

351.07
7
Ind

INDIKATOR
INDONESIA SEHAT 2010
DAN
PEDOMAN PENETAPAN INDIKATOR
PROVINSI SEHAT
DAN KABUPATEN/KOTA SEHAT

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN
NOMOR 1202/MENKES/SK/VIII/2003**

**DEPARTEMEN KESEHATAN R.I.
JAKARTA
2003**

Diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI
Dipublikasikan oleh Pusat Data dan Informasi Depkes
Jalan HR Rasuna Said Blok X5 Kav 4-9 Jakarta 12950
Telp no: +62-21-5201590, 5229590 Fax no: +62-21-5203874
Web site: <http://www.depkes.go.id>

Katalog Dalam Terbitan. Departemen Kesehatan RI

351.077

Ind
i

Indonesia. Departemen Kesehatan RI

Indikator Indonesia Sehat 2010 dan pedoman
penetapan indikator provinsi sehat dan kabupaten/
kota sehat : Keputusan Menteri Kesehatan nomor
1202/Menkes/SK/VIII/2003. -- Jakarta : Departemen
Kesehatan, 2003.

I. Judul 1. HEALTH PROMOTION-LAWS
AND REGULATION 2. RURAL HEALTH

SAMBUTAN

MENTERI KESEHATAN R. I .

Visi “Indonesia Sehat 2010” telah kita canangkan sejak tahun 1999, yaitu melalui Prasasti yang ditandatangani oleh Presiden Habibie. Namun demikian, pada saat itu kita belum siap dengan indikator-indikator dan target-target yang hendak dicapai pada tahun 2010 kelak. Ternyata menentapkan indikator dan target bukanlah pekerjaan mudah. Diperlukan waktu sekitar tiga tahun oleh para pejabat Departemen Kesehatan untuk sampai kepada suatu kesepakatan tentang itu.

Saat ini, telah ditetapkan 50 indikator untuk Indonesia Sehat 2010, lengkap dengan target-target yang ingin dicapai pada tahun 2010. Memang, barangkali penentuan indikator dan target itu belum mantap benar. Namun setidaknya-tidaknya pada saat ini kita telah memiliki gambaran lebih konkrit tentang sosok kesehatan masyarakat di tahun 2010 itu. Adapun penyempurnaan terhadap detail-detail indikator dan target dapat dilakukan sambil berjalan.

Kepada seluruh pejabat Departemen Kesehatan yang telah berkontribusi dalam perumusan dan penetapan indikator Indonesia Sehat 2010 beserta target-targetnya, saya sampaikan penghargaan dan terima kasih saya. Demikian pula kepada pihak-pihak lain yang telah menyumbangkan pendapat dan saran-sarannya dalam rangka penyusunan dan penetapan indikator tersebut.

Mudah-mudahan jerih payah kita semua akan besar manfaatnya bagi peningkatan kesehatan masyarakat Indonesia. Amien.

Jakarta, 21 Agustus 2003

Menteri Kesehatan R.I.

ttd

Dr. Achmad Sujudi

KATA PENGANTAR

Sejak tahun 1999, yaitu sejak dicanangkannya Visi Pembangunan Kesehatan yang baru, “Indonesia Sehat 2010”, Menteri Kesehatan telah menugaskan kepada seluruh pejabat Departemen Kesehatan untuk memikirkan indikator-indikator bagi pencapaian Visi tersebut.

Akhirnya, pada tanggal 16 Juli 2002, diselenggarakan Pertemuan Sehari di Departemen Kesehatan, di mana para Direktur Jenderal dan Kepala Badan menyajikan indikator-indikator dan target-target tahun 2010 sesuai bidang tugasnya. Pada saat itu terkumpul lebih kurang sebanyak 167 buah indikator.

Jumlah indikator yang terhimpun itu setelah ditimbang-timbang, khususnya dikaitkan dengan pengumpulan datanya, dirasakan masih terlalu banyak. Oleh karena itu, maka dirumuskanlah kriteria yang dapat digunakan untuk memangkas indikator-indikator yang ada. Kriteria itu antara lain adalah komitmen global, komitmen nasional (termasuk kesepakatan untuk kembali membenahi enam pelayanan kesehatan dasar), dan fokus terhadap penurunan angka kematian bayi dan angka kematian ibu. Dengan menggunakan kriteria tersebut, akhirnya dapat dilakukan seleksi, sehingga ditetapkanlah 50 indikator sebagai indikator bagi Indonesia Sehat 2010, lengkap dengan target-targetnya.

Kelima puluh indikator itu adalah indikator minimal untuk tingkat nasional (Indonesia Sehat). Sudah barang tentu, Provinsi dan Kabupaten/Kota dipersilahkan untuk mengembangkannya sesuai dengan situasi dan kondisi serta kebutuhan setempat, guna memantau pencapaian Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat. Dengan demikian diharapkan setiap Provinsi dan atau Kabupaten/Kota dapat membuat peraturan perundang-undangan setempat sebagai tindak lanjut dari Keputusan Menteri Kesehatan ini.

Demikian, mudah-mudahan indikator dan target Indonesia Sehat 2010 yang sudah lama kita tunggu ini bermanfaat sebagai acuan kita dalam menyelenggarakan pembangunan kesehatan.

Jakarta, 21 Agustus 2003

Sekretaris Jenderal,

ttd

Dr. Dadi S. Argadiredja, MPH

DAFTAR ISI

SAMBUTAN MENTERI KESEHATAN R.I.	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
UCAPAN TERIMA KASIH	iv
BAB-1: PENDAHULUAN	1
BAB-2: INDONESIA SEHAT 2010	
A. Reformasi Kesehatan: Visi dan Misi Baru	4
B. Reformasi Kesehatan: Strategi Baru	5
C. Pembangunan Nasional Bidang Kesehatan	6
D. Pendekatan Lintas Sektor	10
BAB-3: PENGERTIAN INDIKATOR	
A. Definisi Indikator	12
B. Persyaratan Indikator	13
C. Jenis Indikator	14
D. Klasifikasi Indikator	15
BAB-4: INDIKATOR INDONESIA SEHAT 2010	
A. Derajat Kesehatan	18
B. Hasil Antara	19
C. Proses dan Masukan	20
BAB-5: INDIKATOR PROVINSI SEHAT DAN KABUPATEN/KOTA SEHAT	22
BAB-6: FORMULA INDIKATOR DAN DEFINISI OPERASIONAL	
A. Formula Indikator	24
B. Definisi Operasional	31
BAB-7: SUMBER DATA DAN CARA PENGUMPULAN DATA	38
BAB-8: PENUTUP	40

UCAPAN

TERIMA KASIH

Sebagai koordinator, fasilitator, dan sekaligus sekretariat penyusunan “Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat”, Pusat Data dan Informasi Departemen Kesehatan mengucapkan terima kasih atas peranserta aktif para pejabat di lingkungan:

- Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat
- Direktorat Jenderal Pelayanan Medik
- Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular & Penyehatan Lingkungan
- Direktorat Jenderal Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan
- Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
- Inspektorat Jenderal
- Sekretariat Jenderal
- Staf Ahli Menteri Kesehatan

dan pihak-pihak lain, baik dalam Departemen Kesehatan maupun di luar Departemen Kesehatan.

Kepala Pusat Data dan Informasi,

ttd

Bambang Hartono, SKM, MSc

Selama lebih dari tiga dasawarsa, Indonesia telah melaksanakan berbagai upaya dalam rangka meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Departemen Kesehatan telah menyelenggarakan serangkaian reformasi di bidang kesehatan guna meningkatkan pelayanan kesehatan dan menjadikannya lebih efisien, efektif serta terjangkau oleh masyarakat. Berbagai model pembiayaan kesehatan, sejumlah program intervensi teknis bidang kesehatan, serta perbaikan organisasi dan manajemen telah diperkenalkan.

Namun demikian, walau sudah dicapai banyak kemajuan, tetapi bila dibanding dengan beberapa negara tetangga, keadaan kesehatan masyarakat Indonesia masih tertinggal. Angka kematian bayi misalnya, Indonesia berada di urutan atas di antara negara-negara anggota *South East Asia Medical Information Center (SEAMIC)*. Sebagian besar masyarakat Indonesia, baik yang di perdesaan maupun perkotaan, masih sulit mendapatkan pelayanan kesehatan walau dalam skala minimal. Banyak hal yang menjadi penyebabnya, yaitu selain faktor teknis, juga faktor-faktor geografi, ekonomi, dan sosial.

Untuk mengatasi masalah-masalah yang ada, desentralisasi bidang kesehatan sebagai salah satu strategi yang dianggap tepat saat ini, telah ditetapkan untuk dilaksanakan. Beberapa peraturan perundang-undangan bidang kesehatan sebagai tindak lanjut Undang-Undang Nomor 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan Undang-Undang Nomor 25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah yang merupakan inti kebijakan desentralisasi, telah dan sedang terus dipersiapkan. Misalnya Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 574/Menkes/SK/IV/2000 tentang Kebijakan Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010.

Dalam lampiran Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 574/Menkes/SK/IV/2000 ditetapkan Visi dan Misi serta Strategi baru Pembangunan Kesehatan. Visi baru, yaitu Indonesia Sehat 2010, akan dicapai melalui berbagai program pembangunan kesehatan yang telah tercantum dalam Undang-Undang Nomor 25 tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional (Propenas).

Guna mempertegas rumusan Visi Indonesia Sehat 2010 itu, telah ditetapkan indikator-indikatornya secara lebih terinci. Di samping itu, telah ditetapkan pula target yang ingin dicapai di tahun 2010, untuk setiap indikator tersebut. Indikator-indikator yang telah ditetapkan itu digolongkan ke dalam: (1) Indikator Derajat Kesehatan sebagai Hasil Akhir, yang terdiri atas indikator-indikator untuk Mortalitas, Morbiditas, dan Status Gizi; (2) Indikator Hasil Antara, yang

terdiri atas indikator-indikator untuk Keadaan Lingkungan, Perilaku Hidup, Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan; serta (3) Indikator Proses dan Masukan, yang terdiri atas indikator-indikator untuk Pelayanan Kesehatan, Sumber Daya Kesehatan, Manajemen Kesehatan, dan Kontribusi Sektor Terkait.

Namun demikian, disadari bahwa dalam kerangka desentralisasi di bidang kesehatan, pencapaian Indonesia Sehat 2010 sangat ditentukan oleh pencapaian Provinsi Sehat, Kabupaten/Kota Sehat, dan bahkan juga barangkali, Kecamatan Sehat. Oleh karena itu, guna memantau pencapaian Indonesia Sehat 2010 dalam kerangka desentralisasi bidang kesehatan perlu pula disusun Indikator Kabupaten/Kota Sehat dan Indikator Provinsi Sehat, yang mengacu kepada Indikator Indonesia Sehat 2010. Indikator-indikator yang disusun itu digolongkan sesuai dengan penggolongan indikator Indonesia Sehat 2010 dan dicantumkan sebagai pedoman bagi Daerah setempat dalam melaksanakan Pembangunan Kesehatan Daerah.

Indikator-indikator yang tercantum sebagai Pedoman ini merupakan acuan bagi Daerah untuk mendapatkan kesamaan tolok ukur. Daerah tentu saja dapat menambahkan hal-hal yang belum tercantum di dalamnya. Khususnya yang berkaitan dengan keadaan, kebutuhan dan aspirasi setempat, termasuk kontribusi sektor-sektor terkait. Apa lagi bila diingat bahwa pengorganisasian sektor-sektor pembangunan di Daerah, khususnya Kabupaten/Kota dewasa ini masih sangat bervariasi. Dengan demikian tidak tertutup kemungkinan sektor-sektor yang berkontribusi dalam pencapaian Kabupaten/Kota Sehat dan Provinsi Sehat dapat diciutkan atau dikembangkan sesuai dengan tatanan organisasi setempat. Demikian pun peran mereka dalam mengupayakan tercapainya Visi Pembangunan Kesehatan.

Sebagaimana telah disebutkan, banyak faktor yang menyebabkan timbulnya berbagai masalah kesehatan dan kurang memuaskannya kinerja Pembangunan Kesehatan. Akar masalah tampaknya terletak pada kenyataan bahwa Pembangunan Kesehatan belum berada dalam arus utama Pembangunan Nasional. Anggaran untuk Pembangunan Kesehatan di Indonesia masih sangat kecil, yaitu hanya sekitar dua persen dari anggaran tahunan Pembangunan Nasional. Akibatnya banyak program Pembangunan Kesehatan yang penting untuk diselenggarakan terpaksa ditunda atau dilaksanakan secara kurang memadai.

