



**SALINAN**

## **BUPATI PURWOREJO**

**PERATURAN BUPATI PURWOREJO  
NOMOR : 44 TAHUN 2013**

**TENTANG**

**RENCANA PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG  
KESEHATAN KABUPATEN PURWOREJO**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**BUPATI PURWOREJO,**

- Menimbang : a. bahwa sesuai ketentuan Pasal 9 Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal, Pemerintahan Daerah menerapkan Standar Pelayanan Minimal sesuai dengan ketentuan yang diatur dalam Peraturan Menteri;
- b. bahwa dalam penerapan Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada huruf a, khususnya dalam menyelenggarakan pelayanan di bidang kesehatan, Pemerintah Daerah perlu menyusun Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten Purworejo;

- 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 4584);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Standart Pelayanan Minimal;
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
10. Peraturan Daerah Kabupaten Purworejo Nomor 4 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan Daerah Kabupaten Purworejo (Lembaran Daerah Kabupaten Purworejo Tahun 2008 Nomor 4);
11. Peraturan Daerah Kabupaten Purworejo Nomor 3 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Kabupaten Purworejo Tahun 2005 - 2025 (Lembaran Daerah Kabupaten Purworejo Tahun 2010 Nomor 3);
12. Peraturan Daerah Kabupaten Purworejo Nomor 4 Tahun 2008 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kabupaten Purworejo Tahun 2011 - 2015 (Lembaran Daerah Kabupaten Purworejo Tahun 2011 Nomor 2);

**MEMUTUSKAN :**

**MENETAPKAN : PERATURAN BUPATI TENTANG RENCANA  
PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG  
KESEHATAN KABUPATEN PURWOREJO.**

## BAB I

### KETENTUAN UMUM

#### Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Purworejo.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintahan Daerah.
3. Bupati adalah Bupati Purworejo.
4. Dinas Kesehatan Kabupaten yang selanjutnya dapat disingkat DKK adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo.
5. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar bidang kesehatan yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal.
6. Indikator SPM adalah tolok ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, berupa masukan, proses, hasil dan/atau manfaat pelayanan.
7. Pelayanan Dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi dan pemerintahan.

## BAB II

### SPM

#### Pasal 2

- (1) Pemerintah Daerah menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai SPM.
- (2) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang meliputi jenis pelayanan, indikator kinerja dan target yang dicapai pada tahun 2010 - 2015 sebagaimana tercantum dalam Lampiran I Peraturan Bupati ini.
- (3) Petunjuk Teknis SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tercantum dalam Lampiran II Peraturan Bupati ini.

## BAB III

### PENGORGANISASIAN

#### Pasal 3

- (1) Bupati bertanggung jawab berdasarkan kewenangannya dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM yang dilaksanakan oleh Satuan Kerja Pemerintah Daerah yang terkait dan masyarakat.

- (2) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1), secara operasional dikoordinasikan oleh DKK.
- (3) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM dilaksanakan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kualifikasi dan kompetensi.

#### BAB IV

##### PELAKSANAAN

###### Pasal 4

- (1) SPM yang ditetapkan menjadi acuan dalam perencanaan program pencapaian target.
- (2) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan Petunjuk Teknis SPM.

#### BAB V

##### PELAPORAN

###### Pasal 5

- (1) Kepala DKK menyampaikan laporan pengkoordinasian penyelenggaraan SPM meliputi kinerja penerapan dan pencapaian SPM kepada Bupati.
- (2) Bupati menyampaikan laporan teknis tahunan kinerja penerapan dan pencapaian SPM kepada Menteri Kesehatan.

#### BAB VI

##### PEMBIAYAAN

###### Pasal 6

Pembiayaan dalam rangka penyelenggaraan SPM dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Purworejo yang didukung dengan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi Jawa Tengah dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara.

#### BAB VII

##### KETENTUAN PENUTUP

###### Pasal 7

Dengan ditetapkannya Peraturan ini, maka Peraturan Bupati Purworejo Nomor 2 Tahun 2013 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Purworejo, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku

**Pasal 8**

Hal-hal yang belum diatur dalam Peraturan Bupati ini sepanjang mengenai teknis pelaksanaan akan diatur lebih lanjut dengan Keputusan Kepala DKK.

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

Ditetapkan di : Purworejo  
pada tanggal : 1 Agustus 2013

**BUPATI PURWOREJO,**

Ttd.

**MAHSUN ZAIN**

Diundangkan di :  
pada tanggal : 1 Agustus 2013

**SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN PURWOREJO,**

Ttd.

**TRI HANDOYO**

**BERITA DAERAH KABUPATEN PURWOREJO  
TAHUN 2013 NOMOR 44 SERI E NOMOR 35**

LAMPIRAN I  
PERATURAN BUPATI PURWOREJO  
NOMOR : 44 TAHUN 2013  
TENTANG  
RENCANA PENCAPAIAN STANDAR  
PELAYANAN MINIMAL BIDANG  
KESEHATAN KABUPATEN  
PURWOREJO

RENCANA PENCAPAIAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
BIDANG KESEHATAN KABUPATEN PURWOREJO

NO	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR SPM	NILAI TARGET	BATAS WAKTU PENCAPAIAN	PENANGGUNG JAWAB
I	Pelayanan Kesehatan Dasar	1. Cakupan kunjungan Ibu Hamil K4 2. Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani 3. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan 4. Cakupan pelayanan nifas 5. Cakupan neonates dengan komplikasi yang ditangani 6. Cakupan kunjungan bayi 7. Cakupan Desa/Kelurahan <i>Universal Child Immunization (UCI)</i> 8. Cakupan pelayanan anak balita 9. Cakupan pemberian MP-ASI pada anak usia 6-24 bulan keluarga miskin 10. Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan 11. Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat 12. Cakupan peserta KB aktif 13. Cakupan Penemuan dan Penanganan Penderita Penyakit a. Cakupan <i>Acute Flaccid Paralysis (AFP)</i> rate per 100.000 penduduk < 15 tahun b. Penemuan penderita Pneumonia Balita c. Penemuan baru pasien TB BTA positif d. Penderita DBD Yang Ditangani e. Penemuan Penderita Diare 14. Cakupan Pelayanan Kesehatan dasar Pasien masyarakat miskin	96 % 100 % 96 % 96 % 90 % 95 % 100 % 90 % 100 % 100 % 100 % 80,5 % 100 % 100 % 100 % 100 % 100 % 80 %	2015 2015 2015 2015 2015 2015 2015 2015 2015 2015 2015 2015 2015 2015 2015 2015 2015	DKK
II	Pelayanan Kesehatan Rujukan	15. Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin 16. Cakupan pelayanan gawat darurat level I yang harus diberikan sarana kesehatan (Rumah Sakit)	100 % 100 %	2015 2015	DKK
III	Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB)	17. Cakupan desa/ kelurahan mengalami KLB yang dilakukan PE < 24	100 %	2015	DKK
IV	Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	18. a. Cakupan desa siaga aktif 18. b. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Tatanan Rumah Tangga	80 % 70 %	2015 2015	DKK DKK

BUPATI PURWOREJO,

Ttd.

MAHSUN ZAIN



LAMPIRAN II  
PERATURAN BUPATI PURWOREJO  
NOMOR : 44 TAHUN 2013  
TENTANG  
RENCANA PENCAPAIAN STANDAR  
PELAYANAN MINIMAL BIDANG  
KESEHATAN KABUPATEN  
PURWOREJO

PETUNJUK TEKNIS STANDAR PELAYANAN MINIMAL  
BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN PURWOREJO

---

I. PELAYANAN KESEHATAN DASAR

1. Cakupan Kunjungan Ibu Hamil K-4

a. Pengertian

- 1) Ibu hamil K-4 adalah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit 4 (Empat) kali dengan distribusi pemberian pelayanan adalah minimal 1 (Satu) kali pada triwulan pertama, 1 (Satu) kali pada triwulan kedua dan 2 (Dua) kali pada triwulan ketiga selama umur kehamilan.
- 2) Kunjungan ibu hamil sesuai standar sebagaimana dimaksud pada angka 1) adalah pelayanan yang mencakup minimal :
  - a) timbang badan dan ukur tinggi badan;
  - b) ukur tekanan darah;
  - c) nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas);
  - d) ukur tinggi *fundus uteri*;
  - e) tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin;
  - f) skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksoid apabila diperlukan;
  - g) pemberian tablet besi 90 (sembilan puluh) tablet selama kehamilan;
  - h) test laboratorium sederhana (Hb, Protein urin) dan/ atau berdasarkan indikasi (HbsAg, Sifilis, HIV, Malaria, TBC);
  - i) temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling) termasuk Program Perencanaan Persalinan.
- 3) Jumlah sasaran ibu hamil dihitung melalui estimasi dengan rumus :  $1,10 \times \text{Crude Birth Rate (CBR)} \times \text{Jumlah Penduduk (pada tahun yang sama)}$ .
  - a) Angka Crude Birth Rate (CBR) dan jumlah penduduk didapat dari data Badan Pusat Statistik (BPS) di wilayah Daerah/Provinsi pada kurun waktu tertentu;
  - b) 1,1 adalah konstanta untuk menghitung ibu hamil.
- 4) Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam melindungi ibu hamil sehingga kesehatan janin terjamin melalui penyediaan pelayanan antenatal.

b. Definisi Operasional

Cakupan kunjungan ibu hamil K-4 adalah cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit 4 (empat) kali (minimal satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua dan dua kali pada triwulan ketiga umur kehamilan) oleh tenaga kesehatan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Cakupan Kunjungan Ibu Hamil K4} = \frac{\text{Jumlah ibu hamil yang memperoleh pelayanan antenatal K4 sesuai standar oleh tenaga kesehatan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah ibu hamil yang memperoleh pelayanan antenatal K-4 sesuai standar oleh tenaga kesehatan 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 K-4 = 12.000 ibu hamil pada bulan Januari – Desember tahun 2010.

Maka :

$$\text{Persentase Cakupan Kunjungan Ibu Hamil K-4} = \frac{12.000}{1,1 \times 2,3 \% \times 500.000} \times 100 \% = 94,86 \%$$

d. Sumber Data

- 1) Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS LB 3) dan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) termasuk pelayanan yang dilakukan oleh swasta;
- 2) Kohort ibu;
- 3) Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (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 Hak Asasi Manusia (HAM) dan Keadilan Gender Tahun 2004;
- 5) Pedoman Pemberian Tablet Besi – Folat dan Sirup Besi bagi petugas Departemen Kesehatan Tahun 1999;



- 6) Booklet Anemia Gizi Dan Tablet Tambah Darah Untuk Wanita Usia Subur (WUS);
- 7) Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) Tahun 2006;
- 8) Pedoman Pelayanan Infeksi Menular Seksual/ Infeksi Saluran Reproduksi (IMS/ISR) Pada Pelayanan Kesehatan Produktif (Kespro) Terpadu Tahun 2006;
- 9) Pedoman *Prevention Mother-To-Child Transmission*(PMTCT) Tahun 2006;
- 10) Pedoman Pencegahan dan Penanganan Malaria Pada Ibu Hamil Tahun 2006;
- 11) Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi.

f. Target

- 1) Target Tahun 2015 adalah 96 %
- 2) Target per tahun :

Indikator Kinerja	T a r g e t ( % )				
	2011	2012	2013	2014	2015
Cakupan Kunjungan ibu hamil K-4	95	96	96	96	96

g. Langkah Kegiatan

- 1) Pengadaan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dengan stiker Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K);
- 2) Pendataan ibu hamil;
- 3) Pelayanan Antenatal sesuai standar;
- 4) Kunjungan rumah bagi yang *drop out*;
- 5) Pembuatan kantong persalinan;
- 6) Pelatihan Komunikasi Inter Personal (KIP)/konseling;
- 7) Pencatatan dan Pelaporan;
- 8) Supervisi, monitoring dan evaluasi Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS - KIA), Analisis Manajemen Program Kesehatan Ibu dan Anak (AMP - KIA) Tahun 2000.

