



KATALOG BPS:

KAJIAN INDIKATOR KESEHATAN

LAPORAN SOSIAL 2010



BADAN PUSAT STATISTIK

**PROFIL INDIKATOR
KESEHATAN INDONESIA 2010
(Kajian Indikator)**

<https://www.bps.go.id>

**Sub Direktorat Indikator Statistik
Direktorat Analisis dan Pengembangan Statistik**

PROFIL INDIKATOR KESEHATAN INDONESIA 2010 (Kajian Indikator)

ISSN : 1858 - 0955
No. Publikasi : 07330.0817
Katalog BPS : 4101005
Ukuran Buku : 17,6 cm x 25 cm
Jumlah Halaman : 228 halaman

Naskah:
Sub Direktorat Indikator Statistik

Gambar Kulit:
Sub Direktorat Indikator Statistik
(Gambar bersumber dari <http://andri-mustawi.blogspot.com> dan <http://antarasumut.com>)

Diterbitkan oleh:
Badan Pusat Statistik, Jakarta-Indonesia

Dicetak oleh:
CV. Nario Sari

Boleh dikutip dengan menyebut sumbernya

PROFIL INDIKATOR KESEHATAN INDONESIA 2010
(Kajian Indikator)

Pengarah : Suhariyanto

Editor : Ali Said
Lestyowati Endang Widyantari

Penulis : Lestyowati Endang Widyantari
Sofaria Ayuni
Indah Budiati
Ema Tusianti
Adwi Hastuti
Riyadi
Chairul Anam
Yogi Ariawan
Tigor Nirman Simanjuntak

Pengolahan Data/Penyiapan Draft : Sofaria Ayuni

Kontributor Data : Direktorat Statistik Kesejahteraan Rakyat

Selama sebelas tahun, BPS telah melakukan analisis tentang berbagai keadaan dan permasalahan dalam bidang sosial yang dituangkan dalam publikasi Laporan Sosial. Mulai tahun 2009 topik penelitian diarahkan pada upaya menggali ukuran-ukuran pembangunan, dengan memfokuskan pada pengembangan indikator-indikator hasil pembangunan. Penelitian sosial terhadap indikator-indikator pembangunan sosial dan pengembangannya dirasa sangat perlu dilakukan untuk mengetahui validitas dari indikator-indikator yang ada dan kemungkinan menjadikan indikator lain yang lebih valid.

Pada tahun 2010 ini, topik yang diangkat adalah tentang indikator bidang kesehatan. Hal ini mengingat pentingnya memahami indikator kesehatan sebagai salah satu gambaran tingkat kesejahteraan penduduk. Berbagai studi literatur dan wawancara mendalam dilakukan dalam usaha menyusun publikasi Profil Indikator Kesehatan Indonesia, 2010. Disamping itu juga disajikan hasil studi mendalam di 6 provinsi untuk melengkapi hasil analisis.

Kepada semua pihak yang telah berpartisipasi dalam penyusunan publikasi ini disampaikan terima kasih. Semua kritik dan saran sangat kami hargai untuk perbaikan publikasi serupa di masa mendatang.

Jakarta, Desember 2011



Deputi Bidang Neraca dan Analisis Statistik
Badan Pusat Statistik

Dr. Slamet Sutomo, S.E.

Secara teratur, Badan pusat Statistik (BPS) setiap tahun menyajikan hasil analisis tentang keadaan dan permasalahan sosial serta kecenderungan terjadinya perubahan sosial di masyarakat. Topik yang disajikan pada setiap edisi berbeda berdasarkan isu tertentu yang dianggap penting untuk disajikan. Dalam upaya menjadi pelopor data statistik yang berkualitas untuk semua, BPS tidak saja menghasilkan angka yang dapat digunakan oleh seluruh lapisan masyarakat, namun upaya mengedukasi pengguna data akan pemahaman terhadap angka itu sendiri dirasa sangat perlu.

Selama sebelas tahun, BPS telah melakukan analisis tentang berbagai keadaan dan permasalahan dalam bidang sosial yang dituangkan dalam publikasi **Laporan Sosial**, tetapi pada tahun ini dan tahun-tahun yang akan datang topik penelitian diarahkan pada upaya menggali ukuran-ukuran pembangunan, yang salah satunya berupa indikator-indikator hasil pembangunan.

Pada tahun 2009 ini, topik yang diangkat adalah tentang indikator bidang pendidikan. Hal ini mengingat pentingnya memahami indikator pendidikan sebagai salah satu gambaran tingkat kesejahteraan penduduk. Berbagai studi literatur dan wawancara mendalam dilakukan dalam usaha menyusun publikasi ini. Disamping itu juga disajikan hasil studi mendalam di 5 provinsi untuk melengkapi hasil analisis.

Kepada semua pihak yang telah berpartisipasi dalam penyusunan publikasi ini disampaikan terima kasih. Semua kritik dan saran sangat kami hargai untuk perbaikan publikasi serupa di masa mendatang.

Jakarta, Desember 2010
Kepala Badan Pusat Statistik

Dr. Rusman Heriawan

Selama sebelas tahun Badan Pusat Statistik (BPS) telah mencoba melakukan analisis tentang keadaan dan permasalahan sosial serta kecenderungan perubahan sosial di masyarakat yang dituangkan dalam publikasi **Laporan Sosial**. Namun mulai tahun ini BPS mencoba menggali ukuran-ukuran pembangunan manusia, dimana untuk tahun ini difokuskan pada bidang pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu ukuran tingkat kesejahteraan suatu bangsa. Semakin tingkat pendidikan suatu bangsa, dapat menggambarkan semakin tinggi tingkat kesejahteraan penduduknya. Untuk mengukur tingkat pendidikan tersebut diperlukan suatu indikator yang dapat menggambarkan kualitas dan kuantitas penduduk di bidang pendidikan. Oleh sebab itu, dalam publikasi ini BPS mencoba menggali indikator pendidikan dari segi konsep, definisi dan metode penghitungannya dari berbagai sumber baik lembaga yang menangani masalah pendidikan (seperti UNESCO, Kementerian Pendidikan Nasional), maupun instansi lainnya.

Informasi serta data yang digunakan untuk penulisan publikasi ini diperoleh dari Publikasi Profil Pendidikan, dan berbagai publikasi BPS. Untuk melengkapi hasil analisis, publikasi ini juga menyajikan informasi tentang ketersediaan data-data dasar, indikator dan pendapat mengenai beberapa konsep pendidikan yang telah disusun oleh BPS yang diperoleh dari hasil studi mendalam di 5 (lima) provinsi di Indonesia.

Kepada semua pihak yang telah berpartisipasi dalam penyusunan publikasi ini disampaikan terima kasih. Semua kritik dan saran sangat kami hargai untuk perbaikan publikasi serupa di masa mendatang.

Jakarta, Desember 2010
Kepala Badan Pusat Statistik

Dr. Rusman Heriawan

	Halaman
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	v
Daftar Tabel	vii
Daftar Grafik	viii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	3
1.2. Tujuan	5
1.3. Ruang Lingkup	5
1.4. Sistematika Penulisan	6
BAB II JENIS-JENIS INDIKATOR KESEHATAN	
2.1. Indikator Kesehatan Menurut WHO	9
2.2. Indikator Kesehatan yang Dihitung Oleh BPS	46
2.3. Indikator Kesehatan yang Dihitung Oleh Kementerian Kesehatan	51
2.3.1. Indikator Derajat Kesehatan	51
2.3.2. Indikator Upaya Kesehatan	54
2.3.3. Indikator Sumber Daya Kesehatan	58
2.4. Indikator yang Dihitung Oleh BKKBN	59
2.5. Indikator yang Dihitung dari Kerjasama Antar Lembaga/Instansi/ Kementerian	62
2.5.1. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI)	62
2.5.2. Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) .	69
BAB III SUMBER DATA INDIKATOR KESEHATAN	
3.1. Sumber Data Indikator Kesehatan dari BPS	75
3.2. Sumber Data Indikator Kesehatan dari Kementerian Kesehatan ...	82
3.3. Sumber Data Indikator Kesehatan Kerjasama BPS dengan BKKBN, Kementerian Kesehatan dan Macro International, USA	88
3.3.1. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI)	88
3.3.2. Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI) .	91
BAB IV PERKEMBANGAN KESEHATAN DI INDONESIA	
4.1. Angka Kematian Bayi (AKB)	96
4.2. Angka Harapan Hidup (AHH)	97
4.3. Angka Kesakitan	99
4.4. Persentase Anak Umur 24-59 Bulan yang Pernah Disusui dan Lamanya Disusui	100
4.5. Persentase Balita yang Pernah Diimunisasi	102

Daftar Isi

4.6. Persentase Balita Menurut Penolong Kelahiran	105
4.7. Persentase Penduduk yang Berobat Jalan Menurut Tempat Berobat	107
BAB V STUDI KUALITATIF TENTANG INDIKATOR KESEHATAN	
5.1. Pendahuluan	113
5.2. Proses Pengumpulan Data Kesehatan di Dinas Kesehatan dan Data Kependudukan di Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)	114
5.2.1. Ketersediaan Data dan Indikator	115
5.2.2. Mekanisme Pengumpulan dan Pengolahan Data	120
5.2.3. Kendala yang Dihadapi dalam Pengumpulan Data dan Penghitungan Indikator	121
5.3. Beberapa Konsep Indikator Kesehatan dan Kependudukan	122
5.3.1. Angka Morbiditas	122
5.3.2. Status Gizi Balita (Balita Gizi Buruk)	123
5.3.3. Rasio Tenaga Kesehatan	123
5.3.4. Air Minum Bersih	124
5.3.5. Data yang Berkaitan dengan Balita dan Ibu Hamil	125
5.3.6. Rata-Rata Anak yang Dilahirkan	125
5.3.7. Konsep Tumah Tangga dan Keluarga	126
BAB VI PENUTUP	133
 LAMPIRAN : HASIL STUDI KUALITATIF	
Provinsi Sumatera Barat	139
Provinsi Kepulauan Bangka Belitung	153
Provinsi Bengkulu	164
Provinsi Kalimantan Tengah	178
Peovinsi Gorontalo	190
Provinsi Sulawesi Tengah	197
Daftar Pustaka	217
Istilah Teknis	219

Halaman

Tabel 4.1. Angka Kematian Bayi (Per 1.000 Kelahiran) Menurut Jenis Kelamin, 2006 - 2010	96
Tabel 4.2. Angka Harapan Hidup (Tahun) Menurut Jenis Kelamin, 2006 - 2010	98
Tabel 4.3. Angka Kesakitan Menurut Daerah Tempat Tinggal, 2006 - 2010	99
Tabel 4.4. Persentase Anak Umur 24-59 Bulan yang Pernah Disusui Menurut Lamanya Disusui dan Daerah Tempat Tinggal, 2006 - 2010	101
Tabel 4.5. Persentase Balita yang Pernah Diimunisasi Menurut Jenis Imunisasi dan Daerah Tempat Tinggal, 2006 - 2010	103
Tabel 4.6. Persentase Balita Menurut Penolong Kelahiran Terakhir dan Daerah Tempat Tinggal, 2006 - 2010	106
Tabel 4.7. Persentase Penduduk yang Berobat Jalan Menurut Tempat Berobat dan Daerah Tempat Tinggal, 2006 - 2010	109

Daftar Grafik

Halaman

Tabel 4.1. Angka Kematian Bayi Menurut Jenis Kelamin, 2006 - 2010	96
Tabel 4.2. Angka Harapan Hidup Menurut Jenis Kelamin, 2006 - 2010	98
Tabel 4.3. Angka Kesakitan Menurut Daerah Tempat Tinggal, 2006 - 2010	100
Tabel 4.4. Persentase Anak Umur 24-59 Bulan yang Pernah Disusui Menurut Lamanya Disusui, 2006 - 2010	102
Tabel 4.5. Persentase Balita yang Pernah Diimunisasi Menurut Jenis Imunisasi, 2010	104
Tabel 4.6. Persentase Balita Menurut Penolong Kelahiran Terakhir, 2010	107
Tabel 4.7. Penduduk Berobat Jalan Menurut Tempat Berobat (%), 2010	108

PENDAHULUAN

Latar Belakang ●

Tujuan ●

Ruang Lingkup ●

Sistematika Penulisan ●

1

1.1. Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu ukuran tingkat kesejahteraan suatu bangsa. Semakin tinggi tingkat kesehatan masyarakat, maka semakin tinggi pula kesejahteraannya

Kesehatan merupakan salah satu ukuran tingkat kesejahteraan suatu bangsa. Semakin tinggi tingkat kesehatan suatu bangsa, akan menggambarkan semakin tinggi tingkat kesejahteraan bangsa tersebut. Oleh karena itu, tidak sedikit pemerintah mencanangkan program-program guna meningkatkan kesehatan rakyatnya, salah satunya adalah desentralisasi bidang kesehatan. Jika dihubungkan dengan pencapaian *Milenium Development Goals (MDGs)* di Indonesia, maka pemerintah mempunyai peran penting dalam mengupayakan MDGs tersebut, yang memiliki 8 tujuan, 18 target dan 58 indikator, dimana 3 tujuan diantaranya adalah tentang kesehatan. Tepatnya pada tujuan MDGs yang keempat, kelima, dan keenam, yaitu menurunkan Angka Kematian Anak, meningkatkan kesehatan ibu, dan memerangi HIV/AIDS, malaria serta penyakit menular lainnya.

Sehubungan dengan hal tersebut, maka pembangunan di sektor kesehatan perlu terus diperhatikan dan ditingkatkan. Masalah kesehatan merupakan salah satu masalah yang sangat penting untuk diatasi karena kesehatan merupakan dasar bagi seseorang untuk beraktifitas secara produktif dan berkualitas sesuai kemampuan otak.

Pentingnya kesehatan tertuang dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan (Renstra Kemenkes) Tahun 2010-2014, bahwa dalam Peraturan Presiden Nomor 5 Tahun 2010 Tentang RPJMN Tahun 2010-2014, mengamanatkan tiga Misi Pembangunan Nasional, yaitu (1) mewujudkan negara Indonesia yang aman dan damai; (2) mewujudkan bangsa Indonesia yang adil dan demokratis; (3) mewujudkan bangsa Indonesia yang sejahtera. Untuk dapat mewujudkannya, maka setiap warga negara harus mampu meningkatkan kualitas hidupnya untuk mencapai kesejahteraan bangsa. Salah satu bentuk perwujudan untuk meningkatkan kualitas hidup adalah dengan melaksanakan program pembangunan di bidang kesehatan dalam rangka meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang memadai, terjangkau, dan berkualitas.

World Health Organization (WHO) selaku badan internasional yang menangani masalah kesehatan, mempunyai target dan jenis indikator yang diterapkan pada

Pendahuluan

tingkat internasional, meskipun tidak semua indikator yang dihitung di tingkat nasional dilakukan oleh BPS maupun oleh Kementerian Kesehatan. Oleh karena itu, indikator-indikator kesehatan yang strategis yang dianggap penting bagi pengambil kebijakan dan bahan evaluasi pemerintah, disajikan dalam laporan ini, seperti Angka harapan Hidup, Angka Kematian Bayi, Angka Kematian Ibu, Angka Morbiditas, dan lain-lain.

Pemerataan dan perluasan akses pelayanan kesehatan bagi seluruh rakyat merupakan perwujudan yang diharapkan dari pelaksanaan program pembangunan di bidang kesehatan

Berdasarkan hasil Sensus Penduduk (SP) tahun 2000, jumlah penduduk Indonesia tercatat sebanyak 205,1 juta orang dan pada tahun 2010 sebanyak 237,6 juta orang, dengan laju pertumbuhan penduduk yang terjadi diantara dua sensus tersebut sebesar 1,49 persen per tahun. Sebagian besar penduduk Indonesia atau sekitar 57 persen lebih berada di Pulau Jawa.

Dengan jumlah penduduk tersebut, angka kematian bayi (per 1.000 kelahiran) adalah sebesar 25,5 kematian per 1.000 kelahiran hidup, dimana angka kematian bayi laki-laki lebih besar daripada bayi perempuan yaitu 29,3 dan 21,6. angka tersebut sudah hampir mencapai sasaran Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) yang tercantum dalam Perpres No. 5 Tahun 2010.

Angka harapan hidup penduduk Indonesia berdasarkan proyeksi penduduk Indonesia hasil Supas 2005 sudah mencapai 70,9 tahun, dimana angka harapan hidup penduduk perempuan lebih lama daripada penduduk laki-laki yaitu 72,9 tahun dan 69,0 tahun.

Tingkat kesehatan juga dapat dilihat dari Angka Morbiditas (kesakitan). Hasil Susenas 2010 menunjukkan bahwa angka kesakitan penduduk Indonesia masih mencapai 16,60 persen dengan rata-rata lama sakit 5,42 hari, angka kesakitan di perdesaan lebih tinggi daripada di perkotaan, yaitu 17,97 persen berbanding 15,21 persen. Demikian pula dengan lama sakitnya juga lebih lama di perdesaan yaitu 5,64 hari sedangkan di perkotaan hanya 5,17 hari.

Keluhan kesehatan yang mengakibatkan terganggunya aktivitas sehari-hari yang dialami oleh penduduk di perdesaan lebih besar daripada penduduk di perkotaan

Kementerian Kesehatan menyajikan jenis indikator yang lain, yang berbeda dengan yang dihasilkan oleh BPS, diantaranya Indikator Derajat Kesehatan, Indikator Upaya Kesehatan, dan Indikator Sumber Daya Kesehatan.

