
KATA PENGANTAR

Pertama - tama marilah kita panjatkan puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan hidayahNya, telah diterbitkannya Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.

Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota ini disusun setelah mendapat berbagai asupan dari lintas program baik di Pusat maupun Daerah melalui berbagai kegiatan pertemuan seminar/semiloka, sosialisasi Kewenangan Wajib dan Standar Pelayanan Minimal di beberapa Provinsi dan Kabupaten, serta pertemuan secara intensif dengan lintas program terkait yang diikuti oleh seluruh unit kerja di lingkungan Depkes.

Dengan Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota, diharapkan dapat memperjelas pemahaman dan kelancaran dalam pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota, serta dapat digunakan sebagai acuan bagi perangkat kesehatan di daerah Kabupaten/Kota dalam menyelenggarakan urusan yang sangat mendasar yang berkaitan dengan hak dan pelayanan dasar kepada masyarakat, serta untuk pencapaian kinerja standar pelayanan minimal bidang kesehatan di daerahnya masing-masing.

Akhirnya saya sampaikan terimakasih dan penghargaan kepada Pokja Pengembangan Institusi dan semua pihak yang telah bekerja keras sejak penyusunan materi sampai ditetapkan pedoman ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memberikan petunjukNya serta memberikan kekuatan kepada kita semua dalam melaksanakan pembangunan kesehatan.

Jakarta, Oktober 2004
Sekretaris Jenderal

Dr. Sjafii Ahmad, MPH

**RANCANGAN
KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN RI
NOMOR 1091/MENKES/SK/X/2004**

TENTANG

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

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

- Menimbang :
- a. bahwa sesuai dengan ketentuan Pasal 2 ayat (4) butir b Peraturan Pemerintah Nomor 25 tahun 2000, Pemerintah mempunyai kewenangan untuk menetapkan Pedoman Standar Pelayanan Minimal yang wajib dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota;
 - b. bahwa dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 telah ditetapkan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
 - c. bahwa dalam rangka merencanakan, melaksanakan, memantau, dan mengevaluasi upaya-upaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal, perlu mengacu pada indikator yang telah ditetapkan;
 - d. bahwa untuk kejelasan, pemahaman dan kelancaran dalam pelaksanaannya, dipandang perlu menetapkan Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota dengan Keputusan Menteri Kesehatan.

Mengingat

- :
1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Nomor 100 Tahun 1992, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
 2. Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 60, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3839);
 3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3848);
 4. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah Dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom (Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor 54, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3952);
 5. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2001 tentang Pembinaan Dan Pengawasan (Lembaran Negara Tahun 2001 Nomor 41 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4090);
 6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 004/Menkes/SK/I/2003 tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan;
 7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1202/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat;
 8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Stándar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.

A. MEMUTUSKAN:

- Menetapkan** :
- Pertama** : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PETUNJUK TEKNIS STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN/KOTA**
- Kedua** : Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- Ketiga** : Petunjuk Teknis sebagaimana dimaksud diktum Kedua agar digunakan sebagai acuan bagi perangkat kesehatan di Daerah Kabupaten/Kota untuk pencapaian target Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
- Keempat** : Keputusan ini mulai berlaku Sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 1 Oktober 2004

MENTERI KESEHATAN,

Dr. ACHMAD SUJUDI

BAB I PENDAHULUAN

B. LATAR BELAKANG

Undang-undang Nomor 32 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah telah menetapkan bidang kesehatan merupakan salah satu urusan wajib yang harus dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota. Penyelenggaraan urusan wajib oleh Daerah adalah merupakan perwujudan otonomi yang bertanggungjawab, yang pada intinya merupakan pengakuan/pemberian hak dan kewenangan Daerah dalam wujud tugas dan kewajiban yang harus dipikul oleh Daerah. Tanpa mengurangi arti serta pentingnya prakarsa Daerah dalam penyelenggaraan otonominya dan untuk menghindari terjadinya kekosongan penyelenggaraan pelayanan dasar kepada masyarakat, Daerah Kabupaten dan Daerah Kota wajib melaksanakan kewenangan dalam bidang tertentu, termasuk didalamnya kewenangan bidang kesehatan.

Pemerintah Pusat bertanggung jawab secara nasional atas keberhasilan pelaksanaan otonomi, walaupun pelaksanaan operasionalnya diserahkan kepada pemerintah dan masyarakat daerah yang bersangkutan. Peraturan Pemerintah Nomor 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi Sebagai Daerah Otonom, menyebutkan bahwa peran pemerintah pusat di era desentralisasi ini lebih banyak bersifat menetapkan kebijakan makro, melakukan standarisasi, supervisi, monitoring, evaluasi, pengawasan dan pemberdayaan ke daerah, sehingga otonomi dapat berjalan secara optimal.

Untuk menyamakan persepsi dan pemahaman dalam pengaktualisasian urusan wajib bidang kesehatan di Kabupaten/Kota seiring dengan Lampiran Surat Edaran Menteri Dalam Negeri No. 100/756/OTDA tanggal 8 Juli 2002 tentang Konsep Dasar Pelaksanaan Urusan Wajib dan Standar Pelayanan Minimal, maka dalam rangka memberikan panduan untuk melaksanakan pelayanan dasar di bidang kesehatan kepada masyarakat di Daerah, telah ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/MENKES/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal di Kabupaten/Kota”.

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

C. MAKSUD DAN TUJUAN

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

Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota ini bertujuan untuk menyamakan pemahaman tentang definisi operasional, indikator kinerja, ukuran/satuan, rujukan (buku pedoman, standar teknis), target nasional untuk tahun 2005 dan 2010, cara perhitungan pencapaian kinerja/target/rumus satuan, pembilang dan penyebut dari rumus, sumber data dan menu langkah-langkah kegiatan untuk masing-masing SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.

D. PENGERTIAN

Umum :

1. Urusan Wajib

Yang dimaksud dengan Urusan Wajib adalah urusan yang sangat mendasar yang berkaitan dengan hak dan pelayanan dasar warga negara antara lain perlindungan hak konstitusional, perlindungan kepentingan nasional, kesejahteraan masyarakat, ketentraman dan ketertiban umum dalam kerangka menjaga keutuhan NKRI, dan pemenuhan komitmen nasional yang berhubungan dengan perjanjian dan konvensi internasional;

2. Urusan Pilihan

Yang dimaksud dengan Urusan Pilihan adalah urusan yang secara nyata ada di Daerah dan berpotensi untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat sesuai kondisi, kekhasan dan potensi unggulan daerah;

3. Standar Pelayanan Minimal

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

4. Indikator Kinerja
Yang dimaksud dengan Indikator Kinerja adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukannya pengukuran terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu;
5. Jenis Pelayanan
Yang dimaksud dengan Jenis Pelayanan adalah pelayanan publik yang mutlak dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan dasar yang layak dalam kehidupan.

Khusus :

1. Pengertian
Dimaksudkan untuk menjelaskan istilah dalam indikator kinerja.
2. Definisi Operasional
Dimaksudkan untuk menjelaskan pengertian dari indikator kinerja.
3. Cara perhitungan / Rumus
Dimaksudkan untuk menyamakan cara perhitungan dalam memperoleh capaian indikator kinerja selama periode kurun waktu tertentu, dengan cara membagi pembilang dengan penyebut.
4. Pembilang
Adalah besaran sebagai nilai pembilang dalam rumus.
5. Penyebut
Adalah besaran sebagai nilai pembagi dalam rumus.
6. Ukuran
Adalah Formula yang dalam setiap indikator ditetapkan dalam bentuk prosentase / %, dan atau berdasarkan proporsi terhadap penduduk.
7. Sumber Data
Adalah sumber bahan nyata /keterangan yang dapat dijadikan dasar kajian yang berhubungan langsung dengan persoalan. Data dimaksud dikumpulkan dan dilaporkan melalui : Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS); Sistem Pelaporan Rumah Sakit (SPRS);SIMKA; SINAKES dll.
8. Rujukan
Adalah standar teknis atau ketentuan lain sebagai bahan rujukan/ acuan teknis dalam menyelenggarakan indikator kinerja.

9. Target 2005
Adalah besaran capaian indikator SPM yang diharapkan sampai dengan Tahun 2005.
10. Target 2010
Adalah besaran yang harus dicapai sebagaimana ditentukan dalam Indikator Indonesia Sehat 2010
11. Langkah Kegiatan
Dimaksudkan menu/ butir-butir tahapan kegiatan yang bersifat teknis, yang perlu dipilih untuk dilaksanakan agar dapat mencapai target indikator SPM sesuai situasi dan kondisi dan kapasitas institusi pelayanan setempat.
12. Kurun Waktu Tertentu
Adalah kurun / rentang waktu dalam pelaksanaan kegiatan yaitu dalam periode 1 (satu) tahun atau kurun waktu yang sama.

E. LANDASAN HUKUM

1. Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah;
3. Undang-Undang Nomor 25 tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional tahun 2000 – 2005;
4. Peraturan Pemerintah Nomor 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 20 tahun 2001 tentang Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah;
6. Peraturan Pemerintah Nomor 20 tahun 2004 tentang Rencana Kerja Pemerintah;
7. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 29 Tahun 2002 tentang Pedoman Penyusunan, Pertanggung jawaban dan Pengawasan Keuangan Daerah serta Tata Cara Penyusunan APBD;
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1202/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 004/Menkes/SK/I/2003 tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/MENKES/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.

BAB II

URUSAN WAJIB DAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL

a. DESENTRALISASI BIDANG KESEHATAN

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

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

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

hal penanggulangan kejadian luar biasa, bencana, dan masalah-masalah kegawatdaruratan kesehatan lainnya.

Dalam mencapai keberhasilan melaksanakan desentralisasi bidang kesehatan, telah pula dirumuskan 5 (lima) tujuan strategis, yaitu : (1) terbangunnya komitmen antara pemerintah daerah, legislative, masyarakat dan stakeholder lainnya guna kesinambungan pembangunan kesehatan. (2) meningkatnya kapasitas sumberdaya manusia, (3) terlindunginya kesehatan masyarakat, khususnya penduduk miskin, kelompok rentan dan daerah miskin, (4) terwujudnya komitmen nasional dan global dalam program kesehatan daerah, dan (5) tertatanya manajemen kesehatan di era desentralisasi.

b. URUSAN WAJIB DAN SPM

Pada dasarnya penetapan urusan wajib dan standar pelayanan minimal bidang kesehatan mengacu pada kebijakan dan strategi desentralisasi bidang kesehatan. Tujuan strategis pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan yang erat kaitannya dengan penetapan kewenangan wajib dan SPM bidang kesehatan, adalah :

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

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

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

Kabupaten/Kota melakukan urusan wajib di bidang kesehatan dengan menyelenggarakan SPM Bidang Kesehatan. SPM Bidang Kesehatan telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan dengan Keputusan Nomor 1457/MENKES/SK/X/2003.

SPM Bidang Kesehatan disusun dengan prinsip-prinsip sebagai berikut :

1. Diterapkan pada urusan wajib. Oleh karena itu SPM merupakan bagian integral dari Pembangunan Kesehatan yang berkesinambungan dalam Program Pembangunan Nasional (Propenas 2000-2005 – UU RI nomor 25 tahun 2000) dan menyeluruh, terarah dan terpadu sesuai Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010.
2. Diberlakukan untuk seluruh Daerah Kabupaten dan Daerah Kota. SPM harus mampu memberikan pelayanan kepada publik tanpa kecuali (tidak hanya masyarakat miskin), dalam bentuk, jenis, tingkat dan mutu pelayanan yang esensial dan sangat dibutuhkan oleh masyarakat.
3. Menjamin akses masyarakat mendapat pelayanan dasar tanpa mengorbankan mutu dan mempunyai dampak luas pada masyarakat (Positive Health Externality).
4. Merupakan indikator kinerja bukan standar teknis, dikelola dengan manajerial professional sehingga tercapai efisiensi dan efektivitas penggunaan sumberdaya.
5. Bersifat dinamis.
6. Ditetapkan dalam rangka penyelenggaraan pelayanan dasar.

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

1. Urusan Wajib dan Standar Pelayanan Minimal hanya merupakan **pelayanan yang langsung dirasakan masyarakat**, sehingga hal-hal yang berkaitan dengan manajemen dianggap sebagai faktor pendukung dalam melaksanakan urusan wajib (perencanaan, pembiayaan, pengorganisasian, perizinan, sumberdaya, sistem dsb), tidak dimasukkan dalam SPM (kecuali **critical support function**).
2. Urusan Wajib dan Standar Pelayanan Minimal harus menjadi prioritas tinggi bagi Pemerintah Daerah karena **melindungi hak hak konstitusional perorangan dan masyarakat**, untuk melindungi **kepentingan nasional** dan memenuhi **komitmen nasional** dan **global** serta merupakan penyebab utama kematian/kesakitan.
3. Urusan Wajib dan SPM berorientasi pada **output** yang langsung dirasakan masyarakat.
4. Urusan Wajib dan SPM dilaksanakan secara **terus menerus** (sustainable), **terukur** (measurable) dan **mungkin dapat dikerjakan** (feasible).

Dalam pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan untuk jangka waktu tertentu ditetapkan target pelayanan yang akan dicapai (minimum service target), yang merupakan spesifikasi peningkatan kinerja pelayanan yang harus dicapai dengan tetap berpedoman pada standar teknis yang ditetapkan guna mencapai status kesehatan yang diharapkan. Dalam Urusan Wajib dan SPM,

nilai indikator yang dicantumkan merupakan nilai minimal nasional (Indikator yang ada dalam Indonesia Sehat 2010).

BAB III

PERAN PUSAT, PROVINSI DAN KABUPATEN/KOTA

Peran Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam pelaksanaan SPM bidang kesehatan adalah sebagaimana diatur dalam keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 1457/MENKES/SK/X/2003, dalam :

1. Pengorganisasian.
 - a. Bupati/Walikota bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal yang dilaksanakan oleh Perangkat Daerah Kabupaten/Kota dan masyarakat.
 - b. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud butir a secara operasional dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

2. Pembinaan.
 - a. Pemerintah dan Pemerintah Provinsi memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal dan mekanisme kerjasama antar Daerah Kabupaten/Kota.
 - b. Fasilitasi dimaksud butir a dalam bentuk pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis, pelatihan meliputi :
 - 1) Perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal;
 - 2) Penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target SPM;
 - 3) Penilaian pengukuran kinerja;
 - 4) Penyusunan laporan kinerja dalam menyelenggarakan pemenuhan Standar Pelayanan Minimal di bidang kesehatan.

3. Pengawasan.
 - a. Bupati/Walikota melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal di daerah masing-masing.
 - b. Bupati/Walikota menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan Pemerintah.

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

1. Pusat

Sosialisasi keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/MENKES/SK/X /2003 tentang SPM Bidang Kesehatan, dan Petunjuk Teknis SPM Bidang Kesehatan.

2. Propinsi

- a. Bersama dengan Kabupaten/Kota menetapkan jumlah SPM (47 SPM ditambah 47 SPM Kabupaten/Kota tertentu yang dapat dilakukan oleh Kabupaten/Kota yang bersangkutan) dari setiap pelayanan, disertai dengan definisi operasional dan petunjuk teknisnya.
- b. Menetapkan pencapaian saat ini dan pentahapan pencapaian target SPM, sesuai situasi kondisi dan kapasitas dengan Kabupaten/Kota.
- c. Bersama dengan pusat melakukan fasilitasi peningkatan kapasitas Kabupaten/Kota dan melaksanakan pemantauan dan evaluasi.

3. Kabupaten/Kota

- a. Melakukan mapping kondisi pencapaian indikator SPM saat ini di Kabupaten/Kota dan menghitung kesenjangannya bila dibandingkan dengan target nasional.
- b. Menentukan target pencapaian masing-masing indikator SPM dan memasukannya dalam program pembangunan daerah (Propeda, Renstrada).
- c. Menentukan rincian pencapaian target SPM per tahun mulai dari Tahun 2005 sampai dengan Tahun 2010, dan memasukannya dalam Repetada, dan mengupayakan dukungan dana APBD berdasarkan Repetada dan Peraturan Daerah/PERDA Kabupaten/Kota.

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

BAB IV PENUTUP

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

Mengingat SPM sebagai hak konstitusional maka seyogya SPM menjadi prioritas dalam perencanaan dan penganggaran Daerah.

Dengan disusunnya Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota, diharapkan dapat membantu pelaksanaan penerapan Standar Pelayanan Minimal di bidang kesehatan di Kabupaten/Kota. Petunjuk Teknis ini dapat dijadikan acuan bagi petugas kesehatan dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan.

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

I. PELAYANAN KESEHATAN YANG WAJIB DILAKUKAN OLEH KABUPATEN/KOTA

A. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi

1. Cakupan kunjungan ibu hamil K- 4

a. Pengertian

- 1) Ibu hamil K-4 adalah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit empat kali, dengan distribusi pemberian pelayanan minimal satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua dan dua kali pada triwulan ketiga umur kehamilan.
- 2) Pelayanan adalah pelayanan/pemeriksaan kesehatan bagi ibu hamil sesuai standar pada masa kehamilan oleh tenaga kesehatan terampil (Dokter, Bidan, dan Perawat).

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Cakupan kunjungan ibu hamil K4} = \frac{\text{Jumlah Kunjungan Ibu Hamil K4}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil}} \times 100\%$$

2) Pembilang

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

3) Penyebut

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

Perkiraan ibu hamil di wilayah kerja yang sama dapat dihitung dengan formula: $1,1 \times \text{CBR Kabupaten/Kota} \times \text{Jumlah penduduk di wilayah kerja}$.

Bila CBR Kabupaten/Kota tidak tersedia, gunakan CBR Propinsi, atau CBR Nasional.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

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

Persentase cakupan K4 adalah =

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

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

d. Sumber Data

SIMPUS dan SIRS termasuk pelayanan yang dilakukan oleh swasta.

e. Rujukan

- 1) Buku Pegangan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal;
- 2) Standar Pelayanan Kebidanan (SPK);
- 3) Pelayanan Kebidanan Dasar;
- 4) PWS – KIA.

f. Target

- Target 2005: 78 %
- Target 2010: 95 %

g. Langkah Kegiatan

- 1) Pendataan Bumil;
- 2) Pembuatan kantong persalinan;
- 3) Pelayanan Antenatal;
- 4) Pencatatan dan Pelaporan;
- 5) Monitoring dan Evaluasi.

2. Cakupan pertolongan persalinan oleh Bidan atau tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan

a. Pengertian

- 1) Pertolongan persalinan adalah pertolongan ibu bersalin di suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu yang mendapatkan

pelayanan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang kompeten.

- 2) Kompetensi kebidanan adalah keterampilan yang dimiliki oleh tenaga kesehatan dalam bidang pelayanan kebidanan (Dokter dan Bidan).

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\begin{array}{l} \text{Cakupan pertolongan} \\ \text{persalinan oleh} \\ \text{Bidan/tenkes} \end{array} = \frac{\text{Jumlah persalinan oleh tenaga} \\ \text{kesehatan (Pn)}}{\text{Jumlah seluruh sasaran} \\ \text{persalinan}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah persalinan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu, yang persalinannya memperoleh pertolongan dari tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan.

3) Penyebut

Jumlah seluruh sasaran persalinan di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Jumlah Penduduk 500.000, Angka Kelahiran Kasar (CBR) 2,3 %. Hasil cakupan Pn = 10.500 Ibu bersalin (Bulin) Januari-Desember tahun 2003,

Maka : Persentase cakupan Pn adalah =

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

$$\frac{10.500}{1,05 \times 2,3\% \times 500.000} \times 100 \% = 86,96 \%$$

d. Sumber Data

SIMPUS dan SIRS termasuk pelayanan yang dilakukan oleh swasta.

e. Rujukan

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

f. Target

- Target 2005: 77 %
- Target 2010: 90 %

g. Langkah Kegiatan

- 1) Pelayanan persalinan;
- 2) Perawatan nifas;
- 3) Monitoring dan Evaluasi.

3. Ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk

a. Pengertian

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

b. Definisi Operasional

Ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk adalah Ibu hamil risiko tinggi/komplikasi yang dirujuk di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\begin{array}{l} \text{Ibu hamil} \\ \text{risti/komplikasi} \\ \text{yang dirujuk} \end{array} = \frac{\text{Jumlah Bumil Risti/Komplikasi} \\ \text{ditemukan}}{\text{Jml seluruh sasaran Bumil} \\ \text{risti/komplikasi}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah ibu hamil risiko tinggi/komplikasi yang ditemukan/ dideteksi di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah seluruh sasaran ibu hamil risiko tinggi/komplikasi yang ada di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama (20% total ibu hamil).

Perhitungan perkiraan ibu hamil dapat dilihat pada indikator cakupan kunjungan ibu hamil K4.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Jumlah Penduduk 500.000, Angka Kelahiran Kasar (CBR) 2,3%. Hasil cakupan ibu hamil Risti/komplikasi = 2250 Januari - Desember tahun 2003, maka: Persentase cakupan Ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk adalah :

$$\frac{\text{Jml cakupan bumil risti/komplikasi yg ditemukan}}{\text{Jml seluruh sasaran bumil risti/Komplikasi}} \times 100\%$$

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

d. Sumber Data

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

e. Rujukan

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

f. Target

- Target 2005: 25 %
- Target 2010: 100 %

g. Langkah Kegiatan

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

4. Cakupan kunjungan neonatus

a. Pengertian

- 1) Cakupan Kunjungan Neonatus (KN) adalah pelayanan kesehatan kepada bayi umur 0-28 hari di sarana pelayanan kesehatan maupun pelayanan melalui kunjungan rumah.
- 2) Pelayanan tersebut meliputi pelayanan kesehatan neonatal dasar (tindakan resusitasi, pencegahan hipotermia, pemberian ASI dini dan eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, kulit, dan pemberian imunisasi); pemberian vitamin K; manajemen terpadu bayi muda (MTBM); dan penyuluhan perawatan neonatus di rumah menggunakan Buku KIA.
- 3) Setiap neonatus memperoleh pelayanan kesehatan minimal 2 kali yaitu 1 kali pada umur 0-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari.

b. Definisi Operasional

Cakupan kunjungan neonatus adalah cakupan neonatus yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan standar oleh Dokter, Bidan, Perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan neonatal, paling sedikit 2 kali, di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Cakupan KN} = \frac{\text{Jumlah KN yang ditangani sesuai standar}}{\text{Seluruh bayi lahir hidup}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah neonatus yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan standar, paling sedikit 2 kali, di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Seluruh bayi lahir hidup di satu wilayah kerja pada kurun waktu sama. Jika tidak ada data dapat digunakan angka estimasi jumlah bayi lahir hidup berdasarkan data BPS atau perhitungan CBR dikalikan jumlah penduduk.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

- Ada data jumlah bayi lahir di desa A.
Jumlah pendataan seluruh bayi lahir di desa A tahun 2003: 75 bayi.
Jumlah KN yang ditangani sesuai standar sebanyak 2 kali oleh Bidan tahun 2003: 55 bayi.
Persentase cakupan KN: $55/75 \times 100\% = 73,33\%$
- Tidak ada data jumlah bayi lahir hidup di Kab. B
Jumlah penduduk Kab B tahun 2003: 300.000 jiwa.
CBR Kab. B tahun 2003: 2.3%
Rekapitulasi jumlah KN yang ditangani Dokter, Bidan, Perawat sesuai standar (berdasarkan laporan puskesmas) di Kab B tahun 2003: 4200.
Estimasi jumlah lahir hidup: $2.3\% \times 300.000 = 6.900$
Cakupan KN: $4.200 / 6.900 \times 100\% = 60,87\%$

d. Sumber Data

SIMPUS, SIRS dan Klinik.

e. Rujukan

- 1) Modul Pelatihan Resusitasi;
- 2) Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial;
- 3) Modul Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM);
- 4) Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

f. Target

- Target 2005: 65 %
- Target 2010: 90 %

g. Langkah Kegiatan

- 1) Pelatihan klinis kesehatan neonatal meliputi resusitasi, neonatal esensial, MTBM, pemberian vitamin K; dan penggunaan Buku KIA;
- 2) Pemantauan pasca pelatihan resusitasi dan MTBM;
- 3) Pelayanan kunjungan neonatus di dalam gedung dan luar gedung;
- 4) Pelayanan rujukan neonatus;
- 5) Pembahasan audit kesakitan dan kematian neonatus.

5. Cakupan kunjungan bayi

a. Pengertian

- 1) Cakupan kunjungan bayi adalah cakupan kunjungan bayi umur 1-12 bulan di sarana pelayanan kesehatan maupun di rumah, posyandu, tempat penitipan anak, panti asuhan dan sebagainya, melalui kunjungan petugas.
- 2) Pelayanan kesehatan tersebut meliputi deteksi dini kelainan tumbuh kembang bayi (DDTK), stimulasi perkembangan bayi, MTBM, manajemen terpadu balita sakit (MTBS), dan penyuluhan perawatan kesehatan bayi di rumah menggunakan Buku KIA yang diberikan oleh dokter, bidan dan perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan bayi.
- 3) Setiap bayi memperoleh pelayanan kesehatan minimal 4 kali yaitu 1 kali pada umur 1-3 bulan, 1 kali pada umur 3-6 bulan, 1 kali pada umur 6-9 bulan dan 1 kali pada umur 9-12 bulan.

b. Definisi Operasional

Cakupan kunjungan bayi adalah cakupan bayi yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan standar oleh Dokter, Bidan, Perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan bayi, paling sedikit 4 kali, di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Cakupan kunjungan bayi} = \frac{\text{Jumlah bayi memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar}}{\text{Seluruh bayi lahir hidup}} \times 100\%$$

2) Pembilang

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

3) Penyebut

Seluruh bayi lahir hidup di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama. Jika tidak ada data dapat digunakan angka estimasi jumlah bayi lahir hidup berdasarkan data BPS atau perhitungan CBR dikalikan jumlah penduduk.

4) Ukuran/Konstanta

Prosentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Jumlah seluruh bayi lahir di desa A tahun 2003: 75 bayi.

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

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

Jumlah penduduk Kabupaten B: 270.000 jiwa.

CBR: 2.3%

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

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

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

d. Sumber Data

SIMPUS, SIRS dan Klinik.

e. Rujukan

1) Modul Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS);

2) Deteksi Dini Tumbuh Kembang Balita (DDTK);

3) Buku KIA.

f. Target

- Target 2005: 65%
- Target 2010: 90%

g. Langkah Kegiatan

- 1) Peningkatan kompetensi klinis kesehatan bayi meliputi DDTK, stimulasi perkembangan bayi dan MTBS;
- 2) Pemantauan pasca pelatihan MTBS dan DDTK;
- 3) Pelayanan kunjungan bayi di dalam gedung dan luar gedung;
- 4) Pelayanan rujukan;
- 5) Pembahasan audit kematian dan kesakitan bayi.

6. Cakupan Bayi Berat Lahir Rendah/BBLR yang ditangani

a. Pengertian

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

b. Definisi Operasional

Cakupan bayi berat lahir rendah/BBLR yang ditangani adalah cakupan BBLR yang ditangani sesuai standar oleh Dokter, Bidan dan Perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan neonatal dan penanganan BBLR, di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

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

2) Pembilang

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

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

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

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

Persentase cakupan BBLR ditangani = $\frac{6}{9} \times 100\% = 67\%$.

d. Sumber Data

SIMPUS, SIRS dan Klinik.

e. Rujukan

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

f. Target

- Target 2005: 25 %
- Target 2010: 100 %

g. Langkah Kegiatan

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

B Pelayanan Kesehatan Anak Pra Sekolah dan Usia Sekolah

1. Cakupan deteksi dini tumbuh kembang anak balita dan pra sekolah

a. Pengertian

- 1) Balita dan anak prasekolah adalah anak umur 0 sampai dengan 5 tahun.
- 2) Pelayanan DDTK balita dan Prasekolah meliputi kegiatan deteksi dini masalah kesehatan anak menggunakan MTBS, monitoring pertumbuhan menggunakan Buku KIA/KMS dan pemantauan perkembangan (motorik kasar, motorik halus, bahasa, sosialisasi dan kemandirian); penanganan penyakit sesuai MTBS, penanganan masalah pertumbuhan, stimulasi perkembangan anak balita dan prasekolah; pelayanan rujukan ke tingkat yang lebih mampu.
- 3) Setiap anak umur 0 sampai dengan 5 tahun memperoleh pelayanan DDTK minimal 2 kali per tahun (setiap 6 bulan sekali). Pelayanan DDTK diberikan di dalam gedung maupun di luar gedung (di posyandu, Taman Kanak-kanak, tempat penitipan anak, panti asuhan dan sebagainya) oleh Dokter, Bidan dan Perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan anak, DDTK, MTBM dan MTBS.

b. Definisi Operasional

Cakupan deteksi dini tumbuh kembang anak balita dan pra sekolah adalah cakupan anak umur 0-5 tahun yang dideteksi kesehatan dan tumbuh kembangnya sesuai dengan standar oleh Dokter, Bidan dan Perawat, paling sedikit 2 kali per tahun, di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Cakupan DDTK} = \frac{\text{Jumlah anak umur 0-5 tahun yang di DDTK sesuai dengan standar, paling sedikit 2 kali}}{\text{Jumlah balita di satu wilayah kerja}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah anak umur 0-5 tahun yang dideteksi kesehatan dan tumbuh kembangnya oleh tenaga kesehatan sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan, paling sedikit 2 kali, di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah balita di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama. Jika tidak ada data dapat digunakan angka estimasi jumlah balita sekitar 10% dari jumlah penduduk.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Jumlah anak balita umur 0-5 tahun memperoleh pelayanan DDTK sesuai standar oleh tenaga kesehatan paling sedikit 2 kali di Kabupaten A= 9000. Seluruh balita = 25000

Persentase cakupan DDTK anak balita dan prasekolah =

$$\frac{9.000}{27.000} \times 100 \% = 33,33 \%$$

d. Sumber Data

SIMPUS, praktek swasta.

e. Rujukan

- 1) Modul Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS);
- 2) Deteksi Dini Tumbuh Kembang Balita (DDTK);
- 3) Buku KIA.

f. Target

- Target 2005: 65%
- Target 2010: 90%

g. Langkah Kegiatan

- 1) Pelatihan kesehatan klinis kesehatan balita, MTBS dan DDTK;
- 2) Pemantauan pasca pelatihan;
- 3) Pelayanan kunjungan anak balita dan prasekolah, di dalam gedung dan luar gedung;
- 4) Pelayanan rujukan.

2. Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa SD dan setingkat oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih/ guru UKS/Dokter Kecil

a. Pengertian

- 1) Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) adalah upaya terpadu lintas program dan lintas sektor dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan serta membentuk perilaku hidup sehat anak usia sekolah yang berada di sekolah.

- 2) Pelayanan kesehatan pada UKS adalah pemeriksaan kesehatan umum, kesehatan gigi dan mulut siswa SD dan setingkat melalui penjangkaran kesehatan terhadap murid kelas 1 Sekolah Dasar dan Madrasah Ibtidaiyah yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama dengan guru UKS terlatih dan dokter kecil secara berjenjang (penjangkaran awal oleh guru dan dokter kecil, penjangkaran lanjutan oleh tenaga kesehatan).
- 3) Tenaga Kesehatan adalah tenaga medis, keperawatan atau petugas Puskesmas lainnya yang telah dilatih sebagai tenaga pelaksana UKS/UKGS.
- 4) Guru UKS/UKGS adalah guru kelas atau guru yang ditunjuk sebagai pembina UKS/UKGS di sekolah dan telah dilatih tentang UKS/UKGS.
- 5) Dokter kecil adalah kader kesehatan sekolah yang biasanya berasal dari murid kelas 4 dan 5 SD dan setingkat yang telah mendapatkan pelatihan dokter kecil.

b. Definisi Operasional

Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa SD dan setingkat adalah cakupan siswa kelas 1 SD dan setingkat yang diperiksa kesehatannya oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih (guru UKS/dokter kecil) melalui penjangkaran kesehatan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\begin{array}{l} \text{Cakupan} \\ \text{pemeriksaan} \\ \text{kesehatan} \\ \text{siswa SD} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Jumlah murid kelas 1 SD dan setingkat yang} \\ \text{diperiksa kesehatannya melalui penjangkaran} \\ \text{kesehatan oleh tenaga kesehatan atau tenaga} \\ \text{terlatih} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Jumlah murid kelas 1 SD dan setingkat} \end{array}} \times 100\%$$

2) Pembilang

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

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Jumlah murid kelas 1 SD dan setingkat di Kabupaten X pada tahun 2003 adalah *12.000 orang*.

Jumlah murid kelas 1 SD dan setingkat yang diperiksa kesehatannya melalui penjarangan kesehatan *9.000 orang*

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

d. Sumber Data

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

e. Rujukan

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

f. Target

- Target 2005: 75%
- Target 2010: 100%

g. Langkah Kegiatan

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

3. Cakupan pelayanan kesehatan remaja

a. Pengertian

- 1) Pemeriksaan kesehatan remaja adalah pemeriksaan kesehatan siswa kelas 1 SLTP dan setingkat, kelas 1 SMU dan setingkat melalui penjarangan kesehatan terhadap murid kelas 1 SLTP dan Madrasah Tsanawiyah, kelas 1 SMU/SMK dan Madrasah Aliyah yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama dengan guru UKS terlatih dan kader kesehatan remaja secara berjenjang (penjarangan awal oleh guru dan kader kesehatan remaja, penjarangan lanjutan oleh tenaga kesehatan).

- 2) Tenaga Kesehatan adalah tenaga medis, paramedis atau petugas Puskesmas lainnya yang telah dilatih sebagai tenaga pelaksana UKS.
- 3) Guru UKS adalah guru kelas atau guru yang ditunjuk sebagai pembina UKS di sekolah dan telah dilatih tentang UKS.
- 4) Kader Kesehatan Remaja adalah kader kesehatan sekolah yang biasanya berasal dari murid kelas 1 dan 2 SLTP dan setingkat, murid kelas 1 dan 2 SMU/SMK dan setingkat yang telah mendapatkan pelatihan Kader Kesehatan Remaja.

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Cakupan pelayanan kesehatan remaja} = \frac{\text{Jumlah murid kelas 1 SLTP dan setingkat + murid kelas 1 SMU/SMK dan setingkat yang diperiksa kesehatannya melalui penjangkaran kesehatan oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih}}{\text{Jumlah murid kelas 1 SLTP dan setingkat + SMU/SMK dan setingkat}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah murid kelas 1 SLTP dan setingkat + Murid kelas 1 SMU/SMK dan setingkat yang diperiksa kesehatannya melalui penjangkaran kesehatan oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih (guru UKS/kader kesehatan remaja) di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah murid kelas 1 SLTP dan setingkat + murid kelas 1 SMU/ SMK dan setingkat di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Jumlah murid kelas 1 SLTP dan setingkat + murid kelas SMU/SMK dan setingkat di Kabupaten A tahun 2003 adalah 6.000 orang.

Jumlah murid kelas 1 SLTP dan setingkat + murid kelas 1 SMU/SMK dan setingkat yang diperiksa kesehatannya melalui penjarangan kesehatan *3.000 orang*.

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

d. Sumber Data

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

e. Rujukan

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

f. Target

- Target 2005: 15%
- Target 2010: 80%

g. Langkah Kegiatan

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

**C Pelayanan Keluarga Berencana
Cakupan peserta KB aktif**

a. Pengertian

- 1) Peserta KB Aktif (CU) adalah akseptor yang pada saat ini memakai kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau yang mengakhiri kesuburan.
- 2) Cakupan Peserta KB Aktif adalah perbandingan antara jumlah peserta KB aktif (CU) dengan Pasangan Usia Subur (PUS).
- 3) Cakupan Peserta KB aktif menunjukkan tingkat pemanfaatan kontrasepsi di antara para Pasangan Usia Subur (PUS).

b. Definisi Operasional

Cakupan peserta KB aktif adalah cakupan peserta KB aktif dibandingkan dengan jumlah Pasangan Usia Subur di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) **Rumus**

$$\text{Cakupan peserta KB aktif} = \frac{\text{Jumlah peserta KB aktif (CU)}}{\text{Jumlah pasangan usia subur}} \times 100 \%$$

2) **Pembilang**

Jumlah PUS yang memperoleh pelayanan kontrasepsi sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) **Penyebut**

jumlah PUS di satu wilayah kerja dan kurun waktu yang sama.

4) **Ukuran/Konstanta**

Persentase (%)

5) **Contoh Perhitungan**

Jumlah PUS yang memperoleh pelayanan kontrasepsi sesuai standar di Kabupaten A= 12.000 PUS

Jumlah PUS di Kabupaten A= 15.000 PUS

$$\text{Persentase cakupan peserta aktif KB} = \frac{12.000}{15.000} \times 100 \% = 80 \%$$

d. Sumber Data

- 1) Hasil Pencatatan dan Pelaporan KB BKKBN;
- 2) Hasil Pendataan BKKBN/ BPS setempat.

e. Rujukan

- 3) Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi (BP3K);
- 4) Panduan Baku Klinis Program Pelayanan KB;
- 5) Pedoman Penanggulangan Efek Samping/Komplikasi Kontrasepsi;
- 6) Pedoman Pelayanan Kontrasepsi Darurat;
- 7) Penyeliaan Fasilitatif Pelayanan KB;
- 8) Instrumen Kajian Mandiri Pelayanan KB;
- 9) Panduan Audit Medik Pelayanan KB;
- 10) Analisis Situasi & Bimbingan Teknis Pengelolaan Pelayanan KB;
- 11) Paket Kesehatan Reproduksi.

f. Target

- Target 2005: 60%
- Target 2010: 70%

g. Langkah Kegiatan

- 1) Pendataan Sasaran;
- 2) Penyediaan Akses Pelayanan yang Berkualitas;
- 3) Pemberian Pelayanan yang Berkualitas.

- 4) Manajemen Kualitas Pelayanan :
- Penyeliaan Fasilitatif;
 - Audit Medik;
 - Kajian Mandiri;
 - Quick Investigation of Quality (QIQ);
 - Manajemen Pengelolaan.

**D Pelayanan Imunisasi
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. (Undang-Undang No. 22 Tahun 2001 tentang Pemerintahan Daerah).
- 2) Desa adalah kesatuan masyarakat hukum yang memiliki kewenangan untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat berdasarkan asal usul dan adat istiadat setempat yang diakui dalam sistem Pemerintahan Nasional dan berada di daerah kabupaten.
- 3) UCI (Universal Child Immunization) ialah tercapainya imunisasi dasar secara lengkap pada bayi (0-11 bulan), ibu hamil, WUS dan anak sekolah tingkat dasar.
- 4) Imunisasi dasar lengkap pada bayi meliputi : 1 dosis BCG, 3 dosis DPT, 4 dosis Polio, 4 dosis Hepatitis B, 1 dosis Campak. Ibu hamil dan WUS meliputi 2 dosis TT. Anak sekolah tingkat dasar meliputi, 1 dosis DT, 1 dosis campak, 2 dosis TT.

b. Definisi Operasional

Desa atau Kelurahan UCI adalah desa/kelurahan dimana $\geq 80\%$ dari jumlah bayi yang ada di desa tersebut sudah mendapat imunisasi dasar lengkap.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

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

2) Pembilang

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

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

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

Jumlah desa di Kabupaten/Kota X sebanyak 90 desa.

Persentase Desa/kelurahan UCI di wilayah Kabupaten/Kota X =

$$\frac{75}{90} \times 100\% = 83,3 \%$$

d. Sumber Data

SIMPUS, SIRS, dan klinik.

e. Rujukan

Pedoman Operasional Program Imunisasi Tahun 2003, IM. 16 (3 buku).

f. Target

- Target 2005: 86 %
- Target 2010: 100 %

g. Langkah Kegiatan

1) Pengadaan dan Pemeliharaan rantai dingin.

Adalah upaya untuk menata vaksin kebutuhan program imunisasi dan memelihara peralatan tempat penyimpanan vaksin di semua tingkatan administrasi, meliputi :

- Penerimaan / pengiriman vaksin.
- Penyimpanan vaksin.

2) Perencanaan penyiapan logistik.

Adalah perhitungan kebutuhan logistik (vaksin, alat suntik, safety box, dan cold chain).

