

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
(SPM)  
BIDANG KESEHATAN**



**PEMERINTAH KABUPATEN KUDUS  
DINAS KESEHATAN  
TAHUN 2012**

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena berkah, rahmat dan hidayah-Nya, penyusunan Revisi Peraturan Bupati Kudus Nomor 36 Tahun 2006 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Kabupaten Kudus, telah selesai dilakukan.

Penyusunan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Kabupaten Kudus berpedoman kepada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 tanggal 29 Juli 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 828/MENKES/SK/IX/2008 tanggal 3 September 2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Kabupaten Kudus, disusun berdasarkan masukan melalui beberapa kali pertemuan dengan Unit Pelaksana Teknis (UPT) dan Lintas Program serta Lintas Sektor di Kabupaten Kudus.

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Kabupaten Kudus terdiri 18 Indikator Kinerja yang Wajib dilaksanakan dan 57 Indikator Kinerja Pilihan yang sesuai dengan kondisi Kabupaten Kudus. Dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan tersebut, diharapkan pelayanan kesehatan yang paling mendasar dan esensial dapat dipenuhi pada tingkat yang paling minimal di Kabupaten Kudus sehingga akan dapat mengurangi kesenjangan pelayanan kesehatan di Kabupaten Kudus dengan menetapkan jenis pelayanan yang bersifat khusus/spesifik daerah.

Untuk mewujudkan visi “Menuju Kudus Sehat”, maka perlu adanya dukungan dan komitmen bersama dari berbagai pihak, termasuk peran swasta dan masyarakat Kabupaten Kudus dalam mencapai Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Kabupaten Kudus.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih dan penghargaan kepada semua pihak yang telah bekerja keras sampai tersusunnya dan ditetapkan kebijakan ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa bersama kita.

Kudus,

**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN KUDUS**

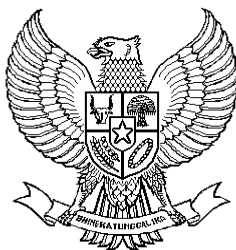
dr. Maryata  
Pembina Tk.I  
NIP. 19620210 199001 1 001

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
KATA PENGANTAR .....	ii
DAFTAR ISI.....	iii
PERATURAN BUPATI KUDUS .....	- 1 -
LAMPIRAN I .....	- 1 -
LAMPIRAN II.....	i
I. PENDAHULUAN .....	- 1 -
A. LATAR BELAKANG .....	- 1 -
B. MAKSUD DAN KEGUNAAN.....	- 2 -
C. PENGERTIAN .....	- 3 -
II. KEWENANGAN WAJIB DAN SPM.....	- 3 -
A. DESENTRALISASI BIDANG KESEHATAN.....	- 3 -
B. KEWENANGAN WAJIB DAN SPM.....	- 4 -
III. PERAN PUSAT, PROPINSI DAN KABUPATEN .....	- 6 -
1. Pusat.....	- 7 -
2. Propinsi.....	- 7 -
3. Kabupaten / Kota .....	- 7 -
IV. JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN TARGET SPM.....	- 7 -
V. PENUTUP .....	- 8 -
DEFINISI OPERASIONAL STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN KABUPATEN .....	1
I. PELAYANAN KESEHATAN YANG WAJIB DILAKUKAN OLEH KABUPATEN KUDUS.....	1
A. PELAYANAN KESEHATAN DASAR .....	1
B. PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN .....	31
C. PENYELIDIKAN EPIDEMIOLOGI DAN PENANGGULANGAN KLB.....	34
D. PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT .....	36
II. PELAYANAN KESEHATAN SESUAI DENGAN KEBUTUHAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN YANG DILAKUKAN OLEH KABUPATEN KUDUS .....	44
1. Ibu Hamil Risiko Tinggi yang Dirujuk.....	44
2. Cakupan Bayi Berat Lahir Rendah/BBLR yang Ditangani .....	45
3. Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa TK, SD dan setingkat oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih/guru UKS/Dokter Kecil.....	46
4. Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Siswa SLTP, SLTA dan setingkat oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih/ guru UKS/ Kader kes remaja.....	48

5.	Cakupan pelayanan kesehatan remaja .....	49
6.	Cakupan Rawat Jalan.....	50
7.	Cakupan Rawat Inap.....	51
8.	Pelayanan Gangguan Jiwa di Sarana Pelayanan Kesehatan Umum .....	52
9.	Cakupan pelayanan kesehatan pra usia lanjut dan usia lanjut .....	54
10.	Balita yang Naik Berat Badannya (N/D) .....	55
11.	Balita Bawah Garis Merah (BGM).....	56
12.	Cakupan Bayi (6-11 bulan) Mendapat Kapsul Vitamin A 1 kali .....	57
13.	Cakupan Anak Balita (12- 59 bulan) mendapat Kapsul Vitamin A 2 kali per tahun ....	58
14.	Cakupan Ibu Nifas Mendapat Kapsul Vitamin A .....	59
15.	Cakupan Ibu Hamil Mendapat 90 Tablet Fe.....	60
16.	Cakupan Wanita Usia Subur Yang Mendapatkan Kapsul Yodium di Daerah Endemis GAKY .....	61
17.	Akses terhadap ketersediaan darah dan komponen yang aman untuk menangani rujukan bumil dan neonatus. ....	62
18.	Bumil resiko tinggi yang ditangani.....	64
19.	Neonatus risti/ komplikasi yang tertangani .....	65
20.	Sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawat darurat yang dapat diakses masyarakat. ....	66
21.	Pemenuhan darah di RS .....	67
22.	Kecamatan Bebas Rawan Gizi.....	68
23.	Kesembuhan Penderita TBC BTA Positif (CR/Cure Rate).....	69
24.	Klien yang mendapatkan Penanganan HIV-AIDS .....	71
25.	Kasus Infeksi Menular Seksual yang Diobati.....	73
26.	Incidence Rate DBD .....	74
27.	CFR/ Angka Kematian DBD .....	75
28.	CFR / Angka Kematian Diare.....	77
29.	Darah Donor diskriming terhadap HIV-AIDS.....	78
30.	Penderita malaria yang diobati .....	79
31.	Penderita Kusta yang selesai berobat (RFT rate).....	80
32.	Kasus filariasis yang ditangani .....	82
33.	Institusi Yang Dibina .....	84
34.	Rumah Sehat .....	89
35.	Penduduk Yang Memanfaatkan Jamban sehat .....	91
36.	Rumah Yang Mempunyai SPAL .....	92
37.	Rumah/Bangunan Bebas Jentik Nyamuk Aedes .....	94
38.	Tempat Umum yang Memenuhi Syarat.....	96
39.	Penduduk yang memiliki akses terhadap air minum yang berkualitas.....	97

40.	Cakupan tempat pengelolaan makanan yang memenuhi syarat kesehatan.....	100
41.	Rumah Tangga Sehat Utama .....	101
42.	Rumah Tangga Sehat Paripurna.....	103
43.	Bayi yang mendapat ASI Eksklusif.....	105
44.	Desa dengan Garam Beryodium Baik.....	106
45.	Keluarga Sadar Gizi.....	107
46.	Cakupan posyandu Purnama.....	109
47.	Cakupan posyandu Mandiri .....	110
48.	Cakupan pelayanan kesehatan kerja pada pekerja formal .....	111
49.	Cakupan Pelayanan Kesehatan Kerja pada Pekerja informal .....	112
50.	Upaya Penyuluhan P3 NAPZA / P3 NARKOBA oleh Petugas Kesehatan .....	113
51.	Ketersediaan Obat sesuai Kebutuhan .....	114
52.	Pengadaan Obat Esensial .....	117
53.	Pengadaan Obat Generik .....	118
54.	Ketersediaan Narkotika, Psikotropika sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan.....	119
55.	Penulisan Resep Obat Generik.....	121
56.	Cakupan Penduduk yang Menjadi Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Pra Bayar.....	122
57.	Cakupan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin dan Masyarakat Rentan.....	123



BUPATI KUDUS

PERATURAN BUPATI KUDUS

NOMOR 42 TAHUN 2012

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN  
DI KABUPATEN KUDUS

BUPATI KUDUS,

- Menimbang : a. bahwa guna menindaklanjuti Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 tanggal 29 Juli 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota serta guna menentukan tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan di Kabupaten Kudus, perlu adanya Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten Kudus;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a, perlu menetapkan Peraturan Bupati;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Jawa Tengah;
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 beberapa kali 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 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);

4. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 87, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten/Kota ;
7. Keputusan Gubernur Jawa Tengah Nomor 71 Tahun 2004 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota di Provinsi Jawa Tengah;
8. Peraturan Daerah Kabupaten Kudus Nomor 3 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan yang menjadi kewenangan pemerintah Kabupaten Kudus (Lembaran Daerah Kabupaten Kudus Tahun 2008 Nomor 3, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Kudus Nomor 106);
9. Peraturan Daerah Kabupaten Kudus Nomor 14 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah Kabupaten Kudus (Lembaran Daerah Kabupaten Kudus Tahun 2008 Nomor 24, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Kudus Nomor 16);
10. Peraturan Bupati Kudus Nomor 41 Tahun 2007 tentang Sistem Kesehatan Kabupaten Kudus (Berita Daerah Kabupaten Kudus Tahun 2007 Nomor 41);

- Memperhatikan :
1. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 828/MENKES/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
  2. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1202/Menkes/SK/VII/2003 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN KUDUS.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini, yang dimaksud dengan :

1. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Kudus.
2. Bupati adalah Bupati Kudus.
3. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus.
4. Kepala Dinas Kesehatan adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus.
5. Pelayanan dasar kepada masyarakat adalah fungsi Pemerintah Kabupaten Kudus dalam memberikan dan mengurus keperluan, kebutuhan dasar masyarakat untuk meningkatkan taraf kesejahteraan masyarakat.
6. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten Kudus adalah tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan Kabupaten Kudus.

BAB II

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN

Pasal 2

Pemerintah Daerah wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten Kudus.

Pasal 3

Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 berkaitan dengan Jenis Pelayanan, Indikator Kinerja dan target sampai dengan tahun 2015 sebagaimana tercantum dalam Lampiran I Peraturan Bupati ini.

Pasal 4

Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 sebagaimana tercantum dalam Lampiran II Peraturan Bupati ini.



### BAB III

#### PELAKSANAAN

##### Pasal 5

- (1). Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten Kudus merupakan acuan dalam perencanaan program pencapaian target masing-masing indikator per tahun.
- (2). Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan Petunjuk Teknis yang ditetapkan.

### BAB IV

#### PENGORGANISASIAN

##### Pasal 6

- (1). Bupati mendelegasikan pelaksanaan, pembinaan, dan pengawasan penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten Kudus kepada Kepala Dinas Kesehatan.
- (2). Berdasarkan pendelegasian sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Kepala Dinas Kesehatan bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal yang dilaksanakan oleh Perangkat Daerah Kabupaten Kudus dan Masyarakat.
- (3). Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga kesehatan dengan kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan.

### BAB V

#### PEMBINAAN

##### Pasal 7

- (1). Kepala Dinas kesehatan memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal dan mekanisme kerjasama antar Lintas Sektor.
- (2). Fasilitasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis, pelatihan meliputi :
  - a. perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal;
  - b. penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target Standar Pelayanan Minimal;
  - c. penilaian pengukuran kinerja; dan
  - d. penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan Standar Pelayanan Minimal di Bidang Kesehatan.

Pasal 8

Kepala Dinas Kesehatan melaksanakan pembinaan dan pemberdayaan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal.

BAB VI

PENGAWASAN

Pasal 9

- (1). Kepala Dinas Kesehatan melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal di Kabupaten Kudus.
- (2). Kepala Dinas Kesehatan menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal kepada Bupati satu kali dalam setahun.
- (3). Berdasarkan Laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bupati menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan kesehatan kepada Gubernur Jawa Tengah melalui Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah serta Menteri Kesehatan.

Pasal 10

- (1). Kepala Dinas Kesehatan melaksanakan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan Pemerintah Daerah.
- (2). Hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan `Bupati satu kali dalam setahun
- (3). Berdasarkan laporan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bupati menyampaikan laporan hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada Gubernur melalui Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah serta Menteri Kesehatan.

BAB VII

PEMBIAYAAN

Pasal 11

Segala biaya yang timbul sebagai akibat pelaksanaan pelayanan kesehatan untuk pencapaian target sesuai Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten Kudus dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Kudus dan sumber dana lain yang sah.

BAB VIII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 12

Hal-hal yang belum diatur dalam Peraturan Bupati ini sepanjang mengenai teknis pelaksanaan diatur lebih lanjut oleh Kepala Dinas Kesehatan.

Pasal 13

Pada saat Peraturan Bupati ini mulai berlaku, Peraturan Bupati Kudus Nomor 36 Tahun 2006 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten Kudus (Berita Daerah Kabupaten Kudus Tahun 2006 Nomor 44) dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 14

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Kudus.

Ditetapkan di Kudus  
pada tanggal 27 Desember 2012

BUPATI KUDUS,

ttd

M U S T H O F A

Diundangkan di Kudus  
pada tanggal

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN KUDUS,

ttd

NOOR YASIN

BERITA DAERAH KABUPATEN KUDUS TAHUN 2012 NOMOR 42

LAMPIRAN I  
 PERATURAN BUPATI KUDUS  
 NOMOR 42 TAHUN 2012  
 TENTANG  
 STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG  
 KESEHATAN DI KABUPATEN KUDUS

JENIS PELAYANAN, INDIKATOR KINERJA DAN TARGET SAMPAI DENGAN  
 TAHUN 2015 STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN

I. INDIKATOR PELAYANAN WAJIB

NO	INDIKATOR KINERJA	TARGET			
		2012	2013	2014	2015
1	2	3	4	5	6
1	Cakupan Kunjungan Ibu hamil K4	95%	95%	95%	95%
2	Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani	100%	100%	100%	100%
3	Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan	90%	90%	90%	95%
4	Cakupan pelayanan nifas	90%	90%	90%	95%
5	Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani	85%	90%	95%	100%
6	Cakupan kunjungan bayi	90%	90%	95%	100%
7	Cakupan desa/ kelurahan UCI	100%	100%	100%	100%
8	Cakupan pelayanan anak balita	82%	83%	84%	85%
9	Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6-24 bulan	100%	100%	100%	100%
10	Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan	100%	100%	100%	100%
11	Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat	100%	100%	100%	100%
12	Cakupan peserta KB aktif	79%	79%	80%	80%
13	Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit :				

NO	INDIKATOR KINERJA	TARGET			
		2012	2013	2014	2015
1	2	3	4	5	6
	a AFP Rate per 100.000 penduduk < 15 tahun	≥ 2	≥ 2	≥ 2	≥ 2
	b Penemuan penderita pneumonia balita	100%	100%	100%	100%
	c Penemuan pasien baru TB BTA positif	68%	69%	70%	70%
	d Penderita DBD yang ditangani	100%	100%	100%	100%
	e Penemuan penderita diare	100%	100%	100%	100%
14	Cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin	100%	100%	100%	100%
15	Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin	100%	100%	100%	100%
16	Cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan (RS) di Kab	100%	100%	100%	100%
17	Cakupan desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam	100%	100%	100%	100%
18	Cakupan desa siaga aktif	20,5%	21%	21,5%	22%

II. INDIKATOR PELAYANAN PILIHAN DI KABUPATEN KUDUS  
MENYELENGGARAKAN SESUAI DENGAN KEBUTUHAN STANDAR  
PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN KABUPATEN KUDUS  
TAHUN 2012 – 2015

NO	INDIKATOR KINERJA	TARGET			
		2012	2013	2014	2015
1	2	3	4	5	6
1	Ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk	100%	100%	100%	100%
2	Cakupan bayi berat badan lahir rendah/BBLR yang ditangani	100%	100%	100%	100%

NO	INDIKATOR KINERJA	TARGET			
		2012	2013	2014	2015
1	2	3	4	5	6
3	Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa TK, SD dan setingkat oleh tenaga kes/tenaga terlatih/Guru/UKS/dokter kecil	80%	80%	80%	80%
4	Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa SLTP/SLTA dan setingkat oleh tenaga kes/tenaga terlatih/Guru/UKS/dokter kecil	80%	80%	80%	80%
5	Cakupan pelayanan kesehatan remaja	80%	80%	80%	80%
6	Cakupan rawat jalan	15%	15%	15%	15%
7	Cakupan rawat inap	1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %
8	Pelayanan gangguan jiwa di sarana pelayanan kesehatan umum	15%	15%	15%	15%
9	Cakupan Pelayanan kesehatan pra usia lanjut dan usia lanjut	75%	78%	80%	80%
10	Balita yang naik berat badannya (N/D)	82%	83%	84%	85%
11	Balita Bawah Garis Merah (BGM)	< 15 %	< 15 %	< 15 %	< 15 %
12	Cakupan bayi (6-11 bln) mendapat kapsul Vit. A 1 kali	100%	100%	100%	100%
13	Cakupan anak balita (12-59 bln) mendapat kapsul Vit. A 2 kali per tahun	100%	100%	100%	100%
14	Cakupan ibu nifas mendapat kapsul Vit. A	90%	90%	90%	90%
15	Cakupan ibu hamil mendapat 90 tablet Fe	90%	90%	90%	90%
16	Cakupan wanita usia subur yg mendpt kapsul yodium di daerah endemis GAKY	0%	0%	0%	0%
17	Akses terhadap ketersediaan darah dan komponen yang aman untuk menangani rujukan ibu hamil dan neonatus	90%	90%	90%	90%

NO	INDIKATOR KINERJA	TARGET			
		2012	2013	2014	2015
1	2	3	4	5	6
18	Ibu hamil resiko tinggi yg ditangani	90%	90%	95%	100%
19	Neonatal resiko tinggi yang ditangani	90%	95%	100%	100%
20	Sarana kesehatan dg kemampuan pelayanan gawat darurat yg dpat diakses masyarakat	100%	100%	100%	100%
21	Pemenuhan darah di RS	95%	95%	95%	95%
22	Kecamatan Bebas rawan gizi	100%	100%	100%	100%
23	Kesembuhan penderita TBC BTA positif (CR/Cure rate)	93%	93%	94%	95%
24	Klien yang mendapatkan penanganan HIV-AIDS	100%	100%	100%	100%
25	Kasus Infeksi Menular Seksual (IMS) yang diobati	100%	100%	100%	100%
26	Incident Rate DBD Per 100.000 penduduk	< 40	< 35	< 30	< 20
27	CFR/Angka Kematian DBD	< 2 %	< 1.5 %	< 1 %	< 1 %
28	CFR/Angka Kematian Diare per 10.000 penduduk	< 1	< 1	< 1	< 1
29	Darah donor diskriming thd HIV-AIDS	100%	100%	100%	100%
30	Penderita malaria yang diobati	100%	100%	100%	100%
31	Penderita Kusta yang diselesaikan berobat (RFT Rate)	> 90 %	> 90 %	> 90 %	> 90 %
32	Kasus filariasis yang ditangani	100%	100%	100%	100%
33	Institusi yang dibina	72%	73%	74%	75%
34	Rumah Sehat	70%	72%	75%	77%
35	Penduduk yang memanfaatkan jamban sehat	66%	69%	72%	75%
36	Rumah yang mempunyai SPAL	67%	70%	72%	75%
37	Rumah/Bangunan bebas jentik nyamuk Aedes	> 80 %	> 85 %	> 90 %	> 95 %

NO	INDIKATOR KINERJA	TARGET			
		2012	2013	2014	2015
1	2	3	4	5	6
38	Tempat umum yg memenuhi syarat	69%	71%	73%	75%
39	Penduduk menggunakan air BERSIH	76%	79%	82%	85%
40	Tempat Pengelolaan Makanan yang memenuhi syarat Kesehatan	67%	70%	73%	75%
41	Rumah tangga sehat Utama	75%	80%	85%	90%
42	Rumah tangga sehat Paripurna	67%	68%	69%	70%
43	Bayi yang mendapat ASI eksklusif	50%	50%	50%	50%
44	Desa dg garam beryodium baik	80%	80%	80%	80%
45	Keluarga sadar gizi	50%	50%	50%	50%
46	Posyandu Purnama	40%	40,5%	41%	41,5%
47	Posyandu Mandiri	4%	4,5%	5%	5,5%
48	Cakupan pelayanan kes kerja pada pekerja formal	80%	80%	80%	80%
49	Cakupan pelayanan kes kerja pada pekerja informal	40%	40%	40%	40%
50	Upaya penyuluhan P3 NAPZA/P3 NARKOBA oleh petugas kesehatan	34%	36%	38%	40%
51	Ketersediaan obat sesuai kebutuhan	95%	95%	95%	95%
52	Pengadaan obat esensial	95%	95%	95%	95%
53	Pengadaan obat generik	99%	99%	99%	99%
54	Ketersediaan Narkotika, Psikotropika sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan	99%	99%	99%	99%
55	Penulisan resep obat generik	65%	70%	75%	80%



NO	INDIKATOR KINERJA	TARGET			
		2012	2013	2014	2015
1	2	3	4	5	6
56	Cakupan penduduk yang menjadi peserta jaminan pemeliharaan kes pra bayar	80%	80%	80%	95%
57	Cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan Keluarga Miskin dan Masyarakat Rentan	100%	100%	100%	100%

BUPATI KUDUS,

ttd

M U S T H O F A

LAMPIRAN II  
PERATURAN BUPATI KUDUS  
NOMOR 42 TAHUN 2012  
TENTANG  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN  
KUDUS

PETUNJUK TEKNIS  
STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN  
KABUPATEN KUDUS

I. PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Dalam Konstitusi Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO) tahun 1948 tertulis bahwa *“Health is a fundamental human right “* yang mengandung suatu kewajiban untuk menyembuhkan yang sakit dan mempertahankan yang sehat. Hal ini melandasi pemikiran bahwa *sehat sebagai hak asasi manusia dan sehat sebagai investasi*. Untuk Indonesia, jelas tercantum dalam Undang – Undang Dasar Negara Indonesia yang mengamanatkan bahwa kesehatan merupakan salah satu aspek dari hak asasi manusia, yaitu sebagaimana dalam pasal 28 H ayat (1) : “ setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan “.

Pembangunan kesehatan di Indonesia ditujukan untuk kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang – orang agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi – tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum sebagaimana dimaksud dalam Pembukaan Undang – Undang Dasar 1945. Pembangunan kesehatan tersebut diselenggarakan dengan mendasarkan kepada Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Sistem Kesehatan Nasional adalah suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi – tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti dimaksud dalam Pembukaan UUD 1945. Sesuai pula dengan Sistem Kesehatan Nasional tersebut, pelaku penyelenggaraan pembangunan kesehatan adalah masyarakat, pemerintah pusat, pemerintah propinsi maupun pemerintah kabupaten / kota, badan legislatif serta badan yudikatif. Dengan demikian dalam lingkungan pemerintah, Pemerintah pusat dan Pemerintah Daerah harus saling bahu membahu secara sinergis melaksanakan pembangunan kesehatan yang terencana, terpadu dan berkesinambungan dalam upaya kita bersama mencapai derajat kesehatan yang setinggi – tingginya.

Undang – Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah telah menetapkan bidang kesehatan merupakan salah satu kewenangan wajib yang harus dilaksanakan oleh Kabupaten / Kota. Penyelenggaraan kewenangan wajib oleh daerah adalah merupakan perwujudan otonomi yang bertanggung jawab, yang pada intinya

merupakan pengakuan atau pemberian hak dan kewenangan Daerah dalam wujud tugas dan kewajiban yang harus dipikul oleh daerah. Tanpa mengurangi arti serta pentingnya prakarsa daerah dalam penyelenggaraan otonominya dan untuk menghindari terjadinya kekosongan penyelenggaraan pelayanan dasar kepada masyarakat, daerah kabupaten dan daerah kota wajib melaksanakan kewenangan dalam bidang tertentu, termasuk di dalamnya kewenangan bidang kesehatan.

Pemerintah Pusat bertanggungjawab atas keberhasilan pelaksanaan otonomi, walaupun pelaksanaan operasionalnya diserahkan kepada pemerintah dan masyarakat daerah yang bersangkutan. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara pemerintah, pemerintahan daerah provinsi, dan pemerintahan daerah kabupaten / kota, menyebutkan bahwa peran pemerintah pusat di era desentralisasi ini lebih banyak bersifat menetapkan kebijakan makro, melakukan standarisasi, supervisi, monitoring evaluasi, pengawasan dan pemberdayaan di daerah, sehingga otonomi dapat berjalan secara optimal.

Guna menyamakan persepsi, dan pemahaman dalam pengaktualisasian kewenangan wajib bidang kesehatan di Kabupaten / Kota seiring dengan Lampiran Surat Edaran Menteri Dalam Negeri No. 100/756/OTDA tanggal 8 Juli 2002 tentang Konsep Dasar Penentuan Kewenangan Wajib dan Standar Pelayanan Minimal, maka dalam rangka memberikan panduan untuk melaksanakan pelayanan dasar di bidang kesehatan kepada masyarakat di daerah, telah ditetapkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/MENKES/per/VII/2008 tentang “ Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan di Kabupaten / Kota”.

Dalam penerapan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/MENKES/per/VII/2008 perlu disesuaikan dengan kebutuhan/ spesifik daerah, sehingga kemudian dilakukan revisi Peraturan Bupati Kudus Nomor 36 Tahun 2006 tanggal 29 Desember 2006 tentang Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan di Kabupaten Kudus .

Agar Standar Pelayanan Minimal termaksud dapat diselenggarakan sesuai yang diharapkan, perlu disusun suatu Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten Kudus.

## B. MAKSUD DAN KEGUNAAN

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.

Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten Kudus ini menjelaskan tentang definisi operasional, indikator kinerja, target untuk tahun 2011-2015, cara perhitungan pencapaian kinerja/target dan langkah – langkah kegiatan untuk masing – masing jenis pelayanan sesuai Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten Kudus.

## C. PENGERTIAN

### 1. Kewenangan Wajib

Yang dimaksud dengan Kewenangan Wajib adalah kewenangan untuk menangani urusan Pemerintah Daerah Kabupaten / Kota dalam menyelenggarakan pelayanan dasar kepada masyarakat yang diwajibkan oleh Pemerintah kepada Daerah Kabupaten/Kota;

### 2. Standar Pelayanan Minimal

Yang dimaksud dengan Standar Pelayanan Minimal adalah suatu standar dengan batas - batas tertentu untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan wajib daerah Kabupaten/ Kota yang berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat yang mencakup jenis pelayanan, indikator dan nilai (benchmark).

### 3. Indikator Kinerja

Yang dimaksud dengan Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukannya pengukuran terhadap perubahan – perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu;

### 4. Jenis Pelayanan

Yang dimaksud dengan Jenis Pelayanan adalah pelayanan publik yang mutlak dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan dasar yang layak dalam kehidupan sosial, ekonomi, dan politik.

## II. KEWENANGAN WAJIB DAN SPM

### 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 aspirasi masyarakat dengan cara memberdayakan, menghimpun, dan mengoptimalkan potensi daerah untuk kepentingan daerah dan prioritas nasional dalam mencapai Indonesia Sehat .

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 tanggung jawab.
3. Desentralisasi bidang kesehatan yang luas dan utuh diletakkan di kabupaten dan kota, sedangkan desentralisasi bidang kesehatan di provinsi 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 kemampuan daerah otonom. Pemerintah pusat berkewajiban memfasilitasi pelaksanaan pembangunan kesehatan daerah dengan meningkatkan kemampuan daerah dalam pengembangan sistem kesehatan dan manajemen daerah.
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 provinsi 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 kegawat-daruratan kesehatan lainnya.
9. Dalam mencapai keberhasilan pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan, telah pula dirumuskan 5 (lima) tujuan strategis, yaitu : (1) terbangunnya komitmen antara pemerintah daerah, legislatif, masyarakat dan stakeholder lainnya guna kesinambungan pembangunan kesehatan, (2) meningkatkan kapasitas sumber daya manusia, (3) terlindunginya kesehatan masyarakat, khususnya penduduk miskin, kelompok rentan dan daerah miskin, (4) terwujudnya komitmen nasional dan global dalam program kesehatan daerah, dan (5) tertatanya manajemen kesehatan di era desentralisasi.

#### B. KEWENANGAN WAJIB DAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Pada dasarnya penetapan kewenangan wajib dan standar pelayanan minimal bidang kesehatan mengacu pada kebijakan dan strategi desentralisasi bidang kesehatan. Tujuan strategis pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan yang erat kaitannya dengan penetapan kewenangan wajib dan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, adalah :

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.

Sesuai dengan Undang – Undang RI nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, Daerah Kabupaten dan Daerah Kota wajib menyelenggarakan peningkatan pelayanan dan kesejahteraan masyarakat yang semakin baik, pengembangan kehidupan demokrasi, keadilan dan pemerataan serta pemeliharaan hubungan yang serasi antara Pemerintah dan Daerah serta antar Daerah dalam rangka menjaga keutuhan Negara Kesatuan RI.

Kewenangan Wajib ditetapkan untuk melindungi hak – hak konstitusional perorangan / masyarakat, melindungi kepentingan nasional dalam rangka menjaga keutuhan NKRI, kesejahteraan masyarakat, ketentraman dan ketertiban umum juga untuk memenuhi perjanjian / konvensi Internasional.

Kabupaten / Kota melakukan kewenangan wajib di bidang kesehatan dengan menyelenggarakan SPM bidang kesehatan. Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan dengan keputusan Nomor : 741/MENKES/per/VII/2008, dan di Jawa Tengah dengan Keputusan Gubernur Jawa Tengah nomor 71 tahun 2004 tanggal 23 Desember 2004.

SPM Bidang Kesehatan disusun dengan prinsip – prinsip sebagai berikut :

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

Disamping itu, kewenangan wajib dan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan ditetapkan dengan memenuhi kriteria sebagai berikut :

Kewenangan Wajib dan Standar Pelayanan Minimal hanya merupakan pelayanan yang langsung dirasakan masyarakat, sehingga hal – hal yang berkaitan dengan manajemen dianggap sebagai faktor pendukung dalam melaksanakan kewenangan wajib

(perencanaan, pembiayaan, pengorganisasian, perizinan, sumberdaya, sistem dsb), tidak dimasukkan dalam Standar Pelayanan Minimal (kecuali critical support function).

1. Kewenangan wajib dan Standar Pelayanan Minimal harus menjadi 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.
2. Kewenangan wajib dan Standar Pelayanan Minimal berorientasi pada keluaran / output yang langsung dirasakan masyarakat.
3. Kewenangan wajib dan Standar Pelayanan Minimal dilaksanakan secara terus – menerus (sustainable), terukur (measurable) dan mungkin dapat dikerjakan (feasible).

Dalam pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan untuk jangka waktu tertentu ditetapkan target pelayanan yang akan dicapai (minimum service target), yang merupakan spesifikasi peningkatan kinerja pelayanan yang harus dicapai untuk memenuhi standar teknis yang ditetapkan guna mencapai status kesehatan yang diharapkan. Dalam Kewenangan Wajib dan Standar Pelayanan Minimal, nilai indikator yang dicantumkan merupakan nilai minimal nasional.

### III. PERAN PUSAT, PROPINSI DAN KABUPATEN

Peran Pusat, Provinsi dan Kabupaten dalam pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan adalah sebagaimana diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 741/MENKES/SK/IX/2008, dalam :

1. Bab III Pengorganisasian, pasal 5 ayat (1), (2) dan (3 ),
2. Bab IX Pembinaan dan Pengawasan, pasal 12 ayat (1), (2) dan (3 ), serta pasal 13 ayat (1), (2) dan (3 )

Dan Keputusan Gubernur Jawa Tengah Nomor 71 Tahun 2004 tanggal 23 Desember 2004, dalam:

1. Bab III Pengorganisasian, pasal 5 ayat (1), (2), (3) dan (4).
2. Bab V Pembinaan, pasal 7 ayat (1) dan (2), dan pasal 8
3. Bab VI Pengawasan, pasal 9 ayat (1) dan (2), dan pasal 10 ayat (1) dan (2).

Serta peraturan Bupati Kudus Nomor.... tahun ..... tanggal....., dalam :

1. Bab III Pengorganisasian, pasal 5 ayat (1), (2), (3) dan (4).
2. Bab V Pembinaan, pasal 7 ayat (1) dan (2), dan pasal 8
3. Bab VI Pengawasan, pasal 9 ayat (1) dan (2), dan pasal 10 ayat (1) dan (2).

Sedangkan dalam penerapan petunjuk teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan ini, peran Pusat, Propinsi dan Kabupaten adalah sebagai berikut :

1. Pusat

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

2. Propinsi

Sosialisasi Keputusan Gubernur Jawa Tengah Nomor : 71 tahun 2004 tanggal 23 Desember 2004 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten / Kota di Propinsi Jawa Tengah.

