



## **WALIKOTA BLITAR**

---

### **PERATURAN WALIKOTA BLITAR**

**NOMOR 13 TAHUN 2011**

**TENTANG**

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN**

**PEMERINTAH KOTA BLITAR**

**WALIKOTA BLITAR,**

Menimbang : a. bahwa pelayanan bidang kesehatan kepada masyarakat merupakan urusan wajib pemerintah daerah yang harus dilaksanakan ;

b. bahwa guna lebih meningkatkan akses dan mutu pelayanan dasar di bidang kesehatan kepada masyarakat secara merata dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib, maka di pandang perlu menetapkan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan ;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, maka dipandang perlu menetapkan Peraturan Walikota tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Pemerintah Kota Blitar ;

Mengingat : 1. Undang – Undang Nomor 17 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Kota Kecil dalam Lingkungan Provinsi Jawa Timur/Tengah/Barat ;

2. Undang – Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4389) ;

3. Undang – Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4844);

4. Undang – Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438) ;

5. Undang – Undang Nomor 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063) ;

6. Peraturan Pemerintah Nomor 48 Tahun 1982 tentang Perubahan Batas Wilayah Kotamadya Daerah Tingkat II Blitar (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1982 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3243) ;
7. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan dan Pertanggungjawaban Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 14, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578) ;
8. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pembinaan dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4737);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4741);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 2008 tentang Pedoman Evaluasi Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2008 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4815);
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007;
14. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal ;
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
17. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 828 tahun 2008 tentang petunjuk teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;

## MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALIKOTA TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN PEMERINTAH KOTA BLITAR.

BAB I  
KETENTUAN UMUM

## Pasal 1

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kota Blitar.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kota Blitar.
3. Walikota adalah Walikota Blitar.
4. Dinas Kesehatan adalah Dinas Kesehatan Kota Blitar.
5. Kewenangan daerah adalah kewenangan yang diberikan Pemerintah kepada Daerah.
6. Jenis Pelayanan adalah kegiatan-kegiatan untuk melaksanakan kewenangan Daerah.
7. Indikator Kinerja adalah tolok ukur pelayanan yang diselenggarakan Daerah.
8. Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan selanjutnya disebut SPM Kesehatan adalah tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan Daerah.
9. Standar Teknis adalah pedoman kualitas dan prosedur pelayanan yang ditentukan oleh Pemerintah.
10. Pelayanan dasar kepada masyarakat adalah fungsi Pemerintah dalam memberikan dan mengurus keperluan kebutuhan dasar masyarakat untuk meningkatkan taraf kesejahteraan rakyat.
11. Pengembangan kapasitas adalah upaya meningkatkan kemampuan sistem atau sarana dan prasarana kelembagaan, personil, dan keuangan untuk melaksanakan fungsi-fungsi pemerintahan dalam rangka mencapai tujuan pelayanan dasar dan/atau SPM Kesehatan secara efektif.
12. Target Tahunan adalah nilai capaian indikator kinerja setiap jenis pelayanan pada tahun yang bersangkutan.

## BAB II

## MAKSUD, TUJUAN DAN FUNGSI SPM BIDANG KESEHATAN

## Bagian Pertama

## Maksud

## Pasal 2

- (1) Maksud ditetapkannya SPM Bidang Kesehatan adalah sebagai acuan bagi Pemerintah Daerah dalam melaksanakan kewenangan Bidang Kesehatan di Daerah.
- (2) Maksud ditetapkannya SPM Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang meliputi jenis pelayanan beserta indikator kinerja dan target Tahun 2010 – Tahun 2015, yaitu :
  - a. Pelayanan Dasar Kesehatan :
    - 1). Cakupan kunjungan Ibu hamil K4 95 % pada Tahun 2015;
    - 2). Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani 80 % pada Tahun 2015;
    - 3). Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan 90% pada Tahun 2015;
    - 4). Cakupan pelayanan nifas 90% pada Tahun 2015;
    - 5). Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani 80% pada Tahun 2010;
    - 6). Cakupan kunjungan bayi 90%, pada Tahun 2010;
    - 7). Cakupan Desa/Kelurahan Universal Child Immunization (UCI) 100% pada Tahun 2010;
    - 8). Cakupan pelayanan anak balita 90% pada Tahun 2010;
    - 9). Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 - 24 bulan keluarga miskin 100 % pada Tahun 2010;
    - 10). Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan 100% pada Tahun 2010;
    - 11). Cakupan Penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat 100 % pada Tahun 2010;
    - 12). Cakupan peserta KB aktif 70% pada Tahun 2010;
    - 13). Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit 100% pada Tahun 2010;
    - 14). Cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin 100% pada Tahun 2015.

b. Pelayanan Kesehatan Rujukan :

- 1). Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin 100% pada Tahun 2015;
- 2). Cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan (RS) di Kabupaten/Kota 100 % pada Tahun 2015.

c. Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa /KLB, yaitu Cakupan Desa/ Kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam 100% pada Tahun 2015 ;

d. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Cakupan Desa Siaga Aktif 80% pada Tahun 2015.

## Bagian Kedua

### Tujuan

#### Pasal 3

Tujuan ditetapkannya SPM Bidang Kesehatan adalah :

- a. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat ;
- b. Meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelayanan kesehatan ;
- c. Menjalin kesinambungan pelayanan kesehatan.

## Bagian Ketiga

### Fungsi

#### Pasal 4

Fungsi ditetapkannya SPM Bidang Kesehatan adalah :

- a. sebagai alat untuk menjamin aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan yang diterima oleh masyarakat dalam kondisi rata-rata minimal yang harus dicapai Pemerintah daerah sebagai penyedia pelayanan kesehatan kepada masyarakat;
- b. sebagai alat monitoring dan evaluasi serta tolok ukur untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan Daerah berkaitan dengan pelayanan kesehatan kepada masyarakat;
- c. sebagai dasar penentuan belanja publik dengan prioritas utama pelayanan kesehatan kepada masyarakat berbasis anggaran kinerja;
- d. sebagai acuan prioritas Perencanaan Daerah dan prioritas pembiayaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.

## BAB III

## SPM BIDANG KESEHATAN

## Pasal 5

- (1) Pemerintah daerah menjamin penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- (2) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkaitan dengan pelayanan kesehatan dasar yang wajib dilaksanakan Daerah, meliputi jenis pelayanan beserta indikator kinerja dan target tahunan tahun 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 dan 2015.
- (3) Di luar jenis pelayanan tersebut pada ayat (2), Daerah dapat menyelenggarakan jenis pelayanan tambahan sesuai dengan kebutuhan. Jenis pelayanan beserta indikator kinerja dan target tahunan tahun 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 dan 2015.
- (4) Jenis pelayanan tambahan sebagaimana dimaksud pada ayat (3), menjadi wajib apabila kondisi berkembang menjadi daerah endemis/ potensi KLB/ rawan masalah.

