu satu tahun.}}{\text{Jumlah perkiraan penderita diare pd satu wilayah tertentu dalam waktu yg sama (10% dari angka kesakitan diare x jumlah penduduk)}} \times 100\%$$

**b) Pembilang**

Jumlah penderita diare yang datang dan dilayani di sarana Kesehatan dan Kader di suatu wilayah tertentu dalam waktu satu tahun.

**c) Penyebut**

Jumlah perkiraan penderita diare pada suatu wilayah tertentu dalam waktu yang sama

Catatan : 10% dari angka kesakitan diare x jumlah penduduk)

**d) Ukuran/Konstanta:**

Persentase ( % )

**e) Contoh perhitungan**

Apabila Jumlah penduduk suatu wilayah 30.000 jiwa, angka kesakitan diare pada tahun 2007 sebesar 423 per 1000 penduduk, maka perkiraan jumlah penderita diare semua umur adalah :  $30.000 \times 423/1000 = 12.690$  penderita

Perkiraan cakupan pelayanan di sarana kesehatan dan kader adalah 10%, maka jumlah penderita diare yang dilayani adalah :  $10\% \times 12.690$  penderita = 1269 penderita

Misal penderita diare yang ditangani sesuai standar = 800 penderita, maka % penderita diare yang ditangani =  $(800/1.269) \times 100\% = 63\%$

**4) Sumber Data**

Catatan Kader/register penderita/LB1/Laporan Bulanan dan Klinik.

**5) Rujukan**

Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor : 1216/MENKES/SK/ XI/2001 pada tanggal 16 Nopember 2001 tentang Pedoman Pemberantasan Penyakit Diare.

**6) Target**

Tahun 2010 : 100 %

**7) Langkah Kegiatan**

- a) Tatalaksana Kasus
- b) Penyediaan Formulir R/R
- c) Pengumpulan, Pengolahan, dan analisa data
- d) Pelatihan Petugas
  - Penatalaksana kasus
  - Manajemen Program
- e) Promosi/penyuluhan
- f) Jejaring kerja dan Kemitraan
- g) Pertemuan Evaluasi

**8) SDM**

- a. Dokter SpA
- b. Dokter Sp Penyakit Dalam
- c. Dokter Umum
- d. Bidan
- e. Perawat.
- f. epidemiolog
- g. sanitarian

## 14. Cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin

### a. Pengertian

- 1) Rawat Jalan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi diagnosa pengobatan rehabilitasi medik tanpa tinggal di ruang rawat inap di sarana kesehatan strata pertama.
- 2) Rawat Inap Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi diagnosa pengobatan rehabilitasi medik tinggal di ruang rawat inap di sarana kesehatan strata pertama.
- 3) Cakupan rawat jalan adalah jumlah kunjungan kasus (baru dan lama) rawat jalan di sarana kesehatan strata pertama.
- 4) Kunjungan pasien baru adalah seseorang yang baru berkunjung ke sarana kesehatan dengan kasus penyakit baru.
- 5) Sarana kesehatan strata pertama adalah tempat pelayanan kesehatan meliputi antara lain : puskesmas, balai pengobatan pemerintah dan swasta, praktek bersama dan perorangan.
- 6) Masyarakat miskin adalah masyarakat sasaran program pengentasan kemiskinan yang memenuhi kriteria tertentu menggunakan 14 (empat belas) variabel kemiskinan dalam satuan Rumah Tangga Miskin (RTM).

### b. Definisi Operasional

Cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin adalah Jumlah kunjungan pasien masyarakat miskin di sarana kesehatan strata pertama di satu wilayah kerja tertentu pada kurun waktu tertentu.

### c. Cara Perhitungan/Rumus

#### 1) Rumus

$$\text{Cakupan pelayanan kesehatan dasar maskin} = \frac{\text{Jumlah kunjungan pasien maskin di Sarkes strata 1}}{\text{Jumlah seluruh maskin di kab/kota}} \times 100 \%$$

#### 2) Pembilang

Jumlah kunjungan pasien maskin selama 1 tahun (lama dan baru).

#### 3) Penyebut

Jumlah seluruh maskin di wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama.