- a. Bersama dengan Kabupaten/Kota menetapkan penambahan indikator lokal dari setiap pelayanan, disertai dengan definisi operasional dan petunjuk teknisnya.
- b. Menetapkan pencapaian dan penahapan Standar Pelayanan Minimal, sesuai kesepakatan dengan kabupaten/ kota.
- c. Bersama dengan pusat melakukan peningkatan kapasitas kabupaten/ kota dan melaksanakan pemantauan dan evaluasi.

3. Kabupaten / Kota

- a. Melakukan mapping kondisi pencapaian indikator Standar Pelayanan Minimal di kabupaten / kota dan menghitung kesenjangannya dengan target Propinsi.
- b. Menentukan target pencapaian indikator Standar Pelayanan Minimal, dan memasukkannya dalam program pembangunan daerah (Perda Renstrada).
- c. Menentukan rincian pencapaian target Standar Pelayanan Minimal / tahun, dan memasukkannya dalam Repetada, dan mengupayakan dukungan dana APBD berdasarkan Repetada.

Dari pengertian tersebut diatas jelas bahwa Standar Pelayanan Minimal 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 (Minimal Service Aselines) dan target pelayanan yang akan dicapai (Minimum Service Target). Sehingga Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan akan meliputi : jenis pelayanan, indikator dan nilai (benchmark) dengan Minimum Service Target adalah spesifikasi peningkatan kinerja pelayanan kesehatan yang harus dicapai dalam siklus perencanaan daerah multi tahun untuk mencapai atau melebihi target Standar Pelayanan Minimal.

IV. JENIS PELAYANAN, INDIKATOR DAN TARGET STANDAR PELAYANAN MINIMAL

Sebagaimana Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 741/MENKES/SK/IX/2008 telah menetapkan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan yang terdiri atas 4 jenis pelayanan dengan 18 indikator yang harus dilaksanakan oleh seluruh Kabupaten Kudus, sedangkan di luar jenis pelayanan sebagaimana tersebut di atas, Kabupaten wajib menyelenggarakan jenis pelayanan sesuai kebutuhan,



karakteristik dan potensi daerah dan yang merupakan permasalahan kesehatan masyarakat dan terkait dengan kesepakatan global.

Sedangkan sesuai Keputusan Gubernur Jawa Tengah Nomor : 71 Tahun 2004 tanggal 23 Desember 2004 telah menetapkan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan yang terdiri dari 26 jenis pelayanan dengan 63 indikator kinerja yang harus dilaksanakan oleh seluruh Kabupaten/Kota di Jawa Tengah, serta 7 jenis pelayanan dengan 8 indikator kinerja yang harus dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota tertentu, merupakan jenis pelayanan yang merupakan kebutuhan/spesifik daerah dan permasalahan kesehatan masyarakat.

Sedangkan sesuai dengan Peraturan Bupati Kudus Nomor 36 Tahun 2006 tanggal 29 Desember 2006 telah menetapkan Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan Kabupaten Kudus yang terdiri dari 26 jenis pelayanan dengan 63 indikator yang harus dilaksanakan oleh seluruh Kabupaten Kudus, serta 8 jenis pelayanan dengan 9 indikator khusus yang harus dilaksanakan oleh Kabupaten Kudus, merupakan jenis pelayanan kebutuhan/spesifik daerah dan permasalahan kesehatan masyarakat.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 741/MENKES/SK/IX/2008 tersebut diatas, maka Kabupaten Kudus melakukan revisi Peraturan Bupati tentang Standart Pelayanan Minimal yang menetapkan 4 jenis pelayanan dengan 18 indikator yang harus dilaksanakan oleh Kabupaten Kudus serta 57 jenis indikator kinerja pelayanan yang sesuai kebutuhan, karakteristik dan potensi daerah.

Berikut ini (setelah penutup), untuk setiap jenis pelayanan dijelaskan tentang pengertian definisi operasional, cara perhitungan dan rumus indikatornya, sumber data, rujukan, target dan langkah – langkah kegiatan yang harus dilakukan.

## V. PENUTUP

Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan pada hakekatnya merupakan bentuk - bentuk pelayanan kesehatan yang selama ini telah dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten Kudus. Namun demikian mengingat kondisi masing – masing daerah terkait dengan ketersediaan Sumber Daya yang tidak merata, maka diperlukan penahapan pelaksanaannya dalam mencapai Minimum Service Target 2015 oleh masing – masing Daerah sesuai dengan kondisi/perkembangan kapasitas daerah. Namun dalam hal ini terdapat pengecualian pada indikator – indikator kinerja yang berfungsi pula sebagai standar teknis, dan mempunyai batasan tertentu. Sebagai contoh Cakupan Pelayanan Imunisasi harus > 80% karena bila < 80% tidak mempunyai dampak epidemiologis.

Mengingat Standar Pelayanan Minimal sebagai hak konstitusional maka seyogyanya Standar Pelayanan Minimal menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran daerah.

Dengan disusunnya Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten Kudus, diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapan desentralisasi di bidang kesehatan. Petunjuk Teknis ini dapat dijadikan acuan bagi petugas kesehatan dan unsur

terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan dari setiap jenis pelayanan.

Hal lain yang belum tercantum dalam buku Petunjuk Teknis ini akan ditetapkan kemudian sesuai dengan keperluan dan ketentuan yang berlaku.

BUPATI KUDUS,

ttd

M U S T H O F A

**DEFINISI OPERASIONAL STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN KABUPATEN**

---

**I. PELAYANAN KESEHATAN YANG WAJIB DILAKUKAN OLEH KABUPATEN KUDUS**

**A. 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 di anjurkan 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 :
  - a) Timbang badan dan ukur tinggi badan,
  - b) Ukur tekanan darah,
  - c) Skrining status imunisasi tetanus (dan pemberian Tetanus Toksoid),
  - d) Ukur tinggi fundus uteri,
  - e) Pemberian tablet besi(90 tablet selama kehamilan),
  - f) Temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling),
  - g) 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 x Crude Birth Rate x jumlah Penduduk* (pada tahun yang sama). Angka CBR dan jumlah penduduk Kab/Kota di dapat 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 ibi 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**

$$\begin{array}{l} \text{Cakupan} \\ \text{Kunjungan} \\ \text{Ibu Hamil} \\ \text{K4} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Jumlah Ibu Hamil yang memperoleh} \\ \text{pelayanan antenatal K4 di satu wilayah kerja} \\ \text{pada kurun waktu tertentu} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah} \\ \text{dalam kurun waktu yang sama} \end{array}} \times 100\%$$

- 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 :

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

**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.
- 3) 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.
- 4) Komplikasi dalam Nifas :
  - a) Hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia, eklampsia),
  - b) Infeksi nifas,
  - c) Perdarahan Nifas.
- 5) 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, RSUD PONEK).
- 6) 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,
  - d) BBLR dan Hipotermi, Hipoglikemia, Ikterus, Hiperbilirubinemia, masalah pemberian minum pada bayi,
  - e) Asfiksia pada bayi,
  - f) Gangguan nafas pada bayi,
  - g) Kejang pada bayi baru lahir,
  - h) Infeksi neonatal,
  - i) Persiapan umum sebelum tindakan kedaruratan Obstetri-Neonatal antara lain Kewaspadaan Universal Standar.
- 7) 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.
- 8) PONEK adalah Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif di Rumah Sakit, meliputi kemampuan untuk melakukan tindakan :
  - a) Seksio Sesaria,
  - b) Histerektomia,
  - c) Reparasi Ruptura Uteri, Cedera kandung/saluran kemih,
  - d) Perawatan intensif ibu dan neonatal,
  - e) Transfusi darah.

- 9) 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.
- 10) Penanganan definitif adalah penanganan/pemberian tindakan terakhir untuk menyelesaikan permasalahan setiap kasus komplikasi kebidanan.
- 11) Perhitungan jumlah ibu dengan komplikasi kebidanan di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama adalah dihitung berdasarkan angka Estimasi 20% dari Total Ibu Hamil di satu wilayah pada kurun waktu yang sama.
- 12) 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.
- 13) Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara professional 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

Cakupan  
Komplikasi  
Kebidanan  
yang  
ditangani

=

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

Jumlah ibu dengan komplikasi kebidanan di  
satu wilayah dalam kurun waktu yang sama

x 100%

2) Pembilang

Jumlah komplikasi kebidanan di satu wilayah tertentu yang mendapat penanganan definitive 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 :

$$\frac{2.250 \times 100\%}{20\% \times 1,1 \times 2,3\% \times 500.000} = 88,9\%$$

**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) 4)Acuab Asuhan Persalinan Normal/APN tahun 2007;
- 5) Standar Pelayanan Kebidanan (th.2003);
- 6) Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat (PWS-KIA)tahun 2004;
- 7) Pedoman Pengembangan PONEK 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 system 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 Buhas 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 Ibi 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 professional.

**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

Cakupan  
Pertolongan  
Persalinan  
oleh Tanaga  
Kesehatan

=

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

Jumlah seluruh sasaran di satu wilayah  
dalam kurun waktu yang sama

x 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 disatu 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 =

10.500

1,05 X 2,3% X 500.000

x 100%

= 86,96%

**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/penggantian 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 dihitung melalui estimasi dengan rumus:  $1,05 \times \text{Crude Birth Rate (CBR)} \times \text{jumlah Penduduk}$ . 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 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

Cakupan Pelayanan Nifas

=

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

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

x 100%

- 2) Pembilang
- Jumlah ibu nifas yang telah memperoleh 3 kali pelayanan nifas sesuai standar disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- 3) Penyebut
- Jumlah seluruh ibu nifas disatu 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 =

10.000

1,05 x 2,3% x 500.000

x 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) Pencatatn 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 neonatrum , infeksi/ sepsis, trauma lahir, BBLR (berat badan lahir rendah <2500 gr), sindroma gangguan pernapasan, kelainan congenital.
- 3) Neonatus dengan komplikasi yang ditangani adalah neonatus komplikasi yang mendapat pelayanan oleh tenaga kesehatan yang terlatih, dokter, dan bidan disarana pelayanan kesehatan.
- 4) Perhitungan sasaran neonatus dengan komplikasi: dihitung berdasarkan 15% dari jumlah bayi baru lahir. Jika tidak diketahui jumlah bai baru lahir maka dapat dihitung dari Crude Birth Rate x jumlah penduduk. Angka CBR dan jumlah penduduk kab / kota di dapat dari data BPS kab/kota/provinsi
- 5) Indicator ini mengukur kemampuan manajemen progam KIA dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara professional kepada neonatus dengan komplikasi .
- 6) Sarana pelayanan kesehatan adalah pelindas, praktek bidan, puskesmas, puskesmas perawatan/PONED, rumah bersalin, dan rumah sakit pemerintah/ swasta.
- 7) Penanganan definitive adalah pemberian tindakan akhir pada setiap kasusu 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 deseluruh sarana pelayanan kesehatan.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

Cakupan Neonatus dengan Komplikasi yang ditangani

=

Jumlah neonatus dengan komplikasi yang tertangani

Jumlah seluruh neonatus dengan komplikasi yang ada

x 100%

2) Pembilang

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

3) Penyebut

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

- 4) Ukuran/konstanta  
Prosentase (%)
- 5) Contoh perhitungan  
Jumlah seluruh neonatus dikec.A tahun 2003 = 300 neonatus.  
Jumlah perkiraan neonatus dengan komplikasi di kec.A adalah  $15\% \times 300 = 45$  neonatus.  
Jumlah neonatus komplikasi yang memperoleh pelayanan kes. sesuai standar = 20 neonatus.  
Cakupan neonatus yang tertanami =  $20/45 \times 100\% = 44\%$

**d. Sumber Data**

- 1) SIMPUS
- 2) SIRS
- 3) Laporan Pelaksanaan Audit Maternal dan Terinatal

**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 obstetric 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 belum lahir untuk dokter, bidan dan perawat dirumah sakit, tahun 2004
- 10) Pedoman pemantauan wilayah setempat (PWS-KIA), tahun 2004
- 11) Pedoman pengembangan PONED, tahun 2004
- 12) Pedoman teknis Audit maternal-perinatal ditingkat kab/kota, tahun 2007
- 13) Pedoman pelayanan kebidanan dasar berbasis HAM dan kedisiplinan 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 bufas komplikasi
- 2) Pelayanan kesehatan pasca persalinan untuk ibu dan neonatal sesuai standar
- 3) Penyediaan sarana, peralatan, laboratorium, obat esensial yang 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 pemantauan audit maternal perinatal (AMP)
- 10) Rujukan pasien, tenaga medis, dan specimen.

**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 dirumah, 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 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

Cakupan  
kunjungan bayi

=

Jumlah bayi memperoleh pelayanan kesehatan  
sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun  
waktu tertentu

Jumlah seluruh bayi lahir hidup di satu wilayah  
dalam kurun waktu yang sama

x 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 yang 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

Jumlah 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  $5.000/6210 \times 100\% = 80,52\%$

**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.(UUNo.32 tahun 2004 tentang pemerintahan daerah)
- 2) Desa adalah satuan masyarakat hukum yang memiliki kewenangan untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat berdasarkan asal-usul dan adat istiadat setempat yang diakui dalam system 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 folio, 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 atau kelurahan Universal Child Immunization (UCI) adalah desa atau kelurahan dimana > 80% dari jumlah bayi yang ada di desa tersebut sudah mendapat imunisasi dasar lengkap dalam waktu 1 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 tersebut
- 3) Penyebut  
Seluruh desa/kelurahan di satu wilayah kerja dalam waktu yang sama
- 4) Ukuran/Konstanta  
Presentase (%)
- 5) Contoh Perhitungan  
Jumlah desa/kelurahan UCI di kabupaten/kota X sebanyak 75 desa.  
Jumlah desa di kabupaten atau kota X sebanyak 90 desa. Presentase desa./kelurahan UCI di wilayah kabupaten/kota X =  $75/90 \times 100\% = 83,3\%$

**d. Sumber Data**

SIMPLUS, 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 kali dalm setahun yang tercatat di kohort anak balita dan prasekolah, buku KIA/KMS, atau buku pencatatan dan pelaporan lainnya.
- 3) Pemantauan pertumbuhan adalah pengukuran berat badan tertinggi atau panjang badan ( BB atau TB). Ditingkat masyarakat pemantauan pertumbuhan adalah pengukuran berat badan perumur (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 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 hiperaktivitas.  
Bila ditemukan penyimpangan atau gangguan perkembangan harus dilakukan rujukan kepada tenaga kesehatan yang lebih mamiliki kompetensi.
- 5) Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan setiap anak usia 12 - 59 bulan dilaksanakan melalui layanan SDIDTK minimal 2 kali per tahun (setiap 6 bulan) dan tercatat pada kohort anak balita dan prasekolah atau pencatatan laporan lainnya. Pelayanan SDIDTK dilaksanakan oleh tenaga kesehatan , ahli gizi, penyuluh kesehatan masyarakat dan petugas sector 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

Cakupan pelayanan anak balita

=

Jumlah anak balita yang memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu

Jumlah seluruh bayi lahir hidup di satu wilayah dalam kurun waktu yang sama

x 100%



- 2) Pembilang  
Jumlah anak balita (12-59 bulan) 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) Unkuran/Konstanta  
Presentase (%)
- 5) Contoh perhitungan  
Jumlah anak balita di kabupaten A tahun 2003 adalah 6.000 orang.  
Jumlah anak balita yang memperoleh pelayanan keehatan 3.000 orang  
Presentase cakupan =  $3.000/6.000 \times 100\% = 50\%$

**d. Sumber Data**

- 1) Kohort balita
- 2) Laporan rutin SKDM
- 3) Buku KIA
- 4) KMS
- 5) Pencatatn pada pos PAUD (Pemantauan Anak Usia Dini), Taman bermain, taman penitipan anak, taman kanak-kanak, raudatul athfal dll.

**e. Rujukan**

- 1) Buku standart 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) Pemantaun pertumbuhan anak usia 12-59 bulan minimal 8 kali 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) Penyerdiaan 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 instant 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

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

## 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 yang mendapat MP-ASI di Kab.A dalam kurun waktu 1 (satu) tahun : 5.000 anak

Jumlah seluruh anak usia 6-24 bulan keluarga miskin 6-24 bulan keluarga miskin di Kab.A : 5.500 anak.

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 (maramus,kwashiorkor,dan maramus-kwasiorkor)
  - 3) Perawatan adalah perawatan sesuai tatalaksana gizi buruk.

**b. Definisi Operasional**  
Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan adalah balita gizi buruk yang di tangni disaranan pelayananan kesehatan sesuai tatalaksana gizi buruk di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

- c. Cara perhitungan/Rumus**
- 1) Rumus

Cakupan balita gizi buruk = 
$$\frac{\text{Jumlah balita gizi buruk yang dirawat}}{\text{Jumlah balita gizi buruk yang ditemukan}} \times 100\%$$

- 2) Pembilang  
Jumlah balita gizi buruk mendapat perawatan di sarana pelayanan kesehatn di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu
- 3) Penyebut  
Jumlah seluruh balita gizi buruk yang ditemukan disatu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.
- 4) Ukuran /konstanta  
Persentase (%).
- 5) Contoh perhitungan  
Jumlah balita gizi buruk yang mendapat perawatan di sarkes di Kab. A dalam kurun waktu 1 (satu) tahun 16 balita  
Jumlah seluruh balita gizi buruk yang ditemukan di Kab. A : 20 Balita  
Persentase cakupan balita gizi buruk yang mendapat perawan :

$$\frac{16}{20} \times 100\% = 80\%$$

**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 tata laksana KEP pada anak dirumah sakit Kab/Kota, tahun 1998;
- 2) pedoman tatalaksana KEP pada anak dipuskesmas dan rumah tangga, tahun 1998;
- 3) buku bagan tatlaksana 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 pertemuan kasus secara aktif
- 2) Respon cepat penanganan kasus gizi buruk
- 3) Pelatihan tatalaksan 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, Nutrisisionis, 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 sector 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 daar 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 di latih 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) Indicator ini mengukur kemampuan manajemen program usaha kesehatan anak sekolah dalam melindungi anak sekolah sehingga kesehatannya terjamin melalui pelayanan kesehatan.

**b. Definisi operasional**

Cakup 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

Cakupan  
penjangkaran  
kesehatan  
SD dan setingkat

siswa

=

Jumlah murid SD dan setingkat yang diperiksa  
kesehatannya oleh tenaga terlatih di satu  
wilayah kerja pada kurun waktu tertentu

x

100%

Jumlah murid SD dan setingkat di satu wilayah  
kerja dalam kurun waktu yang sama

- 2) Pembilang  
Jumlah murid kelas 1 SD dan setingan yang diperiksa kesehatannya melalui penjangkaran kesehatan oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih ( guru UKS/ dokter kecil ) di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- 3) Penyebut  
Jumlah murid kelas 1 SD dan setingkat di satu 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 kesehatanya melalui penjangkaran kesehatan 9.000 orang  
Persentase cakupan :

9.000

—————

12.000

X

100%

=

75%

**d. Sumber data**

- 1) Catatan dan pelaporan hasil penjangkaran kesehatan (laporan kegiatan UKS) (sumber data diperbaiki, data akan masuk kepuskesmas melalui tenaga kesehatan);
- 2) Data diknas/BPS setempat;

**e. Rujukan**

- 1) Buku pedoma 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) Penjaringan 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 isterinya berusia 15-49 tahun.
  - 3) Angka cakupan peserta KB aktif menunjukkan tingkat pemanfaatan kontrasepsi diantara para pasangan usia subur (PUS).

- b. **Definisi operasional**

Cakupan peserta KB aktif adala jumlah peserta KB aktif dibandingkan dengan jumlah pasangan usia subur (PUS) disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

- c. **Cara perhitungan/rumus**
  - 1) Rumus

Cakupan  
peserta  
KB aktif

=

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

Jumlah PUS di satu wilayah kerja pada kurun  
waktu yang sama

x

100%

- 2) Pembilang  
Jumlah PUS yang menggunakan kontrasepsi disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- 3) Penyebut  
Jumlah seluruh pasangan usia subur disatu 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 dikabupaten 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) Instrument kajian mandiri pelayanan KB, tahun 2007;
- 7) Panduan audit medik pelayanan KB, tahun 2004;
- 8) Analisis situasi dan 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) Pelayanan klinis pelatihan kontrasepsi terkini/Contraceptive Technical Update
- 6) Pelatihan peningkatan kinerja pelayanan KB
- 7) Pelatihan penggunaan alat Bantu pengambilan keputusan (ABPK) ber-KB
- 8) Penguatan system informasi pelayanan KB
- 9) Supervise, 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 14 tahun dengan kelumpuhan yang sifatnya flaccid (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 criteria tertentu.

**2) Definisi operasional**

Jumlah kasus AFP non polio yang ditemukan diantara 100.000 penduduk < 15 tahun pertahun disatu wilayah kerja tertentu.

**3) Cara perhitungan/rumus****a) Rumus**

$$\text{Non Polio AFP rate per 100.000 penduduk} = \frac{\text{Jumlah kasus AFP non polio yang dilaporkan}}{\text{Jumlah penduduk < 15 tahun}} \times 100.000$$

**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 disatu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama.

**d) Ukuran konstanta**

Proporsi per 100.000 penduduk

**e) Contoh perhitungan**

Jumlah penduduk < 15 thn di kabupaten A thn 2005 sebanyak 598.000 jiwa, berarti target yang harus dicapai dalam 1 tahun adalah 11 kasus. Selama tahun 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 specimen

**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) klasifikas pada kelompok umur <2 bulan adalah ineksi bakteri sistemik dan infeksi bakteri local.
  - Klasifikasi pneumonia berat didasarkan pada adanya batuk dan /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 nafas cepat lebih atau sama dengan 60 x per menit
  - Klasifikasi pneumonia didasarkan pada adanya batuk dan/ atau kesukaran bernafas disertai adanya nafas cepat. Batas nafas cepat pada anak usia 2 bulan - < 1 tahun adalah 50 kali per menit 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 ke dalam. Dengan demikian klasifikasi batuk bukan pneumonia mencakup penyakit-penyakit ISPA lain diluar Pneumonia seperti batuk pilek (Common Cold, pharyngitis, tonsillitis, otitis)
- Diberikan tatalaksana adalah diberika pelayanan sesuai klasifikasinya, untuk pneumonia diberikan antibiotika dan pneumonia berat dirujuk kesarana kesehatan yang lebih memadai;
- Sarana kesehatan adalah semua sarana pelayanan kesehatan, bai 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 disarana kesehatan disatu wilayah dalam waktu satu tahun.

**3) Cara perhitungan/rumus**

**a) Rumus**

Cakupan balita dengan pneumonia yang ditangani

=

Jumlah penderita pneumonia balita yang ditangani di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun

Jumlah perkiraan penderita pneumonia balita di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama

X 100%

**b) Pembilang**

Jumlah penderita pneumonia balita yang ditangani di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun.

- c) **Penyebut**  
Jumlah perkiraan penderita pneumonia balita disatu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.
- d) **Ukuran konstanta**  
Persentase (%)
- e) **Contoh perhitungan**  
Jumlah penduduk diwilayah 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:  $10\% \times 3000$

Balita = 300 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**

- a) Kartu penderita/ register harian, dan laporan bulanan puskesmas/medical record RS
- b) Kartu penderita/ register pasien fasilitas swasta/Medical Record rumah sakit swasta.

#### 5) **Rujukan**

- a) KEPMANKES RI No. 1537A/MENKES/SK/XII/2002 tentang pedoman pemberantasan penyakit infeksi saluran pernafasan akut untuk penanggulangan pneumonia pada balita.
- b) Buku tatalaksan pneumonia balita.
- c) Pedoman MTBS

#### 6) **Target**

Tahun 2010 : 100%

#### 7) **Langkah kegiatan**

- a) 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
  - Pelatihan peningkatan manajemen program ISPA
  - Pelatihan MTBS
  - Pelatihan Autopsi Verbal balita
  - Pelatihan tata laksana pneumonia balita
- d) Penyuluhan ke masyarakat
- e) Jejaring kerja dan kemitraan
- f) Pengumpulan, pengolahan , dan analisa data
- g) Monitoring/supervise 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 pasie TB melalui pemeriksaan dahak suwaktu pagi dan suwaktu (SPS) dan diobati di unit pelayanan kesehatan dalam suatu wilayah kerja pada waktu tertentu.
  - b) Pasien baru adalah pasien yang belum pernah di obati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (30 dosis ) harian
  - c) Di obati 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

Presentase  
penemuan  
pasien baru TB  
BTA positif

=

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

Jumlah perkiraan pasien baru TB BTA  
positif dalam satu wilayah selama waktu  
satu tahun

X 100%

- b) **Pembilang**
- Jumlah pasien baru TB BTA positif yang ditemukan dan di obati dalam satu wilayah selama satu tahun.
- c) **Penyebut**
- Jumlah perkiraan pasien baru TB BTA (+) dalam satu wilayah pada waktu satu tahun.
- Perkiraan pasien baru pada 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 prevalens 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 se tahun 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 tuberculosis

**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) Prana labkes
- g) Radiographer

**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 tourniquet positif)
  - Disertai/tanpa pembesaran hati (Hepatomegali)
  - Trombositopenia (Trombosit  $\leq 100.000/\text{ul}$ )
  - Peningkatan Hematokrit  $\geq 20\%$
- b) Penderita DBD yang ditangani sesuai standar/SOP adalah :
  - Penderita DBD yang di diagnosis dan diobati/dirawat sesuai standar.
  - Di tindak lanjuti dengan penanggulangan focus (PF).
    - Penanggulangan focus (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 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 tourniquet positif)
  - Pembesaran hati
  - SyokKriteria laboratorium :
  - Trombositopenia (Trombosit < 100.000/ul)
  - Hematokrit naik > 20%Atau :  
Penderita yang menunjukkan hasil positif pada pemeriksaan HI Test atau hasil positif pada pemeriksaan antibody 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 ulu hati akibat adanya pendarahan lambung , perabaan hati.
  - Uji tourniquet
    - Pemeriksaan laboratorium atau rujukan pemeriksaan laboratorium (sekurang-kurangnya pemeriksaan trombosit dan hematokrit)
    - Memneri pengobatan simptomatis
    - Merujuk penderita kerumah sakit
    - 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 ulu hati akibat adanya pendarahan lambung, perabaan hati.
  - Uji tourniquet
  - Pemeriksaan laboratorium ( sekurang-kurngnya pemeriksaan trombosit dan hematokrit)
  - Memberi perawatan
  - Melakukan perawatan 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**

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

- b) Pembilang  
Jumlah penderita DBD yang di tangani sesuai standar operasional prosedur (SOP) di satu wilayah dalam waktu satu tahun.
- c) Penyebut  
Jumlah penderita DBD yang di temukan di suatu wilayah dalam waktu satu tahun yang sama
- d) Ukuran/konstanta:  
Persentase (%)
- e) Contoh perhitungan  
Pada tahun 2007, di kabupaten A di laporkan 100 penderita yang didiagnosis klinis DBD, 80 diantaranya di tangani sesuai SOP (didiagnosis dan diobati/ di rawat sesuai standard an di tindaklanjuti dengan penanggulangan focus). Jadi persentase penderita DBD yang di tangani 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) Penegakan 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 erring 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 survey 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 di satu wilayah kerja dalam waktu satu tahun.

2) **Defini Operasonal**

Penemuan penderita diare adalah jumlah penderita yang datang dan di layani disarana kesehatan dan kader di suatu wilayah tertentu dalam waktu satu tahun.

3) **Cara Perhitungan/Rumus**

- a) Rumus

Jumlah penderita diare yang datang dan dilayani  
di sarana kesehatan dan kader di satu wilayah  
tertentu dalam waktu satu tahun

Penderita  
DBD yang  
ditangani

=

Jumlah perkiraan penderita diare pada satu  
wilayah tertentu dalam waktu yang sama (10%  
dari angka kesakitan diare X jumlah penduduk)

X

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 dalam 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 suau wilayah 30.000 jiwa, angka kesakitan diare pada tahun 2007 sebesar 423 per 1.000 penduduk, maka perkiraan jumlah penderita diare semua umur adalah : 30.000 X 423/1000 = 12.690 penderita  
Perkiraan cakupan pelayanan di sarana kesehatan dan kader adalah 10% X 12.690 penderita = 1.269 penderita  
Misal penderita diare yang di tangani sesuai standar = 800 penderita, maka % penderita diare yang di tangani = (800/1.269) X 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, penglahan, 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 disarana 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 disarana 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 criteria tertentu menggunakan 14 (empat belas) variabel kemiskinan dalam satuan rumah tangga Miskin (RTM)

b) **Defini Operasional**

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

c) **Cara perhitungan rumus**

1) **Rumus**

Cakupan pelayanan kesehatan dasar maskin

=

Jumlah kunjungan pasien maskin di sarkes strata I

Jumlah seluruh maskin di Kabupaten/Kota

X 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) 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 social ekonomi 2005, badan pusat statistic, 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

## B. PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN

### 1. 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 diruang rawat inap disarana 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 disarana kesehatan strata dua dan strata tiga pada kurun waktu tertentu (lama & baru).

**c. Cara perhitungan/rumus**

1) Rumus

Cakupan  
rujukan  
maskin

=

Jumlah pasien maskin di  
sarkes strata II dan III

Jumlah seluruh maskin di  
Kabupaten/Kota

X

100%

2) Pembilang

Jumlah kunjungan pasien maskin selama 1 tahun (lama&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

6) Persentase cakupan pelayanan kesehatan dasar : 10.000/150.000 X 100% = 6,66%

**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%

**g. Langkah Kegiatan**

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

**h. SDM**

- 1) Dokter Spesialis
- 2) Dokter Umum
- 3) Perawatan
- 4) Tenaga Kesehatan Lainnya

2. **Cakupan Pelayanan Gawat Darurat Level 1 yang Harus Diberikan Sarana Kesehatan (RS) di Kabupaten**

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 Cardias Life Support

b. **Definisi Operasional**

Pelayanan Gadar level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan (RS) di Kab/Kota.

c. **Cara perhitungan/rumus**

- 1) Rumus

Pelayanan gawat darurat level I =  $\frac{\text{Pelayanan gawat darurat level I}}{\text{Jumlah RS di Kabupaten/Kota}} \times 100\%$

- 2) Pembilang  
Jumlah RS yang mampu memberikan palayanan Gadar 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 (2 RS),(5 puskesmas), (8 RB ) = 20 sarkes  
Persentase sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawat darurat yang dapat di akses masyarakat = 20/30 X 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 dan Bappenas)
- 5) Pencatatan
- 6) Diklat

- h. **SDM**  
Tim Gawat Darurat (Dokter Umum dan Perawat)

**C. PENYELIDIKAN EPIDEMIOLOGI DAN PENANGGULANGAN KLB**

**1. 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 di terima 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) Penanggulan 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 di tangani < 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

Cakupan desa/kel  
yang  
ditangani < 24 jam

KLB  
yang

=

Jumlah KLB di desa/kel yang ditangani  
< 24 jam dalam periode tertentu

Jumlah KLB di desa/kel yang terjadi  
pada periode yang sama

X 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 didesa/kelurahan tersebut, dan ikut dimasukkan dalam perhitungan 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 tertentu.
- 4) **Ukuran/Konstanta**

Persentase (%).

5) Contoh perhitungan

Data terjadinya KLB di Kabupaten “X” Januari s/d Desember tahun 2009

Kel/ Desa	Jan	Feb	Mar	dst	Des	Frek KLB	Jml KLB ditangani < 24jam	Jml KLB di desa/ kel	Keterangan
A	X	X	X	-	-	3	3	3	Jml desa/kel mengalami KLB dihitung 3, krn KLB didesa/kel A terjadi 3 kali pada tahun tsb
B	-	-	-	-	-	0	0	0	Tidak dihitung, krn tidak terjadi KLB.
C	-	X	-	-	-	1	0	1	Jml desa/kel mengalami KLB dihitung 1, krn KLB didesa/Kel A terjadi 1 kali pada tahun tsb
D	-	-	X	-	X	2	1	2	Jml desa/kel mengalami KLB dihitung 2, krn KLB didesa/Kel A terjadi 2 kali pada tahun tsb
E	X	X	X	-	X	4	2	4	Jml desa/kel mengalami KLB dihitung 4, krn KLB didesa/Kel A terjadi 4 kali pada tahun tsb
JML	2	3	3	0	2	10	6	10	

Keterangan:  
1. (X) : Terjadi KLB  
2. (-) : Tidak terjadi KLB  
Hasil perhitungan pencapaian target berdasarkan indicator di Kabupaten X Tahun 2009 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

**D. PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT**

**1. 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 yang berfungsi sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar, penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan, surveillance berbasis masyarakat yang meliputi pemantauan pertumbuhan (Gizi), penyakit, lingkungan dan perilaku sehingga masyarakat 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 di kelola oleh 1 orang bidan dan minimal 2 orang kader dan merupakan coordinator dari UKBM yang ada.
- 4) Pelayanan kesehatan dasar adalah pelayanan kesehatan yang sesuai kewenangan bidan penanggung jawab poskesdes, selanjutnya dirujuk ke puskesmas apabila tidak bisa di tangani.
- 5) Surveilans penyakit yang berbasis masyarakat adalah upaya pengamatan dan pencatatan yang di lakukan 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 masyarakat menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dibandingkan dengan jumlah desa siaga yang dibentuk.

