

LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI JEMBRANA
NOMOR 17 TAHUN 2014
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG
KESEHATAN PADA UNIT PELAKSANA
TEKNIS PUSAT KESEHATAN
MASYARAKAT II JEMBRANA

JENIS SPM BIDANG KESEHATAN PADA UPT PUSKESMAS II JEMBRANA

A. PELAYANAN KESEHATAN DASAR.

1. Cakupan Kunjungan Ibu Hamil K-4.

a. Pengertian.

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

b. Definisi Operasional.

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

c. Cara Perhitungan / Rumus.

1) Rumus.

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

2. Pembilang . . .

- 2) Pembilang.
Jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai standar minimal 4 kali di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
 - 3) Penyebut.
Jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama.
 - 4) Ukuran / Konstanta.
Persentase (%).
- 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 Program KIA tahun 2000).
- h. SDM.
- 1) Dokter;
 - 2) Bidan;
 - 3) Perawat;

2. Cakupan Komplikasi Kebidanan Yang Ditangani.

a. Pengertian.

- 1) Komplikasi yang dimaksud adalah kesakitan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas yang dapat mengancam jiwa ibu dan/atau bayi;
- 2) Komplikasi dalam kehamilan : (a). Abortus, (b). Hiperemesis Gravidarum, (c). Perdarahan per vaginam, (d) Hipertensi dalam kehamilan (Preeklampsia, eklampsia), (e). Kehamilan lewat waktu , (f). Ketuban pecah dini.
Komplikasi dalam persalinan : (a) Kelainan letak/presentasi janin, (b). Partus macet/distosia, (c). Hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia, eklampsia), (d). Perdarahan pasca persalinan, (e). Infeksi berat/sepsis, (f). Kontraksi dini/persalinan prematur, (g). Kehamilan ganda.
Komplikasi dalam Nifas : (a). Hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia, eklampsia), (b). Infeksi nifas, (c). Perdarahan nifas.
- 3) Ibu hamil, ibu bersalin dan nifas dengan komplikasi yang ditangani adalah ibu hamil, bersalin dan nifas dengan komplikasi yang mendapatkan pelayanan sesuai standar pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan (Polindes, Puskesmas, Puskesmas PONED, Rumah bersalin, RSIA/RSB, RSU, RSU PONEK);
- 4) PONED : Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar, meliputi kemampuan untuk menangani dan merujuk : (a). Hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia, eklampsia), (b). Tindakan pertolongan distosia bahu dan ekstraksi vakum pada pertolongan persalinan, (c). Perdarahan post partum, (d). Infeksi nifas, (e). BBLR dan Hipotermi, Hipoglikemia, Ikterus, Hiperbilirubinemia, masalah pemberian minum pada bayi, (f). Asfiksia pada bayi, (g). Gangguan nafas pada bayi, (h). Kejang pada bayi baru lahir, (i). Infeksi neonatal, (j). Persiapan umum sebelum tindakan kedaruratan Obstetri – Neonatal antara lain Kewaspadaan Universal Standar;
- 5) Puskesmas PONED adalah puskesmas rawat inap yang memiliki kemampuan serta fasilitas PONED siap 24 jam untuk memberikan pelayanan terhadap ibu hamil, bersalin dan nifas dan bayi baru lahir dengan komplikasi baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, bidan di desa, Puskesmas dan melakukan rujukan ke RS PONEK pada kasus yang tidak mampu ditangani;
- 6) PONEK adalah Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif di Rumah Sakit, meliputi kemampuan untuk melakukan tindakan : (a). Seksio sesaria, (b). Histerektomi, (c) Reparasi Ruptura Uteri, Cedera Kandung / saluran kemih, (d). Perawatan Intensif Ibu dan Neonatal, (e). Transfusi Darah;
- 7) RS PONEK 24 jam adalah RS yang memiliki kemampuan serta fasilitas PONEK siap 24 jam untuk memberikan pelayanan terhadap ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir dengan komplikasi baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, bidan di desa, Puskesmas dan Puskesmas PONED;
- 8) Penanganan definitif adalah penanganan/pemberian tindakan terakhir untuk menyelesaikan permasalahan setiap kasus komplikasi kebidanan;
- 9) Perhitungan jumlah ibu dengan komplikasi kebidanan di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama : dihitung berdasarkan angka estimasi 20% dari total ibu hamil di satu wilayah pada kurun waktu yang sama;

10) Total . . .

- 10) Total sasaran ibu hamil dihitung melalui estimasi dengan rumus : $1,10 \times \text{Crude Birth Rate} \times \text{Jumlah Penduduk}$ (pada tahun yang sama). Angka CBR dan jumlah penduduk Kab/Kota didapat dari data BPS masing – masing Kab/Kota/Provinsi pada kurun waktu tertentu. 1,1 adalah konstanta untuk menghitung Ibu Hamil;
- 11) Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara profesional kepada ibu (hamil, bersalin, nifas) dengan komplikasi.

b. Definisi Operasional.

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

c. Cara Perhitungan / Rumus.

1) Rumus.

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

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 (%).

d. Sumber Data.

- 1) SIMPUS (SIKDA);
- 2) Laporan Audit Maternal dan Perinatal (AMP).

e. Rujukan.