Selain dari itu, selama ini dirasakan bahwa sektor-sektor pembangunan yang lain belum cukup mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Bahkan beberapa kebijakan dan kegiatannya justru berdampak negatif terhadap kesehatan masyarakat tersebut. Pada akhirnya hal ini tercermin antara lain dalam kualitas sumber daya manusia bangsa Indonesia. Dalam tahun 2000, diukur dengan Indeks Pembangunan Manusia atau *Human Development Index (HDI)*, Indonesia berada pada peringkat 102 di antara sekitar 190 negara di dunia (di tahun 2003 bahkan merosot lagi ke peringkat 112). Ini berarti bahwa kemajuan Pembangunan Kesehatan dan pembangunan sektor lain terkait (khususnya pendidikan dan perekonomian) di Indonesia masih jauh dari memuaskan bila dibanding dengan negara-negara lain di dunia.

Untuk keluar dari permasalahan yang dihadapi, telah ditetapkan Visi dan Misi baru Pembangunan Kesehatan. Visi dan Misi baru ini tidak hanya untuk kepentingan menghadapi masalah-masalah kekinian, melainkan juga guna menyongsong tantangan-tantangan di masa mendatang. Dalam waktu dekat Indonesia sudah harus terlibat dalam globalisasi. Agar dapat bersaing dengan baik dalam era globalisasi itu, Indonesia memerlukan sumber daya manusia yang berkualitas. Oleh karena itu Pembangunan Kesehatan perlu diarahkan secara lebih baik.

Dengan Visi dan Misi baru, orientasi Pembangunan Kesehatan yang semula sangat menekankan upaya kuratif dan rehabilitatif, secara bertahap diubah menjadi upaya kesehatan terintegrasi menuju kawasan sehat dengan peran-aktif masyarakat. Pendekatan baru ini menekankan pentingnya upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif. Pemahaman baru terhadap konsep atau definisi kesehatan dan meningkatnya kesadaran akan faktor-faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat menimbulkan

keyakinan bahwa pelayanan kesehatan kuratif saja tidak mungkin dapat menciptakan Indonesia Sehat 2010.

A. REFORMASI KESEHATAN: VISI DAN MISI BARU

Reformasi bidang kesehatan di Indonesia sebenarnya telah mulai dilaksanakan sejak tahun 1998. Yaitu sejak dibentuknya Kabinet Reformasi. Pada saat itu ditetapkan atau didefinisikan kembali Visi, Misi, dan Strategi Pembangunan Kesehatan.

Melalui serangkaian diskusi mendalam para pimpinan Departemen Kesehatan, akhirnya dirumuskan Visi dan Misi baru. Visi baru pembangunan kesehatan tersebut direfleksikan dalam bentuk motto yang berbunyi “Indonesia Sehat 2010”. Tahun 2010 dipilih dengan pertimbangan bahwa satu dasawarsa merupakan waktu yang cukup untuk mencapai suatu cita-cita, sehingga dianggap cukup menantang dan inspiratif tetapi masih realistis. Pada tahun 2010 itu bangsa Indonesia diharapkan akan mencapai tingkat kesehatan tertentu yang ditandai oleh penduduknya yang (1) hidup dalam lingkungan yang sehat, (2) mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat, serta (3) mampu menyediakan dan memanfaatkan (menjangkau) pelayanan kesehatan yang bermutu, sehingga (4) memiliki derajat kesehatan yang tinggi.

Dalam upaya mencapai Visi baru ini, Departemen Kesehatan dan segenap jajaran kesehatan di Daerah harus dapat – melalui kebijakan-kebijakan, perencanaan, dan kegiatan-kegiatan pembangunan lainnya – merefleksikan nilai-nilai luhur yang terkandung dalam Visi. Penetapan Visi Indonesia Sehat 2010 akan menuntut jajaran kesehatan mengkonkritkan kerjasama lintas sektor dengan sektor-sektor terkait. Karena kesehatan merupakan tanggung jawab bersama, maka jajaran kesehatan harus melibatkan seluruh lapisan masyarakat, sektor-sektor terkait, dan sektor swasta dalam penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan. Selain itu, sektor kesehatan juga harus proaktif dan selalu berpikir ke depan.

Misi adalah pernyataan tentang tugas dan tanggung jawab yang harus diemban oleh Pembangunan Kesehatan dalam rangka mencapai Visi yang telah ditetapkan. Dalam rangkaian diskusi pimpinan Departemen Kesehatan juga telah disepakati rumusan Misi baru Pembangunan Kesehatan. Misi baru tersebut adalah (1) menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan; (2) mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat; (3) memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau; serta (4) memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat termasuk lingkungannya.

Keberhasilan Pembangunan Kesehatan tidak semata-mata ditentukan oleh hasil kerja keras sektor kesehatan, melainkan juga sangat dipengaruhi oleh hasil kerja keras serta kontribusi positif berbagai sektor pembangunan lainnya. Untuk

mengoptimalkan hasil serta kontribusi positif berbagai sektor pembangunan tersebut, harus dapat diupayakan diterimanya wawasan kesehatan sebagai azas pokok program pembangunan. Dengan perkataan lain, untuk dapat mewujudkan Indonesia Sehat 2010, para penanggung jawab program pembangunan harus memasukkan pertimbangan akan dampaknya terhadap kesehatan masyarakat dalam semua kebijakan pembangunannya. Program pembangunan yang berdampak negatif terhadap kesehatan masyarakat seyogianya tidak diselenggarakan. Untuk itu, seluruh elemen jajaran kesehatan harus berperan aktif sebagai penggerak pembangunan berwawasan kesehatan.

Kesehatan adalah tanggung jawab bersama dari setiap individu, masyarakat, pemerintah dan swasta. Apa pun peran yang dimainkan pemerintah, tanpa kesadaran individu dan masyarakat untuk secara mandiri menjaga kesehatan mereka, hanya sedikit yang akan dapat dicapai. Perilaku yang sehat dan kemampuan masyarakat untuk memilih dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu sangat menentukan keberhasilan Pembangunan Kesehatan.

Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau mengandung arti bahwa salah satu tanggung jawab sektor kesehatan adalah menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan tidak hanya oleh pemerintah, melainkan juga dengan mengikutsertakan sebesar-besarnya peran aktif segenap anggota masyarakat dan berbagai potensi swasta.

Tugas utama sektor kesehatan adalah memelihara dan meningkatkan kesehatan segenap warga negara, yaitu setiap individu, keluarga dan masyarakat Indonesia, tanpa meninggalkan upaya menyembuhkan penyakit dan atau memulihkan kesehatan penderita. Untuk dapat terselenggaranya tugas ini, upaya kesehatan yang harus diutamakan adalah yang bersifat promotif dan preventif, yang didukung oleh upaya kuratif dan atau rehabilitatif. Selain itu, agar dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat secara paripurna, perlu pula diciptakan lingkungan yang sehat. Oleh karena itu, upaya penyehatan lingkungan juga harus diprioritaskan.

B. REFORMASI KESEHATAN: STRATEGI BARU

Mengacu kepada Visi dan Misi yang telah ditetapkan, selanjutnya telah pula dirumuskan Strategi baru Pembangunan Kesehatan. Strategi baru Pembangunan Kesehatan tersebut adalah (1) pembangunan nasional berwawasan kesehatan, (2) profesionalisme, (3) jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM), dan (4) desentralisasi.

Penetapan keempat elemen sebagai pilar dari Strategi Pembangunan Kesehatan bukan berarti bahwa program-program lain tidak harus dilaksanakan. Semua program kesehatan yang telah berjalan dengan baik harus tetap

diselenggarakan, walaupun keempat pilar harus dianggap sebagai prioritas. Untuk setiap Strategi telah pula dirumuskan faktor-faktor kritis keberhasilannya (*critical success factors*) sebagai berikut.

Strategi ke-1: Pembangunan nasional berwawasan kesehatan. Faktor-faktor kritis yang menentukan keberhasilannya adalah (1) visi kesehatan sebagai landasan bagi pembangunan nasional, (2) paradigma sehat sebagai komitmen gerakan nasional, (3) sistem advokasi untuk upaya promotif dan preventif dalam program kesehatan yang paripurna, (4) dukungan sumber daya yang berkelanjutan, (5) sosialisasi internal maupun eksternal, dan (6) restrukturisasi dan revitalisasi infrastruktur dalam kerangka desentralisasi.

Strategi ke-2: Profesionalisme. Faktor-faktor kritis yang menentukan keberhasilannya adalah (1) konsolidasi manajemen sumber daya manusia, (2) penguatan aspek-aspek ilmu pengetahuan dan teknologi, semangat pengabdian, dan kode etik profesi, (3) penguatan konsep profesionalisme kesehatan dan kedokteran, dan (4) aliansi strategis antara profesi kesehatan dengan profesi-profesi lain terkait.

Strategi ke-3: Jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat. Faktor-faktor kritis yang menentukan keberhasilannya adalah (1) komitmen bersama dan gerakan mendukung paradigma sehat, (2) dukungan peraturan perundang-undangan, (3) sosialisasi internal maupun eksternal, (4) intervensi pemerintah dalam tahap-tahap awal penghimpunan dana, (5) kebijakan pengembangan otonomi dalam manajemen pelayanan kesehatan.

Strategi ke-4: Desentralisasi. Faktor-faktor kritis yang menentukan keberhasilannya adalah (1) pertimbangan dan keselarasan antara desentralisasi, dekonstruksi dan tugas pembantuan, (2) kejelasan jenis dan tingkat kewenangan, (3) petunjuk-petunjuk yang jelas tentang manajemen berikut indikator kerjanya, (4) pemberdayaan, (5) sistem dan kebijakan berkelanjutan di bidang sumber daya manusia, (6) infrastruktur lintas sektor yang kondusif, serta (7) mekanisme pembinaan dan pengawasan yang efektif.

C. PEMBANGUNAN NASIONAL BIDANG KESEHATAN

Sebagai kelanjutan dari ditetapkannya Visi, Misi dan Strategi baru Pembangunan Kesehatan, telah dirumuskan Program Pembangunan Kesehatan sebagai bagian dari Program Pembangunan Nasional (Propenas). Dalam Propenas, Pembangunan Kesehatan dan Gizi Masyarakat berada dalam Pembangunan Kesejahteraan Rakyat dan Ketahanan Budaya bersama-sama dengan Pembangunan Keluarga Berencana, Pembangunan Kesejahteraan Sosial,

Pembangunan Pendidikan, Pembangunan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi, Pembangunan Pemberdayaan Perempuan, Pembangunan Masyarakat, Pembangunan Keagamaan, Pembangunan Kebudayaan, Pembangunan Pemuda, serta Pembangunan Olah Raga.

Tujuan dari Pembangunan Kesehatan dan Gizi Masyarakat adalah terwujudnya derajat kesehatan dan gizi masyarakat yang optimal. Sasaran yang akan dicapai adalah: (1) meningkatnya kemandirian masyarakat untuk memelihara dan memperbaiki keadaan kesehatannya, (2) meningkatnya kemampuan masyarakat menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, efektif dan efisien, (3) terciptanya lingkungan fisik dan sosial yang sehat, dan (4) menurunnya prevalensi empat masalah gizi utama, khususnya pada kelompok ibu hamil, ibu menyusui, bayi dan anak balita.

Tujuan dan sasaran Pembangunan Kesehatan dan Gizi Masyarakat tersebut di atas akan dicapai melalui Program Pembangunan Kesehatan. Dalam Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat ditetapkan adanya tujuh program Pembangunan Kesehatan. Namun dalam Propenas, Program-program Pembangunan Kesehatan tersebut dijadikan enam Program Pembangunan Kesehatan, yaitu:

1. Program Lingkungan Sehat, Perilaku Sehat dan Pemberdayaan Masyarakat.
2. Program Upaya Kesehatan.
3. Program Perbaikan Gizi Masyarakat.
4. Program Sumber Daya Kesehatan.
5. Program Obat, Makanan dan Bahan Berbahaya.
6. Program Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan.