h. Sumber Daya Manusia

- 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 PONEK, Rumah bersalin, RSIA/RSB, RSU, RSK, RSU PONEK, praktek bidan);
- 6) PONEK adalah Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar, meliputi kemampuan untuk menangani dan merujuk :
  - a) Hipertensi dalam kehamilan (*Preeklampsia, Eklampsia*);
  - b) Tindakan Pertolongan Distosia Bahu dan Ekstraksi Vakum pada Pertolongan Persalinan;
  - c) Perdarahan *post partum*;
  - d) Infeksi nifas;
  - e) Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan Hipotermi, Hipoglikemia, Ikterus, Hiperbilirubinemia, masalah pemberian minum pada bayi;
  - f) Asfiksia pada bayi;
  - g) Gangguan nafas pada bayi;
  - h) Kejang pada bayi baru lahir,
  - i) Infeksi neonatal;
  - j) Persiapan umum sebelum tindakan kedaruratan Obstetri – Neonatal antara lain Kewaspadaan Universal Standar.
- 7) Puskesmas PONEK adalah Puskesmas Rawat Inap yang memiliki kemampuan serta fasilitas PONEK 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 yang meliputi kemampuan untuk melakukan tindakan seksio sesaria, histerektomi, reparasi ruptura uteri, cedera kandung/saluran kemih, perawatan intensif ibu dan neonatal, 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 PONEK;

- 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 : 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 :  $1,10 \times \text{Crude Birth Rate (CBR)} \times \text{Jumlah Penduduk}$  (pada tahun yang sama),
  - a) Angka *Crude Birth Rate (CBR)* dan jumlah penduduk di Daerah didapat dari data Badan Pusat Statistik di wilayah Daerah/Provinsi pada kurun waktu tertentu;
  - b) 1,1 adalah konstanta untuk menghitung ibu hamil;
- 13) Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional kepada ibu (hamil, bersalin, nifas) dengan komplikasi.

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

2) Pembilang

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

3) Penyebut

Jumlah ibu dengan komplikasi kebidanan di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama 20 % (dua puluh persen) dari total ibu hamil di satu wilayah pada kurun waktu yang sama.

4) Ukuran /Konstanta

Persentase ( % ).

5) Contoh Perhitungan

Jumlah Penduduk 500.000 orang. Angka *Crude Birth Rate (CBR)* adalah 2,3 %. Hasil cakupan komplikasi kebidanan pada bulan Januari – Desember Tahun 2010 adalah 2.250 orang.

Maka :

$$\text{Persentase cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani} = \frac{2.250}{20\% \times 1,1 \times 2,3\% \times 500.000} \times 100\% = 88,93\%$$

d. Sumber Data

- 1) Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) dan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) termasuk pelayanan yang dilakukan oleh swasta;
- 2) Laporan Audit Maternal dan Perinatal (AMP);
- 3) Kohort Ibu;
- 4) Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA).

e. Rujukan

- 1) Buku Acuan Pelatihan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) Tahun 2007;
- 2) Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) Tahun 2006;
- 3) Buku Pegangan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal Tahun 2002;
- 4) Acuan Asuhan Persalinan Normal (APN) Tahun 2007;
- 5) Standar Pelayanan Kebidanan Tahun 2003;
- 6) Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) Tahun 2004;
- 7) Pedoman Pengembangan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) Tahun 2004;
- 8) Pedoman Teknis Audit Maternal-Perinatal di Daerah Tahun 2007;
- 9) Buku Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar Berbasis Hak Asasi Manusia (HAM) dan Keadilan Gender Tahun 2004;
- 10) Buku Pedoman Manajemen Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 jam di Kab/Kota Tahun 2006;
- 11) Pedoman Sistem Rujukan Maternal Dan Neonatal di Rumah Sakit Daerah Tahun 2006;
- 12) Buku Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit;
- 13) Buku pedoman penyelenggaraan Rumah Sakit Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif 24 Jam (RS PONEK 24 jam);
- 14) Buku Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

f. Target

- 1) Target Tahun 2015 adalah 100 %.
- 2) Target per tahun :

Indikator Kinerja	Target (%)				
	2011	2012	2013	2014	2015
Cakupan Komplikasi kebidanan yang ditangani	88	91	94	97	100

- g. Langkah Kegiatan
    - 1) Deteksi ibu hamil, ibu bersalin, dan ibu nifas komplikasi;
    - 2) Rujukan kasus komplikasi kebidanan;
    - 3) Pelayanan penanganan komplikasi kebidanan;
    - 4) Penyediaan pusat pelatihan klinis;
    - 5) Pelatihan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) bagi Bidan Desa dan Tim Puskesmas;
    - 6) Pelatihan Tim Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif (Tim PONEK) di RS di Daerah;
    - 7) Penyediaan peralatan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas dan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) pada Rumah Sakit di Daerah;
    - 8) Penyediaan Bank Darah Rumah Sakit (BDRS);
    - 9) Pelaksanaan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK);
    - 10) Pencatatan dan Pelaporan;
    - 11) Pemantauan dan Evaluasi.
  - h. Sumber Daya Manusia
    - 1) Tim Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif Rumah Sakit (Tim PONEK RS) terdiri dari 1 orang dr. SpOG, 1 orang dr. Sp.A, 1 orang dr.umum, 3 orang bidan, dan 2 orang perawat;
    - 2) Tim Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat (Tim PONED Puskesmas) terdiri dari 1 orang dokter, 1 orang bidan, 1 orang Perawat;
    - 3) Bidan di Desa.
3. Cakupan Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan Yang Memiliki Kompetensi Kebidanan
- a. Pengertian
    - 1) Pertolongan persalinan adalah proses pelayanan persalinan dimulai pada kala I sampai dengan kala IV persalinan.
    - 2) Tenaga Kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan adalah tenaga kesehatan yang memiliki kemampuan klinis kebidanan sesuai standar.
    - 3) Jumlah seluruh ibu bersalin dihitung melalui estimasi dengan rumus  $1,05 \times \text{Crude Birth Rate (CBR)} \times \text{jumlah penduduk}$ .
      - a) Angka *Crude Birth Rate (CBR)* dan jumlah penduduk diperoleh dari data Badan Pusat Statistik (BPS) di wilayah Daerah/Provinsi pada kurun waktu tertentu;
      - b) 1,05 adalah konstanta untuk menghitung ibu bersalin.
    - 4) Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dalam menyelenggarakan pelayanan persalinan yang profesional.
  - b. Definisi Operasional
 

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

c. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan} = \frac{\text{Jumlah ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh sasaran ibu bersalin di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

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

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstansta

Persentase ( % ).

5) Contoh Perhitungan

Jumlah Penduduk 500.000 orang, Angka *Crude Birth Rate* (CBR) adalah 2,3 %. Jumlah ibu bersalin ditolong oleh tenaga kesehatan pada bulan Januari – Desember Tahun 2010 adalah 10.500 orang. Maka :

$$\text{Persentase cakupan pertolongan oleh tenaga kesehatan} = \frac{10.500}{1,05 \times 2,3 \% \times 500.000} \times 100 \% = 86,96\%$$

d. Sumber Data

- 1) Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) dan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) termasuk pelayanan yang dilakukan oleh swasta;
- 2) Kohort Ibu;
- 3) Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA).

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 Hak Asasi Manusia (HAM) dan Keadilan Gender Tahun 2004;
- 5) Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS – KIA) Tahun 2004.



f. Target

- 1) Target Tahun 2015 adalah 96 %;
- 2) Target per tahun :

Indikator Kinerja	Target (%)				
	2011	2012	2013	2014	2015
Cakupan Pertolongan Persalinan Yang Ditangani Tenaga Kesehatan	95	96	96	96	96

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 dan Magang Asuhan Persalinan Normal (APN);
- 6) Supervisi, Monitoring, dan Evaluasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS-KIA) dan Analisis Manajemen Program Kesehatan Ibu dan Anak (AMP - KIA).

h. Sumber Daya Manusia

- 1) dr. SpOG;
- 2) Dokter Umum;
- 3) Bidan.

4. Cakupan Pelayanan Nifas

a. Pengertian :

- 1) Nifas adalah periode mulai 6 (Enam) jam sampai dengan 42 (Empat puluh dua) hari pasca persalinan.
- 2) Pelayanan nifas sesuai standar adalah pelayanan kepada ibu nifas sedikitnya 3 (Tiga) kali, pada 6 (Enam) jam pasca persalinan sampai dengan 3 (Tiga) hari : pada minggu ke II, dan pada minggu ke VI termasuk pemberian Vitamin A sebanyak 2 (Dua) kali serta persiapan dan/atau pemasangan alat Keluarga Berencana (KB) Pasca Persalinan.
- 3) Jumlah seluruh ibu nifas dihitung melalui estimasi dengan rumus :  $1,05 \times \text{Crude Birth Rate (CBR)} \times \text{jumlah penduduk}$ .
  - a) Angka *Crude Birth Rate (CBR)* dan jumlah penduduk di Daerah diperoleh dari data Badan Pusat Statistik (BPS) di Daerah/Provinsi pada kurun waktu tertentu;
  - b) 1,05 adalah konstanta untuk menghitung Ibu Nifas.

b. Definisi Operasional

Cakupan pelayanan nifas adalah pelayanan kepada ibu pada masa 6 (Enam) jam sampai dengan 42 (Empat puluh dua) hari pasca persalinan sesuai standar (karena untuk mengukur kinerja pelayanan neonatal pencatatan hasilnya menggunakan register kohort bayi dan sasaran pelayanan yang berbeda).

c. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

2) Pembilang

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

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase ( % ).

5) Contoh Perhitungan

Jumlah Penduduk 500.000 orang. Angka Kelahiran Kasar (CBR) adalah 2,3 %. Hasil pelayanan nifas pada bulan Januari – Desember Tahun 2010 adalah 10.000 orang.

Maka :

$$\text{Persentase Cakupan Pelayanan Nifas} = \frac{10.000}{1,05 \times 2,3 \% \times 500.000} \times 100 \% = 78,87\%$$

d. Sumber Data :

- 1) Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) dan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) termasuk pelayanan yang dilakukan oleh swasta;
- 2) Kohort Ibu;
- 3) Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (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 Hak Asasi Manusia (HAM) dan Keadilan Gender;
- 5) Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS – KIA) Tahun 2004;
- 6) Buku Pedoman Pemberian Vitamin A Pada Ibu Nifas Tahun 2005.

f. Target

- 1) Target Tahun 2015 adalah 96 %
- 2) Target per tahun :

Indikator Kinerja	Target (%)				
	2011	2012	2013	2014	2015
Cakupan Pelayanan Nifas	96	96	96	96	96

g. Langkah Kegiatan

- 1) Pelayanan nifas sesuai standar (ibu dan neonatal);
- 2) Pelayanan Keluarga Berencana (KB) pasca persalinan;
- 3) Pelatihan/magang klinis kesehatan maternal dan neonatal;
- 4) Pelayanan rujukan nifas;
- 5) Kunjungan rumah bagi yang *drop out*;
- 6) Pencatatan dan pelaporan;
- 7) Supervisi, monitoring dan evaluasi Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS – KIA), Analisis Manajemen Program Kesehatan Ibu dan Anak (AMP - KIA).

h. Sumber Daya Manusia

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

5. Cakupan Neonatal Dengan Komplikasi Yang Ditangani

a. Pengertian

- 1) Neonatal adalah bayi berumur 0 – 28 hari;
- 2) Neonatal dengan komplikasi adalah neonatal dengan penyakit dan kelainan yang dapat menyebabkan kesakitan, kecacatan, dan kematian. Neonatal dengan komplikasi seperti asfiksia, ikterus, hipotermia, tetanus neonatorum, infeksi/sepsis, trauma lahir, berat badan lahir rendah (BBLR) < 2500 gr (Dua ribu lima ratus gram), sindroma gangguan pernafasan, kelainan kongenital;
- 3) Neonatal dengan komplikasi yang ditangani adalah neonatal komplikasi yang mendapat pelayanan oleh tenaga kesehatan yang terlatih, dokter, dan bidan di sarana pelayanan kesehatan;
- 4) Perhitungan sasaran neonatal dengan komplikasi dihitung berdasarkan 15 % dari jumlah bayi baru lahir. Jika tidak diketahui jumlah bayi baru lahir, maka dapat dihitung dari *Crude Birth Rate (CBR)* x jumlah penduduk. Angka *Crude Birth Rate (CBR)* dan jumlah penduduk diperoleh dari data Badan Pusat Statistik (BPS) di Daerah/Provinsi.
- 5) Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program Kesehatan ibu dan Anak dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional kepada neonatal dengan komplikasi.
- 6) Sarana Pelayanan Kesehatan adalah Polindes, praktek bidan, Puskesmas, Puskesmas Perawatan/PONED, rumah bersalin, dan rumah sakit pemerintah/swasta.
- 7) Penanganan definitif adalah pemberian tindakan akhir pada setiap kasus komplikasi neonatal.