## BAB IV

## MEKANISME PELAKSANAAN

## Pasal 6

Mekanisme pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan di Daerah adalah sebagai berikut :

- a. penyelenggaraan SPM Bidang Kesehatan dapat pula dilaksanakan oleh Badan Usaha Milik Daerah atau Lembaga Mitra Pemerintah Daerah sesuai SPM Bidang Kesehatan yang telah ditetapkan;
- b. dalam Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD), Rencana Kerja Satuan Kerja Perangkat Daerah (Renja SKPD), Kebijakan Umum Anggaran (KUA), Rencana Kerja dan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (RKA-SKPD) sesuai klasifikasi belanja daerah dengan mempertimbangkan kemampuan keuangan daerah untuk tahun anggaran yang bersangkutan harus mengakomodasi SPM Bidang Kesehatan yang telah ditetapkan dan menjadi prioritas bagi Daerah;
- c. Walikota melakukan sosialisasi, diseminasi, pelatihan penyelenggaraan SPM Bidang Kesehatan Daerah;
- d. Walikota mengoperasionalkan standar-standar teknis dalam pelayanan kesehatan Daerah;
- e. Walikota melakukan Survey Kepuasan Masyarakat secara teratur terhadap pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan Daerah;

- f. Walikota melakukan monitoring dan evaluasi secara berkesinambungan terhadap Kinerja Pemerintah Daerah di Bidang Kesehatan.

## BAB V

### PENGORGANISASIAN

#### Pasal 7

Walikota bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM, yang dilaksanakan oleh Perangkat Daerah.

#### Pasal 8

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM Bidang Kesehatan dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan.

## BAB VI

### PELAKSANAAN

#### Pasal 9

SPM Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2), merupakan acuan dalam perencanaan program pencapaian target Pemerintah Daerah.

#### Pasal 10

Sumber pembiayaan pelaksanaan pelayanan kesehatan untuk pencapaian target sesuai SPM Bidang Kesehatan, dibebankan pada APBD dan sumber lain yang sah dan tidak mengikat.

## BAB VII

### PENGAWASAN DAN EVALUASI

#### Pasal 11

Walikota melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM Bidang Kesehatan di Daerah.

#### Pasal 12

Walikota menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan kesehatan sesuai SPM Bidang Kesehatan, kepada Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan melalui Gubernur.

#### Pasal 13

Walikota melaksanakan evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan Daerah sesuai SPM Bidang Kesehatan yang telah ditetapkan.

Pasal 14

- (1) Hasil evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan Daerah sesuai SPM Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13, dilaporkan oleh Walikota kepada Gubernur dan untuk selanjutnya Gubernur melaporkan kepada Presiden melalui Menteri Dalam Negeri.
- (2) Hasil evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipergunakan sebagai dasar penentuan tindakan yang diperlukan dalam pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan.

BAB VIII

PENUTUP

Pasal 15

Peraturan Walikota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Walikota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Blitar.

Ditetapkan di Blitar  
pada tanggal 7 Pebruari 2011

WALIKOTA BLITAR

Ttd.

MUH. SAMANHUDI ANWAR

Diundangkan di Blitar  
pada tanggal 7 Januari 2011

SEKRETARIS DAERAH KOTA BLITAR

Ttd.

Ichwanto

BERITA DAERAH KOTA BLITAR TAHUN 2011 NOMOR 13

Salinan sesuai dengan aslinya  
SEKRETARIAT DAERAH KOTA BLITAR  
Kepala Bagian Hukum

Hardiyanto

NOMOR : 13 TAHUN 2011  
TANGGAL : 7 FEBRUARI 2011

**STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN  
PEMERINTAH KOTA BLITAR**

**I. PELAYANAN KESEHATAN DASAR**

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

**a. Pengertian**

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

**b. Definisi Operasional**

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

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

**1) Rumus**

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

**2) Pembilang**

Jumlah Ibu Hamil yg memperoleh pelayanan antenatal K4 sesuai standart oleh tenaga kesehatan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

**3) Penyebut**

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

**4) Ukuran/Konstanta**

Persentase (%)

### 5) Contoh Perhitungan

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

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

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

#### d. Sumber Data

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

#### e. Rujukan

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

#### f. Target

Target 2015: 95 %

#### g. Langkah Kegiatan

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

#### h. SDM

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

## 2. Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani

### a. Pengertian

- 1) Komplikasi yang dimaksud adalah kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas yang dapat mengancam jiwa ibu dan/atau bayi;
- 2) Komplikasi dalam kehamilan : a) Abortus, b) Hiperemesis Gravidarum, c) perdarahan per vaginam, d) Hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia, eklampsia), e) kehamilan lewat waktu, f) ketuban pecah dini.  
Komplikasi dalam persalinan : a) Kelainan letak/presentasi janin, b) Partus macet/distosia, c) Hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia, eklampsia), d) perdarahan

pasca persalinan, e) Infeksi berat/ sepsis, f) kontraksi dini/persalinan prematur, g) kehamilan ganda.

Komplikasi dalam Nifas : a) Hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia, eklampsia), b) Infeksi nifas, c) perdarahan nifas.

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

#### b. Definisi Operasional

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

#### c. Cara Perhitungan/Rumus

##### 1) Rumus

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

**2) Pembilang**

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

**3) Penyebut**

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

**4) Ukuran/Konstanta**

Persentase (%)

**5) Contoh Perhitungan**

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

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

**d. Sumber Data**

- 1) SIMPUS dan SIRS termasuk pelayanan yang dilakukan oleh swasta.
- 2) Laporan Audit Maternal dan Perinatal (AMP).
- 3) Kohort Ibu
- 4) PWS KIA