- 1) Buku acuan pelatihan PONED 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 tahun 2003;
- 6) Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat (PWS – KIA) tahun 2004;
- 7) Pedoman Pengembangan PONED tahun 2004;
- 8) Pedoman Teknis Audit Maternal-Perinatal di tingkat Kab/Kota tahun 2007;

9) Buku . . .

- 9) Buku Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar Berbasis HAM dan Keadilan Gender tahun 2004;
- 10) Buku Pedoman Manajemen PONEK 24 jam di Kab/Kota tahun 2006;
- 11) Pedoman sistem rujukan maternal dan neonatal di RS Kab/Kota tahun 2006;
- 12) Buku pedoman penyelenggaraan RS;
- 13) Buku pedoman penyelenggaraan RS PONEK 24 jam;
- 14) Buku Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

f. Target.

Target 2015 : 80 %.

g. Langkah Kegiatan.

- 1) Deteksi Bumil, Bulin dan Bufas Komplikasi;
- 2) Rujukan kasus komplikasi kebidanan;
- 3) Pelayanan penanganan komplikasi kebidanan;
- 4) Penyediaan pusat pelatihan klinis;
- 5) Pelatihan PONED bagi Bidan Desa dan Tim Puskesmas;
- 6) Penyediaan peralatan PONED di Puskesmas;
- 7) Pelaksanaan PONED;
- 8) Pencatatan dan Pelaporan;
- 9) Pemantauan dan Evaluasi.

h. SDM.

- 1) Tenaga Terlatih PONED Puskesmas (1 dokter, 1 bidan dan 1 perawat);
- 2) Bidan di Desa.

3. Cakupan Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan Yang Memiliki Kompetensi Kebidanan.

a. Pengertian.

- 1) Pertolongan persalinan adalah proses pelayanan persalinan di mulai 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 . . .

c. Cara Perhitungan / Rumus.

1) Rumus.

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

2) Pembilang.

Jumlah ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga kesehatan 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 (%).

d. Sumber Data.

SIMPUS (SIKDA).

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

h. SDM.

- 1) Dokter Umum;
- 2) 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 . . .

- 3) Jumlah seluruh ibu nifas dihitung melalui estimasi dengan rumus : $1,05 \times \text{Crude Birth Rate (CBR)} \times \text{Jumlah Penduduk}$. Angka CBR dan jumlah penduduk Kab/kota didapat dari data BPS masing – masing Kab/Kota/Provinsi pada kurun waktu tertentu. 1,05 adalah konstanta untuk menghitung Ibu Nifas;
- 4) Dalam pelaksanaan pelayanan nifas dilakukan juga pelayanan neonatus sesuai standar sedikitnya 3 kali, pada 6–24 jam setelah lahir, pada 3–7 hari dan pada –28 hari setelah lahir yang dilakukan difasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah;
- 5) Pelayanan kesehatan neonatal adalah pelayanan kesehatan neonatal dasar (ASI eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, pemberian vitamin K1 injeksi bila tidak diberikan pada saat lahir, pemberian imunisasi hepatitis B1 (bila tidak diberikan pada saat lahir), manajemen terpadu bayi muda;
- 6) Neonatus adalah bayi berumur 0–28 hari;
- 7) Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan nifas yang profesional.

b. Definisi Operasional.

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

c. Cara Perhitungan / Rumus.

- 1) Rumus.

Cakupan Pelayanan Nifas	=	$\frac{\text{Jumlah ibu nifas yg telah memperoleh 3 kali pelayanan nifas sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh ibu nifas di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama}}$	x 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 (%).

d. Sumber Data.

- 1) SIMPUS (SIKDA) termasuk pelayanan yang dilakukan oleh swasta;
- 2) Kohort LB3 Ibu PWS–KIA.

e. Rujukan.

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

f. Target . . .

f. Target 2015 : 90%.

g. Langkah Kegiatan.

- 1) Pelayanan Nifas sesuai standar (Ibu dan Neonatus);
- 2) Pelayanan KB pasca persalinan;
- 3) Pelatihan / magang klinis kesehatan maternal dan neonatal;
- 4) Pelayanan rujukan nifas;
- 5) Kunjungan rumah bagi yang drop out;
- 6) Pencatatan dan Pelaporan;
- 7) Supervisi, Monitoring dan Evaluasi (PWS-KIA dan Analisis Manajemen Program KIA).

h. SDM.

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

5. Cakupan Neonatus Dengan Komplikasi Yang Ditangani.

a. Pengertian.