#### 4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

#### 5) Contoh Perhitungan

Jumlah pasien rawat jalan dan rawat inap maskin yang mendapat perawatan di

Puskesmas dan klinik di Kabupaten A = 12.000 orang

Jumlah seluruh maskin di Kabupaten A = 150.000 orang

Persentase cakupan pelayanan kesehatan dasar

$$= \frac{12.000}{150.000} \times 100 \% = 8 \%$$

### d. Sumber Data

Laporan Puskesmas . Laporan Dinas Kesehatan Kab/Kota

### e. Rujukan

- 1) Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat, 2008
- 2) Pedoman Unit Cost Pemberi Pelayanan Kesehatan, 2007
- 3) Pendataan Sosial Ekonomi 2005, Badan Pusat Statistik, 2006

**f. Target**

Target 2015: 100%

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Pendataan penduduk, sarana kesehatan dan kunjungan ke sarana kesehatan
- 2) Jenis Pelayanan dasar maskin
- 3) Penyuluhan
- 4) Pelatihan
- 5) Monitoring dan evaluasi
- 6) Pencatatan dan pelaporan

**h. SDM**

- 1) Dokter Umum
- 2) Perawat
- 3) Bidan
- 4) Tenaga kesehatan lainnya

## II. PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN

### 15. Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin

#### a. Pengertian

- 1) Rawat Inap Tingkat Lanjut adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan strata dua dan strata tiga pemerintah dan swasta, yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap.
- 2) Rawat Jalan Tingkat Lanjut adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi diagnosa pengobatan rehabilitasi medik tanpa tinggal di ruang rawat inap di sarana kesehatan strata dua dan strata tiga Pemerintah dan Swasta.
- 3) Sarana kesehatan strata dua dan strata tiga adalah balai kesehatan mata masyarakat, balai pengobatan penyakit paru, balai kesehatan indera masyarakat, balai besar kesehatan paru masyarakat, rumah sakit baik milik pemerintah maupun swasta.

#### b. Definisi Operasional

Cakupan rujukan pasien maskin adalah jumlah kunjungan pasien maskin di sarana kesehatan strata dua dan strata tiga pada kurun waktu tertentu (lama & baru).

#### c. Cara Perhitungan/Rumus

##### 1) Rumus

$$\text{Cakupan rujukan maskin} = \frac{\text{Jumlah pasien maskin di sarkes strata 2 dan strata 3}}{\text{Jumlah masyarakat miskin}} \times 100 \%$$

##### 2) Pembilang

Jumlah kunjungan pasien maskin selama 1 tahun (lama dan baru).

##### 3) Penyebut

Jumlah seluruh maskin di wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama.

##### 4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

##### 5) Contoh Perhitungan

Jumlah pasien rawat jalan dan rawat inap maskin yang mendapat perawatan di

RS di Kabupaten A = 10.000 orang

Jumlah seluruh maskin di Kabupaten A = 150.000 orang

Persentase cakupan pelayanan kesehatan dasar

$$= \frac{10.000}{150.000} \times 100 \% = 6,66 \%$$

150.000

#### d. Sumber Data

SP2RS/SIRS, Laporan Dinas Kesehatan kab/kota, SKN.

#### e. Rujukan

- 1) Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat, 2008
- 2) Pedoman Unit Cost Pemberi Pelayanan Kesehatan, 2007
- 3) Pendataan Sosial Ekonomi 2005, Badan Pusat Statistik, 2006

**f. Target**

Target 2015: 100%

**i. Langkah Kegiatan**

- 1) Pendataan penduduk, sarana kesehatan dan kunjungan ke sarana kesehatan
- 2) Jenis pelayanan lanjutan/rujukan maskin
- 3) Penyuluhan
- 4) Pelatihan SDM
- 5) Pencataan dan Pelaporan
- 6) Monitoring dan evaluasi

**j. SDM**

- 1) Dokter Spesialis
- 2) Dokter Umum
- 3) Perawat
- 4) Tenaga kesehatan lainnya

**16. Cakupan Pelayanan Gawat Darurat level 1 yang harus diberikan Sarana Kesehatan (RS) di Kab/ Kota**

**a. Pengertian**

1. Gawat darurat level 1 adalah tempat pelayanan gawat darurat yang memiliki Dokter Umum *on site* 24 jam dengan kualifikasi *GELS* dan/atau *ATLS + ACLS*, serta memiliki alat transportasi dan komunikasi.
2. *On site* adalah berada di tempat .
3. *GELS* adalah General Emergency Life Support
4. *ATLS* adalah Advance Trauma Life Support
5. *ACLS* adalah Advance Cardiac Life Support.