**e. Rujukan**

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

**f. Target**

Target 2015: 80 %

**g. Langkah Kegiatan**

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

**h. SDM**

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

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

a. Pengertian

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

b. Definisi Operasional

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

c. Cara Perhitungan/Rumus

1) Rumus

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

2) Pembilang

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

3) Penyebut

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

4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

5) Contoh Perhitungan

Jumlah Penduduk 500.000, Angka Kelahiran Kasar (CBR) 2,3 %.  
jumlah ibu bersalin ditolong oleh Nakes Januari- Desember tahun 2003, = 10.500  
Maka : Persentase cakupan Pn adalah =  $\frac{\text{Jml persalinan oleh tenaga kesehatan}}{\text{Jml seluruh sasaran persalinan dalam satu tahun}} \times 100 \%$   
 $\frac{10.500}{1,05 \times 2,3\% \times 500.000} \times 100 \% = 86,96 \%$

d. Sumber Data

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

**e. Rujukan**

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

**f. Target**

Target 2015: 90 %

**g. Langkah Kegiatan**

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

**h. SDM**

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

**4. Cakupan Pelayanan Nifas**

**a. Pengertian**

- 1) Nifas adalah periode mulai 6 jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan.
- 2) Pelayanan nifas sesuai standar adalah pelayanan kepada ibu nifas sedikitnya 3 kali, pada 6 jam pasca persalinan s.d 3 hari; pada minggu ke II, dan pada minggu ke VI termasuk pemberian Vitamin A 2 kali serta persiapan dan/atau pemasangan KB Pasca Persalinan.
- 3) Jumlah seluruh Ibu Nifas di hitung melalui estimasi dengan rumus:  $1,05 \times \text{Crude Birth Rate (CBR)} \times \text{Jumlah Penduduk}$ . Angka CBR dan jumlah penduduk Kab/Kota didapat dari data BPS masing – masing Kab/Kota/Provinsi pada kurun waktu tertentu. 1,05 adalah konstanta untuk menghitung Ibu Nifas
- 4) Dalam pelaksanaan pelayanan nifas dilakukan juga pelayanan neonatal sesuai standar sedikitnya 3 kali, pada 6-24 jam setelah lahir, pada 3-7 hari dan pada 8-28 hari setelah lahir yang dilakukan difasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah.
- 5) Pelayanan kesehatan neonatal adalah pelayanan kesehatan neonatal dasar (ASI segera, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, pemberian vitamin K1 injeksi bila tidak diberikan pada saat lahir, pemberian imunisasi hepatitis B1 (bila tidak diberikan pada saat lahir), manajemen terpadu bayi muda.
- 6) Neonatal adalah bayi berumur 0-28 hari.
- 7) Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan nifas yang professional.

**b. Definisi Operasional**

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

### c. Cara Perhitungan/Rumus

#### 1) Rumus

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

#### 2) Pembilang

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

#### 3) Penyebut

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

#### 4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

#### 5) Contoh Perhitungan

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

Persentase cakupan pelayanan nifas adalah =

Jml Jumlah ibu nifas yang telah memperoleh 3 kali pelayanan nifas sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu  $\times 100\%$  =  
Seluruh Ibu nifas di satu wilayah pada kurun waktu tertentu

$$\frac{10.000}{1,05 \times 2,3\% \times 500.000} \times 100 \% = 78,87\%$$

### d. Sumber Data

1) SIMPUS dan SIRS termasuk pelayanan yang dilakukan oleh swasta.

2) Kohort Ibu

3) PWS-KIA

### e. Rujukan

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

### f. Target

Target 2015: 90 %

### g. Langkah Kegiatan

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

### h. SDM

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

## 5. Cakupan Neonatal dengan komplikasi yang ditangani

### a. Pengertian

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

### b. Definisi Operasional

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

### c. Cara Perhitungan/Rumus

#### 1) Rumus

$$\begin{array}{l} \text{Cakupan} \\ \text{Neonatal dgn} \\ \text{komplikasi yang} \\ \text{ditangani} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Jumlah neonatal dengan komplikasi} \\ \text{yang tertangani} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Jumlah seluruh neonatal dengan} \\ \text{komplikasi yang ada} \end{array}} \times 100\%$$

#### 2) Pembilang

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

#### 3) Penyebut

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

#### 4) Ukuran/Konstanta

Prosentase (%)

#### 5) Contoh Perhitungan

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

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

Jml neonatal komplikasi yg memperoleh pelayanan kes. sesuai standar : 20 neonatal

Cakupan neonatal yg tertangani = 20 / 45 x 100 % = 44 %.

### d. Sumber Data

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

- 4) Kohort Bayi
- 5) PWS-KIA

**e. Rujukan**

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

**f. Target**

Target 2010: 80%

**g. Langkah Kegiatan**

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

**h. SDM**

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

**6. Cakupan Kunjungan Bayi**

**a. Pengertian**

- 1) Dalam pelaksanaan pelayanan bayi dilakukan mulai pelayanan neonatal sesuai standar sedikitnya 3 kali, pada 1-3 hari setelah lahir, pada 3-7 hari dan pada 8 - 28 hari setelah lahir dan 29 hari – 11 bulan yang dilakukan difasilitas kesehatan maupun posyandu dan kunjungan rumah.
- 2) Pelayanan kesehatan neonatal adalah pelayanan kesehatan neonatal dasar (ASI segera, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, pemberian vitamin K1 injeksi bila tidak diberikan pada saat lahir, pemberian imunisasi hepatitis B1 (bila tidak diberikan pada saat lahir), manajemen terpadu bayi muda.
- 3) Neonatal adalah bayi berumur 0-28 hari.
- 4) Bayi adalah anak berumur 0 hari – 11 bulan.

- 5) Cakupan kunjungan bayi adalah Cakupan kunjungan bayi umur 0 hari – 11 bulan di sarana pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta (polindes, pustu, puskesmas, rumah bersalin dan rumah sakit) maupun di rumah, posyandu, tempat penitipan anak, panti asuhan dan sebagainya melalui kunjungan petugas.
- 6) Setiap bayi memperoleh pelayanan kesehatan minimal 7 kali yaitu satu kali pada umur 1-3 hari, 3-7 hari, 8 – 28 hari, 29 hari-3 bulan, 1 kali pada umur 3-6 bulan, 1 kali pada umur 6-9 bulan, dan 1 kali pada umur 9-11 bulan.
- 7) Pelayanan Kesehatan tersebut meliputi pemberian imunisasi dasar (BCG, DPT/ HB1-3, Polio 1-4, Campak), stimulasi deteksi intervensi dini tumbuh kembang (SDIDTK) bayi dan penyuluhan perawatan kesehatan bayi
- 8) Penyuluhan perawatan kesehatan bayi meliputi : konseling ASI eksklusif, pemberian makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan, perawatan dan tanda bahaya bayi sakit (sesuai MTBS), pemantauan pertumbuhan dan pemberian vitamin A kapsul biru pada usia 6 – 11 bulan.
- 9) Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam melindungi bayi sehingga kesehatannya terjamin melalui penyediaan pelayanan kesehatan.

#### b. Definisi Operasional

Cakupan kunjungan bayi adalah cakupan bayi yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan standar oleh dokter, bidan, dan perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan, paling sedikit 7 kali disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

#### c. Cara Perhitungan/Rumus

##### 1) Rumus

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

##### 2) Pembilang

Jumlah bayi yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan standar, paling sedikit 7 kali di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

##### 3) Penyebut

Seluruh sasaran bayi di satu wilayah kerja dalam kurun waktu sama.