Logistik yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan sampai pada sasaran merupakan penunjang dari keberhasilan program imunisasi , perencanaan haruslah meliputi :

- Perhitungan kebutuhan vaksin disemua tingkatan administrasi.
- Kebutuhan tempat penyimpanan vaksin seperti lemari es / freezer.
- Kebutuhan tempat pendistribusian vaksin seperti box vaksin, vaksin carrier, thermos.

- Kebutuhan alat suntik ADS (Autodisable syringe) sesuai dengan sasaran dan kegiatan.
 - Kebutuhan alat penanganan limbah seperti safety box, needle cutter, incinerator.
- 3) Pelayanan Imunisasi.
- Adalah suatu kegiatan pemberian imunisasi kepada sasaran (bayi, anak, dan orang dewasa) yang bertujuan untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit.
- Pelayanan imunisasi merupakan kegiatan yang meliputi :
- Pengumpulan data sasaran.
 - Penggerakan sasaran.
 - Pelaksanaan imunisasi.
 - Pencatatan dan pelaporan.
- 4) Penanganan KIPI.
- Adalah suatu kegiatan penanggulangan kejadian sakit dan kematian yang terjadi dalam satu bulan setelah imunisasi yang diduga ada hubungannya dengan pemberian imunisasi, yang meliputi :
- Kunjungan lapangan.
 - Investigasi/pelacakan.
 - Perawatan rujukan.
 - Pemeriksaan laboratorium.
 - Pengkajian kasus tersangka KIPI.

E. Pelayanan Pengobatan / Perawatan

1. Cakupan rawat jalan

a. Pengertian

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

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Cakupan rawat jalan} = \frac{\text{Jumlah kunjungan pasien baru rawat jalan di sakes dalam kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk di satu wilayah dalam kurun waktu yang sama}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah kunjungan pasien baru rawat jalan di sarana kesehatan dalam kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%).

5) Contoh Perhitungan

Jumlah kunjungan pasien baru RJ di sarkes di Kab. A dalam kurun waktu 1 (satu) tahun : 52.800.

Jumlah penduduk Kab. A : 2.000.000 orang.

$$\text{Persentase cakupan rawat jalan} = \frac{52.800}{2.000.000} \times 100 \% = 2,64 \%$$

d. Sumber Data

SIMPUS, SIRS, dan Rekam Medik.

e. Rujukan

Pedoman Puskesmas dan Rumah Sakit.

f. Target

- Target 2005 : 10 %
- Target 2010 : 15 %

g. Langkah Kegiatan

- 1) Pendataan penduduk, sarana kesehatan, dan kunjungan ke sarana kesehatan;
- 2) Peningkatan prasarana dan sarana kesehatan;

- 3) Analisa kebutuhan pelayanan;
- 4) Penyuluhan;
- 5) Pelatihan SDM;
- 6) Pencatatan pelaporan.

2. Cakupan rawat inap

a. Pengertian

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

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan / Rumus

1) Rumus

$$\text{Cakupan rawat inap} = \frac{\text{Jumlah pasien rawat inap baru di sarkes dalam kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk dalam satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah kunjungan rawat inap baru yang mendapatkan pelayanan kesehatan di Poli Umum, baik dalam dan luar gedung di satu wilayah kerja pada kurun waktu kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%).

5) Contoh Perhitungan

Jumlah kunjungan pasien rawat inap baru di sarkes di Kab. A dalam kurun waktu 1 (satu) tahun : 68.000.
Jumlah penduduk Kab. A : 3.000.000 orang.

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

d. Sumber Data

SIMPUS, SIRS, dan Rekam Medik.

e. Rujukan

Pedoman Puskesmas dan Rumah Sakit.

f. Target

- Target 2005 : 1 %
- Target 2010 : 1,5 %.

g. Langkah Kegiatan

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

F Pelayanan Kesehatan Jiwa

Pelayanan gangguan jiwa di sarana pelayanan kesehatan umum

a. Pengertian

- 1) Pelayanan gangguan jiwa adalah pelayanan pada pasien yang mengalami gangguan kejiwaan, yang meliputi gangguan pada perasaan, proses pikir dan perilaku, yang menimbulkan penderitaan pada individu dan atau hambatan dalam melaksanakan peran sosialnya.
- 2) Pelayanan kesehatan jiwa meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif pada gangguan mental emosional, psikosomatik, dan psikotik pada , Bumil, bufas, bayi, anak balita dan pra sekolah, anak usia sekolah, remaja, dewasa dan usia lanjut, yang diberikan oleh Dokter, Perawat, Bidan yang memiliki kompetensi teknis.

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Pelayanan gangguan jiwa} = \frac{\text{Jumlah kunjungan kasus gangguan jiwa yang terlayani di Puskesmas dan Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta}}{\text{Jumlah seluruh kunjungan baru dan lama di Puskesmas dan Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah kunjungan kasus gangguan jiwa yang terlayani di Puskesmas dan Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah seluruh kunjungan di Puskesmas dan Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Rata-rata kunjungan jiwa di Puskesmas per hari : 1

Rata-rata kunjungan Puskesmas/RS per hari : 30

Jumlah hari kunjungan dalam 1 bulan : 24

Jumlah bulan dalam 1 tahun : 12

$$\text{Persentase pelayanan gangguan jiwa} = \frac{1 \times 24 \times 12}{30 \times 24 \times 12} \times 100 \% = 3,33\%$$

d. Sumber Data

SIMPUS, SIRS dan Rekam Medik.

e. Rujukan

- 1) Pedoman Kesehatan Jiwa bagi Petugas Kesehatan;
- 2) Pedoman Penatalaksanaan Gangguan Jiwa di Sarana Kesehatan Umum.

f. Target

- Target 2005: 3 %
- Target 2010: 15 %

g. Langkah Kegiatan

- 1) Penemuan kasus gangguan jiwa berdasarkan klasifikasi ICD-X;
- 2) Pelayanan kasus gangguan jiwa;
- 3) Pelatihan;
- 4) Pencatatan dan pelaporan;
- 5) Kunjungan rumah;
- 6) Monitoring dan evaluasi.

G Pemantauan Pertumbuhan Balita

1. Balita yang naik berat badannya

a. Pengertian

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

b. Definisi Operasional

Balita yang naik berat badannya (N) adalah Balita yang ditimbang (D) di posyandu maupun di luar posyandu yang berat badannya naik di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Balita yang naik berat badannya} = \frac{\text{Jumlah balita yang ditimbang di posyandu maupun diluar posyandu yang berat badannya naik (N)}}{\text{Jumlah balita yang ditimbang di posyandu maupun diluar posyandu (D)}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah balita yang ditimbang di posyandu maupun di luar posyandu yang berat badannya naik di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Jumlah balita yang naik berat badannya (N)= 45.

Jumlah balita yang ditimbang seluruhnya (D)= 62.

Persentase balita yang naik berat badannya :

$$\frac{45}{62} \times 100\% = 72,5 \%$$

d. Sumber Data

R1 Gizi, LB3-SIMPUS

e. Rujukan

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

f. Target

- Target 2005: 60%
- Target 2010: 80%

g. Langkah Kegiatan

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

2. Balita Bawah Garis Merah

a. Pengertian

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

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

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

2) Pembilang

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

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Jumlah balita BGM = 4 anak.

Jumlah seluruh balita yang ditimbang = 62 anak.

Persentase balita bawah garis merah : $\frac{4}{62} \times 100\% = 6,4\%$

d. Sumber Data

R1 Gizi, LB3-SIMPUS

e. Rujukan

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

f. Target

- Target 2005: 8%
- Target 2010: 5%

g. Langkah Kegiatan

- 1) Pengadaan dan pemeliharaan alat ukur berat badan dan KMS, pengadaan daftar tilik dan formulir rujukan;
- 2) Perencanaan penyiapan logistik;
- 3) Pelacakan BGM melalui pemantauan pertumbuhan di posyandu dan di luar posyandu;
- 4) Bimbingan teknis.

H Pelayanan Gizi

1. Cakupan balita mendapat kapsul vitamin A 2 kali per tahun.

a. Pengertian

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

b. Definisi Operasional

Cakupan balita mendapat kapsul vitamin A adalah cakupan bayi 6 – 11 bulan mendapat kapsul vitamin A satu kali dan anak umur 12-59 bulan mendapat kapsul vitamin A dosis tinggi dua kali per tahun di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Cakupan balita mendapat kapsul vitamin A} = \frac{\text{Jumlah balita yang mendapat kapsul vitamin A dosis tinggi}}{\text{Balita yang ada di satu wilayah kerja}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah Balita mendapat kapsul vit. A dosis tinggi di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Jumlah anak usia 12-59 bulan yang mendapat kapsul vitamin A dosis tinggi= 100.000.

Jumlah bayi usia 6-11 bulan yang mendapat kapsul vitamin A dosis tinggi= 20.000.

Jumlah Balita di wilayah Kabupaten/Kota= 150.000 balita.

Persentase cakupan balita mendapat Kapsul vitamin A di Kab/Kota X pada tahun 2003 =

$$\frac{(100.000 + 20.000)}{150.000} \times 100 \% = 80 \%$$

d. Sumber Data

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

e. Rujukan

- a. Pedoman Akselerasi Cakupan Kapsul Vitamin A, Depkes RI Tahun 2000;
- b. Pedoman Pemberian Kapsul Vitamin A, Depkes RI Tahun 2000;
- c. Booklet Deteksi Dini Xerophtalmia, Depkes RI Tahun 2002;
- d. Pedoman dan deteksi tatalaksana kasus xerophtalmi, Depkes RI Tahun 2002.

f. Target

- Target 2005: 80%
- Target 2010: 90%

g. Langkah Kegiatan

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

2. Cakupan ibu hamil mendapat 90 tablet Fe

a. Pengertian

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

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Cakupan Ibu Hamil mendapat 90 tablet} = \frac{\text{Jumlah ibu hamil mendapat 90 tablet Fe selama periode kehamilannya}}{\text{Jumlah ibu hamil}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah ibu hamil yang mendapat tablet Fe selama periode kehamilannya di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Jumlah ibu hamil mendapat tablet Fe = 7.500 ibu

Jumlah ibu hamil = 15.000 ibu.

Persentase cakupan ibu hamil mendapat tablet :

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

d. Sumber Data

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

e. Rujukan

- a. Pedoman Pemberian Tablet Besi-Folat dan Sirup Besi bagi Petugas Depkes RI Tahun 1999;
- b. Booklet Anemia Gizi dan Tablet Tambah Darah Untuk WUS Tahun 2001.

f. Target

- Target 2005: 70%
- Target 2010: 90%

g. Langkah Kegiatan

- 1) Pendataan Sasaran Ibu Hamil (Baseline data);
- 2) Perencanaan kebutuhan tablet Fe (zat besi);
- 3) Pengadaan dan pendistribusian tablet Fe;
- 4) Penggandaan Buku Pedoman dan Juknis;
- 5) Monitoring dan Evaluasi.

3. Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada Bayi Bawah Garis Merah dari keluarga miskin.

a. Pengertian

- 1). Bayi Bawah Garis Merah (BGM) keluarga miskin adalah bayi usia 6-11 bulan yang berat badannya berada pada garis merah atau di bawah garis merah pada KMS.
- 2). Keluarga Miskin (Gakin) adalah keluarga yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota melalui Tim Koordinasi Kabupaten/Kota (TKK) dengan melibatkan Tim Desa dalam mengidentifikasi nama dan alamat Gakin secara tepat, sesuai dengan Gakin yang disepakati.
- 3) MP-ASI dapat berbentuk bubur, nasi tim dan biskuit yang dapat dibuat dari campuran beras, dan atau beras merah, kacang-kacangan, sumber protein hewani/nabati, terigu, margarine, gula, susu, lesitin kedele, garam bikarbonat dan diperkaya dengan vitamin dan mineral.

b. Definisi Operasional

Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada bayi BGM dari keluarga miskin adalah pemberian MP-ASI dengan porsi 100 gram per hari selama 90 hari.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Cakupan pemberian MP-ASI} = \frac{\text{Jumlah bayi BGM usia 6 – 11 bulan dari Gakinyang mendapat MP-ASI}}{\text{Jumlah seluruh bayi BGM usia 6 – 11 bulan dari Gakin}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah bayi BGM usia 6 – 11 bulan dari gakin yang mendapat MP-ASI di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah seluruh bayi usia 6 – 11 BGM bulan dari gakin di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Jumlah bayi BGM usia 6–11 bulan dari gakin yang mendapat MP-ASI = 60;

Jumlah seluruh bayi BGM usia 6 – 11 bulan dari Gakin= 75.

Persentase cakupan pemberian MP-ASI bayi usia 6–11 bulan BGM yang mendapat MP-ASI dari GAKIN = $\frac{60}{75} \times 100\% = 80\%$.

d. Sumber Data

Laporan Khusus MP-ASI, R1 Gizi, LB3-SIMPUS

e. Rujukan

Pedoman pengelolaan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) untuk bayi usia 6 – 11 bulan dan Spesifikasi MP-ASI tahun 2004.

f. Target

- Target 2005: 90%
- Target 2010: 100%

g. Langkah Kegiatan

- 1) Pendataan sasaran;
- 2) Penyusunan Spesifikasi dan Pedoman Pengelolaan MP-ASI untuk bayi usia 6 – 11 bln dan anak usia 12 – 23 bln;
- 3) Pelatihan tenaga pelaksanaan program MP-ASI;
- 4) Sosialisasi program MP-ASI;
- 5) Distribusi MP-ASI;
- 6) Pencatatan/Pelaporan;
- 7) Monitoring dan Evaluasi.

4. Balita gizi buruk mendapat perawatan

a. Pengertian

- 1) Balita adalah anak usia di bawah lima tahun (0 tahun sampai dengan 4 tahun 11 bulan), yang ada di 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, kwasiorkor, dan marasmus-kwasiorkor).

- 3) Perawatan sesuai standar yaitu pelayanan yang diberikan mencakup :
 - a) Pemeriksaan klinis meliputi kesadaran, dehidrasi, hipoglikemi, dan hipotermi;
 - b) Pengukuran antropometri menggunakan parameter BB dan TB;
 - c) Pemberian larutan elektrolit dan multi-micronutrient serta memberikan makanan dalam bentuk, jenis, dan jumlah yang sesuai kebutuhan, mengikuti fase Stabilisasi, Transisi, dan Rehabilitasi;
 - d) Diberikan pengobatan sesuai penyakit penyerta;
 - e) Ditimbang setiap minggu untuk memantau peningkatan BB sampai mencapai Z-score -1;
 - f) Konseling gizi kepada orang tua/pengasuh tentang cara memberi makan anak.

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Balita gizi buruk mendapat perawatan} = \frac{\text{Balita gizi buruk yang dirawat di sarana pelayanan kesehatan sesuai standar}}{\text{Balita gizi buruk yang ditemukan}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah balita gizi buruk yang dirawat di sarana pelayanan kesehatan sesuai standar 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

Berdasarkan hasil temuan balita gizi buruk di kecamatan X sebanyak 20 balita. Laporan dari petugas terkait menunjukkan terdapat 16 balita gizi buruk yang mendapat perawatan sesuai standar.

Maka : Persentase cakupan pelayanan perawatan balita gizi buruk adalah = $\frac{16}{20} \times 100 \% = 80 \%$

d. Sumber Data

R1/Gizi, LB3-SIMPUS, SIRS, W1 (laporan Wabah KLB), Laporan KLB gizi buruk Puskesmas dan atau Rumah Sakit.

e. Rujukan

- 1) Pedoman Tatalaksana KEP pada Anak di Rumah Sakit Kabupaten/Kodya, 1998;
- 2) Pedoman Tatalaksana KEP pada Anak di Puskesmas dan Rumah Tangga, 1998;
- 3) Buku Bagan Tatalaksana Anak Gizi Buruk, 2003;
- 4) Petunjuk Teknis Tatalaksana Anak Gizi Buruk, 2003;
- 5) Panduan Pelatihan Tatalaksana Anak Gizi Buruk, 2003;
- 6) Pedoman pelayanan gizi rumah sakit, 2003;
- 7) Modul Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

f. Target

- Target 2005: 100%
- Target 2010: 100%

g. Langkah Kegiatan

- 1) Perencanaan penyiapan sarana/prasarana;
- 2) Pelatihan tenaga kesehatan;
- 3) Pelayanan kasus;
- 4) Evaluasi.

a. Pelayanan Kesehatan Rujukan dan Penunjang

Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar dan Komprehensif.

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

a. Pengertian

- 1) Akses ketersediaan darah dan komponen yang aman untuk menangani rujukan ibu hamil dan neonatus adalah ibu hamil, post partum dan neonatus komplikasi di rujuk yang memperoleh pelayanan transfusi darah sesuai kebutuhan dengan memanfaatkan persediaan darah serta komponen yang aman

pada UTD PMI, UTD RS, dan bank darah RS di satu wilayah kerja.

1. Ibu hamil adalah ibu yang mengandung sampai usia kehamilan 42 minggu.
2. Neonatus adalah bayi baru lahir dengan usia 0 sampai 28 hari.
3. Darah dan komponen yang aman adalah darah dan komponennya yang sudah melalui proses uji saring darah donor terhadap IMLTD (Infeksi Menular Lewat Transfusi Darah), yaitu VDRL (Veneral Disease Research Laboratory) , HbsAg dan anti HIV dengan proses uji silang serasi (*crossmatching*) antara darah donor dengan darah resipien.

b. Definisi Operasional

Akses terhadap ketersediaan darah dan komponen yang aman untuk menangani rujukan bumil dan neonatus adalah Ibu hamil, post partum dan neonatus yang dirujuk dan mendapatkan darah yang aman dan sesuai kebutuhannya di rumah sakit pemerintah dan swasta.

c. Cara Perhitungan / Rumus

1) Rumus

$$\text{Akses terhadap ketersediaan darah} = \frac{\text{Jumlah bumil dan neonatus rujukan yang mendapatkan darah dan komponen yang aman}}{\text{Jumlah bumil dan neonatus rujukan yang membutuhkan darah dan komponen yang aman}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

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

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Jumlah bumil, post partum yang mendapatkan darah dan komponennya yang aman pada tahun 2003 sebanyak 300 orang.

Jumlah bumil, post partum dan neonatus yang membutuhkan darah dan komponennya yang aman pada tahun 2003 sebanyak 500 orang.

Persentase akses terhadap ketersediaan darah dan komponennya yang aman = $300/500 \times 100 \% = 60 \%$

d. Sumber Data

SIMPUS, SIRS, dan Dinkes Kab/Kota.

e. Rujukan

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

f. Target

- a. Target 2005 : 50 %
- b. Target 2010 : 80 %.

g. Langkah Kegiatan

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

ii. Bumil resiko tinggi / komplikasi yang tertangani

a. Pengertian

- 1) Ibu Hamil Risti / Komplikasi adalah keadaan penyimpangan dari

normal, yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Risti / Komplikasi Kebidanan meliputi Anemia (Hb<8 gr %), Tekanan darah tinggi (sistole > 140 mmHg, Diastole >90 mmHg), Oedema nyata, eklampsia, perdarahan pervaginam, ketuban pecah dini, Letak lintang pada usia kehamilan > 32 minggu, Letak sungsang pada primigravida, infeksi berat/sepsis, persalinan prematur.

- 2) Ibu Hamil Risti / Komplikasi yang tertangani adalah Ibu hamil Risti yang mendapat pelayanan oleh tenaga kesehatan yang terlatih.

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan / Konstanta

1) Rumus

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

2) Pembilang

Jumlah ibu hamil resiko tinggi/komplikasi yang tertangani dari satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu di puskesmas perawatan dan rumah sakit pemerintah/swasta.

3) Penyebut

Jumlah Ibu hamil resiko tinggi/komplikasi yang datang dan atau dirujuk di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama di puskesmas perawatan dan rumah sakit pemerintah/swasta.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Jumlah ibu hamil resiko tinggi/komplikasi yang tertangani di Kab. A pada tahun 2003 sebanyak = 300 bumil.