**c. Cara perhitungan/rumus**

- 1) Rumus

$$\text{Cakupan desa} = \frac{\text{Jumlah desa siaga yang aktif}}{\text{Jumlah desa}} \times 100\%$$

siaga aktif

---

Jumlah desa siaga yang dibentuk

- 2) Pembilang  
Jumlah desa siaga yang aktif disatu wilayah pada kurun waktu tertentu.
- 3) Penyebut  
Jumlah desa siaga yang dibentuk disatu wilayah pada kurun waktu tertentu.
- 4) Ukuran/ konstanta  
Persentase (%)
- 5) Contoh perhitungan
 

Jumlah desa diwilayah Kab A seluruhnya	= 75 Desa
Jumlah desa siaga yang dibentuk	= 60 Desa
Jumlah desa siaga yang aktif	= 45 Desa
Desa siaga aktif (45/60 X 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 dikelas, 1 hari di lapangan.
  - b) Persiapan masyarakat:
    - Pembentukan forum melalui pertemuan tingkat desa (3kali/ tahun)
    - Survey mawas diri (pendataan kelapangan atau pertemuan rembuk desa) 2 kali/tahun)
    - Musyawarah masyarakat desa : 2 kali/ tahun.
- 2) Pelaksanaan
  - a) Pelayanan kesehatan dasar
  - b) Kader dan toma melakukan surveilan berbasis masyarakat (pengamatan sederhana) thd KIA, Gizi, Kesling, Penyakit, PHBS, melakukan pendataan PHBS dengan survey 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 ( 1 bulan sekali).

**h. SDM**

- 1) Bidan atau petugas kesehatan lainnya

- 2) Kader
- 3) Tokoh masyarakat



**II. PELAYANAN KESEHATAN SESUAI DENGAN KEBUTUHAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN YANG DILAKUKAN OLEH KABUPATEN KUDUS**

**1. Ibu Hamil Risiko Tinggi yang Dirujuk**

**a. Pengertian**

- 1) Risti/Komplikasi adalah keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi.
- 2) Risti/komplikasi kebidanan meliputi: (Hb < 8 g%, Tekanan darah tinggi (sistole > 140 mmHg, Diastole > 90 mmHg, Oedema nyata, eklamsia, perdarahan pervaginam, ketuban pecah dini, Letak lintang pada usia kehamilan > 32 minggu, letak sungsang pada primigravida, infeksi berat/sepsis, persalinan prematur.
- 3) Bumil Risti / komplikasi yang dirujuk adalah Bumil Risti / Komplikasi yang ditemukan untuk mendapat pertolongan pertama dan rujukan oleh tenaga kesehatan.

**b. Definisi Operasional**

Ibu Hamil Risiko Tinggi yang Dirujuk adalah Ibu hamil Risiko tinggi/komplikasi yang ditemukan/dirujuk di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

- 1) Rumus

Ibu Hamil risti/  
Komplikasi  
yang dirujuk

$$= \frac{\text{Jml Bumil risti/ Komplikasi ditemukan/dirujuk}}{\text{Jml seluruh sasaran Bumil risti/Komplikasi}} \times 100\%$$

- 2) Pembilang  
Jumlah ibu hamil risiko tinggi/komplikasi yang ditemukan/ dideteksi / dirujuk di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- 3) Penyebut  
Jumlah ibu hamil risiko tinggi/komplikasi yang ada di wilayah kerja pada kurun waktu yang sama (20% total ibu hamil).  
Perhitungan perkiraan ibu hamil dapat dilihat pada indikator cakupan kunjungan ibu hamil K4.
- 4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%)
- 5) Contoh Perhitungan  
Jumlah Penduduk 500.000, Angka Kelahiran Kasar (CBR) 2,3 %. Hasil cakupan ibu hamil Risti/komplikasi = 2250 Januari - Desember tahun 2003, maka :

Cakupan Ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk adalah :

Ibu Hamil  
risti/  
Komplikasi  
yang dirujuk

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

Catatan :  
Jumlah seluruh sasaran ibu Bumil Risti/komplikasi =  
20 % X Total Bumil  
Total Bumil = 1,1 X CBR X Total Populasi ( Penduduk )

**d. Sumber Data**

- 1) SIMPUS dan SIRS termasuk pelayanan yang dilakukan oleh swasta;
- 2) Laporan AMP.

**e. Rujukan**

- 1) Buku Pegangan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal;
- 2) Standar Pelayanan Kebidanan (SPK);
- 3) Pelayanan Kebidanan Dasar;
- 4) PWS – KIA;
- 5) Pedoman Asuhan Persalinan Normal/ APN;
- 6) Pedoman AMP;

**f. Target**

- Target 2010 : 100 %
- Target 2015 : 100 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Persiapan Pelayanan Antenatal;
- 2) Pelayanan ANC;
- 3) Pemantauan & Evaluasi ;
- 4) Persiapan Pelayanan Pertolongan Persalinan;
- 5) Persiapan Pendeteksian Bumil Risti/Komplikasi;
- 6) Deteksi Bumil Risti/Komplikasi;

**2. Cakupan Bayi Berat Lahir Rendah/BBLR yang Ditangani**

**a. Pengertian**

- 1) Cakupan bayi berat lahir rendah adalah cakupan bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram yang ditimbang pada saat lahir sampai dengan 24 jam pertama setelah lahir.
- 2) Penanganan BBLR meliputi pelayanan kesehatan neonatal dasar (tindakan resusitasi, pencegahan hipotermia, pemberian ASI dini dan eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, talipusat, kulit, dan pemberian imunisasi); pemberian vitamin K; manajemen terpadu bayi muda (MTBM); penanganan penyulit/komplikasi/masalah pada BBLR dan penyuluhan perawatan neonatus di rumah menggunakan Buku KIA.
- 3) Setiap BBLR memperoleh pelayanan kesehatan yang diberikan di sarana pelayanan kesehatan maupun pelayanan melalui kunjungan rumah oleh Dokter, Bidan dan Perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan neonatal dan penanganan BBLR.

**b. Definisi Operasional**

Cakupan Bayi Berat Lahir Rendah/BBLR yang Ditangani adalah cakupan BBLR yang ditangani sesuai standar oleh Dokter, Bidan dan Perawat yang memiliki

kompetensi klinis kesehatan neonatal dan penanganan BBLR, di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

1) Rumus

Cakupan BBLR = 
$$\frac{\text{Jml BBLR ditangani sesuai standar}}{\text{Jml BBLR di wilayah kerja}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah kunjungan BBLR yang ditangani sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan, di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah BBLR di wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Jumlah BBLR yang ditangani bidan MM tahun 2003: *6 bayi*.

Jumlah seluruh BBLR di desa M tahun 2003: *9 bayi*.

Cakupan BBLR ditangani =  $6 / 9 \times 100 \% = 67 \%$ .

**d. Sumber Data**

SIMPUS, SIRS dan Klinik.

**e. Rujukan**

- 1) Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial;
- 2) Modul Manajemen Terpadu balita Sakit;
- 3) Modul Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM);
- 4) Buku KIA.

**f. Target**

- Target 2010 : 100%
- Target 2015 : 100%

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Pelatihan klinis kesehatan neonatal dan penanganan BBLR;
- 2) Pemantauan pasca pelatihan kesehatan neonatal dan penanganan BBLR;
- 3) Pemantauan BBLR ditangani melalui kunjungan neonatal (KN) di dalam gedung dan luar gedung;
- 4) Pelayanan rujukan BBLR;
- 5) Pembahasan audit kematian BBLR.

**3. Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa TK, SD dan setingkat oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih/guru UKS/Dokter Kecil**

**a. Pengertian**

- 1) Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) adalah upaya terpadu lintas program dan lintas sektor dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan serta membentuk perilaku hidup sehat anak usia sekolah yang berada di sekolah.
- 2) Pelayanan kesehatan pada UKS adalah pemeriksaan kesehatan umum, kesehatan gigi dan mulut siswa TK, SD dan setingkat melalui penjangkaran kesehatan terhadap murid TK, murid kelas 1 Sekolah Dasar dan Madrasah Ibtidaiyah yang

dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama dengan guru UKS terlatih dan dokter kecil secara berjenjang (penjaringan awal oleh guru dan dokter kecil, penjaringan lanjutan oleh tenaga kesehatan).

- 3) Tenaga Kesehatan adalah tenaga medis, keperawatan atau petugas Puskesmas lainnya yang telah dilatih sebagai tenaga pelaksana UKS/UKGS.
- 4) Guru UKS adalah guru kelas atau guru yang ditunjuk sebagai pembina UKS di sekolah dan telah dilatih tentang UKS.
- 5) Dokter kecil adalah kader kesehatan sekolah yang biasanya berasal dari murid kelas 4 dan 5 SD dan setingkat yang telah mendapatkan pelatihan dokter kecil.

**b. Definisi Operasional**

Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa TK, SD dan setingkat adalah cakupan seluruh siswa TK, SD, & setingkat (TK/RA, SD/MI) yang diperiksa kesehatannya oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih (guru UKS, dokter kecil ) paling sedikit 2x setahun

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

1) Rumus

Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa TK,SD dan setingkat

=

Jml siswa TK, SD dan setingkat (TK/RA,SD/MI) yg diperiksa kesehatannya oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih 2 x setahun

Jumlah seluruh siswa TK, SD dan setingkat (TK/RA, SD/MI) di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu

X 100%

2) Pembilang

Jumlah siswa TK, SD dan setingkat (TK/RA,SD/MI) yang diperiksa kesehatannya oleh tenaga kesehatan/ tenaga terlatih (guru UKS/dokter keci) 2x setahun.

3) Penyebut

Jumlah siswa TK, SD dan setingkat (TK/RA,SD/MI) di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu

4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Jumlah seluruh siswa TK, SD dan setingkat di Kabupaten X pada 1 tahun adalah 12.000 orang.  
Jumlah seluruh siswa TK,SD dan setingkat yang diperiksa kesehatannya melalui penjaringan kesehatan 9.000 orang  
Cakupan = 9.000/12.000 x 100 % = 75 %.

**d. Sumber Data**

- 1) Catatan dan pelaporan hasil penjaringan kesehatan (Laporan kegiatan UKS);
- 2) Data Diknas/BPS setempat.

**e. Rujukan**

- 1) Buku Pedoman UKS untuk Sekolah Dasar;
- 2) Buku Pedoman Penjaringan Kesehatan;
- 3) Buku Pedoman UKGS murid Sekolah Dasar.

**f. Target**

- Target 2010 : 80 %
- Target 2015 : 80 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Pengadaan dan Pemeliharaan UKS Kit , UKGS Kit;
- 2) Perencanaan kebutuhan anggaran, logistik dan pelatihan;
- 3) Pelatihan petugas, guru UKS / UKGS dan kader kesehatan sekolah;
- 4) Pelayanan Kesehatan;
- 5) Pencatatan dan Pelaporan.

**4. Cakupan Pemeriksaan Kesehatan Siswa SLTP, SLTA dan setingkat oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih/ guru UKS/ Kader kes remaja**

**a. Pengertian**

- 1) Pemeriksaan kesehatan siswa adalah pemeriksaan kesehatan umum (TB, BB, Kulit, ketajaman mata, pendengaran, gigi mulut) yang dilaksanakan oleh nakes bagi siswa SLTP, SLTA atau setingkat.
- 2) Tenaga kesehatan adalah tenaga medis, keperawatan atau petugas puskesmas lainnya yang telah dilatih sebagai tenaga pelaksana UKS/ UKDS.
- 3) Guru UKS adalah guru kelas atau guru yang ditunjuk sebagai pembina UKS di sekolah dan telah dilatih tentang UKS.
- 4) Kader Kesehatan remaja berasal dari siswa SLTP, SLTA dan setingkat yang mendapat pelatihan kader kesehatan sekolah.

**b. Definisi Operasional**

Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa SLTP, SLTA adalah cakupan seluruh siswa SLTP, SLTA dan setingkat (SMP/MTs, SMA/MA) yang diperiksa kesehatannya oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih (guru UKS/kader kes remaja) paling sedikit 2x setahun

**c. Cara Perhitungan**

- 1) Rumus :

Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa SLTP,SLTA dan setingkat

=

Jml siswa SLTP, SLTA dan setingkat (SMP/MTs, SMA/ SMK/MA) yg diperiksa kesehatannya oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih 2 x setahun

Jumlah seluruh siswa SLTP, SLTA dan setingkat (SMP/MTs, SMA/ SMK/MA) di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu

X 100%

- 2) Pembilang  
Jumlah siswa SLTP, SLTA yang setingkat (SMP/MTs, SMA/MA) diperiksa kesnya oleh tenaga kesehatan 2 x setahun di satu wilayah kerja dalam kurun waktu tertentu.
- 3) Penyebut  
Jumlah seluruh siswa , SLTP, SLTA dan setingkat (SMP/MTs, SMA/MA) di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama.

**d. Sumber data**

Laporan Puskesmas.

**e. Rujukan.**

- 1) Buku Pedoman UKS dari Depkes Tahun 1999
- 2) Buku Pedoman Diknas Tahun 1999.
- 3) Renstra 1999-2004

**f. Target**

- Tahun 2010 : 80%

- Tahun 2015 : 80%

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Pengadaan UKS kit
- 2) Perencanaan kebutuhan anggaran, logistik dan pelatihan.
- 3) Pelatihan petugas UKS puskesmas dan kab/kota
- 4) Pelatihan dokter kecil
- 5) Pelayanan kesehatan (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif)
- 6) Pencatatan dan pelaporan.

**5. Cakupan pelayanan kesehatan remaja**

**a. Pengertian**

- 1) Pemeriksaan kesehatan remaja adalah pemeriksaan kesehatan siswa kelas 1 SLTP dan setingkat, kelas 1 SMU dan setingkat melalui penjangkaran kesehatan terhadap murid kelas 1 SLTP dan Madrasah Tsanawiyah, kelas 1 SMU/SMK dan Madrasah Aliyah yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama dengan guru UKS terlatih dan kader kesehatan remaja secara berjenjang (penjangkaran awal oleh guru dan kader kesehatan remaja, penjangkaran lanjutan oleh tenaga kesehatan).
- 2) Tenaga Kesehatan adalah tenaga medis, paramedis atau petugas Puskesmas lainnya yang telah dilatih sebagai tenaga pelaksana UKS.
- 3) Guru UKS adalah guru kelas atau guru yang ditunjuk sebagai pembina UKS di sekolah dan telah dilatih tentang UKS.
- 4) Kader Kesehatan Remaja adalah kader kesehatan sekolah yang biasanya berasal dari murid kelas 1 dan 2 SLTP dan setingkat, murid kelas 1 dan 2 SMU/SMK dan setingkat yang telah mendapatkan pelatihan Kader Kesehatan Remaja.

**b. Definisi Operasional**

Cakupan pelayanan kesehatan remaja adalah cakupan siswa kelas 1 SLTP dan setingkat, (SMP/MTs,SMA/SMK/MA) dan setingkat yang diperiksa kesehatannya oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih (guru UKS/kader kesehatan sekolah) melalui penjangkaran kesehatan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

- 1) Rumus

Cakupan  
Pelayanan  
kesehatan  
Remaja

=

Jml siswa kls 1 SLTP, SLTA & setingkat (SMP/MTs,  
SMA/SMK/MA) yang diperiksa kesehatannya oleh tenaga  
kesehatan atau tenaga terlatih (guru UKS/ kader  
kesehatan remaja)

Jumlah seluruh siswa kls 1 SLTP, SLTA & setingkat  
(SMP/MTs, SMA/SMK/MA) di satu wilayah kerja pada  
kurun waktu tertentu

X 100%

- 2) Pembilang  
Jumlah siswa kelas 1 SLTP, SLTA dan setingkat (SMP/MTs,SMA/SMK/MA) yang diperiksa kesehatannya oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih (guru UKS/kader kesehatan remaja) di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- 3) Penyebut  
Jumlah siswa kelas 1 SLTP, SLTA dan setingkat (SMP/MTs,SMA/SMK/MA) di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- 4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Jumlah siswa kelas 1 SLTP , kelas SMU/SMK dan setingkat di Kabupaten A tahun 2003 adalah *6.000 orang*.

Jumlah murid kelas 1 SLTP , SMU/SMK dan setingkat yang diperiksa kesehatannya *3.000 orang*.

Cakupan =  $3.000/6.000 \times 100 \% = 50 \%$

**d. Sumber Data**

- 1) Catatan dan pelaporan hasil penjangkaran kesehatan Laporan kegiatan UKS);
- 2) Data Diknas/BPS setempat.

**e. Rujukan**

- 1) Buku Pedoman UKS untuk Sekolah Tingkat Lanjutan;
- 2) Buku Pedoman Penjangkaran Kesehatan.

**f. Target**

- Target 2010 : 80%
- Target 2015 : 80%

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Pengadaan dan Pemeliharaan UKS Kit;
- 2) Perencanaan kebutuhan anggaran, logistik dan pelatihan;
- 3) Pelatihan petugas, guru UKS dan dokter kecil;
- 4) Pelayanan Kesehatan;
- 5) Pencatatan dan Pelaporan.

**6. Cakupan Rawat Jalan**

**a. Pengertian**

- 1) Rawat Jalan adalah pelayanan keperawatan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medik tanpa tinggal di ruang rawat inap pada sarana kesehatan.
- 2) Cakupan rawat jalan adalah jumlah kunjungan kasus baru rawat jalan di sarana kesehatan dalam kurun waktu 1 (satu) tahun.
- 3) Kunjungan pasien baru adalah seseorang yang berkunjung ke sarana pelayanan kesehatan dengan kasus penyakit baru.
- 4) Sarana kesehatan adalah tempat pelayanan kesehatan meliputi antara lain : rumah sakit pemerintah dan swasta, puskesmas, balai pengobatan pemerintah dan swasta, praktek bersama dan perorangan.

**b. Definisi Operasional**

Cakupan Rawat Jalan adalah cakupan kunjungan rawat jalan baru di sarana pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

1) Rumus

$$\text{Cakupan Rawat Jalan} = \frac{\text{Jml kunjungan pasien baru Rawat Jalan di Sarkes dlm kurun waktu tertentu}}{\text{Jml penduduk di satu wilayah dlm kurun waktu yg sama}} \times 100\%$$

- 2) Pembilang  
Jumlah kunjungan pasien baru rawat jalan di sarana pelayanan kesehatan dalam kurun waktu tertentu.
- 3) Penyebut  
Jumlah penduduk di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama.
- 4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%).
- 5) Contoh Perhitungan  
Jumlah kunjungan pasien baru RJ di sarkes di Kab. A dalam kurun waktu 1 (satu) tahun : 52.800.  
Jumlah penduduk Kab. A : 2.000.000 orang.

$$\text{Cakupan Rawat Jalan} = \frac{52.800}{2.000.000} \times 100 \% = 2,64 \%$$

**d. Sumber Data**

SIMPUS, SIRS, dan Rekam Medik.

**e. Rujukan**

Pedoman Puskesmas dan Rumah Sakit;

**f. Target**

- Target 2010 : 15 %
- Target 2015 : 15 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Pendataan penduduk, sarana kesehatan, dan kunjungan ke sarana kesehatan;
- 2) Peningkatan prasarana dan sarana kesehatan;
- 3) Analisa kebutuhan pelayanan;
- 4) Penyuluhan;
- 5) Pelatihan SDM;
- 6) Pencatatan pelaporan.

## 7. Cakupan Rawat Inap

**a. Pengertian**

- 1) Rawat Inap adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah sakit pemerintah dan swasta, serta puskesmas perawatan dan rumah bersalin, yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap.
- 2) Penderita adalah seseorang yang mengalami / menderita sakit atau mengidap suatu penyakit.
- 3) Fasilitas pelayanan kesehatan adalah Rumah Sakit baik milik pemerintah maupun swasta, dan Puskesmas.

**b. Definisi Operasional**

Cakupan Rawat Inap adalah cakupan kunjungan rawat inap baru di sarana pelayanan kesehatan swasta dan pemerintah di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

**c. Cara Perhitungan / Rumus**

- 1) Rumus



$$\text{Cakupan Rawat Inap} = \frac{\text{Jumlah penderita rawat inap baru di sarkes dalam kurun waktu tertentu}}{\text{Jml penduduk di satu wilayah dlm kurun waktu yg sama}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah kunjungan rawat inap baru yang mendapatkan pelayanan kesehatan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah penduduk dalam satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%).

5) Contoh Perhitungan

Jumlah kunjungan penderita baru rawat inap di sarkes di Kab. A dalam kurun waktu 1 (satu) tahun : 68.000.

Jumlah penduduk Kab. A : 3.000.000 orang.

$$\text{Cakupan Rawat Inap} = \frac{68.000}{3.000.000} \times 100 \% = 2,26 \%$$

**d. Sumber Data**

SIMPUS, SIRS, dan Rekam Medik.

**e. Rujukan**

Pedoman Puskesmas dan Rumah Sakit.

**f. Target**

- Target 2010 : 1,5 %
- Target 2015 : 1,5 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Pendataan penduduk, sarana kesehatan, dan kunjungan ke sarana kesehatan;
- 2) Peningkatan prasarana dan sarana kesehatan;
- 3) Analisa kebutuhan pelayanan;
- 4) Penyuluhan;
- 5) Pelatihan SDM;
- 6) Pencatatan pelaporan.

## 8. Pelayanan Gangguan Jiwa di Sarana Pelayanan Kesehatan Umum

**a. Pengertian**

- 1) Pelayanan gangguan jiwa adalah pelayanan pada pasien yang mengalami gangguan kejiwaan, yang meliputi gangguan pada perasaan, proses pikir dan perilaku, yang menimbulkan penderitaan pada individu dan atau hambatan dalam melaksanakan peran sosialnya.

- 2) Pelayanan kesehatan jiwa meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif pada gangguan mental emosional, psikosomatik, dan psikotik pada, Bumil, bufas, bayi, anak balita dan pra sekolah, anak usia sekolah, remaja, dewasa dan usia lanjut, yang diberikan oleh Dokter, Perawat, Bidan yang memiliki kompetensi teknis.

**b. Definisi Operasional**

Pelayanan Gangguan Jiwa di sarana Pelayanan Kesehatan Umum adalah kasus gangguan jiwa yang dilayani di sarana pelayanan kesehatan umum di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

1) Rumus

Pelayanan  
Gangguan  
Jiwa

=

Jumlah kunjungan penderita/pasien baru  
dan lama gangguan jiwa yg terlayani di  
Puskesmas dan RS Pemerintah dan Swasta

Jml seluruh penderita/pasien baru dan lama  
di Puskesmas dan RS Pemerintah dan  
Swasta

X

100%

2) Pembilang

Jumlah kunjungan penderita/pasien baru dan lama gangguan jiwa yang terlayani di Puskesmas dan Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah seluruh penderita/pasien baru dan lama di Puskesmas dan Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%)

- 5) Contoh Perhitungan  
Rata-rata kunjungan jiwa di Puskesmas per hari : 1  
Rata-rata kunjungan Puskesmas/RS per hari : 30  
Jumlah hari kunjungan dalam 1 bulan : 24  
Jumlah bulan dalam 1 tahun : 12

Pelayanan  
Gangguan  
Jiwa

=

1 X 24 X 12

30 X 24 X 12

X

100%

= 3,33%

**d. Sumber Data**

SIMPUS, SIRS dan Rekam Medik.

**e. Rujukan**

Pedoman Kesehatan Jiwa bagi Petugas Kesehatan;  
Pedoman Penatalaksanaan Gangguan Jiwa di Sarana Pelayanan Kesehatan Umum.

**f. Target**

- Target 2010 : 15 %
- Target 2015 : 15 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Penemuan kasus gangguan jiwa berdasarkan klasifikasi ICD-X;
- 2) Pelayanan kasus gangguan jiwa;

- 3) Pelatihan;
- 4) Pencatatan dan pelaporan;
- 5) Kunjungan rumah;
- 6) Monitoring dan evaluasi.

9. Cakupan pelayanan kesehatan pra usia lanjut dan usia lanjut

a. Pengertian

- 1) Pra usia lanjut adalah seseorang yang berusia antara 45 – 59 tahun
- 2) Usia lanjut adalah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.

b. Definisi Operasional

Pra usia lanjut dan usia lanjut yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar yang ada pada pedoman, di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus

- 1) Rumus

$$\begin{matrix} \% \text{ Cakupan pelayanan} \\ \text{kesehatan pra Usila dan} \\ \text{Usila} \end{matrix} = \frac{\begin{matrix} \text{Jumlah pra Usila dan Usila} \\ \text{dg pelayanan kesehatan} \end{matrix}}{\begin{matrix} \text{Jml seluruh pra Usila dan} \\ \text{Usila} \end{matrix}} \times 100\%$$

- 2) Pembilang

Jumlah penduduk pra usila & usila yang memperoleh yankes sesuai standar dalam pedoman, di satu wilayah kerja, pada kurun waktu tertentu.

- 3) Penyebut

Jumlah seluruh penduduk pra usila & usila di satu wilayah kerja, pada kurun waktu tertentu.

- 4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%).

- 5) Contoh Perhitungan

Jumlah pra usila dan usila dengan yankes di Kab. Kudus : 3500 orang  
Jumlah penduduk pra usila & usila di Kab. Kudus : 10.000 orang.  
% Cakupan pelayanan kesehatan usila di Kab. Kudus = 3500/10.000 x 100 % = 35 %

d. Sumber Data

- 1) Catatan dan laporan hasil kegiatan program kesehatan usia lanjut di Puskesmas/Kab/Kota.
- 2) BPS Kab/Kota.

e. Rujukan

- 1) Pedoman Pembinaan Kesehatan Usia Lanjut jilid I & II
- 2) Pedoman Puskesmas Santun Usia Lanjut.

f. Target

- Target 2010 : 70%
- Target 2015 : 80%

g. Langkah Kegiatan

- 1) Pengadaan;

- 2) Pelatihan;
- 3) Pelayanan;
- 4) Koordinasi LS/Review;
- 5) Pem. Penunjang;
- 6) Penanganan kasus;
- 7) Manajemen program.

10. Balita yang Naik Berat Badannya (N/D)

a. Pengertian

Balita yang naik berat badannya (N) adalah balita yang ditimbang 2 (dua) bulan berturut-turut naik berat badan-nya dan mengikuti garis pertumbuhan pada KMS.

b. Definisi Operasional

Balita yang naik berat badannya (N) adalah Balita yang ditimbang (D) di Posyandu maupun di luar Posyandu yang berat badannya naik dan mengikuti garis pertumbuhan pada KMS di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

Balita yg naik berat badannya

=

Jml balita yg ditimbang di Posyandu maupun diluar Posyandu yg berat badannya naik (N) sesuai dg garis pertumbuhan di KMS di satu wilayah kerja pd kurun waktu tertentu

X

100%

Jml balita yg datang dan ditimbang di Posyandu maupun diluar Posyandu (D) di satu wilayah kerja pd kurun waktu tertentu

2) Pembilang

Jumlah balita yang ditimbang di posyandu maupun di luar posyandu yang berat badannya naik sesuai dengan garis pertumbuhan di KMS di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah balita yang datang dan ditimbang di posyandu maupun di luar posyandu di satu wilayah kerja tertentu pada kurun waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%)

- 5) Contoh Perhitungan
- Jumlah balita yang naik berat badannya (N) = 45.
- Jumlah balita yang datang dan ditimbang seluruhnya (D) = 60.
- Persentase balita yang naik berat badannya :

45

60

X

100 % = 75%

d. Sumber Data

R1 Gizi, LB3-SIMPUS

e. Rujukan

- 1) Pedoman UPGK;
- 2) Pedoman pengisian KMS;
- 3) Pedoman pemantauan pertumbuhan balita.

**f. Target**

- Target 2010 : 80 %
- Target 2015 : 85 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Pengadaan dan pemeliharaan sarana terdiri dari alat timbang, pengadaan daftar tilik, formulir rujukan, R1 Gizi, LB3-SIMPUS;
- 2) Perencanaan logistik, pelaksanaan kegiatan dan pengambilan laporan;
- 3) Pelaksanaan pemantauan pertumbuhan di posyandu dan di luar posyandu;
- 4) Bimbingan teknis.

**11. Balita Bawah Garis Merah (BGM)****a. Pengertian**

Balita Bawah Garis Merah (BGM) adalah balita yang ditimbang berat badannya berada pada garis merah atau di bawah garis merah pada KMS.

**b. Definisi Operasional**

Balita Bawah Garis Merah (BGM) adalah balita BGM yang ditemukan disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

- 1) Rumus

$$\text{Balita bawah garis merah} = \frac{\text{Jml balita bawah garis merah (BGM)}}{\text{Jml seluruh balita yg ditimbang (D)}} \times 100\%$$

- 2) Pembilang

Jumlah balita BGM di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

- 3) Penyebut

Jumlah seluruh balita yang ditimbang di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

- 4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%)

- 5) Contoh Perhitungan

Jumlah balita BGM = 5 *anak*.

Jumlah seluruh balita yang ditimbang = 60 *anak*.

Persentase balita bawah garis merah :

$$\frac{5}{60} \times 100\% = 8,8\%$$

**d. Sumber Data**

R1 Gizi, LB3-SIMPUS

**e. Rujukan**

- 1) Pedoman UPGK;
- 2) Pedoman pengisian KMS;
- 3) Pedoman pemantauan pertumbuhan balita;

- f. **Target**
  - Target 2010 : < 15 %
  - Target 2015 : < 15 %
- g. **Langkah Kegiatan**
  - 1) Pengadaan dan pemeliharaan alat ukur berat badan dan KMS, pengadaan daftar tilik dan formulir rujukan;
  - 2) Perencanaan penyiapan logistik;
  - 3) Pelacakan BGM melalui pemantauan pertumbuhan di posyandu dan di luar posyandu;
  - 4) Bimbingan teknis.

**12. Cakupan Bayi (6-11 bulan) Mendapat Kapsul Vitamin A 1 kali**

- a. **Pengertian**
  - 1) Bayi yang dimaksud dalam program distribusi kapsul vitamin A adalah bayi yang berumur mulai umur 6 bulan s/d 11 bulan yang mendapat kapsul vitamin A dosis tinggi.
  - 2) Kapsul vitamin A dosis tinggi terdiri dari kapsul vitamin A berwarna biru dengan dosis 100.000 S.I yang diberikan kepada bayi umur 6-11 bulan dan kapsul vitamin A berwarna merah dengan dosis 200.000 S.I. yang diberikan kepada anak umur 12 – 59 bulan.

- b. **Definisi Operasional**

Cakupan bayi mendapat kapsul vitamin A adalah cakupan bayi 6 – 11 bulan mendapat kapsul vitamin A satu kali per tahun di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

- c. **Cara Perhitungan/Rumus**

- 1) Rumus

Cakupan bayi  
(6-11 bln)  
mendapat  
kapsul Vit. A

=

Jml bayi (6-11 bln) yg mendapat kapsul  
Vit. A dosis tinggi

Jml bayi (6-11 bln) yg ada di satu  
wilayah kerja

X 100%

- 2) Pembilang  
Jumlah Bayi (6-11 bulan) mendapat kapsul vit. A dosis tinggi di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
  - 3) Penyebut  
Jumlah Bayi (6-11 bulan) yang ada di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.
  - 4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%)
  - 5) Contoh Perhitungan  
Jumlah bayi usia 6-11 bulan yang mendapat kapsul vitamin A dosis tinggi= 97.000 bayi.  
Jumlah bayi usia 6-11 bulan = 50 % x jumlah bayi, misal hasilnya = 100.000 bayi

Cakupan bayi (6-11

=

97.000

X 100%

= 97 %

bln) mendapat kapsul  
Vit. A

---

100.000

- d. Sumber Data**  
FIII Gizi, LB3-SIMPUS, Kohort Balita dan Biro Pusat Statistik      Kabupaten/Kota.

- e. Rujukan**
- 1) Pedoman Akselerasi Cakupan Kapsul Vitamin A, Depkes RI Tahun 2000;
  - 2) Pedoman Pemberian Kapsul Vitamin A, Depkes RI Tahun 2000;
  - 3) Booklet Deteksi Dini Xerophtalmia, Depkes RI Tahun 2002;
  - 4) Pedoman dan deteksi tatalaksana kasus xerophtalmi, Depkes RI Tahun 2002.

- f. Target**
- Target 2010 : 100 %
  - Target 2015 : 100 %

- g. Langkah Kegiatan**
- 1) Pendataan Sasaran Bayi (Baseline data);
  - 2) Perencanaan kebutuhan kapsul Vitamin A 100.000 si;
  - 3) Pengadaan dan pendistribusian kapsul Vitamin A;
  - 4) Sweeping pemberian kapsul Vitamin A
  - 5) Penggandaan Buku Pedoman dan Juknis;
  - 6) Monitoring dan Evaluasi.