Catatan :

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

##### 4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

##### 5) Contoh Perhitungan

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

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

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

Jumlah penduduk Kabupaten B: 270.000 jiwa.

CBR: 2.3%

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

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

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

**d. Sumber Data**

1. SIMPUS.
2. Kohort bayi
3. SIRS dan klinik.
4. PWS-KIA

**e. Rujukan**

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

**f. Target**

Target 2010: 90 %

**g. Langkah Kegiatan**

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

**h. SDM**

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

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

**a. Pengertian**

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

**b. Definisi Operasional**

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

### c. Cara Perhitungan/Rumus

#### 1) *Rumus*

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

#### 2) *Pembilang*

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

#### 3) *Penyebut*

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

#### 4) *Ukuran/Konstanta*

Persentase (%)

#### 5) *Contoh Perhitungan*

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

Jumlah desa di Kabupaten/Kota X sebanyak 90 desa.

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

### d. Sumber Data

SIMPUS, SIRS dan Klinik

### e. Rujukan

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

### f. Target

Target 2010: 100%

### g. Langkah Kegiatan

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

### h. SDM

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

## 8. Cakupan pelayanan anak balita

### a. Pengertian

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

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

#### b. Definisi Operasional

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

#### c. Cara Perhitungan/Rumus

##### 1) Rumus

$$\text{Cakupan pelayanan anak balita} = \frac{\text{Jml anak balita yg memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan sesuai standar disatu wilayah kerja pada waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh anak balita disatu wilayah kerja dalam waktu yg sama}} \times 100\%$$

##### 2) Pembilang

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

##### 3) Penyebut

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

##### 4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

##### 5) Contoh Perhitungan

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

Jumlah anak balita yang memperoleh pelayanan kesehatan 3.000 orang.

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

#### d. Sumber Data

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

#### e. Rujukan

- 1) Buku Standar Pemantauan Pertumbuhan
- 2) Buku Pedoman pelaksanaan SDIDTK anak.

- 3) Buku KIA
- 4) Buku pedoman pemberian Vitamin A bagi petugas
- 5) Buku pedoman pendampingan keluarga

**f. Target**

Target 2010: 90%

**g. Langkah Kegiatan**

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

**h. SDM**

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

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

**a. Pengertian**

- 1) Anak usia 6-24 bulan keluarga miskin adalah bayi usia 6 – 11 bulan dan anak usia 12 – 24 bulan dari keluarga miskin (GAKIN).
- 2) Kriteria dan keluarga miskin ditetapkan oleh pemerintah setempat (Kab/Kota).
- 3) MP ASI adalah makanan pendamping ASI berupa bubuk instan, bubur, nasi tim, biskuit yang dapat berupa MP-ASI Lokal maupun MP-ASI pabrikan.
- 4) MP-ASI pabrikan berupa bubuk instan untuk bayi usia 6 – 11 bulan dan biskuit untuk anak usia 12 – 24 bulan.

**b. Definisi Operasional**

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

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

**1) Rumus**

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

**2) Pembilang**

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

**3) Penyebut**

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

**4) Ukuran/Konstanta**

Persentase (%).

**5) Contoh Perhitungan**

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

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

Persentase cakupan pemberian makanan pendamping ASI keluarga miskin =

$$\frac{5.000}{5.500} \times 100 \% = 91 \%$$

**d. Sumber Data**

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

**e. Rujukan**

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

**f. Target**

Target 2010 : 100 %

**g. Langkah Kegiatan**

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

**h. SDM**

Nutrisionis/Tenaga kesehatan terlatih gizi

**10) Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan**

**a. Pengertian**

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

**b. Definisi Operasional**

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

**c. Cara Perhitungan / Rumus**

**1) Rumus**

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

**2) Pembilang**

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

**3) Penyebut**

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

**4) Ukuran/Konstanta**

Persentase (%).

**5) Contoh Perhitungan**

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

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

Persentase cakupan balita gizi buruk yg mendapat perawatan

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

**d. Sumber Data**

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

**e. Rujukan**

- 1) Pedoman Tatalaksana KEP pada Anak di Rumah Sakit Kab/Kota, tahun 1998;
- 2) Pedoman Tatalaksana KEP pada Anak di Puskesmas dan Rumah Tangga, tahun 1998;
- 3) Buku Bagan Tatalaksana Anak Gizi Buruk, tahun 2007;
- 4) Petunjuk Teknis Tatalaksana Anak Gizi Buruk, tahun 2007;
- 5) Panduan Pelatihan Tatalaksana Anak Gizi Buruk, tahun 2007;
- 6) Pedoman dan pelayanan gizi rumah sakit, tahun 2007
- 7) Pedoman penyelenggaraan Pelatihan Tatalaksana Gizi Buruk bagi tenaga kesehatan, tahun 2007;
- 8) Modul Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

**f. Target**

Target 2010 : 100 %.

**g. Langkah Kegiatan**

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

**h. SDM**

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

**11. Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat**

**a. Pengertian**

- 1) Penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat adalah pemeriksaan kesehatan umum, kesehatan gigi dan mulut siswa SD dan setingkat melalui penjangkaran kesehatan terhadap murid kelas 1 SD dan Madrasah Ibtidaiyah yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama **guru UKS dan atau** dokter kecil **setahun sekali**.
- 2) Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) adalah upaya terpadu lintas program dan lintas sektor dalam rangka meningkatkan kemampuan hidup sehat dan selanjutnya membentuk perilaku hidup sehat anak usia sekolah yang berada di sekolah.

- 3) Sekolah Dasar setingkat adalah Sekolah Dasar Negeri, Sekolah Dasar Swasta, Sekolah Dasar Luar Biasa, Madrasah Ibtidaiyah serta satuan pendidikan keagamaan termasuk Ponpes baik jalur pendidikan sekolah maupun luar sekolah;
- 4) Tenaga Kesehatan adalah tenaga medis, keperawatan atau petugas Puskesmas lainnya yang telah dilatih sebagai tenaga pelaksana UKS/UKGS;
- 5) Guru UKS/UKGS adalah guru kelas atau guru yang ditunjuk sebagai pembina UKS/UKGS di sekolah dan telah dilatih tentang UKS/UKGS;
- 6) Dokter kecil adalah kader kesehatan sekolah yang biasanya berasal dari murid kelas 4 dan 5 SD dan setingkat yang telah mendapatkan pelatihan dokter kecil;
- 7) Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program Usaha Kesehatan Anak Sekolah dalam melindungi anak sekolah sehingga kesehatannya terjamin melalui pelayanan kesehatan.