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

$$\text{Persentase bumil resiko tinggi / komplikasi yang tertangani} = \frac{300}{500} \times 100 \% = 60 \%$$

d. Sumber Data

SIMPUS, SIRS, dan Dinkes Kab/Kota.

e. Rujukan

- i. Pedoman Audit maternal dan Perinatal;
- ii. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan maternal dan Neonatal;
- iii. Pedoman PONED dan PONEK;
- iv. Pedoman Asuhan Kehamilan;
- v. Standar Asuhan Persalinan Normal;
- vi. Standar Pelayanan Kebidanan;
- vii. Standar Asuhan Kebidanan dan Neonatal;
- viii. Dasar-dasar Asuhan Kebidanan.

f. Target

- b. Target 2005 : 40 %
- c. Target 2010 : 80 %

g. Langkah Kegiatan

- 1) Pelatihan;
- 2) Pemantapan Audit Maternal Perinatal (AMP);

- 3) Penyediaan sarana peralatan, obat esensial, dan ambulan;
- 4) Rujukan pasien, tenaga medis, dan spesimen.

iii. Neonatus risti/ komplikasi yang tertangani

a. Pengertian

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

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan / Konstanta

1) Rumus

$$\begin{array}{l} \text{Neonatus} \\ \text{risti/komplikasi} \\ \text{yang tertangani} \end{array} = \frac{\text{Jumlah neonatus risti/komplikasi} \\ \text{yang tertangani}}{\text{Neonatus risti yang datang dan} \\ \text{atau dirujuk}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

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

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%).

5) Contoh Perhitungan

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

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

$$\text{Persentase neonatus resiko tinggi / komplikasi yang tertangani} = \frac{300}{500} \times 100 \% = 60 \%$$

d. Sumber Data

SIMPUS, SIRS, dan Dinkes Kab/Kota.

e. Rujukan

- 1) Pedoman Pelayanan Perinatal Pada RSUD Kelas C dan D;
- 2) Pedoman manajemen neonatal untuk RS Kab/Kota;
- 3) Pedoman manajemen asphyxia bayi baru lahir;

- 4) Manajemen terpadu bayi muda (MTBM);
- 5) Manajemen terpadu bayi sakit (MTBS);
- 6) Buku KIA.

f. Target

- Target 2005 : 40 %
- Target 2010 : 80 %

g. Langkah Kegiatan

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

J. Pelayanan Gawat Darurat

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

a. Pengertian

- 1) Sarana Kesehatan adalah Rumah Bersalin (RB), Puskesmas dan Rumah sakit.

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

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan/ Rumus

1) Rumus

$$\text{Sarkes dengan kemampuan pelayanan gawat darurat} = \frac{\text{Jumlah sarkes dengan kemampuan pelayanan gawat darurat}}{\text{Jumlah sarkes yang ada}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawatdarurat di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%).

5) Contoh Perhitungan

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

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

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

d. Sumber Data

SIMPUS, SIRS, dan Dinkes Kab/Kota.

e. Rujukan

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

f. Target

- Target 2005 : 40 %
- Target 2010 : 90 %

g. Langkah Kegiatan

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

K. Penyelenggaraan penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) dan Gizi buruk

1. Desa/kelurahan mengalami KLB yang ditangani < 24 jam

3) Pengertian

Desa/ kelurahan mengalami KLB bila terjadi peningkatan kesakitan atau kematian penyakit potensial KLB, penyakit karantina atau keracunan makanan.

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.

- i. Penyelidikan KLB: rangkaian kegiatan berdasarkan cara-cara epidemiologi untuk memastikan adanya suatu KLB, mengetahui gambaran penyebaran KLB dan mengetahui sumber dan cara-cara penanggulangannya.
- ii. Penanggulangan KLB: Upaya untuk menemukan penderita atau tersangka penderita, penatalaksanaan Penderita, pencegahan peningkatan, perluasan dan menghentikan suatu KLB.

b. Definisi Operasional

Desa/kelurahan mengalami KLB yang ditangani adalah Kejadian Luar Biasa (KLB) yang ditangani < 24 jam pada suatu desa/kelurahan di satu wilayah kerja dalam periode/kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Desa/kelurahan mengalami KLB yang ditangani < 24 jam} = \frac{\text{Jumlah kejadian Luar Biasa (KLB) yang ditangani < 24 jam}}{\text{Jumlah KLB yang terjadi}} \times 100 \%$$

Catatan :

Bila dalam 1 desa/kelurahan terjadi lebih dari 1 kali KLB pada suatu

periode, maka jumlah desa/kelurahan yang mengalami KLB dihitung sesuai dengan frekuensi KLB yang terjadi di desa/kelurahan tersebut, dan ikut dimasukkan dalam penghitungan pembilang maupun penyebut.

2) Pembilang

Jumlah kejadian Luar Biasa (KLB) yang ditangani < 24 jam pada satu wilayah dalam periode/ kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

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

E	x	x	x	-	x	4	2	4	Jml desa/kel mengalami KLB dihi tung 4 km KLB di desa/kel A terjadi 4 kali pd thn tersebut
Jml	2	3	3	0	2	10	6	10	

Keterangan: x : terjadi KLB
- : tidak terjadi KLB

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

d. Sumber Data

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

e. Rujukan

- 1) UU nomor 4 tahun 1984 tentang wabah penyakit menular;
- 2) PP No. 40 tahun 1991 tentang Penanggulangan wabah penyakit menular;
- 3) Kepmenkes 1116/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan;
- 4) Kepmenkes No.1479/Menkes/SK/X/2003, tentang Surveilans Terpadu Penyakit.

f. Target

- Target 2005: 70 %
- Target 2010: 100 %

g. Langkah Kegiatan

- 1) Pemastian KLB;
untuk memastikan adanya KLB bisa melakukan komunikasi cepat dan dilakukan kunjungan lokasi yang diinformasikan adanya KLB, dengan menyamakan kondisinya dengan kriteria KLB. Atau melakukan hubungan telepon dengan kontak person yang ada di lapangan dimana informasi KLB tadi didapat. Apakah perlu dilakukan investigasi dari yang lebih atas atau tidak atau cukup

oleh Puskesmas setempat. Mengirim W1 dan laporan sementara kondisi KLB.

- 2) Investigasi;
Investigasi ini diperlukan untuk memastikan apakah betul telah terjadi KLB yang dimaksud. Sebelum investigasi dilakukan diperlukan konfirmasi ke lokasi melalui hubungan cepat.
- 3) Penanggulangan;
Pada kegiatan penanggulangan diperlukan dukungan semua pihak pemda, teknis dan keahlian. Hal ini tujuannya agar KLB tidak menjadi lebih berat atau korban lebih banyak lagi, KLB dapat dihentikan dst. Kegiatan yang dilakukan mengidentifikasi semua faktor resiko terjadinya KLB tersebut.
- 4) Pemutusan mata rantai penularan;
Kegiatan ini untuk menghentikan KLB, dengan memutus mata rantai penularan misalnya kalau pada KLB DBD dengan melakukan 3M, Fogging, penyuluhan dsb.
- 5) Pengamatan pasca KLB.
Dengan memantau vektor, atau kemungkinan kasus bertambah, pemantauan pasca KLB ini biasanya dua periode masa inkubasi penyakit yang bersangkutan.

2. Kecamatan Bebas Rawan Gizi

a. Pengertian

- 1) Kecamatan adalah wilayah kerja camat sebagai perangkat daerah Kabupaten dan/atau daerah Kota dibawah Kabupaten/Kota.
- 2) Gizi kurang: Status gizi yang diukur berdasarkan berat badan menurut umur (Z-Score < -2 s.d. -3).
- 3) Gizi buruk; Status gizi yang diukur berdasarkan berat badan menurut umur (Z-Score terletak <-3), dan atau disertai tanda klinis kwashiorkor, marasmus, marasmus –kwashiorkor)
- 4) KLB Gizi buruk, bila ditemukan 1 kasus gizi buruk menurut BB/U dan dikonfirmasi dengan BB/TB, Z-Score <-3 dan/ atau disertai dengan tanda-tanda klinis.
- 5) Kecamatan bebas rawan gizi, bila prevalensi gizi kurang dan gizi buruk, < 15%

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

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

2) Pembilang

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

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%).

5) Contoh Perhitungan

Jumlah kecamatan dengan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk pada balita <15%= 12; Jumlah kecamatan seluruhnya= 18;

$$\text{Persentase Kecamatan Bebas rawan Gizi} = \frac{12}{18} \times 100\% = 66,6\%$$

d. Sumber Data

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

e. Rujukan

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

f. Target

- Target 2005 : 40%
- Target 2010 : 80 %

g. Langkah Kegiatan

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

I. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Polio

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

a. Pengertian

- 1) Kasus AFP adalah penderita lumpuh layuh akut seperti gejala kelumpuhan pada polio yang terjadi pada anak dibawah umur 15 tahun.
- 2) Kasus AFP non polio adalah penderita lumpuh layuh pada anak usia dibawah 15 tahun yang dalam pemeriksaan tidak ditemukan virus polio liar atau yang ditetapkan oleh ahli dengan kriteria tertentu.

b. Definisi Operasional

Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk adalah jumlah kasus AFP non Polio yang ditemukan diantara 100.000 penduduk < 15 per tahun di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\begin{array}{l} \text{Acute Flacid} \\ \text{Paralysis (AFP) rate} \\ \text{per 100.000 penduduk} \end{array} = \frac{\text{Jumlah kasus AFP non polio} \\ \text{penduduk < 15 Tahun}}{\text{Jumlah penduduk < 15 tahun}}$$

2) Pembilang

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

3) Penyebut

Jumlah penduduk < 15 tahun di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta

Proporsi per 100.000 penduduk

5) Contoh Perhitungan

Jumlah anak usia kurang dari umur 15 tahun di Kabupaten X, pada tahun 2003 adalah 200.000 anak.

Selama tahun 2003, dalam kegiatan surveilans di Puskesmas dan Rumah Sakit di wilayah Kabupaten X ditemukan 3 anak yang dalam pemeriksaan Laboratorium menunjukkan hasil positif lumpuh layuh akut.

Hasil pemeriksaan virus polio tidak ditemukan virus polio liar.

Persentase angka lumpuh layuh akut (AFP rate) adalah :

$$\frac{3}{200.000} \text{ anak} \times 100.000. = 1,5$$

d. Sumber Data

Laporan surveilans AFP Dinkes Kab/Kota.

e. Rujukan

- a. Buku Rujukan Eradikasi Polio di Indonesia Tahun 2002 No.616.835
Ind m;
- b. Modul Pelatihan.

f. Target :

- Target 2005: ≥ 1 %
- Target 2010: ≥ 1 %

g. Langkah Kegiatan

- 1) Sosialisasi;
Untuk mendapatkan dukungan/komitmen lintas program dan lintas sektor.
- 2) Pencarian kasus;
Menjaring semua anak < 15 tahun yang lumpuh layuh apapun penyebabnya , untuk diambil spesimennya sebagai langkah untuk memastikan apakah polio atau bukan.
- 3) Pengambilan specimen;
Pengambilan spesimen tinja dua kali sebagai bahan pemeriksaan dalam rangka memastikan apakah ada virus polio atau , apakah kasus polio atau bukan.
- 4) Kunjungan ulang.
Kunjungan ulang dilakukan setelah 60 hari dari anak mulai sakit apakah masih lumpuh atau tidak sebagai pemastuan apakah dia sebagai kasus polio atau bukan.

**M. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit TB-Paru
Kesembuhan Penderita TBC BTA Positif**

a. Pengertian

- 1) Kesembuhan adalah penderita yang minum obat lengkap, dan pemeriksaan sputum secara mikroskopis minimal 2 kali berturut-turut terakhir dengan hasil negatif.
- 2) Angka Kesembuhan adalah : angka yang menunjukkan persentase penderita TBC BTA positif yang sembuh setelah selesai masa pengobatan, diantara penderita TBC BTA positif yang tercatat.

- 3) Angka penemuan penderita TBC BTA (+) atau Case Detection Rate(CDR) adalah persentase jumlah penderita baru BTA positif yang ditemukan dibandingkan jumlah penderita baru BTA positif yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut.
- 4) Kasus Baru adalah penderita yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (30 dosis harian).

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Kesembuhan penderita TBC BTA +} = \frac{\text{Jumlah penderita baru TBC BTA+ yang sembuh}}{\text{Jumlah penderita baru TBC BTA + yang diobati}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah penderita baru TBC BTA + yang sembuh di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah penderita baru TBC BTA + yg diobati di satu wilayah kerja pada waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Penderita baru TBC BTA + yang diobati pada periode 1 Januari s/d 31 Desember 2003 di Kabupaten Bogor sebanyak 322 orang.

Sebanyak 285 orang diantaranya dinyatakan sembuh.

sehingga persentase angka kesembuhannya adalah :

$$\frac{285}{322} \times 100\% = 88,51 \%$$

d. Sumber Data

Laporan TB 08

e. Rujukan

Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis.

f. Target

- Target 2005: > 85 %
- Target 2010: > 85 %

1) Langkah Kegiatan

o Penatalaksanaan P2TBC;

a) Penemuan penderita TB.

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

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

b) Pengobatan.

Obat TB diberikan dalam bentuk kombinasi dari beberapa jenis, dalam jumlah cukup dan dosis tepat selama 6-8 bulan, supaya semua kuman dapat dibunuh. Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap intensif dan lanjutan.

2) Peningkatan SDM;

Pelatihan diberikan kepada semua tenaga yang terkait dengan Program Penanggulangan TBC. Diantaranya :

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

3) Monitoring dan Evaluasi;

a) Supervisi

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

b) Pertemuan monitoring

Pertemuan monitoring dilaksanakan secara berkala dan terus menerus, untuk dapat segera mendeteksi bila ada masalah dalam

pelaksanaan kegiatan yang telah direncanakan, supaya dapat dilakukan tindakan perbaikan segera.

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

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

- 4) Promosi.
 - a) Advokasi;
 - b) Kemitraan;
 - c) Penyuluhan.

N. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit ISPA Cakupan balita dengan pneumonia yang ditangani

a. Pengertian

- 1) Pneumonia adalah proses infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli) yang ditandai dengan batuk disertai napas cepat dan atau napas sesak.
- 2) Klasifikasi penyakit ISPA
Dalam penentuan klasifikasi penyakit dibedakan atas dua kelompok yaitu kelompok untuk umur 2 bulan - < 5 tahun dan kelompok untuk umur < 2 bulan.
 - Untuk kelompok umur 2 bulan - < 5 tahun klasifikasi dibagi atas : Pneumonia berat, Pneumonia dan bukan Pneumonia.
 - Untuk kelompok umur < 2 bulan klasifikasi dibagi atas : Pneumonia berat dan bukan Pneumonia. Dalam pendekatan manajemen terpadu balita sakit (MTBS) klasifikasi pada kelompok umur < 2 bulan adalah infeksi bakteri yang serius dan infeksi bakteri lokal.
 - Klasifikasi Pneumonia berat didasarkan pada adanya batuk dan atau kesukaran bernapas disertai nafas sesak atau tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (chest indrawing) pada anak usia 2 bulan - < 5 tahun. Untuk kelompok umur < 2 bulan diagnosis Pneumonia berat ditandai dengan adanya nafas cepat (fast breathing) yaitu frekuensi pernapasan sebanyak 60 kali per menit atau lebih, adanya tarikan yang kuat pada dinding dada bagian bawah ke dalam (severe chest indrawing).
 - Klasifikasi Pneumonia didasarkan pada adanya batuk dan atau kesukaran bernapas disertai adanya frekuensi napas sesuai umur.

Batas napas cepat (fast breathing pada anak usia 2 bulan - < 1 tahun adalah 50 kali per menit dan 40 kali per menit untuk anak usia 1 – < 5 tahun.

- Klasifikasi bukan Pneumonia mencakup kelompok penderita balita dengan batuk yang tidak menunjukkan gejala peningkatan frekuensi nafas dan tidak menunjukkan adanya tarikan dinding dada bagian bawah kedalam. Dengan demikian klasifikasi bukan Pneumonia mencakup penyakit-penyakit ISPA lain diluar Pneumonia seperti batuk pilek bukan pneumonia (common cold, pharyngitis, tonsilitis, otitis).
- Pola tatalaksana ISPA hanya dimaksudkan untuk tatalaksana penderita Pneumonia berat, Pneumonia dan batuk bukan Pneumonia. Sedangkan penyakit ISPA lain seperti pharyngitis, tonsilitas dan otitis sesuai SOP yang berlaku disarana kesehatan.

b. Definisi Operasional

Cakupan balita dengan pneumonia yang ditangani adalah cakupan balita dengan Pneumonia yang ditangani sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

Cakupan Balita dengan pneumonia yang ditangani = $\frac{\text{Jumlah kasus Pneumonia yang ditangani}}{\text{Jumlah perkiraan kasus Pneumonia Balita}} \times 100 \%$

2) Pembilang

Jumlah kasus Pneumonia balita yang ditangani di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah perkiraan kasus Pneumonia balita di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Jumlah penduduk di wilayah Puskesmas X sebesar 30.000 jiwa, jumlah balita di puskesmas X adalah 3.000 balita.

Perkiraan jumlah kasus pneumonia balita tahun 2004 di puskesmas X

adalah 10% dari jumlah balita, maka jumlah pneumonia balita = 10% x 3.000 balita = 300 balita.

Jumlah kasus pneumonia yang ditemukan dan ditangani sesuai standar di puskesmas X tahun 2004 adalah 250 balita

Persentase cakupan balita dengan pneumonia balita yang ditangani
= $\frac{250}{300} \times 100\% = 83\%$

d. Sumber Data

SIMPUS, SIRS, Surveilans, Informasi Kependudukan Depkes dan BPS.

h. Rujukan

- 1) KEPMENKES RI No. 1537A/MENKES/SK/XII/2002 tentang Pedoman Pemberantasan Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut untuk Penanggulangan Pneumonia Pada Balita ;
- 2) Buku Tatalaksana Penyakit ISPA pada Anak .

▪ **Target**

- Target 2005: 90 %
- Target 2010: 100 %

g. Langkah Kegiatan

- 1) Penatalaksanaan kasus;
Penatalaksanaan kasus dilaksanakan di sarana kesehatan pertama mulai dari Polindes, Posyandu, Pustu dan Puskesmas. Dimulai dari deteksi kasus, melalui anamnesa, pemeriksaan(menggunakan alat bantu hitung napas/ ARI Sound timer) sampai dengan pengobatan (paracetamol, kotrimoksasol atau amoksisilin), didalam pengobatan ini pasien setelah diberikan obat antibiotik 2 hari, harus ditindak lanjuti (follow up) dgn kunjungan rumah untuk assesment ulang melihat perkembangan kasus, sekaligus petugas memeriksa adanya faktor risiko dilingkungan rumah.
- 2) Peningkatan SDM;
Peningkatan SDM khususnya dalam tatalaksanana kasus dan pengelolaan/ manajemen pemberantasan penyakit ISPA (Manajemen P2 ISPA). Dalam meningkatkan kemampuan deteksi kasus dan tatalaksana kasus, tenaga kesehatan di Puskesmas memerlukan Pelatihan Tatalaksana Kasus ISPA atau pelatihan yang dilaksanakan secara terpadu dgn program lain melalui Pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Sedangkan pelatihan Manajemen P2 ISPA diperlukan untuk penanggung jawab P2 ISPA di Kabupaten/Kota.

- 3) Monitoring dan Evaluasi;
Monitoring dilaksanakan oleh petugas dinas kesehatan kabupaten untuk melakukan pemantauan dan bimbingan teknis dalam dua hal yaitu :
 - tatalaksana kasus/pelayanan yang diberikan kepada setiap balita ISPA yang berobat ke Puskesmas.
 - manajemen, yang meliputi pencatatan dan pelaporan sampai analisa sebagai bahan perencanaan, pelaksanaan intervensi dan evaluasi dalam P2 ISPA disuatu wilayah puskesmas.
- 4) Promosi/penyuluhan;
- 5) Kemitraan.

O. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit HIV-AIDS

1. Klien yang mendapatkan Penanganan HIV-AIDS

a. Pengertian

- 1) AIDS adalah kumpulan gejala yang disebabkan oleh karena menurunnya system kekebalan tubuh.
 - 2) HIV adalah virus yang menyerang system kekebalan tubuh yang lama kelamaan akan mengakibatkan AIDS.
 - 3) Penderita HIV/AIDS adalah penderita yang mempunyai gejala (untuk keperluan Surveilans) sebagai berikut :
 - a) Dewasa (>12 tahun), apabila :
 - Test HIV (+) dan ditemukan 2 gejala mayor dan 1 gejala minor.
 - Ditemukan Sarkoma Kaposi atau Pneumonia pneumocystis carinii.
 - b) Anak-anak (< 12 tahun), apabila :
 - Jika umur > 18 bulan, test HIV (+) dan ditemukan 2 gejala mayor dan 2 gejala minor
 - Jika umur < 18 bulan test HIV (+) dan ditemukan 2 gejala mayor dan 2 gejala minor dengan ibu yang HIV (+)
- a. Tatalaksana HIV/AIDS dimaksud :
- ii. Voluntary Counseling Testing (VCT) adalah kegiatan test konseling secara sukarela
 - iii. Perawatan orang sakit dengan HIV/AIDS
 - i. Pengobatan Anti Retro Viral (ARV)
 - ii. Pengobatan infeksi Oportunistik
 - iii. Rujukan kasus spesifik

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Klien yang mendapatkan penanganan HIV/AIDS} = \frac{\text{Jumlah klien yang mendapatkan penanganan HIV/AIDS}}{\text{Jumlah seluruh klien HIV/AIDS yang datang ke sarana kesehatan}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah Klien yang mendapatkan penanganan HIV/AIDS di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah seluruh klien HIV/AIDS yang datang ke sarana kesehatan di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Di Rumah Sakit A di Kabupaten X jumlah ODHA yang mendapat penanganan HIV/AIDS secara standar yakni meliputi Voluntary Counseling Testing (VCT), Perawatan orang sakit dengan HIV/AIDS, Pengobatan Anti Retro Viral (ARV), Pengobatan infeksi Opportunistik, Rujukan kasus spesifik bila Rumah sakit tersebut tidak mampu menanganinya sebanyak *30 orang*.

Sedangkan jumlah seluruh ODHA yang datang ke Rumah Sakit tersebut sebanyak *30 orang*.

Jadi persentase Klien yang mendapat penanganan HIV/AIDS adalah:

$$\frac{30}{30} \times 100\% = 100\%$$

d. Sumber Data

Laporan Khusus Rumah Sakit/Dinkes Kabupaten/Kota.

e. Rujukan

- 1) Pedoman Nasional Perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA;
- 2) Pedoman pengobatan ARV;

- 3) Renstra Penanggulangan HIV/AIDS tahun 2003– 2007;

4) Buku Surveilans HIV/AIDS.

f. Target

- Target 2005 : 100 %
- Target 2010 : 100 %

g. Langkah Kegiatan

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

2. Infeksi menular seksual yang diobati

a. Pengertian

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

b. Definisi Operasional

Infeksi menular seksual yang diobati adalah kasus infeksi Menular Seksual (IMS) yang ditemukan berdasarkan syndrome dan etiologi serta diobati sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

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

2) Pembilang

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

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Di Puskesmas X Jumlah kasus IMS yang diobat dalam 1 tahun sebanyak *150 penderita*.

Jumlah kasus IMS yang datang ke Puskesmas tersebut selama 1 tahun *150 penderita*.

$$\text{Persentase IMS yang diobati} : \frac{150}{150} \times 100\% = 100 \%$$

d. Sumber Data

SIMPUS, dan SIRS.

e. Rujukan

- 1) Buku Nasional Pengobatan IMS berdasarkan pendekatan sindrome;
- 2) Buku pengobatan IMS;
- 3) Renstra Penanggulangan HIV/AIDS tahun 2003 – 2007;
- 4) Buku Surveilans IMS.

f. Target

- Target 2005 : 100 %
- Target 2010 : 100 %

g. Langkah Kegiatan

- 1) Pengobatan IMS
 - a. Advokasi.

- b. Meningkatkan KIE pencegahan IMS, pemeriksaan IMS dan pengobatan secara dini.
 - c. Pendidikan dan latihan bagi petugas kesehatan dalam tatalaksana penderita IMS.
 - d. Mengembangkan klinik IMS di Lokasi/Lokalisasi penaja seks.
 - e. Pemeriksaan IMS berkala kepada para PS dan pramuria di lokasi, lokalisasi, bar, karaoke, panti pijat.
- 2) Peningkatan Gaya Hidup Sehat;
- a. Meningkatkan derajat pendidikan dasar dari anak, pemuda dan remaja khususnya anak perempuan.
 - b. KIE di sekolah dan tempat kerja termasuk life skill education.
 - c. Perlindungan dan KIE kepada keluarga dan kelompok penduduk yang menghadapi masalah sosial.
 - d. Kerjasama dan koordinasi dengan media masa dan perusahaan advertensi untuk KIE pada masyarakat umum.
 - e. KIE dan perlindungan anggota militer dan polisi.
 - f. KIE & Pelayanan kesehatan di Lapas.
- 3) Promosi dan distribusi Kondom Melakukan social - marketing dan meningkatkan akses kondom kepada WPS dan pelanggannya;
- a. Melakukan social - marketing dan meningkatkan akses kondom kepada WPS dan pelanggannya.
 - b. Meningkatkan ketersediaan kondom, memperluas jaring distribusinya melalui swasta, LSM dan pemerintah.
 - c. Meningkatkan KIE tentang manfaat penggunaan kondom.
 - d. Meningkatkan kualitas kondom.
- 4) Promosi Perilaku Seksual Aman;
- a. Advokasi pd decision maker.
 - b. Mengembangkan proyek - proyek panduan penggunaan kondom 100 %.
 - c. Melaksanakan KIE secara sistematis dan bijaksana tentang penggunaan kondom dan hubungan seksual non – penetratif.
 - d. Melaksanakan kegiatan pemeriksaan dan pengobatan IMS pada kelompok berisiko.
- 5) Peningkatan SDM.

**P. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)
Penderita DBD yang ditangani**

a. Pengertian

- 1) Penderita penyakit DBD adalah:
 - a) Penderita dengan tanda-tanda yang memenuhi kriteria diagnosa klinis sebagai berikut:
 - Panas mendadak 2-7 hari tanpa sebab yang jelas.
 - Tanda-tanda pendarahan dan/atau pembesaran hati.
 - Trombositopenia (Trombosit 100 000/ μ l atau kurang).
 - Hemokonsentrasi (Hematokrit meningkat 20% atau lebih).
 - b) Tersangka penyakit DBD yang hasil pemeriksaan serologis (HI test atau ELISA) positif.
- 2) Tersangka penyakit DBD adalah penderita panas mendadak 2-7 hari tanpa sebab yang jelas disertai tanda-tanda pendarahan sekurang-kurangnya uji tourniquet positif dan/atau trombositopenia (trombosit 100 000/ μ l atau kurang).

b. Definisi Operasional

Penderita DBD yang ditangani adalah penderita DBD yang penanganannya sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Penderita DBD yang ditangani} = \frac{\text{Jumlah penderita DBD yang ditangani sesuai standar}}{\text{Jumlah Penderita DBD dalam kurun waktu yang sama}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah penderita DBD yang ditangani sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah penderita DBD di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Pada tahun 2003, di Kabupaten A dilaporkan 150 tersangka DBD, 75 diantara tersangka DBD tersebut adalah penderita DBD dan ditangani sesuai standar. Jadi persentase penderita DBD yang ditangani di Kabupaten A tahun 2003 adalah

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

d. Sumber Data

SIMPUS, SIRS, dan STP.

e. Rujukan

- 1) Petunjuk Teknis Pengamatan Penyakit Demam Berdarah Dengue (Lampiran 2 Keputusan Dirjen PPM-PLP No. 914-I/PD.03.04.PB/1992);
- 2) Buku Tatalaksana Demam Berdarah Dengue di Indonesia, Tahun 2001;
- 3) Buku Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Demam Dengue dan Demam Berdarah Dengue, Tahun 2003.

f. Target

- Target 2005 : ≥ 72 %
- Target 2010 : 80 %

g. Langkah Kegiatan

- 1) Penegakan diagnosis, pengobatan dan rujukan tersangka/penderita di Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Balai Pengobatan/Poliklinik atau Dokter praktek, maka langkah-langkah kegiatannya meliputi :
 - a) Anamnesis & pemeriksaan fisik.
 - b) Uji tourniquet.
 - c) Pemeriksaan laboratorium atau rujukan pemeriksaan laboratorium (trombosit, hematokrit).
 - d) Memberi pengobatan simptomatis.
 - e) Merujuk tersangka/penderita ke Rumah Sakit.
 - f) Melakukan pencatatan dan pelaporan (Form So) dan disampaikan ke Dinkes Kab/Kota.
- 2) Penegakan diagnosis dan penanganan tersangka/penderita DBD Rumah Sakit, maka langkah-langkah kegiatannya meliputi :
 - a) Anamnesis & pemeriksaan fisik.
 - b) Pemeriksaan laboratorium atau rujukan (pengiriman spesimen) ke BLK/Labkesda/laboratorium swasta.
 - c) Memberikan perawatan.
 - d) Melakukan pencatatan dan pelaporan (Form KDRS) dan disampaikan ke Dinkes Kab/Kota dengan tembusan ke Puskesmas.
- 3) Peningkatan SDM bagi dokter spesialis di Rumah Sakit (Dokter anak, Penyakit Dalam, Dokter di UGD dan Perawat) serta Puskesmas (Dokter, Perawat, Bidan atau Nakes lainnya), maka langkah kegiatannya meliputi pertemuan ceramah klinik Tatalaksana Kasus

DD/DBD, antara lain materinya pedoman keperawatan kasus DBD (bagi perawat).

- 4) Penanggulangan kasus, maka langkah kegiatannya meliputi :
Penyelidikan Epidemiologi (PE) yaitu pencarian penderita/tersangka DBD lainnya dan pemeriksaan jentik dirumah penderita/tersangka dalam radius sekurang-kurangnya 100 meter (dirumah penderita dan 20 rumah sekitarnya) serta tempat-tempat umum yang diperkirakan menjadi sumber penularan.
Dari hasil PE bila :
 - a) Ditemukan penderita DBD lain atau ada jentik dan penderita panas tanpa sebab yang jelas ≥ 3 orang maka melakukan :
 - Penyuluhan 3 M Plus
 - Larvasidasi
 - Pengasapan/Fogging Fokus
 - b) Tidak ditemukan, maka hanya melakukan penyuluhan dengan kegiatan 3M Plus.
- 5) Pemberantasan Vektor, maka langkah kegiatannya meliputi :
 - a) Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN DBD) dengan cara "3 M Plus".
 - b) Pemeriksaan Jentik Berkala (PJB) tiap 3 bulan sekali tiap desa/kelurahan endemis pada 100 rumah/bangunan dipilih secara acak (*random sampling*) yang merupakan evaluasi hasil kegiatan PSN DBD yang telah dilakukan masyarakat.
- 6) Promosi Kesehatan, kegiatannya dilakukan dalam bentuk penyuluhan tentang penyakit Demam Berdarah Dengue.
- 7) Monitoring dan Evaluasi, dilakukan secara aktif yaitu melalui supervisi dll dan secara pasif melalui laporan hasil kegiatan.

Q. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Diare Balita dengan diare yang ditangani

a. Pengertian

- 1) Diare adalah buang air besar lembek / cair bahkan dapat berupa air saja yang frekuensinya lebih sering dari biasanya (biasanya 3 kali atau lebih dalam sehari) dan berlangsung kurang dari 14 hari.
- 2) Dehidrasi adalah kehilangan cairan yang ditandai dengan timbulnya gejala diare dengan perubahan keadaan umum gelisah, rewel, lesu, lunglai, tidak sadar, haus, malas minum atau tidak bisa minum dan

turgor kulit kembali lambat sesuai derajat dehidrasi.

b. Definisi Operasional

Balita dengan diare yang ditangani adalah balita dengan diare yang ditangani sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu 1 tahun.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Balita Diare yang ditangani} = \frac{\text{Jumlah penderita Balita Diare yang ditangani sesuai standar}}{\text{Jumlah Penderita Balita Diare yang dilayani pada waktu yang sama}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah balita diare yang ditangani sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah Balita diare yang dilayani di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Apabila Jumlah penduduk suatu wilayah 30.000 jiwa, angka kesakitan diare pada tahun 2003 sebesar 374 per 1000 penduduk, maka perkiraan jumlah penderita diare semua umur adalah :
 $30.000 \times 374/1000 = 11.220$ penderita.

Perkiraan cakupan pelayanan di sarana kesehatan dan kader adalah 20%, maka jumlah penderita diare balita yang dilayani adalah :
 $20\% \times 11.220$ penderita = 2.244 penderita.

Berdasarkan pengalaman penderita diare balita berkisar antara 50 – 70 % dari semua golongan umur. Jadi penderita diare balita rata - rata sebesar 60%.

Maka jumlah perkiraan penderita diare yang dilayani =
 $60\% \times 2.244 = 1.346$ penderita.

Misal penderita balita diare yang ditangani sesuai standar = 800 penderita, maka persentase balita dengan diare yang ditangani =
 $\frac{800}{1.346} \times 100\% = 59.34\%$.

d. Sumber Data

1) Data kunjungan penderita diare balita pada unit pelayanan kesehatan

yang di cross cek dengan kartu status penderita, meliputi : anamnesa, diagnosa, dan pengobatan yang diberikan sesuai klasifikasi.

- 2) Data kunjungan seluruh penderita balita diare yang bersumber dari buku register penderita.

e. Rujukan

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

f. Target

- Target 2005 : 75 %
- Target 2010 : 100 %

g. Langkah Kegiatan

- 1) Tatalaksana kasus;
 - a) Ketepatan diagnosa (sesuai dengan gejala & derajat dehidrasi).
 - b) Pengobatan secara rasional (tanpa menggunakan antidiare dan antibiotika sesuai indikasi).
 - c) Rujukan penderita.
- 2) Peningkatan SDM;
 - a) Pelatihan-pelatihan tenaga pengelola.
 - b) Fasilitasi/bintek.
- 3) Monitoring dan evaluasi;
 - a) Pengamatan berkala melalui SKD.
 - b) Pengamatan kasus.
 - c) Faktor resiko.

- 4) Promosi/Penyuluhan;
 - a) Pengetahuan tentang penyakit.
 - b) Cara-cara perawatan di rumah tangga.
 - c) Menghindari penularan.
 - d) Perubahan perilaku dan perbaikan lingkungan.
- 5) Kemitraan.
 - a) Transfer teknologi.
 - b) Pemberdayaan dan pemanfaatan sumber daerah.
 - c) Alih pengelolaan/kemandirian.

**R. Pelayanan Kesehatan Lingkungan
Institusi yang dibina**

a. Pengertian

- 1) Institusi adalah Unit kerja yang memberikan pelayanan/jasa kepada masyarakat atau memproduksi barang.
- 2) Institusi yang dibina adalah Unit kerja yang dalam memberikan pelayanan/jasa potensial menimbulkan risiko/dampak kesehatan; mencakup RS, Puskesmas, Sekolah, Instalasi pengolahan air minum, perkantoran, industri rumah tangga, dan industri kecil serta tempat penampungan pengungsi.
- 3) Instalasi Pengolahan Air Minum adalah Instalasi yang telah melaksanakan pengawasan internal dan eksternal (oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota) sesuai dengan KepMenkes 907/SK/VII/2002 dengan jumlah sample air yang diperiksa memenuhi persyaratan bakteriologis 95% , dan tidak ada parameter kimia yang berdampak langsung terhadap kesehatan.
- 4) Rumah Sakit/ Puskesmas adalah :
Sarana Pelayanan Kesehatan yang effluentnya memenuhi baku mutu limbah cair, mengelola limbah padat dengan baik, tersedia air cukup kuantitas dan kualitas, higiene sanitasi makanan dan minuman, pengendalian vektor serta binatang pengganggu.
- 5) Perkantoran/Sekolah adalah :
Kantor yang mempunyai sarana pengolahan limbah cair, limbah padat dengan baik, tersedia air cukup (kuantitas dan kualitas), penerangan, ventilasi, pengendalian vector dan binatang pengganggu lainnya.

- 6) Industri adalah :
Industri yang mempunyai sarana pengolahan limbah cair, limbah padat dengan baik, tersedia air cukup (kuantitas dan kualitas), higiene sanitasi makanan minuman, penerangan, ventilasi, pengendalian vector dan binatang pengganggu lainnya.
- 7) Tempat penampungan pengungsi adalah Lokasi penampungan pengungsi yang memenuhi aspek kesehatan lingkungan (penyehatan air, pembuangan kotoran, pengelolaan sampah, pengendalian vector dan hygiene sanitasi makanan minuman), termasuk kondisi permukiman (padatan hunian, ventilasi , pencahayaan, lantai).

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Institusi yang dibina} = \frac{\text{Jumlah Institusi yang dibina dengan syarat kesling}}{\text{Jumlah Institusi yang ada}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

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

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

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

Jadi persentase institusi yang dibina = $\frac{60}{100} \times 100 \% = 60 \%$.

d. Sumber Data

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

e. Rujukan

- 1) Keputusan Menteri Kesehatan.
 - a). KepMenkes Nomor 907/Menkes/SK/VII/2002 tentang Syarat-Syarat dan Pengawasan Kualitas Air Minum;
 - b). Kepmen LH Nomor 58/Men LH/12/1995 tentang Baku Mutu Limbah Cair kegiatan Rumah Sakit;
 - c). Kepmenkes Nomor 715/Menkes/SK/V/2003 tentang Persyaratan Higiene Sanitasi Jasaboga;
 - d). Kepmenkes Nomor 907/Menkes/SK/VII/2002 tentang Syarat-syarat dan Pengawasan Kualitas Air Minum;

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

f. Target

- Target 2005 : 50 %
- Target 2010 : 70 %

g. Langkah Kegiatan

- 1). Instalasi Pengolahan Air Minum.
 - a) Pendataan
 - Pengumpulan data instalasi pengolahan air minum (IPAM) di wilayah kerja.
 - b) Kemitraan
 - Menjalin jejaring kerjasama baik thp lintas sektor maupun Asosiasi pengelola IPAM.
 - c) Pengawasan
 - Melakukan IS
 - Pengambilan sampel di IPAM yang ada di wilayah kerja
 - Memeriksa sampel
 - Melakukan pembinaan thd IPAM yg diperiksa
 - Pengolahan dan analisis data
 - Rekomendasi
 - Hasil dilaporkan kpd atasan langsung, pengelola IPAM dan sektor terkait.
 - d) Sosialisasi/ advokasi
 - Melakukan pertemuan untuk sosialisasi kepada pengelola IPAM, lintas program dan lintas sektor terkait.
 - Menentukan jumlah dan jenis pedoman untuk menentukan sasaran sosialisasi.

- Melakukan advokasi thd pengambil keputusan di tk. Kec.maupun kab/kota
- Hasil sosialisasi dilaporkan kepada atasan langsung dan sektor terkait
- Melakukan penyebaran informasi tentang kualitas air dan sanitasi IPAM kepada masyarakat, pengelola, sektor terkait.