- 1) Neonatus adalah bayi berumur 0–28 hari;
- 2) Neonatus dengan komplikasi adalah neonatus dengan penyakit dan kelainan yang dapat menyebabkan kesakitan, kecacatan dan kematian. Neonatus dengan komplikasi seperti asfiksia, ikterus, hipotermia, tetanus neonatorum, infeksi/sepsis, trauma lahir, BBLR (Berat Badan Lahir Rendah < 2500 gr), sindroma gangguan pernafasan, kelainan kongenital;
- 3) Neonatus dengan komplikasi yang ditangani adalah neonatus komplikasi yang mendapat pelayanan oleh tenaga kesehatan yang terlatih, dokter dan bidan di sarana pelayanan kesehatan;
- 4) Perhitungan sasaran neonatus dengan komplikasi : dihitung berdasarkan 15% dari jumlah bayi baru lahir. Jika tidak diketahui jumlah bayi baru lahir maka dapat dihitung dari Crude Birth Rate x jumlah penduduk. Angka CBR dan jumlah penduduk Kab/Kota didapat dari data BPS Kab/Kota/Provinsi;
- 5) Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan nifas yang profesional kepada neonatus dengan komplikasi;
- 6) Sarana Pelayanan Kesehatan adalah Polindes, Praktek, Bidan, Puskesmas, Puskesmas Perawatan/PONED, Rumah Bersalin dan Rumah Sakit Pemerintah/Swasta;
- 7) Penanganan definitif adalah pemberian tindakan akhir pada setiap kasus komplikasi neonatus.

b. Definisi Operasional.

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

c. Cara . . .

c. Cara Perhitungan / Rumus.

1) Rumus.

$$\begin{array}{l} \text{Cakupan Neonatus} \\ \text{Dengan komplikasi} \\ \text{Yang ditangani} \end{array} = \frac{\text{Jumlah neonatus dengan komplikasi yang} \\ \text{tertangani}}{\text{Jumlah seluruh neonatus dengan komplikasi} \\ \text{yang ada}} \times 100\%$$

2) Pembilang.

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

3) Penyebut.

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

4) Ukuran / Konstanta.

Persentase (%).

d. Sumber Data.

- 1) SIMPUS (SIKDA);
- 2) SIRS;
- 3) Laporan pelaksanaan audit Maternal dan Perinatal.

e. Rujukan.

- 1) Modul Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), tahun 2006;
- 2) Modul Manajemen Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), tahun 2006;
- 3) Modul Manajemen Asfiksia Bayi Baru Lahir, tahun 2006;
- 4) Modul Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED), tahun 2006;
- 5) Modul Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK), tahun 2006;
- 6) Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), tahun 2006;
- 7) Pedoman Pelaksanaan Program Imunisasi di Indonesia;
- 8) Pedoman Pelayanan Perinatal pada 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 Teknis Audit Maternal-Perinatal di tingkat Kab/Kota, tahun 2007;
- 13) Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar Berbasis HAM dan Keadilan Gender, tahun 2004;
- 14) Pedoman Manajemen PONEK 24 jam di Kab/Kota, tahun 2006;
- 15) Pedoman sistem rujukan maternal dan neonatal di RS Kab/Kota, tahun 2006.

f. Target.

Target 2010 : 80%.

g. Langkah . . .

g . Langkah Kegiatan.

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

g. SDM.

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

6. Cakupan Kunjungan Bayi.

a. Pengertian.

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

b. Definisi Operasional.

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

c. Cara . . .

c. Cara Perhitungan / Rumus.

1) Rumus.

$$\begin{array}{l} \text{Cakupan} \\ \text{kunjungan} \\ \text{bayi} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Jumlah bayi memperoleh pelayanan} \\ \text{kesehatan sesuai standar di satu wilayah} \\ \text{kerja pada kurun waktu tertentu} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Jumlah seluruh bayi lahir hidup di satu} \\ \text{wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama} \end{array}} \times 100\%$$

2) Pembilang.

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

3) Penyebut.

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

Catatan :

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

4) Ukuran/Konstanta.

Persentase (%).

d. Sumber Data.

SIMPUS (kohort bayi), SIRS dan klinik.

e. Rujukan.

- 1) Modul Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS);
- 2) Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA);
- 3) Pedoman Pelaksanaan Program Imunisasi di Indonesia;
- 4) Modul Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK) Anak;
- 5) Pedoman pemantauan pertumbuhan balita;
- 6) Pedoman pemberian MP-ASI;
- 7) Pedoman pemberian Vitamin A.

f. Target.

Target 2010 : 90%.

g. Langkah Kegiatan.

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

h. SDM.

- 1) Dokter Umum;
- 2) Bidan;
- 3) 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 Pemerintah Daerah);
- 2) Desa adalah kesatuan masyarakat hukum yang memiliki kewenangan untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat berdasarkan asal - usul dan adat istiadat setempat yang diakui dalam sistem pemerintahan nasional dan berada di bawah kabupaten;
- 3) UCI (Universal Child Immunization) adalah tercapainya imunisasi dasar secara lengkap pada bayi (0 – 11 bulan), Ibu hamil, WUS dan anak sekolah tingkat dasar;
- 4) Imunisasi dasar lengkap pada bayi meliputi : 1 dosis BCG, 3 dosis DPT, 4 dosis Polio, 4 dosis Hepatitis B, 1 dosis Campak. Ibu hamil dan WUS meliputi 2 dosis TT. Anak sekolah tingkat dasar meliputi 1 dosis DT, 1 dosis campak dan 2 dosis TT;
- 5) Imunisasi rutin adalah kegiatan imunisasi yang secara rutin dan terus menerus harus dilaksanakan pada periode waktu yang telah ditetapkan, berdasarkan kelompok usia sasaran dan tempat pelayanan;
- 6) Imunisasi tambahan adalah kegiatan imunisasi yang tidak rutin dilaksanakan, hanya dilakukan atas dasar ditemukannya masalah dari hasil pemantauan atau evaluasi. Yang termasuk dalam kegiatan imunisasi tambahan meliputi : Backlog Fighting dan Crash Program;
- 7) Imunisasi dalam penanganan KLB adalah kegiatan imunisasi yang disesuaikan dengan situasi epidemiologis penyakit.

b. Definisi Operasional.