**b. Definisi Operasional**

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

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

**1) Rumus**

$$\begin{array}{l} \text{Cakupan} \\ \text{penjangkaran} \\ \text{kesehatan} \\ \text{siswa SD \&} \\ \text{setingkat} \end{array} = \frac{\text{Jumlah murid kelas 1 SD dan setingkat yg diperiksa kesehatannya oleh tenaga kesehatan bersama tenaga terlatih disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah murid kelas 1 SD dan setingkat disatu wilayah kerja dalam kurun waktu yg sama}} \times 100\%$$

**2) Pembilang**

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

**3) Penyebut**

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

**4) Ukuran/Konstanta**

Persentase (%)

**5) Contoh Perhitungan**

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

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

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

**d. Sumber Data**

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

**e. Rujukan**

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

**f. Target**

Target 2010: 100%

**g. Langkah Kegiatan**

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

**h. SDM**

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

**12. Cakupan peserta KB aktif**

**a. Pengertian**

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

**b. Definisi Operasional**

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

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

**1) Rumus**

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

**2) Pembilang**

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

**3) Penyebut**

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

**4) Ukuran/Konstanta**

Persentase (%)

**5) Contoh Perhitungan**

Jumlah PUS yang menggunakan kontrasepsi di Kabupaten A = 12.000 PUS

Jumlah PUS di Kabupaten A = 15.000 PUS

Persentase cakupan peserta aktif KB

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

**d. Sumber Data**

1. SIMPUS
2. SIRS
3. Formulir 2 KB
4. LB 3 Usila
5. Register Kohor KB

**e. Rujukan**

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

**f. Target**

Target 2015: 70 %

**g. Langkah Kegiatan**

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

**h. SDM;**

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

**13 Cakupan Penemuan dan Penanganan Penderita Penyakit**

Cara menghitung dan melaporkan pencapaian Cakupan Penemuan dan Penanganan Penderita Penyakit terdiri dari :

- a) cakupan penemuan penderita AFP
- b) cakupan penemuan dan penanganan penderita peneumoni balita
- c) Angka penemuan dan penanganan pasien baru TB BTA positif
- d) cakupan penemuan dan penanganan DBD
- e) cakupan penanganan penderita diare

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

**1) Pengertian**

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

**2) Definisi Operasional**

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

### 3) Cara Perhitungan Rumus

#### a) Rumus

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

#### b) Pembilang

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

#### c) Penyebut

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

#### d) Ukuran Konstanta

Proporsi per 100.000 penduduk

#### e) Contoh perhitungan :

Jumlah penduduk <15 th di Kabupaten A th 2005 sebanyak 598.000 jiwa, berarti target yang harus dicapai dalam 1 tahun adalah 11 kasus. Selama th 2005 telah ditemukan 18 kasus AFP dan hasil labnya tidak ditemukan virus polio, maka angka AFP Non Polio ratenya sebesar :

$$18/598.000 \times 100.000 = 3,01 \text{ (berarti target tercapai)}$$

### 4) Sumber Data

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

### 5) Rujukan

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

### 6) Target :

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

### 7) Langkah Kegiatan

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

### 8) SDM

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

## b. Penemuan Penderita Pneumonia Balita

### 1. Pengertian

- a) Pneumonia adalah infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli) yang ditandai dengan batuk disertai napas cepat dan/atau kesukaran bernafas.
- b) Klasifikasi penyakit ISPA  
Dalam penentuan klasifikasi penyakit dibedakan atas dua kelompok yaitu kelompok untuk umur 2 bulan - < 5 tahun dan kelompok umur < 2 bulan
  - Untuk kelompok umur 2 bulan - < 5 tahun klasifikasi dibagi atas Pneumonia Berat , Pneumonia, dan batuk bukan Pneumonia

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

## 2. Definisi Operasional

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

## 3. Cara Perhitungan/Rumus

### a) Rumus

Cakupan  
balita dengan  
Pneumonia yang  
ditangani

=

Jumlah penderita pnemunonia  
balita yang ditangani sesuai standar  
disatu wilayah kerja pd kurun waktu  
satu tahun

Jumlah perkiraan penderita  
Pneumonia balita di satu Wilayah  
kerja pada kurun waktu yg sama.

x 100 %

### b) Pembilang

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

### c) Penyebut

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

### d) Ukuran Konstanta

Persentase (%)

### e) Contoh Perhitungan

Jumlah penduduk di wilayah Puskesmas **X** sebesar 30.000 jiwa, jumlah balita di puskesmas **X** adalah 3000 balita. Perkiraan jumlah penderita pneumonia balita tahun 2004 di puskesmas **X** adalah 10% dari jumlah balita, maka :

21

jumlah perkiraan penderita pneumonia balita =  $10\% \times 3.000 \text{ balita} = 300 \text{ balita}$ .

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

#### 4. Sumber Data

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

#### 5. Rujukan

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

#### 6. Target

Tahun 2010 : 100 %

#### 7. Langkah Kegiatan

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

#### 8. SDM

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

#### c. Penemuan dan penanganan pasien baru TB BTA Positif

##### 1) Pengertian

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

##### 2) Definisi Operasional

Angka penemuan pasien baru TB BTA positif atau *Case Detection Rate* (CDR) adalah persentase jumlah penderita baru TB BTA positif yang ditemukan dan diobati (**form TB 07**) dibandingkan dengan jumlah perkiraan kasus baru TB BTA positif dalam wilayah tertentu dalam waktu satu tahun.

### 3) Cara Perhitungan/Rumus

#### a). Rumus :

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

#### b) Pembilang:

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

#### c) Penyebut :

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

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

#### d) Ukuran/Konstanta:

Prosentase (%)

#### e) Contoh perhitungan

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

### 4) Sumber Data

Pelaporan TB : TB 07, 08, dan 11

### 5) Rujukan

Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis

### 6) Target

Tahun 2010 : 100 %

### 7) Langkah Kegiatan

- Tatalaksana pasien TB baru
  - penemuan penderita TB baru
  - pengobatan penderita TB baru
- Pemeriksaan sputum
- Pelatihan
- Penyuluhan
- Pencatatan pelaporan
- Monitoring dan Evaluasi

### 8) SDM

- Dokter Spesialis (Anak, Paru, Kebidanan, Penyakit Dalam)
- Dokter Umum
- Perawat
- Bidan
- Epidemiolog
- Pranata Labkes
- Radiografer

d. Penemuan dan penanganan Penderita DBD

1. **Pengertian**

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

- Panas mendadak berlangsung terus-menerus selama 2-7 hari tanpa sebab yang jelas
- Tanda-tanda perdarahan (sekurang-kurangnya uji Torniquet positif)
- Disertai/tanpa pembesaran hati (hepatomegali)
- Trombositopenia (Trombosit  $\leq 100.000/\mu\text{l}$ )
- Peningkatan hematokrit  $\geq 20\%$

b) Penderita DBD yang ditangani sesuai standar/SOP adalah :