**13. Cakupan Anak Balita (12- 59 bulan) mendapat Kapsul Vitamin A 2 kali per tahun**

- a. Pengertian**
- 1) Yang dimaksud dalam program distribusi kapsul vitamin A anak umur 12 – 59 bulan yang mendapat kapsul vitamin A dosis tinggi.
  - 2) Kapsul vitamin A dosis tinggi terdiri dari kapsul vitamin A berwarna biru dengan dosis 100.000 S.I yang diberikan kepada bayi umur 6-11 bulan dan kapsul vitamin A berwarna merah dengan dosis 200.000 S.I. yang diberikan kepada anak umur 12 – 59 bulan.

- b. Definisi Operasional**  
Cakupan anak balita mendapat kapsul vitamin A adalah cakupan anak balita umur 12-59 bulan mendapat kapsul vitamin A dosis tinggi dua kali per tahun di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

- c. Cara Perhitungan/Rumus**

1) Rumus

$$\text{Cakupan anak balita (12 -59 bln) mendapat kapsul Vit. A} = \frac{\text{Jml anak balita (12-59 bln) yg mendapat kapsul Vit. A dosis tinggi 2 kali per tahun di satu wilayah kerja pd kurun waktu tertentu}}{\text{Jml anak balita (12-59 bln) di satu wilayah kerja pd kurun waktu yg sama}} \times 100\%$$

- 2) Pembilang  
Jumlah anak balita usia 12-59 bulan mendapat kapsul vit. A dosis tinggi dua kali per tahun di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

- 3) Penyebut

Jumlah anak balita usia 12-59 bulan yang ada di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

- 4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%)
- 5) Contoh Perhitungan  
Jumlah anak balita usia 12-59 bulan yang mendapat kapsul vitamin A dosis tinggi = 190.000.  
Jumlah anak balita usia 12-59 bulan di satu wilayah kerja = 200.000 anak balita.  
  
Cakupan anak balita  
mendapat kapsul  
vitamin A  $= \frac{190.000}{200.000} \times 100\% = 95\%$

d. **Sumber Data**  
FIII Gizi, LB3-SIMPUS, Kohort Balita dan Biro Pusat Statistik Kabupaten/Kota.

- e. **Rujukan**
- 1) Pedoman Akselerasi Cakupan Kapsul Vitamin A, Depkes RI Tahun 2000;  
2) Pedoman Pemberian Kapsul Vitamin A, Depkes RI Tahun 2000;  
3) Booklet Deteksi Dini Xerophtalmia, Depkes RI Tahun 2002;  
4) Pedoman dan deteksi tatalaksana kasus xerophtalmi, Depkes RI Tahun 2002.

- f. **Target**
- Target 2010 : 100 %  
▪ Target 2010 : 100 %

- g. **Langkah Kegiatan**
- 1) Pendataan Sasaran Balita (Baseline data);  
2) Perencanaan kebutuhan kapsul vitamin A;  
3) Pengadaan dan pendistribusian kapsul vitamin A;  
4) Sweeping pemberian kapsul vitamin A  
5) Penggandaan Buku Pedoman dan Juknis;  
6) Monitoring dan Evaluasi.

14. **Cakupan Ibu Nifas Mendapat Kapsul Vitamin A**

- a. **Pengertian**  
Ibu nifas adalah ibu yang baru melahirkan bayinya yang dilaksanakan di rumah dan atau rumah bersalin dengan pertolongan dukun bayi dan atau tenaga kesehatan.
- b. **Definisi Operasional**  
Cakupan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A adalah cakupan ibu nifas yang mendapat kapsul vitamin A dosis tinggi (200.000 si) pada periode sebelum 40 hari setelah melahirkan.
- c. **Cara Perhitungan/Rumus**  
1) Rumus

Cakupan ibu  
nifas mendapat  
kapsul Vit. A

=

Jml ibu nifas mendapat kapsul Vit. A  
dosis tinggi (200.000 si) di satu wilayah  
kerja pd kurun waktu tertentu

Jml ibu nifas yg ada di satu wilayah  
kerja pd kurun waktu yg sama

X 100%



- 2) Pembilang  
Jumlah ibu nifas pada periode < 40 hari yang mendapat kapsul vitamin A dosis tinggi (200.000 si) di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- 3) Penyebut  
Jumlah ibu nifas di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.
- 4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%)
- 5) Contoh Perhitungan  
Jumlah ibu nifas mendapat kapsul vitamin A = *7.500 ibu*  
Jumlah ibu nifas yang ada = *15.000 ibu*.  
Cakupan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A :

$$\frac{7.500}{15.000} \times 100\% = 50\%$$

**d. Sumber Data**

Kohort LB3 Ibu, Keterpaduan KIA-Gizi-Imunisasi, PWS-KIA, Perkiraan sasaran ibu bersalin di wilayah kerja yang sama dihitung dengan formula  $1.05 \times \text{CBR wilayah kerja yang sama} \times \text{jumlah penduduk di wilayah kerja yang sama}$ .

**e. Rujukan**

- 1) Pedoman Akselerasi Cakupan Kapsul Vitamin A, Depkes RI Tahun 2000;
- 2) Pedoman Pemberian Kapsul Vitamin A, Depkes RI Tahun 2000;
- 3) Booklet Deteksi Dini Xerophthalmia, Depkes RI Tahun 2002;
- 4) Pedoman dan deteksi tatalaksana kasus xerophthalmi, Depkes RI Tahun 2002.

**f. Target**

- Target 2010 : 90 %
- Target 2015 : 90 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Pendataan Sasaran Ibu nifas (Baseline data);
- 2) Perencanaan kebutuhan kapsul vitamin A (200.000 si);
- 3) Pengadaan dan pendistribusian kapsul vitamin A;
- 4) Penggandaan Buku Pedoman dan Juknis;
- 5) Monitoring dan Evaluasi.

## 15. Cakupan Ibu Hamil Mendapat 90 Tablet Fe

**a. Pengertian**

- 1) Ibu hamil adalah ibu yang mengandung mulai trimester I s/d trimester III
- 2) Tablet Fe adalah tablet tambah darah untuk menanggulangi Anemia Gizi Besi yang diberikan kepada ibu hamil.

**b. Definisi Operasional**

Cakupan Ibu Hamil Mendapat Tablet Fe adalah cakupan Ibu hamil yang mendapat 90 tablet Fe selama periode kehamilannya di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

- 1) Rumus

$$\text{Cakupan ibu} = \frac{\text{Jml ibu hamil mendapat 90 tablet Fe}}{\text{Jml ibu hamil}} \times 100\%$$

hamil mendapat 90 tablet Fe	selama periode kehamilannya di satu wilayah kerja pd kurun waktu tertentu
	Jml ibu hamil yg ada di satu wilayah kerja pd kurun waktu yg sama

- 2) Pembilang  
Jumlah ibu hamil yang mendapat 90 tablet Fe selama periode kehamilannya di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu
- 3) Penyebut  
Jumlah ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.
- 4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%)
- 5) Contoh Perhitungan  
Jumlah ibu hamil mendapat 90 tablet Fe= 7.500 ibu  
Jumlah ibu hamil= 15.000 ibu.  
Cakupan ibu hamil mendapat 90 tablet Fe : 7.500/15.000 x 100 % = 50 %.

- d. **Sumber Data**  
Kohort LB3 Ibu, PWS-KIA, Perkiraan sasaran ibu bersalin di wilayah kerja yang sama dihitung dengan formula 1.05 x CBR wilayah kerja yang sama x jumlah penduduk di wilayah kerja yang sama.
- e. **Rujukan**
  - 1) Pedoman Pemberian Tablet Besi-Folat dan Sirup Besi bagi Petugas Depkes RI Tahun 1999;
  - 2) Booklet Anemia Gizi dan Tablet Tambah Darah Untuk WUS Tahun 2001.
- f. **Target**
  - Target 2010 : 90 %
  - Target 2015 : 90 %
- g. **Langkah Kegiatan**
  - 1) Pendataan Sasaran Ibu Hamil (Baseline data);
  - 2) Perencanaan kebutuhan tablet Fe (zat besi);
  - 3) Pengadaan dan pendistribusian tablet Fe;
  - 4) Penggandaan Buku Pedoman dan Juknis;
  - 5) Monitoring dan Evaluasi.

**16. Cakupan Wanita Usia Subur Yang Mendapatkan Kapsul Yodium di Daerah Endemis GAKY**

- a. **Pengertian**
  - 1) Wanita Usia Subur (WUS) adalah wanita yang berusia 15 s/d 49 tahun termasuk ibu hamil/nifas, calon pengantin (catin), remaja putri (dalam dan luar sekolah), pekerja wanita, dan WUS tidak hamil.
  - 2) Kapsul yodium adalah kapsul minyak yang mengandung yodium yang diberikan kepada Wanita Usia Subur untuk daerah endemik sedang dan endemik berat.
- b. **Definisi Operasional**  
Cakupan wanita usia subur yang mendapatkan kapsul yodium adalah wanita usia subur di daerah endemik sedang dan berat yang mendapat kapsul yodium di satu wilayah kerja pada waktu kurun tertentu.

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

1) Rumus

$$\text{Cakupan WUS yang mendapat kapsul yodium di daerah endemis Gaky} = \frac{\text{Jumlah WUS di daerah endemik sedang dan berat yang mendapat kapsul yodium}}{\text{Jumlah seluruh WUS di daerah endemik sedang dan berat}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah WUS di daerah endemik sedang dan berat yang mendapat kapsul yodium di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah seluruh WUS di daerah endemik sedang dan berat yang ada di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%).

5) Contoh Perhitungan

Jumlah WUS mendapat kapsul yodium 22.000 WUS.

Jumlah WUS seluruhnya= 50.000 WUS

Persentase cakupan WUS mendapat kapsul yodium =  $22.000/50.000 \times 100 \% = 44,0 \%$ .

**d. Sumber Data**

Laporan program GAKY Kabupaten

**e. Rujukan**

- 1) Pedoman Distribusi Kapsul Minyak Beryodium Depkes RI, Tahun 2000.
- 2) Pedoman Pelaksanaan Pemantauan Garam Beryodium Di Tingkat Masyarakat Depkes RI, Tahun 2001.
- 3) Booklet Kretin Akibat Kurang Yodium, Tahun 2002

**f. Target**

- Target 2010 : 0%
- Target 2015 : 0%

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Pendataan Sasaran WUS (Baseline data)
- 2) Perencanaan kebutuhan kapsul yodium
- 3) Pengadaan dan pendistribusian kapsul yodium
- 4) Penggandaan Buku Pedoman dan Juknis
- 5) Monitoring dan Evaluasi.

**17. Akses terhadap ketersediaan darah dan komponen yang aman untuk menangani rujukan bumil dan neonatus.**

**a. Pengertian**

- 1) Akses ketersediaan darah dan komponen yang aman untuk menangani rujukan ibu hamil dan neonatus adalah ibu hamil, post partum dan neonatus komplikasi di rujuk yang memperoleh pelayanan transfusi darah sesuai kebutuhan dengan memanfaatkan persediaan darah serta komponen yang aman pada UTD PMI, UTD RS, dan bank darah RS di satu wilayah kerja.
- 2) Ibu hamil adalah ibu yang mengandung sampai usia kehamilan 42 minggu.

- 3) Neonatus adalah bayi baru lahir dengan usia 0 sampai 28 hari.
- 4) Darah dan komponen yang aman adalah darah dan komponennya yang sudah melalui proses uji saring darah donor terhadap IMLTD ( Infeksi Menular Lewat Transfusi Darah), yaitu VDRL (Veneral Disease Research Laboratory) , HbsAg dan anti HIV dn proses uji silang serasi (*crossmatching*) antara darah donor dengan darah resipien.

**b. Definisi Operasional**

Ibu hamil, post partum dan neonatus yang dirujuk dan mendapatkan darah yang aman dan sesuai kebutuhannya di rumah sakit pemerintah dan swasta.

**c. Cara Perhitungan / Rumus**

1) Rumus

Akses terhadap ketersediaan darah

=

Jumlah bumil dan neonatus rujukan yg mendapatkan darah dan komponen yg aman

Jumlah bumil dan neonatus rujukan yg membutuhkan darah dan komponen yg aman

X

100%

2) Pembilang

Jumlah ibu hamil (bumil), post partum dan neonatus rujukan yang mendapatkan darah dan komponen yang aman di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah ibu hamil (bumil), post partum dan neonatus rujukan yang membutuhkan darah dan komponen yang aman di suatu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Jumlah bumil, post partum yang mendapatkan darah dan komponennya yang aman pada tahun 2003 sebanyak 300 orang.  
Jumlah bumil, post partum dan neonatus yang membutuhkan darah dan komponennya yang aman pada tahun 2003 sebanyak 500 orang.  
Akses terhadap ketersediaan darah dan komponennya yang aman = 300/500 x 100 % = 60 %

**d. Sumber Data**

SIMPUS, SIRS, Unit Transfusi darah dan Dinkes Kab/Kota.

**e. Rujukan**

- 1) Buku Pedoman Pelayanan Transfusi Darah ( 4 modul);
- 2) Buku Pedoman Survei Akreditasi Unit Transfusi Darah;
- 3) Standar pelayanan Darah Rumah sakit;
- 4) Pedoman Penggunaan Darah yang Rasional;
- 5) Buku Pedoman Pemeriksaan Imunologi;
- 6) Buku Petunjuk Pemeriksaan HIV;
- 7) Buku Pedoman Praktek Laboratorium Yang Benar (GLP).

**f. Target**

- Target 2010 : 80 %
- Target 2015 : 90 %.

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Pelatihan tenaga pengerah, dan pelestari donor, Dokter yang bekerja di bidang transfusi darah, asisten teknologi transfusi darah yang bekerja di UTD atau bank darah RS;
- 2) Pembuatan dan penyimpanan darah dan komponen darah, uji saring, identifikasi antibody (PTTD/ATD), meliputi :
  - Seleksi darah;
  - Pengambilan darah;
  - Pengolahan komponen darah;
  - Pemeriksaan uji saring infeksi menular lewat transfusi;
  - Pemeriksaan serologi golongan darah;
  - Penyimpanan darah;
  - Distribusi darah.

18. Bumil resiko tinggi yang ditangani

a. Pengertian

- 1) Ibu Hamil Risti adalah keadaan penyimpangan dari normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Risti meliputi Anemia (Hb<8 gr %), Tekanan darah tinggi ( sistole > 140 mmHg, Diastole >90 mmHg), Oedema nyata, eklampsia, perdarahan pervaginam, ketuban pecah dini, Letak lintang pada usia kehamilan > 32 minggu, Letak sungsang pada primigravida, infeksi berat/sepsis, persalinan prematur.
- 2) Ibu Hamil Risti yang tertangani adalah Ibu hamil Risti yang mendapat pelayanan oleh tenaga kesehatan yang terlatih.

b. Definisi Operasional

Bumil resiko tinggi yang tertangani adalah Ibu hamil resiko tinggi di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang ditangani sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan terlatih di Puskesmas Perawatan dan Rumah Sakit pemerintah / swasta dengan fasilitas PONED dan PONEK (Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar dan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif).

c. Cara Perhitungan / Konstanta

- 1) Rumus

$$\text{Bumil risti yg tertangani} = \frac{\text{Jumlah bumil risti yg tertangani}}{\text{Jumlah bumil risti yg datang dan atau ditemukan/dirujuk}} \times 100\%$$

- 2) Pembilang  
Jumlah ibu hamil resiko tinggi yang tertangani dari satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu di puskesmas perawatan dan rumah sakit pemerintah/swasta.
- 3) Penyebut  
Jumlah Ibu hamil resiko tinggi yang datang dan atau ditemukan / dirujuk di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama di puskesmas perawatan dan rumah sakit pemerintah/swasta.
- 4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%)
- 5) Contoh Perhitungan  
Jumlah ibu hamil resiko tinggi yang tertangani di Kab. A pada tahun 2003 sebanyak = 300 bumil.  
Jumlah Ibu hamil resiko tinggi yang datang dan atau yang ditemukan / dirujuk di Kab. A tahun 2003 sebanyak = 500 bumil.  
Bumil resiko tinggi yang tertangani = 300/500 x 100% = 60%

- d. **Sumber Data**  
SIMPUS, SIRS, dan Dinkes Kab/Kota.

- e. **Rujukan**
  - 1) Pedoman Audit maternal dan Perinatal;
  - 2) Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan maternal dan Neonatal;
  - 3) Pedoman PONEK dan PONEK;
  - 4) Pedoman Asuhan Kehamilan;
  - 5) Standar Asuhan Persalinan Normal;
  - 6) Standar Pelayanan Kebidanan;
  - 7) Standar Asuhan Kebidanan dan Neonatal;
  - 8) Dasar-dasar Asuhan Kebidanan.

- f. **Target**
  - Target 2010 : 90 %
  - Target 2015 : 100 %

- g. **Langkah Kegiatan**
  - 1) Pelatihan;
  - 2) Pemantapan Audit Maternal Perinatal (AMP);
  - 3) Penyediaan sarana peralatan, obat esensial, dan ambulan;
  - 4) Rujukan pasien, tenaga medis, dan spesimen.

**19. Neonatus risti/ komplikasi yang tertangani**

- a. **Pengertian**
  - 1) Neonatus Risti / komplikasi adalah neonatus dengan penyimpangan dari normal yang dapat menyebabkan kesakitan dan kematian. Neonatus meliputi : Asfiksia, Tetanus Neonatorum, Sepsis, Trauma Lahir, BBLR ( Berat Badan Lahir < 2500 gram ), Sindroma gangguan pernapasan dan kelainan congenital.
  - 2) Neonatus adalah bayi baru lahir sampai usia 28 hari
  - 3) Neonatus risti / komplikasi yang tertangani adalah neonatus risti / komplikasi yang mendapat pelayanan oleh tenaga kesehatan yang terlatih

- b. **Definisi Operasional**

Neonatus risti/ komplikasi yang tertangani adalah cakupan neonatus resiko tinggi / komplikasi disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang ditangani sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan terlatih di Puskesmas Perawatan dan Rumah Sakit pemerintah/swasta.

- c. **Cara Perhitungan / Konstanta**
  - 1) Rumus

Neonatus  
risti/komplikasi  
yg tertangani

=

Jumlah Neonatus risti/komplikasi yg  
tertangani

Jumlah Neonatus risti/komplikasi yg  
datang dan atau ditemukan/dirujuk

X

100%

- 2) Pembilang  
Jumlah neonatus resiko tinggi/komplikasi yang tertangani dari satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu di Puskesmas Perawatan dan RS pemerintah / swasta.
- 3) Penyebut

Neonatus resiko tinggi / komplikasi yang datang dan atau ditemukan / dirujuk dari satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama di Puskesmas Perawatan dan RS Pemerintah / swasta.

- 4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%).

- 5) Contoh Perhitungan  
Jumlah neonatus resiko tinggi/komplikasi yang tertangani di Kab. A pada tahun 2003 sebanyak = 300 *bumil*.

Jumlah neonatus resiko tinggi/komplikasi yang datang dan atau yang ditemukan / dirujuk di Kab. A tahun 2003 sebanyak = 500 *bumil*.

Neonatus resiko tinggi/komplikasi yang tertangani =  $300/500 \times 100 \% = 60 \%$

**d. Sumber Data**

SIMPUS, SIRS, dan Dinkes Kab/Kota.

**e. Rujukan**

- 1) Pedoman Pelayanan Perinatal Pada RSUD Kelas C dan D;
- 2) Pedoman manajemen neonatal untuk RS Kab/Kota;
- 3) Pedoman manajemen asphyxia bayi baru lahir;
- 4) Manajemen terpadu bayi muda (MTBM);
- 5) Manajemen terpadu bayi sakit (MTBS);
- 6) Buku KIA.

**f. Target**

- Target 2010 : 80 %
- Target 2015 : 100 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Pelatihan;
- 2) Pemantauan Audit aternal Perinatal (AMP);
- 3) Penyediaan sarana peralatan, obat esensial, dan ambulan;
- 4) Rujukan pasien, tenaga medis, dan spesimen.

**20. Sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawat darurat yang dapat diakses masyarakat.**

**a. Pengertian**

- 1) Sarana Kesehatan adalah Rumah Bersalin (RB), Puskesmas dan Rumah sakit.
- 2) Kemampuan pelayanan gawat darurat adalah upaya cepat dan tepat untuk segera mengatasi puncak kegawatan yaitu henti jantung dengan Resusitasi Jantung Paru Otak ( Cardio – Pulmonary – Cerebral – Resuscitation ) agar kerusakan organ yang terjadi dapat dihindarkan atau ditekan sampai minimal dengan menggunakan Bantuan Hidup dasar ( Basic Life Support ) dan Bantuan Hidup Lanjut ( ALS).

**b. Definisi Operasional**

Sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawat darurat yang dapat diakses masyarakat adalah cakupan sarana kesehatan yang telah mempunyai kemampuan untuk melaksanakan pelayanan gawat darurat sesuai standar dan dapat diakses oleh masyarakat dalam kurun waktu tertentu.

**c. Cara Perhitungan/ Rumus**

- 1) Rumus

$$\text{Sarkes dg kemampuan pelayanan gawat darurat} = \frac{\text{Jumlah Sarkes dg kemampuan pelayanan gawat darurat}}{\text{Jumlah Sarkes yg ada}} \times 100\%$$

- 2) Pembilang  
Jumlah sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawatdarurat di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- 3) Penyebut  
Jumlah sarana kesehatan yang ada di wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.
- 4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%).
- 5) Contoh Perhitungan  
Jumlah sarana kesehatan (3 RS), (10 Puskesmas), (17 RB) = 30.  
Jumlah sarana kesehatan yang mempunyai pelayanan gawatdarurat (2RS), (5 Puskesmas), (8 RB) = 20  
Sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawat darurat yang dapat diakses masyarakat =  $20/30 \times 100\% = 66,6\%$

**d. Sumber Data**

SIMPUS, SIRS, dan Dinkes Kab/Kota.

**e. Rujukan**

- 1) Pedoman Safe Community;
- 2) Pedoman Penyusunan Peta Geomedik;
- 3) Pedoman Evakuasi Medik;
- 4) Standar Klasifikasi Pelayanan Gawat Darurat Pra Rumah Sakit dan Rumah Sakit;
- 5) Standar Pelayanan Gawat darurat / Instrument Self Assessment Pelayanan Gawat Darurat Rumah Sakit;
- 6) Standar Pelayanan Gawat darurat / Instrument Self Assessment Pelayanan Perinatal Resiko Tinggi Rumah Sakit;
- 7) Pedoman PONEK dan PONEK;
- 8) Standar Medis Teknis A,B,C,D;
- 9) Standar Medis Teknis Esensial.

**f. Target**

- Target 2010 : 100 %
- Target 2015 : 100 %

**g. Langkah Kegiatan**

Pelatihan GELS / BLS, ALS, Gawat Darurat untuk Dokter, Perawat dan Awam.

**21. Pemenuhan darah di RS (95%)**

**a. Pengertian**

Ketersediaan darah yang telah di screning meliputi HIV, HBSAg, HCV, VDRL, Hb  $\geq 12,5$  gr % sebesar 95% permintaan RS

**b. Definisi Operasional**

95% permintaan darah oleh RSU maupun RSK (Pemerintah Swasta) mampu dipenuhi oleh Unit Transfusi Darah ( UTD) pada tahun 2010.



**c. Cara Perhitungan**

1) Rumus

$$\text{Pemenuhan darah di RS} = \frac{\text{Jumlah penerimaan darah oleh RS}}{\text{Jumlah permintaan darah oleh RS}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah penerimaan darah oleh RS di propinsi Jateng pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah semua permintaan darah oleh RS di Prop. Jateng pada kurun waktu yang sama

4) Konstanta

Prosentase (%).

5) Contoh perhitungan :

Penerimaan kantong darah di RS se Jawa Tengah tahun 2005 = 95 kantong.

Jumlah permintaan darah oleh RS se Jawa Tengah dalam 1 tahun pada tahun 2005 = 100 kantong

Maka pemenuhan darah di RS =  $95/100 \times 100\% = 95\%$ .

**d. Sumber data**

UTD se Jateng dan RS se Jateng.

**e. Rujukan.**

- WHO th. 2002.
- Buku Pedoman Transfusi Darah oleh Depkes Th. 2001.

**f. Target**

- Tahun 2010: 95%
- Tahun 2015: 95%

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Standarisasi pelayanan transfuse darah
- 2) Kerja sama dengan LS dan swasta
- 3) Pelatihan rekrutmen donor darah
- 4) Sosialisasi donor darah
- 5) Akreditasi Bank Darah RS

**22. Kecamatan Bebas Rawan Gizi**

**a. Pengertian**

- 1) Kecamatan adalah wilayah kerja Camat sebagai perangkat daerah Kabupaten dan/atau daerah Kota dibawah Kabupaten/Kota. (Undang-Undang No 22, tentang pemerintahan daerah
- 2) Gizi kurang : Status gizi yang diukur berdasarkan berat badan menurut umur ( Z-Score  $< -2$  s.d.  $-3$  ).
- 3) Gizi buruk; Status gizi yang diukur berdasarkan berat badan menurut umur ( Z-Score terletak  $\leq -3$  ), dan atau disertai tanda klinis kwashiorkor, marasmus, marasmus –kwashiorkor)
- 4) KLB Gizi buruk, bila ditemukan 1 kasus gizi buruk menurut BB/U dan dikonfirmasi dengan BB/TB, Z-Score  $\leq -3$  dan/ atau disertai dengan tanda-tanda klinis.
- 5) Kecamatan bebas rawan gizi, bila prevalensi gizi kurang dan gizi buruk,  $< 15\%$
- 6) Kurun waktu tertentu adalah waktu pelaksanaan pemantauan status gizi kecamatan selama 1 tahun.

**b. Definisi Operasional**

Kecamatan bebas rawan gizi adalah kecamatan dengan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk pada balita <15% pada kurun waktu tertentu.

**c. Cara Perhitungan/Rumus****1) Rumus**

$$\text{Kecamatan bebas rawan gizi} = \frac{\text{Jumlah Kecamatan dg prevalensi gizi kurang dan gizi buruk} < 15\%}{\text{Jumlah Kecamatan seluruhnya}} \times 100\%$$

**2) Pembilang**

Jumlah kecamatan dengan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk pada balita <15% di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

**3) Penyebut**

Jumlah kecamatan di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

**4) Ukuran/Konstanta**

Persentase (%).

**5) Contoh Perhitungan**

Jumlah kecamatan dengan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk pada balita <15%= 12;

Jumlah kecamatan seluruhnya= 18;

Kecamatan Bebas rawan Gizi =  $12/18 \times 100\% = 66,6\%$ .

**d. Sumber Data**

Hasil Pemantauan status gizi kecamatan, W1 (Laporan Wabah Harian), laporan SKDN.

**e. Rujukan**

- 1) Buku Pedoman Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi;
- 2) Buku Petunjuk Tehnis Pemantauan Status Gizi (PSG) Anak Balita;
- 3) SK Menteri Kesehatan RI No:920/Menkes/SK/VIII/2002: Klasifikasi status gizi anak dibawah lima tahun ( balita).

**f. Target**

- Target 2010 : 89%
- Target 2015 : 100 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Pemantauan status gizi;
- 2) Penyelidikan dan penanggulangan KLB Gizi.

**23. Kesembuhan Penderita TBC BTA Positif (CR/Cure Rate)****a. Pengertian**

- 1) Kesembuhan adalah penderita yang minum obat lengkap, dan pemeriksaan sputum secara mikroskopis minimal 2 kali berturut-turut terakhir dengan hasil negatif.

- 2) Angka Kesembuhan adalah : angka yang menunjukkan persentase penderita TBC BTA positif yang sembuh setelah selesai masa pengobatan, diantara penderita TBC BTA positif yang tercatat.
- 3) Angka penemuan penderita TBC BTA (+) atau Case Detection Rate(CDR) adalah persentase jumlah penderita baru BTA positif yang ditemukan dibandingkan jumlah penderita baru BTA positif yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut.
- 4) Kasus Baru adalah penderita yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (30 dosis harian).

**b. Definisi Operasional**

Kesembuhan Penderita TBC BTA Positif adalah penderita baru TBC BTA + yang sembuh diakhir pengobatan 85 % disatu Wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

1) Rumus

$$\begin{matrix} \% \\ \text{kesembuhan} \\ \text{penderita} \\ \text{TBC BTA +} \end{matrix} = \frac{\begin{matrix} \text{Jumlah penderita baru TBC} \\ \text{BTA + yg sembuh} \end{matrix}}{\begin{matrix} \text{Jumlah penderita baru TBC} \\ \text{BTA + yg diobati} \end{matrix}} \times 100\%$$

- 2) Pembilang  
Jumlah penderita baru TBC BTA + yang sembuh disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- 3) Penyebut  
Jumlah penderita baru TBC BTA + yg diobati dalam waktu yang sama.
- 4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%)
- 5) Contoh Perhitungan  
Penderita baru TBC BTA + yang diobati pada periode 1 Januari s/d 31 Desember 2003 di Kabupaten Bogor sebanyak 322 orang. Sebanyak 285 orang diantaranya dinyatakan sembuh sehingga angka kesembuhannya adalah :  $285/322 \times 100\% = 88,51 \%$ .

**d. Sumber Data**

Laporan TB 08

**e. Rujukan**

Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis.

**f. Target**

- Target 2010 : > 85 %
- Target 2015 : 95 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Penatalaksanaan P2 TBC
  - a) Penemuan penderita TB

Penemuan penderita TB dilakukan secara pasif, artinya penyaringan tersangka penderita dilaksanakan pada mereka yang datang berkunjung ke unit pelayanan kesehatan.

Penemuan secara pasif tersebut didukung dengan penyuluhan secara aktif, baik oleh petugas kesehatan, maupun masyarakat untuk meningkatkan cakupan penemuan tersangka penderita. Cara ini biasa dikenal dengan sebutan pasif promotif case finding.

b) **Pengobatan**

Obat TB diberikan dalam bentuk kombinasi dari beberapa jenis, dalam jumlah cukup dan dosis tepat selama 6 – 8 bulan, supaya semua kuman dapat dibunuh.

Pengobatan TB diberikan dalam dua tahap yaitu tahap intensif dan lanjutan.

**h. Peningkatan SDM**

Pelatihan diberikan kepada semua tenaga yang terkait dengan program penanggulangan TBC diantaranya :

- Pelatihan dokter dan paramedis UPK ( RS, Puskesmas, BP4, RSTP, Poliklinik dsb. )
- Pelatihan staf kabupaten/Kota
- Pelatihan Wasor TB Kabupaten/Kota

**i. Monitoring dan Evaluasi :**

1) **Supervisi :**

- Supervisi dilaksanakan secara rutin, teratur dan terencana.
- Supervisi ke UPK ( misalnya Puskesmas, RS, BP4 termasuk laboratorium) dilaksanakan sekurang-kurangnya 3 bulan sekali. - Supervisi ke Kabupaten/Kota dilaksanakan sekurang-kurangnya 6 bulan sekali.

2) **Pertemuan monitoring**

Pertemuan monitoring dilaksanakan secara berkala dan terus-menerus, untuk dapat segera mendeteksi bila ada masalah dalam pelaksanaan kegiatan yang telah direncanakan, supaya dapat dilakukan tindakan perbaikan segera.

Evaluasi dilakukan setelah suatu jarak-waktu lebih lama, biasanya setiap 6 bulan – 1 tahun. Dengan evaluasi dapat dinilai sejauh mana tujuan dan target yang telah ditetapkan sebelumnya dicapai.

Pertemuan monitoring diantaranya di PRM, tingkat Kab/Kota, tingkat Propinsi, tingkat Pusat.