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

c. Cara Perhitungan /Rumus.

1) Rumus.

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

2) Pembilang.

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

3) Penyebut.

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

4) Ukuran/Konstanta.

Persentase (%).

d. Sumber Data.

SIMPUS, SIRS dan Klinik.

e. Rujukan . . .

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 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.

7. Cakupan Pelayanan Anak Balita.

a. Pengertian.

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

6) Suplementasi . . .

- 6) Suplementasi Vitamin A dosis tinggi (200.000 IU) diberikan pada anak umur 12–59 bulan 2 kali pertahun (bulan Februari dan Agustus);
- 7) Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam melindungi anak balita sehingga kesehatannya terjamin melalui penyediaan pelayanan kesehatan.
- b. Definisi Operasional.
Cakupan pelayanan anak balita adalah anak balita (12–59 bulan) yang memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan.
- c. Cara Perhitungan / Rumus.
- 1) Rumus.
Cakupan pelayanan anak balita :
$$\frac{\text{Jumlah anak balita yang memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali di satu wilayah kerja pada waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh anak balita di satu wilayah kerja dalam waktu yang sama}} \times 100\%$$
 - 2) Pembilang.
Jumlah anak balita (12–59 bulan) yang memperoleh pelayanan pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali di satu wilayah kerja pada waktu kurun tertentu.
 - 3) Penyebut.
Jumlah seluruh anak balita (12–59 bulan) di satu wilayah kerja dalam kurun waktu tertentu.
 - 4) Ukuran/Konstanta.
Persentase (%).
- d. Sumber Data.
- 1) Kohort balita;
 - 2) Laporan rutin SKDN;
 - 3) Buku KIA;
 - 4) KMS;
 - 5) Pencatatan pada Pos PAUD (Pemantauan Anak Usia Dini), Taman Bermain, Taman Penitipan Anak, Taman Kanak-Kanak, Raudatul Athfal dll.
- e. Rujukan.
- 1) Buku Standar Pemantauan Pertumbuhan;
 - 2) Buku Pedoman Pelaksanaan SDIDTK Anak;
 - 3) Buku KIA;
 - 4) Buku pedoman pemberian Vitamin A bagi petugas;
 - 5) Buku pedoman pendampingan keluarga.
- f. Target.
Target 2010 : 90%.
- g. Langkah Kegiatan.
- 1) Pendataan sasaran anak usia 12–59 bulan;
 - 2) Pemantauan pertumbuhan anak usia 12–59 bulan minimal 8 x dalam setahun;

3) Pemantauan . . .

- 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 Umum;
- 2) Bidan;
- 3) Perawat.

8. Cakupan Pemberian Makanan Pendamping ASI Pada Anak Usia 6–24 Bulan Keluarga Miskin.

a. Pengertian.

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

b. Definisi Operasional.

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

c. Cara Perhitungan / Rumus.

1) Rumus.

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

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 (%).

d. Sumber Data.

Laporan khusus MP–ASI, R–1 gizi, LB3–SIMPUS (SIKDA).

e. Rujukan . . .

- 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 dan pelaporan;
 - 7) Monitoring dan evaluasi pelaksanaan pemberian MP-ASI.
- h. SDM.
Nutrisionis/tenaga kesehatan terlatih gizi.
9. Cakupan Balita Gizi Buruk Mendapat Perawatan.
- a. Pengertian.
- 1) Balita adalah anak usia di bawah 5 tahun (anak usia 0 s/d 4 tahun 11 bulan) yang ada di Kabupaten/Kota;
 - 2) Gizi buruk adalah status gizi menurut badan-badan (BB) dan tinggi badan (TB) dengan Z-score < -3 dan atau dengan tanda - tanda klinis (marasmus, kwashiorkor, dan marasmus - 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.

$$\text{Cakupan Balita Gizi buruk} = \frac{\text{Jumlah balita gizi buruk mendapat perawatan di sarana pelayanan kesehatan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh balita gizi buruk yang ditemukan di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$
 - 2) Pembilang.
Jumlah balita gizi buruk mendapat perawatan di sarana pelayanan kesehatan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
 - 3) Penyebut.
Jumlah seluruh balita gizi buruk yang ditemukan di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.
 - 4) Ukuran/Konstanta.
Persentase (%).
- d. Sumber . . .