- Penderita DBD yang didiagnosis dan diobati/dirawat sesuai standar.
- Ditindaklanjuti dengan penanggulangan fokus (PF).
  - Penanggulangan fokus (PF) terdiri dari Penyelidikan Epidemiologi (PE) dan Penanggulangan Seperlunya berdasarkan hasil PE tersebut.
  - Penyelidikan epidemiologi (PE) adalah kegiatan pencarian penderita DBD atau tersangka DBD lainnya dan pemeriksaan jentik nyamuk penular DBD disekitar tempat tinggal penderita termasuk tempat-tempat umum dalam radius sekurang-kurangnya 100 m.
  - Penanggulangan seperlunya yaitu: (*lihat rujukan*)
  - Diagnosis penderita DBD sesuai standar adalah: (*lihat rujukan*)
  - Pengobatan/perawatan penderita DBD sesuai standar adalah: (*lihat rujukan*)

c) Penderita DBD adalah:

Penderita penyakit yang memenuhi sekurang-kurangnya 2 kriteria klinis dan 2 kriteria laboratorium di bawah ini:

Kriteria klinis:

- Panas mendadak 2-7 hari tanpa sebab yang jelas
- Tanda-tanda perdarahan (sekurang-kurangnya uji Torniquet positif)
- Pembesaran hati
- Syok

Kriteria laboratorium:

- Trombositopenia (Trombosit  $\leq 100.000/\mu\text{l}$ )
- Hematokrit naik  $\geq 20\%$

Atau:

Penderita yang menunjukkan hasil positif pada pemeriksaan HI test atau hasil positif pada pemeriksaan antibodi dengue *Rapid Diagnostic Test (RDT)/ ELISA*

d) Pelayanan penderita DBD ditingkat Puskesmas, adalah kegiatan yang meliputi :

- Anamnesis
- Pemeriksaan fisik meliputi observasi tanda-tanda vital, observasi kulit dan konjungtiva, penekanan ulu hati untuk mengetahui nyeri uluhati akibat adanya perdarahan lambung, perabaan hati.
- Uji Torniquet
  - 1) Pemeriksaan laboratorium atau rujukan pemeriksaan laboratorium (sekurang-kurangnya pemeriksaan trombosit dan hematokrit)
  - 2) Memberi pengobatan simptomatis
  - 3) Merujuk penderita ke rumah sakit **dengan form S-0**
  - 4) Melakukan pencatatan dan pelaporan disampaikan ke Dinkes Kab/Kota.

e) Pelayanan penderita DBD di Rumah Sakit adalah kegiatan yang meliputi :

- Anamnesis
- Pemeriksaan fisik meliputi observasi tanda-tanda vital, observasi kulit dan konjungtiva, penekanan ulu hati untuk mengetahui nyeri uluhati akibat adanya perdarahan lambung, perabaan hati.
- Uji Torniquet

- Pemeriksaan laboratorium (sekurang-kurangnya pemeriksaan trombosit dan hematokrit)
- Memberi perawatan
- Melakukan pencatatan dan pelaporan (formulir KD-UPK) dan disampaikan ke Dinkes Kab/Kota dengan tembusan ke Puskesmas

## 2. Definisi Operasional

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

## 3. Cara Perhitungan/Rumus

### a) Rumus :

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

### b) Pembilang

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

### c) Penyebut

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

### d) Ukuran/Konstanta:

Persentase ( % )

### e) Contoh perhitungan

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

## 4. Sumber Data :

KD-UPK dan KD-DBD

## 5. Rujukan :

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

## 6. Target

Tahun 2010 :100 % (tiap tahun)

## 7. Langkah Kegiatan

- Penegakkan diagnosis, pengobatan dan rujukan penderita di tingkat Puskesmas dan RS.
- Penyelidikan epidemiologi
- Penanggulangan kasus oleh puskesmas
- Pelatihan SDM
- Pencatatan dan Pelaporan
- Monitoring dan Evaluasi

## 8) SDM

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

### e. Penanganan penderita diare

#### 1) Pengertian

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

#### 2) Definisi Operasional

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

#### 3) Cara Perhitungan/Rumus

##### a) Rumus :

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

##### b) Pembilang

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

##### c) Penyebut

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

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

##### d) Ukuran/Konstanta:

Persentase ( % )

##### e) Contoh perhitungan

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

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

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

**4) Sumber Data**

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

**5) Rujukan**

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

**6) Target**

Tahun 2010 : 100 %

**7) Langkah Kegiatan**

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

**8) SDM**

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

**14. Cakupan Pelayanan Kesehatan Dasar Masyarakat Miskin**

**a. Pengertian**

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

**b. Definisi Operasional**

Cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin adalah jumlah kunjungan baru masyarakat miskin di wilayah kerja Puskesmas dan jaringannya pada kurun waktu tertentu.

### c. Cara Perhitungan/Rumus

#### 1) Rumus

$$\text{Cakupan pelayanan kesehatan dasar maskin} = \frac{\text{Jumlah kunjungan baru maskin di sarana kesehatan strata pertama}}{\text{15 \% x jumlah seluruh maskin (kuota dan non kuota) di kab/kota}} \times 100 \%$$

#### 2) Pembilang

Jumlah kunjungan baru maskin di sarana kesehatan strata pertama selama 1 tahun

#### 3) Penyebut

15 % x jumlah seluruh maskin (kuota dan non kuota) di kab/kota dalam kurun waktu yang sama.

#### 4) Ukuran/Konstanta

Persentase (%)

#### 5) Contoh Perhitungan

Jumlah kunjungan baru maskin yang mendapat perawatan di Puskesmas dan jaringannya di Kabupaten A = 12.000 orang

Jumlah seluruh maskin di Kabupaten A = 150.000 orang

Persentase cakupan pelayanan kesehatan dasar =

$$\frac{12.000}{15\% \times 150.000} \times 100 \% = \underline{\underline{53,33}} \%$$

### d. Sumber Data

Laporan Puskesmas . Laporan Dinas Kesehatan Kab/Kota

### e. Rujukan

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

### f. Target

Target 2015: 100%

### g. Langkah Kegiatan

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

### h. SDM

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

## 14.A. Cakupan Kunjungan Pelayanan Kesehatan Dasar Bagi Masyarakat Miskin (TAMBAHAN INDIKATOR)

### a. Pengertian

- 1) Rawat Jalan Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi promotif, preventif perorangan, observasi diagnosa pengobatan rehabilitasi medik tanpa tinggal di ruang rawat inap di sarana kesehatan strata pertama.
- 2) Rawat Inap Tingkat Pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi diagnosa pengobatan rehabilitasi medik tinggal di ruang rawat inap di sarana kesehatan strata pertama.