**b. Definisi Operasional**

Pelayanan gawat darurat level 1 yg hrs diberikan sarana kesehatan (RS) di kab/Kota.

**c. Cara Perhitungan/ Rumus**

**1) Rumus**

$$\text{pelayanan gawat darurat level 1} = \frac{\text{pelayanan gawat darurat level 1}}{\text{Jumlah RS kab/kota}} \times 100 \%$$

**2) Pembilang**

Jumlah RS yang mampu memberikan pelayanan gawat darurat level 1..

**3) Penyebut**

Jumlah RS kabupaten.

**4) Ukuran/Konstanta**

Persentase (%).

**5) Contoh Perhitungan**

Jumlah sarana kesehatan (3 RS), (10 Puskesmas), (17 RB) = 30 sarkes.

Jumlah sarana kesehatan yang mempunyai pelayanan gawat darurat (2RS),(5 Puskesmas), (8 RB) = 20 sarkes.

Persentase sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawat darurat yang dapat diakses masyarakat =  $\frac{20}{30} \times 100 \% = 66,6 \%$

**d. Sumber Data**

SIMPUS, SIRS, dan Dinkes Kab/Kota.

**e. Rujukan**

- 1) Evaluasi tahunan
- 2) Standar Pelayanan Gawat-darurat RS (2007) – SK Menkes tahun 2007
- 3) Pedoman penyusunan Disaster Plan Rumah Sakit – SK Menkes tahun 2007

**f. Target**

Target 2015 : 100 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Standarisasi pelayanan gawat-darurat di Kabupaten dan Provinsi
- 2) Penyusunan Disaster Plan
- 3) Penghitungan biaya pelayanan pasien gawat-darurat (menurut service cost)
- 4) Pencarian sumber biaya (Askes – Jasa Raharja – jamsostek – Badan Penanggulangan Bencana Pusat/Daerah – APBN – APBD - Bappenas)
- 5) Pencatatan
- 6) Diklat

**h. SDM**

Tim Gawat Darurat (Dokter Umum dan Perawat)



### III. PENYELIDIKAN EPIDEMIOLOGI DAN PENANGGULANGAN KLB

#### 17. Cakupan Desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam

##### a. Pengertian

1. Desa/ kelurahan mengalami KLB bila terjadi peningkatan kesakitan atau kematian penyakit potensial KLB, penyakit karantina atau keracunan makanan.
2. KLB adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan dan atau kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu desa /kelurahan dalam waktu tertentu.
  - a. Ditangani adalah mencakup penyelidikan dan penanggulangan KLB.
  - b. Pengertian kurang dari 24 jam adalah sejak laporan W1 diterima sampai penyelidikan dilakukan dengan catatan selain formulir W1 dapat juga berupa fax atau telepon.
3. Penyelidikan KLB adalah rangkaian kegiatan berdasarkan cara-cara epidemiologi untuk memastikan adanya suatu KLB, mengetahui gambaran penyebaran KLB dan mengetahui sumber dan cara-cara penanggulangannya.
4. Penanggulangan KLB adalah Upaya untuk menemukan penderita atau tersangka penderita, penatalaksanaan Penderita, pencegahan peningkatan, perluasan dan menghentikan suatu KLB.

##### b. Definisi Operasional

Cakupan Desa/kelurahan mengalami KLB yang ditangani < 24 jam adalah Desa/kelurahan mengalami Kejadian Luar Biasa (KLB) yang ditangani < 24 jam oleh Kab/Kota terhadap KLB periode/kurun waktu tertentu.