Program ke-1: Lingkungan Sehat, Perilaku Sehat dan Pemberdayaan Masyarakat

Program Lingkungan Sehat bertujuan untuk mewujudkan mutu lingkungan hidup yang sehat yang mendukung tumbuh kembang anak dan remaja, memenuhi kebutuhan dasar untuk hidup sehat, dan memungkinkan interaksi sosial serta melindungi masyarakat dari ancaman bahaya yang berasal dari lingkungan, sehingga tercapai derajat kesehatan individu, keluarga dan masyarakat yang optimal. Adapun sarannya adalah: (a) tersusunnya kebijakan dan konsep peningkatan kualitas lingkungan di tingkat lokal, regional dan nasional dengan kesepakatan lintas sektoral tentang tanggung jawab perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan, (b) terselenggaranya upaya peningkatan lingkungan fisik, sosial dan budaya masyarakat dengan memaksimalkan potensi sumber daya secara mandiri, (c) meningkatnya kesadaran dan tanggung jawab masyarakat untuk memelihara lingkungan sehat, (d) meningkatnya cakupan keluarga yang mempunyai akses terhadap air bersih yang memenuhi kualitas bakteriologis dan sanitasi lingkungan di perkotaan dan perdesaan, (e) tercapainya permukiman dan lingkungan per-

mahan yang memenuhi syarat kesehatan di perdesaan dan perkotaan termasuk penanganan daerah kumuh, (f) terpenuhinya persyaratan kesehatan di tempat umum termasuk sarana ibadah, pasar, sarana pendidikan, jasa boga, restoran/rumah makan, dan hotel/penginapan, (g) terpenuhinya lingkungan sekolah dengan ruang yang memadai dan kondusif untuk menciptakan interaksi sosial dan mendukung perilaku hidup sehat, (h) terpenuhinya persyaratan kesehatan, termasuk bebas radiasi, di tempat kerja, perkantoran, dan industri, (i) terpenuhinya persyaratan kesehatan, termasuk pengolahan limbah, di seluruh rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lain, (j) terlaksananya pengolahan limbah industri dan polusi udara oleh industri maupun sarana transportasi, dan (k) menurunnya tingkat paparan pestisida dan insektisida di lingkungan kerja pertanian dan industri serta pengawasan terhadap produk-produknya untuk keamanan konsumen.

Program Perilaku Sehat dan Pemberdayaan Masyarakat bertujuan untuk mem-berdayakan individu, keluarga, dan masyarakat dalam bidang kesehatan agar dapat memelihara, meningkatkan, dan melindungi kesehatannya sendiri dan lingkungannya menuju masyarakat yang sehat, mandiri dan produktif. Adapun sasarannya adalah: (a) meningkatnya perwujudan kepedulian perilaku hidup bersih dan sehat dalam kehidupan bermasyarakat, (b) menurunnya prevalensi perokok, penyalahguna napza, serta meningkatnya lingkungan sehat bebas rokok dan bebas napza di sekolah, tempat kerja, dan tempat umum, (c) menurunnya angka kematian dan kecacatan akibat kelahiran/persalinan, kecelakaan dan rudapaksa, (d) menurunnya prevalensi dan dampak gangguan jiwa, (e) meningkatnya keterlibatan dan tanggung jawab lelaki dalam kesehatan keluarga, dan (f) berkembangnya sistem jaringan dukungan masyarakat, sehingga kebutuhan masyarakat akan pelayanan dapat meningkat.

Program ke-2: Upaya Kesehatan

Tujuan umum dari program ini adalah untuk meningkatkan pemerataan dan mutu upaya kesehatan yang berhasilguna dan berdayaguna serta terjangkau oleh segenap anggota masyarakat. Adapun tujuan khususnya adalah: (a) mencegah terjadinya dan menyebarnya penyakit menular sehingga tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat, (b) menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan dari penyakit menular dan penyakit tidak menular termasuk kesehatan gigi, (c) meningkatkan dan memperluas jangkauan dan pemerataan pelayanan kesehatan dasar, (d) meningkatkan dan memantapkan mutu pelayanan kesehatan dasar, rujukan dan penunjangnya agar efisien dan efektif, (e) meningkatkan penggunaan obat rasional dan cara pengobatan tradisional yang aman dan bermanfaat baik secara tersendiri ataupun terpadu dalam jaringan pelayanan kesehatan paripurna, (f) meningkatkan status kesehatan reproduksi bagi wanita usia subur termasuk anak, remaja, ibu hamil dan ibu menyusui, (g) meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan manusia dalam menghadapi kondisi

matra yang berubah secara bermakna, sehingga tetap dapat bertahan dalam kehidupan serta mampu mengatasi permasalahan secara mandiri, (h) menghindarkan manusia dan lingkungannya dari dampak bencana yang terjadi baik akibat ulah manusia maupun alam melalui upaya-upaya kewaspadaan, pencegahan dan penanggulangan bencana yang dilakukan secara terpadu, dengan peranserta masyarakat secara aktif, (i) mengembangkan pelayanan rehabilitasi bagi kelompok yang memerlukan pelayanan khusus, dan (j) meningkatkan pelayanan kesehatan bagi kelompok lanjut usia.

Program ke-3: Perbaikan Gizi Masyarakat

Tujuan umum dari program ini adalah meningkatkan intelektualitas dan produktivitas sumber daya manusia. Sedangkan tujuan khususnya adalah: (a) meningkatkan kemandirian keluarga dalam upaya perbaikan status gizi, (b) meningkatkan pelayanan gizi untuk mencapai gizi yang baik dengan menurunkan prevalensi gizi kurang dan gizi lebih, dan (c) meningkatkan penganekaragaman konsumsi pangan bermutu untuk memantapkan ketahanan pangan tingkat rumah tangga.

Program ke-4: Sumber Daya Kesehatan

Program ini bertujuan untuk meningkatkan ketersediaan dan keterjangkauan sumber daya kesehatan serta efektivitas dan efisiensi penggunaannya. Adapun sasarannya adalah: (a) terdapatnya kebijakan dan rencana pengembangan tenaga kesehatan dari masyarakat dan pemerintah di semua tingkat, (b) didayagunakannya tenaga kesehatan yang ada dan dikembangkannya pembinaan karier seluruh tenaga kesehatan, (c) berfungsinya pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan yang mengutamakan pengembangan peserta didik dalam rangka meningkatkan profesionalisme, (d) meningkatnya persentase penduduk yang menjadi peserta sistem pembiayaan praupaya, (e) meningkatnya jumlah badan usaha yang menyelenggarakan sistem pembiayaan pra-upaya, (f) tersedianya jaringan pemberi pelayanan kesehatan paripurna yang bermutu baik pemerintah maupun swasta, sesuai dengan kebutuhan sistem pembiayaan praupaya, (g) meningkatnya jumlah unit jaringan pelayanan dokter keluarga sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan sistem pembiayaan praupaya yang menyelenggarakan pelayanan paripurna dan bermutu, (h) tersedianya peralatan kesehatan baik medik maupun non-medik yang benar-benar sesuai dengan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan, dan (i) tersedianya perbekalan kesehatan yang memadai baik jenis maupun jumlahnya, yang sesuai dengan permasalahan setempat dan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan.

Program ke-5: Obat, Makanan dan Bahan Berbahaya

Program ini bertujuan untuk melindungi masyarakat dari bahaya penyalahgunaan dan kesalahgunaan obat, narkotika, psikotropika, dan zat adiktif (napza),

penggunaan sediaan farmasi, makanan dan alat kesehatan yang tidak memenuhi persyaratan mutu dan keamanan, serta meningkatkan potensi daya saing industri farmasi terutama yang berbasis sumber daya alam dalam negeri. Adapun sasarannya adalah: (a) terkendalinya penyaluran obat dan napza, (b) masyarakat teramankan dari penyalahgunaan dan kesalahgunaan obat dan napza, (c) dicegahnya penyalahgunaan napza, (d) dicegahnya risiko atau akibat samping penggunaan bahan kimia berbahaya sebagai akibat pengelolaan yang tidak memenuhi syarat, (e) terjaminnya CPOB, pengadaan dan penyaluran produk farmasi dan alat kesehatan (farmakes) yang beredar, (f) terjaminnya mutu produk farmakes yang beredar, (g) terhindarnya masyarakat dari informasi penggunaan farmakes yang tidak objektif dan menyesatkan, (h) tercapainya tujuan medis penggunaan obat secara efektif dan aman sekaligus efisien dalam pembiayaan obat, (i) diterapkannya *good regulatory practice*, (j) terlaksananya *good management practice* melalui peningkatan pelayanan perizinan/registrasi yang profesional dan tepat waktu, (k) terakunya kemampuan pengujian PPOM/BPOM dalam sistem Akreditasi Internasional, dan (l) meningkatnya potensi daya saing industri farmasi nasional menghadapi globalisasi.

Program ke-6: Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan

Tujuan dari program ini adalah menyediakan dukungan kebijakan dan menjamin manajemen sumber daya yang efektif dan efisien bagi pembangunan kesehatan. Sedangkan sasarannya adalah: (a) terciptanya kebijakan kesehatan yang menjamin tercapainya sistem kesehatan yang efisien, efektif, berkualitas dan berkesinambungan, (b) terciptanya kebijakan kesehatan yang mendukung reformasi bidang kesehatan, (c) tersedianya sumber daya manusia di bidang kesehatan yang mampu melakukan berbagai kajian kebijakan kesehatan, (d) berjalannya sistem perencanaan kesehatan melalui pendekatan wilayah dan sektoral dalam mendukung desentralisasi, (e) terciptanya organisasi dan tatalaksana di berbagai tingkat administrasi sesuai dengan azas desentralisasi dan penyelenggaraan pemerintahan yang baik, (f) tertatanya administrasi keuangan dan perlengkapan yang efisien dan fleksibel di seluruh jajaran kesehatan, (g) terciptanya mekanisme pengawasan dan pengendalian di seluruh jajaran kesehatan, (h) tersusunnya berbagai perangkat hukum di bidang kesehatan secara menyeluruh, (i) terlaksananya inventarisasi, kajian dan analisis secara akademis seluruh perangkat hukum yang berkaitan dengan penyelenggaraan upaya kesehatan, (j) tersedianya perangkat hukum guna dilaksanakannya proses litigasi dan mitigasi dalam penyelesaian konflik hukum bidang kesehatan, (k) tersedianya informasi kesehatan yang akurat, tepat waktu dan lengkap sebagai bahan dalam proses pengambilan keputusan, perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi program kesehatan dan pengelolaan pembangunan kesehatan serta

peningkatan kewaspadaan di semua tingkat administrasi, (l) tersusunnya kebijakan dan konsep pengelolaan program untuk mendukung desentralisasi.

D. PENDEKATAN LINTAS SEKTOR

Sebagaimana telah dikemukakan, Visi Indonesia Sehat 2010 dicapai melalui kerjasama lintas sektor. Yaitu kerjasama yang terintegrasi dan terkoordinasi antara sektor kesehatan dengan sektor-sektor lain terkait, sejak dari tingkat kebijakan dan perencanaan nasional, sampai ke tingkat pembinaan, pengawasan, bimbingan, dan pelaksanaan di Daerah.

Yang dimaksud dengan sektor-sektor lain terkait tidak terbatas kepada instansi pemerintah dan wakil rakyat yang formal (DPR/DPRD), melainkan juga semua pihak yang berkepentingan (*stakeholders*), mencakup organisasi-organisasi profesi kesehatan, lembaga-lembaga swadaya masyarakat, dan para usahawan swasta.

Kerjasama lintas sektor yang dilembagakan di setiap tingkat administrasi, misalnya dalam bentuk forum (Forum Indonesia Sehat, Forum Provinsi Sehat, dan seterusnya), merumuskan secara konkrit kegiatan-kegiatan lintas sektor sesuai dengan tingkat administrasinya. Kerjasama lintas sektor tingkat Nasional berisi kegiatan-kegiatan terintegrasi dan terkoordinasi dalam penetapan kebijakan, standar dan pedoman yang mendukung tercapainya Indonesia Sehat. Kerjasama lintas sektor tingkat Provinsi berisi kegiatan-kegiatan terintegrasi dan terkoordinasi dalam pelaksanaan tugas lintas Kabupaten/Kota serta pembinaan dan pengawasan terhadap Kabupaten/Kota untuk mendukung tercapainya Provinsi Sehat. Kerjasama lintas sektor tingkat Kabupaten/Kota berisi kegiatan-kegiatan terintegrasi dan terkoordinasi dalam pelaksanaan tugas lintas Kecamatan serta koordinasi dan bimbingan teknis terhadap Kecamatan untuk mendukung tercapainya Kabupaten/Kota Sehat.

Setelah Forum Kerjasama Lintas Sektor di suatu tingkat administrasi berhasil merumuskan Visi dan Misi Pembangunan Kesehatan serta Strategi dan Kegiatan-kegiatan terintegrasi dan terkoordinasi dalam rangka mencapai Visi, tentu forum tersebut akan membutuhkan informasi untuk perencanaan, pengorganisasian, penggerakan pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi. Oleh karena itu, langkah berikutnya yang harus segera dilaksanakan adalah mengidentifikasi kebutuhan informasi. Apabila daftar informasi yang dibutuhkan telah tersusun, barulah untuk masing-masing informasi ditetapkan indikatornya yang tepat.