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Cakupan neonatal dengan komplikasi yang ditangani} = \frac{\text{Jumlah neonatus dengan komplikasi yang tertangani}}{15 \% \times \text{Jumlah Neonatus /Bayi Baru Lahir di wilayah kerja dalam waktu 1 tahun.}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

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

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Prosentase ( % ).

5) Contoh Perhitungan

Jumlah seluruh Neonatus /bayi baru lahir dengan komplikasi di Kecamatan A pada Tahun 2010 adalah 300 Neonatus. Jumlah perkiraan neonatus dengan komplikasi di Kecamatan A yang tertangani adalah 15 % x 300 =45 neonatus jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan standar 20 neonatus. Maka :

$$\begin{array}{l} \text{Persentase Cakupan} \\ \text{Neonatal Dengan} \\ \text{Komplikasi Yang} \\ \text{Tertangani} \end{array} = \frac{20}{15 \% \times 300} \times 100 \% = 44 \%$$

d. Sumber Data

- 1) Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS);
- 2) Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS);
- 3) Laporan pelaksanaan audit Maternal dan perinatal;
- 4) Kohort Bayi;
- 5) Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS – KIA).

e. Rujukan

- 1) Modul Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Tahun 2006;
- 2) Modul Manajemen Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) Tahun 2006;
- 3) Modul Manajemen Asfiksia Bayi Baru Lahir Tahun 2006;
- 4) Modul Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) Tahun 2006;

- 5) Modul Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) Tahun 2006;
- 6) Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) Tahun 2006;
- 7) Pedoman Pelaksanaan Program Imunisasi di Indonesia;
- 8) Pedoman Pelayanan Perinatal pada Rumah Sakit Umum (RSU) Kelas C dan Kelas D;
- 9) Pedoman Manajemen Masalah Bayi Baru Lahir Untuk Dokter, Bidan dan Perawat di Rumah Sakit Tahun 2004;
- 10) Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) Tahun 2004;
- 11) Pedoman pengembangan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) Tahun 2004;
- 12) Pedoman Teknis Audit Maternal-Perinatal di Daerah Tahun 2007;
- 13) Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar Berbasis HAM Dan Keadilan Gender Tahun 2004;
- 14) Pedoman manajemen Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif 24 Jam (PONEK 24 jam) di Daerah Tahun 2006;
- 15) Pedoman Sistem Rujukan Maternal Dan Neonatal di Rumah Sakit Daerah Tahun 2006.

f. Target

- 1) Target Tahun 2015 adalah 90 %;
- 2) Target per tahun :

Indikator Kinerja	T a r g e t ( % )				
	2011	2012	2013	2014	2015
Cakupan Neonatal Dengan Komplikasi Yang Ditangani	50	60	70	80	90

g. Langkah Kegiatan

- 1) Deteksi dini ibu hamil, ibu bersalin, dan ibu nifas 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 Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) bagi bidan, manajemen Asfiksia bayi baru lahir, Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) bagi Tim Puskesmas, Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) bagi Tim RSUD;
- 5) Pelaksanaan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK);
- 6) Pemantauan untuk asuhan tindak lanjut bagi neonatal yang dirujuk;
- 7) Pencatatan dan pelaporan;
- 8) Pemantauan pasca pelatihan dan evaluasi;
- 9) Pelaksanaan dan Pemantapan Audit Maternal Perinatal (AMP)
- 10) Rujukan pasien, tenaga medis, dan spesimen.

h. Sumber Daya Manusia

- 1) Tim Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif Rumah Sakit (Tim PONEK RS) terdiri dari 1 orang dr. Sp. OG, 1 orang dr. Sp.A, 1 orang dr. Umum, 3 orang bidan, dan 2 orang perawat;
- 2) Tim Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat (Tim PONEK Puskesmas) terdiri dari 1 orang dokter, 1 orang bidan, 1 orang perawat;
- 3) Dokter Umum;
- 4) Perawat;
- 5) Bidan.

6. Cakupan Kunjungan Bayi

a. Pengertian

- 1) Bayi adalah anak berumur 29 hari sampai dengan 11 bulan;
- 2) Cakupan kunjungan bayi adalah cakupan kunjungan bayi umur 29 hari – 11 bulan di sarana pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta (Polindes, Pustu, Puskesmas, rumah bersalin dan rumah sakit) maupun di rumah, Posyandu, tempat penitipan anak, panti asuhan dan sebagainya melalui kunjungan petugas;
- 3) Setiap bayi memperoleh pelayanan kesehatan minimal 4 (Empat) kali yaitu
  - a) 1 (Satu) kali pada umur 29 hari – 2 bulan;
  - b) 1 (Satu) kali pada umur 3-5 bulan;
  - c) 1 (Satu) kali pada umur 6-8 bulan,
  - d) 1 (Satu) 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 Air Susu Ibu Eksklusif, pemberian makanan pendamping air susu ibu sejak usia 6 bulan, perawatan dan tanda bahaya bayi sakit sesuai Modul Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), pemantauan pertumbuhan dan pemberian vitamin A kapsul biru pada usia 6 – 11 bulan;
- 6) Indikator ini mengukur kemampuan dan perkembangan manajemen program Kesehatan Ibu dan Anak (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, atau perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan, paling sedikit 7 (Tujuh) kali disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.



c. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Cakupan Kunjungan Bayi} = \frac{\text{Jumlah bayi memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar paling sedikit 7 kali disatu wilayah Kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh sasaran bayi disatu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

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

3) Penyebut

Seluruh sasaran bayi di satu wilayah kerja dalam kurun waktu sama

Catatan :

Jika tidak ada data sasaran bayi di satu wilayah kerja dalam kurun waktu sama, maka dapat digunakan angka estimasi jumlah sasaran bayi berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) atau perhitungan *Crude Birth Rate (CBR)* dikalikan jumlah penduduk.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase ( % ).

5) Contoh Perhitungan

Jumlah seluruh bayi lahir hidup di Desa A pada Tahun 2010 adalah 75 bayi. Jumlah bayi memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan standar sebanyak 4 kali oleh bidan di Desa A adalah 40 bayi.

$$\text{Persentase Cakupan kunjungan bayi} = \frac{40}{75} \times 100 \% = 53,33 \%$$

Rekapitulasi jumlah bayi yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan standar sebanyak 4 kali se-Kabupaten B adalah 5000 bayi. Jumlah penduduk Kabupaten B adalah 270.000 jiwa. *Crude Birth Rate (CBR)* adalah 2,3 %. Maka :

$$\text{Persentase Cakupan kunjungan bayi} = \frac{5.000}{2,3 \% \times 270.000} \times 100 \% = 80,52 \%$$

d. Sumber Data

- 1) Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS);
- 2) Kohort bayi;
- 3) Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) dan klinik;
- 4) Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS - KIA).

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 Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI);
- 7) Pedoman pemberian Vitamin A.

f. Target

- 1) Target Tahun 2015 adalah 95 %;
- 2) Target per tahun :

Indikator Kinerja	Target (%)				
	2011	2012	2013	2014	2015
Cakupan Kunjungan Bayi	93	94	95	95	95

g. Langkah Kegiatan

- 1) Peningkatan kompetensi klinis kesehatan bayi meliputi SDIDTK, stimulasi perkembangan bayi dan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS);
- 2) Pemantauan pasca pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dan Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (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. Sumber Daya Manusia

- 1) Dokter Sp. A;
- 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;
- 2) Desa adalah kesatuan masyarakat hukum yang memiliki kewenangan untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat berdasarkan asal usul dan adat istiadat setempat yang diakui dalam sistem pemerintahan nasional dan berada di bawah kabupaten;
- 3) *Universal Child Immunization (UCI)* adalah tercapainya imunisasi dasar lengkap pada bayi (0 – 11 bulan);

- 4) Imunisasi dasar lengkap pada bayi meliputi 1 (Satu) dosis BCG, 3 (Tiga) dosis DPT, 4 (Empat) dosis Polio, 4 (Empat) dosis Hepatitis B, 1 (Satu) dosis Campak;
- 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 Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah kegiatan imunisasi yang disesuaikan dengan situasi epidemiologis penyakit.

b. Definisi Operasional

Cakupan Desa/Kelurahan *Universal Child Immunization (UCI)* adalah desa/kelurahan dimana > 80 % dari jumlah bayi yang ada di desa/kelurahan tersebut sudah mendapat imunisasi dasar lengkap dalam waktu 1 (satu) tahun.

c. Cara Perhitungan

1) Rumus

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

2) Pembilang

Jumlah desa/kelurahan UCI di satu wilayah kerja pada waktu tertentu.

3) Penyebut

Seluruh desa/kelurahan di satu wilayah kerja dalam waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase ( % ).