Selain Kementerian Kesehatan, BKKBN juga menyajikan indikator kesehatan yang juga berbeda dengan BPS, diantaranya Proporsi WUS 15-49 Tahun dan Berstatus Kawin yang Sedang Menggunakan Alat KB, Cakupan Sasaran PUS yang Menjadi Peserta KB Aktif, Persentase Pemakai suatu Alat/Cara KB, Angka Prevalensi pemakaian Kontrasepsi, dan lain-lain.

1.2. Tujuan

Secara umum kajian ini bertujuan untuk memberikan gambaran tentang jenis-jenis indikator kesehatan yang tersedia di BPS maupun di luar BPS dan perkembangan kesehatan di Indonesia selama beberapa tahun terakhir yang dapat diketahui melalui :

1. WHO, Badan Internasional yang menangani masalah kesehatan di tingkat internasional.
2. BPS dan Kementerian Kesehatan (Kemenkes) yang melakukan sensus dan atau survei tentang kesehatan.
3. *In-depth interview* atau wawancara mendalam yang dilakukan di 6 (enam) wilayah penelitian.

1.3. Ruang Lingkup

Profil Indikator Kesehatan di Indonesia secara umum menguraikan tentang indikator-indikator kesehatan yang dihasilkan oleh BPS maupun oleh instansi di luar BPS seperti Kementerian Kesehatan dan lintas kementerian, serta indikator-indikator kesehatan yang ada di tingkat WHO. Kegiatan sensus dan survei yang dilakukan oleh BPS yang menghasilkan indikator-indikator kesehatan adalah Sensus Penduduk (SP), Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS), dan Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS).

Guna melengkapi dan mendukung gambaran secara kuantitatif, laporan ini juga dilengkapi dengan informasi kualitatif yang diperoleh melalui *in-depth interview* atau wawancara mendalam. *In-depth interview* dilakukan di 6 (enam) wilayah penelitian, yaitu di provinsi: Sumatera Barat,

Bengkulu, Kepulauan Bangka Belitung, Kalimantan Tengah, Sulawesi Tengah, dan Gorontalo.

1.4. Sistematika Penulisan

Profil Indikator Kesehatan di Indonesia disajikan dalam 6 (enam) bab. **Bab I Pendahuluan** menguraikan tentang latar belakang, tujuan penelitian, ruang lingkup, dan sistematika penulisan. **Bab II Jenis-jenis Indikator Kesehatan** yang menguraikan tentang jenis indikator kesehatan yang dihasilkan oleh WHO sebagai badan internasional, BPS sebagai instansi yang melakukan sensus dan survei, Kementerian Kesehatan yang membawahi berbagai program-program kesehatan serta menyajikan indikator-indikator kesehatan yang dihasilkan oleh lintas kementerian. **Bab III Sumber Data Indikator Kesehatan** menguraikan tentang sensus dan survei yang menyajikan berbagai indikator kesehatan yang dilakukan oleh BPS, Kementerian Kesehatan, dan kerjasama antar instansi/lembaga/kementerian. **Bab IV Perkembangan Kesehatan di Indonesia** menguraikan tentang perkembangan kesehatan selama periode 2006-2010 yang dilihat dari Angka Kematian Bayi, Angka Harapan Hidup, Angka Morbiditas, Rata-Rata Lama Balita Mendapat ASI, Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang Pernah Diimunisasi, Persentase Balita Menurut Penolong Kelahiran, dan Persentase Penduduk yang Berobat Jalan Menurut Tempat Berobat. **Bab V Studi Kualitatif Tentang Indikator Kesehatan** menguraikan tentang rangkuman hasil studi kualitatif di 6 (enam) wilayah penelitian di Indonesia. **Bab VI Penutup** berisi tentang pokok-pokok yang disarikan dari Profil Indikator Kesehatan ini.

JENIS-JENIS INDIKATOR KESEHATAN

Indikator Kesehatan Menurut WHO ●

Indikator Kesehatan yang Dihitung Oleh BPS ●

*Indikator Kesehatan yang Dihitung Oleh Kementerian
Kesehatan ●*

Indikator yang Dihitung Oleh BKKBN ●

*Indikator yang Dihitung Dari Kerjasama Antar Lembaga/
Instansi/Kementerian ●*

2

Guna melihat sejauh mana program-program yang telah dicanangkan pemerintah untuk pembangunan di bidang kesehatan telah tercapai, dibutuhkan data maupun indikator. Dalam bab ini akan dibahas mengenai jenis-jenis indikator yang bersumber dari Badan Pusat Statistik (BPS) sebagai lembaga pemerintah yang melakukan berbagai survei maupun sensus, Kementerian Kesehatan (Kemenkes) sebagai lembaga pemerintah yang menangani bidang kesehatan, dan *World Health Organisation* (WHO), sebagai lembaga internasional yang bergerak dalam bidang kesehatan, serta instansi lain yang menyajikan data dasar kesehatan. Indikator yang disusun WHO akan mengawali pembahasan, mengingat WHO merupakan lembaga internasional yang menjadi acuan beberapa negara dalam hal pembangunan bidang kesehatan, selanjutnya akan dibahas jenis-jenis indikator yang dihitung BPS, Kemenkes dan Instansi lain.

2.1. Indikator Kesehatan Menurut WHO

Dalam publikasi WHO yang berjudul *World Health Statistics 2011 "Indicator Compendium Interim Version"* disajikan beberapa indikator kesehatan yang dapat dijadikan sebagai acuan pemerintah dalam melihat sejauh mana pencapaian pembangunan di bidang kesehatan. Meskipun demikian, setiap negara tidak dapat menghitung semua indikator yang disarankan tersebut, karena bergantung pada ketersediaan data sehingga beberapa negara melakukan *proxy* guna dapat menyajikan indikator-indikator strategis di bidang kesehatan. Berikut beberapa indikator menurut WHO.

1. Angka Kelahiran Remaja (per 1.000 wanita)/ *Adolescent Fertility Rate*.

Merupakan banyaknya kelahiran per 1.000 Wanita pada kelompok usia remaja antara 15-19 tahun. Disebut juga dengan angka kelahiran menurut umur 15-19 tahun. Angka kelahiran remaja, yang juga dikenal dengan angka kelahiran usia tertentu/ASFR (15-19) memberikan suatu ukuran dasar dalam kesehatan reproduksi yang difokuskan pada kelompok wanita remaja yang dianggap rentan. Oleh karena itu, pencegahan kelahiran di usia dini menjadi ukuran yang penting untuk meningkatkan angka kesehatan ibu dan mengurangi angka kematian bayi. Angka kelahiran remaja juga menunjukkan bukti tidak langsung pada tingkat akses terhadap kesehatan reproduksi sejak usia muda, khususnya pada wanita remaja yang belum menikah, yang sering menemukan kesulitan dalam akses terhadap perawatan kesehatan reproduksi.

Angka kelahiran remaja umumnya dihitung dalam rasio. Pembilang adalah jumlah kelahiran hidup untuk wanita usia 15 sampai 19 tahun, dan penyebut adalah jumlah perkiraan kelahiran bayi pada wanita usia 15 sampai 19 tahun. Pembilang dan penyebut dihitung dengan cara yang berbeda untuk setiap keperluan seperti: data catatan sipil, survei dan sensus.

- (a) Dalam hal pencatatan sipil, pembilang adalah jumlah kelahiran hidup / anak yang dilahirkan hidup oleh wanita usia 15-19 tahun yang terdaftar selama tahun tertentu, dan penyebutnya adalah jumlah perkiraan populasi wanita usia 15-19 tahun.
- (b) Dalam hal data survei, tingkat kelahiran remaja dihitung berdasarkan riwayat kelahiran retrospektif. Pembilangnya mengacu pada jumlah kelahiran pada wanita yang berusia 15-19 tahun pada saat melahirkan selama periode acuan sebelum wawancara, dan penyebutnya adalah tahun orang hidup antara usia 15-19 tahun pada wanita yang diwawancarai pada periode acuan yang sama. Bila mungkin, periode referensi berkisar lima tahun sebelum survei dilaksanakan. Tahun pengamatan yang dilaporkan berkisar pada pertengahan periode acuan. Untuk beberapa survei yang tidak memiliki riwayat kelahiran retrospektif maka estimasinya berdasarkan tanggal kelahiran terakhir atau jumlah kelahiran dalam 12 bulan sebelum survei.
- (c) Dalam hal data sensus, angka kelahiran remaja dihitung berdasarkan tanggal kelahiran terakhir atau jumlah kelahiran dalam 12 bulan sebelum pencacahan. Sensus dapat menghasilkan pembilang dan penyebut yang digunakan dalam penghitungan angka kelahiran remaja. Dalam beberapa kasus, angka yang diperoleh dari sensus disesuaikan dengan underregistration (yang tidak tercatat) yang berdasarkan metode estimasi tidak langsung.

2. Angka Kematian Dewasa (Peluang Kematian Diantara Usia 15 Sampai 60 Tahun per 1.000 Populasi) / *Adult Mortality Rate*

Angka kematian dewasa adalah peluang dari seseorang yang berusia 15 tahun yang akan meninggal sebelum mencapai ulang tahunnya yang ke 60.

Angka kematian dewasa dapat dihitung dari catatan sipil atau sampel (kematian menurut umur dan jenis kelamin digunakan untuk menghitung usia tingkat tertentu), dari Sensus (kematian menurut umur dan jenis kelamin

ditabulasikan dari pertanyaan tentang kematian terakhir yang terjadi dalam rumah tangga selama periode tertentu sebelum sensus (biasanya 12 bulan), serta dari sensus atau survei baik melalui metode langsung atau tidak langsung yang dapat menghasilkan angka tingkat kematian orang dewasa berdasarkan informasi kelangsungan hidup (riwayat hidup) orang tua atau saudara kandung.

3. Angka Kematian Terstandarisasi (per 100.000 Populasi) / *Age-Standardized Mortality Rate (per 100,000 population)*

Angka kematian terstandarisasi adalah rata-rata tertimbang dari angka kematian menurut usia per 100.000 orang, dimana penimbangannya adalah proporsi orang-orang dalam kelompok usia yang sesuai dari populasi standar WHO. Indikator ini dapat diukur dari data kematian menurut penyebab, umur dan jenis kelamin dikumpulkan menggunakan sistem registrasi kematian nasional atau sistem registrasi sampel.

4. Cakupan Pelayanan Antenatal-Minimal Empat Kali Kunjungan / K4 (%) / *Antenatal Care Coverage-at Least Four Visits (%)*

Merupakan persentase wanita usia 15-49 dengan kelahiran hidup pada periode waktu tertentu yang pernah menerima pelayanan antenatal empat kali atau lebih. Penerimaan pelayanan antenatal yang direkomendasikan oleh WHO setidaknya berjumlah empat kali, diharapkan dapat meningkatkan kemungkinan penerimaan intervensi kesehatan ibu yang efektif selama kunjungan-kunjungan antenatal tersebut. Hal ini merupakan salah satu indikator MDG.

Metode penghitungan yang digunakan jumlah wanita usia 15-49 yang menerima perawatan/pelayanan kesehatan oleh siapa saja dalam hal pelayanan yang berhubungan dengan kehamilan selama masa kehamilan minimal empat kali pada periode waktu tertentu dibagi total jumlah wanita usia 15-49 dengan kelahiran hidup pada periode waktu yang sama dikali 100.

Indikator pelayanan antenatal (baik minimal satu kali kunjungan maupun minimal empat kali kunjungan) berdasarkan pada pertanyaan standar yang berisi apakah dan berapa kali kesehatan wanita (yang diwawancara) diperiksa selama kehamilan.

5. Cakupan Pelayanan Antenatal-Minimal Satu Kali Kunjungan (%) / Antenatal Care Coverage-at Least One Visits (%)

Merupakan persentase wanita usia 15-49 dengan kelahiran hidup pada periode waktu tertentu yang menerima pelayanan antenatal yang diberikan oleh tenaga kesehatan terlatih (dokter, perawat, atau bidan) setidaknya sekali selama kehamilan. Penerimaan pelayanan antenatal yang direkomendasikan oleh WHO setidaknya berjumlah empat kali, diharapkan dapat meningkatkan kemungkinan penerimaan intervensi kesehatan ibu yang efektif selama kunjungan-kunjungan antenatal tersebut. Hal ini merupakan salah satu indikator MDG.

Metode penghitungannya yaitu jumlah wanita usia 15-49 dengan kelahiran hidup pada periode waktu tertentu yang menerima perawatan antenatal minimal sekali selama kehamilan yang diberikan oleh tenaga kesehatan terlatih (dokter, perawat, atau bidan) dalam hal pelayanan yang berhubungan dengan kehamilan selama masa kehamilan pada periode waktu tertentu dibagi total jumlah wanita usia 15-49 dengan kelahiran hidup pada periode waktu yang sama dikali 100).

6. Cakupan Terapi Antiretroviral Pada Ibu Hamil Yang Terinfeksi HIV untuk Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (%) / Antiretroviral Therapy Coverage Among HIV-Infected Pregnant Women for PMTCT (%)

Merupakan persentase ibu hamil yang terinfeksi HIV yang menerima pengobatan antiretroviral untuk mengurangi resiko penularan HIV dari ibu ke anak, dari jumlah estimasi ibu hamil yang terinfeksi HIV.

PMTCT = *Preventing Mother-To-Child Transmission of HIV* / Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak.

Nilai pembilang secara umum diperoleh dari empat kategori antiretroviral yang dapat diterima oleh ibu yang terinfeksi HIV untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak.

- a) Dosis tunggal Nevirapine
- b) Cara-cara pengobatan profilaksis yang menggunakan gabungan dari dua obat antiretroviral
- c) Cara-cara pengobatan profilaksis yang menggunakan kombinasi dari tiga obat antiretroviral
- d) Pengobatan ART untuk ibu hamil yang terinfeksi HIV yang memenuhi syarat untuk pengobatan wanita

terinfeksi HIV yang menerima jenis ART apapun, termasuk yang khusus untuk profilaksis, merupakan pembilangnya. Ini harus dipisahkan berdasarkan jenis cara pengobatannya. Wanita yang menerima obat antiretroviral, baik di sektor swasta dan sektor publik harus disertakan dalam pembilang jika kedua datanya tersedia.

Sedangkan nilai penyebut didapat dengan memperkirakan jumlah wanita yang terinfeksi HIV yang hamil dalam 12 bulan terakhir. Hal ini didasarkan pada data surveilans dari klinik antenatal.

Dua metode yang digunakan untuk memperoleh estimasi untuk nilai denominator:

1. Estimasi yang dihasilkan oleh model proyeksi seperti Spektrum; atau
2. Dengan mengalikan:
 - (a) jumlah wanita yang melahirkan dalam 12 bulan terakhir, yang dapat diperoleh dari Estimasi Kantor Pusat Statistik untuk kelahiran atau Estimasi dari Divisi Kependudukan PBB, dengan
 - (b) estimasi nasional terbaru untuk prevalensi HIV pada wanita hamil, yang dapat diperoleh dari Estimasi klinik antenatal surveilans sentinel HIV. (UNAIDS / WHO, 2010)

7. Cakupan Terapi Antiretroviral (ART) pada Orang yang Terinfeksi HIV Tahap Lanjut (%) / *Antiretroviral Therapy Coverage Among People with Advanced HIV Infection (%)*

Persentase orang dewasa dan anak-anak yang terinfeksi HIV tahap lanjut yang sedang menerima gabungan terapi antiretroviral (ART) sesuai dengan protokol pengobatan yang disetujui secara nasional ataupun standar WHO/UNAIDS diantara total jumlah (perkiraan jumlah) orang dewasa dan anak-anak dengan infeksi HIV tahap lanjut.

Metode penghitungan yang digunakan menggunakan pembilang yang dapat dihasilkan dengan penghitungan jumlah orang dewasa dan anak-anak yang menerima kombinasi terapi antiretroviral pada akhir periode pelaporan. Terapi antiretrovirus yang hanya dilakukan untuk tujuan pencegahan penularan transmisi dari ibu-ke-bayi dan profilaksis pasca pajanan tidak termasuk dalam indikator ini. Ibu hamil yang terinfeksi HIV yang memenuhi syarat untuk terapi antiretroviral dan memakai terapi antiretroviral untuk pengobatan mereka sendiri tergolong dalam indikator ini.

Sementara penyebutnya yaitu nilai penyebut diperoleh dari estimasi/perkiraan jumlah orang dengan infeksi HIV tahap lanjut yang membutuhkan (yang memerlukan/berhak untuk) terapi antiretroviral/ART. Dalam hal ini juga dianjurkan menggunakan sebuah metode pemodelan. Software Paket dan Spektrum Estimasi dan Proyeksi (EPP) telah dikembangkan oleh UNAIDS / Kelompok Referensi pada Estimasi, Model dan Proyeksi WHO.

8. Kelahiran yang Ditolong oleh Tenaga Kesehatan yang Terlatih (%) / *Births Attended by Skilled Health Personnel (%)*

Merupakan proporsi kelahiran yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih. Persentase kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan terlatih dihitung sebagai jumlah kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan terlatih (dokter, perawat atau bidan) dari jumlah seluruh kelahiran pada periode yang sama dapat dihitung dari jumlah kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan terlatih dibagi total jumlah kelahiran hidup dikali 100.

Tenaga kesehatan terlatih (dokter, perawat atau bidan) yang dimaksud dalam memberikan pelayanan kebidanan dan persalinan untuk membantu persalinan oleh mereka sendiri dan untuk merawat bayi yang baru lahir, termasuk memberikan pengawasan, perawatan, dan saran yang diperlukan kepada wanita selama masa kehamilan, melahirkan dan periodepaska-melahirkan.