##### c. Cara Perhitungan/Rumus

###### 1) Rumus

$$\text{Cakupan KLB Desa/ kelurahan yang ditangani < 24 jam} = \frac{\text{Jumlah KLB di desa/kelurahan yang ditangani <24 jam dalam periode tertentu}}{\text{Jumlah KLB di desa/kelurahan yang terjadi pada periode yang sama}} \times 100 \%$$

###### Catatan :

Bila dalam 1 desa/kelurahan terjadi lebih dari 1 kali KLB pada suatu periode, maka jumlah desa/kelurahan yang mengalami KLB dihitung sesuai dengan frekuensi KLB yang terjadi di desa/kelurahan tersebut, dan ikut dimasukkan dalam penghitungan pembilang maupun penyebut.

###### 2) Pembilang

Jumlah kejadian Luar Biasa (KLB) di Desa/ Kelurahan yang ditangani < 24 jam periode/ kurun waktu tertentu.

###### 3) Penyebut

Jumlah Kejadian Luar biasa (KLB) yang terjadi pada wilayah Desa/ Kelurahan pada periode/kurun waktu yang sama.

###### 4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

**5) Contoh Perhitungan**

Data terjadinya KLB di Kabupaten "X" Januari s/d Desember tahun 2005

Kel/ Desa	J a n	P e b	M a r	D a p	D e s	Frek. KLB	Jml KLB Ditangani < 24 jam	Jml KLB di Desa/ Kelurahan	keterangan
A	x	x	x	-	-	3	3	3	Jml desa/kel mengalami KLB dihi tung 3 krn KLB di desa/kel A terjadi 3 kali pd thn tersebut.
B	-	-	-	-	-	0	0	0	Tdk dihitung, krn tdk terjadi KLB.
C	-	x	-	-	-	1	0	1	Jml desa/kel mengalami KLB dihitung 1 krn KLB di desa/kel A terjadi 1 kali pd thn tersebut
D	-	-	x	-	x	2	1	2	Jml desa/kel mengalami KLB dihi tung 2 krn KLB di desa/kel A terjadi 2 kali pd thn tersebut.
E	x	x	x	-	x	4	2	4	Jml desa/kel mengalami KLB dihi tung 4 krn KLB di desa/kel A terjadi 4 kali pd thn tersebut
Jml	2	3	3	0	2	10	6	10	

Keterangan: x : terjadi KLB  
- : tidak terjadi KLB

Hasil perhitungan pencapaian target berdasarkan indikator di Kabupaten X tahun 2005 adalah  $(6 : 10) \times 100 \% = 60 \%$

**d. Sumber Data**

- 1) Laporan KLB 24 jam ( W1);
- 2) Laporan hasil penyelidikan dan penanggulangan KLB;
- 3) Laporan Masyarakat dan media massa.

**e. Rujukan**

- 1) UU nomor 4 tahun 1984 tentang wabah penyakit menular (sebagai referensi untuk pembuatan SK Bupati/ Walikota/ Perda);
- 2) PP No. 40 tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular;
- 3) SK Menteri Kesehatan Nomor 949/Menkes/SK/VIII/2004 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini KLB;

**f. Target**

Target 2015: 100 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Pengumpulan data;
- 2) Penyajian dan analisis data;
- 3) Diseminasi;
- 4) Pencegahan dan pengendalian KLB;
- 5) Monitoring dan evaluasi;
- 6) Pelatihan