- 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.
Dokter, Nutrisionis, Bidan/Perawat.
10. Cakupan Penjaringan Kesehatan Siswa SD dan Setingkat.
- a. Pengertian.
- 1) Penjaringan kesehatan siswa SD dan setingkat adalah pemeriksaan kesehatan umum, kesehatan gigi dan mulut siswa SD dan setingkat melalui penjaringan kesehatan terhadap murid kelas 1 SD dan Madrasah Ibtidaiyah yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama guru, dokter kecil;
 - 2) Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) adalah upaya terpadu lintas program dan lintas sektor dalam rangka meningkatkan kemampuan hidup sehat dan selanjutnya membentuk perilaku hidup sehat anak usia sekolah yang berada di sekolah;
 - 3) Sekolah Dasar setingkat adalah Sekolah Dasar Negeri, Sekolah Dasar Swasta, Sekolah Dasar Luar Biasa, Madrasah Ibtidaiyah serta satuan pendidikan keagamaan termasuk Ponpes baik jalur pendidikan sekolah maupun luar sekolah;
 - 4) Tenaga Kesehatan adalah tenaga medis, keperawatan atau petugas Puskesmas lainnya yang telah dilatih sebagai tenaga pelaksana UKS/UKGS;
 - 5) Guru UKS/UKGS adalah guru kelas atau guru yang ditunjuk sebagai pembina UKS/UKGS di sekolah dan telah dilatih tentang UKS/UKGS;
 - 6) Dokter . . .

- 6) Dokter Kecil adalah kader kesehatan sekolah yang biasanya berasal dari murid kelas 4 dan 5 SD dan setingkat yang telah mendapatkan pelatihan dokter kecil;
- 7) Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program Usaha Kesehatan Anak Sekolah dalam melindungi anak sekolah sehingga kesehatannya terjamin melalui pelayanan kesehatan.
- b. Definisi Operasional.
Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa SD dan setingkat adalah cakupan siswa SD dan setingkat yang diperiksa kesehatannya oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih (guru UKS/dokter kecil) melalui penjarangan kesehatan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- c. Cara Perhitungan / Rumus.
- 1) Rumus.
- | | | |
|--|---|---|
| Cakupan penjarangan kesehatan siswa SD dan setingkat | = | $\frac{\text{Jumlah murid SD dan setingkat yang diperiksa kesehatannya oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah murid SD dan setingkat di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama}} \times 100\%$ |
|--|---|---|
- 2) Pembilang.
Jumlah murid kelas 1 SD dan setingkat yang diperiksa kesehatannya melalui penjarangan kesehatan oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih (guru UKS/dokter kecil) di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
- 3) Penyebut.
Jumlah murid kelas 1 SD dan setingkat di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama.
- 4) Ukuran/Kostanta.
Persentase (%).
- d. Sumber Data.
- 1) Catatan dan pelaporan hasil penjarangan 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 Penjarangan 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) Penjarangan . . .

- 4) Penjaringan kesehatan;
- 5) Pelayanan kesehatan;
- 6) Pencatatan dan Pelaporan.

h. SDM.

- 1) Dokter Umum;
- 2) Dokter Gigi;
- 3) Bidan;
- 4) Perawat;
- 5) Petugas Kesehatan lingkungan.

11. Cakupan Peserta KB Aktif.

a. Pengertian.

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

b. Definisi Operasional.

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

c. Cara Perhitungan / Rumus.

1) Rumus.

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

2) Pembilang.

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

3) Penyebut.

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

4) Ukuran/Konstanta.

Persentase (%).

d. Sumber Data.

SIMPUS, SIRS dan Formulir 2 KB.

e. Rujukan.

- 1) Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi (BP3K), tahun 2007;
- 2) Panduan Baku Klinis Program Pelayanan KB;
- 3) Pedoman Penanggulangan Efek Samping/Komplikasi Kontrasepsi;
- 4) Pedoman Pelayanan Kontrasepsi Darurat, tahun 2004;

5) Penyelesaian . . .

- 5) Penyeliaan Fasilitas Pelayanan KB, tahun 2007;
- 6) Instrumen Kajian Mandiri Pelayanan KB, tahun 2007;
- 7) Panduan Audit Medik Pelayanan KB, tahun 2004;
- 8) Analisis Situasi & Bimbingan Teknis Pengelolaan Pelayanan KB, tahun 2007;
- 9) Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu, tahun 2002.

f. Target.

Target 2010 : 70%.

g. Langkah Kegiatan.

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

h. SDM.

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

12. Cakupan Penemuan dan Penanganan Penderita Penyakit.

a. Acute Flacid Paralysis (AFP) Rate Per 100.000 Penduduk < 15 Tahun.

1) Pengertian.

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

2) Definisi Operasional.

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

3) Cara Perhitungan Rumus.

a) Rumus.

Non Polio

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

b) Pembilang.

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

c) Penyebut . . .

- c) Penyebut.
Jumlah Penduduk < 15 tahun di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama.
 - d) Ukuran / Konstanta.
Proporsi per 100.000 penduduk.
- 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 umum;
 - b) Bidan;
 - c) Perawat;
 - d) 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 nafas 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 . . .

- 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;
- 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.

$$\begin{array}{l} \text{Cakupan balita} \\ \text{Dengan Pneumonia} \\ \text{Yang ditangani} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Jumlah penderita pneumonia balita} \\ \text{yang ditangani di satu wilayah kerja pada} \\ \text{kurun waktu satu tahun} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Jumlah perkiraan penderita Pneumonia} \\ \text{balita di satu wilayah kerja pada kurun} \\ \text{waktu yang sama} \end{array}} \times 100\%$$

b) Pembilang.

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

c) Penyebut.

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

d) Ukuran Konstanta.

Persentase (%).

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 . . .

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

- 6) Target.