A. DEFINISI INDIKATOR

Terdapat banyak literatur yang menyebutkan tentang definisi indikator. Beberapa di antaranya yang cukup baik adalah sebagai berikut.

- ❖ Indikator adalah variabel yang membantu kita dalam mengukur perubahan-perubahan yang terjadi baik secara langsung maupun tidak langsung (WHO, 1981).
- ❖ Indikator adalah suatu ukuran tidak langsung dari suatu kejadian atau kondisi. Misalnya berat badan bayi berdasarkan umur adalah indikator bagi status gizi bayi tersebut (Wilson & Sapanuchart, 1993).
- ❖ Indikator adalah statistik dari hal normatif yang menjadi perhatian kita yang dapat membantu kita dalam membuat penilaian ringkas, komprehensif, dan berimbang terhadap kondisi-kondisi atau aspek-aspek penting dari suatu masyarakat (Departemen Kesehatan, Pendidikan dan Kesejahteraan Amerika Serikat, 1969).
- ❖ Indikator adalah variabel-variabel yang mengindikasikan atau memberi petunjuk kepada kita tentang suatu keadaan tertentu, sehingga dapat digunakan untuk mengukur perubahan (Green, 1992).

Dari definisi tersebut di atas jelas bahwa indikator adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukannya pengukuran terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu. Suatu indikator tidak selalu menjelaskan keadaan secara keseluruhan, tetapi kerap kali hanya memberi petunjuk (indikasi) tentang keadaan keseluruhan tersebut sebagai suatu pendugaan (*proxy*). Misalnya, insidens diare yang didapat dari mengolah data kunjungan pasien Puskesmas hanya menunjukkan sebagian saja dari kejadian diare yang melanda masyarakat.

Indikator sedapat mungkin harus mengarah kepada dilakukannya tindakan. Namun demikian, dalam banyak hal, untuk sampai kepada dilakukannya tindakan, informasi yang dikemas dari indikator yang ada masih perlu dilengkapi dengan informasi dari investigasi lebih lanjut. Misalnya setelah dilakukannya kunjungan ke lokasi untuk menggali informasi kualitatif atau setelah dilakukannya penelitian/kajian khusus.

Indikator adalah ukuran yang bersifat kuantitatif, dan umumnya terdiri atas pembilang (*numerator*) dan penyebut (*denominator*). Walaupun dapat juga dibuat indikator yang hanya berupa pembilang, khususnya untuk sesuatu yang sangat langka tetapi penting. Pembilang adalah jumlah kejadian yang sedang diukur. Sedangkan penyebut yang umum digunakan adalah besarnya populasi sasaran berisiko dalam kejadian yang bersangkutan (misalnya: anak balita, ibu hamil, bayi baru lahir, dan sebagainya). Indikator yang mencakup pembilang dan penyebut sangat tepat untuk memantau perubahan dari waktu ke waktu dan membandingkan satu wilayah dengan wilayah lain.

B. PERSYARATAN INDIKATOR

Terdapat berbagai sumber yang menyebutkan tentang persyaratan yang harus dipenuhi oleh sebuah indikator. Syarat yang paling utama adalah ketepatannya dalam menggambarkan atau mewakili (merepresentasikan) informasinya. Dengan demikian maka indikator itu menjadi bermakna untuk pengambilan keputusan. Misalnya: rasio dokter terhadap penduduk lebih menggambarkan informasi tentang pemerataan dokter dibanding rasio dokter terhadap kecamatan. Alasannya: kepadatan penduduk kecamatan-kecamatan di Indonesia sangat bervariasi. Bagi kecamatan yang padat penduduk tentunya memerlukan dokter lebih banyak. Tidak dapat disamakan dengan kecamatan yang jarang penduduknya. Contoh lain: angka/indeks parasit malaria lebih menggambarkan informasi tentang besarnya kesakitan malaria dibanding persentase penderita malaria klinis. Alasannya: angka/indeks parasit malaria didapat dari data pemeriksaan laboratorium terhadap darah penduduk, sedangkan persentase penderita malaria klinis didapat dari data pasien tanpa diperiksa secara laboratoris.

Namun demikian, ketepatan menggambarkan informasi itu adakalanya terbentur oleh masalah sulitnya mengumpulkan datanya. Misalnya saja, dalam contoh malaria di atas, jumlah laboratorium di daerah-daerah luar Jawa tertentu sangat terbatas. Maka pengumpulan data menggunakan pemeriksaan laboratorium akan sangat sulit. Oleh karena itu, diperlukan pertimbangan dan kompromi terhadap sejumlah ketentuan atau persyaratan yang harus dipenuhi sebuah indikator.

Untuk memudahkan mengingat persyaratan apa saja yang harus dipertimbangkan dalam menetapkan indikator, disampaikan rumusan dalam istilah Inggris, yang dapat disingkat menjadi *SMART.*, yaitu *Simple, Measurable,*

Attributable, Reliable, dan Timely. Jadi, sesuai dengan rumusan itu, persyaratan yang harus dipertimbangkan dalam merumuskan indikator adalah:

- ❖ **(S)IMPLE** – yaitu SEDERHANA. Artinya indikator yang ditetapkan sedapat mungkin sederhana dalam pengumpulan data maupun dalam rumus penghitungan untuk mendapatkannya.
- ❖ **(M)EASURABLE** – yaitu DAPAT DIUKUR. Artinya indikator yang ditetapkan harus merepresentasikan informasinya dan jelas ukurannya. Dengan demikian dapat digunakan untuk perbandingan antara satu tempat dengan tempat lain atau antara satu waktu dengan waktu lain. Kejelasan pengukuran juga akan menunjukkan bagaimana cara mendapatkan datanya.
- ❖ **(A)TTRIBUTABLE** – yaitu BERMANFAAT. Artinya indikator yang ditetapkan harus bermanfaat untuk kepentingan pengambilan keputusan. Ini berarti bahwa indikator itu harus merupakan pengejawantahan dari informasi yang memang dibutuhkan untuk pengambilan keputusan. Jadi harus spesifik untuk pengambilan keputusan tertentu.
- ❖ **(R)ELIABLE** – yaitu DAPAT DIPERCAYA. Artinya indikator yang ditetapkan harus dapat didukung oleh pengumpulan data yang baik, benar, dan teliti. Indikator yang tidak/belum bisa didukung oleh pengumpulan data yang baik, benar, dan teliti, seyogianya tidak digunakan dulu.
- ❖ **(T)IMELY** – yaitu TEPAT WAKTU. Artinya indikator yang ditetapkan harus dapat didukung oleh pengumpulan dan pengolahan data serta pengeemasan informasi yang waktunya sesuai dengan saat pengambilan keputusan dilakukan.

C. JENIS INDIKATOR

Sesuai dengan uraian dalam definisi indikator, terdapat paling sedikit tiga jenis indikator, yaitu: (1) indikator berbentuk absolut, (2) indikator berbentuk proporsi, dan (3) indikator berbentuk angka atau rasio. Indikator berbentuk absolut adalah indikator yang hanya berupa pembilang saja, yaitu jumlah dari sesuatu hal/kejadian. Biasanya digunakan untuk sesuatu yang sangat jarang, seperti misalnya kasus meningitis di Puskesmas. Indikator berbentuk proporsi adalah indikator yang nilai resultantennya dinyatakan dengan persen karena pembilangnya merupakan bagian dari penyebut. Misalnya proporsi Puskesmas yang memiliki dokter terhadap seluruh Puskesmas yang ada. Indikator berbentuk angka adalah indikator yang menunjukkan frekuensi dari suatu kejadian selama waktu (periode) tertentu. Biasanya dinyatakan dalam bentuk per 1000 atau per 100.000 populasi (konstanta atau *k*). Angka atau *rate* adalah ukuran dasar yang digunakan untuk melihat kejadian penyakit karena angka merupakan ukuran yang paling jelas menunjukkan probabilitas atau risiko dari penyakit dalam suatu masyarakat tertentu selama periode tertentu. Misalnya angka malaria di kalangan anak balita yang dihasilkan dari pembagian jumlah kasus malaria anak balita

(pembilang) oleh jumlah populasi anak balita di pertengahan tahun (penyebut). Indikator berbentuk rasio adalah indikator yang pembilangnya bukan merupakan bagian dari penyebut. Misalnya rasio bidan terhadap penduduk suatu Kabupaten.

Selain ketiga jenis indikator tersebut, dikenal pula apa yang disebut Indeks atau Indikator Komposit (*Composite Indices*). Yaitu suatu istilah yang digunakan untuk indikator yang lebih rumit (*complex*), memiliki ukuran-ukuran yang multidimensional yang merupakan gabungan dari sejumlah indikator. Indeks ini biasanya dikembangkan melalui penelitian khusus karena penggunaannya secara praktis sangat terbatas. Misalnya, untuk mengukur beban akibat penyakit (*burden of disease*), WHO pernah menyarankan digunakannya DALY (*Disability-Adjusted Life Years*). Yaitu nilai saat ini dari tahun-tahun yang bebas dari ketidakmampuan (*disability*) yang hilang akibat kematian prematur atau kasus-kasus ketidakmampuan yang terjadi sepanjang waktu tertentu.

D. KLASIFIKASI INDIKATOR

Terdapat banyak cara untuk mengklasifikasikan indikator, sesuai dengan bagaimana mereka akan digunakan. Umumnya digunakan klasifikasi dengan berpegang pada pendekatan sistem, sehingga terdapat: (1) indikator hasil atau keluaran, yang dapat dibedakan lagi ke dalam indikator hasil antara atau *output* dan indikator hasil akhir atau *outcome*, (2) indikator proses, dan (3) indikator masukan, yang dapat dibedakan lagi ke dalam indikator sumber daya dan indikator determinan. Namun demikian kadang kala dijumpai kesulitan dalam pengklasifikasian ini secara tajam (*clearcut*) karena kekurangjelasan konsep dalam kategorisasi.

Indikator dapat pula diklasifikasikan menurut program. Memang pengklasifikasian dengan cara ini dapat mendorong terjadinya vertikalisasi kegiatan dan mengakibatkan membengkaknya jumlah indikator. Namun demikian, bila dalam pengklasifikasian tersebut selalu diacu pembagian kewenangan dan tugas sebagaimana telah ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan yang ada, maka masalah yang mungkin timbul akan dapat dicegah.

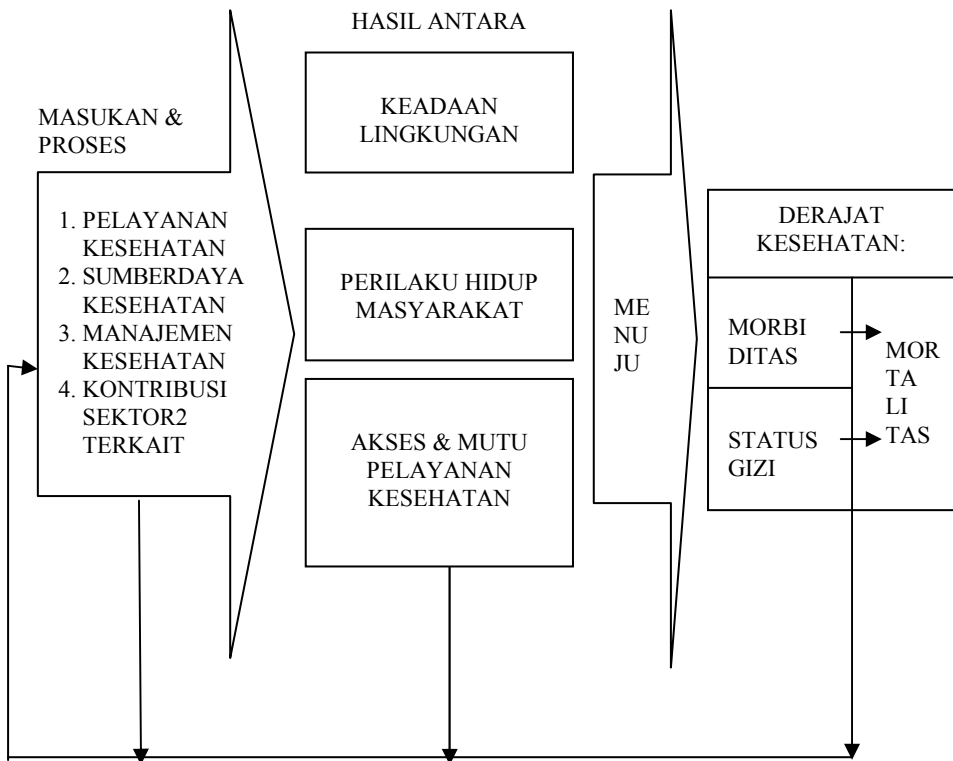
Untuk menyederhanakan penetapan Indikator Menuju Indonesia Sehat 2010, maka uraian indikator, baik untuk Indonesia Sehat, Provinsi Sehat, maupun Kabupaten/Kota Sehat, dikelompokkan ke dalam kategori sebagai berikut.