Dalam survei rumah tangga, seperti Survei Demografi dan Kesehatan, Survei Kelompok Indikator Ganda, dan Survei Kesehatan Reproduksi, responden ditanya tentang setiap kelahiran hidup dan siapa yang telah membantu mereka selama persalinan untuk jangka waktu hingga lima tahun sebelum wawancara. Catatan pelayanan/fasilitas persalinan bisa digunakan dalam penghitungan ketika adanya proporsi yang tinggi dari kelahiran yang menggunakan fasilitas kesehatan (Rumah sakit, kilinik, dan lain-lain).

9. Kelahiran dengan Operasi Caesar (%) / *Births by Caesarean Section (%)*

Merupakan persentase kelahiran bayi dengan operasi Caesar dari total jumlah kelahiran hidup pada periode tertentu. Indikator ini dihitung melalui survei rumah tangga: pertanyaan yang rinci terkait dengan riwayat kelahiran pada anak yang terakhir dilahirkan atau semua anak yang telah dilahirkan selama periode tertentu sebelum survei (biasanya

3 sampai 5 tahun), termasuk karakteristik kelahirannya. Jumlah kelahiran hidup untuk wanita yang disurvei merupakan nilai untuk penyebut.

Berdasarkan catatan pelayanan/fasilitas kesehatan: jumlah wanita yang melahirkan melalui operasi caesar (pembilang). Menggunakan proyeksi sensus sebagai penyebut; atau dalam beberapa kasus, data registrasi yang penting dapat digunakan sebagai penyebut (jumlah kelahiran hidup).

10. Tingkat Deteksi Kasus TBC/ *Case Detection Rate for All Forms of Tuberculosis*

Merupakan proporsi perkiraan jumlah kasus *tuberculosis* (baik yang baru sakit maupun yang sudah lama) yang terdeteksi pada tahun tertentu berdasarkan strategi pengendalian *tuberculosis* (TBC) yang direkomendasikan secara internasional. Istilah "deteksi kasus/pengenalan kasus", seperti yang digunakan di sini, adalah TBC didiagnosis pada pasien dan dilaporkan dalam sistem pengawasan nasional, dan kemudian ke WHO. Istilah "tingkat/angka (*rate*)" digunakan karena alasan historis, dimana biasanya indikator dinyatakan dalam persen (persentase).

Metode untuk mengestimasi indikator ini yaitu jumlah kasus TBC yang baru dan kambuh yang didiagnosis dan dirawat melalui program nasional pengendalian TBC dan dilaporkan kepada WHO, dibagi dengan estimasi WHO atas jumlah kasus TBC pada tahun yang sama, dan disajikan dalam persentase.

11. Anak-anak Usia <5 Tahun yang Kelebihan Berat Badan (%) / *Children Aged <5 Years Overweight (%)*

Merupakan persentase kelebihan berat badan/kegemukan pada anak-anak usia 0-5 tahun (Berat Badan-menurut-Tinggi Badan/BB-TB yang nilainya diatas +2 Standar Deviasi (>+2SD) dari Median Standar Pertumbuhan Anak WHO). Pertumbuhan anak/*child growth* merupakan indikator status gizi yang paling banyak digunakan di masyarakat dan diakui secara internasional sebagai indikator kesehatan publik yang penting dalam pemantauan kesehatan penduduk. Selain itu, anak yang menderita retardasi/penghambatan pertumbuhan akibat dari makanan yang buruk dan / atau mengalami infeksi yang berulang kali cenderung memiliki resiko lebih besar menderita penyakit dan kematian.

Istilah terkait:

- Anak dengan kelebihan berat badan/kegemukan/*overweight*: Berat Badan-menurut-Tinggi Badan (BB-TB) lebih besar dari +2 Standar Deviasi (>+SD) dari median Standar Pertumbuhan Anak WHO.
- Anak dengan kekurangan berat badan/*underweight* (BB tidak sesuai dengan usia) : Berat Badan-menurut-Usia kurang dari -2 Standar Deviasi (<-2SD) dari median Standar Pertumbuhan Anak WHO.
- *Stunting*/tinggi badan tidak sesuai dengan usia: Tinggi Badan-menurut-Usia (TB-U) kurang dari -2 Standar Deviasi (<-2SD) dari median Standar Pertumbuhan Anak WHO.
- *Wasting*/berat badan tidak sesuai dengan tinggi badan: Berat Badan-terhadap-Tinggi Badan (BB-TB) kurang dari -2 Standar Deviasi (<-2SD) dari median Standar Pertumbuhan Anak WHO.

Nilai skor SD (Standar deviasi) WHO:

- Normal bila antara -2SD sampai +2SD
- Kurang bila <-2SD
- Lebih bila >+2SD

Indikator ini dihitung dengan cara jumlah anak-anak usia 0-5 tahun yang melebihi nilai +2 Standar Deviasi (>+2SD) dari median Berat Badan-menurut-Tinggi Badan (BB-TB) Standar Pertumbuhan Anak WHO dibagi jumlah anak usia 0-5 tahun yang ditimbang dikali 100.

Berat dan tinggi badan anak diukur dengan menggunakan teknologi yang standar, misalnya anak-anak usia kurang dari 24 bulan diukur dengan cara berbaring, sementara pengukuran dengan cara berdiri dilakukan untuk anak-anak usia 24 bulan keatas.

12. Anak usia <5 tahun (balita) yang Tidur di Dalam Kelambu Anti Nyamuk/ *Children Aged <5 Years Sleeping Under Insecticide-Treated Nets (%)*

Merupakan persentase anak-anak usia <5 tahun di daerah endemi malaria yang tidur di dalam kelambu anti nyamuk (ITN/Insecticide-treated nets) di malam sebelumnya. Metode penghitungannya yaitu jumlah anak usia <5 tahun (balita) yang tidur menggunakan kelambu anti nyamuk = jumlah anak usia 0-59 bulan yang tidur menggunakan kelambu anti nyamuk pada malam sebelum survei dibagi total jumlah anak-anak usia 0-59 bulan yang disurvei dikali 100.

13. Anak usia < 5 Tahun dengan Tinggi Badan yang Kurang/ Bertubuh Pendek (%) / *Children Aged <5 Years Stunted (%)*

Merupakan persentase *stunting*/bertubuh pendek (tinggi badan yang tidak sesuai dengan usia) pada anak-anak usia 0-5 tahun (Tinggi Badan-menurut-usia/TB-U yang kurang dari -2 Standar Deviasi (<-2 SD) dari median Standar Pertumbuhan Anak WHO). *Stunting* ini termasuk ke dalam jenis pertumbuhan yang terhambat.

Indikator ini dapat dihitung dengan cara jumlah anak-anak usia 0-5 tahun yang kurang dari nilai -2 Standar Deviasi (<-2 SD) dari median Standar Pertumbuhan Anak WHO dikali 100.

Berat dan tinggi badan anak diukur dengan menggunakan teknologi yang standar, misalnya anak-anak usia kurang dari 24 bulan diukur dengan cara berbaring, sementara pengukuran dengan cara berdiri dilakukan untuk anak-anak usia 24 bulan keatas.

14. Anak usia <5 Tahun yang Kekurangan Berat Badan/Berat Badan Tidak Sesuai dengan Usia (%) / *Children Aged <5 Years Underweight (%)*

Merupakan persentase kekurangan berat badan pada anak-anak usia 0-5 tahun (Berat Badan-menurut-Usia/BB-U yang kurang dari -2 Standar deviasi/ <-2SD dari median Standar Pertumbuhan Anak WHO). Juga disebut dengan berat badan yang tidak sesuai dengan usia.

Nilai skor SD (Standar deviasi) WHO:

- Normal bila antara -2SD sampai +2SD
- Kurang bila <-2SD
- Lebih bila >+2SD

Indikator ini dapat dihitung dengan cara jumlah anak usia 0-5 tahun yang kurang dari -2 standar Deviasi (<-2SD) dari median Standar Pertumbuhan Anak WHO] dikali 100.

Berat dan tinggi badan anak diukur dengan menggunakan teknologi yang standar, misalnya anak-anak usia kurang dari 24 bulan diukur dengan cara berbaring, sementara pengukuran dengan cara berdiri dilakukan untuk anak-anak usia 24 bulan keatas.

15. Anak-anak Usia <5 Tahun dengan Gejala ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Akut) yang Dibawa ke Fasilitas Kesehatan/ *Children Aged <5 Years with ARI (Acute Respiratory Infection) Symptoms Taken to Facility*

Merupakan proporsi anak-anak usia 0-59 bulan yang diduga mengalami radang paru (ISPA) pada 2 minggu terakhir dan dibawa ke pusat pelayanan kesehatan yang sesuai. ISPA adalah singkatan dari Infeksi Saluran Pernafasan Akut. Dalam

Meeting UNICEF/WHO tentang Survei Indikator Kelangsungan Hidup Anak yang dilangsungkan di New York, 17-18 Juni 2004, ditetapkan bahwa ISPA dispesifikkan dengan istilah 'Pneumonia' sehingga lebih bisa mengenal kemungkinan penyebabnya serta melakukan penanganan yang tepat.

Konsep ISPA yang digunakan dalam Survei Kelompok Indikator Ganda (MICS) dipilih menurut kelompok dan berdasarkan pada persepsi ibu atas seorang anak yang batuk, bernapas lebih cepat dari biasanya dengan durasi yang singkat, kesulitan bernapas/sesak napas, dan tidak termasuk anak-anak yang hanya mengalami hidung tersumbat. Sementara definisi dari 'pelayanan/perawatan kesehatan yang sesuai' berbeda-beda pada masing-masing negara.

Metode estimasi yang digunakan WHO dengan menyusun data empiris dari survei-survei rumah tangga.

16. Anak-Anak Usia <5 tahun yang Terkena Diare yang Menerima Pengobatan Rehidrasi Oral (Oralit) / *Children Aged <5 Years with Diarrhoea Receiving Oral Rehydration Therapy*

Merupakan proporsi anak-anak usia 0-59 bulan yang terkena diare dalam 2 minggu terakhir dan diobati dengan garam oralit (oral rehydration therapy) atau dengan penanganan yang tepat dari rumah tangga (ORT). Untuk Survei Demografi dan Kesehatan, istilah diare yang digunakan harus mencakup semua istilah/ungkapan yang digunakan untuk semua jenis diare, termasuk kotoran berdarah (seperti disentri), kotoran berair/mencret, dan lain-lain. Dan juga mencakup definisi dari ibu dan istilah lokal untuk diare. Sementara, definisi 'penanganan yang tepat dari rumah tangga' berbeda-beda pada setiap negara. Metode estimasi yang digunakan WHO dengan menyusun data empiris dari survei-survei rumah tangga.

17. Persentase Balita yang Demam (Panas) dan Menerima Pengobatan Anti Malaria (%) / *Children Aged <5 Years with Fever who Received Treatment with Any Antimalarial (%)*

Merupakan persentase anak-anak usia <5 tahun (balita) yang mengalami demam (panas) di daerah beresiko malaria yang diobati dengan obat anti malaria yang efektif.

Metode penghitungan untuk indikator ini adalah jumlah anak usia 0-59 bulan yang demam dalam 2 minggu sebelum survei dan menerima obat anti-malaria dibagi jumlah anak usia 0-59 bulan yang dilaporkan mengalami demam dalam dua minggu sebelum survei) dikali 100.

18. Anak Usia 6-59 Bulan yang Menerima Suplemen Vitamin A/ *Children Aged 6-59 Months who Received Vitamin A Supplementation*

Merupakan proporsi anak-anak usia 6-59 bulan yang menerima suplemen Vitamin A dengan dosis tinggi dalam 6 bulan terakhir. WHO membuat estimasi untuk indikator ini dengan mengkompilasi/menyusun data empiris dari survei-survei rumah tangga yang representatif nasional.

19. Prevalensi Kontrasepsi/ *Contraceptive Prevalence*

Merupakan persentase wanita usia 15-49 tahun, yang menikah (berpasangan), yang saat ini menggunakan atau yang pasangannya menggunakan, paling sedikit satu metode kontrasepsi.

Prevalensi Kontrasepsi dihitung dengan rumus wanita usia produktif (15-49) yang menikah (ataupun berpasangan) dan yang saat ini menggunakan alat kontrasepsi jenis apapun dibagi total jumlah wanita usia produktif (15-49) yang menikah (ataupun berpasangan)] dikali 100.

20. Kematian Akibat HIV/AIDS (per 100.000 Penduduk)/*Deaths due to HIV/AIDS (per 100,000 Population)*

Merupakan jumlah estimasi dewasa dan anak-anak yang meninggal dunia diakibatkan oleh HIV/AIDS pada tahun tertentu, dalam per 100.000 populasi.

Metode estimasi yang digunakan yaitu data empiris dari sumber surveilans (pengawasan) HIV yang berbeda dikonsolidasi untuk mendapatkan estimasi tingkat dan trend infeksi HIV dan kematiannya pada orang dewasa dan anak-anak. Metode dan alat yang standar digunakan untuk mengestimasi HIV sesuai dengan pola epidemi HIV. Namun, untuk mendapatkan nilai estimasi terbaik, diperlukan penilaian khusus pada kualitas data dan seberapa representatifkah populasi yang dimati. UNAIDS dan WHO menghasilkan estimasi kematian akibat HIV / AIDS negara-negara tertentu tiap dua tahun. Perkiraan yang paling terakhir disajikan dalam Laporan 2008 pada epidemi Global AIDS (UNAIDS, 2008). Untuk mengkalkulasi angka kematian tersebut, jumlah penduduk didapat dari angka Propsek Populasi Dunia: revisi tahun 2006 (Divisi Kependudukan, 2007).

21. Kematian Akibat Malaria (per 100.000 penduduk)/*Deaths due to malaria (per 100,000 population)*

Jenis-Jenis Indikator Kesehatan

Merupakan jumlah kematian akibat malaria per 100,000 penduduk per tahunnya.

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) adalah lembaga yang bertanggung jawab untuk indikator-indikator ini di taraf internasional. WHO mengkompilasi informasi yang diberikan oleh Departemen Kesehatan yang merupakan instansi yang bertanggung jawab untuk surveilans (pengamatan) malaria di negara-negara endemik masing-masing.

Prosedur dalam penyesuaian data untuk memungkinkan perbandingan internasional adalah sebagai berikut. Jumlah kematian malaria bisa diperoleh dari salah satu dari dua metode berikut:

- (i) Dengan mengalikan jumlah estimasi kasus malaria *P. falciparum* di negara dengan tingkat fatalitas kasus yang tetap. Metode ini digunakan untuk semua negara di luar Wilayah Afrika.
- (ii) Untuk negara-negara di wilayah Afrika dimana malaria menjadi 5% atau lebih dari semua penyebab kematian pada anak di bawah 5 tahun, jumlah kematian ini berasal dari perkiraan/estimasi jumlah orang yang hidup dengan resiko malaria yang tinggi, rendah ataupun tidak ada. Tingkat Kematian/mortalitas Malaria dari populasi ini disimpulkan dari studi longitudinal pada kematian malaria seperti yang tercatat dalam literature/publikasi yang diterbitkan.

22. Densitas (Jumlah) Tenaga Kesehatan* (per 10.000 Penduduk) / *Density of Community Health Workers (per 10,000 Population)*

Adalah jumlah pekerja tenaga kesehatan per 10.000 penduduk. Metode estimasi untuk jumlah tenaga kesehatan tergantung pada sifat dari sumber data asli. Data dari sistem laporan administrasi fasilitas kesehatan (rumah sakit, klinik, puskesmas, d.l.l) yaitu merujuk kepada jumlah personel karyawan, catatan kepegawaian, catatan penggajian, catatan pelatihan, atau penghitungan jenis lain dari catatan administrasi rutin sumber daya manusia (HRD). Idealnya, informasi tentang jumlah petugas kesehatan diperoleh melalui catatan administrasi yang disusun, diperbarui dan dilaporkan setidaknya setiap tahun.

Catatan: Tenaga kesehatan * antara lain ;

- Tenaga kesehatan masyarakat, termasuk petugas kesehatan masyarakat: tenaga penyuluhan kesehatan masyarakat, tenaga pembantu kesehatan

- masyarakat, tenaga kesehatan keluarga dan pekerjaan-pekerjaan yang terkait
- Tenaga kesehatan gigi, termasuk dokter gigi, tenaga pembantu kesehatan gigi lainnya, ahli terapi kesehatan gigi dan profesi lain yang terkait
 - Tenaga kesehatan umum dan lingkungan, termasuk petugas kesehatan umum dan lingkungan, tenaga teknis kesehatan umum dan lingkungan, ahli sanitari (*sanitarian*), ahli kebersihan dan kesehatan (*hygienists*)]
 - Tenaga keperawatan dan kebidanan, termasuk perawat profesional dan bidan profesional, perawat pembantu, bidan pembantu, perawat dan bidan yang terdaftar dan semua profesi yang terkait dengan keperawatan umum maupun gigi).
 - Tenaga Farmasi, termasuk apoteker, asisten apoteker, tenaga teknis kefarmasian, dan profesi terkait lainnya
 - Tenaga dokter, termasuk dokter umum maupun spesialis.

**23. Unit Radioterapi (per 1.000.000 Penduduk)/
Density of Radiotherapy Units (per 1,000,000
Population)**

Merupakan jumlah unit radioterapi, termasuk Akselerator Linear dan Cobalt-60 dari sektor publik dan swasta, per 1.000.000 penduduk.