**j. Promosi**

- 1) Advokasi
- 2) Kemitraan
- 3) Penyuluhan

## **24. Klien yang mendapatkan Penanganan HIV-AIDS**

**a. Pengertian**

- 1). AIDS adalah kumpulan gejala yang disebabkan oleh karena menurunnya system kekebalan tubuh.
- 2). HIV adalah virus yang menyerang system kekebalan tubuh yang lama kelamaan akan mengakibatkan AIDS.
- 3). Penderita HIV/AIDS adalah penderita yang mempunyai gejala (untuk keperluan Surveilans) sebagai berikut :
  - a) Dewasa (>12 tahun), apabila :
    - Test HIV (+) dan ditemukan 2 gejala mayor dan 1 gejala minor.
    - Ditemukan Sarkoma Kaposi atau Pneumonia pneumocystis carinii.
  - b) Anak-anak (< 12 tahun), apabila :
    - Jika umur > 18 bulan, test HIV (+) dan ditemukan 2 gejala mayor dan 2 gejala minor

- Jika umur < 18 bulan test HIV (+) dan ditemukan 2 gejala mayor dan 2 gejala minor dengan ibu yang HIV (+)
- 4). Tatalaksana HIV/AIDS dimaksud :
  - a). Voluntary Counseling Testing (VCT) adalah kegiatan test konseling secara sukarela
  - b). Perawatan orang sakit dengan HIV/AIDS
  - c). Pengobatan Anti Retro Viral (ARV)
  - d). Pengobatan infeksi Opurtunistik
  - e). Rujukan kasus spesifik

**b. Definisi Operasional**

Klien yang mendapatkan Penanganan HIV-AIDS adalah klien yang mendapat penanganan HIV/AIDS sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

1) Rumus

Klien yg  
mendapatkan  
penanganan  
HIV-AIDS

=

Jumlah Klien yg mendapatkan  
penanganan HIV-AIDS

Jumlah seluruh Klien HIV-AIDS yg  
datang ke sarana kesehatan

X 100%

- 2) Pembilang  
Jumlah Klien yang mendapatkan penanganan HIV/AIDS di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- 3) Penyebut  
Jumlah seluruh klien HIV/AIDS yang datang ke sarana kesehatan di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.
- 4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%)
- 5) Contoh Perhitungan  
Di Rumah Sakit A di Kabupaten X jumlah ODHA yang mendapat penanganan HIV/AIDS secara standar yakni meliputi Voluntary Counseling Testing (VCT), Perawatan orang sakit dengan HIV/AIDS, Pengobatan Anti Retro Viral (ARV), Pengobatan infeksi Opurtunistik, Rujukan kasus spesifik bila Rumah sakit tersebut tidak mampu menanganinya sebanyak 30 orang. Sedangkan jumlah seluruh ODHA yang datang ke Rumah Sakit tersebut sebanyak 30 orang.  
Jadi % Klien yang mendapat penangan HIV/AIDS adalah 30/30 x 100% = 100%

**d. Sumber Data**

Laporan Khusus Rumah Sakit/Dinkes Kabupaten/Kota.

**e. Rujukan**

- 1) Pedoman Nasional Perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA;
- 2) Pedoman pengobatan ARV;
- 3) Renstra Penangulangan HIV/AIDS tahun 2003– 2007;
- 4) Buku Survailans HIV/AIDS.

**f. Target**

- Target 2010 : 100 %
- Target 2015 : 100 %

g. **Langkah Kegiatan**

- 1) Pengobatan dan Perawatan ODHA;
  - Advokasi kebijakan kepada stake holder tentang ketersediaan obat ARV dan infeksi Operturistik.
  - Pelatihan petugas kesehatan tentang tatalaksana serta konseling HIV/AIDS
  - Mengembangkan klinis VCT.
  - Mengembangkan sentra-sentra pengobatan dan laboratorium yang terintegrasi dengan sistem pelayanan
  - Memberikan pengobatan preventif kepada bumil dengan HIV untuk pencegahan penularan dari ibu ke bayi (PMTCT)
  - Menyediakan ARU dan infeksi Operturistik (OI).
- 2) Peningkatan Gaya Hidup Sehat;
- 3) Peningkatan SDM;  
Peningkatan Sumber Daya Manusia melalui pelatihan petugas kesehatan.

**25. Kasus Infeksi Menular Seksual yang Diobati**

a. **Pengertian**

Penyakit Menular Seksual (PMS) atau biasa disebut penyakit kelamin adalah penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual.  
Yang termasuk PMS adalah Syphilis, Gonorrhoe Bubo, jengger ayam, herpes dan lain-lain.

b. **Definisi Operasional**

Infeksi Menular Seksual yang Diobati adalah Kasus Infeksi Menular Seksual (IMS) yang ditemukan berdasarkan syndrome dan etiologi serta diobati sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu 1 tahun.

c. **Cara Perhitungan/Rumus**

1) Rumus

Infeksi Menular Seksual (IMS) yg diobati =  $\frac{\text{Jumlah kasus Infeksi Menular Seksual (IMS) yg diobati}}{\text{Jumlah kasus Infeksi Menular Seksual (IMS) pada waktu yg sama}} \times 100\%$

2) Pembilang

Jumlah kasus IMS yang diobati di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah kasus IMS di satu wilayah kerja tertentu pada waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Di Puskesmas X Jumlah kasus IMS yang diobat dalam 1 tahun sebanyak 150 penderita. Jumlah kasus IMS yang datang ke Puskesmas tersebut selama 1 tahun 150 penderita.  
Jadi % IMS yang diobati : 150/150 x 100% = 100%

d. **Sumber Data**

SIMPUS, dan SIRS.

e. **Rujukan**

- 1) Buku Nasional Pengobatan IMS berdasarkan pendekatan sindrome;

- 2) Buku pengobatan IMS;
- 3) Buku Surveilans IMS.

**f. Target**

- Target 2010 : 100 %
- Target 2015 : 100 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Pengobatan IMS
  - a) Advokasi
  - b) Meningkatkan KIE Pencegahan IMS, pemeriksaan IMS dan pengobatan secara dini.
  - c) Pendidikan dan latihan bagi petugas kesehatan dalam tatalaksana penderita IMS.
  - d) Mengembangkan Klinik IMS di lokasi/ lokalisasi penaja seks.
  - e) Pemeriksaan IMS berkala kepada para PS dan pramuria di lokasi, lokalisasi, BAR, Karaoke, Panti Pijat.
- 2) Peningkatan gaya Hidup sehat
  - a. Meningkatkan derajat pendidikan dasar dari anak, pemuda dan remaja, khususnya anak perempuan.
  - b. KIE di sekolah dan tempat kerja termasuk life Skill Education.
  - c. Perlindungan dan KIE kepada keluarga dan kelompok penduduk yang menghadapi masalah sosial.
  - d. Kerjasama dan koordinasi dengan media massa dan perusahaan advertensi untuk KIE pada masyarakat umum
  - e. KIE dan perlindungan anggota militer dan polisi
  - f. KIE dan pelayanan kesehatan di Lapas.
- 3) Promosi dan distribusi kondom . Melakukan Social-marketing dan meningkatkan akses kondom kepada WPS dan pelanggannya.
  - a) Melakukan social–marketing dan meningkatkan akses kondom kepada WTS dan pelanggannya
  - b) Meningkatkan ketersediaan kondom, memperluas jaring distribusinya melalui swasta, LSM dan Pemerintah.
  - c) Meningkatkan KIE tentang manfaat penggunaan kondom
  - d) Meningkatkan kualitas kondom.
- 4) Promosi Perilaku Seksual Aman
  - a) Advokasi pada decision maker
  - b) Mengembangkan proyek – proyek panduan penggunaan kondom 100 %.
  - c) Melaksanakan KIE secara sistematis dan bijaksana tentang penggunaan kondom dan hubungan seksual non – penetratif.
  - d) Melaksanakan kegiatan pemeriksaan dan pengobatan IMS pada kelompok berisiko.
- 5) Peningkatan SDM

## 26. Incidence Rate DBD

**a. Pengertian**

- Incidence Rate adalah jumlah kasus penderita suatu penyakit.
- Penderita penyakit DBD adalah penderita dengan tanda-tanda yang memenuhi kriteria diagnosa klinis sebagai berikut:
  - Panas mendadak 2-7 hari tanpa sebab yang jelas
  - Tanda-tanda pendarahan dan/atau pembesaran hati

- Trombositopenia (trombosit 100.000/ul atau kurang)
- Hemokonsentrasi (Hematokrit meningkat 20% atau lebih)

**b. Definisi operasional Incidence Rate DBD:**

Persentase jumlah penderita DBD dalam satu tahun dibandingkan dengan jumlah penduduk yang ada dalam wilayah tertentu.

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

1) Rumus

$$\text{IR DBD} = \frac{\text{Jumlah penderita DBD dlm satu tahun}}{\text{Jumlah penduduk dlm kurun yg sama}} \times 10.000$$

2) Pembilang :

Jumlah penderita DBD dalam satu tahun di wilayah tertentu.

3) Penyebut :

Jumlah penduduk dalam kurun waktu satu tahun.

4) Ukuran/Konstanta :

Persentase (%)

**d. Sumber Data**

Laporan P2 DBD bulanan kab/kota

**e. Rujukan**

- 1) Petunjuk Teknis Pengamatan Penyakit Demam Berdarah Dengue (lampiran 2 Keputusan Dirjen PPM-PLP Nomor: 914-I/PD.03.04.PB/1992);
- 2) Buku Tatalaksana Demam Berdarah Dengue di Indonesia tahun 2001;
- 3) Buku Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Demam Dengue dan Demam Berdarah Dengue tahun 2003.

**f. Target**

- Target 2010 : <70/100.000 penduduk
- Target 2015 : <20/100.000 penduduk

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Penegakan diagnosis, pengobatan dan rujukan tersangka / penderita di Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Balai Pengobatan / Poliklinik atau Dokter praktek.
- 2) Penegakan diagnosis dan penanganan tersangka/penderita DBD Rumah Sakit.
- 3) Peningkatan SDM bagi dokter spesialis di Rumah Sakit (Dokter Anak, Penyakit Dalam, Dokter di UGD dan Perawat) serta Puskesmas (Dokter, Perawat, Bidan atau Nakes lainnya) melalui ceramah klinik DBD.
- 4) Penanggulangan kasus meliputi penyelidikan epidemiologi (PE) yaitu pencarian penderita/tersangka DBD lainnya dan pemeriksaan jentik di rumah penderita/tersangka dalam radius sekurang-kurangnya 100 m serta tempat-tempat umum yang diperkirakan menjadi sumber penularan.
- 5) Pemberantasan vektor
- 6) Promosi Kesehatan
- 7) Monitoring dan Evaluasi

**27. CFR/ Angka Kematian DBD**

**a. Pengertian**

- Angka kematian adalah jumlah penderita meninggal akibat penyakit tertentu



- Kasus DBD adalah penderita dengan tanda-tanda yang memenuhi kriteria diagnosa klinis sebagai berikut:
  - Panas mendadak 2-7 hari tanpa sebab yang jelas
  - Tanda-tanda pendarahan dan/atau pembesaran hati
  - Trombositopenia (trombosit 100.000/ul atau kurang)
  - Hemokonsentrasi (Hematokrit meningkat 20% atau lebih)

**b. Definisi operasional CFR DBD :**

Persentase jumlah kematian karena DBD dibandingkan dengan jumlah penderita DBD.

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

1) Rumus :

$$\text{CFR DBD} = \frac{\text{Jumlah kematian karena DBD}}{\text{Jumlah penderita DBD}} \times 100\%$$

2) Pembilang :

Jumlah penderita yang meninggal karena DBD disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut :

Jumlah penderita DBD yang dilaporkan dalam waktu yang sama

4) Ukuran/Konstanta : Persentase (%)

**d. Sumber Data**

Laporan P2 DBD bulanan kab/kota

**e. Rujukan**

- 1) Petunjuk Teknis Pengamatan Penyakit Demam Berdarah Dengue (lampiran 2 Keputusan Dirjen PPM-PLP nomer: 914-I/PD.03.04.PB/1992);
- 2) Buku Tatalaksana Demam Berdarah Dengue di Indonesia tahun 2001;
- 3) Buku Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Demam Dengue dan Demam Berdarah Dengue tahun 2003.

**f. Target**

- Target 2010 : < 3,2%
- Target 2015 : < 1%

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Penegakan diagnosis, pengobatan dan rujukan tersangka/penderita di Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Balai Pengobatan/Poliklinik atau Dokter praktek.
- 2) Penegakan diagnosis dan penanganan tersangka/penderita DBD Rumah Sakit.
- 3) Peningkatan SDM bagi dokter spesialis di Rumah Sakit (Dokter Anak, Penyakit Dalam, Dokter di UGD dan Perawat) serta Puskesmas (Dokter, Perawat, Bidan atau Nakes lainnya) melalui ceramah klinik DBD.
- 4) Penanggulangan kasus meliputi penyelidikan epidemiologi (PE) yaitu pencarian penderita/tersangka DBD lainnya dan pemeriksaan jentik di rumah penderita/tersangka dalam radius sekurang-kurangnya 100 m serta tempat-tempat umum yang diperkirakan menjadi sumber penularan.
- 5) Pemberantasan vektor
- 6) Promosi Kesehatan
- 7) Monitoring dan Evaluasi

## 28. CFR / Angka Kematian Diare

### a. Pengertian

- 1) Diare adalah buang air besar lembek/cair bahkan dapat berupa air saja yang frekuensinya lebih sering dari biasanya (biasanya 3 kali atau lebih dalam sehari) dan berlangsung kurang dari 14 hari.
- 2) Angka kematian adalah jumlah penderita meninggal akibat penyakit tertentu.

### b. Definisi operasional CFR Diare:

Persentase jumlah kematian karena Diare dibandingkan dengan jumlah penderita Diare.

### c. Cara Perhitungan/Rumus

- 1) Rumus :

$$\text{CFR Diare} = \frac{\text{Jumlah kematian karena Diare}}{\text{Jumlah penderita Diare}} \times 100\%$$

- 2) Pembilang :  
Jumlah penderita yang meninggal karena Diare disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- 3) Penyebut :  
Jumlah penderita Diare yang dilaporkan dalam waktu yang sama.
- 4) Ukuran/Konstanta :  
Persentase (%)

### d. Sumber Data

Laporan P2 Diare bulanan kab/kota.

### e. Rujukaan

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 216/MENKES/SK/XI/2001 pada tanggal 16 Nopember 2001 tentang Pedoman Pemberantasan Penyakit Diare.

### f. Target

- Target 2010 : < 1/10.000 penduduk
- Target 2015 : < 1/10.000 penduduk

### g. Langkah Kegiatan :

- 1) Tatalaksana kasus :
  - a) Ketepatan diagnosa (sesuai dengan gejala & derajat dehidrasi)
  - b) Pengobatan secara rasional
  - c) Rujukan penderita
- 2) Peningkatan SDM:
  - a) Pelatihan-pelatihan tenaga pengelola
  - b) Fasilitasi/bintek
- 3) Monitoring dan Evaluasi:
  - a) Pengamatan berkala melalui SKD
  - b) Pengamatan kasus
  - c) Faktor risiko
- 4) Promosi/penyuluhan:
  - a) Pengetahuan tentang Penyakit
  - b) Cara-cara perawatan di rumah tangga
  - c) Menghindari penularan

- d) Perubahan perilaku dan perbaikan lingkungan
- 5) Kemitraan:
  - a) Transfer teknologi
  - b) Pemberdayaan dan pemanfaatan sumber daerah
  - c) Alih pengelolaan/kemandirian

**29. Darah Donor diskriming terhadap HIV-AIDS**

**a. Pengertian**

Skrining Darah Donor

- 1) Skrining darah donor adalah setiap kantong darah yang akan digunakan untuk transfusi harus melalui pemeriksaan terhadap penyakit-penyakit tertentu yang ditularkan melalui darah.
- 2) Skrining darah donor dilakukan pada penyakit sebagai berikut : HIV (reaktif atau tidak), Siphilis, HBV (Hepatitis -B Virus), HCV (Hepatitis-C Virus).
- 3) Kegiatan skrining dapat dilaksanakan di UTDC - PMI atau di Rumah Sakit Kabupaten/Kota.

**b. Definisi Operasional**

Darah donor diskriming terhadap HIV-AIDS adalah darah donor diskriming dengan menggunakan reagen yang sensitivity > 90% di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

**c. Cara Perhitungan / Rumus**

- 1) Rumus

Darah diskriming HIV-AIDS

donor thd

=

Jumlah kantong darah donor diskriming thd antibody HIV

Jumlah seluruh kantong darah

X

100%

- 2) Pembilang  
Jumlah kantong darah donor diskriming terhadap antibody HIV di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu
- 3) Penyebut  
Jumlah seluruh kantong darah di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.
- 4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%)
- 5) Contoh Perhitungan  
Kabupaten X melakukan skrining darah donor terhadap antibody HIV sebanyak 360 kantong dari hasil donasi.  
Jumlah seluruh kantong darah dari hasil donasi di Kabupaten X sebanyak 360 kantong darah.  
Jadi darah donor diskriming terhadap HIV-AIDS  
= 360 kantong/360 kantong x 100 %  
= 100 %

**d. Sumber Data**

Unit Transfusi Darah Cabang/UTDC - PMI

- e. **Rujukan**
  - a. Pedoman Skrining Darah Donor
  - b. Buku Protap Pemeriksaan Laboratorium
  - c. Renstra Penanggulangan HIV-AIDS tahun 2003-2007.
- f. **Target**
  - Target 2010 : 100 %
  - Target 2015 : 100 %
- g. **Langkah Kegiatan**
  - a. Skrining darah donor :
    - Penyediaan Reagen untuk pemeriksaan
    - Meningkatkan jumlah dan cakupan UTDC
    - Skrining seluruh darah donor
  - b. Peningkatan SDM dengan memberikan pelatihan Petugas Rumah Sakit dan UTDC untuk pemeriksaan HIV/AIDS.
  - c. Advokasi dan penyuluhan
    - KIE;
    - Advokasi pada para pengambil keputusan;
    - Promosi penggunaan darah secara rasional;
    - Sosialisasi pentingnya donor sukarela dari kelompok risret
  - d. Melakukan pemantauan terhadap kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan yang diikuti dengan evaluasi terhadap hasil-hasilnya.

30. **Penderita malaria yang diobati**

- a. **Pengertian**
  - 1) Penderita tersangka malaria adalah penderita yang didiagnosa dengan gejala klinis : demam, menggigil dan sakit kepala atau gejala lain spesifik daerah tanpa pemeriksaan laboratorium (malaria klinis).
  - 2) Penderita positif malaria adalah penderita yang dalam pemeriksaan sediaan .
  - 3) Pengobatan klinis adalah pengobatan yang diberikan kepada penderita malaria klinis.
  - 4) Pengobatan radikal adalah pengobatan yang diberikan kepada penderita positif malaria untuk menghilangkan parasit malaria.

- b. **Definisi Operasional**

Penderita malaria yang diobati adalah penderita tersangka malaria dan atau positif malaria, yang diobati sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

- c. **Cara Perhitungan**
  - 1) Rumus

Penderita malaria yg diobati

=

Jumlah penderita tersangka malaria dan atau positif malaria diobati sesuai standar

Jumlah penderita dg gejala malaria

X 100%

- 2) Pembilang

Jumlah penderita tersangka malaria dan atau positif malaria diobati sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- 3) Penyebut

Jumlah penderita dengan gejala malaria di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

- 4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Penduduk desa X tahun 2003 berjumlah 1000 orang. Ditemukan penderita malaria klinis 200 orang, sedangkan jumlah sediaan darah yang diperiksa 150 orang. Hasil dari pemeriksaan darah yang positif 100 orang yang terdiri dari : 65 orang positif plasmodium falciparum dan 35 orang positif plasmodium vivax. Kemudian dilakukan pengobatan sesuai standart yang 180 orang diobati pengobatan malaria klinis dan 80 orang dengan pengobatan radikal.

$$\begin{aligned} \% \text{ penderita yang diobati klinis} &= 180/200 \times 100\% &= 90\% \\ \% \text{ penderita yang diobati radikal} &= 80/200 \times 100\% &= 90\% \\ \% \text{ penderita malaria yang diobati} &= (90\%+80\%)/2 &= 85\% \end{aligned}$$

**d. Sumber Data**

SIMPUS, SIRS, STP

**e. Rujukan**

- Modul Penemuan dan Pengobatan Penderita Malaria Tahun 1999, 614.532 Ind. m (Jilid 5)
- Modul Penatalaksanaan Penderita Malaria Tahun 1999, 614.532 Ind.m (Jilid 7-10)

**f. Target**

- Target 2010 : 100 %
- Target 2015 : 100 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1). Menemukan penderita tersangka malaria;
- 2). Mengkonfirmasi secara laboratorium dan atau dengan menggunakan rapid diagnostik, test untuk memastikan diagnosa adanya parasit di dalam sediaan darah (SD) dan mengetahui jenis parasitnya. Hal ini penting untuk memberikan pengobatan yang tepat
- 3). Memberikan pengobatan baik kepada penderita tersangka malaria dan penderita positif maupun pengobatan hasil follow up penderita (pengobatan berdasarkan standar pengobatan)

**31. Penderita Kusta yang selesai berobat (RFT rate)**

**a. Pengertian**

- 1) Pengertian penyakit kusta

Penyakit kusta merupakan penyakit menular menahun yang disebabkan oleh kuman Mycobacterium leprae yang terutama menyerang saraf tepi, kulit dan organ tubuh lain kecuali susunan saraf pusat.

- 2) Penderita kusta adalah penderita yang mempunyai satu atau lebih gejala utama

- a) Kulit dengan bercak putih atau kemerahan disertai mati rasa atau anestesi
- b) Penebalan saraf tepi yang disertai gangguan fungsi saraf berupa mati rasa dan kelemahan/kelumpuhan pada otot tangan, kaki dan mata, kulit kering serta pertumbuhan rambut yang terganggu.
- c) Pada pemeriksaan kerokan jaringan kulit (slit = skin = smear) didapatkan adanya kuman M. Leprae.

- 3) Klasifikasi penderita, berdasarkan tanda-tanda utama dibedakan menjadi :

- a) Tipe PB dengan tanda-tanda :
  - Jumlah bercak pada kulit : 1 - 5

- Kerusakan saraf tepi : 1 Saraf
- Pemeriksaan Skin Smear (BTA) : Negatif
- b) Tipe MB dengan tanda-tanda :
  - Jumlah bercak pada kulit : lebih dari 5
  - Kerusakan saraf tepi : banyak saraf
  - Pemeriksaan Skin Smear (BTA) : positif
- 4) Pengobatan
  - Pengobatan penderita kusta sesuai dengan klasifikasi yaitu :
  - a) Pengobatan PB
    - Blister MDT Dewasa berisi : Rifampisin dan Dapsone (DDS)
    - Blister MDT Anak berisi : Rifampisin dan Dapsone (DDS).
  - b) Pengobatan MB
    - Blister MDT Dewasa berisi : Rifampisin, Lampren dan Dapsone (DDS)
    - Blister MDT Anak berisi : Rifampisin, Llampren dan Dapsone (DDS)
- 5) Kesembuhan penderita PB : Penderita yang sudah mendapatkan pengobatan sebanyak 6 blister yang diselesaikan selama 6-9 bulan.  
Kesembuhan penderita MB : Penderita yang sudah mendapatkan pengobatan sebanyak 12 blister yang diselesaikan selama 12-18 bulan.
- 6) Kohort adalah sekumpulan penderita yang mulai pengobatan MDT dalam periode waktu 1 tahun.

**b. Definisi Operasional**  
Penderita kusta yang selesai berobat adalah penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan tepat waktu (RTF rate) di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

**c. Cara Perhitungan /Rumus**

1) Rumus

Penderita kusta selesai berobat (RFT Rate)

=

Jumlah penderita kusta yg menyelesaikan pengobatan sesuai standar

Jumlah penderita kusta yg ditemukan pd periode yg sama

X 100%

- 2) Pembilang  
Jumlah penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu
- 3) Penyebut  
Jumlah penderita Kusta yang ditemukan pada periode tertentu di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.
- 4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%)
- 5) Contoh Perhitungan  
Jumlah penderita yang mulai pengobatan pada periode kohort tertentu 100 orang. Yang menyelesaikan pengobatan sesuai standar pengobatan 90 orang, maka angka kesembuhan (RFT) rate = 90/100 x 100% = 90 %

**d. Sumber Data**  
Register/monitoring pengobatan MDT untuk PB dan MB pada Puskesmas

- e. Rujukan**
- 1). Buku Pedoman Pelaksanaan Program P2 Kusta bagi petugas Unit Pelayanan Kesehatan.
  - 2). Buku Pedoman Program Pemberantasan Penyakit Kusta di Indonesia.

**f. Target**

- Tahun 2010 : > 90%

- Tahun 2015 : > 90%

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Penemuan penderita;  
Secara pasif bersifat sukarela dan secara aktif melalui pemeriksaan kontak serumah dan tetangga /lingkungan, pemeriksaan anak sekolah, chase survei, Rapid village survei, survei khusus, LEK, SAPEL, survei fokus.
- 2) Pengobatan penderita;
  - a) Pemberian pengobatan sesuai dengan rekomendasi (WHO) : PB anak dan dewasa, MB anak dan dewasa
  - b) Penanganan penderita reaksi
  - c) Rujukan penderita dengan komplikasi
  - d) Konfirmasi diagnosis kasus sulit (petugas Kabupaten)
  - e) Monitoring kecukupan pengobatan (petugas kabupaten)
- 3) Pembinaan Pengobatan (Case Holding);  
Monitoring pengobatan dan melakukan pelacakan penderita yang tidak mengambil obat
- 4) Mencegah cacat dan perawatan diri, dengan pemeriksaan POD (Prevention Of Disability) setiap bulan pada semua penderita, setiap 2 minggu pada penderita reaksi serta memberikan contoh cara merawat diri;
- 5) Melaksanakan pencatatan dan pelaporan;
- 6) Melakukan penyuluhan bagi penderita, keluarga dan masyarakat;
- 7) Manajemen logistik, terutama bagi petugas kabupaten dalam hal perencanaan permintaan obat, penyimpanan dan pendistribusian;
- 8) Menilai hasil pelaksanaan pelayanan pengobatan kepada penderita dengan melihat angka kesembuhan;

### 32. Kasus filariasis yang ditangani

**a. Pengertian**

- 1) Seseorang yang pernah tercatat sebagai kasus filariasis dan belum sembuh, termasuk kasus filariasis dengan gejala/tanda menetap atau kasus filariasis dengan gejala/tanda hilang timbul (transient limphoedema)
- 2) Seseorang yang pernah tercatat sebagai kasus filariasis dan tidak pernah termonitor oleh unit pelayanan (loss or follow up)
- 3) Seseorang yang pada pemeriksaan darah jari dinyatakan mikrofilaria positif dan belum mendapat pengobatan
- 4) Kasus Filariasis ditangani adalah kasus filariasis yang mendapatkan tatalaksana di unit pelayanan dan diikuti tatalaksana rumah tangga
- 5) Setiap penemuan kasus filariasis disuatu kecamatan harus dilanjutkan dengan survei darah jari dan pengobatan massal filariasis sesuai dengan pedoman program eliminasi filariasis.

**b. Definisi Operasional**

Kasus filariasis yang ditangani adalah Kasus Filariasis yang ditemukan dengan pemeriksaan mikroskopis dan atau dengan gejala klinis.

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

- 1). Rumus

$$\text{Kasus filariasis yg} = \frac{\text{Jumlah Kasus filariasis yg ditangani}}{\text{}} \times 100\%$$

ditangani                      Jumlah kasus filariasis yg ditemukan pd  
periode yg sama

- 2). Pembilang  
Jumlah kasus filariasis yang ditangani di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu
- 3). Penyebut  
Jumlah kasus filariasis yang ditemukan di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama
- 4). Ukuran/Konstanta  
Persentase (%)
- 5). Contoh Perhitungan  
Sampai dengan tahun 2004 di Kabupaten X tercatat sebanyak 40 kasus filariasis berdasarkan penemuan Puskesmas, RS, tiga kasus dinyatakan sembuh dan 1 kasus telah meninggal dunia. Pada tahun 2004, tiga puluh kasus filariasis mendapatkan pengobatan di Puskesmas yang diikuti dengan perawatan di rumah penderita. Enam kasus filariasis sisanya tidak pernah melapor lagi ke Puskesmas dan tidak dilakukan kunjungan rumah.  
Berdasarkan survei darah jari yang dilakukan pada tahun 2004, ditemukan 22 orang dengan mikrofilaria positif dan 20 diantaranya mendapat pengobatan.

Dari data diatas :

Penemuan kasus klinis filaria s/d tahun 2004 = 40 kasus

Kasus Filariasis sembuh dan kasus meninggal dunia = (3+1) kasus

Jumlah kasus klinis = 36 kasus

Jumlah kasus non klinis (mikrofilaria positif) = 22 kasus + Jumlah kasus filariasis pada tahun 2004 = 58 kasus

Jumlah kasus filariasis klinis dan non klinis yang mendapat pengobatan (30+20) kasus. Sehingga, Kasus filariasis yang ditangani Kab. X pada tahun 2004 =  $50/58 \times 100\% = 86,2\%$

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

- 1). Laporan kasus Filariasis (Pedoman Penatalaksanaan Kasus Klinis Filariasis)
- 2). Laporan survei darah jari (Pedoman Penemuan Daerah Endemis Filariasis)

#### **e. Rujukan**

- 1). Pedoman Program Eliminasi Penyakit Kaki Gajah (Filariasis) di Indonesia, Departemen Kesehatan RI, Dirjen PPM & PL.
- 2). Epidemiologi Penyakit Kaki Gajah (Filariasis) di Indonesia, Departemen Kesehatan RI, Dirjen PPM & PL
- 3). Pedoman Penentuan Daerah Endemis Penyakit Kaki Gajah (Filariasis) di Indonesia, Departemen Kesehatan RI, Dirjen PPM & PL
- 4). Pedoman Pengobatan Massal Penyakit Kaki Gajah (Filariasis), Departemen Kesehatan RI, Dirjen PPM & PL
- 5). Pedoman Penatalaksanaan Kasus Klinis Penyakit Kaki Gajah (Filariasis), Departemen Kesehatan RI, Dirjen PPM & PL
- 6). Pedoman Promosi Kesehatan Dalam Eliminasi Penyakit Kaki Gajah (Filariasis), Departemen Kesehatan RI, Dirjen PPM & PL
- 7). Desaku Bebas Filariasis, Departemen Kesehatan RI, Dirjen PPM & PL

#### **f. Target**

- Tahun 2010 : 100 %
- Tahun 2015 : 100 %



### **g. Langkah Kegiatan**

- 1). Penemuan Kasus :  
Penemuan kasus dapat diperoleh di Unit Pelayanan Kesehatan (Puskesmas, Rumah Sakit, dll) dan penemuan di masyarakat melalui survei
- 2). Tatalaksana kasus :
  - a) Tatalaksana penderita klinis akut dan kronis dilakukan di unit pelayanan kesehatan dan perawatan di rumah. Untuk kasus yang baru ditemukan langsung diberikan DEC 3 x 100 mg selama 10 hari, kemudian diikuti dalam pengobatan massal. Penderita dengan serangan akut, diberi antibiotik dan obat simptomatik lain terlebih dulu sampai gejala klinis mereda, baru kemudian diberikan DEC. Perawatan meliputi pencucian, pemberian salep anti jamur/anti bakteri, peninggian bagian tubuh yang mengalami lymphodema, gerakan/exercise, dan pemakaian alas kaki yang tepat. Setiap penderita dianjurkan untuk menjaga personal hygiene.
  - b) Pengobatan kasus non klinis dengan obat DEC 3 x 100 mg selama 10 hari, kemudian diikuti dalam siklus pengobatan massal dengan obat DEC, Albendazole dan Paracetamol
- 3). Peningkatan SDM :  
Melalui kegiatan antara lain : Pelatihan tenaga pengelola filariasis Puskesmas dan Kabupaten, Pelatihan tenaga pengelola mikroskopis filariasis Puskesmas dan Kabupaten, dan Peningkatan SDM keluarga penderita dan kader di Puskesmas.
- 4). Monitoring dan Evaluasi (Monev) :  
Melakukan supervisi secara berjenjang.  
Pelaksanaan surveilans kasus klinis dan survey darah jari.
- 5). Promosi :  
Melalui kegiatan-kegiatan advokasi, penyuluhan dan sosialisasi di Rumah Sakit, Puskesmas, Masyarakat, dan kader
- 6). Survei darah jari :  
Dilakukan untuk menentukan suatu daerah endemis filariasis atau tidak, dan untuk evaluasi setelah pengobatan massal. Persiapan yang dilakukan antara lain pelatihan tenaga Puskesmas (on the job training) dan penyiapan masyarakat. Dalam penyiapan masyarakat diperlukan koordinasi dan penggerakan oleh perangkat/tokoh-tokoh (agama, masyarakat, pemuda, dll) di desa.
- 7). Pengobatan massal untuk 1 Kecamatan Implementation Unit (IU) :
  - a). Untuk memutuskan rantai penularan filariasis melalui pengobatan massal setiap tahun selama minimal 5 tahun
  - b). Pelatihan kader/TPE (Tenaga Pembantu Pengobatan)
  - c). Diperlukan penyiapan masyarakat dengan penyuluhan, serta koordinasi dan penggerakan masyarakat oleh perangkat desa dan tokoh-tokoh (masyarakat, agama, pemuda, dll)
  - d). Pelaksanaan pengobatan massal sebaiknya dilakukan sore hari (banyak penduduk di rumah) dan minum obat dalam keadaan perut tidak kosong (setelah makan).

## **33. Institusi Yang Dibina**

### **a. Pengertian**

- 1) Institusi adalah Unit kerja yang memberikan pelayanan/jasa kepada masyarakat atau memproduksi barang.
- 2) Institusi yang dibina adalah Unit kerja yang dalam memberikan pelayanan/jasa potensial menimbulkan risiko/dampak kesehatan; mencakup RS, Puskesmas, Sekolah, Instalasi pengolahan air minum, perkantoran, industri rumah tangga, dan industri kecil serta tempat penampungan pengungsi.