Target 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.
 - Pelatihan Peningkatan Manajemen Program ISPA;
 - Pelatihan MTBS;
 - Pelatihan Autopsi Verbal Balita;
 - Pelatihan Tatalaksana 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 Umum;
 - b) Bidan;
 - c) Perawat.

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

 - 2) Definisi Operasional.

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

 - 3) Cara . . .

3) Cara Perhitungan / Rumus.

a) Rumus.

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

b) Pembilang.

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

c) Penyebut.

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

d) Ukuran / Konstanta.

Persentase (%).

4) Sumber Data.

Pelaporan TB : TB 07, 08, dan 11.

5) Rujukan.

Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis.

6) Target.

Tahun 2010 : 100%.

7) Langkah Kegiatan.

- a) Tatalaksana pasien TB baru;
 - Penemuan penderita TB baru;
 - Pengobatan penderita TB baru.
- b) Pemeriksaan sputum;
- c) Pelatihan;
- d) Penyuluhan;
- e) Pencatatan pelaporan;
- f) Monitoring dan Evaluasi.

8) SDM.

- a) Dokter Umum;
- b) Perawat;
- c) Bidan;
- d) Pranata Labkes;

d. Penderita DBD Yang Ditangani.

1) Pengertian.

- a) Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang ditandai dengan :
 - Panas mendadak berlangsung terus – menerus selama 2–7 hari tanpa sebab yang jelas;

- Tanda . . .

- Tanda-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).
 1. Penanggulangan fokus (PF) terdiri dari Penyelidikan Epidemiologi (PE) dan Penanggulangan Seperlunya berdasarkan hasil PE tersebut;
 2. 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 100m;
 3. Penanggulangan seperlunya yaitu : (*lihat rujukan*);
 4. Diagnosis penderita DBD sesuai standar adalah : (*lihat rujukan*);
 5. 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 dibawah 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 ulu hati akibat adanya perdarahan lambung, perabaan hati;
 - Uji Torniquet.
 - 1) Pemeriksaan laboratorium atau rujukan pemeriksaan laboratorium (sekurang-kurangnya pemeriksaan trombosit dan hematokrit);
 - 2) Memberi...

- 2) Memberi pengobatan simptomatis;
- 3) Merujuk penderita ke rumah sakit;
- 4) Melakukan pencatatan dan pelaporan (formulir S0) dan disampaikan ke Dinkes Kab/Kota.

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

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

2) Definisi Operasional.

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

3) Cara Perhitungan / Rumus.

a) Rumus.

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

b) Pembilang.

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

c) Penyebut.

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

d) Ukuran / Konstanta.

Persentase (%).

4) Sumber Data.

SIMPUS dan SIRS.

5) Rujukan.

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

6) Target . . .

- 6) Target.
Tahun 2010 : 100% (tiap tahun).
- 7) Langkah Kegiatan.
- Penegakkan diagnosis, pengobatan dan rujukan penderita di tingkat Puskesmas dan RS;
 - Pelatihan SDM;
 - Penanggulangan kasus oleh Puskesmas;
 - Penyelidikan epidemiologi;
 - Pencatatan dan Pelaporan;
 - Monitoring dan Evaluasi.
- 8) SDM.
- Dokter Umum;
 - Perawat;
 - Bidan;
 - Petugas laboratorium;
 - Petugas Kesling;
 - Petugas Jumentik.
- e. Penemuan Penderita Diare.
- Pengertian.
 - Diare adalah buang air besar lembek/cair bahkan dapat berupa air saja yang frekuensinya lebih sering dari biasanya;
 - Sarana kesehatan adalah semua sarana pelayanan kesehatan, baik pemerintah maupun swasta (Puskesmas, Pustu, RS, Balai Pengobatan, Praktek Dokter);
 - Angka kesakitan adalah Angka Kesakitan Nasional Hasil Survei Morbiditas Diare tahun 2006 adalah 423/1000 penduduk;
 - Perkiraan jumlah penderita diare yang datang ke sarana kesehatan dan kader adalah 10% dari angka kesakitan x jumlah penduduk di satu wilayah kerja dalam waktu satu tahun.
 - 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.
 - Cara Perhitungan / Rumus.
 - Rumus.

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

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

- 6) Masyarakat miskin adalah masyarakat sasaran program pengentasan kemiskinan yang memenuhi kriteria tertentu menggunakan 14 (empat belas) variable kemiskinan dalam satuan Rumah Tangga Miskin (RTM).
- b) Definisi Operasional.
Cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin adalah jumlah kunjungan pasien masyarakat miskin di sarana kesehatan strata pertama disatu wilayah kerja tertentu pada kurun waktu tertentu.
- c) Cara Perhitungan / Rumus.
- 1) Rumus.

Cakupan pelayanan kesehatan dasar maskin	=	$\frac{\text{Jumlah kunjungan pasien maskin di Sarkes strata 1}}{\text{Jumlah seluruh maskin di wilayah kerja}}$	x 100%
--	---	--	--------
 - 2) Pembilang.
Jumlah kunjungan pasien maskin selama 1 tahun (lama dan baru).
 - 3) Penyebut.
Jumlah seluruh maskin di wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama.
 - 4) Ukuran/ Konstanta.
Pesentase (%).
- d) Sumber Data.
Laporan Puskesmas, Laporan Dinas Kesehatan Kab/Kota, Dinas kesejahteraan Sosial.
- 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.