Metode penghitungannya yaitu informasi dikumpulkan langsung dari Kementerian Kesehatan melalui survei *baseline* nasional pada perangkat medis 2010, yang dilakukan oleh HQ/HSS/EHT/DIM. Jika metode ini tidak memungkinkan, maka metode selanjutnya yaitu menggunakan data Direktori Pusat Radioterapi Badan Energi Atom Internasional. Sementara data penduduknya diperoleh dari Divisi Kependudukan PBB.

**24. Cakupan Imunisasi Toksoid Difteri, Toksoid Tetanus dan Pertusis (DTP) pada Bayi Usia 1 tahun (%) /
Diphtheria Tetanus Toxoid and Pertussis (DTP3) Immunization Coverage among 1 Year Olds (%)**

Merupakan persentase bayi usia jalan satu tahun yang telah menerima 3 dosis dari gabungan vaksin difteri, toksoid tetanus, dan pertusis pada tahun tertentu. Estimasi Cakupan Imunisasi digunakan untuk memantau cakupan layanan imunisasi dan untuk memandu upaya pemberantasan dan eliminasi penyakit. Ini adalah indikator yang baik dari kinerja sistem kesehatan.

Metode penghitungannya melalui Sistem data catatan/laporan fasilitas kesehatan ("data administratif"): Laporan/catatan dari vaksinasi yang dilakukan oleh penyedia layanan (misalnya: pusat kesehatan masyarakat, tim vaksinasi, dokter) digunakan untuk perkiraan/estimasi. Estimasi cakupan imunisasi diperoleh dengan membagi jumlah vaksinasi yang diberikan dengan jumlah anak dalam populasi target. Estimasi ini seringkali didasarkan pada proyeksi sensus.

25. Distribusi (Penyebaran) Penyebab Kematian pada Anak Usia <5 tahun (%) / *Distribution of Causes of Death among Children Aged <5 years (%)*

Adalah distribusi/penyebaran penyebab utama kematian pada anak-anak usia kurang dari 5 tahun, dinyatakan dalam persentase dari jumlah kematian. Penyebab-penyebab kematian tersebut mengacu pada konsep "penyebab utama kematian" seperti yang didefinisikan oleh ICD-10 (WHO, 1992).

Metode penghitungannya menggunakan data dari catatan sipil dengan cakupan yang lengkap (80% atau lebih) dan sertifikasi medis penyebab kematian, atau studi epidemiologi nasional (atau nasional representatif) dari penyebab kematian anak (studi khusus yang menganalisis penyebab kematian berdasarkan studi otopsi verbal atau sumber-sumber lain untuk negara-negara yang tidak memiliki data catatan/registrasi sipil).

26. Distribusi Tahun Orang Hidup yang Hilang oleh Sebab-Sebab yang Lebih Luas (%) / *Distribution of Years of Life Lost by Broader Causes (%)*

Merupakan distribusi tahun orang hidup yang hilang oleh sebab-sebab yang luas, dinyatakan dalam persentase dari total tahun hidup yang hilang. Metode penghitungannya yaitu data berasal dari catatan sipil dan sertifikasi medis penyebab kematian, registrasi sampel dengan otopsi verbal, survei-survei kematian yang nasional representatif, studi beban/tanggung jawab nasional terhadap penyakit.

27. Kematian Akibat TBC, selain HIV (per 100.000 Penduduk) / *Estimated Deaths due to Tuberculosis, Excluding HIV (per 100,000 Population)*

Merupakan estimasi jumlah kematian akibat Tuberculosis (TBC) pada tahun tertentu, yang dinyatakan dalam angka per 100.000 penduduk. Nilai-nilai yang dipublikasi dibulatkan hingga tiga angka penting/signifikan. Batasan ketidakpastian (*uncertainty*) juga dibutuhkan dalam memperoleh hasil estimasi yang terbaik.

Sasaran ke-6.c dari Tujuan Pembangunan Milenium adalah "memberantas habis dan mengurangi tingkat penyebaran malaria dan penyakit utama lainnya sampai 2015". Indikator 6.9 didefinisikan sebagai "insiden, prevalensi dan tingkat kematian yang terkait dengan TBC". Kerjasama pemberantasan TBC telah memasang target sampai 2015 dalam mengurangi separuh angka kematian TBC di tahun 1990.

Metode penghitungan yang digunakan yaitu menggunakan data registrasi vital (penting) jika memungkinkan. Cara lain yaitu menggunakan estimasi insiden/kejadian dan angka fatalitas kasus. Estimasi kematian akibat TBC dihasilkan dari proses konsultatif dan analitikal yang diusung oleh WHO dan dipublikasi secara tahunan. Nilai-nilai yang dipublikasi dibulatkan hingga tiga angka penting/signifikan. Batasan ketidakpastian (*uncertainty*) juga dibutuhkan dalam memperoleh hasil estimasi yang terbaik.

28. Estimasi Insiden (Kasus) Tuberkulosis/TBC (per 100.000 Penduduk) / *Estimated Incidence of Tuberculosis (per 100,000 Population)*

Merupakan perkiraan jumlah kasus TBC yang baru maupun yang kambuh yang timbul dalam tahun tertentu, dinyatakan dalam angka per 100.000 penduduk. Konsep ini menyertakan semua bentuk TBC, termasuk kasus pada orang yang hidup dengan HIV. Nilai-nilai yang dipublikasi dibulatkan hingga tiga angka penting/signifikan. Batasan ketidakpastian (*uncertainty*) juga dibutuhkan dalam memperoleh hasil estimasi yang terbaik.

Sasaran ke-6.c dari Tujuan Pembangunan Milenium adalah "memberantas habis dan mengurangi tingkat penyebaran malaria dan penyakit utama lainnya sampai 2015". Indikator 6.9 didefinisikan sebagai "insiden, prevalensi dan tingkat kematian yang terkait dengan TBC".

Estimasi kematian akibat TBC dihasilkan dari proses konsultatif dan analitikal yang diusung oleh WHO dan dipublikasi secara tahunan. Perkiraan ini didasarkan pada notifikasi kasus tahunan, pengukuran kualitas dan cakupan data notifikasi TBC, survei nasional dari prevalensi penyakit TBC dan juga berdasarkan informasi dari sistem registrasi kematian. Estimasi jumlah insiden (kasus TBC) untuk masing-masing negara didapat dari salah satu atau lebih dari pendekatan-pendekatan berikut, tergantung pada data yang tersedia:

1. Insiden = Notifikasi-notifikasi kasus dibagi dengan estimasi proporsi dari kasus-kasus yang terdeteksi
2. Insiden = prevalensi dibagi dengan durasi keadaan
3. Insiden = jumlah kematian dibagi dengan proporsi kasus-kasus insiden yang mematikan

29. Estimasi (Perkiraan) Prevalensi TBC (per 100.000 Penduduk) / *Estimated Prevalence of Tuberculosis (per 100,000 Population)*

Merupakan jumlah kasus TBC (semua bentuk TBC) dalam suatu populasi pada suatu titik waktu tertentu (tengah tahun kalender), dinyatakan sebagai angka per 100.000 penduduk. Hal ini juga disebut sebagai "prevalensi titik". Estimasi ini juga menyertakan kasus TBC pada orang dengan HIV. Nilai-nilai yang dipublikasi dibulatkan hingga tiga angka penting/signifikan. Batasan ketidaktentuan (*uncertainty*) juga dibutuhkan dalam memperoleh hasil estimasi yang terbaik.

Sasaran ke-6.c dari Tujuan Pembangunan Milenium adalah "memberantas habis dan mengurangi tingkat penyebaran malaria dan penyakit utama lainnya sampai 2015". Indikator 6.9 didefinisikan sebagai "insiden, prevalensi dan tingkat kematian yang terkait dengan TBC". Kerjasama pemberantasan TBC telah memasang target sampai 2015 dalam mengurangi separuh angka kematian TBC di tahun 1990.

Prevalensi bisa diperkirakan dalam survei berbasis penduduk nasional. Jika data surveinya tidak tersedia, estimasi prevalensi ini diperoleh dari estimasi jumlah insiden (kasus) dan durasi (lamanya) penyakit.

Metode estimasi kematian Prevalensi TBC dihasilkan dari proses konsultatif dan analitikal yang diusung oleh WHO dan dipublikasi secara tahunan. Batasan ketidaktentuan (*uncertainty*) juga dibutuhkan dalam memperoleh hasil estimasi yang terbaik. Prevalensi TBC dihitung dari produk kejadian dan durasi penyakit:

Prevalensi = kejadian (insiden) dikali dengan durasi kondisi.

Durasi penyakit sangat sulit untuk diukur secara langsung. Hal ini diasumsikan bervariasi menurut apakah individu menerima pengobatan dalam program DOTS atau tidak, dan apakah individu terinfeksi HIV. Selanjutnya, jangka waktu (durasi) diasumsikan mengikuti distribusi dengan varian besar untuk menjelaskan perbedaan antara negara-negara.

30. Bayi usia <6 Bulan yang Memeperoleh ASI secara Eksklusif (%) / *Exclusive Breastfeeding Under 6 Months (%)*

Merupakan proporsi jumlah bayi usia 0-5 bulan yang menerima ASI. Metode penghitungan persentase bayi usia 0-5 bulan yang diberi ASI secara eksklusif yaitu jumlah bayi usia 0-5 bulan yang menerima ASI saja selama hari sebelumnya dibagi dengan jumlah bayi 0-5 bulan dikali 100.

Survei Demografi dan Kesehatan (DHS) dan Survei Kelompok Indikator Ganda (MICS) menyertakan pertanyaan-pertanyaan pada cairan dan makanan diberikan pada hari sebelumnya, dan jumlah ASI pada hari sebelumnya, untuk mengetahui apakah anak sedang diberi ASI eksklusif.

31. Sumber Daya (Dana) Eksternal untuk Kesehatan dalam Persentase dari Total Belanja/ Pengeluaran untuk Kesehatan / *External Resources for Health as a Percentage of Total Expenditure on Health.*

Merupakan sumber daya (sumber dana) eksternal untuk kesehatan yang dinyatakan dalam bentuk persentase dari total pengeluaran untuk kesehatan. Beberapa sumber-sumber eksternal akan disalurkan melalui anggaran pemerintah, melalui beberapa agen asuransi, beberapa melalui sektor swasta atau LSM. Dengan demikian, dana tersebut tidak dapat langsung ditambahkan dengan yang dilaporkan dalam *breakdowns* sebelumnya.

Dalam beberapa kasus dimana lembaga-lembaga eksternal (selain pemerintah) bertindak sebagai LSM dalam negeri yang menyediakan atau membiayai perawatan kesehatan di negara si penerima pelayanan kesehatan (si pasien), maka lembaga ini akan digolongkan sebagai agen pendanaan kesehatan dan tentunya juga sebagai sumber eksternal. Analisis sumber pembiayaan ini memberikan kontribusi dalam mengidentifikasi distribusi beban/tanggung jawab pembiayaan pelayanan kesehatan. Indikator ini juga memberikan kontribusi dalam menilai keberlanjutan pembiayaan.

Indikator-indikator Neraca Kesehatan Nasional (*National Health Accounts*) didasarkan pada informasi pengeluaran yang dikumpulkan dalam suatu kerangka kerja yang diakui secara internasional. Indikator ini menelusuri aliran pembiayaan dari sumber eksternal yang memberikan dana tersebut kepada agen pembiayaan kesehatan publik dan swasta. Dana ini termasuk juga dalam bentuk tunai maupun

bentuk lain yang diberikan sebagai pinjaman maupun hibah. Panduan untuk pembuatan neraca kesehatan nasional ada OECD, 2000; WHO-Bank Dunia-USAID, 2003.

32. Pengeluaran Pemerintah untuk Kesehatan dalam Persentase dari Total Seluruh Pengeluaran untuk Kesehatan/ *General Government Expenditure on Health as a Percentage of Total Expenditure on Health*

Merupakan tingkat pengeluaran pemerintah untuk kesehatan yang dinyatakan dalam persentase dari total seluruh pengeluaran untuk kesehatan. Hal ini juga mengacu pada semua sumber dana yang dikumpulkan dan digalang oleh badan-badan publik (badan milik pemerintah) terlepas dari sumbernya (dari sumber apa saja), sehingga mencakup semua donor (eksternal) pendanaan yang melalui badan-badan tersebut.

Indikator-indikator Neraca Kesehatan Nasional (*National Health Accounts*) didasarkan pada informasi pengeluaran yang dikumpulkan dalam suatu kerangka kerja yang diakui secara internasional. Dalam indikator ini sumber dana ditelusuri untuk semua entitas publik yang bertindak sebagai agen pendanaan: yang mengelola dana kesehatan dan pembelian atau pembayaran atas barang dan jasa kesehatan. Strategi Neraca Kesehatan Nasional adalah untuk menelusuri catatan-catatan transaksi, dengan menghindari penghitungan ganda agar mencapai cakupan yang komprehensif. Secara khusus, hal ini bertujuan untuk dikonsolidasi agar tidak menghitung ganda pendanaan (transfer) pemerintah untuk dana jaminan sosial dan dana di luar anggaran. Transaksi yang bersifat moneter dan non-moneter dinilai pada nilai pembeli.

33. Pengeluaran Pemerintah untuk Kesehatan dalam Persentase dari Total Seluruh Pengeluaran Pemerintah/ *General Government Expenditure on Health as a Percentage of Total Government Expenditure*

Merupakan tingkat pengeluaran pemerintah untuk kesehatan yang dinyatakan dalam bentuk persentase dari total seluruh pengeluaran/belanja pemerintah.

Indikator-indikator Neraca Kesehatan Nasional (*National Health Accounts*) berdasarkan pada informasi pengeluaran yang dikumpulkan dalam suatu kerangka kerja yang diakui secara internasional. Dalam indikator ini sumber dana

ditelusuri untuk semua entitas publik yang bertindak sebagai agen pendanaan: yang mengelola dana kesehatan dan pembelian atau pembayaran atas barang dan jasa kesehatan. Strategi Neraca Kesehatan Nasional adalah untuk menelusuri catatan-catatan transaksi, dengan tujuan mencapai cakupan yang komprehensif tanpa adanya penghitungan ganda (*double counting*) terutama dengan mengkonsolidasikan transfer-transfer (pendanaan) antar pemerintah (antar lembaga pemerintah). Transaksi yang bersifat moneter dan non-moneter dinilai pada nilai pembeli.

34. Angka Harapan Hidup Sehat Sejak Lahir / *Health Life Expectancy (HALE) at Birth*

Merupakan rata-rata jumlah tahun hidup seseorang yang diharapkan masih dijalani dengan "kesehatan penuh" dengan memperhitungkan tahun hidup kurang dari kesehatan penuh akibat penyakit dan / atau cedera.

Oleh karena data prevalensi keadaan kesehatan yang berimbang tidak tersedia untuk semua negara, maka penghitungannya menggunakan empat tahapan strategi sebagai berikut:

1. Data dari studi Beban Global Penyakit WHO (GBD) digunakan untuk memperkirakan prevalensi keparahan yang disesuaikan dengan usia dan jenis kelamin untuk semua negara.
2. Data dari studi Survei Multi-Negara WHO (MCSS) dan Survei Kesehatan Dunia (WHS) digunakan untuk membuat estimasi independen dari keparahan prevalensi yang disesuaikan dengan usia dan jenis kelamin untuk negara-negara survei.
3. Prevalensi untuk semua negara dihitung berdasarkan perkiraan GBD, MCSS dan WHS.
4. Tabel hidup yang disusun oleh WHO digunakan dengan metode Sullivan untuk menghitung HALE (harapan hidup sehat sejak lahir) untuk Negara-negara.

35. Cakupan Imunisasi Hepatitis B (HepB3) pada Anak Usia 1 Tahun/12-23 Bulan (%) / *Hepatitis B (HepB3) Immunization Coverage among 1 Year Olds (%)*

Merupakan persentase anak usia satu tahun yang telah menerima tiga dosis vaksin hepatitis B pada suatu tahun tertentu.

Metode penghitungannya melalui sistem data catatan/laporan fasilitas kesehatan ("data administratif"): Laporan/

catatan dari vaksinasi yang dilakukan oleh penyedia layanan (misalnya: pusat kesehatan masyarakat, tim vaksinasi, dokter) digunakan untuk perkiraan/estimasi. Estimasi cakupan imunisasi diperoleh dengan membagi jumlah vaksinasi yang diberikan dengan jumlah anak dalam populasi target. Estimasi ini seringkali didasarkan pada proyeksi sensus.

Melalui Survei rumah tangga: item-item survei yang digunakan berhubungan dengan riwayat anak-anak pada cakupan survei. Jenis-jenis survei tersebut seperti Program Perluasan pada survei 30 kelompok Imunisasi (EPI), survei kelompok indikator ganda UNICEF (MICS), dan Survei Demografi dan Kesehatan (DHS). Indikator ini diestimasi sebagai persentase anak usia 12-23 bulan yang menerima tiga dosis dari vaksin hepatitis B sebelum survei.

36. Cakupan Imunisasi Hib (Hib3) pada Anak Usia 1 Tahun/12-23 Bulan (%) / Hib (Hib3) Immunization Coverage among 1 Year Olds (%)

Adalah persentase bayi usia satu tahun yang telah menerima tiga dosis vaksin influenza Haemophilus tipe B pada tahun tertentu.

Metode penghitungannya melalui Sistem data catatan/laporan fasilitas kesehatan ("data administratif"): Laporan/catatan dari vaksinasi yang dilakukan oleh penyedia layanan (misalnya: pusat kesehatan masyarakat, tim vaksinasi, dokter) digunakan untuk perkiraan/estimasi. Estimasi cakupan imunisasi diperoleh dengan membagi jumlah vaksinasi yang diberikan dengan jumlah anak dalam populasi target. Estimasi ini seringkali didasarkan pada proyeksi sensus.