- 3) Instalasi Pengolahan Air Minum adalah Instalasi yang telah melaksanakan pengawasan internal dan eksternal (oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota) sesuai dengan KepMenkes 907/SK/VII/2002 dengan jumlah sampel air yang diperiksa memenuhi persyaratan bakteriologis 95% dan tidak ada parameter kimia yang berdampak langsung terhadap kesehatan.
- 4) Rumah Sakit/ Puskesmas adalah Sarana Pelayanan Kesehatan yang effluentnya memenuhi baku mutu limbah cair, mengelola limbah padat dengan baik, tersedia air cukup kuantitas dan kualitas, higiene sanitasi makanan dan minuman, pengendalian vektor serta binatang pengganggu.
- 5) Perkantoran/Sekolah adalah Kantor yang mempunyai sarana pengolahan limbah cair, limbah padat dengan baik, tersedia air cukup (kuantitas dan kualitas), penerangan, ventilasi, pengendalian vector dan binatang pengganggu lainnya.
- 6) Industri adalah Industri yang mempunyai sarana pengolahan limbah cair, limbah padat dengan baik, tersedia air cukup (kuantitas dan kualitas), higiene sanitasi makanan minuman, penerangan, ventilasi, pengendalian vector dan binatang pengganggu lainnya.
- 7) Tempat penampungan pengungsi adalah Lokasi penampungan pengungsi yang memenuhi aspek kesehatan lingkungan (penyehatan air, pembuangan kotoran, pengelolaan sampah, pengendalian vector dan hygiene sanitasi makanan minuman), termasuk kondisi permukiman (padatan hunian, ventilasi , pencahayaan, lantai).

**b. Definisi Operasional**

Institusi yang dibina adalah institusi yang dibina sesuai dengan standar kesehatan lingkungan di satu wilayah kerja tertentu pada kurun waktu 1 tahun.

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

1) Rumus

Institusi yg  
dibina

$$= \frac{\text{Jumlah institusi yg dibina dg syarat kesling}}{\text{Jumlah institusi yg ada}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah Institusi yang dibina sesuai dengan syarat kesehatan lingkungan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah Institusi yang ada di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase ( % )

5) Contoh Perhitungan

Pada tahun 2003, di Kabupaten X terdapat 100 institusi, yang terdiri dari : 3 RS, 50 Sekolah, 20 industri, 14 perkantoran, 2 instalasi pengolahan air minum, 10 puskesmas, 1 tempat penampungan pengungsi. Dari institusi yang ada tersebut yang dibina sebanyak 60 institusi. Jadi persentase institusi yang dibina = 60 /100 x 100 % = 60%.

**d. Sumber Data**

- 1) Laporan hasil Inspeksi Sanitasi (IS) pada institusi yg dibina;
- 2) Laporan hasil laboratorium;
- 3) Kantor Statistik Kab/Kota.

**e. Rujukan**

- 1) Keputusan Menteri Kesehatan.
  - a). KepMenkes Nomor 907/Menkes/SK/VII/2002 tentang Syarat-Syarat dan Pengawasan Kualitas Air Minum;
  - b). Kepmen LH Nomor 58/Men LH/12/1995 tentang Baku Mutu Limbah Cair kegiatan Rumah Sakit;
  - c). Kepmenkes Nomor 715/Menkes/SK/V/2003 tentang Persyaratan Higiene Sanitasi Jasaboga;
  - d). Kepmenkes RI Nomor 288/ Menkes /2003 tentang Pedoman Penyehatan Sarana dan Bangunan Umum;
  - e). Kepmenkes Nomor 1405/Kepmenkes/2002, tentang persyaratan kesehatan lingkungan kerja perkantoran dan industri;
  - f). Kepmen LH 51/Men LH/10/ 1995, tentang baku mutu limbah cair bagi kegiatan industri;
  - g). Kepmenkes Nomor 140/Kepmenkes/2002 tentang Persyaratan Kesehatan lingkungan kerja perkantoran dan industri;
- 2) Peraturan Menteri Kesehatan.
  - a). Permenkes Nomor 986/Menkes/Per/XI/1992 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit;
  - b). Permenkes Nomor 416/Permen/SK/IX/1990 tentang Syarat- syarat dan Pengawasan Kualitas Air Bersih;
- 3) Pedoman.
  - a). Pedoman Sanitasi Rumah Sakit di Indonesia;
  - b). Pedoman Pelaksanaan dan Pengawasan Dampak Sampah (Aspek Kesehatan Lingkungan);
  - c). Pedoman Kriteria Bantuan Penyelenggaraan Sanitasi Darurat, 2001;
  - d). Pedoman Umum Penyelenggaraan Sanitasi Darurat, 2001.
- 4) Petunjuk.
  - a). Petunjuk pelaksanaan KepMenkes No. 907/Menkes/SK/VII/2002 tentang Syarat-Syarat dan Pengawasan Kualitas Air Minum;
  - b). Petunjuk Teknis Kesiapsiagaan dan Penanggulangan Bencana Bidang Penyakit Menular dan Kesehatan Lingkungan, 1997/1998.
- 5) Lain-lain.
  - a). Prosedur Tetap Penyelenggaraan Sanitasi Darurat dan Event-event khusus, 2001;
  - b). Baku Mutu Limbah Cair, KLH.

**f. Target**

- Target 2010 : 70 %
- Target 2015 : 75 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1). Instalasi Pengolahan Air minum
  - a). Pendataan
    - Pengumpulan data instalasi pengolahan air minum (IPAM) di wilayah kerja.
  - b). Kemitraan
    - Menjalin jejaring kerjasama baik terhadap lintas sektor maupun asosiasi pengelola IPAM.
  - c). Pengawasan
    - Melakukan IS

- Pengambilan sampel di IPAM yang ada di wilayah kerja
  - Memeriksa sampel
  - Melakukan pembinaan terhadap IPAM yang diperiksa
  - Pengolahan dan analisis data
  - Rekomendasi
  - Hasil dilaporkan kepada atasan langsung, pengelola IPAM dan sektor terkait
- d). Sosialisasi/ advokasi
- Melakukan pertemuan untuk sosialisasi kepada pengelola IPAM, lintas program, dan sektor terkait
  - Menentukan jumlah dan jenis pedoman untuk menentukan sasaran sosialisasi.
  - Melakukan advokasi terhadap pengambil keputusan di tingkat Kecamatan maupun Kab/Kota
  - Hasil sosialisasi dilaporkan kepada atasan langsung dan sektor terkait.
  - Melakukan penyebaran informasi tentang kualitas air dan sanitasi IPAM kepada masyarakat, pengelola, sektor terkait.
- 2). Rumah Sakit
- a). Inspeksi Sanitasi;
- Pengambilan sampel di RS
  - Pemeriksaan sampel
  - Pengolahan dan analisa data
  - Rekomendasi terhadap pengelola RS dan sektor terkait
  - Laporan kepada atasan langsung dan sektor terkait
- b). Pengawasan;
- Pengumpulan data
  - Memeriksa sanitasi di RS yang ada di wilayah kerja
  - Melakukan pembinaan terhadap pengelola sanitasi di RS
  - Pengolahan dan analisis data
  - Hasil dilaporkan kepada atasan langsung, pengelola RS, Asosiasi RS, sektor terkait
- c). Sosialisasi, Advokasi, dan Kemitraan
- Melakukan pertemuan untuk sosialisasi kepada pengelola RS, Asosiasi RS, lintas program, dan lintas sektor terkait
  - Menentukan jumlah dan jenis pedoman untuk menentukan sasaran sosialisasi
  - Melakukan advokasi terhadap pengambil keputusan di tingkat Kecamatan maupun Kab / Kota
  - Menjalin jejaring kerjasama baik terhadap lintas sektor maupun Asosiasi RS, pengelola RS
  - Hasil sosialisasi dilaporkan kepada atasan langsung dan sektor terkait
- d). Peningkatan SDM
- Menentukan jenis pelatihan untuk menentukan peserta yang dilatih
  - Melaksanakan pelatihan baik terhadap petugas kesehatan maupun pengelola RS
- 3). Puskesmas
- a). Pengawasan
- Pengumpulan data
  - Memeriksa sarana sanitasi puskesmas di wilayah kerja
  - Melakukan pembinaan terhadap petugas sanitasi di puskesmas
  - Pengolahan dan analisis data
  - Hasil dilaporkan kepada atasan langsung, kepala puskesmas dan sektor terkait
- b). Sosialisasi dan advokasi

- Melakukan pertemuan untuk sosialisasi kepada pengelola puskesmas, lintas program, dan lintas sektor terkait
  - Menentukan jumlah dan jenis pedoman untuk menentukan sasaran sosialisasi
  - Melakukan advokasi terhadap pengambil keputusan di tingkat Kecamatan
  - Hasil sosialisasi dilaporkan kepada atasan langsung dan sektor terkait
  - c). Peningkatan SDM
    - Menentukan jenis pelatihan yang sesuai dengan peserta yang dilatih
    - Melaksanakan pelatihan sanitasi puskesmas
- 4). Sekolah/Perkantoran
- a). Inspeksi Sanitasi
    - Pengambilan sampel di sekolah/perkantoran
    - Pemeriksaan sampel
    - Pengolahan dan analisa data
    - Pengolahan dan analisa data
    - Rekomendasi terhadap petugas kesehatan dan sektor terkait
    - Laporan kepada atasan langsung dan sektor terkait
  - b). Pengawasan;
    - Pengumpulan data sarana sanitasi di sekolah/perkantoran
    - Memeriksa sarana sanitasi sekolah/perkantoran
    - Melakukan pembinaan terhadap pengelola sekolah/perkantoran
    - Pengolahan dan analisis data sarana sanitasi sekolah/perkantoran
    - Hasil dilaporkan kepada atasan langsung, pengelola puskesmas, dan sektor terkait
  - c). Sosialisasi;
    - Melakukan pertemuan untuk sosialisasi kepada pengelola sekolah/perkantoran, lintas program, dan lintas sektor terkait
    - Menentukan jumlah dan jenis pedoman untuk menentukan sasaran sosialisasi
  - d). Advokasi, dan kemitaraan;
    - Melakukan advokasi terhadap pengambil keputusan di tingkat Kecamatan maupun Kab/Kota
    - Menjalin jejaring kerjasama baik terhadap lintas sektor maupun pengelola sekolah/ perkantoran
    - Hasil sosialisasi dilaporkan kepada atasan langsung dan sektor terkait
  - e). Peningkatan SDM
    - Menentukan jenis pelatihan yang sesuai dengan peserta yang dilatih
    - Melaksanakan pembinaan terhadap pengelola sekolah / perkantoran
- 5). Industri
- a). Inspeksi sanitasi;
    - Pengambilan sampel di industri
    - Pemeriksaan sampel
    - Pengolahan dan analisa data
    - Rekomendasi terhadap pengelola industri dan sektor terkait
    - Laporan kepada atasan langsung dan sektor terkait
  - b). Pengawasan
    - Pengumpulan data
    - Memeriksa sarana sanitasi di industri yang ada di wilayah kerja
    - Melakukan pembinaan terhadap pengelola di industri
    - Pengolahan dan analisis data
    - Hasil dilaporkan kepada atasan langsung, pengelola puskesmas, dan sektor terkait
  - c). Sosialisasi, advokasi, dan kemitraan
    - Melakukan pertemuan untuk sosialisasi kepada pengelola industri, lintas program, dan lintas sektor terkait

- Menentukan jumlah dan jenis pedoman untuk menentukan sasaran sosialisasi
  - Melakukan advokasi terhadap pengambil keputusan di tingkat Kecamatan maupun Kab /Kota
  - Menjalin jejaring kerjasama baik terhadap lintas sektor maupun ikatan pengusaha setempat
  - Hasil sosialisasi dilaporkan kepada atasan langsung dan sektor terkait
- 6). Tempat Penampungan
- a). Penilaian cepat ( Rapid Health assesmen )
    - Pengumpulan data ( sanitasi dasar dan jumlah pengungsi)
    - Memeriksa sanitasi dasar di tempat penampungan
    - Melakukan pembinaan di tempat penampungan
    - Pengolahan dan analisis data
    - Rekomendasi
    - Hasil dilaporkan kepada atasan langsung, pengelola RS, dan sektor terkait
  - b). Penanggulangan teknis
    - Memberikan bantuan teknis sesuai yang dibutuhkan
    - Melakukan pengawasan di lokasi penampungan (air bersih, jamban, sampah, vektor, makanan minuman)
  - c). Penyuluhan dan Penggerakan Masyarakat
    - Menentukan jumlah dan jenis penyuluhan
    - Melaksanakan penyuluhan penanggulangan bencana
  - d). Monitoring dan evaluasi
    - Melakukan monitoring keadaan sanitasi di tempat penampungan
    - Melaksanakan evaluasi kegiatan yang telah dilaksanakan di tempat penampungan
    - Memberikan rekomendasi, saran tindak lanjut
    - Membuat laporan kepada atasan langsung dan sektor terkait
  - e). Kesiapsiagaan
    - Membuat mapping lokasi rawan bencana
    - Melakukan pembinaan kepada petugas dan memberdayakan masyarakat dalam mengantisipasi kejadian bencana
    - Menyediakan logistik kesling ( kaporit, PAC, aquatab, kantong sampah, dll ) sesuai dengan kondisi sanitasi di Tempat Penampungan

### 34. Rumah Sehat

#### a. Pengertian :

- 1). Rumah adalah bangunan yang berfungsi sebagai tempat tinggal atau hunian dan sarana pembinaan keluarga.
- 2). Secara umum rumah dapat dikatakan sehat apabila memenuhi kriteria sebagai berikut :
  - Memenuhi kebutuhan fisiologis antara lain pencahayaan, penghawaan, dan ruang gerak yang cukup, terhindar dari kebisingan yang mengganggu.
  - Memenuhi kebutuhan psikologis antara lain privacy yang cukup, komunikasi yang sehat antar anggota keluarga dan penghuni rumah.
  - Memenuhi persyaratan pencegahan penularan penyakit antar penghuni rumah dengan penyediaan air bersih, pengelolaan tinja dan limbah rumah tangga, bebas vector penyakit dan tikus, kepadatan hunian yang tidak berlebihan, cukup sinar matahari pagi, terlindungnya makanan dan minuman dari pencemaran, disamping pencahayaan dan penghawaan yang cukup.
  - Memenuhi persyaratan pencegahan terjadinya kecelakaan baik yang timbul karena keadaan luar maupun dalam rumah antara lain persyaratan garis sempadan jalan, konstruksi yang tidak mudah roboh, tidak mudah terbakar, dan tidak cenderung membuat penghuninya jatuh tergelincir.

**b. Definisi Operasional.**

Rumah sehat adalah proporsi rumah yang memenuhi kriteria sehat minimum **komponen rumah dan sarana sanitasi** dari 3 komponen ( rumah, sarana sanitasi dan perilaku ) di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.  
Minimum yang memenuhi kriteria sehat pada masing-masing parameter adalah sebagai berikut :

1). Minimum dari kelompok **komponen rumah** adalah :

- |                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| a. Langit-langit       | e. Jendela Ruang Keluarga       |
| b. Dinding             | f. Ventilasi                    |
| c. Lantai              | g. Sarana pembuangan asap dapur |
| d. Jendela Kamar Tidur | h. Pencahayaan.                 |

2). Minimum dari kelompok sarana sanitasi adalah :

- a. Sarana Air Bersih ( SGL / SPT / PP / KU / PAH ). Milik sendiri dan atau bukan milik sendiri dan memenuhi syarat kesehatan.
- b. Jamban ( sarana pembuangan kotoran )
- c. Sarana Pembuangan air limbah ( SPAL )
- d. Sarana Pembuangan Sampah.

3). Perilaku.

**c. Cara Perhitungan / Rumus.**

1). Rumus.

$$\text{Rumah sehat} = \frac{\text{Jumlah rumah yg memenuhi syarat kesehatan}}{\text{Jumlah rumah yg diawasi}} \times 100\%$$

2). Pembilang.

Jumlah rumah yang diawasi yang memenuhi syarat kesehatan sesuai minimum kriteria rumah sehat di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3). Penyebut.

Jumlah rumah yang diawasi di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

4). Ukuran / konstanta.

Prosentase ( % )

5). Contoh perhitungan.

Di Kab/Kota X telah dilakukan pengawasan/pemeriksaan terhadap 500 rumah, sesuai dengan kriteria penilaian tersebut diatas maka 400 rumah yang diawasi memenuhi syarat kesehatan, sedangkan yang lainnya tidak memenuhi syarat.

Jadi Rumah yang memenuhi syarat:  $400/500 \times 100\% = 80\%$ .

**d. Sumber Data.**

- Laporan khusus Dinas Kesehatan Kab. / Kota.
- Profil Kesehatan Kabupaten/Kota.

**e. Rujukan.**

- 1). Kepmenkes RI Nomor : 829/MENKES/SK/VII/1999 tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan.
- 2). Pedoman Teknis Penilaian Rumah Sehat, Dirjen PPM & PL Depkes RI, Tahun 2002.

**f. Target.**

- Target 2010 : 64 %
- Target 2015 : 77 %

**g. Langkah Kegiatan.**

- 1). Pendataan / Inventarisasi
- 2). Pengawasan
- 3). Pembinaan
- 4). Penyuluhan
- 5). Pemantauan dan monitoring
- 6). Pemberdayaan masyarakat penggalan kontribusi stimulan.
- 7). Kerjasama Lintas Sektor / Program.
- 8). Sosialisasi, Advokasi dan Kemitraan.

**35. Penduduk Yang Memanfaatkan Jamban sehat**

**a. Pengertian :**

- 1). Penduduk yang memanfaatkan jamban yang dimaksud adalah pemanfaatan jamban oleh penduduk, sehingga cara perhitungannya lebih mudah dan mengurangi bias akibat dari perhitungan yang bertingkat.
- 2). Jamban yang dimaksud adalah pemanfaatan jamban suatu bangunan yang dipergunakan untuk membuang tinja atau kotoran manusia/najis bagi keluarga yang lazim disebut Kakus / WC.
- 3). Manfaat jamban adalah suatu upaya untuk mencegah terjadinya penularan penyakit dan pencemaran dari kotoran manusia.
- 4). Syarat jamban sehat :
  - Tidak mencemari sumber air minum ( jarak antara sumber air minum dengan lubang penampungan minimum 10 meter, bila tidak memungkinkan perlu konstruksi kedap air ).
  - Tidak berbau dan tinja tidak dapat dijamah oleh serangga dan tikus.
  - Tidak mencemari tanah di sekitarnya.
  - Mudah dibersihkan.
  - Aman digunakan.
  - Dilengkapi dinding dan atap pelindung.
  - Cukup penerangan.
  - Lantai kedap air
  - Luas ruangan cukup
  - Ventilasi cukup baik.
  - Tersedia air dan alat pembersih.

**b. Definisi Operasional.**

Jamban adalah Proporsi jamban yang memenuhi syarat kesehatan pada wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

**c. Cara Perhitungan / Rumus.**

- 1). Rumus.

$$\text{Penduduk yg memanfaatkan jamban sehat} = \frac{\text{Jumlah jamban yg dimanfaatkan memenuhi syarat kesehatan}}{\text{Jumlah jamban yg diawasi}} \times 100\%$$

- 2). Pembilang.  
Jumlah jamban yang dimanfaatkan yang diawasi dan yang memenuhi syarat kesehatan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- 3). Penyebut.  
Jumlah jamban yang diawasi di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.
- 4). Ukuran / konstanta.



Prosentase ( % ).

5). Contoh perhitungan.

Di Kab/Kota X telah dilakukan pengawasan/pemeriksaan terhadap 600 jamban, yang memenuhi syarat kesehatan 400 jamban sedangkan yang lainnya tidak memenuhi syarat.

Jadi jamban yang memenuhi syarat =  $400/600 \times 100 \% = 60 \%$ .

**d. Sumber Data.**

- 1) Laporan khusus Dinas Kesehatan Kab. / Kota.
- 2) Profil Kesehatan Kabupaten/Kota.

**e. Rujukan.**

- 1). Kepmenkes RI Nomor : 829/MENKES/SK/VII/1999 tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan.
- 2). Pedoman Teknis Penilaian Rumah Sehat, Dirjen PPM & PL Depkes RI, Tahun 2002.
- 3). Pedoman Teknis Penyuluhan Program Penyehatan Lingkungan Pemukiman bagi Petugas Puskesmas. Dirjen PPM & PL Depkes RI, Tahun 1999.

**f. Target.**

- Target 2010 : 61 %
- Target 2015 : 75 %

**g. Langkah Kegiatan.**

- 1). Pendataan / Inventarisasi
- 2). Pengawasan<sup>2</sup>
- 3). Pembinaan
- 4). Penyuluhan
- 5). Pemantauan dan monitoring
- 6). Pemberdayaan masyarakat penggalan kontribusi stimulan.
- 7). Kerjasama Lintas Sektor / Program.
- 8). Sosialisasi, Advokasi dan Kemitraan.

### 36. Rumah Yang Mempunyai SPAL

**a. Pengertian :**

- 1). SPAL ( Saluran Pembuangan Air Limbah ) adalah suatu bangunan yang digunakan untuk membuang air buangan kamar mandi, tempat cuci tangan, dapur dan lain-lain bukan dari jamban atau peturasan.
- 2). SPAL yang sehat hendaknya memenuhi persyaratan sebagai berikut :
  - Tidak mencemari sumber air bersih ( jarak dengan sumber air bersih minimal 10 meter )
  - Tidak menimbulkan genangan air yang dapat dipergunakan untuk sarang nyamuk (diberi tutup yang cukup rapat ).
  - Tidak menimbulkan bau ( diberi tutup yang cukup rapat).
  - Tidak menimbulkan becek atau pandangan yang tidak menyenangkan (tidak bocor sampai meluap ).

**b. Definisi Operasional.**

SPAL adalah Proporsi SPAL yang memenuhi syarat kesehatan pada wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

**c. Cara Perhitungan / Rumus.**

1). Rumus.

$$\text{Rumah yg mempunyai SPAL} = \frac{\text{Jumlah rumah yg mempunyai SPAL memenuhi syarat kesehatan}}{\text{Jumlah rumah yg mempunyai SPAL yg diawasi}} \times 100\%$$

2). Pembilang.

Jumlah rumah yang mempunyai SPAL yang diawasi dan yang memenuhi syarat kesehatan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3). Penyebut.

Jumlah rumah yang mempunyai SPAL yang diawasi di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

4). Ukuran / konstanta.

Prosentase ( % ).

5). Contoh perhitungan.

Di Kab/Kota X telah dilakukan pengawasan/pemeriksaan terhadap 600 rumah yang mempunyai SPAL, yang memenuhi syarat kesehatan 300 sedangkan yang lainnya tidak memenuhi syarat.

Jadi rumah yang mempunyai SPAL yang memenuhi syarat :  $300/600 \times 100 \% = 50 \%$ .

**d. Sumber Data.**

- 1). Laporan khusus Dinas Kesehatan Kab. / Kota.
- 2). Profil Kesehatan Kabupaten/Kota.

**e. Rujukan.**

- 1). Kepmenkes RI Nomor : 829/MENKES/SK/VII/1999 tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan.
- 2). Pedoman Teknis Penilaian Rumah Sehat, Dirjen PPM & PL Depkes RI, Tahun 2002.
- 3). Pedoman Teknis Penyuluhan Program Penyehatan Lingkungan Pemukiman bagi Petugas Puskesmas. Dirjen PPM & PL Depkes RI, Tahun 1999.

**f. Target.**

- Target 2010 : 60 %
- Target 2015 : 75 %

**g. Langkah Kegiatan.**

- 1). Pendataan / Inventarisasi
- 2). Pengawasan
- 3). Pembinaan
- 4). Penyuluhan
- 5). Pemantauan dan monitoring
- 6). Pemberdayaan masyarakat penggalan kontribusi stimulan.
- 7). Kerjasama Lintas Sektor / Program.
- 8). Sosialisasi, Advokasi dan Kemitraan.

37. Rumah/Bangunan Bebas Jentik Nyamuk Aedes

a. Pengertian.

- 1) Pengendalian Vektor adalah semua kegiatan yang bertujuan untuk menekan kepadatan jentik nyamuk yang berperan sebagai vektor penyakit di rumah atau bangunan yang meliputi perumahan, perkantoran, tempat umum, sekolah, gudang, dsb.
- 2) Jentik nyamuk penular (vektor) adalah semua jentik nyamuk yang terdapat dalam tempat penampungan air di dalam maupun di sekitar rumah/bangunan.
- 3) Tempat Penampungan Air: bak mandi, tempayan dan plastik-plastik bekas, kaleng bekas, ban bekas dan tempat air lainnya.

b. Definisi Operasional

Rumah/Bangunan Bebas Jentik Nyamuk Aedes adalah Rumah/bangunan yang bebas jentik nyamuk Aedes di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\frac{\text{Rumah/bangunan bebas jentik nyamuk aedes}}{\text{Jumlah rumah /bangunan yg diperiksa}} = \frac{\text{Jumlah rumah/bangunan yg bebas jentik nyamuk aedes}}{\text{Jumlah rumah /bangunan yg diperiksa}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah rumah/bangunan yang bebas jentik nyamuk Aedes di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah rumah/bangunan yg diperiksa di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta  
Persentase ( % )

5) Contoh Perhitungan

Jumlah rumah / bangunan di Kabupaten / Kota yang diperiksa keberadaan jentiknya oleh petugas pemantau jentik atau petugas yang ditunjuk secara berkala dalam satu tahun sebanyak 1000 rumah / bangunan. Sedangkan dalam pemeriksaan jentik ditemukan adanya 40 rumah / bangunan ditemukan jentik nyamuk Aedes sebagai penular penyakit DBD, dan rumah / bangunan yang bebas jentiknya adalah 960 rumah (1000 – 40).

Berarti Angka Bebas Jentik (ABJ) di wilayah Kabupaten / Kota tersebut mencapai 96 % (960/1000 x 100 % ) = 96 %.

d. Sumber Data

Laporan angka bebas jentik dari Din.Kes Kab/Kota dan Puskesmas.

e. Rujukan

- 1) Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 581/Tahun 1992 tentang Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah;
- 2) Permenkes Nomor 715/Men.Kes/SK/V/2003 tentang persyaratan Kesehatan Jasa Boga;
- 3) Permenkes Nomor 304/1989 tentang persyaratan Kesehatan Rumah Makan dan Restoran;

- 4) Permenkes Nomor 986/Menkes/Per/XI/1992 tentang persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit;
- 5) Permenkes Nomor 1405/2002 tentang persyaratan Kesehatan Lingkungan Kerja Perkantoran dan Industri;
- 6) Permenkes Nomor 80 tahun 1990, tentang Persyaratan Kesehatan Hotel;
- 7) Kep. Men.Kes Nomor 288/2003 tentang Pedoman Penyehatan Sarana dan Bangunan Umum;
- 8) Pedoman Umum Penyehatan Lingkungan Tempat Umum (Seri Penyehatan Lingkungan Hotel);
- 9) Petunjuk Pemantauan Program PPM & PLP tingkat Kabupaten (Kep. Men) PPM. PLP No. 471-I/PD.03
  - Buku Pedoman Pemberantasan Demam Berdarah Dengue
  - Buku Pedoman Pemberantasan Vektor.

**f. Target**

- Target 2010 : > 75%
- Target 2015 : > 95 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Surveilans Tempat Perindukan Vektor;
  - Pendataan rumah / bangunan di wilayah kerja
  - Pemeriksaan tempat perindukan vektor pada rumah / bangunan
  - Pengolahan data hasil pemeriksaan tempat perindukan vektor
  - Rekomendasi kepada petugas kesehatan dan sektor terkait
  - Laporan kepada atasan langsung dan sektor terkait
  - Penyebarluasan (sosialisasi, diseminasi informasi) hasil surveilans / pengamatan kepada lintas program dan lintas sektor maupun swasta dan masyarakat.
- 2) Pengendalian Vektor;
  - Investigasi rumah / bangunan dan lingkungan yang potensial jentik di wilayah kerja melalui survey lingkungan, sosekbud, dan survei entomologi.
  - Menentukan jenis pengendalian vektor sesuai dng permasalahan di wilayah kerja.
  - Melakukan pemberantasan vektor sesuai dengan jenisnya.
- 3) Penyuluhan dan Penggerakan Masyarakat;
  - Melakukan identifikasi masalah sesuai dengan sasaran
  - Menentukan jenis media penyuluhan sesuai dengan sasaran
  - Menentukan materi penyuluhan pengendalian vector
  - Melaksanakan penyuluhan dan penggerakan masyarakat dalam rangka pengendalian vector khususnya tempat perindukan
  - Menghimpun feed back/umpan balik yang diberikan oleh sasaran.
- 4) Sosialisasi, Advokasi, dan Kemitraan;
  - Melakukan pertemuan untuk sosialisasi terhadap lintas program, lintas sektor terkait, swasta dan masyarakat.
  - Menentukan jumlah dan jenis peraturan /pedoman yang akan disosialisasikan
  - Melakukan advokasi terhadap pengambil keputusan di tingkat kec.maupun kab/kota
  - Menjalin jejaring kerjasama baik thp lintas sektor maupun swasta
  - Hasil sosialisasi dilaporkan kepada atasan langsung dan sektor terkait.
- 5) Monitoring dan Evaluasi;
  - Pemantauan secara terus menerus terhadap hasil surveilans tempat perindukan
  - Pembinaan teknis terhadap pemerintah (dinas kesehatan, puskesmas), swasta dan masyarakat.

- 6) Peningkatan SDM.
  - Menentukan jenis pelatihan yg sesuai dg peserta yg dilatih
  - Melaksanakan pelatihan pengendalian vektor.

**38. Tempat Umum yang Memenuhi Syarat**

**a. Pengertian**

- 1) Tempat-tempat Umum (TTU) adalah suatu tempat yang dimanfaatkan oleh masyarakat umum seperti hotel, terminal, pasar, pertokoan, depot air isi ulang, bioskop, jasa boga, tempat wisata, kolam renang, tempat ibadah, restoran dan lain-lain.
- 2) Tempat umum yang memenuhi syarat adalah terpenuhinya akses sanitasi dasar (air, jamban, limbah, sampah), terlaksananya pengendalian vektor, higiene sanitasi makmin, pencahayaan dan ventilasi sesuai dengan kriteria, persyaratan dan atau standar kesehatan.

**b. Definisi Operasional**

Tempat Umum yang Memenuhi Syarat adalah tempat umum yang diawasi yang memenuhi persyaratan hygiene sanitasi sesuai dengan standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu 1 tahun.

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

- 1) Rumus

$$\% \text{ TTU yg memenuhi syarat} = \frac{\text{Jumlah TTU yg diawasi yg memenuhi syarat hygiene sanitasi}}{\text{Jumlah TTU yg diawasi}} \times 100\%$$

- 2) Pembilang  
Jumlah tempat umum yang diawasi yang memenuhi syarat hygiene sanitasi di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- 3) Penyebut  
Jumlah tempat umum yang diawasi di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.
- 4) Ukuran/Konstanta  
Persentase ( %).
- 5) Contoh Perhitungan  
Dikab/kota X, telah dilakukan pengawasan terhadap 320 TTU. Sesuai dengan kriteria penilaian tersebut diatas maka 180 TTU yang diawasi memenuhi syarat kesehatan, sedangkan yang lain tidak memenuhi syarat.  
Jadi TTU yang memenuhi syarat =  $180/320 \times 100 \% = 56,25\%$

**d. Sumber Data**

- Laporan khusus Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota;
- SIMPUS.

**e. Rujukan**

- 1) Permenkes RI. Nomor 416/Menkes/Per/IX/1990 tentang Syarat-syarat dan Pengawasan Kualitas Air;
- 2) Permenkes RI. Nomor 80/ Menkes/Per/II/1990 tentang Persyaratan Kesehatan Hotel;
- 3) Permenkes RI. Nomor 061/Menkes/Per/I/1991 tentang Persyaratan Kesehatan Kolam Renang dan Pemandian Umum;
- 4) Permenke RI. Nomor 1405/2002 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Kerja;
- 5) Kepmenkes. RI. Nomor 1098/2003 tentang Persyaratan Kesehatan Rumah Makan dan Restoran;
- 6) Depkes. RI, Ditjen. PPM & PLP, Dit. PLP, Jakarta, tahun 1999 : Kumpulan formulir pemeriksaan kesehatan lingkungan (Inspeksi Sanitasi) bidang Penyehatan Tempat-tempat Umum;
- 7) Depkes. RI, Dirjen. PPM & PL tahun 2001, Pedoman Umum Penyehatan Lingkungan Tempat Umum (Seri Penyehatan Lingkungan Hotel);
- 8) Kepmenkes RI, Nomor 288/2003 tentang Pedoman Penyehatan Sarana dan Bangunan Umum.