- ❖ Indikator Hasil Akhir, yaitu Derajat Kesehatan. Indikator Hasil Akhir yang paling akhir adalah indikator-indikator mortalitas (kematian), yang dipengaruhi oleh indikator-indikator morbiditas (kesakitan) dan indikator-indikator status gizi.
- ❖ Indikator Hasil Antara. Indikator ini terdiri atas indikator-indikator ketiga pilar yang mempengaruhi hasil akhir, yaitu indikator-indikator keadaan

lingkungan, indikator-indikator perilaku hidup masyarakat, serta indikator-indikator akses dan mutu pelayanan kesehatan.

- ❖ Indikator Proses dan Masukan. Indikator ini terdiri atas indikator-indikator pelayanan kesehatan, indikator-indikator sumber daya kesehatan, indikator-indikator manajemen kesehatan, dan indikator-indikator kontribusi sektor-sektor terkait.

Apabila pengelompokan ini diskemakan agar terlihat hubungan antara satu kelompok indikator dengan kelompok indikator yang lain, maka akan tampak sebagaimana gambar berikut.



Sebagaimana telah diuraikan, penetapan indikator harus mempertimbangkan persyaratan yang harus dipenuhi sebuah indikator (yaitu SMART). Namun untuk penetapan Indikator Indonesia Sehat 2010 ini, selain hal-hal yang disebutkan di muka, pertimbangan juga diberikan kepada kesepakatan-kesepakatan yang telah dibuat. Kesepakatan-kesepakatan itu mencakup baik kesepakatan nasional (misalnya menyangkut kesehatan anak, penyalahgunaan napza, dan lain-lain) maupun kesepakatan global (misalnya menyangkut pemberantasan polio, penanggulangan HIV/AIDS, dan lain-lain). Hal penting yang juga harus diperhatikan adalah kesepakatan untuk memfokuskan upaya-upaya kesehatan guna menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI), yang akhir-akhir ini ditengarai mulai stagnan.

Penetapan Indikator Indonesia Sehat 2010 berikut targetnya ini diawali dengan perumusan yang dilakukan melalui suatu pertemuan pejabat-pejabat Departemen Kesehatan dan sejumlah pejabat kesehatan dari daerah-daerah terdekat di Jakarta. Pertemuan tersebut berlangsung pada tanggal 16 Juli 2002. Sementara penyusunan rancangan indikator Indonesia Sehat 2010 sedang berlangsung, Departemen Kesehatan diminta oleh Departemen Dalam Negeri untuk merevisi Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1747 tahun 2000 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan untuk Daerah Kabupaten/Kota. Maka, penetapan Indikator Indonesia Sehat 2010 dan penyusunan Standar Pelayanan Minimal itu pun kemudian disinergikan. Dengan demikian maka indikator-indikator yang tercantum dalam Indikator Indonesia Sehat 2010, khususnya yang mengenai pelayanan kesehatan akan dapat ditemui juga sebagai indikator Standar Pelayanan Minimal. Betapa pun pasokan data untuk memantau pencapaian Indonesia Sehat 2010 datang dari kabupaten/kota.

Sesuai dengan pengelompokan indikator yang telah diuraikan, indikator Indonesia Sehat 2010 dikelompokkan ke dalam:

- ❖ Indikator Derajat Kesehatan yang merupakan hasil akhir, yang terdiri atas indikator-indikator mortalitas, indikator-indikator morbiditas, dan indikator-indikator status gizi.
- ❖ Indikator Hasil Antara, yang terdiri atas indikator-indikator keadaan lingkungan, indikator-indikator perilaku hidup masyarakat, serta indikator-indikator akses dan mutu pelayanan kesehatan.
- ❖ Indikator Proses dan Masukan, yang terdiri atas indikator-indikator pelayanan kesehatan, indikator-indikator sumber daya kesehatan, indikator-indikator manajemen kesehatan, dan indikator kontribusi sektor-sektor terkait.

Untuk memberikan gambaran yang lebih jelas tentang Visi Indonesia Sehat 2010, bagi setiap indikator telah ditetapkan target yang akan dicapai di tahun 2010.

A. DERAJAT KESEHATAN

Indikator derajat kesehatan dan target yang hendak dicapai di tahun 2010 adalah sebagai berikut.

INDIKATOR	TARGET 2010
MORTALITAS:	
1. Angka Kematian Bayi per-1.000 Kelahiran Hidup.	40
2. Angka Kematian Balita per-1.000 Kelahiran Hidup.	58
3. Angka Kematian Ibu Melahirkan per-100.000 Kelahiran Hidup.	150
4. Angka Harapan Hidup Waktu Lahir	67,9
MORBIDITAS:	
5. Angka Kesakitan Malaria per-1.000 Penduduk	5
6. Angka Kesembuhan Penderita TB Paru BTA+	85
7. Prevalensi HIV (Persentase Kasus Terhadap Penduduk Berisiko)	0,9
8. Angka "Acute Flaccid Paralysis" (AFP) Pada Anak Usia <15 Tahun per-100.000 Anak	0,9
9. Angka Kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD) per-100.000 Penduduk	2
STATUS GIZI:	
10. Persentase Balita Dengan Gizi Buruk	15
11. Persentase Kecamatan Bebas Rawan Gizi	80

B. HASIL ANTARA

Indikator hasil antara dan target yang hendak dicapai di tahun 2010 adalah sebagai berikut.

INDIKATOR	TARGET 2010
KEADAAN LINGKUNGAN:	
12. Persentase Rumah Sehat	80
13. Persentase Tempat-tempat Umum Sehat	80
PERILAKU HIDUP MASYARAKAT:	
14. Persentase Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat	65
15. Persentase Posyandu Purnama & Mandiri	40
AKSES & MUTU PELAYANAN KESEHATAN:	
16. Persentase Penduduk Yang Memanfaatkan Puskesmas	15
17. Persentase Penduduk Yang Memanfaatkan Rumah Sakit	1,5
18. Persentase Sarana Kesehatan Dengan Kemampuan Laboratorium Kesehatan	100
19. Persentase Rumah Sakit Yang Menyelenggarakan 4 Pelayanan Kesehatan Spesialis Dasar	100
20. Persentase Obat Generik Berlogo Dalam Persediaan Obat	100

C. PROSES DAN MASUKAN

INDIKATOR	TARGET 2010
------------------	--------------------

PELAYANAN KESEHATAN:	
21. Persentase Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan	90
22. Persentase Desa Yang Mencapai “Universal Child Immunization” (UCI)	100
23. Persentase Desa Terkena Kejadian Luar Biasa (KLB) Yang Ditangani <24 jam	100
24. Persentase Ibu Hamil Yang Mendapat Tablet Fe	80
25. Persentase Bayi Yang Mendapat ASI Eksklusif	80
26. Persentase Murid Sekolah Dasar/ Madrasah Ibtidaiyah Yang Mendapat Pemeriksaan Gigi dan Mulut	100
27. Persentase Pekerja Yang Mendapat Pelayanan Kesehatan Kerja	80
28. Persentase Keluarga Miskin Yang Mendapat Pelayanan Kesehatan	100
SUMBERDAYA KESEHATAN:	
29. Rasio Dokter Per-100.000 Penduduk	40
30. Rasio Dokter Spesialis Per-100.000 Penduduk	6
31. Rasio Dokter Keluarga 1.000 Keluarga	2
32. Rasio Dokter Gigi Per-100.000 Penduduk	11
33. Rasio Apoteker Per-100.000 Penduduk	10
34. Rasio Bidan Per-100.000 Penduduk	100
35. Rasio Perawat Per-100.000 Penduduk	117,5
36. Rasio Ahli Gizi Per-100.000 Penduduk	22
37. Rasio Ahli Sanitasi Per-100.000 Pddk.	40
38. Rasio Ahli Kesehatan Masyarakat Per-100.000 Penduduk	40
39. Persentase Penduduk Yang Menjadi Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan	80
40. Rata-rata Persentase Anggaran Kesehatan Dalam APBD Kabupaten/Kota	15
41. Alokasi Anggaran Kesehatan Pemerintah per-Kapita per-tahun (ribuan rupiah)	100
MANAJEMEN KESEHATAN:	
42. Persentase Kabupaten/Kota Yang Mempunyai Do-	100

kumen Sistem Kesehatan	
43. Persentase Kabupaten/Kota Yang Memiliki “Contingency Plan” Untuk Masalah Kesehatan Akibat Bencana	100
44. Persentase Kabupaten/Kota Yang Membuat Profil Kesehatan	100
45. Persentase Provinsi Yang Melaksanakan Surkesda.	100
46. Persentase Provinsi Yang Mempunyai “Provincial Health Account”	100
KONTRIBUSI SEKTOR TERKAIT:	
47. Persentase Keluarga Yang Memiliki Akses Terhadap Air Bersih	85
48. Persentase Pasangan Usia Subur Yang Menjadi Akseptor Keluarga Berencana	70
49. Angka Kecelakaan Lalu-lintas per-100.000 penduduk	10
50. Persentase Penduduk Yang Melek Huruf	95

Sebagaimana diuraikan di muka, dalam tatanan desentralisasi atau otonomi daerah di bidang kesehatan, pencapaian Visi Indonesia Sehat 2010 ditentukan oleh pencapaian Visi Pembangunan Kesehatan setiap provinsi (yaitu Provinsi Sehat). Sedangkan pencapaian Visi Provinsi Sehat ditentukan oleh pencapaian Visi Pembangunan Kesehatan setiap kabupaten/kota yang ada di provinsi bersangkutan (yaitu Kabupaten/Kota Sehat). Oleh karena itu, setiap provinsi dan kabupaten/kota yang ada di Indonesia diharapkan dapat menetapkan indikator untuk Visi Pembangunan Kesehatannya.

Yang menjadi acuan dalam penetapan indikator untuk Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat adalah indikator Indonesia Sehat 2010 yang telah diuraikan di atas. Indikator Indonesia Sehat 2010 tersebut adalah indikator minimal. Sehingga dengan demikian indikator tersebut harus diadopsi oleh semua provinsi dan kabupaten/kota.

Namun bukan berarti bahwa indikator Provinsi Sehat atau indikator Kabupaten/Kota Sehat menjadi seragam untuk seluruh Indonesia. Yang seragam hanya tujuh puluh indikator sebagaimana telah disajikan dalam Bab 4. Indikator-indikator di luar yang tujuh puluh tersebut diserahkan kepada masing-masing daerah untuk memilih dan menetapkannya. Inti dari kebijakan desentralisasi atau otonomi daerah memang adalah penghargaan terhadap keberagaman yang dibingkai oleh satu acuan.

Keberagaman itu di bidang kesehatan tampaknya cukup besar. Dalam hal penyakit, terdapat sejumlah penyakit yang hanya terdapat di beberapa daerah tertentu dan tidak terdapat di daerah lain. Misalnya schistosomiasis yang hanya dijumpai di salah satu kabupaten di Sulawesi Tengah. Juga tidak semua daerah merupakan daerah endemis gondok atau gangguan akibat kekurangan yodium (GAKY). Keadaan lingkungan juga dapat berbeda antara satu daerah dengan daerah lain. Untuk daerah yang padat lalu lintas dan kegiatan industri manufakturnya, indikator-indikator pencemaran udara dan pencemaran air tentunya sangat diperlukan. Untuk daerah yang areal pertaniannya sangat luas, mungkin perlu dicantumkan indikator yang berkaitan dengan pemakaian pestisida. Demikian pula dengan perilaku masyarakat. Perilaku masyarakat sangat dipengaruhi oleh budaya dan adat-istiadat setempat. Tabu-tabu atau pantangan-pantangan yang sangat merugikan kesehatan mungkin perlu dicantumkan indikatornya. Karena itu, indikator tentang perilaku masyarakat ini pun dapat bervariasi antara satu daerah dengan daerah lain. Karena masalah kesehatan yang dihadapi daerah bervariasi, maka sudah barang tentu kegiatan pembangunan

kesehatan pun dapat bervariasi. Berarti di luar indikator yang sudah tercantum dalam Indikator Indonesia Sehat 2010, untuk indikator proses dan masukan, provinsi maupun kabupaten/kota dapat mencantumkan indikator-indikator lain sesuai dengan apa yang berlangsung setempat.