- 2). Rumah Sakit
 - a) Inspeksi Sanitasi;
 - Pengambilan sampel di RS
 - Pemeriksaan sampel
 - Pengolahan dan analisa data
 - Rekomendasi thd pengelola RS dan sektor terkait
 - Laporan kepada atasan langsung dan sektor terkait.
 - b) Pengawasan;
 - Pengumpulan data
 - Memeriksa sanitasi di RS yang ada di wilayah kerja
 - Melakukan pembinaan yrthadap pengelola sanitasi di RS
 - Pengolahan dan analisis data
 - Hasil dilaporkan kpd atasan langsung, pengelola RS dan sektor

- terkait.
- c) Sosialisasi , Advokasi dan kemitraan;
 - Melakukan pertemuan untuk sosialisasi kepada pengelola RS, Asosiasi RS, lintas program dan lintas sektor terkait
 - Menentukan jumlah dan jenis pedoman untuk menentukan sasaran sosialisasi
 - Melakukan advokasi thd pengambil keputusan di tk. Kec.maupun kab/kota
 - Menjalin jejaring kerjasama baik thp lintas sektor maupun Asosiasi RS, pengelola RS
 - Hasil sosialisasi dilaporkan kepada atasan langsung dan sektor terkait.
 - d) Peningkatan SDM.
 - Menentukan jenis pelatihan untuk menentukan peserta yg dilatih
 - Melaksanakan pelatihan baik thd petugas kesehatan maupun pengelola RS.
- 3). Puskesmas
- a) Pengawasan;
 - Pengumpulan data
 - Memeriksa sarana sanitasi puskesmas di wilayah kerja
 - Melakukan pembinaan thd petugas sanitasi di puskesmas
 - Pengolahan dan analisis data
 - Hasil dilaporkan kpd atasan langsung, kepala puskesmas dan sektor terkait.
 - b) Sosialisasi dan Advokasi;
 - Melakukan pertemuan untuk sosialisasi kepada pengelola puskesmas, lintas program dan lintas sektor terkait
 - Menentukan jumlah dan jenis pedoman untuk menentukan sasaran sosialisasi
 - Melakukan advokasi thd pengambil keputusan di tk. Kec.
 - Hasil sosialisasi dilaporkan kepada atasan langsung dan sektor terkait.
 - c) Peningkatan SDM.
 - Menentukan jenis pelatihan yg sesuai dg peserta yg dilatih
 - Melaksanakan pelatihan sanitasi puskesmas.
- 4). Sekolah/Perkantoran.
- a) Inspeksi Sanitasi;
 - Pengambilan sampel di sekolah/perkantoran
 - Pemeriksaan sampel
 - Pengolahan dan analisa data

- Rekomendasi thd petugas kesehatan dan sektor terkait
- Laporan kepada atasan langsung dan sektor terkait.
- b) Pengawasan;
 - Pengumpulan data sarana sanitasi di sekolah/perkantoran
 - Memeriksa sarana sanitasi sekolah/perkantoran
 - Melakukan pembinaan terhadap pengelola sekolah/perkantoran
 - Pengolahan dan analisis data sarana sanitasi sekolah/perkantoran
 - Hasil dilaporkan kpd atasan langsung, pengelola puskesmas dan sektor terkait.
- c) Sosialisasi;
 - Melakukan pertemuan untuk sosialisasi kepada pengelola sekolah/perkantoran, lintas program dan lintas sektor terkait
 - Menentukan jumlah dan jenis pedoman untuk menentukan sasaran sosialisasi
- d) Advokasi, dan kemitraan;
 - Melakukan advokasi thd pengambil keputusan di tk. Kec.maupun kab/kota

- Menjalin jejaring kerjasama baik thp lintas sektor maupun pengelola sekolah/ perkantoran
- Hasil sosialisasi dilaporkan kepada atasan langsung dan sektor terkait.

- e) Peningkatan SDM.
 - Menentukan jenis pelatihan yg sesuai dg peserta yg dilatih
 - Melaksanakan pembinaan thd pengelola sekolah/perkantoran.

5). Industri.

- a) Inspeksi sanitasi;
 - Pengambilan sampel di industri
 - Pemeriksaan sampel
 - Pengolahan dan analisa data
 - Rekomendasi thd pengelola industri dan sektor terkait
 - Laporan kepada atasan langsung dan sektor terkait.
- b) Pengawasan;
 - Pengumpulan data
 - Memeriksa sarana sanitasi di industri yg ada di wilayah kerja
 - Melakukan pembinaan terhadap pengelola di industri
 - Pengolahan dan analisis data
 - Hasil dilaporkan kpd atasan langsung, pengelola puskesmas dan sektor terkait.
- c) Sosialisasi , Advokasi dan kemitraan.
 - Melakukan pertemuan untuk sosialisasi kepada pengelola

- industri, lintas program dan lintas sektor terkait
- Menentukan jumlah dan jenis pedoman untuk menentukan sasaran sosialisasi
- Melakukan advokasi thd pengambil keputusan di tk. Kec.maupun kab/kota
- Menjalin jejaring kerjasama baik thp lintas sektor maupun ikatan pengusaha setempat
- Hasil sosialisasi dilaporkan kepada atasan langsung dan sektor terkait.

6) Tempat Penampungan.

- a) Penilaian cepat (Rapid health assesmen);
 - Pengumpulan data (sanitasi dasar dan jlh pengungsi)
 - Memeriksa sanitasi dasar di tempat penampungan
 - Melakukan pembinaan di tempat penampungan
 - Pengolahan dan analisis data

- Rekomendasi
- Hasil dilaporkan kpd atasan langsung, pengelola RS dan sektor terkait.
- b) Penanggulangan teknis;
 - Memberikan bantuan teknis sesuai yang dibutuhkan
 - Melakukan pengawasan di lokasi penampungan (air bersih, jamban, sampah, vektor, makanan minuman).
- c) Penyuluhan & Penggerakkan masyarakat;
 - Menentukan jumlah dan jenis penyuluhan
 - Melaksanakan penyuluhan penanggulangan bencana.
- d) Monitoring & Evaluasi;
 - Melakukan monitoring keadaan sanitasi di tempat penampungan
 - Melaksanakan evaluasi kegiatan yg telah dilaksanakan di tempat penampungan
 - Memberikan rekomendasi, saran tindak lanjut
 - Membuat laporan kepada atasan langsung dan sektor terkait.
- e) Kesiapsiagaan.
 - Membuat maping lokasi rawan bencana
 - Melakukan pembinaan kepada petugas dan memberdayakan masyarakat dalam mengantisipasi kejadian bencana
 - Menyediakan logistik kesling (kaporit, PAC, aquatab, kantong sampah, dll) sesuai dengan kondisi sanitasi di Tempat Penampungan.

S. Pelayanan Pengendalian Vektor Rumah/Bangunan Bebas Jentik Nyamuk Aedes

a. Pengertian.

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

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

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

2) Pembilang

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

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

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

adalah 960 rumah (1000 – 40).

Persentase Angka Bebas Jentik (ABJ) di wilayah Kabupaten / Kota tersebut mencapai $(960/1000 \times 100 \%) = 96 \%$.

d. Sumber Data

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

e. Rujukan

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

- 3) Permenkes Nomor 304/1989 tentang persyaratan Kesehatan Rumah Makan dan Restoran;
- 4) Permenkes Nomor 986/Menkes/Per/XI/1992 tentang persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit;
- 5) Permenkes Nomor 1405/2002 tentang persyaratan Kesehatan Lingkungan Kerja Perkantoran dan Industri;
- 6) Permenkes Nomor 80 tahun 1990, tentang Persyaratan Kesehatan Hotel;
- 7) Kep. Men.Kes Nomor 288/2003 tentang Pedoman Penyehatan Sarana dan Bangunan Umum;
- 8) Pedoman Umum Penyehatan Lingkungan Tempat Umum (Seri Penyehatan Lingkungan Hotel);
- 9) Petunjuk Pemantauan Program PPM & PLP tingkat Kabupaten (Kep. Men) PPM. PLP No. 471-I/PD.03
 - Buku Pedoman Pemberantasan Demam Berdarah Dengue
 - Buku Pedoman Pemberantasan Vektor.

f. Target

- Target 2005 : 95 %
- Target 2010 : > 95 %

g. Langkah Kegiatan

- 1) Surveilans Tempat Perindukan Vektor;
 - Pendataan rumah / bangunan di wilayah kerja
 - Pemeriksaan tempat perindukan vektor pada rumah / bangunan
 - Pengolahan data hasil pemeriksaan tempat perindukan vektor
 - Rekomendasi kepada petugas kesehatan dan sektor terkait
 - Laporan kepada atasan langsung dan sektor terkait
 - Penyebarluasan (sosialisasi, diseminasi informasi) hasil surveilans / pengamatan kepada lintas program dan lintas sektor maupun

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

T. Pelayanan Hygiene Sanitasi di Tempat Umum Tempat Umum yang Memenuhi Syarat

a. Pengertian

- 1) Tempat-tempat Umum (TTU) adalah suatu tempat yang dimanfaatkan oleh masyarakat umum seperti hotel, terminal, pasar, pertokoan, depot air isi ulang, bioskop, jasa boga, tempat wisata, kolam renang, tempat ibadah, restoran dan lain-lain.

- 2) Tempat umum yang memenuhi syarat adalah terpenuhinya akses sanitasi dasar (air, jamban, limbah, sampah), terlaksananya pengendalian vektor, higiene sanitasi makmin, pencahayaan dan ventilasi sesuai dengan kriteria, persyaratan dan atau standar kesehatan.

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

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

2) Pembilang

Jumlah tempat umum yang diawasi yang memenuhi syarat hygiene sanitasi di satu wilayah Kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Dikab/kota X, telah dilakukan pengawasan terhadap 320 TTU. Sesuai dengan kriteria penilaian tersebut diatas, maka 180 TTU yang diawasi memenuhi syarat kesehatan, sedangkan yang lain tidak memenuhi syarat.

$$\text{Persentase TTU yang memenuhi syarat} = \frac{180}{320} \times 100 \% = 56,25 \%$$

d. Sumber Data

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

e. Rujukan

- 1) Permenkes RI. Nomor 416/Menkes/Per/IX/1990 tentang Syarat-syarat dan Pengawasan Kualitas Air;
- 2) Permenkes RI. Nomor 80/ Menkes/Per/III/1990 tentang Persyaratan

Kesehatan Hotel;

- 3) Permenkes RI. Nomor 061/Menkes/Per/I/1991 tentang Persyaratan Kesehatan Kolam Renang dan Pemandian Umum;
- 4) Permenke RI. Nomor 1405/2002 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Kerja;
- 5) Kepmenkes. RI. Nomor 1098/2003 tentang Persyaratan Kesehatan Rumah Makan dan Restoran;

- 6) Depkes. RI, Ditjen. PPM & PLP, Dit. PLP, Jakarta, tahun 1999 : Kumpulan formulir pemeriksaan kesehatan lingkungan (Inspeksi Sanitasi) bidang Penyehatan Tempat-tempat Umum;
- 7) Depkes. RI, Dirjen. PPM & PL tahun 2001, Pedoman Umum Penyehatan Lingkungan Tempat Umum (Seri Penyehatan Lingkungan Hotel);
- 8) Kepmenkes RI, Nomor 288/2003 tentang Pedoman Penyehatan Sarana dan Bangunan Umum.

f. Target

- Target 2005 : 45 %
- Target 2010 : 85 %

g. Langkah Kegiatan

- 1) Pengawasan;
 - Pengumpulan data TTU/TPM yg berada di wilayah kerja.
 - Memeriksa TTU/TPM di wilayah kerja disesuaikan dengan alokasi dana dengan menggunakan formulir checklist.
 - Melakukan pembinaan oleh petugas kesehatan thd TTU/TPM yang diperiksa.
 - Pengolahan dan analisis data.
 - Hasil dilaporkan kpd atasan langsung, pengelola TTU/TPM dan sektor terkait.
- 2) Peningkatan SDM;
 - Menentukan jenis pelatihan untuk menentukan peserta yg dilatih.
 - Melaksanakan pelatihan baik thd petugas kes maupun pengelola TTU/TPM.
- 3) Bimbingan Teknis;
 - Bimbingan teknis dilakukan oleh pet.kes kab/kota thd puskesmas maupun thd TTU/TPM di wilayah kerjanya.
 - Hasil bimtek dilaporkan kepada atasan langsung dan sektor terkait.
- 4) Sosialisasi, Advokasi dan Kemitraan;
 - Melakukan pertemuan untuk sosialisasi kepada pengelola TTU/TPM, lintas program dan lintas sektor terkait.

- Menentukan jumlah dan jenis pedoman untuk menentukan sasaran sosialisasi.
 - Melakukan advokasi thd pengambil keputusan di tk. Kec.maupun kab/kota.
 - Menjalin jejaring kerjasama baik thp lintas sektor maupun Asosiasi pengelola TTU/TPM.
-
- Hasil sosialisasi dilaporkan kepada atasan langsung dan sektor terkait.

U. Penyuluhan Perilaku Sehat

2. Rumah Tangga Sehat

a. Pengertian

Rumah Tangga Sehat adalah rumah tangga yang memenuhi minimal 10 indikator, sebagai berikut :

- 1) Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.
Adalah tindakan yang dilakukan Bidan/Nakes lainnya dalam proses lahirnya janin dari kandungan ke dunia luar dimulai dari tanda-tanda lahirnya bayi, pemotongan tali pusat dan keluarnya placenta.
- 2) Balita diberi ASI eksklusif.
Adalah proporsi bayi usia 0-6 bulan yang hanya mendapat ASI saja sejak lahir.
- 3) Mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan.
Adalah penduduk semua umur yang tercakup berbagai jenis pembiayaan pra upaya seperti Askes, Jamsostek, Asuransi Perusahaan, Dana Sehat, Kartu Sehat dll.
- 4) Tidak merokok.
Adalah penduduk umur 10 tahun ke atas yang tidak merokok selama 1 bulan terakhir.
- 5) Melakukan aktivitas fisik setiap hari.
Adalah penduduk 10 tahun ke atas dalam seminggu terakhir melakukan aktivitas fisik sedang atau berat minimal 30 menit setiap hari.
- 6) Makan sayur dan buah setiap hari.
Adalah penduduk 10 tahun ke atas yang mengkonsumsi minimal 2 porsi sayuran dan 2 porsi buah-buahan dalam seminggu terakhir.
- 7) Tersedia air bersih.
Rumah tangga memiliki akses terhadap air bersih adalah rumah tangga yang memakai sehari-hari kebutuhan air minum yang

meliputi air dalam kemasan, ledeng, pompa, sumur terlindung, serta mata air terlindung yang berjarak minimal 10 meter dari tempat penampungan kotoran atau limbah.

- 8) Tersedianya jamban.
Adalah rumah tangga menggunakan jamban dengan septic tank atau lubang penampungan sebagai pembuangan akhir.
- 9) Kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni.
Adalah lantai rumah yang ditempati dan digunakan untuk keperluan sehari-hari dibagi dengan jumlah penghuni rumah (2,5 m²/orang).
- 10) Lantai rumah bukan dari tanah.
Adalah bagian bawah/dasar/alas suatu ruangan terbuat dari smen, papan, dan ubin.

Catatan khusus :

Apabila dalam rumah tangga tersebut tidak ada ibu yang pernah melahirkan dan tidak ada balita, maka pengertian rumah tangga sehat adalah rumah tangga yang memenuhi 8 indikator.

b. Definisi Operasional

Rumah tangga sehat adalah proporsi rumah tangga yang memenuhi 10 indikator, yaitu pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, balita diberi ASI eksklusif, mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan, tidak merokok, melakukan aktivitas fisik setiap hari, makan sayur dan buah setiap hari, tersedia air bersih, tersedianya jamban, kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni, dan lantai rumah bukan dari tanah.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{RT sehat} = \frac{\text{Jumlah Rumah Tangga sehat}}{\text{Jumlah Rumah Tangga yang disurvei}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah Rumah Tangga sehat di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah seluruh Rumah Tangga yang di survei di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%).

5) Contoh Perhitungan

Jumlah Rumah Tangga yang disurvei di satu wilayah : 210 RT

Jumlah Rumah Tangga sehat dengan 10 indikator ada : 200 RT

Persentase RT Sehat di wilayah tersebut=

$$\frac{200}{210} \times 100 \% = 95 \%$$

d. Sumber Data

1. Hasil pengkajian kuantitatif rumah tangga sehat dengan metode survei cepat.
2. Hasil pemetaan rumah tangga sehat secara nasional (melalui Susenas) kurun 3 (tiga) tahunan sebagai rujukan.

e. Rujukan

1. Pedoman Promosi Kesehatan Daerah;
2. Pedoman Manajemen PHBS Kab/Kota Sehat;
3. Pedoman Manajemen PHBS/PKM Puskesmas.

f. Target

- Target 2005 : 30 %
- Target 2010 : 65 %

g. Langkah Kegiatan

- 1) Kegiatan pengumpulan data;
 - a) Menentukan jumlah RT di satu wilayah kerja yang disurvei (210 RT).
 - b) Mengunjungi RT untuk melakukan observasi dengan checklist/kuesioner.
 - c) Menetapkan status RT.
 - d) Menghitung RT Sehat.
 - e) Menghitung dengan rumus.
- 2) Kegiatan penyelenggaraan program;
 - a) Pengkajian PHBS (masalah, pengumpulan data, pengolahan, analisa);
 - b) Perencanaan kegiatan PHBS;
 - c) Pengerahan pelaksanaan intervensi;
 - d) Penilaian dan pengembangan PHBS.

3. Bayi yang mendapat ASI Eksklusif

a. Pengertian

ASI eksklusif adalah Air Susu Ibu yang diberikan kepada bayi sampai bayi berusia 6 bulan tanpa diberikan makanan dan minuman.

b. Definisi Operasional

Bayi yang mendapat ASI eksklusif adalah bayi yang hanya mendapat ASI saja sejak lahir sampai usia 6 bulan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Cakupan ASI Eksklusif} = \frac{\text{Jumlah bayi usia 0 – 6 bulan yang mendapat hanya ASI saja}}{\text{Jumlah seluruh bayi usia 0-6 bulan}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah bayi yang mendapat hanya ASI saja sejak lahir sampai usia 6 bulan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah seluruh bayi usia 0 – 6 bulan di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%).

5) Contoh Perhitungan

Jumlah bayi usia 0-6 bulan yang mendapat hanya ASI saja di satu wilayah Kab/Kota tahun 2003 = 500 orang.

Jumlah seluruh bayi usia 0-6 bulan di satu wilayah Kab/Kota = 1.500 orang.

$$\text{Persentase cakupan ASI Eksklusif} = \frac{500}{1500} \times 100\% = 33,3\%$$

d. Sumber Data

Register kohort bayi atau R1-Gizi, dan Pencatatan kegiatan Puskesmas.

e. Rujukan

- 1) Buku Strategi Nasional Peningkatan Pemberian Air Susu Ibu Tahun 2002;

- 2) Kep.Menkes Nomor 450/Menkes/IV/2000 tentang Pemberian ASI secara Eksklusif pada bayi di Indonesia;
- 3) Pedoman peningkatan penggunaan ASI (PP-ASI);
- 4) Booklet ASI Eksklusif.

f. Target

- Target 2005: 40%
- Target 2010: 80%

g. Langkah Kegiatan

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

4. Desa dengan garam beryodium baik

a. Pengertian

- 1) Desa adalah kesatuan masyarakat hukum yang memiliki kewenangan untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat berdasarkan asal usul dan adat istiadat setempat yang diakui dalam Sistem Pemerintahan Nasional dan berada di daerah Kabupaten.
- 2) Kelurahan adalah wilayah kerja lurah sebagai perangkat daerah kabupaten dan/atau daerah kota di bawah kecamatan.

- 3) Garam beryodium baik adalah garam yang mempunyai kandungan yodium dengan kadar yang cukup (>30 ppm kalium yodat).

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

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

2) Pembilang

Jumlah desa dengan garam beryodium baik di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah seluruh desa yang diperiksa di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%).

5) Contoh Perhitungan

Jumlah desa dengan garam beryodium baik di Kab/Kota X pada tahun 2003 = 155 desa.

Jumlah seluruh desa yang diperiksa di Kab/Kota tahun 2003 = 200 desa.

Persentase desa dengan garam beryodium baik =

$$\frac{155}{200} \times 100 \% = 77,5 \%$$

d. Sumber Data

- 1) Laporan pemantauan garam beryodium di masyarakat;
- 2) Hasil pencatatan petugas lapangan tenaga kesehatan, guru dan kader.

e. Rujukan

- 1) Pedoman pemantauan garam beryodium di tingkat masyarakat,

Departemen Kesehatan RI. 2001.

- 2) Panduan Penegakan Norma Sosial Peningkatan Konsumsi Garam Beryodium, Tim Penanggulangan GAKY Pusat Tahun 2002.

f. Target

- Target 2005: 65%
- Target 2010: 90%

g. Langkah Kegiatan

1) Kegiatan mendapatkan data :

1. Menghitung jumlah seluruh desa di satu wilayah kerja/administrasi.
2. Menghitung desa yang beryodium.
3. Menetapkan status desa (beryodium baik atau tidak).
4. Menghitung jumlah desa yang beryodium baik.
5. Menghitung dengan rumus.

2) Kegiatan meningkatkan pelaksanaan program :

- a. Pendataan sasaran desa (Baseline data);
- b. Perencanaan kebutuhan anggaran kegiatan promosi / KIE;
- c. Pengadaan tes kit yodium;
- d. Pelatihan dan Kegiatan promosi KIE garam beryodium;
- e. Pengadaan media KIE garam beryodium.