- f. **Target**
  - Target 2010 : 65 %
  - Target 2015 : 75 %

- g. **Langkah Kegiatan**
  - 1) Pengawasan;
  - 2) Peningkatan SDM;
  - 3) Bimbingan Teknis;
  - 4) Sosialisasi, Advokasi dan Kemitraan;

**39. Penduduk yang memiliki akses terhadap air minum yang berkualitas**

- a. **Pengertian**
  - 1) Penduduk adalah orang-orang yang berada dalam suatu wilayah yang terikat oleh aturan-aturan yang berlaku dan saling berinteraksi satu dengan yang lain secara terus menerus .
  - 2) Akses air minum yang berkualitas adalah akses terhadap sumber air minum yang terlindung meliputi air ledeng, kran umum, sumur pompa atau bor, sumur terlindung, mata air terlindung, dan air hujan dengan tingkat konsumsi minimal 20 liter/orang/hari yang dapat dijangkau dalam jarak maksimal 1 km atau dalam 30 menit perjalanan. Untuk sumur pompa atau bor, sumur terlindung, mata air terlindung minimal harus berjarak 10 meter dari tanki septic.

- b. **Definisi Operasional**

Persentase penduduk yang memiliki akses air minum berkualitas : Perbandingan jumlah penduduk yang memiliki akses air minum berkualitas dengan jumlah penduduk yang memiliki akses air minum di salah satu wilayah kecamatan/kabupaten/kota dalam periode waktu 6 bulan.

- c. **Cara Perhitungan**
  - 1) Rumus

% penduduk yg memiliki akses air minum

=

Jumlah penduduk yg memiliki akses air minum berkualitas di satu wilayah

Jumlah penduduk yg memiliki akses

X 100%

air minum di satu wilayah

- 2) Pembilang  
Jumlah penduduk yg memiliki akses air minum berkualitas di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- 3) Penyebut  
Jumlah penduduk yg memiliki akses air minum di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.
- 4) Ukuran /Konstanta : 100
- 5) Contoh Perhitungan :  
Total penduduk memiliki akses terhadap air minum di Kecamatan/Kabupaten pada Tahun 2010 terdapat 1.000 orang. Penduduk yang memiliki akses terhadap air minum berkualitas dalam Tahun 2010 berjumlah 500 orang. Persentase penduduk yang memiliki akses terhadap air minum berkualitas adalah :

$$\begin{array}{l} \text{\% penduduk yg memiliki} \\ \text{akses air minum} \end{array} = \frac{500}{1000} \times 100\% = 50\%$$

**d. Sumber Data**

- Jumlah penduduk didapat dari Kabupaten/Kota dalam Angka.
- Akses penduduk terhadap air minum berkualitas didapat dari Puskesmas (SP2TP).

**e. Rujukan : RPJMN**

- MDG's
- Permenkes RI No : 907/Menkes/SK/VII/2002 Tentang Persyaratan Kualitas Air Minum.

**f. Target :**

- Tahun 2010 : 70%
- Tahun 2015 : 85%

**g. Kegunaan :**

Indikator ini menunjukkan tingkat pencapaian akses air minum penduduk dari sumber yang memenuhi syarat.

**h. Kualitas air minum yang memenuhi syarat**

1) Pengertian

a) Kualitas Air Minum Yang Memenuhi Syarat :

Kualitas air minum yang memenuhi syarat secara fisik/kimia/mikrobiologi sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 492/MENKES/PER/IV/2010.

b) Jaringan Distribusi PDAM yang dimaksud adalah jaringan perpipaan PDAM pada titik - titik terjauh.

2) Definisi Operasional

Persentase kualitas air minum yang memenuhi syarat adalah Perbandingan jumlah sampel air minum yang memenuhi syarat dibanding dengan jumlah seluruh sampel air minum yang diuji yang diambil pada jaringan distribusi PDAM.

3) Cara Perhitungan  
a) Rumus :

$$\% \text{ kualitas air yg memenuhi syarat Mikrobiologi/Fisik/Kimia} = \frac{\text{Jumlah sampel yg memenuhi syarat Mikrobiologi/Fisik/Kimia}}{\text{Jumlah total sampel yg diuji Mikrobiologi/Fisik/Kimia dlm periode waktu 1 bulan}} \times 100\%$$

b) Contoh Perhitungan

Jumlah sampel air minum dihitung dari kriteria jumlah penduduk (orang) yang dilayani PDAM berdasarkan Permenkes Nomor : 736 Tahun 2010.

Parameter	Frekuensi Pengujian	Jumlah Sampel		
		Jumlah Penduduk Yang Dilayani ( Orang )		
		< 5.000	5.000 – 100.000	> 100.000
Mikrobiologi	1 bulan sekali	1	1 per 5.000	(1 per 10.000) + 5
Fisik	1 bulan sekali	1	1 per 5.000	(1 per 10.000) + 5
Kimia	6 bulan sekali	1	1 per 5.000	(1 per 10.000) + 5

Jumlah sampel air minum yang memenuhi syarat dihitung dari jumlah sampel yang diuji secara mikrobiologi, fisik, kimia berdasarkan Permenkes 492 Tahun 2010.

Contoh :

Lokasi Sampling	Frekuensi Pengujian	Parameter	Angka Standar	Angka Hasil Uji	Keterangan (MS atau TMS)	Kesimpulan
Titik X	1 bulan sekali	Mikrobiologi 1. E.Coli 2. Total coliform			TMS TMS	Rata-rata yang memenuhi syarat
	1 bulan sekali	Fisik 1. .... 2. .... 3. ....			MS MS MS	
	6 bulan sekali	Kimia 1. .... 2. .... 3. ....			MS MS MS	

Jumlah penduduk yang dilayani PDAM pada 1 wilayah (kabupaten/kota) = 20.000 orang  
Jumlah sampel yang harus diambil = 4.

Hasil Pengujian :

Titik sampel	Mikrobiolgi	Fisik	Kimia
Sampel 1	TMS	TMS	MS
Sampel 2	TMS	MS	MS
Sampel 3	MS	MS	MS
Sampel 4	MS	MS	MS
Jumlah MS	2	3	4

Persentase air minum yang memenuhi syarat mikrobiologi = 2/4 x 100% = 50%



Persentase air minum yang memenuhi syarat fisik =  $\frac{3}{4} \times 100\% = 75\%$

Persentase air minum yang memenuhi syarat kimia =  $\frac{4}{4} \times 100\% = 100\%$

Persentase kualitas air minum yang memenuhi syarat =  $(50\% + 75\% + 100\%) : 3 = 75\%$

c) Ukuran/Konstanta : 100

4) Sumber Data

- Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- B/BTKLPPM.
- KKP.
- Laboratorium.

5) Rujukan :

RPJMN.

Inpres Nomor : 1 Tahun 2010.

Renstra Kemkes.

Permenkes Nomor 492/MENKES/PER/IV/2010.

Permenkes Nomor 736/MENKES/PER/VI/2010.

6) Target tahun 2010 : 85%

7) Kegunaan :

- a) Menunjukkan/mengukur kualitas air minum PDAM yang dikonsumsi masyarakat.
- b) Mengukur kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam penyelenggaraan pengawasan kualitas air minum.
- c) Mengukur kinerja unit pelaksana tugas pusat (BTKL dan KKP).

#### 40. Cakupan tempat pengelolaan makanan yang memenuhi syarat kesehatan

##### a. Pengertian

- 1) Tempat Pengelolaan Makanan meliputi Jasaboga atau katering, rumah makan dan restoran, depot air minum, industri makanan, kantin, warung, dan makanan jajanan.
- 2) Jasaboga atau katering adalah usaha atau kegiatan pengelolaan makanan yang disajikan di luar tempat usaha atas dasar pesanan yang dilaksanakan oleh badan hukum atau perorangan.
- 3) Makanan jajanan adalah makanan dan minuman yang diolah oleh pengrajin makanan di tempat penjualan dan atau disajikan sebagai makanan siap santap untuk dijual bagi umum selain yang disajikan jasaboga, rumah makan/restoran, dan hotel.
- 4) Rumah makan adalah setiap usaha komersial yang ruang lingkup kegiatannya menyediakan makanan dan minuman untuk umum di tempat usahanya.
- 5) Restoran adalah salah satu jenis usaha jasa pangan yang bertempat di sebagian atau seluruh bangunannya yang permanen dilengkapi dengan peralatan dan perlengkapan untuk proses pembuatan, penyimpanan, penyajian dan penjualan makanan dan minuman bagi umum di tempat usahanya.
- 6) Depot air minum adalah usaha industri yang melakukan proses pengolahan air baku menjadi air minum dan menjual langsung kepada konsumen.

##### b. Definisi Operasional

Persentase cakupan tempat pengelolaan makanan yang memenuhi syarat kesehatan adalah perbandingan jumlah tempat pengelolaan makanan yang diperiksa dan memenuhi syarat kesehatan dengan jumlah tempat pengelolaan makanan yang diperiksa dalam kurun waktu tertentu.

**c. Cara perhitungan**

1) Rumus

$$\text{Cakupan TPM yg memenuhi syarat kesehatan} = \frac{\text{Jumlah TPM yg memenuhi syarat kesehatan}}{\text{Jumlah TPM yg diperiksa}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah tempat pengelolaan makanan yang diperiksa dan memenuhi persyaratan kesehatan adalah jumlah kumulatif tempat pengelolaan makanan (jasaboga, rumah makan/restoran, depot, dan lain – lain) yang diperiksa dan memenuhi syarat kesehatan daam waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah tempat pengelolaan makanan yang diperiksa dalam waktu tertentu adalah jumlah kumulatif tempat pengelolaan makanan (jasaboga, rumah makan, restoran, depot dan lain – lain) yang diperiksa dalam kurun waktu tertentu.

4) Ukuran / Konstanta : Persentase ( % ).

5) Contoh Perhitungan :

Jumlah TPM yang memenuhi syarat kesehatan yang diperiksa selama Tahun 2010 = 54.

Jumlah TPM yang diperiksa selama Tahun 2010 = 100.

Maka persentase cakupan TPM yang memenuhi syarat kesehatan selama Tahun 2009 =

$$\text{Cakupan TPM yg memenuhi syarat kesehatan} = \frac{54}{100} \times 100\% = 54\%$$

**d. Sumber Data :**

- SP3.
- Simpus.

**e. Rujukan :**

- Kepmenkes RI No : 715/Menkes/SK/XII/2003.
- Kepmenkes RI No : 942/Menkes/SK/VII/2003.
- Kepmenkes RI No. 1.098/Menkes/SK/VII/2003.

**f. Target :**

- Target Tahun 2010 : 60%
- Target Tahun 2015 : 75%

**41. Rumah Tangga Sehat Utama**

**a. Pengertian**

Rumah Tangga Sehat Utama adalah Rumah Tangga yang memenuhi minimal 11 indikator dari 16 Indikator PHBS tatanan rumah tangga

**b. Definisi Operasional**

Rumah Tangga Sehat Utama adalah Proporsi Rumah Tangga yang memenuhi minimal 11 indikator dari 16 indikator PHBS tatanan Rumah Tangga. Adapun prioritas indikator tersebut adalah sebagai berikut :

- 1) Menggunakan air bersih untuk kebutuhan sehari-hari.
- 2) Menggunakan jamban sehat untuk buang air besar (BAB).
- 3) Mencuci tangan dengan sabun sebelum makan dan sesudah BAB
- 4) Menggosok gigi secara teratur minimal 2 kali sehari.
- 5) Membuang sampah pada tempat yang disediakan
- 6) Makan dengan gizi seimbang
- 7) Persalinan ditolong oleh nakes yang terampil
- 8) Menimbang balita / batita setiap bulan ( minimal 8 kali setahun )
- 9) Tidak menyalahgunakan Miras / Napza (Narkoba)
- 10) Anggota rumah tangga melakukan PSN.
- 11) Memberikan ASI Eksklusif ( ASI saja ) kepada bayi sampai usia 6 bulan
- 12) Melakukan aktifitas fisik ( berolah raga ) setiap hari
- 13) Menggunakan lantai rumah yang kedap air ( bukan lantai tanah )
- 14) Menghuni rumah dengan kepadatan yang memenuhi syarat kesehatan
- 15) Menjadi anggota JPK / Dana Sehat / Asuransi kesehatan lainnya
- 16) Bebas asap rokok ( anggota keluarga tidak ada yang merokok )

Prioritas tersebut dipakai untuk upaya intervensi terhadap indikator yang belum memenuhi syarat.

**c. Cara Perhitungan Rumus :**

- 1) Tingkat Rumah Tangga :

- Sehat Pratama : apabila jumlah nilai keluarga/Rumah Tangga antara 1 s/d 5
- Sehat Madya : apabila jumlah nilai keluarga/Rumah Tangga antara 6 s/d 10
- Sehat Utama : apabila jumlah nilai keluarga/Rumah Tangga antara 11 s/d 15
- Sehat Paripurna : apabila jumlah nilai keluarga/Rumah Tangga =16

- 2) Tingkat RT/RW/Desa/Kelurahan/Kecamatan/Kabupaten/Kota :

- Sehat Pratama : apabila jumlah keluarga yang mencapai strata sehat utama dan paripurna antara 1 s/d 24 %
- Sehat Madya : apabila jumlah keluarga yang mencapai strata sehat utama dan paripurna antara 25 % s/d 49 %
- Sehat Utama : apabila jumlah keluarga yang mencapai strata sehat utama dan paripurna antara 50 % s/d 74 %
- Sehat Paripurna : apabila jumlah keluarga yang mencapai strata sehat utama dan paripurna antara 75 % atau lebih.

**d. Sumber data :**

Laporan pencatatan petugas Puskesmas.

**e. Rujukan :**

Buku pedoman pembinaan PHBS ( Dinkes Propinsi Jawa Tengah Tahun tahun 2003)

**f. Target :**

- Target 2010 : 65 %
- Target 2015 : 90 %

**g. Rumus cara perhitungan target :**

## 1) Rumus

$$\text{Rumah Tangga Sehat Utama} = \frac{\text{Jumlah rumah tangga sehat utama}}{\text{Jumlah rumah tangga}} \times 100\%$$

## 2) Pembilang

Jumlah rumah tangga yang mencapai strata sehat utama dan sehat paripurna pada suatu wilayah kerja dalam kurun waktu tertentu.

## 3) Penyebut

Jumlah seluruh rumah tangga di suatu wilayah tertentu dalam waktu tertentu.

**h. Langkah kegiatan :**

## 1). Pengumpulan data :

- Pendataan /survei dengan cara kunjungan rumah untuk melakukan wawancara dan observasi lapangan dengan menggunakan checklist PHBS tatanan rumah tangga (16 indikator) ,
- Menentukan strata PHBS tingkat keluarga/rumah tangga masuk dalam strata apa (pratama, madya, utama, paripurna)
- Mengisi dan menempelkan Kartu Rumah.
- Melakukan rekapitulasi data hasil pendataan tingkat keluarga menjadi tingkat kelompok (RT/RW/ Desa/Kelurahan/Kecamatan/Kabupaten)

## 2). Kegiatan penyelenggaraan program :

- Pengkajian masalah PHBS ( masalah keterjangkauan, masalah tingkat perkembangan, melakukan analisis mendalam per indikator )
- Perencanaan kegiatan intervensi
- Pelaksanaan kegiatan intervensi
- Evaluasi kegiatan PHBS

**42. Rumah Tangga Sehat Paripurna****a. Pengertian**

Rumah Tangga Sehat Paripurna adalah Rumah Tangga yang memenuhi 16 Indikator PHBS tatanan rumah tangga

**b. Definisi Operasional**

Rumah Tangga Sehat Paripurna adalah Proporsi Rumah Tangga yang memenuhi 16 indikator PHBS tatanan Rumah Tangga. Adapun prioritas indikator tersebut adalah sebagai berikut :

- 1) Menggunakan air bersih untuk kebutuhan sehari-hari.
- 2) Menggunakan jamban sehat untuk buang air besar (BAB).
- 3) Mencuci tangan dengan sabun sebelum makan dan sesudah BAB
- 4) Menggosok gigi secara teratur minimal 2 kali sehari.
- 5) Membuang sampah pada tempat yang disediakan
- 6) Makan dengan gizi seimbang
- 7) Persalinan ditolong oleh nakes yang terampil
- 8) Menimbang balita / batita setiap bulan ( minimal 8 kali setahun )
- 9) Tidak menyalahgunakan Miras / Napza (Narkoba)
- 10) Anggota rumah tangga melakukan PSN.
- 11) Memberikan ASI Eksklusif ( ASI saja ) kepada bayi sampai usia 6 bulan
- 12) Melakukan aktifitas fisik ( berolah raga ) setiap hari
- 13) Menggunakan lantai rumah yang kedap air ( bukan lantai tanah )

- 14) Menghuni rumah dengan kepadatan yang memenuhi syarat kesehatan
  - 15) Menjadi anggota JPK / Dana Sehat / Asuransi kesehatan lainnya
  - 16) Bebas asap rokok ( anggota keluarga tidak ada yang merokok )
- Prioritas tersebut dipakai untuk upaya intervensi terhadap indikator yang belum memenuhi syarat.

**c. Cara Perhitungan Rumus :**

1) Tingkat Rumah Tangga :

- Sehat Pratama : apabila jumlah nilai keluarga/Rumah Tangga antara 1 s/d 5
- Sehat Madya : apabila jumlah nilai keluarga/Rumah Tangga antara 6 s/d 10
- Sehat Utama : apabila jumlah nilai keluarga/Rumah Tangga antara 11 s/d 15
- Sehat Paripurna : apabila jumlah nilai keluarga/Rumah Tangga =16

2) Tingkat RT/RW/Desa/Kelurahan/Kecamatan/Kabupaten/Kota :

- Sehat Pratama : apabila jumlah keluarga yang mencapai strata sehat utama dan paripurna antara 1 s/d 24 %
- Sehat Madya : apabila jumlah keluarga yang mencapai strata sehat utama dan paripurna antara 25 % s/d 49 %
- Sehat Utama : apabila jumlah keluarga yang mencapai strata sehat utama dan paripurna antara 50 % s/d 74 %
- Sehat Paripurna : apabila jumlah keluarga yang mencapai strata sehat utama dan paripurna antara 75 % atau lebih.

**d. Sumber data :**

Laporan pencatatan petugas Puskesmas.

**e. Rujukan :**

Buku pedoman pembinaan PHBS ( Dinkes Propinsi Jawa Tengah Tahun tahun 2003)

**f. Target :**

- Target 2010 : 65 %
- Target 2015 : 70 %

**g. Rumus cara perhitungan target :**

1) Rumus

$$\text{Rumah Tangga Sehat Paripurna} = \frac{\text{Jumlah rumah tangga sehat paripurna}}{\text{Jumlah rumah tangga}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah rumah tangga yang mencapai strata sehat utama dan sehat paripurna pada suatu wilayah kerja dalam kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah seluruh rumah tangga di suatu wilayah tertentu dalam waktu tertentu.

**h. Langkah kegiatan :**

1) Pengumpulan data :

- Pendataan /survei dengan cara kunjungan rumah untuk melakukan wawancara dan observasi lapangan dengan menggunakan checklist PHBS tatanan rumah tangga (16 indikator) ,
  - Menentukan strata PHBS tingkat keluarga/rumah tangga masuk dalam strata apa (pratama, madya, utama, paripurna)
  - Mengisi dan menempelkan Kartu Rumah.
  - Melakukan rekapitulasi data hasil pendataan tingkat keluarga menjadi tingkat kelompok (RT/RW/ Desa/Kelurahan/Kecamatan/Kabupaten)
- 2) Kegiatan penyelenggaraan program :
- Pengkajian masalah PHBS ( masalah keterjangkauan, masalah tingkat perkembangan, melakukan analisis mendalam per indikator )
  - Perencanaan kegiatan intervensi
  - Pelaksanaan kegiatan intervensi
  - Evaluasi kegiatan PHBS

43. Bayi yang mendapat ASI Eksklusif

- a. **Pengertian**  
ASI eksklusif adalah Air Susu Ibu yang diberikan kepada bayi sampai bayi berusia 6 bulan tanpa diberikan makanan dan minuman.
- b. **Definisi Operasional**  
Bayi yang mendapat ASI eksklusif adalah bayi yang hanya mendapat ASI saja sejak lahir sampai usia 6 bulan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. **Cara Perhitungan/Rumus**

1) Rumus

Cakupan  
Eksklusif

ASI

=

Jumlah bayi usia 0-6 bulan yg  
mendapat hanya ASI saja

Jumlah seluruh bayi usia 0-6  
bulan

X

100%

- 2) Pembilang  
Jumlah bayi yang mendapat hanya ASI saja sejak lahir sampai usia 6 bulan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- 3) Penyebut  
Jumlah seluruh bayi usia 0 – 6 bulan di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.
- 4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%).
- 5) Contoh Perhitungan  
Jumlah bayi usia 0-6 bulan yang mendapat hanya ASI saja di satu wilayah Kab/Kota tahun 2003 = 500 orang. Jumlah seluruh bayi usia 0-6 bulan di satu wilayah Kab/Kota = 1.500 orang.  
Cakupan ASI Eksklusif = 500/1.500 x 100% = 33,3 %.

- d. **Sumber Data**  
Register kohort bayi atau R1-Gizi, dan Pencatatan kegiatan Puskesmas.

**e. Rujukan**

- 1) Buku Strategi Nasional Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu Tahun 2002;
- 2) Kep.Menkes Nomor 450/Menkes/IV/2000 tentang Pemberian ASI secara Eksklusif pada bayi di Indonesia;
- 3) Pedoman peningkatan penggunaan ASI (PP-ASI);
- 4) Booklet ASI Eksklusif.

**f. Target**

- Target 2010 : 50%
- Target 2015 : 50%

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Kegiatan pengumpulan data :
  - a) Menghitung jumlah seluruh bayi usia 0-6 bulan di satu wilayah kerja/administrasi.
  - b) Menghitung jumlah seluruh bayi usia 0-6 bulan yang hanya diberi ASI saja dari catatan puskesmas.
  - c) Menghitung dengan rumus.
- 2) Kegiatan meningkatkan penyelenggaraan program :
  - a). Pelatihan PP-ASI bagi tokoh agama, pengajar di institusi pendidikan keperawatan, kebidanan, gizi dan tenaga kesehatan.
  - b). Penyusunan materi KIE ASI Eksklusif.
  - c). Pengadaan materi KIE ASI Eksklusif.
  - d). Pendataan sasaran ASI Eksklusif
  - e). Penyuluhan ASI Eksklusif.
  - f). Sosialisasi KIE ASI Eksklusif
  - g). Pembinaan teknis (kunjungan lapangan)
  - h). Pelaporan dan evaluasi.

**44. Desa dengan Garam Beryodium Baik****a. Pengertian**

- 1). 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 daerah Kabupaten. (Undang-undang 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah).
- 2). Kelurahan adalah wilayah kerja lurah sebagai perangkat daerah kabupaten dan/atau daerah kota di bawah kecamatan (Undang-undang Otonomi Daerah 1999).
- 3). Garam beryodium baik adalah garam mempunyai kandungan yodium dengan kadar yang cukup ( $\geq 30 - 80$  ppm kalium yodat ).

**b. Definisi Operasional**

Desa dengan garam beryodium baik adalah desa/kelurahan dengan 21 sampel garam konsumsi yang diperiksa, dan hanya ditemukan tidak lebih dari satu sampel garam konsumsi dengan kandungan yodium kurang dari 30 ppm pada kurun waktu tertentu.

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

- 1) Rumus

$$\text{Desa dg garam beryodium baik} = \frac{\text{Jumlah desa dg garam beryodium baik}}{\text{Jumlah seluruh desa yg diperiksa}} \times 100\%$$

- 2) Pembilang  
Jumlah desa dengan garam beryodium baik di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- 3) Penyebut  
Jumlah seluruh desa yang diperiksa di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.
- 4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%).
- 5) Contoh Perhitungan  
Jumlah desa dengan garam beryodium baik di Kab/Kota X pada tahun 2003 = 155 desa. Jumlah seluruh desa yang diperiksa di Kab/Kota tahun 2003 = 200 desa.  
Desa dengan garam beryodium baik =  $155/200 \times 100\% = 77,5\%$ .

**d. Sumber Data**

Laporan pemantauan garam beryodium di masyarakat.

**e. Rujukan**

- 1) Pedoman pemantauan garam beryodium di tingkat masyarakat, Departemen Kesehatan RI. 2001.
- 2) Panduan Penegakan Norma Sosial Peningkatan Konsumsi Garam Beryodium, Tim Penanggulangan GAKY Pusat Tahun 2002.
- 3) Hasil pencatatan petugas lapangan tenaga kesehatan, guru dan kader.

**f. Target**

- Target 2010 : 80%
- Target 2015 : 80%

**g. Langkah Kegiatan :**

- 1) Kegiatan mendapatkan data :
  - a) Menghitung jumlah seluruh desa di satu wilayah kerja/administrasi.
  - b) Menghitung desa yang beryodium.
  - c) Menetapkan status desa (beryodium baik atau tidak).
  - d) Menghitung jumlah desa yang beryodium baik.
  - e) Menghitung dengan rumus.
- 2) Kegiatan meningkatkan pelaksanaan program :
  - a) Pendataan sasaran desa (Baseline data);
  - b) Perencanaan kebutuhan anggaran kegiatan promosi / KIE;
  - c) Pengadaan tes kit yodium
  - d) Pelatihan dan Kegiatan promosi KIE garam beryodium;
  - e) Pengadaan media KIE garam beryodium.

**45. Keluarga Sadar Gizi**



a. **Pengertian**

Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) adalah keluarga yang seluruh anggota keluarganya melakukan perilaku gizi seimbang, mampu mengenali masalah kesehatan dan gizi bagi setiap anggota keluarganya, dan mampu mengambil langkah-langkah untuk mengatasi masalah gizi yang dijumpai oleh anggota keluarganya.

b. **Definisi Operasional**

Keluarga sadar gizi adalah keluarga yang seluruh anggota keluarganya melakukan perilaku gizi seimbang yang mencakup 5 indikator yaitu :

- 1) Keluarga biasa mengkonsumsi aneka ragam makanan
- 2) Keluarga selalu memantau kesehatan dan pertumbuhan anggota keluarganya, khususnya balita dan ibu hamil
- 3) Keluarga hanya menggunakan garam beryodium untuk memasak makanannya
- 4) Keluarga memberi dukungan pada ibu melahirkan untuk memberikan ASI eksklusif
- 5) Keluarga biasa sarapan/makan pagi.

c. **Cara Perhitungan/Rumus**

1). Rumus

Cakupan keluarga sadar gizi

=

Jumlah keluarga yg telah mempunyai 5 indikator kadarzi

Jumlah seluruh keluarga yg ada di wilayah kerja dalam kurun waktu tertentu

X

100%

2). Pembilang

Jumlah keluarga yang telah mempunyai perilaku mencakup 5 indikator kadarzi di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3). Penyebut

Jumlah seluruh keluarga yang ada di suatu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

4). Ukuran/Konstanta

Persentase (%).

5). Contoh Perhitungan

Jumlah keluarga yang telah mempunyai 5 indikator kadarzi = 65 keluarga.  
Jumlah seluruh keluarga yang ada = 100 keluarga.

65

—————

X

100%

=

65%

d. **Sumber Data**

Laporan hasil pemetaan kadarzi di Kabupaten/Kota.

e. **Rujukan**

- Pedoman pemetaan kadarzi, Departemen Kesehatan RI.
- Petunjuk pelaksanaan program perbaikan gizi propinsi jawa tengah tahun 2004.

f. **Target**

- Target 2010: 50%

- Target 2015: 50%

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Pelatihan bagi petugas pelaksana pengumpulan data di lapangan.
- 2) Pengumpulan data
- 3) Pengadaan formulir pendataan dan buku pedoman
- 4) Monitoring dan evaluasi
- 5) Pengolahan data dan penyusunan laporan.

**46. Cakupan posyandu Purnama**

**a. Pengertian**

Posyandu Purnama adalah Posyandu yang sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata jumlah kader sebanyak lima orang atau lebih, cakupan kelima kegiatan utamanya lebih dari 50%, mampu menyelenggarakan program tambahan, serta telah memperoleh sumber pembiayaan dari dan sehat yang dikelola oleh masyarakat yang pesertanya masih terbatas yakni kurang dari 50% KK di wilayah kerja Posyandu.

**b. Definisi Operasional**

Cakupan posyandu purnama adalah cakupan posyandu strata purnama dibandingkan dengan jumlah posyandu yang ada.

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

- 1) Rumus

Posyandu Purnama =  $\frac{\text{Jumlah posyandu strata purnama}}{\text{Jumlah seluruh posyandu}} \times 100\%$

- 2) Pembilang

Jumlah Posyandu strata purnama

- 3) Penyebut

Jumlah seluruh Posyandu

- 4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%).

- 5) Contoh Perhitungan

Jumlah seluruh Posyandu Purnama di satu wilayah kerja ada = 75 buah.

Jumlah Posyandu Purnama di satu wilayah kerja ada = 30 buah.

Posyandu Purnama =  $30/75 \times 100\% = 40\%$ .

**d. Sumber Data**

Hasil pencatatan kegiatan Puskesmas, dan Laporan Profil PSM/UKBM, SIMPUS.

**e. Rujukan**

- 1). Pedoman buku ARRIF (Manajemen ARRIF);
- 2). Pedoman Revitalisasi Posyandu.

**f. Target**

- Target 2010 : 30 %
- Target 2015 : 41,5 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Pengumpulan data :
  - a) Melakukan telaah kemandirian Posyandu di suatu wilayah kerja

- b) Melakukan rekapitulasi hasil telaah kemandirian Posyandu di suatu wilayah kerja tertentu.
  - c) Melakukan telaah mawas diri terhadap berbagai pihak yang mendukung dalam penyelenggaraan Posyandu.
- 2) Kegiatan Penyelenggaraan Program
- a) Melakukan pengkajian masalah, Posyandu ( masalah keterjangkauan dan masalah tingkat perkembangan )
  - b) Menyusun rencana kegiatan peningkatan strata Posyandu
  - c) Pelaksanaan kegiatan intervensi peningkatan strata Posyandu
  - d) Evaluasi hasil kegiatan

**47. Cakupan posyandu Mandiri**

**a. Pengertian**

Posyandu Mandiri adalah Posyandu yagn sudah dapat melaksanakan kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, dengan rata-rata jumlah kader sebanyak lima orang atau lebih, cakupan kelima kegiatan utamanya lebih dari 50%, mampu menyelenggarakan program tambahan, serta telah memperoleh sumber pembiayaan dari dana sehat yang dikelola oleh masyarakat yang pesertanya lebih dari 50% KK di wilayah kerja Posyandu.

**b. Definisi Operasional**

Cakupan posyandu mandiri adalah cakupan posyandu strata mandiri dibandingkan dengan jumlah posyandu yang ada

**c. Cara Perhitungan**

1). Rumus

Posyandu Mandiri

$$= \frac{\text{Jumlah posyandu strata mandiri}}{\text{Jumlah seluruh posyandu}} \times 100\%$$

2). Pembilang :

Jumlah Posyandu dengan standart persyaratan Mandiri

3). Penyebut :

Jumlah seluruh Posyandu

4). Konstanta :

Prosentase (%)

**d. Sumber data**

- PKK

**e. Rujukan.**

- Buku Pedoman Umum Revitalisasi Posyandu, 2001
- Buku Pedoman Manajemen PSM, Depkes RI 2001.

**f. Target**

- Tahun 2010 : 3%
- Tahun 2015 : 5,5%

**g. Langkah Kegiatan**

- 2) Pengumpulan data :
  - a. Melakukan telaah kemandirian Posyandu di suatu wilayah kerja
  - b. Melakukan rekapitulasi hasil telaah kemandirian Posyandu di suatu wilayah kerja tertentu.
  - c. Melakukan telaah mawas diri terhadap berbagai pihak yang mendukung dalam penyelenggaraan Posyandu.
- 3) Kegiatan Penyelenggaraan Program
  - a. Melakukan pengkajian masalah, Posyandu ( masalah keterjangkauan dan masalah tingkat perkembangan )
  - b. Menyusun rencana kegiatan peningkatan strata Posyandu
  - c. Pelaksanaan kegiatan intervensi peningkatan strata Posyandu
  - d. Evaluasi hasil kegiatan

**48. Cakupan pelayanan kesehatan kerja pada pekerja formal**

**a. Pengertian**

- 1) Pelayanan kesehatan kerja adalah suatu upaya pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat pekerja, baik berupa kegiatan peningkatan/promotif kesehatan kerja, pencegahan/preventif dan penyembuhan/kuratif penyakit akibat kerja (PAK) dan atau penyakit akibat hubungan kerja (PAHK), serta pemulihan/rehabilitatif penyakit PAK dan PAHK yang dilakukan oleh institusi pelayan kesehatan di satu wilayah kerja tertentu.
- 2) Pekerja Formal adalah tenaga kerja yang melakukan pekerjaannya pada suatu instansi/unit usaha yang mempunyai izin dan terstruktur seperti : karyawan Pemerintah/BUMN/TNI/Kepolisian, karyawan perusahaan baik berskala besar, menengah, dan kecil yang mempunyai izin usaha.