Indikator Provinsi Sehat tentunya akan menampung juga indikator-indikator yang berlaku umum di provinsi bersangkutan. Artinya, semua kabupaten/kota yang ada di wilayah provinsi tersebut memang terkena atau melaksanakan apa yang ingin digambarkan oleh indikator tadi.

Khusus untuk Kabupaten/Kota Sehat, penetapan indikator hendaknya mengacu kepada indikator yang tercantum dalam Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Seyogianya semua indikator yang tercantum dalam Standar Pelayanan Minimal tersebut dimasukkan sebagai bagian dari indikator Kabupaten/Kota Sehat. Kemudian ditambah dengan hal-hal spesifik yang hanya dijumpai atau dilaksanakan di kabupaten/kota yang bersangkutan.

Setiap daerah harus pula mengacu kepada target-target nasional sebagaimana yang tercantum dalam Bab 4. Dengan demikian maka Visi Pembangunan Kesehatan Daerah yang telah pernah ditetapkan (misalnya Yogyakarta Sehat 2005 atau Purwakarta Sehat 2007) perlu ditinjau (*review*) kembali. Misalnya, benarkah pada tahun 2005 Yogyakarta sudah dapat mencapai semua target yang tercantum sebagai target Indonesia Sehat 2010?

Pencapaian target-target ini memang akan dipantau tahun demi tahun dan kelak pada tahun 2010 akan dievaluasi. Oleh karena itu maka diperlukan kesamaan bingkai, agar dalam hal-hal yang telah menjadi kesepakatan nasional dan kesepakatan global, langkah-langkah dapat diselaraskan.

Agar dapat dijamin kesamaan persepsi dan pengertian terhadap indikator-indikator yang telah ditetapkan dan cara-cara menghitungnya, diperlukan keseragaman dalam formula indikator dan definisi operasional.

A. FORMULA INDIKATOR

1. Derajat Kesehatan

a. Mortalitas

- | | |
|--|--|
| 1) Angka Kematian Bayi per-1.000 Kelahiran Hidup | $\frac{\text{Jumlah bayi (berumur < 1 tahun) yg meninggal di suatu wilayah tertentu selama 1 tahun}}{\text{Jumlah kelahiran hidup di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 1.000$ |
| 2) Angka Kematian Balita per 1.000 Kelahiran Hidup | $\frac{\text{Jumlah anak berumur < 5 tahun yg meninggal di suatu wilayah tertentu selama 1 tahun}}{\text{Jumlah kelahiran hidup di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 1.000$ |
| 3) Angka Kematian Ibu Melahirkan per 100.000 Kelahiran Hidup | $\frac{\text{Jumlah ibu hamil yang meninggal karena hamil, bersalin, dan nifas di suatu wilayah tertentu selama 1 tahun}}{\text{Jumlah kelahiran hidup di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100.000$ |
| 4) Angka Harapan Hidup Waktu Lahir | $\frac{\text{Jumlah tahun kehidupan dari kohort}}{\text{Jumlah kohort}}$ |

b. Morbiditas

- | | |
|---|--|
| 5) Angka Kesakitan Malaria per 1.000 Penduduk | $\frac{\text{Jumlah penderita malaria di suatu wilayah tertentu selama 1 tahun}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 1.000$ |
|---|--|

- | | |
|--|---|
| 6) Angka Kesembuhan Penderita TB Paru BTA ⁺ | $\frac{\text{Jumlah penderita TB Paru BTA}^+ \text{ yang sembuh di suatu wilayah selama 1 tahun}}{\text{Jumlah penderita TB Paru BTA}^+ \text{ yang diobati di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$ |
| 7) Prevalensi Penderita HIV Terhadap Penduduk Berisiko | $\frac{\text{Jumlah kasus HIV (baru dan lama) di suatu wilayah tertentu selama 1 tahun}}{\text{Jumlah penduduk berisiko di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$ |
| 8) Angka 'Acute Flaccid Paralysis' (AFP) Pada Anak Usia <15 Tahun per 100.000 Anak | $\frac{\text{Jumlah kasus AFP anak usia } < 5 \text{ tahun di suatu wilayah tertentu selama 1 tahun}}{\text{Jumlah anak usia } < 5 \text{ tahun di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100.000$ |
| 9) Angka Kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD) per 100.000 Penduduk | $\frac{\text{Jumlah kasus Demam Berdarah Dengue di suatu wilayah tertentu selama 1 tahun}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100.000$ |

c. Status Gizi

- | | |
|---|---|
| 10) Persentase Balita Dengan Gizi Buruk | $\frac{\text{Jumlah Balita yang berstatus gizi buruk di suatu wilayah tertentu selama 1 tahun}}{\text{Jumlah Balita yang diukur/ditimbang di wilayah dan pada kurun waktu yg sama}} \times 100\%$ |
| 11) Persentase Kecamatan Bebas Rawan Gizi | $\frac{\text{Jumlah Kecamatan yang bebas rawan gizi di suatu wilayah dan pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah Kecamatan yang ada di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$ |

2. Hasil Antara

a. Keadaan Lingkungan

- | | |
|----------------------------|---|
| 12) Persentase Rumah Sehat | $\frac{\text{Jumlah rumah sehat di suatu wilayah tertentu pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah rumah yang ada di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$ |
|----------------------------|---|

13) Persentase Tempat-tempat Umum Sehat	$\frac{\text{Jumlah tempat - tempat umum sehat di suatu wilayah dan pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah tempat - tempat umum yang ada di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
---	--

b. Perilaku Hidup Masyarakat

14) Persentase Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat	$\frac{\text{Jml rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat di suatu wilayah pd kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah rumah tangga yang dipantau/survei di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
15) Persentase Posyandu Purnama dan Mandiri	$\frac{\text{Jumlah Posyandu Purnama dan Mandiri di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh posyandu yang ada di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$

c. Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan

16) Persentase Penduduk Yang Memanfaatkan Puskesmas	$\frac{\text{Jumlah penduduk yang memanfaatkan puskesmas di suatu wilayah selama 1 tahun}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah kerja puskesmas pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
17) Persentase Penduduk Yang Memanfaatkan Rumah Sakit	$\frac{\text{Jumlah penduduk yang memanfaatkan rumah sakit di suatu wilayah selama 1 tahun}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100\%$
18) Persentase Sarana Kesehatan Dengan Kemampuan Lab Kesehatan	$\frac{\text{Jumlah sarana kesehatan dengan kemampuan laboratorium kesehatan di suatu wilayah}}{\text{Jumlah sarana kesehatan yang ada di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100\%$
19) Persentase Rumah Sakit Yang Menyelenggarakan 4 Pelayanan Kes. Spesialis Dasar	$\frac{\text{Jumlah rumah sakit yg menyelenggarakan 4 pelayanan kesehatan spesialis dasar di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah rumah sakit yang ada di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$

20) Persentase Obat Generik Berlogo (OGB) dalam Persediaan Obat	$\frac{\text{Jumlah jenis obat generik berlogo yang tersedia di suatu wilayah pd kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah jenis obat yang ada dalam persediaan di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
---	---

3. Proses dan Masukan

a. Pelayanan Kesehatan

21) Persentase Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan	$\frac{\text{Jumlah persalinan yang ditolong tenaga kesehatan di suatu wilayah selama 1 tahun}}{\text{Jumlah persalinan yang terjadi di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100\%$
22) Persentase Desa Mencapai 'Universal Child Immunization' (UCI)	$\frac{\text{Jumlah desa/kelurahan yang mencapai UCI di suatu wilayah selama 1 tahun}}{\text{Jumlah desa/kelurahan yang ada di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100\%$
23) Persentase Desa Terkena Kejadian Luar Biasa (KLB) Yang Ditangani <24 jam	$\frac{\text{Jumlah desa/kelurahan terkena KLB yang ditangani < 24 jam di suatu wilayah dalam 1 th}}{\text{Jumlah desa/kelurahan yang terkena KLB di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100\%$
24) Persentase Ibu Hamil Yang Mendapat Tablet Fe	$\frac{\text{Jumlah ibu hamil yang mendapat tablet Fe di suatu wilayah selama 1 tahun}}{\text{Jumlah ibu hamil yang ada di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100\%$
25) Persentase Bayi Yang Mendapat (ASI) Eksklusif	$\frac{\text{Jumlah bayi yang mendapat ASI eksklusif di suatu wilayah selama 1 tahun}}{\text{Jumlah bayi yang ada di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100\%$
26) Persentase Murid Sekolah Dasar/ Madrasah Ibtidaiyah Yang Mendapat Pemeriksaan Gigi dan Mulut	$\frac{\text{Jumlah murid SD/MI yang mendapat pemeriksaan gigi dan mulut di suatu wilayah selama 1 th}}{\text{Jumlah seluruh murid SD/MI yang ada di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100\%$

- 27) Persentase Pekerja Yang Mendapat Pelayanan Kesehatan Kerja $\frac{\text{Jumlah pekerja yang mendapat pelayanan kesehatan kerja di suatu wilayah selama 1 tahun}}{\text{Jumlah pekerja yang ada di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100\%$
- 28) Persentase Keluarga Miskin Yang Mendapat Pelayanan Kesehatan $\frac{\text{Jumlah keluarga miskin yang mendapat pelayanan kes. di suatu wilayah selama 1 tahun}}{\text{Jumlah keluarga miskin yang ada di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100\%$

b. Sumber Daya Kesehatan

- 29) Rata-rata Dokter per 100.000 Penduduk $\frac{\text{Jumlah dokter yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100.000$
- 30) Rata-rata Dokter Spesialis per 100.000 Penduduk $\frac{\text{Jumlah dokter spesialis yg memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100.000$
- 31) Rata-rata Dokter Keluarga per 1.000 Keluarga $\frac{\text{Jumlah dokter keluarga yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah}}{\text{Jumlah keluarga di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 1.000$
- 32) Rata-rata Dokter Gigi per 100.000 Penduduk $\frac{\text{Jumlah dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100.000$
- 33) Rata-rata Apoteker per 100.000 Penduduk $\frac{\text{Jumlah apoteker yang memberikan pelayanan kefarmasian di suatu wilayah}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100.000$
- 34) Rata-rata Bidan per 100.000 Penduduk $\frac{\text{Jumlah bidan yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100.000$

35) Rata-rata Perawat per 100.000 Penduduk	$\frac{\text{Jumlah perawat yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100.000$
36) Rata-rata Ahli Gizi per 100.000 Penduduk	$\frac{\text{Jumlah ahli gizi yang bertugas di bidang gizi di suatu wilayah}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100.000$
37) Rata-rata Ahli Sanitasi per 100.000 Penduduk	$\frac{\text{Jumlah ahli sanitasi yang bertugas di bidang kesehatan lingkungan di suatu wilayah}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100.000$
38) Rata-rata Ahli Kesehatan Masyarakat per 100.000 Penduduk	$\frac{\text{Jumlah Sarjana Kesehatan Masyarakat yang bertugas di suatu wilayah}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100.000$
39) Persentase Penduduk Yang Menjadi Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan	$\frac{\text{Jumlah penduduk yang menjadi peserta jaminan pemeliharaan kesehatan di suatu wilayah selama 1 tahun}}{\text{Jumlah penduduk yang ada di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$

c. Manajemen Kesehatan

40) Rata-rata Persentase Anggaran Kes Dalam APBD Kab/Kota	$\frac{\text{Jumlah alokasi APBD Kabupaten/Kota untuk kesehatan dalam 1 tahun}}{\text{Total anggaran APBD pada tahun yang sama}} \times 100\%$
41) Alokasi Anggaran Kesehatan Pemerintah per Kapita per tahun (ribuan rupiah)	$\frac{\text{Jumlah alokasi anggaran kesehatan pemerintah dalam 1 tahun (ribuan rupiah)}}{\text{Jumlah penduduk pada tahun yang sama}}$
42) Persentase Kab/Kota Yang Mempunyai Dokumen Sistem Kesehatan	$\frac{\text{Jumlah Kab/Kota yang mempunyai dokumen sistem kesehatan pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah Kabupaten/Kota yang ada pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$