5. Posyandu Purnama

a. Pengertian

Posyandu Purnama adalah Posyandu yang melaksanakan kegiatan hari buka dengan frekuensi lebih dari 8 kali per tahun, rata-rata jumlah kader yang bertugas 5 orang atau lebih, cakupan program utama (KIA,KB, Gizi, Imunisasi lebih dari 50 %, dan sudah ada 1 atau lebih program tambahan, , serta cakupan dana sehat < 50 %.

b. Definisi Operasional

Posyandu purnama adalah jumlah posyandu purnama yang ada di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus

i. Rumus

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

Jumlah seluruh posyandu

- ii. **Pembilang**
Jumlah Posyandu Purnama di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- iii. **Penyebut**
Jumlah seluruh Posyandu di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.
- iv. **Ukuran/Konstanta**
Persentase (%).
- v. **Contoh Perhitungan**
Jumlah seluruh Posyandu Purnama di satu wilayah kerja ada = 75 buah.
Jumlah Posyandu Purnama di satu wilayah kerja ada = 30 buah.

$$\text{Persentase posyandu purnama} = \frac{30}{75} \times 100 \% = 40 \%$$

d. Sumber Data

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

e. Rujukan

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

f. Target

- a. Target 2005 : 25 %
- b. Target 2010 : 40 %

g. Langkah Kegiatan

- 1. Kegiatan pengumpulan data;
 - i. Menghitung jumlah semua Posyandu di satu wilayah kerja / administrasi.
 - ii. Menghitung jumlah Posyandu Purnama dari laporan kegiatan Posyandu.

iii. Menghitung dengan rumus.

- 2. Kegiatan meningkatkan penyelenggaraan program :
 - 1. Pengembangan;
 - 2. Pelayanan;
 - 3. Pencatatan;

4. Monitoring dan evaluasi;
5. Pelatihan.

V. Penyuluhan Pencegahan dan Penanggulangan Penyalahgunaan narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif (P3NAPZA) Berbasis Masyarakat

Upaya Penyuluhan P3NAPZA oleh Petugas Kesehatan

a. Pengertian

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

b. Definisi Operasional

Upaya penyuluhan P3 NAPZA adalah upaya penyuluhan P3 NAPZA oleh tenaga kesehatan tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

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

2) Pembilang

Jumlah kegiatan P3-NAPZA di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%).

5) Contoh Perhitungan

Rata-rata penyuluhan NAPZA di sarana kesehatan umum per bulan : 1.

Rata-rata penyuluhan kesehatan di sarana kesehatan umum per bulan : 8.

Jumlah bulan dalam 1 tahun : 12.

$$\text{Persentase P3 NAPZA} = \frac{1 \times 12}{8 \times 12} \times 100 \% = 12,5 \%$$

d. Sumber Data

SIMPUS, Dinkes Kab/Kota.

e. Rujukan

- 1) Modul pelatihan teknis medis penanggulangan NAPZA;
- 2) Modul keterampilan interpersonal dalam pencegahan penyalahgunaan NAPZA;
- 3) Pedoman penanggulangan NAPZA berbasis masyarakat;
- 4) Instrumen untuk mengidentifikasi masalah alkohol, tembakau, dan NAPZA di pelayanan kesehatan dasar.

f. Target

- Target 2005: 3 %
- Target 2010: 15 %

g. Langkah Kegiatan

- 1) Identifikasi sasaran;
- 2) Penyuluhan;
- 3) Pelatihan.

a. Pelayanan Penyediaan Obat dan Perbekalan Kesehatan

i. Ketersediaan obat sesuai kebutuhan

1. Pengertian

- 1) RKO adalah Rencana Kebutuhan Obat;
- 2) LPLPO adalah laporan pemakaian dan lembar permintaan obat puskesmas/pustu;
- 3) Kebutuhan Obat Nyata adalah kebutuhan yang dihitung oleh tim perencana obat terpadu Kab/Kota;

- 4) Obat Pelayanan Kesehatan Dasar adalah obat yang disediakan oleh Dinas Kesehatan Kab/Kota, dengan kategori obat : Sangat Sangat Esensial, Sangat Esensial, dan Esensial.

2. Definisi Operasional

Ketersediaan obat sesuai kebutuhan adalah Ketersediaan obat pelayanan kesehatan dasar di Unit Pengelola Obat dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten/Kota di satu wilayah pada kurun waktu tertentu.

3. Cara Perhitungan/Rumus

a. Rumus

$$\text{Ketersediaan obat (Jumlah)} = \frac{\text{Jumlah obat yang dapat disediakan}}{\text{Jumlah obat yang dibutuhkan}} \times 100\%$$

$$\text{Ketersediaan obat (Item)} = \frac{\text{Jumlah obat yang dapat disediakan}}{\text{Jumlah obat yang dibutuhkan}} \times 100\%$$

b. Pembilang

- Jumlah obat yang dapat disediakan untuk pelayanan kesehatan dasar di Unit Pengelola Obat dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten/Kota di satu wilayah kerja, pada kurun waktu tertentu.
- Jenis/item obat yang dapat disediakan untuk pelayanan kesehatan dasar di Unit Pengelola Obat dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten/Kota di satu wilayah kerja, pada kurun waktu tertentu.

c. Penyebut

- Jumlah obat yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan dasar di Unit Pengelola Obat dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten/Kota di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.
- Jumlah jenis obat yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan dasar di Unit Pengelola Obat dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten/Kota di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

d. Ukuran/Konstanta

Persentase (%).

e. Contoh Perhitungan

Parasetamol tablet kebutuhannya = 1000 botol @ 1000 tablet,
dapat disediakan oleh Unit Pengelola Obat dan Perbekalan
Kesehatan = 900 botol @ 1000 tablet

Persentase ketersediaan jml obat =

$$\frac{900 \text{ botol @ } 1000 \text{ tablet}}{1000 \text{ botl @ } 1000 \text{ tablet}} \times 100 \% = 90 \%$$

Jumlah item/jenis obat yang dibutuhkan ada 100 jenis, Jumlah item obat yang disediakan 75 jenis.

$$\text{Persentase ketersediaan item obat} = \frac{75 \text{ item/jenis}}{100 \text{ item/jenis}} \times 100 \% = 75 \%$$

4. Sumber Data

RKO, Buku kontrak pengadaan obat tahun berjalan.

5. Rujukan

- 1) Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN);
- 2) Pedoman Pengolahan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan;
- 3) Pedoman Teknis Pengadaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan untuk pelayanan kesehatan dasar.

6. Target

- i. Target 2005 : 70 %
- ii. Target 2010 : 90 %

7. Langkah Kegiatan

1. Perencanaan obat;
2. Pengadaan obat;
3. Monitoring dan evaluasi.

ii. Pengadaan obat esensial

1. Pengertian

Obat esensial adalah obat yang paling banyak diperlukan oleh suatu populasi dan ditetapkan oleh para ahli yang kemudian dibakukan dalam Daftar Obat Esensial Nasional.

2. Definisi Operasional

Pengadaan obat esensial adalah pengadaan obat esensial untuk pelayanan kesehatan dasar di Unit Pengelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan.

3. Cara Perhitungan/Rumus

a. Rumus

$$\text{Pengadaan Obat Esensial} = \frac{\text{Jumlah item obat esensial yang dapat disediakan}}{\text{Jumlah item obat esensial yang dibutuhkan}} \times 100 \%$$

b. Pembilang

Jumlah item obat esensial yang dapat disediakan untuk pelayanan

kesehatan dasar di Unit Pengelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten/Kota di satu wilayah kerja, pada kurun waktu tertentu.

c. Penyebut

Jumlah item obat esensial yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan dasar di Unit Pengelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten/Kota di satu wilayah kerja, pada kurun waktu yang sama.

d. Contoh Perhitungan

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

$$\text{Persentase pengadaan Obat Esensial} = \frac{75}{150} \times 100 \% = 50 \%$$

4. Sumber Data

RKO, LPLPO, Kartu Stock.

5. Rujukan

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

6. Target

- Target 2005 : 90 %
- Target 2010 : 100 %

7. Langkah Kegiatan

- a. Perencanaan Obat Esensial;
- b. Pengadaan Obat Esensial;
- c. Monitoring dan Evaluasi.

iii. Pengadaan obat generik

1. Pengertian

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

2. Definisi Operasional

Pengadaan obat generik adalah pengadaan item obat generik untuk pelayanan kesehatan dasar di Unit Pengelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten/Kota.

3. Cara Perhitungan

a. Rumus

$$\text{Pengadaan Obat Generik} = \frac{\text{Jumlah item obat generik yang dapat disediakan}}{\text{Jumlah item obat generik yang dibutuhkan}} \times 100\%$$

b. Pembilang

Jumlah item obat generik yang dapat disediakan untuk pelayanan kesehatan dasar di Unit Pengelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten/Kota di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Penyebut

Jumlah item obat generik yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan dasar di Unit Pengelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan Kabupaten/Kota di satu wilayah kerja, pada kurun waktu yang sama.

d. Contoh Perhitungan

Item Obat Generik yang dibutuhkan = 100 item, item Obat generik yang dapat disediakan oleh Unit Pengelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan = 75 item.

$$\text{Persentase pengadaan Obat Generik} = \frac{75}{100} \times 100 \% = 75 \%$$

4. Sumber Data

RKO, LPLPO, Kartu Stock.

5. Rujukan

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

6. Target

- Target 2005 : 90 %
- Target 2010 : 100 %

7. Langkah Kegiatan

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

X. Pelayanan Penggunaan Obat Generik

Penulisan resep obat generik

a. Pengertian

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

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

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

2) Pembilang

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

3) Penyebut

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

4) Contoh Perhitungan

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

Persentase penulisan resep obat generik adalah :

$$\frac{650}{800} \times 100 \% = 81,25 \%$$

d. Sumber Data

Laporan pemakaian obat generik di fasilitas pelayanan kesehatan .

e. Rujukan

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

f. Target

- Target 2005 : 80 %
- Target 2010 : 90 %

g. Langkah Kegiatan

- 1) Pencatatan penggunaan obat generik setiap hari di fasilitas sarana kesehatan pemerintah di Kabupaten/Kota;
- 2) Pembuatan laporan bulanan pemakaian obat generik di setiap fasilitas sarana kesehatan pemerintah di Kabupaten/Kota;
- 3) Penyampaian laporan obat generik di fasilitas sarana kesehatan pemerintah di Kabupaten/Kota ke Dinas Kesehatan Kab/Kota;
- 4) Kompilasi laporan obat generik pada suatu wilayah kerja oleh Dinas Kesehatan Kab/Kota;
- 5) Kompilasi laporan obat generik di tingkat Propinsi oleh Dinas Kesehatan Propinsi;
- 6) Laporan pemakaian obat generik oleh Dinas Kesehatan Propinsi ke Depkes.

**Y. Penyelenggaraan Pembiayaan Untuk Pelayanan Kesehatan Perorangan
Cakupan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Pra Bayar**

a. Pengertian

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

b. Definisi Operasional

Cakupan JPK pra bayar adalah proporsi penduduk terlindungi JPK (PT. Askes, PT. Jamsostek, Bapel JPkm, Kartu Sehat, Dana Sehat dan Asuransi Komersial) di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Cakupan JPK Pra bayar} = \frac{\text{Jumlah penduduk yang memiliki kartu peserta JPK}}{\text{Jumlah seluruh penduduk}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

Jumlah penduduk yang memiliki kartu peserta JPK di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%).

5) Contoh Perhitungan

Jumlah penduduk Daerah X : 3.000.000 Jiwa.

Berdasarkan hasil Susenas, penduduk yang mempunyai kartu JPK (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan) adalah : 594.000 Jiwa, dengan rincian sbb :

Peserta Askes	: 222.000 Jiwa
Peserta Jamsostek	: 87.000 Jiwa
Perusahaan lain	: 81.000 Jiwa
Asuransi komersil	: 9.000 Jiwa

Dana Sehat	: 159.000 Jiwa
Bapel JPK	: 36.000 Jiwa

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

Sehingga persentase cakupan JPK Daerah X = 20 %.

d. Sumber Data

BPS Kab/Kota, Susenas, dan Laporan Tahunan JPK Kabupaten / Kota.

e. Rujukan

Pedoman BAPIM dan Pedoman SIM JPKM.

f. Target

- Target 2005: 30 %
- Target 2010: 80 %

g. Langkah Kegiatan

- 1) Analisis Potensi wilayah;
- 2) Penetapan Unit Cost pelayanan kesehatan;
- 3) Penetapan paket dan premi;
- 4) Pemantapan dan pengembangan model JPK;

- 5) Advokasi;
- 6) Sosialisasi;
- 7) Edukasi;
- 8) Peningkatan kinerja;
- 9) Monitoring dan evaluasi;
- 10) Pengembangan Dokter Keluarga;
- 11) Penataan SIM.

Z. Penyelenggaraan Pembiayaan Untuk Keluarga Miskin dan Masyarakat Rentan

Cakupan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin dan Masyarakat Rentan

a. Pengertian

- 1) Keluarga Miskin (Gakin) adalah keluarga yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah Kab/Kota melalui Koordinasi Kab/Kota (TKK)

dengan melibatkan Tim Desa dalam mengidentifikasi nama dan alamat Gakin secara tepat, sesuai dengan Gakin yang disepakati.

- 2) Masyarakat Rentan adalah masyarakat yang tergolong dalam Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) mencakup 27 jenis antara lain : anak balita terlantar, anak terlantar, anak korban kekerasan, anak nakal, anak jalanan, anak cacat, wanita rawan social ekonomi, wanita korban tindak kekerasan, lanjut usia terlantar, lanjut usia korban tindak kekerasan, penyandang cacat, penyandang cacat bekas penyakit kronis, tuna susila, bekas narapidana, pengemis dan gelandangan, keluarga fakir miskin, keluarga dengan rumah tak layak huni, keluarga bermasalah social psikologis, komunitas adat terpencil, masyarakat rawan bencana, korban penyalahgunaan NAPZA, pengidap HIV/AIDS, korban bencana alam, korban bencana sosial / pengungsi, pekerja migrant terlantar (sumber Depsos RI).

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Cakupan JPK Gakin} = \frac{\text{Jumlah Gakin/Masy. Rentan yang memiliki kartu sehat/ JPK Gakin}}{\text{Jumlah Gakin/Masy. Rentan}} \times 100 \%$$

Jumlah seluruh Gakin dan Masy.
Rentan

2) Pembilang

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

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%).

5) Contoh Perhitungan

Berdasarkan hasil pendataan, daerah X mempunyai jumlah penduduk miskin 600.000 Jiwa, dari hasil laporan pelaksanaan program keluarga miskin diperoleh data bahwa jumlah Gakin /

Masyarakat Rentan daerah X yang memiliki kartu sehat adalah sebanyak : 480.000 Jiwa.

Berdasarkan data tersebut dapat dihitung persentase cakupan JPK Gakin / Masyarakat Rentan daerah X sbb :

$$\frac{480.000}{600.000} \times 100 \% = 80 \%$$

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

d. Sumber Data

SIM pelaporan JPKM Kab/Kota, BPS Kab/Kota, BKKBN, dan Susenas.

e. Rujukan

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

f. Target

- Target 2005: 100 %
- Target 2010: 100 %

g. Langkah Kegiatan

- 1) Perhitungan Unit Cost pelayanan kesehatan;
- 2) Penetapan kriteria dan jumlah Gakin;
- 3) Penetapan paket dan premi;
- 4) Penetapan kebutuhan pembiayaan Gakin;
- 5) Perhitungan kontribusi daerah;
- 6) Advokasi;

- 7) Sosialisasi;
- 8) Pemantapan model pembiayaan kesehatan gakin;
- 9) Moniting dan Evaluasi.

II. PELAYANAN KESEHATAN YANG WAJIB DILAKUKAN OLEH KABUPATEN/KOTA TERTENTU

A. Pelayanan Kesehatan Kerja

Cakupan pelayanan kesehatan kerja pada pekerja formal

a. Pengertian

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

b. Definisi Operasional

Cakupan pelayanan kesehatan kerja adalah pekerja formal yang memperoleh pelayanan kesehatan kerja baik kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Cakupan yankes kerja} = \frac{\text{Jumlah pekerja formal yang mendapat pelayanan kes. Kerja}}{\text{Jumlah pekerja formal}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah pekerja formal yang mendapatkan pelayanan kesehatan kerja baik di Poliklinik, atau di kontrakkan kepada Pihak ketiga dan atau di Puskesmas/Balai Kesehatan Kerja/ Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP).

3) Penyebut

Jumlah pekerja formal di satu wilayah kerja tertentu dalam kurun waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%);

5) Contoh Perhitungan

- a. Pada suatu Kab/Kota didapat data jumlah pekerja formal, yaitu pekerja yang bekerja di instansi pemerintah/BUMN, TNI, dan Kepolisian sebanyak 26.473 pekerja. Dari pekerja yang telah mendapatkan pelayanan kesehatan kerja baik berupa promotif/preventif/kuratif/rehabilitatif sebanyak 11.450 pekerja.
- b. Sedangkan untuk tenaga kerja yang bekerja pada perusahaan besar, menengah dan kecil yang terstruktur dan mempunyai izin usaha sebanyak 40.390 pekerja. Dari pekerja tersebut yang telah mendapatkan pelayanan kesehatan kerja melalui Jamsostek, Poliklinik Perusahaan/dikontrak pada pihak ke III atau Dokter praktek/Puskesmas/RS, atau terlayani di BKKM/KKP sebanyak 1.303 pekerja.
- c. Persentase cakupan pelayanan kesehatan kerja :

$$\frac{12.753}{66,863} \times 100 \% = 19,07 \%$$

d. Sumber Data

- a. Laporan poliklinik perusahaan/ pihak ke III;
- b. Laporan SIMPUS/SIM Kesehatan Kerja;
- c. Laporan BKKM;
- d. Laporan KKP;
- e. Laporan kegiatan kesehatan kerja di Kab/Kota;
- f. BPS Kab/Kota;
- g. Dinas Tenaga Kerja Kab/Kota.

e. Rujukan

- i. Kebijakan Teknis Program Kesehatan Kerja;
- ii. Standar Pelayanan Kesehatan Kerja dasar;
- iii. Pedoman Pelaksanaan Upaya Kesehatan Kerja di Puskesmas;
- iv. Pedoman Sistem Informasi Manajemen Kesehatan Kerja;

- v. Modul TOT Kesehatan Kerja;
- vi. Buku Pos Upaya Kesehatan Kerja.

f. Target

- Target 2005: 20 %
- Target 2010: 80 %

g. Langkah Kegiatan

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

B. Pelayanan Kesehatan usia lanjut

Cakupan pelayanan kesehatan pra usia lanjut dan usia lanjut

a. Pengertian

- a. Pra usia lanjut adalah seseorang yang berusia antara 45 – 59 Tahun
- b. Usia lanjut adalah seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.

b. Definisi Operasional

Cakupan pelayanan kesehatan pra usia lanjut dan usia lanjut adalah pra usia lanjut dan usia lanjut yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar yang ada pada pedoman, di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Cakupan yankes Pra usila dan usila} = \frac{\text{Jumlah pra usila dan usila memperoleh yankes}}{\text{Jumlah seluruh pra usila dan usila}} \times 100 \%$$

2) Pembilang

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

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Jumlah pra usila dan usila dengan yankes di Kab/Kota : 3500 orang
 Jumlah penduduk pra usila & usila di Kab/Kota : 10.000 orang.

$$\text{Persentase Cakupan pelayanan kesehatan usila di Kab/Kota} = \frac{3500}{10.000} \times 100 \% = 35 \%$$

d. Sumber Data

- a. Catatan dan laporan hasil kegiatan program kesehatan usia lanjut di Puskesmas/Kab/Kota;
- b. BPS Kab/Kota.

e. Rujukan

- a. Pedoman Pembinaan Kesehatan Usia Lanjut jilid I & II
- b. Pedoman Puskesmas Santun Usia Lanjut.

f. Target

- Target 2005: 20%
- Target 2010: 70%

g. Langkah Kegiatan

- 1) Pengadaan;
- 2) Pelatihan;
- 3) Pelayanan;
- 4) Koordinasi LS/Review;

- 5) Pem. Penunjang;
- 6) Penanganan kasus;
- 7) Manajemen program.