5) Contoh Perhitungan

Jumlah desa/kelurahan UCI di Kabupaten/Kota X sebanyak 75 desa. Jumlah desa di Kabupaten/Kota X sebanyak 90 desa. Maka :

$$\frac{\text{Persentase Cakupan Desa/Kelurahan UCI}}{\text{Jumlah desa/kelurahan UCI}} = \frac{75}{90} \times 100 \% = 83,3 \%$$

Catatan : Kriteria UCI mengacu KEMENKES pada tahun yang bersangkutan.

d. Sumber Data

- 1) Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS)
- 2) Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS);
- 3) Klinik Bersalin.

e. Rujukan

- 1) Pedoman Operasional Program Imunisasi Tahun 2004;
- 2) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1611/MENKES/SK/XI/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi.

f. Target

- 1) Target Tahun 2015 adalah 100 %
- 2) Target per tahun :

Indikator Kinerja	Target (%)				
	2011	2012	2013	2014	2015
Cakupan Desa/Kelurahan UCI	100	100	100	100	100

g. Langkah Kegiatan

- 1) Imunisasi Rutin;
- 2) Imunisasi Tambahan meliputi *Backlog Fighting* dan *Crash Program*;
- 3) Imunisasi dalam Penanganan Keadaan Luar Biasa (*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. Sumber Daya Manusia

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

8. Cakupan Pelayanan Anak Balita

a. Pengertian

- 1) Anak balita adalah anak berumur 12 – 59 bulan;
- 2) Setiap anak umur 12 – 59 bulan memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan setiap bulan minimal 8 x dalam setahun dan perkembangan 2 kali setahun dan suplementasi Vit. A dosis tinggi 2 kali setahun yang tercatat di Kohort Anak Balita dan Pra Sekolah, Buku Kesehatan Ibu Anak (KIA), Kartu Menuju Sehat (KMS), atau buku pencatatan dan pelaporan lainnya;
- 3) Pemantauan pertumbuhan adalah pengukuran berat badan tertinggi/tinggi badan (BB/TB). Di tingkat masyarakat pemantauan pertumbuhan adalah pengukuran berat badan per umur (BB/U) setiap bulan di Posyandu, Taman Bermain, Pos PAUD, Taman Penitipan Anak dan Taman Kanak-Kanak, serta Raudatul Athfal dan lain-lain. Bila berat badan tidak naik dalam 2 (Dua) bulan berturut-turut atau berat badan anak balita di bawah garis merah harus dirujuk ke sarana pelayanan kesehatan untuk menentukan status gizinya dan upaya tindak lanjut;

- 4) Pemantauan perkembangan meliputi penilaian perkembangan gerak kasar, gerak halus, bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian, pemeriksaan daya dengar, daya lihat. Jika ada keluhan atau kecurigaan terhadap anak, dilakukan pemeriksaan untuk gangguan mental emosional, autisme serta gangguan pemusatan perhatian dan hiperaktifitas. Bila ditemukan penyimpangan atau gangguan perkembangan harus dilakukan rujukan kepada tenaga kesehatan yang lebih memiliki kompetensi;
- 5) Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan setiap anak usia 12 – 59 bulan dilaksanakan melalui pelayanan SDIDTK minimal 2 (Dua) kali pertahun setiap 6 (Enam) bulan dan tercatat pada Kohort Anak Balita dan Prasekolah atau pencatatan pelaporan lainnya. Pelayanan Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) dilaksanakan oleh tenaga kesehatan, ahli gizi, penyuluh kesehatan masyarakat dan petugas sektor lain yang dalam menjalankan tugasnya melakukan stimulasi dan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang anak;
- 6) Suplementasi Vitamin A dosis tinggi (200.000 IU) diberikan pada anak umur 12 – 59 bulan 2 (Dua) kali pertahun (bulan Februari dan Agustus);
- 7) Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program Kesehatan Ibu dan Anak (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 sesuai standar.

c. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Cakupan Pelayanan Anak Balita} = \frac{\text{Jumlah anak balita yang memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan sesuai standar di satu wilayah kerja pada waktu tertentu.}}{\text{Jumlah seluruh anak balita disatu wilayah kerja dalam waktu yang sama}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah anak balita (12 – 59 bulan) yang memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan sesuai standar di satu wilayah kerja pada waktu kurun tertentu.

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase ( % ).

5) Contoh Perhitungan

Jumlah anak balita di Kabupaten A Tahun 2003 adalah 6.000 orang. Jumlah anak balita yang memperoleh pelayanan kesehatan 3.000 orang. Maka

$$\begin{array}{l} \text{Persentase} \\ \text{Cakupan} \\ \text{Pelayanan} \\ \text{Anak Balita} \end{array} = \frac{3.000}{6.000} \times 100 \% = 50 \%$$

d. Sumber Data

- 1) Kohort balita dan Anak Pra Sekolah (APRAS);
- 2) Laporan rutin semua balita yang datang, mempunyai KMS, Ditimbang Naik Berat Badan (SKDN);
- 3) Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA);
- 4) Kartu Menuju Sehat (KMS);
- 5) Pencatatan pada Pos PAUD (Pemantauan Anak Usia Dini), Taman Bermain, Taman Penitipan Anak, Taman Kanak-kanak dll;
- 6) Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA).

e. Rujukan

- 1) Buku Standar Pemantauan Pertumbuhan;
- 2) Buku Pedoman pelaksanaan Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) Anak;
- 3) Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA);
- 4) Buku Pedoman Pemberian Vitamin A Bagi Petugas;
- 5) Buku Pedoman Pendampingan Keluarga;
- 6) Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) Tahun 2010.

f. Target

- 1) Target Tahun 2015 adalah 90 %;
- 2) Target per tahun :

Indikator Kinerja	Target (%)				
	2011	2012	2013	2014	2015
Cakupan Pelayanan Anak Balita	50	60	70	80	90

g. Langkah Kegiatan.

- 1) Pendataan sasaran anak usia 12 – 59 bulan;
- 2) Pemantauan pertumbuhan anak usia 12 – 59 bulan minimal 8 x dalam setahun;
- 3) Pemantauan perkembangan anak usia 12 – 59 bulan minimal tiap 6 bulan sekali;
- 4) Melakukan intervensi bila dijumpai gangguan pertumbuhan dan kelainan perkembangan;
- 5) Melakukan rujukan bila tidak ada perbaikan setelah dilakukan intervensi;



- 6) Penyediaan skrining Kit Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (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. Sumber Daya Manusia

- a. Dokter Sp. A;
- b. Dokter Umum;
- c. Bidan;
- d. Perawat;
- e. Ahli Gizi;
- f. Fisioterapis.

9. Cakupan Pemberian Makanan Pendamping ASI pada Anak Usia 6 – 24 Bulan Keluarga Miskin

a. Pengertian

Anak usia 6-24 bulan keluarga miskin adalah bayi usia 6-11 bulan dan anak usia 12-24 bulan dari keluarga miskin (GAKIN)

- 1) Kriteria dan keluarga miskin ditetapkan oleh pemerintah Daerah;
- 2) Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) lokal, pabrikan berupa bubuk instan untuk bayi usia 6-11 bulan dan biskuit untuk anak usia 12-24 bulan.

b. Definisi Operasional

Cakupan pemberian makanan pendamping Air Susu Ibu (ASI) pada anak usia 6-24 bulan keluarga miskin adalah pemberian makanan pendamping Air Susu Ibu (ASI) pada anak usia 6-24 bulan dari keluarga miskin selama 90 hari.

c. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Cakupan Pemberian Makanan pendamping ASI} = \frac{\text{Jumlah anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin yang mendapat Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI)}}{\text{Jumlah seluruh anak usia 6 – 24 bulan keluarga miskin}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah anak usia 6-24 bulan dari Gakin yang mendapat Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah seluruh anak usia 6-24 bulan dari keluarga miskin 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 makanan pendamping Air Susu Ibu (ASI) di Kabupaten A dalam kurun waktu 1 (satu) tahun adalah 5.000 anak. Jumlah seluruh anak usia 6-24 bulan keluarga miskin di Kabupaten A adalah 5.500 anak. Maka :

$$\begin{array}{l} \text{Persentase Cakupan} \\ \text{Pemberian Makanan} \\ \text{Pendamping ASI} \end{array} = \frac{5.000}{5.500} \times 100 \% = 91 \%$$

d. Sumber Data

- 1) Laporan khusus Makanan Pendamping-ASI (MP-ASI);
- 2) R - I gizi;
- 3) LB 3-SIMPUS.

e. Rujukan

Pedoman pengelolaan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) untuk anak usia 6-24 bulan.

f. Target

- 1) Target Tahun 2015 adalah 100 %;
- 2) Target per tahun :

Indikator Kinerja	Target ( % )				
	2011	2012	2013	2014	2015
Cakupan Pemberian Makanan Pendamping ASI Pada Anak Usia 6-24 Bulan Keluarga Miskin	100	100	100	100	100

g. Langkah Kegiatan

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

h. Sumber Daya Manusia

Nutrisionis/Tenaga kesehatan terlatih gizi.

## 10. Cakupan Balita Gizi Buruk Mendapat Perawatan

### a. Pengertian

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

### b. Definisi Operasional

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

### c. Cara Perhitungan

#### 1) Rumus

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

#### 2) Pembilang

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

#### 3) Penyebut

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

#### 4) Ukuran/Konstanta

Persentase ( % ).

#### 5) Contoh Perhitungan

Jumlah balita gizi buruk yang mendapat perawatan di sarana kesehatan di Kabupaten A dalam kurun waktu 1 (satu) tahun adalah 16 balita. Jumlah seluruh balita gizi buruk yang ditemukan di Kabupaten A adalah 20 balita. Maka :

$$\begin{array}{l} \text{Persentase Cakupan} \\ \text{Balita Gizi Buruk} \\ \text{Yang Mendapat} \\ \text{Perawatan} \end{array} = \frac{16}{20} \times 100 \% = 80 \%$$

d. Sumber Data

- 1) Register (R-1/gizi);
- 2) Laporan Bulanan 3-Sistem Informasi Manajemen Puskesmas;
- 3) Sistem Informasi Rumah Sakit;
- 4) W-1 (laporan wabah Keadaan Luar Biasa (KLB));
- 5) Laporan Keadaan Luar Biasa (KLB) gizi buruk Puskesmas; dan/atau
- 6) Rumah Sakit.

e. Rujukan

- 1) Pedoman Tata Laksana Kurang Energi Protein (KEP) pada Anak di Rumah Sakit Kab/Kota Tahun 1998;
- 2) Pedoman Tatalaksana KEP pada Anak di Puskesmas dan Rumah Tangga Tahun 1998;
- 3) Buku Bagan Tata Laksana Anak Gizi Buruk Tahun 2007;
- 4) Petunjuk Teknis Tata Laksana Anak Gizi Buruk Tahun 2007;
- 5) Panduan Pelatihan Tata Laksana Anak Gizi Buruk Tahun 2007;
- 6) Pedoman Dan Pelayanan Gizi Rumah Sakit Tahun 2007;
- 7) Pedoman Penyelenggaraan Pelatihan Tata Laksana Gizi Buruk Bagi Tenaga Kesehatan Tahun 2007;
- 8) Modul Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS);

f. Target

- 1) Target Tahun 2015 adalah 100 %
- 2) Target per tahun :

Indikator Kinerja	Target (%)				
	2011	2012	2013	2014	2015
Cakupan Balita Gizi Buruk Mendapat Perawatan	100	100	100	100	100

g. Langkah Kegiatan

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

h. Sumber Daya Manusia

Tim asuhan gizi (Dokter, Nutrisiionis, Bidan, Perawat).

11. Cakupan Penjaringan Kesehatan Siswa Sekolah Dasar dan Setingkat

a. Pengertian

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

b. Definisi Operasional

Cakupan penjaringan kesehatan murid kelas 1 baru Sekolah Dasar dan setingkat adalah cakupan siswa Sekolah Dasar dan setingkat yang diperiksa kesehatannya oleh tenaga kesehatan dan atau guru dan dokter kecil di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Cakupan Penjaringan Kesehatan Siswa Sekolah Dasar dan Setingkat} = \frac{\text{Jumlah murid kelas 1 baru Sekolah Dasar dan setingkat yang diperiksa kesehatannya oleh tenaga kesehatan dan atau guru, dokter kecil di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah murid kelas 1 baru Sekolah Dasar dan setingkat di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama.}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah murid kelas 1 baru Sekolah Dasar dan setingkat yang diperiksa kesehatannya melalui penjangkaran kesehatan oleh tenaga kesehatan dan atau guru, dokter kecil disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah murid kelas 1 baru Sekolah Dasar 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 Sekolah Dasar (SD) dan setingkat yang diperiksa kesehatannya melalui penjangkaran kesehatan 9.000 orang. Maka :

$$\begin{array}{l} \text{Persentase Cakupan} \\ \text{Penjangkaran} \\ \text{Kesehatan Siswa} \\ \text{Sekolah Dasar (SD)} \\ \text{dan Setingkat} \end{array} = \frac{9.000}{12.000} \times 100 \% = 75 \%$$

d. Sumber Data

- 1) Catatan dan pelaporan hasil penjangkaran kesehatan (laporan kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah, sumber data diperbaiki, data akan masuk ke Puskesmas melalui tenaga kesehatan);
- 2) Data Dinas Pendidikan atau Badan Pusat Statistik (BPS) setempat.

e. Rujukan

- 1) Buku Pedoman Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) untuk Sekolah Dasar Tahun 2006;
- 2) Buku Pedoman Penjangkaran Kesehatan Tahun 2001;
- 3) Buku Pedoman Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) murid Sekolah Dasar Tahun 2006.

f. Target

- 1) Target Tahun 2015 adalah 100 %;
- 2) Target per tahun :

Indikator Kinerja	Target ( % )				
	2011	2012	2013	2014	2015
Cakupan Penjangkaran Kesehatan Siswa Sekolah Dasar dan Setingkat	100	100	100	100	100



- g. Langkah Kegiatan
  - 1) Pendataan;
  - 2) Pengadaan dan pemeliharaan Usaha Kesehatan Sekolah Kit, Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) Kit;
  - 3) Pelatihan Petugas, guru Usaha Kesehatan Sekolah/Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) dan dokter kecil;
  - 4) Penjangkaran Kesehatan;
  - 5) Pelayanan Kesehatan;
  - 6) Pencatatan dan Pelaporan.

h. Sumber Daya Manusia

- 1) Dokter Umum;
- 2) Dokter Gigi;
- 3) Perawat.
- 4) Bidan.
- 5) Perawat gigi
- 6) Guru.
- 7) Dokter kecil.