43) Persentase Kab/Kota Yang Memiliki “Contingency Plan” Masalah Kes. Akibat Bencana	$\frac{\text{Jumlah Kab/Kota yang memiliki Contingency Plan Masalah Kes. Akibat Bencana pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah Kabupaten/Kota yang ada pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
44) Persentase Kab/Kota Yang Membuat Profil Kesehatan	$\frac{\text{Jumlah Kab/Kota yg membuat profil kesehatan selama 1 tahun}}{\text{Jumlah Kabupaten/Kota yang ada pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
45) Persentase Provinsi Yang Melaksanakan Surkesda	$\frac{\text{Jumlah provinsi yang melaksanakan Surkesda pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah provinsi yang ada pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
46) Persentase Provinsi Yang Mempunyai ‘Provincial Health Account’	$\frac{\text{Jumlah provinsi yang mempunyai 'Provincial Health Account' pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah provinsi yang ada pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$

d. Kontribusi Sektor-Sektor Terkait

47) Persentase Keluarga Yang Memiliki Akses Terhadap Air Bersih	$\frac{\text{Jumlah keluarga yang memiliki akses terhadap air bersih di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah keluarga yang ada di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
48) Persentase Pasangan Usia Subur Yang Menjadi Akseptor KB	$\frac{\text{Jumlah Pasangan Usia Subur peserta KB aktif di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah Pasangan Usia Subur yang ada di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$
49) Angka Kecelakaan Lalu Lintas per 100.000 Penduduk	$\frac{\text{Jumlah korban akibat kecelakaan lalu lintas di suatu wilayah selama 1 tahun}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100.000$
50) Persentase Penduduk Yang Melek Huruf	$\frac{\text{Jumlah penduduk usia 10 tahun ke atas yang melek huruf di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk usia 10 tahun ke atas di wilayah dan pada kurun waktu yang sama}} \times 100\%$

B. DEFINISI OPERASIONAL

1. Derajat Kesehatan

a. Mortalitas

- 1) Angka Kematian Bayi per 1.000 Kelahiran Hidup - Kematian bayi adalah kematian yang terjadi pada bayi sebelum mencapai usia satu tahun.
- Kelahiran hidup adalah janin pada waktu lahir memperlihatkan tanda kehidupan
- 2) Angka Kematian Balita per 1.000 Kelahiran Hidup - Kematian balita adalah kematian yang terjadi pada anak sebelum mencapai usia lima tahun
- 3) Angka Kematian Ibu Melahirkan per 100.000 L.H. - Kematian Ibu adalah kematian yang terjadi pada ibu karena peristiwa kehamilan, persalinan, dan masa nifas
- 4) Angka Harapan Hidup Waktu Lahir - Suatu perkiraan rata-rata lamanya hidup per penduduk (dalam tahun) sejak lahir yang akan dicapai oleh penduduk dalam suatu wilayah dan waktu tertentu yang dihitung berdasarkan angka kematian menurut kelompok umur

b. Morbiditas

- 5) Angka Kesakitan Malaria per 1.000 penduduk - Untuk di Jawa dan Bali: Penderita malaria adalah kasus dengan gejala klinis malaria (demam tinggi disertai menggigil) dengan hasil pemeriksaan sediaan darah di laboratorium positif malaria
- Untuk di luar Jawa dan Bali: Penderita malaria adalah kasus dengan gejala klinis malaria (demam tinggi disertai menggigil) dengan atau tanpa pemeriksaan sediaan darah di laboratorium
- 6) Angka Kesembuhan Penderita TB Paru BTA⁺ - Dapat disembuhkan artinya penderita TB Paru yang setelah menerima pengobatan anti TB paru dinyatakan sembuh (hasil pemeriksaan dahaknya menunjukkan 2 kali negatif)
- 7) Prevalensi Penderita HIV Terhadap Penduduk Berisiko - Penderita HIV adalah penderita yang menurut hasil pemeriksaan laboratorium dinyatakan positif HIV
- Penduduk berisiko HIV yaitu penduduk yang

pekerjaan atau gaya hidupnya menyebabkan mereka menghadapi kemungkinan/resiko lebih tinggi untuk ketularan dan menularkan HIV seperti:

- a. Mereka yang berganti-ganti pasangan seksual (homo dan hetero seksual) seperti wanita/pria tuna susila, homo-seksual, biseksual dan waria
 - b. Penerima transfusi darah tanpa skrining
 - c. Bayi yang dilahirkan dari ibu penderita HIV
 - d. Penyalahguna NAPZA suntik (IDU) yang menggunakan jarum suntik secara bergantian
 - e. Pasangan seksual dari pengidap HIV
- 8) Angka 'Acute Flaccid Paralysis' (AFP) Pada Anak Usia <15 Tahun per 100.000 Anak - AFP adalah penderita dengan gejala lumpuh layuh mendadak (akut), bukan disebabkan ruda paksa, yang ditemukan pada anak usia <15 tahun dan diduga kuat poliomyelitis
- 9) Angka Kesakitan DBD per 100.000 Penduduk - Penderita DBD adalah penderita demam tinggi yang mendadak, terus menerus berlangsung 2-7 hari tanpa sebab yang jelas, tanda-tanda perdarahan dari atau pembesaran hati, serta hasil pemeriksaan laboratorium dinyatakan positif DBD

c. Status Gizi

- 10) Persentase Balita dengan Gizi Buruk - Balita dengan Gizi Buruk adalah balita yang mempunyai berat badan di bawah garis merah pada KMS (Kartu Menuju Sehat)
- 11) Persentase Kecamatan Bebas Rawan Gizi - Kecamatan Bebas Rawan Gizi adalah kecamatan dengan prevalensi balita gizi kurang dan gizi buruk < dari 15%

2. Hasil Antara

a. Keadaan Lingkungan

- 12) Persentase Rumah Sehat - Rumah Sehat adalah bangunan rumah tinggal yang memenuhi syarat kesehatan
- 13) Persentase Tempat-tempat Umum - Tempat-tempat umum sehat adalah tempat-tempat umum misalnya: hotel, terminal, pasar, pertokoan, bioskop, tempat wisata, kolam renang, restoran,

Sehat tempat ibadah dan sejenisnya yang memenuhi syarat kesehatan

b. Perilaku Hidup Masyarakat

- 14) Persentase Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat - Rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat adalah rumah tangga yang seluruh anggotanya berperilaku hidup bersih dan sehat (sesuai pedoman)
- 15) Persentase Posyandu Purnama dan Mandiri - Posyandu Purnama: posyandu dengan frekuensi kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, rata-rata jumlah kader tugas 5 orang atau lebih, dan cakupan 5 program utamanya yaitu KB, KIA, Gizi dan Imunisasi lebih dari 50%, serta sudah ada program tambahan.
- Posyandu Mandiri: sudah dapat melakukan kegiatan secara teratur, cakupan 5 program utama sudah bagus, ada program tambahan dan Dana Sehat telah menjangkau 50% KK

c. Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan

- 16) Persentase Penduduk Yang Memanfaatkan Puskesmas - Penduduk yang memanfaatkan puskesmas adalah penduduk yang datang berkunjung ke puskesmas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang diberikan puskesmas (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif)
- 17) Persentase Penduduk Yang Memanfaatkan Rumah Sakit - Penduduk yang memanfaatkan rumah sakit adalah penduduk yang datang berkunjung ke rumah sakit untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif), baik milik pemerintah maupun swasta.
- 18) Persentase Sarana Kesehatan Dengan Kemampuan Laboratorium Kesehatan - Kemampuan laboratorium artinya mampu menyelenggarakan pelayanan laboratorium kesehatan sesuai standar
- 19) Persentase Rumah Sakit Yang Menyelenggarakan 4 Pela-

yanan Kesehatan
Spesialis Dasar

dan anak

- 20) Persentase Obat Generik Berlogo Dalam Persediaan Obat - Obat generik berlogo adalah obat yang dibuat dan dijual dengan memakai nama umum/nama kimia, bukan nama paten/spesialite

3. Proses dan Masukan

a. Pelayanan Kesehatan

- 21) Persentase Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan - Persalinan oleh tenaga kesehatan adalah persalinan yang ditolong oleh dokter spesialis kebidanan/dokter umum/bidan/pembantu bidan/perawat bidan
- 22) Persentase Desa Yg Mencapai 'Universal Child Immunization'(UCI) - Desa mencapai UCI adalah Desa/kelurahan dengan cakupan imunisasi dasar lengkap (BCG 1 kali, DPT 3 kali, HB 3 kali, Polio 4 kali, dan Campak 1 kali) pada bayi >80%
- 23) Persentase Desa Terkena Kejadian Luar Biasa (KLB) Yang Ditangani <24 jam - KLB adalah timbulnya/meningkatnya kejadian kesakitan/kematian yang bermakna secara epidemiologis dalam kurun waktu tertentu di daerah tertentu
- 24) Persentase Ibu Hamil Yang Mendapat Tablet Fe - Mendapat tablet Fe adalah mendapat 90 butir tablet Fe selama periode hamil yang diberikan oleh tenaga kesehatan di dalam maupun di luar gedung Puskesmas atau oleh kader
- 25) Persentase Bayi Yang Mendapat Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif - Bayi yang mendapat ASI Eksklusif adalah bayi yang hanya mendapat ASI saja sampai mencapai usia minimal 4 bulan
- 26) Persentase Murid Sekolah Dasar/ Madrasah Ibtidaiyah Yang Mendapat Pemeriksaan Gigi dan Mulut - Pemeriksaan gigi dan mulut yang dimaksud adalah dalam bentuk upaya promotif, preventif, dan kuratif sederhana seperti pencabutan gigi sulung, pengobatan, dan penambalan sementara, yang dilakukan baik di sekolah maupun dirujuk ke Puskesmas minimal 2 kali dalam setahun

- 27) Persentase Pekerja Yang Mendapat Pelayanan Kesehatan Kerja - Yang dimaksud pelayanan kesehatan kerja mencakup baik pelayanan promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif
- 28) Persentase Keluarga Miskin yang Mendapat Pelayanan Kesehatan - Penduduk miskin yang dimaksud adalah sesuai kriteria kemiskinan yang ditetapkan Badan Pusat Statistik (kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan makanan maupun non makanan yang bersifat mendasar)

b. Sumber Daya Kesehatan

- 29) Rata-rata Dokter per 100.000 Penduduk - Dokter yang dimaksud adalah yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah (PNS maupun bukan)
- 30) Rata-rata Dokter Spesialis per 100.000 Penduduk - Dokter spesialis yang dimaksud adalah yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah (PNS maupun bukan)
- 31) Rata-rata Dokter Keluarga per 1.000 Keluarga - Dokter keluarga yang dimaksud adalah yang memberikan pelayanan kesehatan keluarga di suatu wilayah
- 32) Rata-rata Dokter Gigi per 100.000 Penduduk - Dokter gigi yang dimaksud adalah yang memberikan pelayanan kesehatan gigi dan mulut di suatu wilayah (PNS maupun bukan)
- 33) Rata-rata Apoteker per 100.000 Penduduk - Apoteker yang dimaksud adalah yang memberikan pelayanan kefarmasian di suatu wilayah (PNS maupun bukan)
- 34) Rata-rata Bidan per 100.000 Penduduk - Bidan yang dimaksud adalah yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah (PNS maupun bukan)
- 35) Rata-rata Perawat per 100.000 Penduduk - Perawat yang dimaksud adalah yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah (PNS maupun bukan)
- 36) Rata-rata Ahli Gizi per 100.000 Penduduk - Ahli Gizi yang dimaksud adalah yang bertugas di bidang gizi di suatu wilayah dengan pendidikan D1 – D4
- 37) Rata-rata Ahli - Ahli Sanitasi yang dimaksud adalah yang bertugas

- Sanitasi per 100.000 Penduduk
- 38) Rata-rata Ahli Kesehatan Masyarakat per 100.000 Pend.
- 39) Persentase Penduduk Yang Menjadi Peserta Jaminan Pemeliharaan Kes.
- di bidang kesehatan lingkungan di suatu wilayah dengan pendidikan D1 – D3
- Ahli Kesehatan Masyarakat yang dimaksud adalah yang bertugas di bidang kesehatan masyarakat di suatu wilayah dengan pendidikan S1 – S3
 - Jaminan Pemeliharaan Kesehatan meliputi peserta JPKM, PT Askes, PT Jamsostek, Kartu Sehat, dan peserta Asuransi Komersial yang memiliki jaminan kesehatan pra-bayar

c. Manajemen Kesehatan

- 40) Rata-rata Persentase Anggaran Kesehatan Dalam APBD Kabupaten/Kota
- 41) Alokasi Anggaran Kesehatan Pemerintah per Kapita per tahun (ribuan rupiah)
- 42) Persentase Kabupaten/Kota Yang Mempunyai Dokumen Sistem Kesehatan
- 43) Persentase Kabupaten/ Kota Yang Memiliki ‘Contingency Plan’ Untuk Masalah Kesehatan Akibat Bencana
- 44) Persentase Kabupaten/ Kota Yang Membuat Profil Kesehatan
- 45) Persentase Provinsi Yang Melaksanakan Survei Kesehatan
- Anggaran kesehatan adalah dana yang disediakan untuk penyelenggaraan upaya kesehatan yang dilalokasikan melalui APBD
 - Anggaran kesehatan Pemerintah adalah jumlah anggaran yang dialokasikan oleh Pemerintah (melalui APBN, APBD, dan PHLN) untuk biaya penyelenggaraan upaya kesehatan
 - Dokumen sistem kesehatan adalah dokumen yang menguraikan tentang subsistem-subsistem dari sistem kesehatan setempat dan cara-cara penyelenggaraannya.
 - Contingency Plan untuk masalah kesehatan akibat bencana adalah rencana penanggulangan keadaan gawat darurat di bidang kesehatan sebagai akibat bencana seperti banjir, gunung meletus, pengungsian, dan lain-lain.
 - Profil Kesehatan adalah paket data/informasi kesehatan yang secara komprehensif berisi uraian penyelenggaraan upaya kesehatan, diterbitkan setiap tahun, dan diharapkan dapat memantau pencapaian Kabupaten/Kota Sehat
 - Survei Kesehatan Daerah adalah survei yang dibutuhkan oleh daerah dan dilakukan oleh daerah itu sendiri yang merupakan bagian dari Sistem

an Daerah
(Surkesda)