B. PELAYANAN KESEHATAN RUJUKAN.

1. Cakupan Pelayanan Kesehatan Rujukan Pasien Masyarakat Miskin.

a. Pengertian.

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

b. Definisi Operasional.

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

c. Cara Perhitungan / Rumus.

1) Rumus.

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

2) Pembilang.

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

3) Penyebut.

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

4) Ukuran /Konstanta.

Persentase (%).

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 miskin;

3) Penyuluhan . . .

- 3) Penyuluhan;
 - 4) Pelatihan SDM;
 - 5) Pencatatan dan Pelaporan;
 - 6) Monitoring dan Evaluasi.
- h. SDM.
- 1) Dokter Umum;
 - 2) Perawat;
 - 3) Tenaga Kesehatan lainnya.
2. Cakupan Pelayanan Gawat Darurat Level 1 Yang Harus Diberikan Sarana Kesehatan (RS) di Kab/Kota.
- a. Pengertian.
- 1) Gawat darurat level 1 adalah tempat pelayanan gawat darurat yang memiliki Dokter Umum on site 24 jam dengan kualifikasi GELS dan/atau ATLS + ACLS, serta memiliki alat transportasi dan komunikasi;
 - 2) On site adalah berada di tempat;
 - 3) GELS adalah General Emergency Life Support;
 - 4) ATLS adalah Advance Trauma Life Support;
 - 5) ACLS adalah Advance Cardiac Life Support.
- b. Definisi Operasional.
- Pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan (RS) di Kab/Kota.
- c. Cara Perhitungan / Rumus.
- 1) Rumus.
 Pelayanan gawat darurat level 1 = $\frac{\text{Pelayanan gawat darurat level 1}}{\text{Jumlah RS Kab/Kota}} \times 100\%$
 - 2) Pembilang.
 Jumlah RS yang mampu memberikan pelayanan gawat darurat level 1.
 - 3) Penyebut.
 Jumlah RS kabupaten.
 - 4) Ukuran/Konstanta.
 Persentase (%).
- d. Sumber Data.
 SIMPUS, SIRS, dan Dinkes Kab/Kota.
- e. Rujukan.
- 1) Evaluasi tahunan;
 - 2) Standar Pelayanan Gawat - Darurat RS (2007)–SK Menkes tahun 2007;
 - 3) Pedoman Penyusunan Disaster Plan Rumah Sakit–SK Menkes tahun 2007.
- f. Target.
 Target 2015 : 100%.

g. Langkah . . .

- 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.
Dokter Umum, Perawat dan Tenaga Kesehatan lainnya.

C. PENYELIDIKAN EPIDEMIOLOGI DAN PENANGGULANGAN KLB.

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

Cakupan KLB desa/ darurat level 1	=	$\frac{\text{Jumlah KLB di desa/kelurahan yang ditangani}}{\text{Jumlah KLB di desa/kelurahan yang terjadi pada periode yang sama}}$	x 100%
--------------------------------------	---	--	--------

Catatan. . .

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 (%).

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 Kesehatan lainnya.

D. PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT.

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 kegawat daruratan kesehatan, secara mandiri. Pengertian Desa ini dapat berarti Kelurahan atau Nagari atau istilah-istilah lain bagi satuan administrasi pemerintahan setingkat desa.

2) Desa . . .

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

b. Definisi Operasional.

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

c. Cara Perhitungan / Rumus.

1) Rumus.

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

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 (%).

d. Sumber Data.

Hasil pencatatan kegiatan Puskesmas dan Laporan Profil PSM/UKBM.

e. Rujukan . . .

- e. Rujukan.
- 1) Kepmenkes Nomor 564/VIII Tahun 2006 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga;
 - 2) Juknis pergerakan dan pemberdayaan masyarakat dalam pengembangan desa siaga;
 - 3) Juknis pengembangan dan penyelenggaraan Pos Kesehatan Desa.
- f. Target.
Target 2015 : 80%.
- g. Langkah Kegiatan.
- 1) Persiapan.
 - a) Persiapan Petugas :
 - Pelatihan Bidan (1 desa : 1 bidan);
 - Pelatihan Kader dan Toma (1 desa : 2 kader + 1 Toma) selama 4 hari : 3 hari di kelas, 1 hari di lapangan.
 - b) Persiapan Masyarakat :
 - Pembentukan forum melalui pertemuan Tingkat Desa (3 kali/tahun);
 - Survei Mawas Diri (pendataan ke lapangan atau pertemuan rembuk desa : 2 kali/tahun);
 - Musyawarah Masyarakat Desa : 2 kali/tahun.
 - 2) Pelaksanaan.
 - a) Pelayanan kesehatan dasar;
 - b) Kader dan toma melakukan surveilan berbasis masyarakat (pengamatan sederhana) thd KIA, Gizi, Kesling, Penyakit, PHBS, melakukan pendataan PHBS dengan survey cepat;
 - c) Pertemuan tindak lanjut penemuan hasil surveilans dalam rangka meningkatkan kewaspadaan dini masyarakat (1 bulan sekali);
 - d) Alih pengetahuan dan olah keterampilan melalui pertemuan : 2 kali/tahun;
 - e) Pertemuan Forum Masyarakat Desa untuk membahas masalah kesehatan dengan memanfaatkan forum yang ada di desa (1 bulan sekali).
- h. SDM.
- 1) Bidan atau petugas kesehatan lainnya;
 - 2) Kader;
 - 3) Tokoh masyarakat.