12. Cakupan Peserta Keluarga Berencana Aktif

a. Pengertian

- 1) Peserta Keluarga Berencana baru dan lama yang masih aktif memakai alkon terus menerus hingga saat ini. Dihitung satu kali dalam satu tahun kalender;
- 2) Peserta Keluarga Berencana aktif adalah Pasangan Usia Subur yang salah satu pasangannya masih menggunakan alat kontrasepsi dan terlindungi oleh alat kontrasepsi tersebut;
- 3) Angka Cakupan Peserta Keluarga Berencana aktif menunjukkan Tingkat pemanfaatan kontrasepsi di antara para Pasangan Usia Subur (PUS).

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Cakupan Peserta Keluarga Berencana Aktif} = \frac{\text{Jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) yang menggunakan kontrasepsi di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Seluruh Pasangan Usia Subur di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama.}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah Pasangan Usia Subur yang menggunakan kontrasepsi di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

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

- 4) Ukuran/Konstanta  
Persentase ( % ).
- 5) Contoh Perhitungan  
Jumlah Pasangan Usia Subur yang menggunakan  
kontrasepsi di Kabupaten A = 12.000 Pasangan Usia Subur.  
Jumlah PUS di Kabupaten A = 15.000 Pasangan Usia Subur.  
Maka :

$$\begin{array}{l} \text{Persentase} \\ \text{Cakupan Peserta} \\ \text{Keluarga} \\ \text{Berencana Aktif} \end{array} = \frac{12.000}{15.000} \times 100 \% = 80 \%$$

d. Sumber Data

- 1) Sistem Informasi Manajemen Puskesmas;
- 2) Sistem Informasi Rumah Sakit;
- 3) Formulir 2 Keluarga Berencana;
- 4) Laporan Bulanan (LB 3 )Usila;
- 5) Register Kohor Keluarga Berencana.

e. Rujukan

- 1) Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi (BP3K) Tahun 2007
- 2) Panduan Baku Klinis Program Pelayanan Keluarga Berencana;
- 3) Pedoman Penanggulangan Efek Samping/Komplikasi Kontrasepsi;
- 4) Pedoman Pelayanan Kontrasepsi Darurat Tahun 2004;
- 5) Penyeliaan Fasilitatif Pelayanan Keluarga Berencana Tahun 2007;
- 6) Instrumen Kajian Mandiri Pelayanan Keluarga Berencana Tahun 2007;
- 7) Panduan Audit Medik Pelayanan Keluarga Berencana Tahun 2004;
- 8) Analisis Situasi & Bimbingan Teknis Pengelolaan Pelayanan Keluarga Berencana Tahun 2007;
- 9) Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu Tahun 2002.

f. Target

- 1) Tahun 2015 adalah 80,5 %;
- 2) Target per tahun :

Indikator Kinerja	T a r g e t ( % )				
	2011	2012	2013	2014	2015
Cakupan Peserta Keluarga Berencana Aktif	80,1	80,2	80,3	80,4	80,5

g. Langkah Kegiatan.

- 1) Pendataan Sasaran Pasangan Usia Subur;
- 2) Konseling Keluarga Berencana untuk Pasangan Usia Subur;
- 3) Pelayanan Kontrasepsi sesuai standar;

- 4) Pengadaan Alat dan Obat Kontrasepsi (Alokon);
- 5) Pelatihan Klinis Pelayanan Kontrasepsi Terkini/ *Contraceptive Technical Update*;
- 6) Pelatihan Peningkatan Kinerja Pelayanan Keluarga Berencana;
- 7) Pelatihan Penggunaan Alat Bantu Pengambilan Keputusan (ABPK) Ber – Keluarga Berencana;
- 8) Penguatan Sistem informasi pelayanan Keluarga Berencana;
- 9) Supervisi, Monitoring dan Evaluasi.

h. Sumber Daya Manusia

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

13. Cakupan Penemuan dan Penanganan Penderita Penyakit

a. Cakupan *Accute Flacid Paralysis* (AFP) Rate Per 100.000 Penduduk < 15 tahun

1) Pengertian

- a) Kasus *Accute Flacid Paralysis* (AFP) adalah semua anak berusia kurang dari 15 tahun dengan kelumpuhan yang sifatnya *flacid* (layuh) terjadi secara akut (mendadak) dan bukan disebabkan oleh rudapaksa;
- b) Kasus *Accute Flacid Paralysis* (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 *Accute Flacid Paralysis* (AFP) non polio dengan kriteria tertentu.

2) Definisi Operasional

Jumlah kasus *Accute Flacid Paralysis* (AFP) Non Polio yang ditemukan dan dilaporkan  $\geq 2$  diantara 100.000 penduduk < 15 tahun pertahun di satu wilayah kerja tertentu.

3) Cara Perhitungan

a) Rumus

$$\text{Cakupan Non Polio } \textit{Accute Flacid Paralysis} \text{ (AFP) rate per Penduduk} = \frac{\text{Jumlah kasus } \textit{Accute Flacid Paralysis} \text{ (AFP) Non Polio yang dilaporkan}}{\text{Jumlah Penduduk < 15 tahun}} \times 100 \%$$

b) Pembilang

Jumlah kasus *Accute Flacid Paralysis* (AFP) non polio pada penduduk < 15 tahun di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c) Penyebut

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

d) Ukuran Konstanta

Proporsi per 100.000 penduduk.

e) Contoh Perhitungan :

Jumlah penduduk < 15 tahun di Kabupaten A pada Tahun 2005 sebanyak 598.000 jiwa, berarti target yang harus dicapai dalam 1 tahun adalah 11 kasus. Selama tahun 2005 telah ditemukan 18 kasus *Accute Flacid Paralysis* (AFP) dan hasil labnya tidak ditemukan virus polio. Maka

Persentase Cakupan

Non Polio *Accute*

*Flacid Paralysis*

(AFP) Rate per

Penduduk

$$= \frac{18}{598.000} \times 100 \% = 3,01 \%$$

4) Sumber Data

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

5) Rujukan

- a) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 483/MENKES/SK/IV/2007 tentang Pedoman Surveilans Akut *Flacid Paralysis*;
- b) Modul Pelatihan.

6) Target

- a) Target Tahun 2015 adalah 100 %
- b) Target per tahun :

Indikator Kinerja	T a r g e t ( % ) / 100.000				
	2011	2012	2013	2014	2015
Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk < 15 tahun	100	100	100	100	100

7) Langkah Kegiatan

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

8) Sumber Daya Manusia

- a) Dokter Spesialis;
- b) Dokter Umum;
- c) Epidemiolog Kesehatan;
- d) Perawat;
- e) Bidan;
- f) Analis 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 umur < 2 bulan dan umur 2 bulan sampai dengan 5 tahun.

- 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 pneumoniakatan terpadu manajemen balita sakit (MTBS) klasifikasi pada kelompok umur kurang 2 bulan adalah infeksi bakteri sistemik dan infeksi bakteri lokal
- Klasifikasi pneumonia berat didasarkan pada adanya batuk dan/atau kesukaran bernafas disertai tarikan dinding dada bagian bawah kedalam (TDDK) pada usia 2 bulan -<5 tahun. Untuk kelompok umur <2 bulan klasifikasi pneumonia berat di tandai dengan TDDK kuat atau adanya napas cepat lebih atau sama dengan 60 x per menit.
- Klasifikasi pneumonia didasarkan pada adanya batuk dan atau kesukaran bernafas disertai adanya napas cepat. Batas napas cepat pada anak usia 2 bulan -<1 tahun adalah 50 kali per menit untuk anak usia 1-<5 tahun.
- Klasifikasi batuk bukan pneumonia mencakup kelompok penderita balita dengan batuk yang tidak menunjukkan gejala peningkatan frekuensi napas dan tidak menunjukkan adanya tarikan dinding dada bagian bawah kedalam. Dengan demikian klasifikasi batuk bukan pneumonia mencakup penyakit-penyakit ISPA lain di luar pneumonia seperti batuk pilek (common cold, pharyngitis, tonsillitis, otitis)
- Diberikan tatalaksana adalah diberikan pelayanan sesuai klasifikasinya, untuk pneumonia diberikan antibiotika dan pneumonia berat di rujuk ke sarana kesehatan yang lebih memadai.
- Sarana kesehatan adalah semua sarana kesehatan, baik pemerintah maupun swasta.
- Jumlah perkiraan penderita pneumonia balita adalah 10% dari jumlah balita di satu wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun.

### 2) Definisi Operasional

Persentase balita dengan Pneumonia yang di temukan dan di berikan tatalaksana sesuai standar di sasaran kesehatan di suatu wilayah dalam waktu satu tahun .

### 3) Cara Perhitungan

#### a) Rumus

$$\text{Cakupan Balita dengan pneumonia yang ditangani} = \frac{\text{Jumlah penderita pneumonia balita yang ditangani di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun}}{\text{Perkiraan penderita pneumonia balita di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama}} \times 100 \%$$

#### b) Pembilang

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

#### c) Penyebut

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

#### d) Ukuran Konstanta

Persentase. (%)

#### e) Contoh Perhitungan :

Jumlah penduduk di wilayah puskesmas X sebesar 30.000 jiwa, jumlah balita di puskesmas X adalah 3000 balita, perkiraan jumlah penderita pneumonia balita tahun 2010 di puskesmas X adalah 10 % dari jumlah balita maka:

Jumlah perkiraan penderita pneumonia =  $10\% \times 3000$   
balita = 300 balita

Jumlah penderita pneumonia yang ditangani di puskesmas X tahun 2010 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) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1537A/MENKES/SK/XII/2002 tentang pedoman pemberantasan penyakit infeksi saluran pernafasan akut untuk penanggulangan pneumonia pada balita

b) Buku tata laksana pneumonia pada balita;

c) Pedoman MTBS.

### 6) Target

Target Tahun 2015 adalah 100 %

Target per tahun :

Indikator Kinerja	T a r g e t (%)				
	2011	2012	2013	2014	2015
Cakupan balita dengan pneumonia yang ditangani	100	100	100	100	100



## 7) Langkah Kegiatan

### a) Pelayanan penderita

- Diteksi 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;

### d) Pelatihan peningkatan manajemen program ISPA;

### e) Pelatihan MTBS;

### f) Pelatihan Autopsi Verbal Balita;

### g) Pelatihan tatalaksana ke sarana kesehatan;

### h) Pertemuan evaluasi;

### i) Pencatatan dan pelaporan.

## 8. Sumber Daya Manusia

### a) Dokter Spesialis Anak;

### b) Dokter Umum;

### c) Bidan;

### d) Perawat.

## c. Penemuan dan Penanganan Pasien Baru TB BTA Positif

### 1. Pengetian

- a) Penemuan pasien baru TB BTA positif adalah penemuan pasien TB melalui pemeriksaan dahak sewaktu pagi dan sewaktu (SPS) dan di obati di unit pelayanan kesehatan dalam suatu wilayah kerja pada waktu tertentu.
- b) Pasien baru adalah pasien belum pernah di obati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari 1 bulan (30 dosis) harian.
- c) Pasien diobati adalah pemberian pengobatan pada pasien baru TB BTA positif dengan OAT selama 6 bulan.