Melalui Survei rumah tangga: item-item survei yang digunakan berhubungan dengan riwayat anak-anak pada cakupan survei. Jenis-jenis survei tersebut seperti Program Perluasan pada survei 30 kelompok Imunisasi (EPI), survei kelompok indikator ganda UNICEF (MICS), dan Survei Demografi dan Kesehatan (DHS). Indikator ini diestimasi sebagai persentase anak usia 12-23 bulan yang menerima tiga dosis dari vaksin influenza Haemophilus tipe B kapan saja sebelum survei.

37. Prevalensi HIV pada Dewasa Usia 15-49 Tahun (%) / HIV Prevalence among Adults Aged 15-49 Years (%)

Merupakan perkiraan jumlah orang dewasa usia 15-49 tahun yang terinfeksi HIV, apakah telah atau belum berkembang menjadi gejala AIDS, yang dinyatakan dalam

persen dari total populasi pada kelompok usia. Khusus Majelis Umum PBB tentang HIV dan AIDS (UNGASS) telah menetapkan tujuan untuk mengurangi prevalensi HIV.

Alat dan metode standar estimasi telah dikembangkan oleh UNAIDS dan WHO yang bekerja sama dalam Kumpulan Referensi untuk Estimasi, Pemodelan dan Proyeksi UNAIDS.

38. Jumlah Ranjang Rumah Sakit (per 10.000 Penduduk) / Hospital Beds (per 10,000 Population)

Merupakan jumlah ranjang (tempat tidur) rumah sakit yang tersedia per setiap 10.000 penduduk dalam suatu populasi. Data dikumpulkan dari Kantor WHO Regional dan dimodifikasi untuk menstandarisasi unit ukuran per 10,000 penduduk.

39. Angka Harapan Hidup (sejak lahir) / Life Expectancy at Birth

Merupakan rata-rata jumlah tahun dimana bayi yang baru lahir diharapkan masih bisa menjalani (tetap/bertahan) hidup, jika dia hidup melewati angka kematian usia tertentu dan angka kematian jenis kelamin tertentu yang berlaku pada saat kelahirannya, untuk tahun tertentu, dalam suatu negara, teritori, atau wilayah geografis tertentu.

Angka Harapan Hidup ini diperoleh dari tabel kehidupan (*life tables*) dan didasarkan pada angka kematian jenis kelamin tertentu dan angka kematian usia tertentu. Nilai Harapan Hidup dari PBB terkait dengan nilai estimasi pertengahan tahun, dan konsisten dengan proyeksi penduduk limatahunan varian-menengah fertilitas (kesuburan) PBB.

40. Bayi Baru Lahir dengan Berat Tubuh yang Rendah (%) / Low Birth Weight Newborns (%)

Merupakan persentase kelahiran hidup yang beratnya kurang dari 2.500 gram dari total kelahiran hidup selama periode waktu yang sama.

Persentase bayi dengan berat lahir rendah dihitung dengan: jumlah bayi lahir hidup dengan berat lahir kurang dari 2.500 g dibagi jumlah kelahiran hidup dikali 100.

Berdasarkan catatan fasilitas kesehatan: proporsi kelahiran hidup dengan berat badan lahir rendah, pada kelahiran yang terjadi di institusi kesehatan tersebut. Survei rumah tangga: Menyertakan pertanyaan tentang berat lahir dalam Survei Demografi dan Kesehatan serta penilaian subyektif ibu mengenai ukuran bayi saat lahir (yaitu sangat

besar, lebih besar dari rata-rata, rata-rata, lebih kecil dari rata-rata), untuk kelahiran bayi pada 5 – 10 tahun kebelakang.

41. Rasio Kematian Ibu (per 100.000 Kelahiran Hidup)/ *Maternal Mortality Ratio (per 100,000 Live Births)*

Rasio Kematian Ibu (MMR) adalah jumlah kematian tahunan wanita dari setiap penyebab yang berhubungan dengan kehamilannya atau penanganan kehamilannya (tidak termasuk sebab-sebab yang bersifat kebetulan atau insidental) selama kehamilan dan persalinan atau dalam 42 hari setelah bersalin maupun penghentian/terminasi kehamilan, terlepas dari durasi dan lokasi kehamilan, per 100.000 kelahiran hidup, selama satu tahun tertentu.

Indikator ini memantau kematian yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan. Indikator ini juga mencerminkan kapasitas sistem kesehatan dalam menyediakan perawatan kesehatan yang efektif untuk mencegah dan mengatasi komplikasi yang terjadi selama kehamilan dan persalinan.

Metode penghitungan Rasio Kematian Ibu adalah total kematian ibu yang tercatat (atau yang diperkirakan) dibagi dengan kelahiran hidup yang tercatat (atau yang diperkirakan) pada periode yang sama dan dikali dengan 100.000.

Pengukuran ini memerlukan informasi tentang status kehamilan, waktu kematian (selama kehamilan, bersalin, atau dalam 42 hari setelah terminasi kehamilan), dan penyebab kematian.

Rasio Kematian Ibu = (Jumlah kematian ibu / Jumlah kelahiran hidup) X 100.000

Rasio Kematian Ibu dapat dihitung langsung dari data yang dikumpulkan melalui sistem registrasi vital, survei rumah tangga atau sumber lainnya. Namun, sering timbul masalah mengenai kualitas data, khususnya yang terkait dengan kematian ibu yang tidak tercatat maupun kesalahan klasifikasinya. Oleh karena itu, data seringkali disesuaikan untuk mengatasi masalah kualitas data tersebut. Penyesuaian untuk 'yang tidak tercatat' dan kesalahan klasifikasi kematian dan perkiraan/estimasi yang berbasis model harus dilakukan pada kasus-kasus dimana datanya tidak dapat diandalkan. Karena kematian ibu adalah peristiwa yang relatif jarang, maka ukuran sampel yang besar diperlukan jika menggunakan survei rumah tangga.

42. Cakupan Imunisasi Campak (MCV) pada Anak Usia 1 Tahun (%) / *Measles (MCV) Immunization Coverage among 1 Year Olds (%)*

Merupakan persentase anak-anak usai dibawah satu tahun yang telah menerima minimal satu dosis vaksin Campak pada tahun tertentu. Untuk negara-negara yang merekomendasikan dosis pertama vaksin campak pada anak usia di atas 12 bulan, indikator ini dihitung sebagai proporsi anak-anak usia kurang dari 12-23 bulan yang menerima satu dosis vaksin campak.

Metode penghitungannya melalui Sistem data catatan/laporan failitas kesehatan ("data administratif"): Laporan/catatan dari vaksinasi yang dilakukan oleh penyedia layanan (misalnya: pusat kesehatan masyarakat, tim vaksinasi, dokter) digunakan untuk perkiraan/estimasi. Estimasi cakupan imunisasi diperoleh dengan membagi jumlah vaksinasi yang diberikan dengan jumlah anak dalam populasi target. Estimasi ini seringkali didasarkan pada proyeksi sensus.

Melalui Survei rumah tangga dengan item-item survei yang digunakan berhubungan dengan riwayat anak-anak pada cakupan survei. Jenis-jenis survei tersebut seperti Program Perluasan pada survei 30 kelompok Imunisasi (EPI), survei kelompok indikator ganda UNICEF (MICS), dan Survei Demografi dan Kesehatan (DHS). Indikator ini diestimasi sebagai persentase anak usia satu tahun (atau 12-23 bulan di negara-negara tertentu) yang menerima minimal satu kali dosis vaksin campak sebelum survei atau pada usia 12 bulan.

43. Median Ketersediaan Obat Generik Tertentu (%) / *Median Ketersediaan Obat Generik yang Dipilih (%)*

Merupakan persen median ketersediaan obat generik yang dipilih dalam sampel fasilitas kesehatan. Indikator ini merupakan bagian dari serangkaian 9 indikator yang diusung oleh WHO untuk mengukur Sasaran MDG (tujuan pembangunan milenium) 8 yaitu bekerjasama dengan perusahaan farmasi, dalam menyediakan akses obat-obatan penting dengan harga terjangkau di negara-negara berkembang.

Metode penghitungannya dengan sebuah metodologi yang standar telah dikembangkan oleh WHO dan Aksi Kesehatan Internasional (HAI). Data tentang ketersediaan daftar spesifik obat-obatan dikumpulkan setidaknya dalam empat wilayah geografis atau administratif dalam suatu sampel dari titik penyaluran obat-obatan. Ketersediaan ini

dicatat dalam persentase dari penyaluran/outlet (gerai/toko/penyedia) obat di mana obat itu ditemukan pada hari survei.

44. Rasio Median Harga Konsumen dari Beberapa Obat Generik/ *Median Consumer Price Ratio of Selected Generic Medicines*

Merupakan rasio median harga konsumen dari beberapa obat generik terpilih (rasio media harga lokal unit terhadap harga referensi Ilmu Manajemen untuk Kesehatan Internasional).

Metode penghitungannya dengan sebuah metodologi standar telah dikembangkan oleh WHO dan Aksi Kesehatan Internasional (HAI). Harga unit (harga per tablet, kapsul, dosis, mililiter) dari daftar spesifik obat-obatan dikumpulkan setidaknya dalam empat wilayah geografis atau administratif suatu negara, dalam sampel dari titik penyaluran obat-obatan.

45. Angka Kematian Neonatal/ Angka Kematian Bayi (per 1.000 kelahiran hidup)/ *Neonatal Mortality Rate (per 1,000 Live Births)*

Merupakan jumlah kematian bayi selama 28 hari pertama setelah kelahiran per 1.000 kelahiran hidup pada periode atau tahun tertentu. Kematian neonatal (kematian pada kelahiran hidup selama 28 hari pertama setelah kelahiran) dapat dibagi menjadi; kematian neonatal dini, yang terjadi selama 7 hari pertama; dan kematian neonatal akhir, yang terjadi setelah hari ke-7 tapi sebelum hari ke-28 setelah kelahiran.

Metode penghitungannya diperoleh dari data pada catatan sipil (jumlah kelahiran bayi hidup dan jumlah kematian bayi neonatal digunakan untuk menghitung tingkat spesifik umur). Cara ini akan menghasilkan data tahunan. Yang kedua dari data dari survei rumah tangga: penghitungan berdasarkan pada riwayat kelahiran yaitu sekumplan pertanyaan yang rinci pada masing-masing anak yang dilahirkan seorang wanita pada masa 5 sampai 10 tahun sebelum survei. Total jumlah kelahiran hidup yang disurvei akan menjadi nilai penyebutnya.

46. Bayi Lahir Hidup yang Terlindungi dari Tetanus Neonatal (%) / *Neonates Protected at Birth Against Neonatal Tetanus (PAB) (%)*

Merupakan proporsi neonatus (bayi baru lahir/dalam masa neonatal) pada tahun tertentu yang dianggap telah dilindungi terhadap tetanus sebagai dampak dari imunisasi ibu.

PAB = Protected at Birth

Cakupan PAB diperkirakan menggunakan Model Matematika. PAB (*Protected at Birth*) adalah proporsi kelahiran pada tahun tertentu yang dianggap telah dilindungi dari tetanus sebagai akibat dari imunisasi ibu. Dalam model ini, kohor tahunan wanita diikuti/diamati sejak dari usia bayi sampai saat ini (selama hidup). Proporsi ini merupakan proporsi ketika menerima vaksin DTP (difteri, tetanus, pertusis) pada masa bayi (diestimasi berdasarkan estimasi cakupan DTP3 oleh WHO-UNICEF). Selain itu, beberapa dari wanita tersebut juga menerima vaksin TT (toksoid tetanus) melalui layanan rutin ketika mereka hamil dan juga menerima TT selama kegiatan Imunisasi Pelengkap (SIAs / Supplementary Immunization activities).

47. Angka Penemuan Kasus Tuberkulosis (TBC)/ *Notified Cases of Tuberculosis*

Merupakan jumlah kasus Tuberkulosis (TBC) yang terdeteksi pada tahun tertentu. Istilah "deteksi kasus" disini, berarti TBC yang dialami pasien didiagnosa dan dicatat/dilaporkan dalam sistem surveilans (pengawasan) nasional, dan kemudian dilanjutkan ke WHO. Jumlah kasus yang dilaporkan/dicatat dengan kategori sebagai berikut:

Kasus TBC baru: paru BTA-positif (BTA= Basil Tahan Asam/*smear*)

Kasus TBC baru: paru BTA-negatif

Kasus TBC baru: paru BTA tidak diketahui / tidak dilakukan

Kasus TBC baru: extrapulmonary / di luar paru

TB baru kasus: lainnya

Pengobatan kasus TBC: kambuh (paru BTA dan / atau kultur positif)

Pengobatan kasus TBC: pengobatan setelah kegagalan (paru BTA dan / atau kultur positif)

Pengobatan kasus TBC: pengobatan setelah default (paru BTA dan / atau kultur positif)

Pengobatan kasus TBC: lainnya

Kasus TBC Lain : riwayat pengobatan tidak diketahui

Total dari semua kasus baru dan kasus kambuh merupakan total insiden kasus TB yang terdeteksi pada tahun tertentu.

Jumlah kasus yang terdeteksi (ditemukan) oleh program pengendalian TBC nasional dikumpulkan sebagai bagian dari pengawasan (surveilans) rutin.

48. Jumlah Kasus Kolera / *Number of Reported Cases of Cholera*

Merupakan jumlah kasus kolera yang ditemukan, termasuk yang telah dibuktikan secara kilinis, epidemiologis, atau dari hasil investigasi laboratorium. Kasus-kasus yang kemudian telah dibuang oleh investigasi laboratorium tidak dimasukkan kedalam definisi ini.

Metode estimasinya yaitu WHO mengeluarkan datanya seperti yang dilansir oleh otoritas nasional (dalam hal ini adalah Kementerian Kesehatan).

49. Angka Kasus Sindrom Rubela Bawaan/ Number of Reported Cases of Congenital Rubella Syndrome

Merupakan jumlah kasus sindrom rubela bawaan yang ditemukan, termasuk yang telah dibuktikan secara kilinis, epidemiologis, atau dari hasil investigasi laboratorium. Kasus-kasus yang kemudian telah dibuang/dibatalkan oleh investigasi laboratorium tidak dimasukkan ke dalam definisi ini.

Metode estimasinya yaitu WHO mengeluarkan datanya seperti yang dilansir oleh otoritas nasional (dalam hal ini adalah Kementerian Kesehatan).

50. Angka Kasus Difteri/ Number of Reported Cases of Diphtheria

Merupakan jumlah kasus difteri yang ditemukan, termasuk yang telah dibuktikan secara kilinis, epidemiologis, atau dari hasil investigasi laboratorium. Kasus-kasus yang kemudian telah dibuang/dibatalkan oleh investigasi laboratorium tidak dimasukkan ke dalam definisi ini.

Metode estimasinya yaitu WHO mengeluarkan datanya seperti yang dilansir oleh otoritas nasional (dalam hal ini adalah Kementerian Kesehatan).

51. Angka Kasus Flu Burung (Flu H5N1)/ Number of Reported Cases of H5N1 Influenza

Merupakan jumlah kasus influenza akibat virus H5N1 (flu burung) yang ditemukan, termasuk yang telah dibuktikan secara kilinis, epidemiologis, atau dari hasil investigasi laboratorium. Kasus yang terdeteksi dan ditemukan dilaporkan ke Departemen Siaga dan Tanggap Epidemi dan Pandemi WHO. Kasus-kasus yang kemudian telah dibuang/dibatalkan oleh uji laboratorium tidak dimasukkan ke dalam definisi ini.

Metode estimasinya yaitu WHO mengeluarkan datanya seperti yang dilansir oleh otoritas nasional.

**52. Angka Kasus Radang Otak (Ensefilitis) Jepang/
*Number of Reported Cases of Japanese
Encephalitis***

Merupakan jumlah Kasus Radang otak Jepang yang ditemukan, termasuk yang telah dibuktikan secara kilinis, epidemiologis, atau dari hasil investigasi laboratorium. Kasus-kasus yang kemudian telah dibuang/dibatalkan oleh investigasi laboratorium tidak dimasukkan ke dalam definisi ini.

Metode estimasinya yaitu WHO mengeluarkan datanya seperti yang dilansir oleh otoritas nasional.

**53. Angka Kasus Lepra yang Terdeteksi/
*Number of Reported Cases of Leprosy (Number of Newly
Detected Cases of Leprosy)***

Merupakan pencacahan kasus kusta baru yang terdeteksi dan dibuktikan secara klinis. Definisi operasional WHO untuk suatu kasus kusta yaitu seseorang menunjukkan tanda-tanda klinis dari kusta, dengan atau tanpa konfirmasi/pembuktian diagnosis bakteriologis, dan yang membutuhkan kemoterapi. Definisi ini tidak termasuk untuk orang sembuh dari infeksi tetapi memiliki sisa cacat karena kusta.

Metode estimasinya yaitu WHO mengkompilasi data ini berdasarkan kasus kusta yang dilaporkan oleh Program Kusta Nasional. Karena WHO memberikan perawatan anti kusta gratis (MDT) untuk semua negara, maka penyediaan pasokan MDT bergantung pada jumlah kasus kusta yang dilaporkan.

MDT = *Multi drug therapy*

**54. Angka Kasus Malaria/
*Number of Reported Cases
of Malaria***

Adalah jumlah kasus malaria yang ditemukan, yang sudah positif (yang dibuktikan oleh pemeriksaan slide atau RDT) maupun yang diduga sebagai kasus malaria (kasus yang belum terbukti malaria, namun diperlakukan seperti malaria).