Informasi Kesehatan Daerah

- 46) Persentase Provinsi Yang Mempunyai 'Provincial Health Account'
- Provincial Health Account adalah sistem pengumpulan, pelaporan, dan analisis data pembiayaan kesehatan yang diselenggarakan di tingkat provinsi

d. Kontribusi Sektor-Sektor Terkait

- 47) Persentase Keluarga Yang Memiliki Akses Terhadap Air Bersih
- Keluarga yang memiliki akses terhadap air bersih adalah keluarga yang mempunyai kemudahan dalam memperoleh air bersih dalam jumlah yang cukup sesuai kebutuhan
- 48) Persentase Pasangan Usia Subur Yang Menjadi Akseptor KB
- Pasangan usia subur adalah wanita berusia 15 – 49 tahun dengan status kawin
- 49) Angka Kecelakaan Lalu Lintas per 100.000 Penduduk
- Kasus kecelakaan lalu lintas adalah jumlah korban (meninggal dunia, cedera berat, cedera sedang, dan cedera ringan) sebagai akibat dari kecelakaan lalu lintas
- 50) Persentase Penduduk Yang Melek Huruf
- Penduduk yang melek huruf adalah penduduk berusia 10 tahun ke atas yang mampu membaca dan menulis huruf latin atau huruf lainnya

Data dapat dikumpulkan dengan dua macam cara, yaitu: (1) metode rutin, dan (2) metode sewaktu-waktu (non-rutin). Pengumpulan data secara rutin dilakukan untuk data yang berasal dari unit kesehatan. Data ini dikumpulkan atas dasar catatan atau rekam medik pasien/klien baik yang berkunjung ke unit kesehatan maupun yang dilayani di luar gedung unit pelayanan. Pengumpulan data secara rutin umumnya dilakukan oleh petugas unit kesehatan. Akan tetapi pengumpulan data secara rutin juga dapat dilakukan oleh masyarakat (kader kesehatan). Bentuk lain dari pengumpulan data secara rutin adalah registrasi vital. Adapun pengumpulan data sewaktu-waktu umumnya dilakukan melalui survei, survei cepat (kuantitatif atau kualitatif), dan studi-studi khusus.

Kedua cara pengumpulan data seyogyanya dilakukan dan dirancang untuk saling mengisi. Hal ini karena adanya perbedaan sifat dan kegunaan dari data yang diperoleh dengan masing-masing cara tersebut. Pengumpulan data secara rutin umumnya untuk mendapatkan data yang berasal dari pelayanan kesehatan dan data tentang masyarakat (pasien/klien) yang menggunakan pelayanan kesehatan tersebut. Sedangkan pengumpulan data secara sewaktu-waktu untuk mendapatkan data yang berasal dari masyarakat. Terutama untuk mendapatkan pemahaman yang lebih mendalam tentang masalah kesehatan yang dihadapi (bukan hanya masalah kesehatan dari mereka yang datang ke pelayanan kesehatan, melainkan juga mereka yang tidak datang ke pelayanan kesehatan).

Secara rutin, data dari Puskesmas dikumpulkan dan dilaporkan melalui Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (dulu disebut Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas – SP2TP, atau Sistem Informasi Manajemen Puskesmas – SIMPUS). Sementara itu, data dari Rumah Sakit dilaporkan melalui Sistem Pelaporan Rumah Sakit (SPRS). Data tentang sumber daya manusia (SDM) kesehatan dikelola dalam Sistem Informasi SDM Kesehatan. Sistem ini mencakup berbagai elemen, yaitu Sistem Informasi Kepegawaian Kesehatan (SIMKA), Sistem Informasi Diklat Kesehatan (SI-Diklat), Sistem Informasi Pendidikan Tenaga Kesehatan (SIPTK), dan Sistem Informasi Tenaga Kesehatan (SINAKES). Sedangkan data tentang sumber daya finansial (pembiayaan kesehatan) dikelola melalui National Health Account atau Sistem Akuntansi Kesehatan Nasional (SAKNAS) yang berjenjang sampai ke tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota.

Secara nasional kita memiliki Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT), Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas), Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), Sensus Penduduk (SP), Survei Penduduk Antar Sensus

(SUPAS), dan lain-lain. Survei-survei ini banyak memberikan data yang umumnya tidak dapat diperoleh melalui pencatatan dan pelaporan rutin dari unit-unit kesehatan.

Untuk meningkatkan kemampuan analisis dan penyediaan lebih banyak informasi, mulai tahun 2001, SKRT yang diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan, bahkan telah diintegrasikan penyelenggaraannya dengan Susenas dan SDKI yang diselenggarakan oleh BPS, menjadi Survei Kesehatan Nasional (Surkesnas). Sementara ini, baru Surkesnas yang diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan bekerjasama dengan BPS, dengan melibatkan para pelaksana di Daerah. Namun demikian, secara bertahap kemampuan Daerah akan ditingkatkan, sehingga pada saatnya kelak dapat melaksanakan Surkesda.

Pada hakikatnya, data yang dikumpulkan dan dilaporkan adalah untuk digunakan setempat. Oleh karena itu, data yang berasal dari Puskesmas dan Rumah Sakit, pertama-tama harus dikirim ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, untuk kepentingan memantau atau mengevaluasi pencapaian Kabupaten/Kota Sehat. Kabupaten/Kota selanjutnya membuat laporan yang dikirimkan ke Dinas Kesehatan Provinsi dan Departemen Kesehatan. Berdasar pasokan data/laporan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di wilayahnya, Dinas Kesehatan Provinsi dapat memantau atau mengevaluasi pencapaian Provinsi Sehat. Selanjutnya, Dinas Kesehatan Provinsi membuat/mengirim laporannya ke Departemen Kesehatan. Di Departemen Kesehatan dilakukan verifikasi antara data yang didapat dari laporan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan data yang berasal dari laporan Dinas Kesehatan Provinsi. Apabila data telah diverifikasi, maka Departemen Kesehatan dapat menyajikan hasil pemantauan atau evaluasi terhadap pencapaian Indonesia Sehat 2010.

Demikian penjelasan tentang indikator Indonesia Sehat 2010 dan pedoman untuk menetapkan indikator Provinsi Sehat dan indikator Kabupaten/Kota Sehat yang mendukungnya. Indikator-indikator maupun besaran-besaran (target-target) yang telah ditetapkan ini tentu saja tidak bersifat “harga mati”. Sesuai dengan perkembangan akan dilakukan peninjauan kembali, dan bilamana perlu dilakukan perubahan-perubahan atau penyesuaian.

Salah satu sarana untuk menyajikan hasil pemantauan atau evaluasi terhadap pencapaian Indonesia Sehat 2010 adalah Profil Kesehatan Indonesia yang diterbitkan setiap tahun sekali oleh Departemen Kesehatan. Sementara itu, masing-masing Provinsi menerbitkan Profil Kesehatan Provinsi, dan masing-masing Kabupaten/Kota menerbitkan Profil Kesehatan Kabupaten/Kota. Mengingat betapa pentingnya informasi yang terkandung bagi semua pihak yang berkepentingan (stakeholders), diharapkan Profil-profil Kesehatan ini dapat terus diupayakan terbitnya secara teratur dan tepat waktu.

INDIKATOR
INDONESIA SEHAT 2010
DAN
PEDOMAN PENETAPAN INDIKATOR
PROVINSI SEHAT
DAN KABUPATEN/KOTA SEHAT

**LAMPIRAN
KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN
NOMOR 1202/MENKES/SK/VIII/2003**

**DEPARTEMEN KESEHATAN R.I.
JAKARTA
2003**



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 1202/MENKES/SK/VIII/2003

TENTANG

**INDIKATOR INDONESIA SEHAT 2010
DAN PEDOMAN PENETAPAN INDIKATOR PROVINSI SEHAT DAN
KABUPATEN/KOTA SEHAT**

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka mencapai tujuan Visi “Indonesia Sehat 2010” diperlukan indikator dan target pencapaian;
 - b. bahwa dalam kerangka desentralisasi, untuk menuju tercapainya Visi Indonesia Sehat 2010 diperlukan upaya pencapaian Kabupaten/Kota Sehat dan Provinsi Sehat;
 - c. bahwa dalam rangka memantau, mengevaluasi, dan merencanakan upaya-upaya pencapaian Kabupaten/Kota Sehat dan Provinsi Sehat menuju Indonesia Sehat 2010 perlu ditetapkan indikator yang dapat diperbandingkan;
 - d. bahwa untuk menetapkan indikator yang dapat diperbandingkan diperlukan acuan dalam bentuk Pedoman Penetapan Indikator;
 - e. bahwa penjelasan tentang indikator dan target sebagaimana dimaksud dalam butir b, perlu ditetapkan dalam bentuk Keputusan Menteri Kesehatan;



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- f. bahwa Keputusan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Republik Indo-nesia Nomor 724/Menkes-Kesos/SK/VII/2001 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Indikator Menuju Indonesia Sehat 2010, dengan adanya perkembangan baru dan kebijakan Departemen Kesehatan, perlu diubah dan ditetapkan kembali dalam Keputusan Menteri Kesehatan.

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Nomor 100 Tahun 1992, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
2. Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Nomor 60 Tahun 1999, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3839);
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Lembaran Negara Nomor 72 Tahun 1999, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3848);
4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional (Propenas) (Lembaran Negara Nomor 206 Tahun 2000);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Provinsi Sebagai Daerah Otonom (Lembaran Negara Nomor 54 Tahun 2000, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3952);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 20 tahun 2001 tentang Pembinaan dan Pengawasan Atas Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah;
7. Keputusan Presiden Nomor 40 tahun 2001 tentang Pedoman Kelembagaan dan Pengelolaan Rumah Sakit Daerah;



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 574/Menkes/SK/IV/2000 tentang Kebijakan Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 951/Menkes/SK/VI/2000 tentang Upaya Kesehatan Dasar di Puskesmas;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1277/Menkes/SK/XI/2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 511/Menkes/SK/V/2002 tentang Kebijakan dan Strategi Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS);
12. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 932/Menkes/SK/VIII/2002 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota.

M E M U T U S K A N

Menetapkan:

- Pertama : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG INDIKATOR INDONESIA SEHAT 2010 DAN PEDOMAN PENETAPAN INDIKATOR PROVINSI SEHAT DAN KABUPATEN/KOTA SEHAT.
- Kedua : Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- Ketiga : Indikator dan Pedoman sebagaimana dimaksud Diktum Kedua agar digunakan sebagai acuan bagi Departemen Kesehatan serta pedoman bagi Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam memantau dan menilai penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010.
- Keempat : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 21 Agustus 2003

MENTERI KESEHATAN,

ttd

Dr. ACHMAD SUJUDI

Tembusan Yth.:

1. Menteri Dalam Negeri dan Otonomi Daerah di Jakarta
2. Menteri Keuangan di Jakarta
3. Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara di Jakarta
4. Menteri Sekretaris Negara di Jakarta
5. Para Gubernur di seluruh Indonesia
6. Para Bupati/Walikota di seluruh Indonesia
7. Para Kepala Dinas Provinsi yang membidangi Kesehatan di seluruh Indonesia
8. Para Kepala Dinas Kabupaten/Kota yang membidangi Kesehatan di seluruh Indonesia
9. Para Pejabat Eselon I dan II Departemen Kesehatan di Jakarta.