### 2. Definisi Operasional

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

### 3. Cara Perhitungan

#### a) Rumus

$$\text{Presentase penemuan dan penanganan pasien baru TB BTA positif} = \frac{\text{Jumlah pasien baru TB BTA positif yang ditemukan dan di obati dalam satu wilayah selama satu tahun}}{\text{Jumlah perkiraan pasien baru TB BTA positif dalam satu wilayah dalam waktu satu tahun}} \times 100 \%$$

#### b) Pembilang

Jumlah pasien baru TB BTA positif yang di temukan dan diobati dalam satu wilayah selama satu tahun.

c) Penyebut

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

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

d) Ukuran/konstanta

Prosentase (%)

e) Contoh Perhitungan :

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

4. Sumber data

- a) Pelaporan TB;
- b) Form. 07, 08, dan 11.

5. Rujukan

Pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis.

6. Target : 100%

Target Tahun 2015 adalah 100 %

Target per tahun :

Indikator Kinerja	T a r g e t (%)				
	2011	2012	2013	2014	2015
Cakupan penemuan dan penanganan BTA positif	100	100	100	100	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. Sumber daya manusia

a) Dokter Spesialis (Anak, paru, kebidanan, penyakit dalam);

b) Dokter Umum;

c) Perawat;

d) Bidan;

e) Epidemiologi;

f) Analis kesehatan;

g) Radiografer.

d. Penderita Demam Berdarah 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 Torniquat positif);
- Disertai /tanpa pembesaran hati (hepatomegali);
- Trombositopenia ( Trombosit lebih kurang 100.000/ul);
- Peningkatan hematokrit lebih kurang 20%.

b) Penderita DBD ditangani sesuai standar/SOP adalah{

- Penderita DBD didiagnosis dan diobati/dirawat sesuai standar;
- Ditindaklanjuti dengan penanggulangan fokus (PF) terdiri dari penyelidikan Epidemiologi(PE) dan penanggulangan lain;
- Penyelidikan Epidemiologi adalah kegiatan pencarian penderita DBD atau tersangka DBD dan pemeriksaan jentik nyamuk penularan DBD disekitar tempat tinggal penderita termasuk tempat- tempat umum dalam radius sekurang-kurangnya 100 m;
- Diagnosis DBD sesuai standar.
- Pengobatan/perawatan penderita DBD sesuai standar

c) Penderita penyakit DBD adalah:

Penderita penyakit yang sekurang-kurangnya memenuhi kriteria klinis dan kriteria laboratorium dibawah ini:

- Panas mendadak berlangsung terus menerus selama 2-7;
- hari tanpa sebab yang jelas;
- Tanda tanda perdarahan ( sekurang kurangnya uji Torniquat positif);
- Pembesaran hati (hepatomegali);
- Syok;

Kriteria laboratorium

- Trombositopenia ( Trombosit  $\leq$  100.000/ul);
- Peningkatan hematokrit  $\leq$  20%;
- Penderita menunjukkan hasil positif pada pemeriksaan HL test Atau positif pada pemeriksaan anti body dengue *rapid diagnostic test* (RDT)/ELISA;

d) Pelayanan DBD di tingkat Puskesmas adalah kegiatan yang meliputi:

- Anamnesis;
- Pemeriksaan fisik observasi tanda vital,kulit, konjungtiva, penekanan ulu hati akibat perdarahan lambung perabaan hati;
- Uji Torniquet;
- Pemeriksaan laboratorium trombosit dan hematokrit;
- Pemberian pengobatan simptomatis;
- Merujuk penderita ke rumah sakit;
- Melakukan pencatatan pelaporan (formulir 50) dikirim ke DKK.

- c) Pelayanan DBD di rumah sakit kegiatannya meliputi:
- Pemeriksaan Fisik observasi tanda vital, kulit, konjungtiva, penekanan ulu hati akibat perdarahan lambung perabaan hati;
  - Uji Torniquet;
  - Pemeriksaan laboratorium trombosit dan hematokrit;
  - Memberi perawatan;
  - Melakukan pencatatan dan pelaporan (Formulir KDRS) dikirim ke Dinas Kesehatan Kabupaten tembusan ke puskesmas.

## 2. Definisi Operasional

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

## 3. Cara Perhitungan/Rumus

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

### a. Pembilang

Jumlah penderita DBD yang ditangani sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP) di suatu wilayah dalam kurun waktu satu tahun.

### b. Penyebut

Jumlah penderita DBD yang ditemukan wilayah dalam waktu satu tahun yang sama.

### c. Ukuran/konstanta

Persentase (%)

### d. Contoh Perhitungan :

Pada tahun 2010 di Kabupaten P dilaporkan ada 100 penderita yang didiagnosis klinis DBD, 80 diantaranya ditangani sesuai SOP didiagnosa diobati, dirawat sesuai standar dan ditindak lanjuti dengan penanggulangan fokus jadi persentase penderita DBD yang ditangani di Kabupaten P tahun 2010 adalah  $80/100 \times 100\% = 80\%$ .

## 4. Sumber data

SIMPUS, SIRS, KDRS, KD DBD.

## 5. Rujukan

Buku Pencegahan dan pemberantasan Demam Berdarah Dengue di Indonesia Tahun 2005.

6. Target

Target Tahun 2015 adalah 100 %

Target per tahun :

Indikator Kinerja	T a r g e t (%)				
	2011	2012	2013	2014	2015
Cakupan penemuan dan penanganan penderita DBD	100	100	100	100	100

7. Langkah kegiatan

- a. Penegakkan diagnosis, pengobatan, rujuk penderita di tingkat puskesmas atau RS;
- b. Pelatihan SDM;
- b. c. Penanggulangan Kasus oleh puskesmas;
- c. d. Penyelidikan epidemiologi;
- d. Pencatatan pelaporan;
- e. Monitoring dan evaluasi.

8. SDM

- a. Dokter Spesialis dalam, anak, anestesi, 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 bisa berupa air saja frekuensi lebih sering dari biasanya
- b. Sarana kesehatan adalah semua sarana pelayanan kesehatan baik pemerintah, swasta (puskesmas, pustu, RS, balai pengobatan, praktik dokter)
- c. Angka kesakitan adalah angka kesakitan nasional hasil survai 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. Definisi Operasional

Penemuan penderita diare adalah jumlah penderita yang datang dan dilayani di sarana kesehatan dan kader di satu wilayah kerja tertentu dalam waktu satu tahun

### 3. Cara Perhitungan

#### a. Rumus

$$\text{Penderita diare yang ditangani} = \frac{\text{Jumlah Penderita Diare yang datang dan dilayani di sarana kesehatan dan kader di satu wilayah tertentu dalam waktu satu tahun}}{\text{Jumlah Perkiraan penderita diare pada satu wilayah tertentu dalam waktu yang sama (10 \% dari angka kesakitan diare x jumlah penduduk)}} \times 100 \%$$

#### b. Pembilang

Jumlah kunjungan 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 waktu yang sama catatan : 10% dari angka kesakitan diare x jumlah penduduk

#### d. Ukuran konstanta

Persentase (%)

#### e. Contoh perhitungan

Apabila jumlah penduduk suatu wilayah 30.000 r 1000 jiwa, angka kesakitan diare pada tahun 2010 sebesar 403 per 1000 penduduk, maka perkiraan jumlah penderita diare semua umur adalah  $30000 \times 423/1000 = 12690$  penderita.

Perkiraan cakupan pelayanan di sarana kesehatan dan kader 10 % adalah  $10 \% \times 12.690 \text{ penderita} = 1269 \text{ penderita}$

Misal penderita diare sesuai standar = 800 penderita maka penderita diare yang ditangani  $(800/1269 \times 100 \%) = 63$ .

### 4. Sumber Data

Catatan kader/register penderita/LB1/Laporan bulanan klinik.

### 5. Rujukan

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1216/MENKES/SK/XI/2001 pada tanggal 16 Nopember 2001 tentang pedoman pemberantasan Penyakit Diare.

### 6. Target

Target Tahun 2015 adalah 100 %

Target per tahun :

Indikator Kinerja	T a r g e t (%)				
	2011	2012	2013	2014	2015
Cakupan penemuan penderita Diare	100	100	100	100	100

7. Langkah kegiatan
  - a) Tatalaksana khusus;
  - b) Penyediaan formulir R/R;
  - c) Pengumpulan pengolahan analisa data;
  - d) Pelatihan petugas { penata laksana kasus, Manajemen program};
  - e) Promosi/penyuluhan;
  - f) Jejaring kerja /kemitraan;
  - g) Pertemuan dan evaluasi.

8. SDM
  - a) Dokter Sp.A;
  - b) Dokter Sp.PD;
  - c) Dokter umum;
  - d) Bidan;
  - e) Perawat;
  - f) Epidemiolog;
  - g) Sanitarian.

#### 14. Cakupan Pelayanan Kesehatan Dasar Pasien Masyarakat Miskin

##### a. Pengertian

- 1) Rawat jalan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi diagnosa pengobatan rehabilitasi medik tanpa tinggal di ruang rawat inap di sarana kesehatan strata pertama.
- 2) Rawat Inap Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi diagnosa pengobatan rehabilitasi medik tinggal di ruang rawat inap di sarana kesehatan strata pertama.
- 3) Cakupan rawat jalan adalah jumlah kunjungan kasus (baru dan lama) rawat jalan di sarana kesehatan strata pertama.
  - a. Kunjungan pasien baru adalah seseorang yang baru berkunjung ke sarana kesehatan dengan kasus penyakit baru;
  - b. Sarana kesehatan strata pertama adalah tempat pelayanan kesehatan meliputi antara lain : puskesmas, balai pengobatan pemerintah dan swasta, praktek bersama dan perorangan;
  - c. Masyarakat miskin adalah masyarakat miskin peserta jamkesmas.

##### b. Definisi Operasional

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

##### c. Cara Perhitungan / Rumus

###### a. Rumus

$$\text{Cakupan pelayanan kesehatan dasar miskin} = \frac{\text{Jumlah kunjungan pasien miskin di satker strata I}}{\text{Jumlah seluruh miskin di kab}} \times 100 \%$$



b. Pembilang

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

c. Penyebut

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

d. Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

e. Contoh perhitungan

Jumlah pasien rawat jalan dan rawat inap maskin yang mendapatkan 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.

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 Tahun 2015 adalah 80 %

Target per tahun :

Indikator Kinerja	T a r g e t (%)				
	2011	2012	2013	2014	2015
Cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin	75	76	77	78	80

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

- a. Dokter Umum;
- b. Perawat;
- c. Bidan;
- d. Tenaga kesehatan lainnya.

## II. 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 2 dan strata 3 pemerintah dan swasta, yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap;
- 2) Rawat Jalan Tingkat Lanjut adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi diagnosa pengobatan rehabilitasi medik tanpa tinggal di ruang rawat inap di sarana kesehatan strata 2 dan strata 3 Pemerintah dan Swasta;
- 3) Sarana Kesehatan strata 2 dan strata 3 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 masyarakat miskin adalah jumlah rujukan pasien masyarakat miskin di sarana kesehatan strata dua dan strata tiga pada kurun waktu tertentu (lama dan baru).