**h. SDM**

- 1) Dokter Umum
- 2) Perawat
- 3) Tenaga Epidemiologi Kesehatan

#### IV. PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

##### 18. Cakupan Desa Siaga Aktif

###### a. Pengertian

- 1) **Desa Siaga** adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan, secara mandiri. Pengertian Desa ini dapat berarti Kelurahan atau Nagari atau istilah-istilah lain bagi satuan administrasi pemerintahan setingkat desa.
- 2) **Desa Siaga Aktif** adalah desa yang mempunyai Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) atau UKBM lainnya yang buka setiap hari dan berfungsi sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar, penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan, surveillance berbasis masyarakat yang meliputi pemantauan pertumbuhan (gizi), penyakit, lingkungan dan perilaku sehingga masyarakatnya menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).
- 3) **Poskesdes** adalah Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka upaya mendekatkan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa. Poskesdes dikelola oleh 1 orang Bidan dan minimal 2 orang kader dan merupakan koordinator dari UKBM yang ada.
- 4) Pelayanan kesehatan dasar adalah pelayanan kesehatan yang sesuai kewenangan bidan penanggungjawab poskesdes, selanjutnya dirujuk ke puskesmas apabila tidak bisa ditangani.
- 5) Surveilans penyakit yang berbasis masyarakat adalah upaya pengamatan dan pencatatan yang dilakukan oleh masyarakat (kader dan bidan/perawat) tentang kejadian penyakit yang dapat mengancam kesehatan penduduk/masyarakat.
- 6) Pemantauan Pertumbuhan adalah suatu upaya yang dilakukan oleh kader untuk mengetahui berat badan balita setiap bulan untuk mendeteksi secara dini pertumbuhan balita (D/S).
- 7) Masyarakat berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) adalah masyarakat dimana penduduknya menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat.

###### b. Definisi Operasional

Cakupan Desa Siaga Aktif adalah desa yang mempunyai Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) atau UKBM lainnya yang buka setiap hari dan berfungsi sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar, penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan, surveillance berbasis masyarakat yang meliputi pemantauan pertumbuhan (gizi), penyakit, lingkungan dan perilaku sehingga masyarakatnya menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dibandingkan dengan jumlah desa siaga yang dibentuk

###### c. Cara Perhitungan/Rumus

###### 1) Rumus

$$\text{Cakupan Desa Siaga Aktif} = \frac{\text{Jumlah Desa siaga yg aktif}}{\text{Jumlah Desa Siaga yg dibentuk}} \times 100 \%$$

###### 2) Pembilang

Jumlah desa siaga yang aktif di satu wilayah pada kurun waktu tertentu.

###### 3) Penyebut

Jumlah desa siaga yang dibentuk di satu wilayah pada kurun waktu tertentu.

#### **4) Ukuran/Konstanta**

Persentase (%)

#### **5) Contoh Perhitungan**

Jumlah Desa di wilayah Kab A seluruhnya	= 75 Desa
Jumlah Desa Siaga yang dibentuk	= 60 Desa
Jumlah Desa Siaga yang aktif	= 45 Desa
Desa Siaga aktif = $45/60 \times 100\%$	= 75%

#### **d. Sumber Data**

Hasil pencatatan kegiatan Puskesmas dan Laporan Profil PSM/UKBM.

#### **e. Rujukan**

- 1) Kepmenkes Nomor 564/VIII tahun 2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga.
- 2) Juknis penggerakan dan pemberdayaan masyarakat dalam pengembangan desa siaga.
- 3) Juknis pengembangan dan penyelenggaraan Pos Kesehatan Desa

#### **f. Target**

Target 2015: 80%

#### **g. Langkah Kegiatan**

- 1) Persiapan
  - a. Persiapan Petugas:
    - Pelatihan Bidan (1 desa: 1 Bidan)
    - Pelatihan Kader dan Toma (1 desa: 2 kader + 1 toma) selama 4 hari: 3 hari di kelas, 1 hari di lapangan
  - b. Persiapan Masyarakat:
    - Pembentukan forum melalui pertemuan Tingkat Desa (3 kali/tahun)
    - Survei Mawas Diri (pendataan ke lapangan atau pertemuan rembuk desa) 2 kali/tahun
    - Musyawarah Masyarakat Desa: 2 kali/tahun
- 2) Pelaksanaan
  - a) Pelayanan kesehatan dasar;
  - b) Kader dan toma melakukan surveilans berbasis masyarakat (pengamatan sederhana) thd KIA, Gizi, Kesling, Penyakit, PHBS, melakukan pendataan PHBS dengan survei cepat;
  - c) Pertemuan tindak lanjut penemuan hasil surveilans dalam rangka meningkatkan kewaspadaan dini masyarakat (1 bulan sekali)
  - d) Alih pengetahuan dan olah ketrampilan melalui pertemuan: 2 kali/tahun
  - e) Pertemuan Forum Masyarakat Desa untuk membahas masalah kesehatan dengan memanfaatkan forum yang ada di desa (1bulan sekali).

#### **h. SDM**

- 5) Bidan atau petugas kesehatan lainnya
- 6) Kader
- 7) Tokoh masyarakat