Metode estimasinya yaitu WHO mengkompilasi data dari laporan kasus-kasus malaria, yang disampaikan oleh Program Pengendalian Malaria Nasional

**55. Angka Kasus Campak/
*Number of Reported Cases
of Measles***

Adalah jumlah kasus campak yang ditemukan, termasuk yang telah dibuktikan secara kilinis, epidemiologis, atau dari hasil investigasi laboratorium. Kasus-kasus yang kemudian

telah dibuang/dibatalkan oleh investigasi/uji laboratorium tidak dimasukkan ke dalam definisi ini.

Metode estimasinya yaitu WHO mengkompilasi data ini sebagaimana yang dilansir oleh Otoritas Nasional.

56. Angka Kasus Gondok/ *Number of Reported Cases of Mumps*

Adalah jumlah kasus gondok yang ditemukan, termasuk yang telah dibuktikan secara kilinis, epidemiologis, atau dari hasil investigasi laboratorium. Kasus-kasus yang kemudian telah dibuang/dibatalkan oleh investigasi/uji laboratorium tidak dimasukkan ke dalam definisi ini.

Metode estimasinya yaitu WHO mengkompilasi data ini sebagaimana yang dilansir oleh Otoritas Nasional.

57. Angka Kasus Tetanus Neonatal/ *Number of Reported Cases of Neonatal Tetanus*

Adalah jumlah kasus tetanus neonatal (pada bayi baru lahir) yang terdeteksi. Metode estimasinya yaitu WHO mengkompilasi data dari laporan yang dilansir oleh otoritas nasional.

58. Angka Kasus Pertusis/ *Number of Reported Cases of Pertussis*

Adalah jumlah kasus pertusis yang ditemukan, termasuk yang telah dibuktikan secara kilinis, epidemiologis, atau dari hasil investigasi laboratorium. Kasus-kasus yang kemudian telah dibuang/dibatalkan oleh investigasi/uji laboratorium tidak dimasukkan ke dalam definisi ini. Metode estimasinya yaitu WHO mengkompilasi data dari laporan yang dilansir oleh otoritas nasional.

59. Angka Kasus Wabah Penyakit/ *Number of Reported Cases of Plague*

Adalah temuan maupun dugaan wabah penyakit yang dibuktikan/dikonfirmasi oleh uji laboratorium. Kasus-kasus yang kemudian telah dibuang/dibatalkan oleh investigasi/uji laboratorium tidak dimasukkan ke dalam definisi ini. Metode estimasinya yaitu WHO mengkompilasi data dari laporan yang dilansir oleh otoritas nasional.

60. Angka Kasus Polio/ *Number of Reported Cases of Poliomyelitis*

Adalah jumlah kasus Polio yang ditemukan dari hasil laboratorium. Kasus polio dibuktikan ketika virus polio bebas

diisolasi dari spesimen kotoran yang diambil dari kasus AFP. Metode estimasinya yaitu WHO mengkompilasi data yang dilaporkan oleh otoritas nasional masing-masing negara

61. Angka Kasus Rubella / *Number of Reported Cases of Rubella*

Adalah jumlah kasus rubella yang ditemukan, termasuk yang telah dibuktikan secara kilinis, epidemiologis, atau dari hasil investigasi laboratorium. Kasus-kasus yang kemudian telah dibuang/dibatalkan oleh investigasi/uji laboratorium tidak dimasukkan ke dalam definisi ini. Metode estimasinya yaitu WHO mengkompilasi data yang dilaporkan oleh otoritas nasional masing-masing negara.

62. Angka Kasus Tetanus / *Number of Reported Cases of Total Tetanus*

Adalah jumlah kasus tetanus total yang ditemukan. Metode estimasinya yaitu WHO mengkompilasi data yang dilaporkan oleh otoritas nasional masing-masing negara

63. Jumlah Kasus Demam Kuning / *Number of Reported Cases of Yellow Fever*

Adalah jumlah kasus Demam Kuning yang ditemukan, termasuk yang telah dibuktikan secara kilinis, epidemiologis, atau dari hasil investigasi laboratorium. Kasus-kasus yang kemudian telah dibuang/dibatalkan oleh investigasi/uji laboratorium tidak dimasukkan ke dalam definisi ini. Metode estimasinya yaitu WHO mengkompilasi data yang dilaporkan oleh otoritas nasional masing-masing negara

64. Jumlah Kasus dugaan Meningitis / *Number of Suspected Meningitis Cases Reported*

Adalah kasus dugaan penyakit meningitis, sesuai dengan definisi kasus meningitis secara klinis. Metode estimasinya yaitu WHO mengkompilasi data yang dilaporkan oleh otoritas nasional masing-masing negara

65. Persentase Pengeluaran Pribadi untuk Kesehatan / *Out of Pocket Expenditure as a Percentage of Private Expenditure on Health*

Merupakan persentase tingkat pengeluaran pribadi untuk biaya kesehatan yang berasal dari dana sendiri. Indikator ini berguna untuk mengetahui bobot relatif dari pembayaran langsung oleh rumah tangga dalam total pengeluaran kesehatannya (biaya kesehatan). Pembayaran dari uang pribadi yang tinggi dapat menimbulkan beban biaya

yang berlebihan dan mengurangi kesejahteraan rumah tangga. Sehingga indikator ini merupakan alat utama dalam proses pemerataan kesejahteraan dan perencanaan.

Sumber data dapat diperoleh dari Neraca Kesehatan Nasional, Sistem catatan administrasi, Survei Rumah Tangga, dan Studi-studi khusus.

Metode estimasinya yaitu Neraca kesehatan nasional akan menelusuri aliran pembiayaan dari rumah rumah tangga ke penyedia layanan kesehatan. Sehingga jenis pembayaran jasa kesehatan dalam indikator ini yaitu jenis pembayaran langsung atau pengeluaran dana sendiri dari rumah tangga.

Cara penghitungan dari neraca kesehatan nasional ini adalah dengan melacak catatan transaksi, tanpa adanya penghitungan ganda dan agar mencapai cakupan yang komprehensif. Jadi, penggantian biaya oleh asuransi harus dikurangi (tidak termasuk). Transaksi moneter dan non moneter dicatat pada nilai pembeli, sehingga semua jenis pembayaran harus dinilai dengan harga pembeli.

66. Pengeluaran Per Kapita Pemerintah untuk Kesehatan/ *Per Capita Government Expenditure on Health (PPP int. \$)*

Merupakan pengeluaran perkapita pemerintah untuk kesehatan yang besarnya dinyatakan dalam mata uang internasional (berdasarkan PPP/paritas daya beli dollar internasional). Indikator ini berguna untuk mengetahui tingkat relatif dari pengeluaran pemerintah untuk kesehatan bagi penduduk penerima dana tersebut, dinyatakan dalam mata uang internasional (dolar) untuk perbandingan internasional.

Hal ini tidak hanya meliputi sumber dana yang disalurkan melalui anggaran pemerintah tetapi juga pengeluaran untuk kesehatan oleh parastatal (perusahaan milik negara), entitas di luar anggaran dan terutama pembayaran asuransi kesehatan wajib. Hal ini termasuk dana yang dikumpulkan dan digalang oleh lembaga-lembaga publik termasuk semua modalitas pendapatan.

Metode estimasinya yaitu Indikator-indikator Neraca Kesehatan Nasional (*National Health Accounts*) berdasarkan pada informasi pengeluaran yang dikumpulkan dalam suatu kerangka kerja yang diakui secara internasional. Dalam indikator ini sumber dana ditelusuri untuk semua entitas publik yang bertindak sebagai agen pendanaan: yang mengelola dana kesehatan dan pembelian atau pembayaran atas barang dan jasa kesehatan. Strategi Neraca Kesehatan Nasional

adalah menelusuri catatan-catatan transaksi, dengan menghindari penghitungan ganda agar mencapai cakupan yang komprehensif. Secara khusus, hal ini bertujuan untuk dikonsolidasi agar tidak menghitung ganda pendanaan (transfer) pemerintah untuk dana jaminan sosial dan dana di luar anggaran.

Transaksi yang bersifat moneter dan non-moneter dinilai pada nilai pembeli.

67. Pengeluaran Perkapita Pemerintah untuk Kesehatan Pada Nilai Kurs Rata-rata (Dolar AS)/ *Per capita Government Expenditure on Health at Average Exchange Rate (US\$)*

Merupakan pengeluaran perkapita pemerintah untuk biaya kesehatan dalam nilai kurs valas rata-rata pada tahun tersebut dalam Dolar AS.

Metode estimasinya yaitu Indikator-indikator Neraca Kesehatan Nasional (*National Health Accounts*) berdasarkan pada informasi pengeluaran yang dikumpulkan dalam suatu kerangka kerja yang diakui secara internasional. Dalam indikator ini sumber dana ditelusuri untuk semua entitas publik yang bertindak sebagai agen pendanaan: yang mengelola dana kesehatan dan pembelian atau pembayaran atas barang dan jasa kesehatan.

Strategi Neraca Kesehatan Nasional yaitu dengan menelusuri catatan-catatan transaksi, dengan menghindari penghitungan ganda agar mencapai cakupan yang komprehensif. Secara khusus, hal ini bertujuan untuk dikonsolidasi agar tidak menghitung ganda pendanaan (transfer) pemerintah untuk dana jaminan sosial dan dana di luar anggaran. Transaksi yang bersifat moneter dan non-moneter dinilai pada nilai pembeli.

68. Total Pengeluaran Perkapita untuk Kesehatan/ *Per Capita Total Expenditure on Health (PPP int. \$)*

Merupakan total seluruh pengeluaran perkapita untuk kesehatan yang nilainya dinyatakan dalam mata uang internasional yang berlaku (berdasarkan paritas daya beli mata uang internasional). Indikator ini berguna untuk mengetahui total pengeluaran yang berkaitan dengan kesehatan untuk penduduk yang menerima dana tersebut, yang dinyatakan dalam paritas daya beli (mata uang internasional yang berlaku saat itu) untuk perbandingan antar negara.

Metode estimasinya yaitu indikator-indikator Neraca Kesehatan Nasional (*National Health Accounts*) berdasarkan pada informasi pengeluaran yang dikumpulkan dalam suatu kerangka kerja yang diakui secara internasional.

69. Total Pengeluaran Perkapita untuk Kesehatan Dalam Nilai Kurs Rata-Rata (Dolar AS) / Per Capita Total Expenditure on Health at Average Exchange Rate (US\$)

Merupakan total Pengeluaran perkapita untuk kesehatan dalam nilai kurs rata-rata yang berlaku pada tahun tersebut dalam Dolar AS.

Metode estimasinya yaitu indikator-indikator Neraca Kesehatan Nasional (*National Health Accounts*) berdasarkan pada informasi pengeluaran yang dikumpulkan dalam suatu kerangka kerja yang diakui secara internasional. Neraca Kesehatan Nasional mengumpulkan semua arus pembiayaan sistem kesehatan, yang tercatat dari asal sumber dana, dan pihak agen pembayaran (pembiayaan skema), yang mendistribusikan dana nya pada penyedia layanan, untuk membayar barang dan jasa kesehatan tertentu untuk manfaat individu. Penerima dana kesehatan ini dianalisis di seluruh dimensi geografis, demografis, sosial ekonomi dan epidemiologi.

Pengeluaran total untuk kesehatan (THE) diukur sebagai jumlah pengeluaran dari semua agen pembayaran yang mengelola dana untuk pembelian barang dan jasa kesehatan.

Strategi neraca kesehatan nasional yaitu dengan menelusuri catatan transaksi, tanpa penghitungan ganda dan agar mencapai cakupan yang komprehensif. Transaksi moneter dan non moneter dicatat pada nilai harga pembeli.

70. Persentase Penduduk yang Menggunakan Sumber Air Minum yang Baik / Population Using Improved Drinking Water Sources (%)

Merupakan persentase jumlah penduduk yang menggunakan sumber air minum yang bagus. Sumber air minum yang baik yaitu yang terlindungi dari kontaminasi luar, khususnya zat kotor. Yang termasuk sumber air minum yang baik adalah:

- Pipa air minum dalam rumah/sekitar rumah atau hunian
- Keran air minum umum
- Sumur tanah, atau sumur bor

- Sumur yang terlindungi
- Mata air yang terlindungi
- Dan penampungan air hujan

Metode estimasinya yaitu indikator ini dihitung sebagai rasio dari jumlah orang yang menggunakan sumber air minum yang baik, di perkotaan dan pedesaan, dalam persentase. Persentase dari total penduduk menggunakan sumber air minum yang baik adalah rata-rata tertimbang populasi tersebut dari dua angka sebelumnya. Penggunaan sumber air minum dan fasilitas sanitasi merupakan bagian dari Indeks Kesehatan yang digunakan survei rumah tangga untuk membagi populasi ke dalam kuintil kesejahtraan.

Pertanyaan survei dan kategori jawaban yang berkaitan dengan akses terhadap air minum sepenuhnya sesuai antara survei kelompok indikator ganda dan Survei Demografi dan Kesehatan, yang diadopsi dari kuesioner standar yang dimaksudkan sebagai instrumen survei oleh Program Pemantauan Bersama WHO dan UNICEF untuk Pasokan Air dan Sanitasi (JMP).

71. Persentase populasi yang Menggunakan Fasilitas Sanitasi yang Baik/ *Population Using Improved Sanitation Facilities (%)*

Merupakan persentase penduduk menggunakan fasilitas sanitasi yang baik.

Fasilitas sanitasi yang baik adalah sistem fasilitas sanitasi yang higienis yang memisahkan kotoran manusia dari kontak manusia. Fasilitas sanitasi yang demikian meliputi:

- Sistem pembuangan yang 'flush' yang mengalirkannya ke saluran pembuangan pipa, tangki septik, atau pembuangan jamban.
- Dengan ventilasi toilet yang baik
- Toilet yang didukung dengan pengomposan
- Lubang jamban yang tertutup

Namun, fasilitas sanitasi tidak dianggap baik lagi ketika digunakan bersama-sama dengan rumah tangga lain, atau terbuka untuk penggunaan umum.

Metode estimasinya yaitu indikator ini dihitung sebagai rasio dari jumlah orang yang menggunakan fasilitas sanitasi yang baik, di perkotaan dan pedesaan, dalam persentase. Persentase dari total penduduk menggunakan fasilitas sanitasi yang baik adalah rata-rata tertimbang populasi tersebut dari dua angka sebelumnya.

Penggunaan sumber air minum dan fasilitas sanitasi merupakan bagian dari Indeks Kesehatan yang digunakan

survei rumah tangga untuk membagi populasi ke dalam kuintil kesejahtraan. Sehingga, sebagian survei rumah tangga yang representatif nasional melingkup informasi mengenai air dan sanitasi. Survei tersebut termasuk Survei Demografi dan Kesehatan (DHS), Survei kelompok Indikator Ganda (MICS), Survei Kesehatan Dunia, Survei Ukuran Standar Hidup, Kuesioner Indikator Kesejahteraan Inti, Survei Kesehatan dan Gizi, Survei Rumah Tangga Anggaran, Pan Arab Proyek untuk Survei Kesehatan Keluarga, Survei Kesehatan Reproduksi dan survei rumah tangga lainnya yang bersifat representatif nasional. Pertanyaan survei dan kategori jawaban yang berkaitan dengan akses fasilitas sanitasi sesuai antara survei kelompok indikator ganda dan Survei Demografi dan Kesehatan, yang diadopsi dari kuesioner standar yang dimaksudkan sebagai instrumen survei oleh Program Pemantauan Bersama WHO dan UNICEF untuk Pasokan Air dan Sanitasi (JMP).

72. Prevalensi Penggunaan Kondom pada Orang Dewasa (15-49 Tahun) pada Resiko Seks yang Tinggi (%) / *Prevalence of Condom Use by Adults (15-49 Years) at Higher Risk Sex (%)*

Merupakan persentase wanita dan laki-laki usia 15-49 tahun yang memiliki pasangan seks lebih dari satu pada 12 bulan terakhir yang menggunakan kondom pada saat hubungan seks yang terakhir.

Metode estimasinya yaitu data berasal dari survei rumah tangga seperti survei demografi dan kesehatan, survei kelompok indikator ganda, survei pengawasan perilaku.

Responden ditanya apakah mereka pernah melakukan hubungan seksual?, jika ya, maka pertanyaan selanjutnya:

1. Dalam 12 bulan terakhir, berapa banyak orang yang melakukan hubungan seksual dengan anda?
Jika lebih dari satu, maka responden diberi pertanyaan selanjutnya:
2. Apakah Anda atau pasangan Anda menggunakan kondom terakhir kali Anda melakukan hubungan seksual?

Indikator ini dihitung dengan membagi jumlah responden (usia 15-49) yang memiliki lebih dari satu pasangan seksual dalam 12 bulan terakhir yang juga menggunakan kondom terakhir kali mereka berhubungan seks, dengan jumlah responden (15-49) yang memiliki lebih dari satu pasangan seksual dalam 12 bulan terakhir.

73. Prevalensi Remaja Usia 13-15 Tahun yang Merokok (%) / *Prevalence of Current Tobacco Use among Adolescents Aged 13-15 Years (%)*

Merupakan prevalensi penggunaan tembakau (termasuk merokok maupun penggunaan tembakau oral) pada remaja usia 13-15 tahun yang lebih dari satu kali dalam 30 hari sebelum survei.