**b. Definisi Operasional**

Cakupan pelayanan kesehatan kerja adalah cakupan seluruh pelayanan kesehatan kerja yang dilakukan pada pekerja formal

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

- 1) Rumus

Cakupan pelayan kesehatan kerja pada pekerja formal = 
$$\frac{\text{Jumlah pekerja formal yang mendapat pelayanan kesehatan}}{\text{Jumlah seluruh pekerja formal di satu wilayah pada kurun waktu tertentu}} \times 100\%$$

- 2) Pembilang  
Jumlah pekerja formal yang mendapatkan pelayanan kesehatan
- 3) Penyebut  
Jumlah seluruh pekerja formal di satu wilayah pada kurun waktu tertentu.
- 4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%);

**5) Contoh Perhitungan**

- 1) Pada suatu Kab. didapat data jumlah pekerja formal,yaitu pekerja yang bekerja di instansi pemerintah/BUMN, TNI, dan Kepolisian sebanyak 48.456 pekerja. Dari pekerja yang telah mendapatkan pelayanan kesehatan kerja baik

berupa promotif / preventif / kuratif / rehabilitatif sebanyak 28.364 pekerja.

2) % Cakupan pelayanan kesehatan kerja :  $28.364/48.456 \times 100 \% = 58.55 \%$ .

**d. Sumber Data**

- 1) Laporan poliklinik perusahaan/ pihak ke III;
- 2) Laporan SIMPUS/SIM Kesehatan Kerja;
- 3) Laporan BKKM;
- 4) Laporan kegiatan kesehatan kerja di Kab. Kudus;
- 5) BPS Kab. Kudus;
- 6) Dinas Tenaga Kerja Kab. Kudus

**e. Rujukan**

- 1) Kebijakan Teknis Program Kesehatan Kerja
- 2) Standar Pelayanan Kesehatan Kerja Dasar
- 3) Pedoman Pelaksanaan Upaya Kesehatan Kerja di Puskesmas
- 4) Pedoman Sistem Informasi Manajemen Kesehatan Kerja
- 5) Modul TOT Kesehatan Kerja
- 6) Buku Pos Upaya Kesehatan Kerja

**f. Target**

- Target 2010 : 80 %
- Target 2015 : 80 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Persiapan :
  - Identifikasi sasaran;
  - Sosialisasi pelayanan kesehatan kerja;
  - Pelatihan petugas kesehatan kerja.
- 2) Pelaksanaan:
  - Pelayanan Kesehatan Kerja Dasar di Puskesmas;
  - Pelayanan Kesehatan Kerja Dasar di Poliklinik Perusahaan;
  - Pelatihan Kader dan pembentukan Pos UKK.
- 3) Pembinaan dan Evaluasi :
  - Pencatatan dan pelaporan;
  - Monitoring dan evaluasi.

#### **49. Cakupan Pelayanan Kesehatan Kerja pada Pekerja informal**

**a. Pengertian**

Kesehatan kerja adalah suatu upaya pelayanan kesehatan kerja yang diberikan kepada masyarakat pekerja baik berupa kegiatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, PAK, PAHK yang dilakukan institusi pelayanan kesehatan di satu wilayah kerja tertentu.

Pekerja informal adalah naker informal yang melakukan pekerjaannya pada suatu unit kerja tertentu (nelayan, petani dan pengrajin)

Pos UKK adalah wadah pelayanan kesehatan kerja yang berada di tempat kerja dan dikelola oleh pekerja itu sendiri dalam rangka meningkatkan produktivitas kerja dan derajat kesehatan masyarakat.

**b. Definisi Operasional**

Cakupan pelayanan kesehatan kerja pada pekerja informal adalah cakupan seluruh pelayanan kesehatan yang dilakukan pada pekerja informal.

**c. Cara Perhitungan**

- 1) Rumus :

Cakupan pelayanan kesehatan kerja pada pekerja informal =  $\frac{\text{Jumlah pekerja informal yang mendapat pelayanan kesehatan}}{\text{Jumlah seluruh pekerja informal di satu wilayah pada kurun waktu tertentu}} \times 100\%$

- 2) Pembilang  
Jumlah pekerja informal yang mendapat pelayanan kesehatan di satu wilayah kerja dalam kurun waktu tertentu.
- 3) Penyebut  
Jumlah seluruh pekerja informal di satu wilayah pada kurun waktu tertentu

d. **Sumber data**  
Laporan Kabupaten (SIMKK = Sistem Informasi Manajemen Kesehatan Kerja)

- e. **Rujukan**
- 1) Buku Pedoman SIMKK.
  - 2) Buku Pedoman Pos UKK.
  - 3) Renstra

- f. **Target**
- Tahun 2010 : 40%
  - Tahun 2015 : 40%

- g. **Langkah Kegiatan**
- Pemeriksaan awal kesehatan pekerja dan lingkungan kerja oleh petugas Puskesmas
  - Pemeriksaan berkala kesehatan pekerja setiap tahun oleh petugas Puskesmas.
  - Sarasehan
  - Pelayanan kesehatan dasar kerja yaitu P3K, P3P, Penyediaan contoh APD dan upaya perbaikan lingkungan.

50. Upaya Penyuluhan P3 NAPZA / P3 NARKOBA oleh Petugas Kesehatan

a. **Pengertian**  
Upaya penyuluhan adalah semua usaha secara sadar dan berencana yang dilakukan untuk memperbaiki perilaku manusia sesuai prinsip-prinsip pendidikan yakni pada tingkat sebelum seseorang menggunakan NAPZA / NARKOBA.

b. **Definisi Operasional**  
Upaya penyuluhan pencegahan dan penanggulangan penyalahgunaan NAPZA/NARKOBA oleh tenaga kesehatan tertentu.

- c. **Cara Perhitungan/Rumus**
- 1) Rumus

Upaya penyuluhan P3 NAPZA/NARKOBA =  $\frac{\text{Jumlah kegiatan penyuluhan P3 NAPZA/NARKOBA oleh Nakes}}{\text{Jumlah seluruh kegiatan penyuluhan di bidang kesehatan oleh Nakes}} \times 100\%$

- 2) Pembilang  
Jumlah kegiatan penyuluhan P3-NAPZA /NARKOBA di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- 3) Penyebut

Jumlah seluruh kegiatan penyuluhan di bidang kesehatan disatu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

- 4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%).
- 5) Contoh Perhitungan

$$\frac{1 \times 12}{8 \times 12} \times 100\% = 12,5\%$$

Rata-rata penyuluhan NAPZA/NARKOBA di sarana pelayanan kesehatan umum per bulan : 1.  
Rata-rata penyuluhan kesehatan di sarana pelayanan kesehatan umum per bulan : 8.  
Jumlah bulan dalam 1 tahun : 12.

- d. Sumber Data**  
SIMPUS, Dinkes Kab/Kota.
- e. Rujukan**
  - 1) Modul pelatihan teknis medis penanggulangan NAPZA/NARKOBA;
  - 2) Modul keterampilan interpersonal dalam pencegahan penyalahgunaan NAPZA/NARKOBA;
  - 3) Pedoman penanggulangan NAPZA/NARKOBA berbasis masyarakat;
  - 4) Instrumen untuk mengidentifikasi masalah alkohol, tembakau, dan NAPZA/NARKOBA di pelayanan kesehatan dasar.
- f. Target**
  - Target 2010 : 30 %
  - Target 2015 : 40 %
- g. Langkah Kegiatan**
  - 1) Identifikasi sasaran;
  - 2) Penyuluhan;
  - 3) Pelatihan.

**51. Ketersediaan Obat sesuai Kebutuhan**

- a. Pengertian**
  - 1) RKO adalah Rencana Kebutuhan Obat;
  - 2) LPLPO adalah laporan pemakaian dan lembar permintaan obat puskesmas/pustu;
  - 3) Kebutuhan Obat Nyata adalah kebutuhan yang dihitung oleh tim perencana obat terpadu Kab/Kota;
  - 4) Obat Pelayanan Kesehatan Dasar adalah obat yang disediakan oleh Dinas Kesehatan Kab/Kota, dengan kategori obat : Sangat Sangat Esensial, Sangat Esensial, dan Esensial.
- b. Definisi Operasional**  
Ketersediaan obat pelayanan kesehatan dasar di Unit Pengelola Obat dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten/Kota di satu wilayah pada kurun waktu tertentu.
- c. Cara Perhitungan/Rumus**
  - 1) Rumus

$$\text{Ketersediaan obat sesuai kebutuhan} = \frac{\text{Jumlah obat yg dapat disediakan}}{\text{Jumlah kebutuhan}} \times 100\%$$

(Jumlah)

Jumlah obat yg dibutuhkan

Ketersediaan  
sesuai kebutuhan (Item)

obat

=

Jumlah jenis/item obat yg dapat  
disediakan

Jumlah jenis/item obat yg  
dibutuhkan

X

100%

- 2) Pembilang
- Jumlah **obat yang dapat disediakan** untuk pelayanan kesehatan dasar di Unit Pengelola Obat dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten/Kota di satu wilayah kerja, pada kurun waktu tertentu.
  - Jenis/item **obat yang dapat disediakan** untuk pelayanan kesehatan dasar di Unit Pengelola Obat dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten/Kota di satu wilayah kerja, pada kurun waktu tertentu.
  - Yang dimaksud dengan obat yang dapat disediakan adalah obat yang tersedia di Kab/Kota, tanpa melihat sumber anggaran, baik yang berasal dari anggaran APBD Kab/Kota, Propinsi, Pusat maupun sumber anggaran lain, yang dikelola oleh Unit Pengelola Obat dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten/Kota.
  - Yang dimaksud dengan jumlah obat adalah jumlah pemakaian obat tahun berjalan, ditambahkan sisa stok obat yang ada.
- 3) Penyebut
- Jumlah obat yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan dasar di Unit Pengelola Obat dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten/Kota dalam kurun waktu yang sama.
  - Jumlah jenis obat yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan dasar di Unit Pengelola Obat dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten/Kota dalam kurun waktu yang sama.
  - Yang dimaksud dengan jumlah obat yang dibutuhkan adalah jumlah obat berdasarkan pemakaian tahun yang lalu.
  - Yang dimaksud dengan jumlah jenis obat yang dibutuhkan adalah 33 jenis obat yang wajib dilaporkan tingkat ketersediannya berdasarkan Surat Edaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan Depkes RI Nomor : IR.01.02.112 tanggal 13 Mei 2004 yaitu sebagai berikut :

**33 Jenis obat yang wajib dilaporkan tingkat ketersediannya berdasarkan Surat Edaran Direktorat Jenderal Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan Depkes RI Nomor : IR.01.02.B.112 tanggal 13 Mei 2004**

No	Nama Obat	Satuan Kemasan	Jml Pemakaian Obat thn berjalan + sisa stok	Jumlah pemakaian tahun lalu	Ketersediaan (dlm %)
A.	OBAT-OBAT PKD				
1.	Amoksilin sirup kering 125 mg/5ml	Botol 60 ml			
2.	Amoksilin Kapsul 250 mg	Kotak @ 120 kaps.			
3.	Amoksilin kapsul 500 mg	Kotak @ 100 kaps.			
4.	Antasida DOEN tablet	Botol @ 1000 tab.			
5.	Antalgin tablet 500 mg	Botol @ 1000 tab.			
6.	Dexamethasone Inj. Mg/ml-2ml	Kotak @ 100 ampul.			
7.	Dextrometofan siruup 10mg/5ml	Botol 60 ml			
8.	Dextrometofan tablet 5 mg	Botol @ 1000 tab.			
9.	Difenhidramin HCl Inj. 10 mg/ml-1ml	Kotak @100 ampul			
10.	Gliseril gualakolat tablet 100 mg	Botol @ 1000 tab			
11.	Glukosa larutan infus 5 % steril	Botol 500 ml			



12.	Ibuprofen tablet 200 mg	Botol @ 100 tab.			
13.	Kloramfenikol kapsul 250 mg	Botol @ 250 tab.			
14.	Kotrimoksazol tablet 480 mg	Botol @ 100 tab.			
15.	Klorfeniramin maleat tablet 4 mg	Botol @ 1000 tab.			
16.	Natrium Klorida infus 0,9% steril	Botol 500 ml.			
17.	Parasetamol tablet 500 mg	Botol @ 1000 tab.			
18.	Ringer laktat infus steril	Botol 500 ml.			
19.	Infus set dewasa steril	Kantong			
20.	Tetrasiklin 250 mg	Botol @ 1000 kaps			
21.	Vitamin B complex	Botol @ 1000 kaps			
B.	OBAT-OBAT PROGRAM				
22.	Retinol 200.000 IU	Botol @ 1000 kaps			
23.	Tablet Tambah Darah Kombinasi : Besi II Sulfat 200 mg + Asam Folat 0,25 mg	100 sase @ 30 tab/bungkus			
24.	Garam Oralit untuk 200 ml air	Kotak @ 100 kantong			
25.	Kotrimoksazol tablet 120 mg	Botol @ 100 tab			
26.	Kotrimoksazol suspensi	Botol 60 ml			
27.	Kloroquin tablet 150 mg	Botol @ 1000 tab.			
28.	OAT Kategori 1	Paket / dos			
29.	OAT Kategori 2	Paket / dos			
30.	OAT Kategori 3	Paket / dos			
31.	OAT Kategori Sisipan	Paket / dos			
32.	Prednison tablet 5 mg	Botol @ 1000 tab			
33.	Asam Askorbat (Vit C ) 250 mg	Botol @ 250 tab.			

- 4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%).
- 5) Contoh Perhitungan  
Jenis obat yang tersedia 3 jenis dari jumlah 33 jenis obat yang harus disediakan.  
(untuk Jawa Tengah).

Ketersediaan obat (jenis) =  $\frac{3}{33} \times 100\% = 9,09\%$

Misal tiga jenis obat tersebut terdiri dari Amoksisilin kapsul 250 mg, Antalgin tablet 500 mg dan Ibuprofen tablet 200 mg.  
Jumlah Amoksisilin kapsul 250 mg yang ada 100 dari jumlah yang dibutuhkan 1000, Antalgin tablet 500 mg yang ada 200 dari yang dibutuhkan 1000, dan Ibuprofen tablet 200 mg yang ada 300 dari yang dibutuhkan 500, maka :

Ketersediaan (jumlah)  
Amoksisilin kapsul 250 mg

=  $\frac{100}{1000} \times 100\% = 10\%$

Ketersediaan (jumlah)  
Amoksisilin tablet 500 mg

=  $\frac{200}{1000} \times 100\% = 20\%$

Ketersediaan (jumlah)  
Antalgin tablet 500 mg

=  $\frac{200}{1000} \times 100\% = 20\%$

Ketersediaan (jumlah)  
Ibuprofen tablet 200 mg

=  $\frac{300}{500} \times 100\% = 60\%$

Rata-rata ketersediaan

=  $\frac{90\%}{3} = 30\%$

(Jumlah) 3

Jadi dari ketersediaan (jenis) obat sebesar 9.09 %, ketersediaan jumlah obat = 30 %.

- d. **Sumber Data**  
RKO, LPLPO, dan Kartu Stock.
- e. **Rujukan**
  - 1) Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN);
  - 2) Pedoman Pengolahan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan;
  - 3) Pedoman Teknis Pengadaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan untuk pelayanan kesehatan dasar.
- f. **Target**
  - Target 2010 : 90 %
  - Target 2015 : 95 %
- g. **Langkah Kegiatan**
  - 1) Perencanaan obat;
  - 2) Pengadaan obat;
  - 3) Penyimpanan;
  - 4) 4) Distribusi;
  - 5) Monitoring dan evaluasi

52. **Pengadaan Obat Esensial**

- a. **Pengertian**  
Obat esensial adalah obat yang paling banyak diperlukan oleh suatu populasi dan ditetapkan oleh para ahli yang kemudian dibakukan dalam daftar Obat Esensial Nasional.
- b. **Definisi Operasional**  
Pengadaan obat esensial untuk pelayanan kesehatan dasar di Unit Pengelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan.
- c. **Cara Perhitungan/Rumus**
  - 1) Rumus

Pengadaan  
obat esensial

$$= \frac{\text{Jumlah item obat esensial yg dapat disediakan}}{\text{Jumlah item obat esensial yg dibutuhkan}} \times 100\%$$

- 2) Pembilang
  - Jumlah item **obat esensial yang dapat disediakan** untuk pelayanan kesehatan dasar di Unit Pengelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten/Kota di satu wilayah kerja, pada kurun waktu tertentu.
  - Yang dimaksud dengan obat esensial yang dapat disediakan adalah obat yang tersedia di Kab/Kota, tanpa melihat sumber anggaran, baik yang berasal dari anggaran APBD Kab/Kota, Propinsi, Pusat maupun sumber anggaran lain, yang dikelola oleh Unit Pengelola Obat dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten / Kota.
- 3) Penyebut

- Jumlah item obat esensial yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan dasar di Unit Pengelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten/Kota di satu wilayah kerja, pada kurun waktu yang sama.
- Yang dimaksud dengan jumlah item obat esensial yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan dasar adalah jumlah item obat esensial berdasarkan Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) yang berlaku untuk Tingkat Kab/Kota.

4) Contoh Perhitungan  
Jumlah item obat esensial yang dibutuhkan = 150 item, item obat esensial yang dapat disediakan oleh Pengelola Obat dan Perbekalan Kesehatan = 75 item.

Pengadaan  
obat esensial

$$= \frac{75}{150} \times 100\% = 50\%$$

d. **Sumber Data**  
RKO, LPLPO, Kartu Stock.

e. **Rujukan**  
1) Pedoman Pengolahan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan;  
2) Pedoman Teknis Pengadaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan untuk pelayanan kesehatan dasar.

f. **Target**  
▪ Target 2010 : 100 %  
▪ Target 2015 : 95 %

g. **Langkah Kegiatan**  
1) Perencanaan Obat Esensial;  
2) Pengadaan Obat Esensial;  
3) Monitoring dan Evaluasi.

53. **Pengadaan Obat Generik**

a. **Pengertian**  
Obat Generik adalah obat dengan nama resmi yang ditetapkan dalam Farmakope Indonesia untuk zat berkhasiat yang dikandungnya.

b. **Definisi Operasional**  
Pengadaan item obat generik untuk pelayanan kesehatan dasar di Unit Pengelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten/Kota.

c. **Cara Perhitungan**  
1) Rumus

Pengadaan  
obat generik

$$= \frac{\text{Jumlah item obat generik yg dapat disediakan}}{\text{Jumlah item obat generik yg dibutuhkan}} \times 100\%$$

2) Pembilang

- Jumlah item obat generik yang dapat disediakan untuk pelayanan kesehatan dasar di Unit Pengelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten/Kota di satu wilayah kerja, pada kurun waktu tertentu.
- Yang dimaksud dengan obat generik yang dapat disediakan adalah obat generik yang tersedia di Kab/Kota, tanpa melihat sumber anggaran, baik yang berasal dari APBD Kab/Kota, Propinsi, Pusat maupun sumber anggaran lain, yang dikelola oleh Unit Pengelola Obat dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten / Kota.

3) Penyebut

- Jumlah item obat generik yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan dasar di Unit Pengelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten/Kota di satu wilayah kerja, pada kurun waktu yang sama.
- Yang dimaksud dengan jumlah item obat generik yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan dasar adalah jumlah item obat generik berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan tentang Daftar Obat untuk Pelayanan Kesehatan Dasar, yang berlaku. Bukan Surat Keputusan Menteri Kesehatan tentang daftar obat generik.

4) Contoh Perhitungan

Item Obat Generik yang dibutuhkan = 100 item, item Obat generik yang dapat disediakan oleh Unit Pengelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan = 75 item.  
 Persentase pengadaan obat generik =  $75/100 \times 100 \% = 75 \%$ .

**d. Sumber Data**

RKO, LPLPO, Kartu Stock.

**e. Rujukan**

- 1) Pedoman Pengolahan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan;
- 2) Pedoman Teknis Pengadaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan untuk pelayanan kesehatan dasar.

**f. Target**

- Target 2010 : 100 %
- Target 2015 : 99 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Perencanaan Obat Generik;
- 2) Pengadaan Obat Generik;
- 3) Monitoring dan Evaluasi.

## **54. Ketersediaan Narkotika, Psikotropika sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan**

**a. Pengertian**

- 1). Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintetis, maupun semi sintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan yang dibedakan ke dalam golongan sebagaimana terlampir dalam undang-undang yang kemudian ditetapkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan.
- 2). Psikotropika adalah zat atau obat baik alamiah maupun sintetis bukan narkotika yang berkhasiat psiko aktif melalui pengaruh selektif pada susunan syaraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktifitas mental dan perilaku.

**b. Definisi Operasional**

Ketersediaan narkotika dan psikotropika untuk pelayanan dasar di unit pengelola obat dan perbekalan kesehatan kabupaten/kota di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan

1). Rumus

Ketersediaan  
Psikotropika  
kebutuhan  
kesehatan

Narkotika,  
sesuai  
pelayanan

=

Jumlah obat narkotika dan  
psikotropika yg dapat disediakan

Jumlah obat narkotika dan  
psikotropika yg dibutuhkan

X

100%

Ketersediaan  
Psikotropika  
kebutuhan  
kesehatan (jenis)

Narkotika,  
sesuai  
pelayanan

=

Jumlah jenis obat narkotika dan  
psikotropika yg dapat disediakan

Jumlah jenis obat narkotika dan  
psikotropika yg dibutuhkan

X

100%

2). Pembilang

- Jumlah obat narkotika dan psikotropika yang dapat disediakan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- Jumlah jenis obat narkotika dan psikotropika yang dapat disediakan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- Yang dimaksud dengan obat narkotika dan psikotropika yang dapat disediakan adalah obat yang tersedia di Kab/Kota, tanpa melihat sumber anggaran, baik yang berasal dari anggaran APBD Kab/Kota, Propinsi, Pusat maupun sumber anggaran lain, yang dikelola oleh Unit Pengelola Obat dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten / Kota.
- Yang dimaksud dengan jumlah obat narkotika dan psikotropika yan dapat disediakan adalah jumlah obat tahun berjalan, ditambahkan sisa stok obat yang ada.

3). Penyebut

- Jumlah obat narkotika dan psikotropika yang dibutuhkan di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.
- Jumlah jenis obat narkotika dan psikotropika yang dibutuhkan di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.
- Yang dimaksud dengan jumlah obat narkotika dan psikotropika yang dibutuhkan adalah jumlah obat berdasarkan pemakaian tahun yang lalu.
- Yang dimaksud dengan jumlah jenis obat narkotika dan psikotropika yang dibutuhkan adalah jumlah item obat narkotika dan psikotropika berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan tentang Daftar Obat untuk Pelayanan Kesehatan Dasar, yang berlaku. Bukan Surat Keputusan Menteri Kesehatan tentang daftar obat generik.

4). Konstanta : Prosentase (%)

d. Sumber data : LPLPO

e. Rujukan.

- Pedoman pengelolaan obat dan perbekalan kesehatan
- UU No. 5/th. 1997 tentang psikotropika.
- UU No. 22/th. 1997 tentang narkotika

f. Target

- Tahun 2010 : 100%

- Tahun 2015 : 95%

**g. Langkah Kegiatan**

- Perencanaan obat meliputi: pemilihan obat, kompilasi, perhitungan kebutuhan obat.
- Pengadaan obat.
- Penyimpanan obat
- Pendistribusian obat
- Pencatatan dan pelaporan obat
- Monitoring dan evaluasi.

**55. Penulisan Resep Obat Generik**

**a. Pengertian**

Obat Generik adalah obat dengan nama resmi yang ditetapkan dalam Farmakope Indonesia untuk zat berkhasiat yang dikandungnya.

**b. Definisi Operasional**

Penulisan obat generik adalah penulisan resep obat generik di fasilitas sarana kesehatan pemerintah.

- Yang dimaksud dengan resep obat generik adalah resep yang semua obatnya terlayani dengan obat generik. Apabila dalam resep tersebut (termasuk resep berupa racikan), terdapat 1 atau lebih obat non generik, maka resep tersebut tidak termasuk atau dihitung sebagai resep generik.
- Yang dimaksud dengan fasilitas sarana kesehatan pemerintah adalah rumah sakit pemerintah Kab/Kota.

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

**1) Rumus**

$$\text{Penulisan resep obat generik} = \frac{\text{Jumlah resep obat generik yg ditulis}}{\text{Jumlah resep obat yg ditulis}} \times 100\%$$

**2) Pembilang**

Jumlah resep obat generik yang ditulis dengan nama generik di satu wilayah kerja, pada kurun waktu tertentu.

**3) Penyebut**

Jumlah seluruh resep obat yang ditulis di satu wilayah kerja, pada kurun waktu yang sama.

**4) Contoh Perhitungan**

Di Puskesmas dalam bulan Januari 2003 telah diberikan 200 lembar resep kepada pasien. 200 lembar tersebut memuat 800 R/ (resep) yang 650 R/ (resep) diantaranya ditulis dengan nama generik, selebihnya ditulis dengan nama dagang.

$$\text{Penulisan resep obat generik} = \frac{650}{800} \times 100\% = 81,25\%$$

- Contoh perhitungan tersebut diatas dikoreksi menjadi di Rumah Sakit dalam kurun waktu 1 tahun ( merupakan hasil rata-rata dari laporan bulanan penulisan resep generik dari rumah sakit ).
- Dihitung berdasarkan lembar resep bukan R/ (resep) seperti contoh diatas.
- Yang diperhatikan adalah hasil pelayanan resep tersebut. Apabila dalam resep tertulis obat generik tetapi tidak dilayani obat generik, maka resep tersebut tidak dikelompokkan dalam resep generik. Demikian juga sebaliknya.

**d. Sumber Data**

Laporan pemakaian obat generik di fasilitas pelayanan kesehatan .

**e. Rujukan**

- 1) Pedoman pengobatan (Ditjen Binkesmas);
- 2) KepMenkes Nomor 85/1989 tentang Kewajiban Fasilitas Pelayanan Pemerintah Menuliskan Obat Generik.

**f. Target**

- Target 2010 : 60 %
- Target 2015 : 80 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Pencatatan penggunaan obat generik setiap hari di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah di Kabupaten Kudus;
- 2) Pembuatan laporan bulanan pemakaian obat generik di setiap fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah di Kabupaten Kudus;
- 3) Penyampaian laporan obat generik di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah di Kabupaten Kudus ke Dinas Kesehatan Kab. Kudus;
- 4) Kompilasi laporan obat generik pada suatu wilayah kerja oleh Dinas Kesehatan Kab. Kudus;

**56. Cakupan Penduduk yang Menjadi Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Pra Bayar**

**a. Pengertian**

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) Prabayar adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan, berkesinambungan, dengan mutu yang terjamin dan biaya yang terkendali.

**b. Definisi Operasional**

Cakupan JPK pra bayar adalah proporsi penduduk terlindungi JPK (PT.Askes, PT. Jamsostek, Bapel/ PraBapel JPKM, Dana Sehat, Asuransi Komersial, lainnya) di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

- 1) Rumus

Cakupan Pra Bayar      JPK      =      
$$\frac{\text{Jumlah penduduk non gakin yg menjadi peserta JPK (Jiwa)}}{\text{Jumlah seluruh penduduk non gakin (Jiwa)}} \times 100\%$$

- 2) Pembilang

Jumlah penduduk non Gakin yang menjadi peserta JPK di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu (jiwa).

- 3) Penyebut

Jumlah seluruh penduduk non Gakin di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama (jiwa).

- 4) Ukuran/Konstanta Persentase (%).
- 5) Contoh Perhitungan  
Jumlah penduduk Daerah X : 3.000.000 Jiwa.  
Berdasarkan hasil Susenas, penduduk yang mempunyai kartu JPK (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan) adalah 594.000 Jiwa, dengan rincian sebagai berikut  
Peserta Askes : 222.000 Jiwa  
Peserta Jamsostek : 87.000 Jiwa  
Perusahaan lain : 81.000 Jiwa  
Asuransi komersil : 9.000 Jiwa  
Dana Sehat : 159.000 Jiwa  
Bapel JPK/PraBapel : 36.000 Jiwa

Cakupan JPK Pra Bayar = 
$$\frac{222.000 + 87.000 + 81.000 + 9.000 + 159.000 + 36.000}{3.000.000} \times 100\% = 20\%$$

Sehingga cakupan JPK Pra Bayar Daerah X = 20 %

- d. **Sumber Data**  
BPS Kab. Kudus, Susenas, dan Laporan Tahunan JPK Kabupaten Kudus.
- e. **Rujukan**  
Pedoman BAPIM dan Pedoman SIM JPKM.
- f. **Target**
  - Target 2010 : 80 %
  - Target 2015 : 95 %
- g. **Langkah Kegiatan**
  - 1) Analisis Potensi wilayah;
  - 2) Penetapan Unit Cost pelayanan kesehatan;
  - 3) Penetapan paket dan premi;
  - 4) Pemantapan dan pengembangan model JPK;
  - 5) Advokasi;
  - 6) Sosialisasi;
  - 7) Edukasi;
  - 8) Peningkatan kinerja;
  - 9) Monitoring dan evaluasi;
  - 10) Pengembangan Dokter Keluarga;
  - 11) Penataan SIM.

**57. Cakupan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin dan Masyarakat Rentan**

- a. **Pengertian**
  - 1) Keluarga Miskin (Gakin) adalah keluarga yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah Kab. Kudus melalui Koordinasi Kabupaten (TKK) dengan melibatkan Tim Desa dalam mengidentifikasi nama dan alamat Gakin secara tepat, sesuai dengan Gakin yang disepakati.
  - 2) Masyarakat Rentan adalah masyarakat yang tergolong dalam Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) mencakup 27 jenis antara lain : anak balita terlantar, anak terlantar, anak korban kekerasan, anak nakal, anak jalanan, anak



cacat, wanita rawan social ekonomi, wanita korban tindak kekerasan, lanjut usia terlantar, lanjut usia korban tindak kekerasan, penyandang cacat, penyandang cacat bekas penyakit kronis, tuna susila, bekas narapidana, pengemis dan gelandangan, keluarga fakir miskin, keluarga dengan rumah tak layak huni, keluarga bermasalah social psikologis, komunitas adat terpencil, masyarakat rawan bencana, korban penyalahgunaan NAPZA, pengidap HIV/AIDS, korban bencana alam, korban bencana sosial / pengungsi, pekerja migrant terlantar (sumber Depsos RI).

**b. Definisi Operasional**

Cakupan JPK Gakin dan masyarakat rentan adalah Proporsi Gakin dan masyarakat rentan terlindungi oleh JPK (subsidi Pemerintah dan Pemda) di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

1) Rumus

Cakupan  
Gakin  
Masyarakat  
Rentan

JPK  
dan

=

Jumlah gakin dan masyarakat  
rentan yg memiliki kartu  
sehat/JPK Gakin

Jumlah seluruh gakin dan  
masyarakat rentan

X

100%

2) Pembilang

Jumlah Gakin dan Masyarakat Rentan yang memiliki kartu sehat/kartu JPK di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah seluruh Gakin dan Masyarakat Rentan di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta  
Persentase (%).

5) Contoh Perhitungan  
Berdasarkan hasil pendataan, daerah X mempunyai jumlah penduduk miskin 600.000 Jiwa, dari hasil laporan pelaksanaan program keluarga miskin diperoleh data bahwa jumlah Gakin / Masyarakat Rentan daerah X yang memiliki kartu sehat adalah sebanyak 480.000 Jiwa. Berdasarkan data tersebut dapat dihitung persentase cakupan JPK Gakin / Masyarakat Rentan daerah X sbb. =

480.000

x

100 %

=

80 %

Sehingga cakupan JPK Gakin/ masyarakat rentan daerah X adalah 80 %.

**d. Sumber Data**

SIM pelaporan JPKM Kab, BPS Kab, Kantor KB dan Susenas.

**e. Rujukan**

Pedoman JPK Gakin, Maniak PKPS-BBM Bidang Kesehatan 2003.

**f. Target**

- Target 2010 : 100 %
- Target 2015 : 100 %

**g. Langkah Kegiatan**

- 1) Perhitungan Unit Cost pelayanan kesehatan;

- 2) Penetapan kriteria dan jumlah Gakin;
- 3) Penetapan paket dan premi;
- 4) Penetapan kebutuhan pembiayaan Gakin;
- 5) Perhitungan konstibusi daerah;
- 6) Advokasi;
- 7) Sosialisasi;
- 8) Pemantapan model pembiayaan kesehatan Gakin;
- 9) Monitoring dan Evaluasi.