- 3) Cakupan kunjungan rawat jalan adalah jumlah kunjungan kasus baru dan lama rawat jalan di Puskesmas dan jaringannya.
- 4) Kunjungan baru dan lama adalah seseorang yang baru berkunjung pertama kali atau untuk kunjungan selanjutnya ke sarana kesehatan strata pertama
- 5) Sarana kesehatan strata pertama yang dimaksud disini adalah Puskesmas dan jaringannya.
- 6) Masyarakat miskin adalah masyarakat sasaran program pengentasan kemiskinan yang memenuhi kriteria tertentu menggunakan 14 (empat belas) variabel kemiskinan dalam satuan Rumah Tangga Miskin (RTM).

**b. Definisi Operasional**

Cakupan kunjungan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin adalah Jumlah kunjungan baru dan lama masyarakat miskin di wilayah kerja Puskesmas dan jaringannya pada kurun waktu tertentu.

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

**1) Rumus**

$$\text{Cakupan pelayanan kesehatan dasar maskin} = \frac{\text{Jumlah kunjungan baru dan lama maskin di Puskesmas dan jaringannya}}{\text{Jumlah seluruh kunjungan maskin yang dilayani (kuota dan non kuota)di kab/kota}} \times 100 \%$$

**2) Pembilang**

Jumlah kunjungan baru dan lama maskin di Puskesmas dan jaringannya selama 1 tahun

**3) Penyebut**

Jumlah seluruh kunjungan maskin yang dilayani (kuota dan non kuota) di wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama.

**4) Ukuran/Konstanta**

Persentase (%)

**5) Contoh Perhitungan**

Jumlah kunjungan baru dan lama maskin yang mendapat perawatan di Puskesmas dan jaringannya di Kabupaten A = 12.000 orang

Jumlah seluruh maskin di Kabupaten A = 150.000 orang

Persentase cakupan pelayanan kesehatan dasar =

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

**d. Sumber Data**

Laporan Puskesmas . Laporan Dinas Kesehatan Kab/Kota

**e. Rujukan**

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

**f. Target**

Target 2015: 100%

**g. Langkah Kegiatan**

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

**h. SDM**

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

**II. PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN**

**1. Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin**

**a. Pengertian**

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

**b. Definisi Operasional**

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

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

**1)Rumus**

$$\text{Cakupan rujukan miskin} = \frac{\text{Jumlah pasien } \underline{\text{rujukan}} \text{ miskin di sarkes strata 2 dan strata 3}}{\underline{\text{Angka rujukan (1,5 \%)} \times \text{jumlah masyarakat miskin}}} \times 100 \%$$

**2)Pembilang**

Jumlah pasien rujukan miskin di sarkes strata 2 dan strata 3 selama 1 tahun (lama dan baru)

**3)Penyebut**

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

**4)Ukuran/Konstanta**

Persentase (%)

**5)Contoh Perhitungan**

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

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

$$\text{Persentase cakupan pelayanan kesehatan rujukan} = \frac{1.000}{1,5 \% \times 150.000} \times 100 \% = \underline{\underline{4,44 \%}}$$

**d. Sumber Data**

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

**e. Rujukan**

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

**f. Target**

Target 2015: 100%

**g. Langkah Kegiatan**

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

**h. SDM**

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

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

**a. Pengertian**

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

**b. Definisi Operasional**

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

**c. Cara Perhitungan/ Rumus**

**1) Rumus**

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

**2) Pembilang**

Jumlah RS yang mampu memberikan pelayanan gadar level 1

**3) Penyebut**

Jumlah RS kabupaten.

**4) Ukuran/Konstanta**

Persentase (%).

**5) Contoh Perhitungan**

Jumlah sarana kesehatan (3 RS) = 3 sarkes.

Jumlah sarana kesehatan yang mempunyai pelayanan gawat darurat (2 RS),.

Persentase sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawat darurat yang dapat diakses masyarakat =

$$\frac{2}{3} \times 100 \% = 66,6 \%$$

**d. Sumber Data**

SIRS, dan Dinkes Kab/Kota.

**e. Rujukan**

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

**f. Target**

Target 2015 : 100 %

**g. Langkah Kegiatan**

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

**h. SDM**

Tim Gawat Darurat (Dokter Umum dan Perawat)

**III. PENYELIDIKAN EPIDEMIOLOGI DAN PENANGGULANGAN KLB**

**a) Cakupan Desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penanggulangan KLB dan penyelidikan epidemiologi < 24 jam**

**a. Pengertian**

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

**b. Definisi Operasional**

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

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

**1) Rumus**

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

**Catatan :**

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

**2) Pembilang**

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

**3) Penyebut**

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

**4) Ukuran/Konstanta**

Persentase (%)

**5) Contoh Perhitungan**

**Data terjadinya KLB di Kabupaten “X” Januari s/d Desember tahun 2005**

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

Keterangan: x : terjadi KLB  
- : tidak terjadi KLB

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

**d. Sumber Data**

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

**e. Rujukan**

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

**f. Target**

Target 2015: 100 %

**g. Langkah Kegiatan**

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

**h. SDM**

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

## **IV.PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT**

### **18. Cakupan Desa Siaga Aktif**

**a. Pengertian**

- 1) Desa Siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan, secara mandiri. Pengertian Desa ini dapat berarti Kelurahan atau Nagari atau istilah-istilah lain bagi satuan administrasi pemerintahan setingkat desa.
- 2) Desa Siaga Aktif adalah desa yang mempunyai Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) yang telah berfungsi dan berada pada tahap tumbuh, kembang dan paripurna.
- 3) Poskesdes adalah Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka upaya mendekatkan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa. Poskesdes dikelola oleh **minimal 2 orang kader yang didampingi oleh 1 orang Nakes dan poskesdes tersebut** merupakan koordinator dari UKBM yang ada.
- 4) Pentahapan Desa Siaga :
  1. Desa Siaga Bina : memenuhi kriteria 0, 1 & 2
  2. Desa Siaga Tumbuh : memenuhi kriteria 0, 1, 2 + 2 kriteria
  3. Desa Siaga Kembang : memenuhi kriteria 0, 1, 2 + 4 kriteria
  4. Desa Siaga Paripurna : memenuhi seluruh kriteria
- 5) Kriteria desa siaga adalah :
  0. Forum masyarakat desa.
  1. Pelayanan kesehatan dasar
  2. Memiliki berbagai UKBM sesuai kebutuhan masyarakat setempat ( ada posyandu, polindes, dll)
  3. Berjalannya P4K & dibina puskesmas PONED
  4. Surveilans berbasis masyarakat

5. Sistem kesiapsiagaan dan penanggulangan bencana berbasis masyarakat.
6. Sistem pembiayaan kesehatan berbasis masyarakat.
7. Lingkungan sehat
8. Masyarakat ber PHBS dan Kadarzi.