Metode estimasinya yaitu dapat diperoleh dari Survei Global Pemuda Perokok (GYTS) dan Survei Global Kesehatan Sekolah (GSHS), yang merupakan survei berbasis sekolah yang mencakup pertanyaan-pertanyaan berikut:

1. Jumlah hari responden merokok selama 30 hari terakhir
2. Jumlah hari responden menggunakan produk tembakau lainnya selain rokok selama 30 hari terakhir

74. Prevalensi Orang Dewasa Usia 15 Tahun yang Merokok (%) / *Prevalence of Current Tobacco Use among Adults Aged 15 Years (%)*

Merupakan estimasi prevalensi orang dewasa yang saat ini merokok jenis produk tembakau apapun, yang dihasilkan dari survei terbaru penggunaan tembakau oleh orang dewasa (atau survei yang berisi pertanyaan mengenai penggunaan tembakau), yang telah disesuaikan dengan metode regresi WHO untuk standarisasi yang dijelaskan dalam Metode Estimasi bawah.

“Rokok tembakau” termasuk rokok, cerutu, pipa atau produk tembakau rokok lainnya. “Perokok saat ini” meliputi perokok sehari-hari dan non-harian atau sesekali.

Metode estimasinya yaitu WHO telah mengembangkan metode regresi yang memungkinkan untuk melakukan perbandingan antar negara. Jika sebagian data hilang atau tidak lengkap untuk sebuah negara, teknik regresi ini menggunakan data yang tersedia untuk wilayah di mana negara tersebut berada untuk menghasilkan angka perkiraan untuk negara itu. Model regresi dijalankan di sub-regional PBB tingkat 3 secara terpisah untuk pria dan wanita untuk memperoleh tingkat prevalensi usia tertentu pada kawasan tersebut. Estimasi-estimasi ini kemudian diganti untuk negara yang berada dalam sub-regionnya untuk indikator yang hilang.

Perbedaan pada kelompok usia yang dicakup oleh survei: untuk memperkirakan tingkat prevalensi perokok pada rentang usia standar (oleh kelompok-kelompok lima tahunan dari usia 15 sampai usia 80 dan selanjutnya dari 80 hingga

100 tahun), hubungan antara usia dan merokok setiap harinya diperiksa untuk pria dan wanita secara terpisah pada setiap negara menggunakan scatter plot (plot yang menyebar) . Untuk memperoleh angka prevalensi usia spesifik pada interval usia lima tahunan, model regresi yang menggunakan estimasi prevalensi merokok setiap hari dari fungsi dari usia urutan pertama, urutan kedua dan urutan ketiga digrafikkan terhadap scatter plot dan menggunakan kurva fitting terbaik. Untuk indikator yang tersisa, menggunakan kombinasi metode: model regresi dijalankan pada tingkat sub-regional untuk memperoleh angka usia tertentu untuk yang merokok saat ini dan setiap hari, dan menerapkan hubungan kesetaraan antara tingkat prevalensi merokok dengan menghisap rokok di mana menghisap rokok adalah dominan untuk memperoleh tingkat prevalensi usia spesifik untuk yang merokok saat ini dan setiap hari selama interval usia standar.

Untuk Laporan Epidemi Tembakau Global 2009 WHO, perkiraan prevalensi perokok yang dihasilkan adalah untuk tahun 2006. Data prevalensi perokok bersumber dari survei yang dilakukan di negara-negara di tahun yang berbeda. Dalam beberapa kasus, data prevalensi terbaru yang tersedia berasal dari survei sebelum tahun 2006 sementara dalam kasus lain surveinya setelah tahun 2006. Untuk mendapatkan perkiraan prevalensi perokok untuk tahun 2006, informasi tren digunakan baik untuk proyeksi ke masa depan bagi negara-negara dengan data yang lebih lama dari 2006 atau *backtrack* bagi negara-negara dengan data setelah tahun 2006. Hal ini dicapai dengan menggabungkan informasi tren dari semua survei yang tersedia untuk setiap negara. Negara-negara tanpa data historis menggunakan informasi tren dari masing-masing sub-regionnya.

75. Proporsi Penduduk Usia 15-24 Tahun yang Memiliki Pengetahuan yang Komprehensif tentang HIV/AIDS (%) / *Proportion of Population Aged 15-24 Years with Comprehensive Correct Knowledge of HIV/AIDS (%)*

Merupakan persentase anak usia 15-24 yang mampu mengidentifikasi cara-cara mencegah penularan HIV secara seksual dan yang menolak kesalahpahaman utama tentang penularan HIV.

Metode estimasinya yaitu data dikumpulkan melalui survei rumah tangga, seperti Survei Kelompok Indikator Ganda (MICS) dan Survei Demografi dan Kesehatan (DHS), survei reproduksi dan kesehatan, dan survei surveilans (pengawasan) perilaku.

Responden diminta untuk menjawab lima pertanyaan berikut ini:

1. Dapatkah risiko penularan HIV dikurangi dengan hanya melakukan hubungan seks dengan satu pasangan yang tidak terinfeksi dan tidak memiliki pasangan lain?
2. Bisakah seseorang mengurangi risiko terkena HIV dengan menggunakan kondom setiap kali mereka berhubungan seks?
3. Dapatkah orang yang tampak sehat memiliki HIV?
4. Bisa seseorang tertular HIV dari gigitan nyamuk?
5. Bisakah seseorang tertular HIV dengan berbagi makanan dengan seseorang yang terinfeksi?

Indikator ini dihitung dengan membagi Jumlah responden berusia 15-24 tahun yang memberikan jawaban yang benar untuk semua lima pertanyaan, dengan jumlah seluruh responden berusia 15-24 tahun.

**76. Kelahiran Mati (per 1.000 Jumlah Kelahiran)/
*Stillbirth Rate (per 1,000 Total Births)***

Untuk tujuan perbandingan internasional (antar negara), bayi lahir mati didefinisikan sebagai kematian janin trimester ketiga (> atau = 1000 gram atau > atau = 28 minggu).

Metode estimasinya yaitu pertama diperoleh dari data pencatatan sipil yaitu jumlah kelahiran mati dibagi dengan jumlah total kelahiran. Kedua, dari survei yaitu jumlah keguguran selama atau setelah bulan ketujuh kehamilan selama 5 tahun sebelum wawancara dibagi dengan jumlah kelahiran hidup dan keguguran terakhir pada periode waktu yang sama. Ketiga dari sistem catatan administratif / registrasi yaitu jumlah kelahiran mati dibagi dengan jumlah total kelahiran. Serta keempat dari data fasilitas kesehatan yaitu jumlah bayi lahir mati dibagi dengan jumlah total kelahiran yang didokumentasikan dalam fasilitas tersebut.

**77. Persentase Total Pengeluaran untuk Kesehatan
dari Produk Domestik Bruto/ *Total Expenditure on
Health as a Percentage of Gross Domestic Product***

Merupakan tingkat pengeluaran total atas kesehatan (THE) yang dinyatakan sebagai persentase dari produk domestik bruto (PDB).

Metode penghitungannya yaitu indikator-indikator Neraca Kesehatan Nasional (*National Health Accounts*) berdasarkan pada informasi pengeluaran yang dikumpulkan dalam suatu kerangka kerja yang diakui secara internasional.

Neraca Kesehatan Nasional mengumpulkan semua arus pembiayaan sistem kesehatan, yang tercatat dari asal sumber dana, dan pihak agen pembayaran (pembiayaan skema), yang mendistribusikan dananya pada penyedia layanan, untuk membayar barang dan jasa kesehatan tertentu untuk manfaat individu. Penerima dana kesehatan ini dianalisis di seluruh dimensi geografis, demografis, sosial ekonomi dan epidemiologi. Pengeluaran total untuk kesehatan (THE) diukur sebagai jumlah pengeluaran dari semua agen pembayaran yang mengelola dana untuk pembelian barang dan jasa kesehatan.

Strategi dari neraca kesehatan nasional yaitu dengan menelusuri catatan transaksi, tanpa penghitungan ganda dan agar mencapai cakupan yang komprehensif. Transaksi moneter dan non moneter dicatat pada nilai harga pembeli.

78. Angka Kelahiran Total (per Perempuan)/ *Total Fertility Rate (per Woman)*

Adalah rata-rata anak yang dilahirkan seorang wanita selama masa usia suburnya. Indikator ini dihitung sebagai jumlah anak per perempuan.

Angka kelahiran total dihitung secara langsung sebagai jumlah tingkat kesuburan usia tertentu (biasanya mengacu pada wanita berusia 15 sampai 49 tahun), atau lima kali jumlah tersebut jika data yang diberikan dalam lima tahun kelompok usia. Tingkat kesuburan pada usia atau kelompok usia tertentu dihitung sebagai rasio kelahiran tahunan untuk penduduk wanita pada usia atau kelompok usia tertentu terhadap total jumlah penduduk wanita, pada tahun yang sama di negara, teritori, atau wilayah geografis tertentu. Data PENDUDUK dari PBB sesuai dengan pertengahan tahun nilai estimasi, diperoleh dengan interpolasi linier dari proyeksi penduduk limatahunan dengan varian-medium kesuburan PBB yang sesuai.

2.2. Indikator yang Dihitung oleh BPS

BPS sebagai salah satu institusi yang memiliki wewenang dalam hal pengumpulan data, melakukan berbagai jenis survei maupun sensus. Salah satu manfaat yang dapat diperoleh dengan adanya kegiatan survei atau sensus itu yaitu memberikan informasi mengenai data-data yang dapat digunakan sebagai indikator untuk melihat perkembangan dan hasil pembangunan di berbagai bidang termasuk di dalamnya

mengenai bidang kesehatan. Kegiatan pengumpulan data melalui survei dan sensus dilakukan dengan pendekatan rumah tangga. Beberapa indikator kesehatan yang dihitung oleh BPS, diantaranya:

1. Persentase desa yang memiliki sarana kesehatan menurut jenis sarana kesehatan.
2. Persentase desa yang aktif melakukan kegiatan posyandu menurut jenis aktifitas kegiatan posyandu.
3. Persentase desa yang memiliki tenaga kesehatan yang tinggal di desa menurut jenis tenaga kesehatan.
4. Persentase desa yang terjangkit wabah penyakit menurut wabah penyakit.
5. Persentase desa yang terdapat penduduknya menderita gizi buruk.
6. Persentase desa yang tersedia kartu Askeskin bagi keluarga.
7. Persentase desa yang terdapat penduduknya mengakses air minum bersih.
8. Persentase desa yang terdapat penduduknya sebagai penyandang cacat.
9. Persentase rumah tangga menurut jenis atap, dinding, lantai terluas.
10. Persentase rumah tangga yang mengakses sumber air minum bersih.
Konsep air minum bersih itu sendiri meliputi leding meteran, leding eceran, air hujan, sumur bor/pompa, sumur terlindung, dan mata air terlindung. Khusus untuk sumur bor/pompa, sumur terlindung, dan mata air terlindung harus memenuhi syarat jarak ke tempat penampungan kotoran/tinjanya minimal 10 meter.
11. Persentase rumah tangga menurut fasilitas tempat buang air besar.
12. Persentase penduduk yang mengalami keluhan kesehatan menurut jenis keluhannya. Keluhan kesehatan adalah keadaan seseorang yang mengalami gangguan kesehatan atau kejiwaan, baik karena penyakit akut, penyakit kronis (meskipun selama sebulan terakhir tidak mempunyai keluhan), kecelakaan, kriminal atau hal lain.
13. Persentase penduduk yang menderita sakit. Penduduk yang sakit adalah mereka yang mempunyai keluhan kesehatan sampai mengakibatkan terganggunya pekerjaan, sekolah, atau kegiatan sehari-hari.
14. Persentase penduduk yang berobat jalan menurut tempatberobat. Tempat berobat jalan seperti Puskesmas/Pustu, Rumah sakit, praktek dokter/poliklinik, praktek petugas kesehatan, praktek pengobatan tradisional, dukun bersalin, dan lain-lain.

Jenis-Jenis Indikator Kesehatan

15. Persentase penduduk yang mengobati sendiri menurut jenis obat yang digunakan, antara lain obat modern, obat tradisional, dan lainnya.
16. Persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan adalah perbandingan antara persalinan yang di tolong oleh tenaga kesehatan terlatih, seperti dokter, bidan, perawat, dan tenaga medis lainnya dengan jumlah persalinan seluruhnya, dan dinyatakan dalam persentase. Indikator ini erat hubungannya dengan tingkat kesehatan ibu dan anak serta pelayanan kesehatan secara umum.
17. Persentase anak berumur 2-4 tahun yang pernah disusui menurut lamanya disusui. Pemberian ASI sangat penting bagi perkembangan anak karena di dalam ASI mengandung zat penolak/pencegah penyakit pada anak serta dapat memberikan kepuasan dan mendekatkan hati ibu dan anak sebagai sarana menjalin hubungan kasih sayang.
18. Rata-rata lamanya pemberian ASI pada anak berumur 2-4 tahun.
19. Persentase balita yang pernah mendapatkan imunisasi menurut jenis imunasinya. Jenis imunisasi yang diberikan pada balita diantaranya BCG, DPT, Polio, Campak, dan Hepatitis B.
20. Persentase wanita berumur 15-49 tahun berstatus kawin yang pernah menggunakan alat KB dan yang sedang menggunakan alat KB.
21. Persentase wanita berumur 15-49 tahun berstatus kawin yang pernah menggunakan alat KB dan yang sedang menggunakan alat KB menurut jenis alat/cara KB yang digunakan.
22. Angka Kelahiran Total/*Total Fertility Rate* (TFR) dan Angka Fertilitas Menurut Umur (*Age Spesific Fertility Rate* /ASFR. TFR dihitung dengan menjumlahkan ASFR dan dapat didefinisikan sebagai jumlah anak yang akan dilahirkan oleh seorang wanita sampai akhir masa sampai akhir akhir amsa reproduksinya jika ia dapat melampaui masa-masa melahirkan anak dengan mengikuti pola ASFR saat ini.
23. Angka Kelahiran Umum/*General Fertility Rate* (GFR) adalah jumlah kelahiran hidup per 1.000 wanita umur 15-49 tahun.
24. Angka Kelahiran Kasar/*Crude Birth Rate* (CBR) adalah jumlah kelahiran per 1.000 penduduk.
25. Angka Harapan Hidup (AHH)/ *Life Expectancy Rate*. Angka Harapan Hidup (e_x) pada suatu umur x adalah rata-rata tahun hidup yang masih akan dijalani oleh seseorang

yang telah berhasil mencapai umur x , pada suatu tahun tertentu, dalam situasi mortalitas yang berlaku di lingkungan masyarakatnya. Idealnya Angka Harapan Hidup dihitung berdasarkan Angka Kematian Menurut Umur (*Age Specific Death Rate/ASDR*) yang datanya diperoleh dari catatan registrasi kematian secara bertahun-tahun sehingga dimungkinkan dibuat Tabel Kematian. Indikator Angka Harapan Hidup merupakan alat untuk mengevaluasi kinerja pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan penduduk pada umumnya, dan meningkatkan derajat kesehatan pada khususnya. Angka Harapan Hidup yang rendah di suatu daerah harus diikuti dengan program pembangunan kesehatan, dan program sosial lainnya termasuk kesehatan lingkungan, kecukupan gizi dan kalori termasuk program pemberantasan kemiskinan.

26. Angka Kematian Balita (AKBa)/ *Childhood Mortality Rate* (ChMR) adalah jumlah kematian anak berusia 0-4 tahun selama satu tahun tertentu per 1.000 anak umur yang sama pada pertengahan tahun itu (termasuk kematian bayi). Indikator ini terkait langsung dengan target kelangsungan hidup anak dan merefleksikan kondisi sosial, ekonomi dan lingkungan anak-anak bertempat tinggal termasuk pemeliharaan kesehatannya. Angka Kematian Balita kerap dipakai untuk mengidentifikasi kesulitan ekonomi penduduk.
27. Angka Kematian Bayi (AKB)/ *Infant Mortality Rate* (IMR) adalah angka yang menunjukkan banyaknya kematian bayi usia 0 tahun dari setiap 1.000 kelahiran hidup pada tahun tertentu atau dapat dikatakan juga sebagai probabilitas bayi meninggal sebelum mencapai usia satu tahun (dinyatakan dengan per 1.000 kelahiran hidup). Angka Kematian Bayi merupakan indikator yang penting untuk mencerminkan keadaan derajat kesehatan di suatu masyarakat, karena bayi yang baru lahir sangat sensitif terhadap keadaan lingkungan tempat orang tua si bayi tinggal dan sangat erat kaitannya dengan status sosial orang tua si bayi. Kemajuan yang dicapai dalam bidang pencegahan dan pemberantasan berbagai penyakit penyebab kematian akan tercermin secara jelas dengan menurunnya tingkat AKB. Dengan demikian angka kematian bayi merupakan tolok ukur yang sensitif dari semua upaya intervensi yang dilakukan oleh pemerintah khususnya di bidang kesehatan.
28. Angka Kematian Ibu (AKI)/ *Maternal Mortality Rate* (MMR) adalah banyaknya kematian perempuan pada saat hamil

atau selama 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lama dan tempat persalinan, yang disebabkan karena kehamilannya atau pengelolaannya, dan bukan karena sebab-sebab lain, per 100.000 kelahiran hidup. Yang dimaksud dengan Kematian ibu itu sendiri adalah kematian perempuan pada saat hamil atau kematian dalam kurun waktu 42 hari sejak terminasi kehamilan tanpa memandang lamanya kehamilan atau tempat persalinan, yakni kematian yang disebabkan karena kehamilannya atau pengelolaannya, tetapi bukan karena sebab-sebab lain seperti kecelakaan, terjatuh dll (Budi, Utomo. 1985).