E. PELAYANAN RAWAT JALAN

1. Pemberi Pelayanan di Poliklinik Umum/Gigi
 - a. Definisi
Poliklinik umum/gigi adalah pelayanan rawat jalan di puskesmas yang dilayani oleh dokter umum/gigi dan atau oleh paramedis/bidan sesuai dengan kompetensinya
 - b. Tujuan
Tersedianya pelayanan poliklinik oleh tenaga dokter umum/gigi yang kompeten
 - c. Frekuensi pengumpulan data
sebulan sekali dengan periode analisa tiga bulan sekali
 - d. Rumus . . .

- d. Rumus

$$\frac{\text{Jumlah hari buka poliklinik umum/gigi}}{\text{Jumlah seluruh hari buka poliklinik umum/gigi}} 100 \%$$
- e. Sumber Data
 Register rawat jalan poliklinik umum/gigi
- f. Standar : 100 %
- g. Penanggungjawab pengumpul data
 Koordinator rawat jalan
2. Ketersediaan Pelayanan Rawat Jalan
- a. Definisi Operasional
 adalah tersedianya Pelayanan Rawat Jalan (Umum,Gigi, KIA/KB, Laboratorium sederhana,Farmasi) yang dilaksanakan di Puskesmas II Jembrana
- b. Tujuan
 Tersedianya jenis pelayanan Rawat Jalan yang minimal harus ada (umum, gigi, KIA/KB, laboratorium sederhana, farmasi) di Puskesmas II Jembrana
- c. Frekuensi Pengumpulan Data
 Pengumpulan data dilakukan sebulan sekali dan dilakukan analisa setiap tiga bulan sekali
- d. Cara Perhitungan/Rumus ;
 Jenis pelayanan rawat jalan yang ada di puskesmas
- e. Sumber data
 Register rawat jalan
- f. Standar : 5 jenis pelayanan
- g. Penanggung jawab Pengumpulan Data
 koordinator rawat jalan
3. Buka Pelayanan sesuai ketentuan
- a. Definisi Operasional
 Jam buka pelayanan adalah jam dimulainya pelayanan rawat Jalan oleh tenaga dokter umum/gigi dan atau paramedis jam buka 07.30 s/d 20.00 Wita setiap hari kerja.
- b. Tujuan
 Tersedianya jenis pelayanan Rawat Jalan (Umum, Gigi, KIA/KB, Laboratorium sederhana, Farmasi) pada hari kerja di Puskesmas II Jembrana
- c. Frekuensi Pengumpulan Data
 Pengumpulan data dilakukan satu bulan sekali dan dilakukan analisa data setiap tiga bulan sekali.
- d. Cara . . .

d. Cara Perhitungan/Rumus :

$$\text{Buka Pelayanan} = \frac{\text{Jumlah hari pelayanan Rawat Jalan yang buka Sesuai ketentuan dalam satu bulan}}{\text{Jumlah seluruh hari pelayanan Rawat Jalan dalam satu bulan}} \times 100\%$$

e. Sumber Data
Register rawat jalan.

f. Standar : 100%.

g. Penanggung jawab pengumpulan data
koordinator rawat jalan

4. Waktu tunggu di Rawat jalan

a. Definisi Operasional

Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter umum/gigi, bidan/paramedis.

b. Tujuan

Tersedianya pelayanan Rawat Jalan yang mudah dan cepat diakses oleh pasien di poliklinik umum, poliklinik gigi dan KIA/KB pada hari kerja di Puskesmas II Jembrana.

c. Frekuensi Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan satu bulan sekali dan dilakukan analisa data setiap tiga bulan sekali.

d. Cara Perhitungan /Rumus:

$$\text{Waktu Tunggu} = \frac{\text{Jumlah kumulatif waktu tunggu pasien Rawat Jalan yang disurvey}}{\text{Jumlah seluruh pasien Rawat Jalan yang disurvey}} \times 100\%$$

e. Sumber data
Survey pasien rawat jalan.

f. Standar : 60 menit.

g. Penanggung jawab pengumpulan data
Koordinator rawat jalan dan koordinator mutu pelayanan

5. Kepuasan pelanggan Rawat Jalan

a. Definisi operasional

Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap pelayanan yang diberikan.

b. Tujuan

Terselenggaranya pelayanan Rawat Jalan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan.

c. Frekuensi pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan satu bulan sekali dan dilakukan analisa data setiap tiga bulan sekali.

d. Cara. . .

d. Cara Perhitungan/Rumus

$$\text{Kepuasan pelanggan} = \frac{\text{Jumlah kumulatif rerata penilaian}}{\text{Kepuasan Pasien rawat jalan yang disurvey}} \times 100\%$$

Jumlah seluruh pasien Rawat Jalan yang survey
(minimal = 50)

e. Sumber data : Survey

f. Standar : 90 %.

g. Penanggung jawab pengumpulan data
Koordinator rawat jalan dan koordinator mutu pelayanan.

BUPATI JEMBRANA,

ttd

I PUTU ARTHA