#### c. Cara Perhitungan

##### 1) Rumus

$$\text{Cakupan Rujukan masyarakat miskin} = \frac{\text{Jumlah pasien rujukan masyarakat miskin di sarana kesehatan strata 2 dan strata 3}}{1,5 \% \times \text{jumlah masyarakat miskin}} \times 100 \%$$

##### 2) Pembilang

Jumlah pasien rujukan masyarakat miskin di sarana kesehatan strata 2 dan strata 3 selama 1 tahun (lama dan baru).

##### 3) Penyebut

Angka rujukan 1,5 % x jumlah masyarakat miskin di wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama.

##### 4) Ukuran/Konstanta

Persentase ( % ).

##### 5) Contoh Perhitungan

Jumlah pasien masyarakat miskin rujukan yang mendapat perawatan di RS di Kabupaten A = 1.000 orang.

Jumlah seluruh masyarakat miskin di Kabupaten A = 150.000 orang dan diperkirakan angka rujukan 1,5 %. Maka:

$$\begin{array}{l} \text{Persentase} \\ \text{Cakupan Rujukan Masyarakat Miskin} \end{array} = \frac{1000}{1,5 \times 150.000} \times 100 \% = 4,44 \%$$

d. Sumber Data

- 1) SP2RS/Sistem Informasi Rumah Sakit;
- 2) Laporan DKK;
- 3) Sistem Kesehatan Nasional (SKN).

e. Rujukan

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

f. Target

- 1) Target Tahun 2015 adalah 100 %;
- 2) Target per tahun :

Indikator Kinerja	Target (%)				
	2011	2012	2013	2014	2015
Cakupan Pelayanan Kesehatan Rujukan Pasien Masyarakat Miskin	100	100	100	100	100

g. Langkah Kegiatan

- 1) Pendataan penduduk, sarana kesehatan dan kunjungan ke sarana kesehatan;
- 2) Jenis pelayanan lanjutan/rujukan masyarakat miskin;
- 3) Penyuluhan;
- 4) Pelatihan Sumber Daya Manusia;
- 5) Pencatatan dan pelaporan;
- 6) Monitoring dan evaluasi.

h. Sumber Daya Manusia

- a) Dokter Spesialis;
- b) Dokter Umum;
- c) Perawat;
- d) Tenaga kesehatan lainnya.

2. Cakupan Pelayanan Gawat Darurat Level 1 Yang Harus Diberikan Sarana Kesehatan (Rumah Sakit) Di Daerah

a. Pengertian

Pelayanan Gawat darurat level 1 adalah pelayanan gawat darurat di RS yang memiliki Dokter Umum on site 24 jam dengan kualifikasi GELS dan/atau ATLS + ACLS, serta memiliki alat transportasi dan komunikasi.

- 1) On site adalah berada di tempat;
- 2) GELS adalah *General Emergency Life Support*;
- 3) ATLS adalah *Advance Trauma Life Support*;
- 4) ACLS adalah *Advance Cardiac Life Support*.

b. Definisi Operasional

Pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan (Rumah Sakit) di Daerah.

c. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Cakupan Pelayanan Gawat Darurat Level 1} = \frac{\text{Jumlah Rumah Sakit yang mampu memberikan pelayanan gawat darurat level 1}}{\text{Jumlah Rumah Sakit di Daerah}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah Rumah Sakit yang mampu memberikan pelayanan gawat darurat level 1.

3) Penyebut

Jumlah Rumah Sakit di Daerah.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase ( % ).

5) Contoh Perhitungan

Jumlah sarana kesehatan (Rumah Sakit) adalah 3 (Tiga) sarana kesehatan. Jumlah sarana kesehatan yang mempunyai pelayanan gawat darurat 2 (Dua) sarana kesehatan. Maka :

$$\begin{array}{l} \text{Persentase} \\ \text{Cakupan} \\ \text{Pelayanan Gawat} \\ \text{Darurat Level 1} \end{array} = \frac{2}{3} \times 100 \% = 66 \%$$

d. Sumber Data

- 1) Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS); dan
- 2) DKK.

e. Rujukan

- 1) Evaluasi tahunan;
- 2) Standar Pelayanan Gawat – darurat Rumah Sakit (2007) – Surat Keputusan Menteri Kesehatan (SK Menkes Tahun 2007);
- 3) Pedoman Penyusunan Disaster Plan Rumah Sakit – SK Menkes Tahun 2007.

f. Target

- 1) Target Tahun 2015 adalah 100 %
- 2) Target per tahun :

Indikator Kinerja	Target ( % )				
	2011	2012	2013	2014	2015
Pelayanan Gawat Darurat Level 1	100	100	100	100	100

- g. Langkah Kegiatan
  - 1) Standarisasi pelayanan gawat-darurat di Kabupaten dan Provinsi;
  - 2) Penyusunan *Disaster Plan*;
  - 3) Penghitungan biaya pelayanan pasien gawat-darurat (menurut *service cost*);
  - 4) Pencarian sumber biaya (Askes – Jasa Raharja – Jamsostek – Badan Penanggulangan Bencana Pusat/Daerah – APBN – APBD – Bappenas);
  - 5) Pencatatan;
  - 6) Diklat.
- h. Sumber Daya Manusia  
Tim Gawat Darurat (Dokter Umum dan Perawat).

### III. PENYELIDIKAN EPIDEMIOLOGI DAN PENANGGULANGAN KEJADIAN LUAR BIASA (KLB)

- 1. Cakupan Desa/Kelurahan Mengalami Kejadian Luar Biasa (KLB) Yang Dilakukan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) Dan Penyelidikan Epidemiologi < 24 Jam
  - a. Pengertian
    - 1) Desa/Kelurahan mengalami Kejadian Luar Biasa (KLB) bila terjadi peningkatan kesakitan atau kematian penyakit potensial Kejadian Luar Biasa (KLB), penyakit karantina atau keracunan makanan;
    - 2) Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan dan atau kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu desa/kelurahan dalam waktu tertentu;
      - a) Ditangani adalah mencakup penyelidikan dan penanggulangan KLB;
      - b) Pengertian kurang dari 24 jam adalah sejak laporan W1 diterima sampai penyelidikan dilakukan dengan catatan selain formulir W1 dapat juga berupa fax atau telepon.
    - 3) Penyelidikan Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah rangkaian kegiatan berdasarkan cara-cara epidemiologi untuk memastikan adanya suatu Kejadian Luar Biasa (KLB), mengetahui gambaran penyebaran Kejadian Luar Biasa (KLB) dan mengetahui sumber dan cara-cara penanggulangannya;
    - 4) Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah Upaya untuk menemukan penderita atau tersangka penderita, penatalaksanaan penderita, pencegahan peningkatan, perluasan dan menghentikan suatu Kejadian Luar Biasa (KLB).
  - b. Definisi Operasional  
Cakupan Desa/Kelurahan mengalami Kejadian Luar Biasa (KLB) yang ditangani < 24 jam adalah Desa/Kelurahan mengalami Kejadian Luar Biasa (KLB) yang ditangani < 24 jam oleh Pemerintah Daerah terhadap Kejadian Luar Biasa (KLB) periode/kurun waktu tertentu.

### c. Cara Perhitungan

#### 1) Rumus

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

#### Catatan :

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

#### 2) Pembilang

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

#### 3) Penyebut

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

#### 4) Ukuran/Konstanta

Persentase ( % ).

#### 5) Contoh Perhitungan

Data terjadinya Kejadian Luar Biasa (KLB) di Kabupaten X Januari s/d Desember tahun 2010.

Desa/ Kel	J a n u a r i	F e b r u a r i	M a r t i	A p r i l	M e i	J u n i	J u l i	A g u s t u s	S e p t e m b e r	O k t o b e r	N o v e m b e r	D e s e m b e r	Frek. KLB	Jml KLB Ditangani < 24 jam	Jml KLB di Desa/ Kel.	Keterangan
A	x	x	x	-						-	-		3	3	3	Jml desa/kel mengalami Kejadian Luar Biasa (KLB) dihitung 3 karena Kejadian Luar Biasa (KLB) di desa/kel A terjadi 3 kali pada tahun tersebut
B	-	-	-	-						-	-		0	0	0	Tidak dihitung, karena tidak terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB).
C	-	x	-	-						-	-		1	0	1	Jml desa/kel mengalami Kejadian Luar Biasa Kejadian Luar Biasa (KLB) dihitung 1 karena Kejadian Luar Biasa (KLB) di desa/kel A terjadi 1 kali pada tahun tersebut
D	-	-	x	-						-	x		2	1	2	Jml desa/kel mengalami Kejadian Luar Biasa (KLB) dihitung 1 karena Kejadian Luar Biasa (KLB) di desa/Kel A terjadi 2 kali pada tahun tersebut.
E	x	x	x	-						-	x		4	2	4	Jml desa/kel mengalami Kejadian Luar Biasa (KLB) dihitung 4 karena Kejadian Luar Biasa (KLB) di desa/kel A terjadi 4 kali pada tahun tersebut.
JML	2	3	3	0						0	2		10	6	10	

- Keterangan : x : terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB)  
 - : tidak terjadi Kejadian Luar Biasa (KLB)

Hasil perhitungan pencapaian target berdasarkan indikator di Kabupaten X tahun 2005 adalah:

$$\begin{array}{l} \text{Persentase Cakupan} \\ \text{Kejadian Luar Biasa (KLB)} \\ \text{Desa/ Kelurahan yang} \\ \text{Ditangani < 24 jam} \end{array} = \frac{6}{10} \times 100 \% = 60 \%$$

d. Sumber Data

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

e. Rujukan

- 1) Undang Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular (sebagai referensi untuk pembuatan Keputusan Bupati/ Peraturan Daerah);
- 2) Peraturan Pemerintah Nomor 40 Tahun 1991 tentang Penanggulangan Wabah Penyakit Menular;
- 3) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 949/Menkes/SK/VIII/2004 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini Kondisi Luar Biasa.

f. Target

- 1) Target Tahun 2015 adalah 100 %;
- 2) Target per tahun :

Indikator Kinerja	Target (%)				
	2011	2012	2013	2014	2015
Cakupan Kejadian Luar Biasa (KLB) Desa/Kelurahan Yang Ditangani < 24 Jam	100	100	100	100	100

g. Langkah Kegiatan

- 1) Pengumpulan Data;
- 2) Penyajian dan analisis data;
- 3) Diseminasi;
- 4) Pencegahan dan pengendalian Kejadian Luar Biasa (KLB);
- 5) Monitoring dan evaluasi;
- 6) Pelatihan.

h. Sumber Daya Manusia

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



#### IV. PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

##### 1. Cakupan Desa/ Kelurahan Siaga Aktif

###### a. Pengertian

1) Desa/ Kelurahan Siaga Aktif adalah desa/ kelurahan atau sebutan lainnya yang penduduknya dapat mengakses dengan mudah pelayanan kesehatan dasar setiap hari melalui Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), atau sarana kesehatan yang ada di wilayah tersebut seperti Pusat Kesehatan Masyarakat, atau sarana kesehatan lainnya, serta penduduknya mengembangkan Usaha Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM) dan melaksanakan surveilans berbasis masyarakat (meliputi pemantauan penyakit, kesehatan ibu dan anak, gizi, lingkungan dan perilaku), kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana, serta penyehatan lingkungan sehingga masyarakatnya menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

###### 2) Pentahapan Desa Siaga:

- a) Desa/ Kelurahan Siaga Pratama;
- b) Desa/ Kelurahan Siaga Madya;
- c) Desa/ Kelurahan Siaga Purnama;
- d) Desa/ Kelurahan Siaga Mandiri.