C. Pelayanan Gizi

Cakupan Wanita Usia Subur yang mendapatkan kapsul yodium

a. Pengertian

- a. Wanita Usia Subur (WUS) adalah wanita yang berusia 15 s/d 49 tahun termasuk ibu hamil/nifas, calon pengantin (catin), remaja putri (dalam dan luar sekolah), pekerja wanita, dan WUS tidak hamil.
- b. Kapsul yodium adalah kapsul minyak yang mengandung yodium yang diberikan kepada Wanita Usia Subur untuk daerah endemik sedang dan endemik berat.

b. Definisi Operasional

Cakupan wanita usia subur yang mendapatkan kapsul yodium adalah wanita usia subur di daerah endemik sedang dan berat yang mendapat kapsul yodium di satu wilayah kerja pada waktu kurun tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

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

2) Pembilang

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

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Jumlah WUS mendapat kapsul yodium 22.000 WUS.

Jumlah WUS seluruhnya= 50.000 WUS

Persentase cakupan WUS mendapat kapsul yodium=

$$\frac{22.000}{50.000} \times 100 \% = 44,0 \%$$

d. Sumber Data

Laporan program GAKY Kabupaten.

e. Rujukan

- a. Pedoman Distribusi Kapsul Minyak Beryodium Depkes RI, Tahun 2000;
- b. Pedoman Pelaksanaan Pemantauan Garam Beryodium Di Tingkat Masyarakat Depkes RI, Tahun 2001;
- c. Booklet Kretin Akibat Kurang Yodium, Tahun 2002.

f. Target

- Target 2005: 50%
- Target 2010: 80%

g. Langkah Kegiatan

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

**D. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit HIV-AIDS
Darah Donor diskriminasi terhadap HIV-AIDS**

a. Pengertian

Skrining Darah Donor.

- a. Skrining darah donor adalah setiap kantong darah yang akan digunakan untuk transfusi harus melalui pemeriksaan terhadap penyakit-penyakit tertentu yang ditularkan melalui darah.
- b. Skrining darah donor dilakukan pada penyakit sebagai berikut : HIV (reaktif atau tidak), Siphilis, HBV (Hepatitis-B Virus), HCV (Hepatitis-C Virus).

- c. Kegiatan skrining dapat dilaksanakan di UTDC-PMI atau di Rumah Sakit Kabupaten/Kota.

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Darah donor diskriming terhadap HIV-AIDS} = \frac{\text{Jumlah kantong darah donor diskriming terhadap antibody HIV}}{\text{Jumlah seluruh kantong darah}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah kantong darah donor diskriming terhadap antibody HIV di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah seluruh kantong darah di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama

d. Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

e. Contoh Perhitungan

Kabupaten X melakukan skrining darah donor terhadap antibody HIV sebanyak 360 kantong dari hasil donasi.

Jumlah Seluruh kantong darah dari hasil donasi di Kabupaten X sebanyak 360 kantong darah.

Jadi persentase darah donor diskriming terhadap HIV/AIDS =

$$\frac{360}{360} \text{ kantong} \times 100 \% = 100 \%$$

d. Sumber Data

Unit Transfusi Darah Cabang/UTDC – PMI.

h. Rujukan

- a. Pedoman Skrining Darah Donor;
- b. Buku Protap Pemeriksaan Laboratorium;
- c. Renstra Penanggulangan HIV-AIDS tahun 2003-2007.

i. Target

- Target 2005: 100 %
- Target 2010: 100 %

j. Langkah Kegiatan

- 6) Skrining darah donor;
 - i. Penyediaan Reagen untuk pemeriksaan;

- b. Meningkatkan jumlah dan cakupan UTDC;
 - c. Skrining seluruh darah donor.
- 7) Peningkatan SDM dengan memberikan pelatihan Petugas Rumah Sakit dan UTDC untuk pemeriksaan HIV/AIDS.
 - 8) Advokasi dan Penyuluhan;
 - KIE;
 - Advokasi pada para pengambil keputusan;
 - Promosi penggunaan darah secara rasional;
 - Sosialisasi pentingnya donor sukarela dari kelompok risret.
 - 9) Melakukan pemantauan terhadap kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan yang diikuti dengan evaluasi terhadap hasil-hasilnya.

a. Pencegahan Dan Pemberantasan Penyakit Malaria Penderita malaria yang diobati

1) Pengertian

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

2) Definisi Operasional

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

3) Cara Perhitungan

1) Rumus

$$\text{Penderita malaria Yang diobati} = \frac{\text{Jumlah penderita tersangka malaria dan atau positif malaria diobati sesuai standar}}{\text{Jumlah penderita dengan gejala malaria}} \times 100\%$$

2) Pembilang

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

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%).

5) Contoh Perhitungan

Penduduk desa X tahun 2003 berjumlah 1000 orang. Jumlah penderita malaria klinis yang berkunjung ke Puskesmas 50 orang. Puskesmas tersebut merupakan daerah endemis malaria. Pemeriksaan darah yang positif 30 orang (20 orang positif plasmodium falciparum dan 10 orang positif plasmodium vivax). Jadi pengobatan standar yang harus dilakukan oleh Puskesmas adalah seluruh penderita malaria klinis dan penderita yang dinyatakan positif malaria yang berkunjung ke Puskesmas.

Persentase penderita yang malaria klinis yang diobati =

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

Persentase penderita malaria positif yang diobati secara radikal =

$$\frac{30}{30} \times 100 \% = 100 \%$$

4) Sumber Data

SIMPUS, SIRS,STP.

5) Rujukan

- 1) Modul Penemuan dan Pengobatan Penderita Malaria Tahun 1999. 614.532 Ind. m (Jilid-5);
- 2) Modul Penatalaksanaan penderita malaria Tahun 1999. 614.532 Ind. m (Jilid 7-10).

6) Target

- Target 2005 : 100 %
- Target 2010 : 100 %.

7) Langkah Kegiatan

- 1) Menemukan penderita tersangka malaria;
Kegiatan ini dilakukan secara pasif melalui kegiatan rutin di unit pelayanan kesehatan dan secara aktif melalui survei malaria.
- 2) Mengkonfirmasi secara laboratorium dan atau dengan

menggunakan rapid diagnostik test untuk memastikan diagnosa adanya parasit didalam sediaan darah (SD) dan mengetahui jenis parasitnya. Hal ini penting untuk memberikan pengobatan yang tepat;

- 3) Memberikan pengobatan baik kepada penderita tersangka malaria dan penderita positif maupun pengobatan hasil follow up penderita (pengobatan berdasarkan standar pengobatan).
- 4) Peningkatan SDM dengan melakukan pelatihan tentang penemuan dini dan pengobatan yang tepat untuk kasus malaria.
- 5) Melakukan monitoring dan evaluasi :
 - o Melakukan pemantauan terhadap hasil surveilans.
 - o Melakukan pemantauan dan evaluasi tentang penemuan dini dan pengobatan yang tepat.
- 6) Pencatatan dan pelaporan untuk mencegah terjadinya peningkatan kasus.
- 7) Advokasi / Sosialisasi dan Kemitraan :
 - o Mengadakan pertemuan dan sosialisasi kepada lintas sektor.
 - o Melakukan advokasi kepada pengambil keputusan di tingkat kecamatan/ kabupaten.
 - o Menjalin jejaring kemitraan.

b. Pencegahan Dan Pemberantasan Penyakit Kusta Penderita Kusta yang selesai berobat (RFT rate)

a. Pengertian

- 1). Pengertian penyakit Kusta
Penyakit kusta merupakan penyakit menular menahun yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium leprae* yang terutama menyerang saraf tepi, kulit dan organ tubuh lain kecuali susunan saraf pusat.
- 2). Penderita kusta adalah penderita yang mempunyai satu atau lebih gejala utama :
 - a).Kulit dengan bercak putih atau kemerahan disertai mati rasa atau anestesi
 - b).Penebalan saraf tepi yang disertai gangguan fungsi saraf berupa mati rasa dan kelemahan/kelumpuhan pada otot tangan, kaki dan mata, kulit kering serta pertumbuhan rambut

- yang terganggu.
- c). Pada pemeriksaan kerokan jaringan kulit (slit=skin=smear) didapatkan adanya kuman *M. Leprae*.
- 3). Klasifikasi penderita, berdasarkan tanda-tanda utama dibedakan menjadi :
- a). Tipe PB dengan tanda-tanda :
- Jumlah bercak pada kulit : 1 – 5.
 - Kerusakan saraf tepi : 1 Saraf.
 - Pemeriksaan Skin Smear (BTA) : Negatif.
- b). Tipe MB dengan tanda – tanda :
- Jumlah bercak pada kulit lebih dari 5.
 - Kerusakan saraf tepi : banyak saraf.
 - Pemeriksaan Skin Smear (BTA) : positif.
- 4). Pengobatan
- Pengobatan penderita kusta sesuai dengan klasifikasi yaitu :
- a) Pengobatan PB
- Blister MDT Dewasa berisi: Rifampisin dan Dapsone (DDS).
 - Blister MDT Anak berisi: Rifampisin dan Dapsone (DDS).
- b) Pengobatan MB
- Blister MDT Dewasa berisi: Rifampisin, Lampren dan Dapsone (DDS).
 - Blister MDT Anak berisi : Rifampisin, Lampren dan Dapsone (DDS).
- 5). Kesembuhan penderita PB : Penderita yang sudah mendapatkan pengobatan sebanyak 6 blister yang diselesaikan selama 6 – 9 bulan.
- Kesembuhan penderita MB : Penderita yang sudah mendapatkan pengobatan sebanyak 12 blister yang diselesaikan selama 12– 18 bulan.
- 6). Kohort adalah sekumpulan penderita yang mulai pengobatan MDT dalam periode waktu 1 tahun.

a. Definisi Operasional

Penderita Kusta yang selesai berobat adalah Penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan tepat waktu (RFT rate) di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

b. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Penderita kusta Selesai berobat (RTF rate)} = \frac{\text{Jumlah penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan sesuai standar}}{\text{Jumlah penderita kusta yang ditemukan pada periode yang sama}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah penderita Kusta yang menyelesaikan pengobatan sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah penderita Kusta yang ditemukan pada periode tertentu di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%).

5) Contoh Perhitungan

Jumlah penderita yang mulai pengobatan pada periode kohort tertentu 100 orang. Yang menyelesaikan pengobatan sesuai standar pengobatan 90 orang,

maka persentase angka kesembuhan (RFT) rate =

$$\frac{90}{100} \times 100\% = 90\%$$

a. Sumber Data

Register/ monitoring pengobatan MDT untuk PB dan MB pada puskesmas.

e. Rujukan

- 1) Buku Pedoman Pelaksanaan Program P2 Kusta bagi petugas Unit pelayanan Kesehatan;
- 2) Buku Pedoman Program Pemberantasan Penyakit Kusta di Indonesia.

f. Target

- Tahun 2005 : > 90 %
- Tahun 2010 : > 90 %

g. Langkah Kegiatan

- 1) Penemuan penderita;
Secara pasif bersifat sukarela dan secara aktif melalui pemeriksaan

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

c. Pencegahan Dan Pemberantasan Penyakit Filariasis
Kasus filariasis yang ditangani.

a. Pengertian

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

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

$$\text{Kasus Filariasis Yang ditangani} = \frac{\text{Jumlah kasus filariasis yang ditangani}}{\text{Jumlah kasus filariasis yang ditemukan pada waktu yang sama}} \times 100\%$$

2) Pembilang

Jumlah kasus filariasis yang ditangani di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

3) Penyebut

Jumlah kasus filariasis yang ditemukan di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%).

5) Contoh Perhitungan

Sampai dengan tahun 2004 di Kabupaten X tercatat sebanyak 40 kasus filariasis berdasarkan penemuan Puskesmas, RS, tiga kasus dinyatakan sembuh dan 1kasus telah meninggal dunia. Pada tahun 2004, tiga puluh kasus filariasis mendapatkan pengobatan di Puskesmas yang diikuti dengan perawatan di rumah penderita. Enam kasus filariasis sisanya tidak pernah melapor lagi ke Puskesmas dan tidak dilakukan kunjungan rumah.

Berdasarkan survei darah jari yang dilakukan pada tahun 2004, ditemukan 22 orang dengan mikrofilaria positif dan 20 diantaranya mendapat pengobatan.

Dari data diatas:

Penemuan kasus klinis filariasis s/d tahun 2004 = 40 kasus.

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

Jumlah kasus klinis = 36 kasus

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

Jumlah kasus filariasis klinis dan non klinis yang mendapat pengobatan = (30 + 20) kasus.

Persentase kasus filariasis yang di tangani Kab. X pada Tahun 2004
 $= \frac{50}{58} \times 100 \% = 86,2 \%$.

d. Sumber Data

- 1) Laporan kasus Filariasis (Pedoman Penatalaksanaan kasus klinis filariasis)
- 2) Laporan survey darah jari (Pedoman Penemuan Daerah Endemis Filariasis)

e. Rujukan

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

f. Target

- f. Tahun 2005 : 50 %
- g. Tahun 2010 : 90 %

g. Langkah Kegiatan

- Penemuan Kasus :
Penemuan kasus dapat diperoleh di Unit Pelayanan Kesehatan (Puskesmas, Rumah Sakit, dll) dan penemuan di masyarakat melalui survei.
- Tatalaksana kasus :
 - a). Tatalaksana penderita klinis akut dan kronis dilakukan di unit pelayanan kesehatan dan perawatan di rumah. Untuk kasus yang baru ditemukan langsung diberikan DEC 3x100 mg

selama 10 hari, kemudian diikutkan dalam pengobatan massal. Penderita dengan serangan akut, diberi antibiotik dan obat simptomatik lain terlebih dulu sampai gejala klinis mereda, baru kemudian diberikan DEC. Perawatan meliputi pencucian, pemberian salep anti jamur/anti bakteri, peninggian bagian tubuh yang mengalami lymphodema, gerakan/*exercise*, dan pemakaian alas kaki yang tepat. Setiap penderita dianjurkan untuk menjaga *personal hygiene*.

- b). Pengobatan kasus non klinis dengan obat DEC 3x100 mg selama 10 hari, kemudian diikutkan dalam siklus pengobatan massal dengan obat DEC, Albendazole dan Paracetamol.

3) Peningkatan SDM

Melalui kegiatan antara lain : Pelatihan tenaga pengelola filariasis Puskesmas dan Kabupaten, Pelatihan tenaga pengelola mikroskopis filariasis Puskesmas dan Kabupaten, dan Peningkatan SDM keluarga penderita dan kader di Puskesmas.

4) Monitoring dan Evaluasi (Monev)

Melakukan supervisi secara berjenjang.

Pelaksanaan surveilans kasus klinis dan survey darah jari.

5) Promosi

Melalui kegiatan kegiatan advokasi, penyuluhan dan sosialisasi di Rumah Sakit, Puskesmas, Masyarakat, dan kader.

6) Survei darah jari

Dilakukan untuk menentukan suatu daerah endemis filariasis atau tidak, dan untuk evaluasi setelah pengobatan massal. Persiapan yang dilakukan antara lain pelatihan tenaga puskesmas (on the job training) dan penyiapan masyarakat. Dalam penyiapan masyarakat diperlukan koordinasi dan penggerakan oleh perangkat/tokoh-tokoh (agama, masyarakat, pemuda, dll) di desa.

7) Pengobatan massal untuk 1 Kecamatan Implementation Unit (IU) :

- a). Untuk memutuskan rantai penularan filariasis melalui pengobatan massal setiap tahun selama minimal 5 tahun.
- b). Pelatihan kader/TPE (Tenaga Pembantu Pengobatan).
- c). Diperlukan penyiapan masyarakat dengan penyuluhan, serta koordinasi dan penggerakan masyarakat oleh perangkat desa dan tokoh-tokoh (masyarakat, agama, pemuda, dll).
- d). Pelaksanaan pengobatan massal.

KEPUSTAKAAN

1. Departemen Kesehatan RI, **Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota**, Jakarta, 2003.
2. Departemen Kesehatan RI, **Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan**, Jakarta, 2003.
3. Surat Edaran Menteri Dalam Negeri RI, Nomor: SE.440/572/OTDA tanggal 14 April 2003, tentang **Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan**.
4. Departemen Kesehatan RI, **Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten Sehat**, Jakarta, 2003
5. Ahmad Sujudi et al, **Perjalanan Menuju Indonesia Sehat 2010**, Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 2002
6. Departemen Kesehatan RI, **Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan 2001-2004**, Jakarta, 2001
7. Departemen Kesehatan RI, **Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan**, Jakarta, 2001
8. Departemen Kesehatan RI, **Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010**, Jakarta, 1999

9. Mills, Anna dan Vaughan, J.Patrick et al(Editor), **Desentralisasi Sistem Kesehatan, Konsep-konsep, isu-isu dan pengalaman di berbagai negara**, penerjemah dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc, penyunting dr. Susanto Agus Wilopo,M.Sc,D.Sc, Gajah Mada University Press, Yogyakarta, 2002
10. **Peraturan Pemerintah Nomor 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom** (Lembaran Negara tahun 2000 No. 54)
11. **Peraturan Pemerintah Nomor 20 tahun 2001 tentang Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah** (Lembaran Negara tahun 2001 No. 41)

12. Priyono Tjiptoherijanto, SE, MA, Ph.D dan Budi Susetyo, SE, M.Sc, Ph.D, **Ekonomi Kesehatan**, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta, 1994
13. **Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat No. IV/MPR/1999 tentang Garis-garis Besar Haluan Negara**
14. **Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat No. X/MPR/1998 tentang Pokok-Pokok Reformasi**
15. **Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional tahun 2000-2004**, (Lembaran Negara tahun 2000 No. 206)
16. **Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah** (Lembaran Negara tahun 1999 No. 60, Tambahan Lembaran Negara No. 3899)
17. **Undang-Undang Republik Indonesia No. 25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah** (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara No. 3848)
18. **Undang-Undang Republik Indonesia No. 28 tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari KKN** (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Nomor: 3851)
19. **Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan** (Lembaran Negara tahun 1992 No. 100, Tambahan Lembaran Negara No. 3495).

KEPUSTAKAAN

20. Departemen Kesehatan RI, **Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota**, Jakarta, 2003.
21. Departemen Kesehatan RI, **Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan**, Jakarta, 2003.
22. Surat Edaran Menteri Dalam Negeri RI, Nomor: SE.440/572/OTDA tanggal 14 April 2003, tentang **Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan**.
23. Departemen Kesehatan RI, **Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten Sehat**, Jakarta, 2003
24. Ahmad Sujudi et al, **Perjalanan Menuju Indonesia Sehat 2010**, Departemen Kesehatan RI, Jakarta, 2002
25. Departemen Kesehatan RI, **Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan 2001-2004**, Jakarta, 2001
26. Departemen Kesehatan RI, **Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan**, Jakarta, 2001
27. Departemen Kesehatan RI, **Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010**, Jakarta, 1999
28. Mills, Anna dan Vaughan, J.Patrick et al(Editor), **Desentralisasi Sistem Kesehatan, Konsep-konsep, isu-isu dan pengalaman di berbagai negara**, penerjemah dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc, penyunting dr. Susanto Agus Wilopo, M.Sc, D.Sc, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 2002
29. **Peraturan Pemerintah Nomor 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom** (Lembaran Negara tahun 2000 No. 54)
30. **Peraturan Pemerintah Nomor 20 tahun 2001 tentang Pembinaan dan Pengawasan atas Penyelenggaraan Pemerintah Daerah** (Lembaran Negara tahun 2001 No. 41)

31. Prijono Tjiptoherijanto, SE, MA, Ph.D dan Budi Susetyo, SE, M.Sc, Ph.D,

Ekonomi Kesehatan, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta, 1994

32. **Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat No. IV/MPR/1999 tentang Garis-garis Besar Haluan Negara**
33. **Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat No. X/MPR/1998 tentang Pokok-Pokok Reformasi**
34. **Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional tahun 2000-2004**, (Lembaran Negara tahun 2000 No. 206)
35. **Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah** (Lembaran Negara tahun 1999 No. 60, Tambahan Lembaran Negara No. 3899)
36. **Undang-Undang Republik Indonesia No. 25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah** (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara No. 3848)
37. **Undang-Undang Republik Indonesia No. 28 tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari KKN** (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Nomor: 3851)
38. **Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan** (Lembaran Negara tahun 1992 No. 100, Tambahan Lembaran Negara No. 3495).