## PENJELASAN

1. FORUM MASYARAKAT DESA.  
Indikator : Ada Forum Masyarakat Desa
2. PELAYANAN KESEHATAN DASAR  
Indikator :  
Ada pelayanan kesehatan dasar pada masyarakat oleh petugas kesehatan, tenaga profesional kesehatan, masyarakat sesuai kompetensinya.
3. MEMILIKI BERBAGAI UKBM SESUAI KEBUTUHAN MASYARAKAT SETEMPAT ( ADA POSYANDU, POLINDES, DLL)  
Indikator :  
Ada UKBM yang berkembang ( Posyandu, Polindes, dll )
4. BERJALANNYA P4K & DIBINA PUSKESMAS PONED  
Indikator :
  - a. Ada petugas pembina : pembinaan oleh petugas tentang sistem rujukan kegawatdaruratan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, janin dan bayi baru lahir ( kurang dari 1 bulan )
  - b. Ada kegiatan Sipek K3 ( penandaan & pencatatan ), ada penggalangan dana, kelompok donor darah, kelompok ambulan desa.
5. SURVEILANS BERBASIS MASYARAKAT  
Indikator :  
Adanya catatan / register hasil pengamatan tentang masalah kesehatan/faktor resiko kesehatan yang menyatakan bahwa masyarakat pernah melaporkan kejadian tersebut.
6. SISTEM KESIAP SIAGAAN DAN PENANGGULANGAN BENCANA BERBASIS MASYARAKAT.  
Indikator :
 

**A. Kesiapsiagaan :**

  1. Adanya mapping / pemetaan :
    - a. Kelompok rentan : KIA, Bencana ,KLB
    - b. Daerah rawan bencana.
  2. Adanya Ambulance Desa
  3. Adanya kegiatan koordinasi Lintas Program dan Lintas Sektor terkait dalam hal kegawatdaruratan.
  4. Adanya pencatatan dan pelaporan.

**B. Penanggulangan :**

  1. Adanya pencatatan / pelaporan kejadian se sederhana
  2. Adanya kegiatan koordinasi Lintas Program dan Lintas Sektor.
  3. Adanya kegiatan penyuluhan oleh kader di posko / tempat lain pasca bencana.
7. SISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN BERBASIS MASYARAKAT.  
Indikator : Ada dana sehat di desa / kelurahan
8. LINGKUNGAN SEHAT  
Indikator :
  - a. Masyarakat mempunyai akses sarana air bersih = 80 %
  - b. Masyarakat mempunyai akses sanitasi dasar = 70 %
  - c. Rumah memenuhi syarat kesehatan = 65 %

9. MASYARAKAT BER PHBS & KADARZI .

Indikator :

Ada kegiatan pengkajian PHBS/RT Sehat 10 indikator dengan Cakupan RT Sehat 30 % + Penyuluhan > 6 kl/th

**10 indikator Rumah Tangga Sehat :**

- 1) Pertolongan persalinan oleh Nakes
- 2) Menimbang bayi & balita
- 3) Memberantas jentik nyamuk di rumah
- 4) Menggunakan air bersih
- 5) Menggunakan jamban sehat
- 6) Mencuci tangan dengan air & sabun
- 7) Makan sayur dan buah sesuai porsi
- 8) Melakukan aktifitas fisik
- 9) Memberi ASI Eksklusif pada bayi
- 10) Tidak merokok di dalam rumah.

**KADARZI**

Indikator :

Adanya kegiatan pendataan Kadarzi dengan 5 indikator Kadarzi

**5 indikator Kadarzi :**

- 1) Menimbang berat badan secara teratur
- 2) Memberikan ASI saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan (ASI Eksklusif)
- 3) Makan beraneka ragam
- 4) Menggunakan garam beryodium
- 5) Minum suplemen gizi ( tablet tambah darah , kapsul Vit A dosis tinggi )

**b. Definisi Operasional**

- 1) **Desa Siaga Aktif** adalah desa yang mempunyai Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) yang telah berfungsi dan berada pada tahap tumbuh, kembang dan paripurna dibandingkan dengan jumlah desa siaga yang dibentuk

**c. Cara Perhitungan/Rumus**

**1)Rumus**

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

**2)Pembilang**

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

**3)Penyebut**

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

**4)Ukuran/Konstanta**

Persentase (%)

**5)Contoh Perhitungan**

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

**d. Sumber Data**

Hasil pencatatan kegiatan Puskesmas dan Laporan Profil PSM/UKBM.

**e. Rujukan**

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

**f. Target**

Target 2015: 80%

**g. Langkah Kegiatan**

1) Persiapan

a. Persiapan Petugas:

- Pelatihan Bidan (1 desa: 1 Bidan)
- Pelatihan Kader dan Toma (1 desa: 2 kader + 1 toma) selama 4 hari: 3 hari di kelas, 1 hari di lapangan

b. Persiapan Masyarakat:

- Pembentukan forum melalui pertemuan Tingkat Desa (3 kali/tahun)
- Survei Mawas Diri (pendataan ke lapangan atau pertemuan rembuk desa) 2 kali/tahun)
- Musyawarah Masyarakat Desa: 2 kali/tahun

2) Pelaksanaan

- a) Pelayanan kesehatan dasar;
- b) Kader dan toma melakukan surveilan berbasis masyarakat (pengamatan sederhana) thd KIA, Gizi, Kesling, Penyakit, PHBS, melakukan pendataan PHBS dengan survei cepat;
- c) Pertemuan tindak lanjut penemuan hasil surveilans dalam rangka meningkatkan kewaspadaan dini masyarakat (1 bulan sekali)
- d) Alih pengetahuan dan olah ketrampilan melalui pertemuan: 2 kali/tahun
- e) Pertemuan Forum Masyarakat Desa untuk membahas masalah kesehatan dengan memanfaatkan forum yang ada di desa (1bulan sekali).

**h. SDM**

- 1) Bidan atau petugas kesehatan lainnya
- 2) Kader
- 3) Tokoh masyarakat

WALIKOTA BLITAR

Ttd.

MUH. SAMANHUDI ANWAR

Salinan sesuai dengan aslinya  
SEKRETARIAT DAERAH KOTA BLITAR  
Kepala Bagian Hukum

Hardiyanto