###### 3) Kriteria desa siaga adalah :

a) Desa/ Kelurahan Siaga Aktif Pratama, yaitu desa/kelurahan yang :

- Sudah memiliki Forum Masyarakat Desa/Kelurahan, tetapi belum berjalan;
- Sudah memiliki Kader Pemberdayaan Masyarakat/Kader kesehatan Desa/Kelurahan Siaga Aktif minimal 2 (Dua) orang;
- Sudah ada kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari;
- Sudah memiliki Posyandu tetapi Usaha Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM) lainnya tidak aktif;
- Sudah ada dana untuk pengembangan Desa/Kelurahan siaga aktif dalam pembangunan anggaran pembangunan desa/kelurahan tetapi belum ada sumber dana lainnya;
- Ada peran aktif dari masyarakat namun belum ada peran aktif organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan desa/kelurahan siaga aktif;
- Belum memiliki peraturan di tingkat desa/kelurahan yang melandasi dan mengatur pengembangan desa/kelurahan siaga aktif;
- Kurang dari 20 % (Dua puluh persen) rumah tangga di desa/kelurahan mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

b) Desa/ Kelurahan Siaga Aktif Madya, yaitu desa/kelurahan yang :

- Sudah memiliki Forum Masyarakat Desa/Kelurahan, yang berjalan tetapi belum secara rutin setiap triwulan;
- Sudah memiliki Kader Pemberdayaan Masyarakat/Kader kesehatan Desa/Kelurahan Siaga Aktif antara 3 – 5 orang;
- Sudah ada kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari;
- Sudah memiliki Posyandu dan 2 (Dua) Usaha Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM) lainnya yang aktif;
- Sudah mengakomodasi dana untuk pengembangan Desa/Kelurahan siaga aktif dalam anggaran pembangunan desa/kelurahan serta 1 (Satu) sumber dana lainnya baik dari masyarakat ataupun dunia usaha;
- Sudah ada peran aktif masyarakat dan peran aktif dari 1 (Satu) organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan desa/kelurahan siaga aktif;
- Sudah memiliki peraturan di tingkat desa/kelurahan yang melandasi dan mengatur pengembangan desa/kelurahan siaga aktif tetapi belum direalisasi;
- Minimal 20 % (Dua puluh persen) rumah tangga di desa/kelurahan mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

c) Desa/ Kelurahan Siaga Aktif Purnama, yaitu desa/kelurahan yang :

- (1) Sudah memiliki Forum Masyarakat Desa/Kelurahan, yang berjalan secara rutin setiap triwulan;
- (2) Sudah memiliki Kader Pemberdayaan Masyarakat/Kader Kesehatan Desa/Kelurahan Siaga Aktif 6 – 8 orang;
- (3) Sudah ada kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari;
- (4) Sudah memiliki Posyandu dan 3 (Tiga) Usaha Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM) lainnya yang aktif;
- (5) Sudah mengakomodasi dana untuk pengembangan Desa/Kelurahan siaga aktif dalam anggaran pembangunan desa/kelurahan serta mendapat dukungan dana dari masyarakat dan dunia usaha;
- (6) Sudah ada peran aktif masyarakat dan peran aktif dari 2 (Dua) organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan desa/kelurahan siaga aktif;
- (7) Sudah memiliki peraturan formal (tertulis) di tingkat desa/kelurahan yang melandasi dan mengatur pengembangan desa/kelurahan siaga aktif;
- (8) Minimal 40 % (Empat puluh persen) rumah tangga di desa/kelurahan mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

d) Desa/ Kelurahan Siaga Aktif Mandiri, yaitu desa/kelurahan yang :

- (1) Sudah memiliki Forum Masyarakat Desa/Kelurahan, yang berjalan secara rutin setiap bulan;
- (2) Sudah memiliki Kader Pemberdayaan Masyarakat/Kader kesehatan Desa/Kelurahan Siaga Aktif lebih dari 9 (Sembilan) orang;
- (3) Sudah ada kemudahan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari;
- (4) Sudah memiliki Posyandu dan lebih dari 4 (Empat) Usaha Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM) lainnya yang aktif dan berjejaring;
- (5) Sudah mengakomodasi dana untuk pengembangan Desa/Kelurahan siaga aktif dalam pembangunan anggaran desa/kelurahan serta mendapat dukungan dana dari masyarakat dan dunia usaha;
- (6) Ada peran aktif dari masyarakat dan peran aktif lebih dari 2 (Dua) organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan desa/kelurahan siaga aktif;
- (7) Belum memiliki peraturan formal tertulis di tingkat desa/kelurahan yang melandasi dan mengatur pengembangan desa/kelurahan siaga aktif;
- (8) Minimal 70 % (Tujuh puluh persen) RT di Desa/Kelurahan mendapat pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).

b. Definisi Operasional

Desa/Kelurahan Siaga Aktif yang diselenggarakan melalui Usaha Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKBM), serta kegiatan kader dan masyarakat. Pelayanan ini selanjutnya didukung oleh sarana-sarana kesehatan yang ada seperti Puskesmas Pembantu (Pustu), Puskesmas dan Rumah Sakit.

c. Cara Perhitungan

1) Rumus.

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

2) Pembilang

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

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta  
Persentase ( % ).

5) Contoh Perhitungan

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

$$\begin{array}{l} \text{Persentase} \\ \text{Cakupan Desa} \\ \text{Siaga Aktif} \end{array} = \frac{45}{60} \times 100 \% = 75 \%$$

d. Sumber Data

Hasil pelaporan kegiatan Puskesmas dan Laporan Profil Purworejo Dalam Angka.

e. Rujukan

- 1) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 564/VIII Tahun 2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga;
- 2) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1529/Menkes/SK/X/2010 tentang Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif;
- 3) Petunjuk Teknis Penggerakan Dan Pemberdayaan Masyarakat Dalam Pengembangan Desa/ Kelurahan Siaga.

f. Target

- 1) Target Tahun 2015 adalah 80 %;
- 2) Target per tahun :

Indikator Kinerja	Target (%)				
	2011	2012	2013	2014	2015
Cakupan Desa Siaga Aktif	20	40	60	80	80

g. Langkah Kegiatan

1) Persiapan

a) Persiapan Petugas :

- (1) Pelatihan Bidan Desa;
- (2) Pelatihan Kader dan Toma.

b) Persiapan Masyarakat :

- (1) Pembentukan forum melalui pertemuan Tingkat Desa;
- (2) Survei Mawas Diri (pendataan ke lapangan atau pertemuan rembuk desa);
- (3) Musyawarah Masyarakat Desa.

2) Pelaksanaan

a) Pelayanan kesehatan dasar;

b) Kader dan toma melakukan surveilan berbasis masyarakat (pengamatan sederhana) terhadap Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Gizi, Kesehatan Lingkungan(Kesling), Penyakit, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), melakukan pendataan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dengan survei cepat;

c) Pertemuan tindak lanjut penemuan hasil surveilans dalam rangka meningkatkan kewaspadaan dini masyarakat (1 bulan sekali);

d) Alih pengetahuan dan olah ketrampilan melalui pertemuan sebanyak 2 (Dua) kali/tahun;

e) Pertemuan Forum Masyarakat Desa untuk membahas masalah kesehatan dengan memanfaatkan forum yang ada di desa setiap 1 (Satu) bulan sekali.

- h. Sumber Daya Manusia
    - 1) Bidan atau petugas kesehatan lainnya;
    - 2) Kader;
    - 3) Tokoh Masyarakat.
2. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Tatanan Rumah Tangga
- a. Pengertian
 

Adalah upaya untuk memberdayakan anggota rumah tangga agar sadar, mau dan mampu melakukan perilaku hidup bersih dan sehat, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, mencegah resiko terjadinya penyakit dan melindungi diri dari ancaman penyakit serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat.
  - b. Definisi Operasional
 

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Tatanan Rumah Tangga adalah program rumah tangga yang memenuhi minimal 11 indikator dari 16 indikator Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Tatanan Rumah Tangga. Adapun prioritas indikator tersebut adalah sebagai berikut :

    - 1) Persalinan oleh Tenaga Kesehatan;
    - 2) Kunjungan 4 kali ibu hamil (K4);
    - 3) Air Susu ibu (ASI) Eksklusif;
    - 4) Penimbangan Balita;
    - 5) Gizi;
    - 6) Air Bersih;
    - 7) Jamban;
    - 8) Sampah;
    - 9) Lantai Rumah;
    - 10) Aktifitas Fisik;
    - 11) Tidak Merokok;
    - 12) Cuci Tangan;
    - 13) Kesehatan Gigi dan Mulut;
    - 14) Minuman Keras/Narkoba;
    - 15) Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK);
    - 16) Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN).

Tingkat Rumah Tangga :

    - a. Sehat Pratama : apabila jumlah nilai keluarga/Rumah Tangga antara 0 s/d 5;
    - b. Sehat Madya : apabila jumlah nilai keluarga/Rumah Tangga antara 6 s/d 10;
    - c. Sehat Utama : apabila jumlah nilai keluarga/Rumah Tangga antara 11 s/d 15;
    - d. Sehat Paripurna : apabila jumlah nilai keluarga/Rumah Tangga adalah 16.

Tingkat RT/ RW/ Desa/ Kelurahan/ Kecamatan/ Kabupaten :

    - a) Sehat Pratama : apabila jumlah keluarga yang mencapai strata sehat utama dan paripurna antara 0 s/d 24,4 %;

- b) Sehat Madya : apabila jumlah keluarga yang mencapai strata sehat utama dan paripurna antara 24,5 % s/d 49,4 %;
- c) Sehat Utama : apabila jumlah keluarga yang mencapai strata sehat utama dan paripurna antara 49,50 % s/d 74,4 %;
- d) Sehat Paripurna : apabila jumlah keluarga yang mencapai strata sehat utama dan paripurna antara 74,5 % atau lebih.

c. Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\begin{array}{l} \text{Cakupan Perilaku} \\ \text{Hidup Bersih dan} \\ \text{Sehat (PHBS)} \\ \text{Tatanan RT} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Jumlah Rumah Tangga Sehat} \\ \text{Utama dan Paripurna} \end{array}}{\text{Jumlah seluruh Rumah Tangga}} \times 100 \%$$

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.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%).

5) Contoh Perhitungan

Jumlah Rumah Tangga di Kabupaten Purworejo sebesar 200.000 Rumah Tangga. Jumlah Rumah Tangga yang masuk katagori Rumah Tangga sehat sebesar 140.000 Rumah Tangga maka Rumah Tangga Sehat di Kabupaten Purworejo adalah:

$$\begin{array}{l} \text{Persentase} \\ \text{Cakupan Perilaku} \\ \text{Hidup Bersih dan} \\ \text{Sehat (PHBS)} \\ \text{Tatanan RT} \end{array} = \frac{140.000}{200.000} \times 100 \% = 70 \%$$

d. Sumber Data

Laporan pencatatan petugas Promosi Kesehatan Puskesmas.

e. Rujukan

- 1) Buku Pedoman pelatihan Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan sehat di Rumah Tangga Pusat Promosi Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia Bekerjasama dengan Tim Penggerak PKK Pusat Tahun 2007;
- 2) Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 114/Menkes/SK/VIII tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah;
- 3) Buku Pedoman Program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Tatanan Rumah Tangga Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah Tahun 2010.

f. Target

- 1) Target Tahun 2015 adalah 70 %;
- 2) Target per tahun :

Indikator Kinerja	Target (%)				
	2011	2012	2013	2014	2015
Rumah Tangga Sehat (Utama & Paripurna)	65	66	67	69	70

g. Langkah Kegiatan

1) Pengumpulan data :

- Mendata/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) Penyelenggaraan program :

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

h. Sumber Daya Manusia

- 1) Petugas Penyuluh/Promosi kesehatan;
- 2) Bidan;
- 3) Kader Kesehatan.

BUPATI PURWOREJO,

Ttd.

MAHSUN ZAIN