Informasi mengenai tingginya MMR akan bermanfaat untuk pengembangan program peningkatan kesehatan reproduksi, terutama pelayanan kehamilan dan membuat kehamilan yang aman bebas risiko tinggi (*making pregnancy safer*), program peningkatan jumlah kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan, penyiapan sistem rujukan dalam penanganan komplikasi kehamilan, penyiapan keluarga dan suami siaga dalam menyongsong kelahiran, yang semuanya bertujuan untuk mengurangi Angka Kematian Ibu dan meningkatkan derajat kesehatan reproduksi.

29. Angka Kematian Kasar (AKK)/ *Crude Death Rate* (CDR) adalah angka yang menunjukkan banyaknya kematian untuk setiap 1.000 orang penduduk pada pertengahan tahun yang terjadi pada suatu daerah pada waktu tertentu. Angka ini berguna untuk memberikan gambaran mengenai keadaan kesejahteraan penduduk pada suatu tahun yang bersangkutan. Apabila dikurangkan dari Angka Kelahiran Kasar akan menjadi dasar perhitungan pertumbuhan penduduk alamiah.
30. Angka Kematian Neo-natal/ *Neo-natal Death Rate*. Kematian Neo-natal disebut juga kematian endogen yaitu banyaknya kematian bayi yang terjadi pada bulan pertama (dinyatakan dengan per 1.000 kelahiran hidup) setelah dilahirkan, dan umumnya disebabkan oleh faktor-faktor yang dibawa anak sejak lahir, yang diperoleh dari orang tuanya pada saat konsepsi atau didapat selama kehamilan. Oleh karena kematian neo-natal disebabkan oleh faktor endogen yang berhubungan dengan kehamilan maka angka ini dapat dimanfaatkan untuk menyusun program-program untuk mengurangi angka kematian neo-natal yang bersangkutan dengan program pelayanan kesehatan Ibu hamil, misalnya program pemberian pil besi dan suntikan anti tetanus.

31. Angka Kematian Post Neo-natal/*Post Neo-natal Death Rate*. Kematian Post Neo-natal disebut juga Kematian Bayi Eksogen yaitu kematian bayi yang terjadi setelah usia satu bulan sampai menjelang usia satu tahun yang disebabkan oleh faktor-faktor yang bertalian dengan pengaruh lingkungan luar (dinyatakan dengan per 1.000 kelahiran hidup). Angka Kematian Post Neo-natal bersama Angka Kematian Anak serta Kematian Balita dapat berguna untuk mengembangkan program imunisasi, serta program-program pencegahan penyakit menular terutama pada anak-anak, program penerangan tentang gizi dan pemberian makanan sehat untuk anak dibawah usia 5 tahun.

2.3. Indikator yang Dihitung oleh Kementerian Kesehatan

Untuk mengukur keberhasilan pembangunan kesehatan sesuai dengan Visi dan Misi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, maka Kementerian Kesehatan (Kemenkes) menggunakan beberapa indikator mengenai kesehatan. Visi tersebut berbunyi "Masyarakat yang Mandiri untuk Hidup Sehat" dan Misi-nya berbunyi "Membuat Rakyat Sehat". Beberapa indikator kesehatan berikut merupakan penggabungan dari Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Indikator Kinerja Standar Pelayanan Minimal yang dikelompokkan menjadi 3 kelompok:

2.3.1. Indikator Derajat Kesehatan

Dalam Indikator Derajat Kesehatan ini menguraikan mengenai indikator yang berhubungan dengan Angka Kematian, Angka Kesakitan, dan Angka Status Gizi. Berikut indikator-indikator tersebut:

1. Jumlah Lahir Hidup adalah suatu kelahiran seorang bayi tanpa memperhitungkan lamanya di dalam kandungan, dimana bayi menunjukkan tanda-tanda kehidupan, misalnya: bernafas, ada denyut jantung atau gerakan otot.
2. Lahir Mati adalah kelahiran seorang bayi dalam kandungan yang berumur paling sedikit 28 minggu tanpa menunjukkan tanda-tanda kehidupan.
3. Angka Kematian Bayi (AKB) per 1.000 kelahiran hidup adalah angka yang menunjukkan banyaknya kematian yang terjadi pada bayi sebelum mencapai usia satu tahun. AKB merupakan indikator yang biasanya digunakan

Jenis-Jenis Indikator Kesehatan

untuk menentukan derajat kesehatan masyarakat. Semakin tinggi AKB menunjukkan rendahnya derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, banyak upaya kesehatan yang dilakukan dalam rangka menurunkan AKB.

3. Angka Kematian Balita (AKABA) per 1.000 kelahiran hidup adalah angka yang menunjukkan banyaknya kematian yang terjadi pada balita sebelum mencapai usia lima tahun. AKABA dapat mempresentasikan peluang terjadinya kematian pada fase antara kelahiran dan sebelum berumur 5 tahun.
4. Angka Kematian Ibu (AKI) per 100.000 kelahiran hidup adalah angka yang menunjukkan banyaknya kematian yang terjadi pada ibu karena peristiwa kehamilan, persalinan, dan masa nifas. AKI juga menjadi indikator yang penting dalam mengukur derajat kesehatan masyarakat. AKI dapat menggambarkan jumlah wanita yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan dan kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan, dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup. AKI juga dapat digunakan dalam pemantauan kematian terkait dengan kehamilan. Indikator ini dipengaruhi oleh status kesehatan secara umum, pendidikan, dan pelayanan selama kehamilan dan melahirkan. Sensitivitas AKI terhadap perbaikan pelayanan kesehatan menjadikannya sebagai indikator keberhasilan pembangunan sektor kesehatan.
5. Angka Kecelakaan Lalu Lintas per 100.000 penduduk adalah angka yang menunjukkan banyaknya jumlah korban (meninggal dunia, cedera berat, cedera sedang, dan cedera ringan) sebagai akibat dari kecelakaan lalu lintas.
6. *Acute Flacid Paralysis* (AFP) rate per 100.000 penduduk adalah jumlah kasus AFP Non Polio yang ditemukan di antara 100.000 penduduk berumur kurang dari 15 tahun per tahun di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
7. Angka Penemuan Penderita Penyakit (jenis penyakit tertentu) menunjukkan persentase jumlah penderita penyakit tertentu yang ditemukan melalui pemeriksaan dengan gejala-gejala terjangkitnya suatu penyakit di satu wilayah pada kurun waktu tertentu.
8. Angka Kesembuhan penderita penyakit menunjukkan persentase jumlah penderita penyakit yang sembuh

setelah menerima menerima pengobatan yang dinyatakan dengan hasil pemeriksaannya negatif terhadap suatu penyakit.

9. Angka kesakitan menunjukkan persentase jumlah penderita suatu penyakit tertentu yang telah dilakukan pemeriksaan dan didiagnosa oleh tenaga kesehatan terhadap seluruh jumlah penduduk di suatu wilayah tertentu.
10. Penderita penyakit yang ditangani menunjukkan persentase jumlah penderita yang ditemukan dengan gejala penyakit tertentu yang mendapat penanganan atau pengobatan sesuai dengan standar penanganan di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu.
11. Cakupan kunjungan bayi menunjukkan cakupan bayi berumur 1-12 bulan termasuk neonatus yang berumur 1-28 hari yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan standar oleh dokter, bidan, dan perawat yang memiliki kompetensi klinis kesehatan, paling sedikit 4 kali untuk bayi dan 2 kali untuk neonatus di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
12. Persentase bayi lahir ditimbang menunjukkan persentase bayi lahir hidup yang ditimbang segera setelah lahir terhadap seluruh bayi lahir hidup.
13. Persentase BBLR ditangani adalah persentase bayi (dengan berat lahir kurang dari 2.500 gram yang ditimbang pada saat lahir sampai dengan 24 jam pertama setelah lahir) yang mendapat penanganan. Penanganan BBLR meliputi pelayanan kesehatan neonatal dasar (tindakan resusitasi, pencegahan hipotermia, pemberian ASI dini dan eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, kulit, dan pemberian imunisasi), pemberian vitamin K, manajemen terpadu bayi muda, penanganan penyulit/komplikasi/masalah pada BBLR dan penyuluhan perawatan neonatus di rumah menggunakan buku KIA.
14. Persentase Balita Berat Badan Naik menunjukkan persentase balita yang ditimbang di posyandu maupun di luar posyandu yang berat badannya naik di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
15. Persentase Balita dengan BGM (Bawah Garis Merah)/gizi buruk yaitu persentase balita dengan berat badannya berada pada garis merah atau di bawah garis merah pada KMS atau persentase balita dengan status gizi menurut berat badan dan tinggi badannya dengan Z-score < -3, dan atau dengan tanda-tanda klinis (marasmus, kwasiorkor, dan marasmuskwasiorkor).

16. Persentase Kecamatan Bebas Rawan Gizi adalah persentase kecamatan dengan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk pada balita < 15 persen pada kurun waktu tertentu.

2.3.2. Indikator Upaya Kesehatan

Dalam Indikator Upaya Kesehatan ini menguraikan mengenai indikator yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan, akses dan mutu pelayanan kesehatan, perilaku hidup masyarakat, serta keadaan lingkungan. Berikut indikator-indikator tersebut:

1. Persentase cakupan kunjungan ibu hamil K-1/K-4 adalah persentase jumlah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan an antenatal pada masa kehamilan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Kunjungan K-1 mencakup pelayanan bagi ibu hamil yang pertama kali pada masa kehamilan. Sedangkan K-4 mencakup pelayanan bagi ibu hamil paling sedikit empat kali dengan distribusi pemberian pelayanan minimal satu kali pada triwulan pertama, satu kali pada triwulan kedua, dan dua kali pada triwulan ketiga umur kehamilan dan mendapatkan 90 tablet Fe selama periode kehamilannya.
2. Persentase cakupan pertolongan persalinan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan adalah persentase ibu hamil yang bersalin dengan mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan di suatu wilayah kerja pada waktu kurun waktu tertentu.
3. Persentase Peserta KB Baru yaitu persentase Pasangan Usia Subur (PUS) peserta KB baru di suatu wilayah dan kurun waktu tertentu. PUS itu sendiri merupakan pasangan suami istri yang pada saat ini hidup bersama, baik bertempat tinggal resmi dalam satu rumah ataupun tidak, dimana istrinya berumur antara 15 tahun sampai 44 tahun. Sedangkan yang dimaksud dengan peserta KB baru adalah PUS yang baru pertama kali menggunakan salah satu cara/alat dan/atau PUS yang menggunakan kembali salah satu cara/alat kontrasepsi setelah mereka berakhir masa kehamilannya.
4. Persentase DO (*Drop Out*) adalah persentase bayi yang tidak mendapatkan imunisasi lengkap dengan mendeteksi bayi yang mendapat imunisasi DPT1 tetapi tidak terdeteksi pada imunisasi campak. Sedangkan persentase bayi diimunisasi lengkap merupakan persentase bayi yang telah mendapatkan imunisasi dasar

- lengkap. Imunisasi dasar lengkap atau disebut juga LIL (Lima Imunisasi dasar Lengkap) meliputi 1 kali BCG, 3 kali DPT, 4 kali Polio, 4 kali Hepatitis B, dan 1 kali Campak.
5. Persentase Kelurahan/Desa UCI (*Universal Child Immunization*) adalah persentase desa yang memiliki lebih dari sama dengan 80 persen dari jumlah bayi yang ada di desa tersebut sudah mendapat imunisasi dasar lengkap pada kurun waktu tertentu.
Pencapaian UCI pada dasarnya merupakan *proxy* terhadap cakupan atas imunisasi dasar secara lengkap pada bayi berumur 0-11 bulan
 6. Persentase WUS mendapat imunisasi adalah persentase jumlah Wanita Usia Subur yang mendapatkan imunisasi di suatu daerah dan pada periode waktu tertentu. Kelompok wanita yang dikategorikan ke dalam WUS yaitu wanita berusia 15-39 tahun. Imunisasi pada WUS meliputi 5 kali imunisasi TT. Imunisasi TT tersebut merupakan pemberian imunisasi TT pada WUS sebanyak 5 dosis dengan interval tertentu yang berguna bagi kekebalan seumur hidup.
Imunisasi TT yang diberikan yaitu
 1. TT1
 2. TT2 (interval minimal 4 minggu setelah TT1 dengan masa perlindungan 3 tahun),
 3. TT3 (interval minimal 6 bulan setelah TT2 dengan masa perlindungan 5 tahun),
 4. TT4 (interval minimal 1 tahun setelah TT3 dengan masa perlindungan 10 tahun),
 5. TT5 (interval minimal 1 tahun setelah TT4 dengan masa perlindungan 25 tahun).
 7. Persentase Ibu Hamil dan Post Partum atau Neonatus yang mengakses terhadap ketersediaan darah adalah persentase yang menunjukkan jumlah ibu hamil, post partum yang dirujuk dan mendapatkan darah yang aman dan sesuai dengan kebutuhan di rumah sakit pemerintah dan swasta.
 8. Persentase Ibu Hamil/Neonatus Risti/Komplikasi yang tertangani yaitu persentase banyaknya ibu hamil/neonatus yang dinyatakan terkena rist/komplikasi yang ditangani sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan terlatih di Puskesmas Perawatan dan RS pemerintah/swasta. Risti/komplikasi itu sendiri merupakan keadaan penyimpangan dari normal yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi. Risti/komplikasi ini meliputi Hb < 8 g%, tekanan darah tinggi (sistole > 140 mmHg, diastole > 90 mmHg, oedema nyata, eklampsia, perdarahan pervaginam,

- ketuban pecah dini, letak lintang pada usia kehamilan > 32 minggu, letak sungsang pada primigravida, infeksi berat/sepsis, persalinan prematur.
9. Persentase sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawat darurat yang dapat dicapai di akses masyarakat yaitu persentase jumlah sarana kesehatan yang mempunyai kemampuan untuk melaksanakan pelayanan gawat darurat sesuai standar dan dapat diakses oleh masyarakat dalam kurun waktu tertentu. Cakupan saran kesehatan yang dimaksud meliputi rumah sakit bersalin, puskesmas, dan rumah sakit.
 10. Persentase desa KLB yang ditangani ,24 jam adalah persentase jumlah Kejadian Luar Biasa (KLB) yang segera ditangani dan dilakukan penyelidikan serta penanggulangan kurang dari 24 jam sejak menerima laporan terjadinya KLB. KLB itu sendiri merupakan timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan dan atau kematian yang bermakna secara epidemiologi pada suatu Kelurahan/Desa dalam waktu tertentu.
 11. *Attack Rate* adalah angka pengukuran yang digunakan untuk menghitung insiden kasus baru selama kejadian wabah. Angka serangan sekunder dihitung berdasarkan jumlah kasus baru yang sebelumnya mengadakan kontak dengan kasus prime (kasus yang menjadi penularan) dalam masa inkubasi penyakit tersebut. Penyebutnya merupakan jumlah total orang yang terpapar dengan kasus primer pada masa yang sama (penduduk terancam).
Indikator ini juga dapat dihubungkan dengan CFR (*Case Fatality Rate*) yaitu persentase orang yang meninggal karena suatu penyakit terhadap seluruh kasus penyakit yang sama.
 12. Persentase Bayi yang mendapat ASI eksklusif adalah indikator yang menggambarkan persentase bayi yang hanya mendapatkan ASI saja sejak lahir sampai usia 6 bulan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
 13. Persentase masyarakat miskin mendapatkan pelayanan kesehatan (rawat jalan/inap) adalah persentase masyarakat miskin yang memperoleh pelayanan kesehatan (rawat jalan/inap) di sarana pelayanan kesehatan baik pemerintah atau swasta yang meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
 14. Persentase Pra Usila dan Usila mendapatkan pelayanan kesehatan adalah persentase pra usila dan usia lanjut yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar yang ada di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

15. Ketersediaan obat sesuai kebutuhan adalah tingkat persediaan obat di instalasi farmasi pemerintah daerah untuk memenuhi kebutuhan pelayanan dasar di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.
16. Persentase rumah tangga ber PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) adalah persentase rumah tangga yang seluruh anggota rumah tangganya berperilaku hidup bersih dan meliputi 10 indikator yaitu pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, balita diberi ASI eksklusif, mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan, tersedia air bersih, tersedianya jamban, kesesuaian luas lantai dengan jumlah penghuni, lantai rumah bukan dari tanah (indikator terpilih), tidak merokok, melakukan aktivitas fisik tiap hari, makan sayur dan buah setiap hari.
17. Persentase Posyandu Aktif adalah persentase posyandu yang melaksanakan kegiatan hari buka dengan frekuensi lebih dari 8 kali per tahun, rata-rata jumlah kader yang bertugas sebanyak 5 orang atau lebih, cakupan utama (KIA, KB, Gizi, imunisasi lebih dari 50% dan sudah ada atau lebih program tambahan), serta cakupan dana sehat < 50%.
Berdasarkan jenisnya, Posyandu dibagi menjadi 4 jenis kategori yaitu:
 1. Posyandu Pratama adalah posyandu yang kegiatan pelayanannya belum rutin dan jumlah kader 5 orang.
 2. Posyandu Madya adalah posyandu dengan kegiatan lebih teratur dibandingkan posyandu pratama dan jumlah kader 5 orang.
 3. Posyandu Purnama adalah posyandu dengan frekuensi kegiatan lebih dari 8 kali per tahun, rata-rata jumlah kader tugas 5 orang atau lebih, dan cakupan 5 program utamanya seperti KB, KIA, Gizi, dan imunisasi lebih dari 50 persen serta sudah ada program tambahan.
 4. Posyandu Mandiri adalah posyandu yang sudah dapat melakukan kegiatan secara teratur, dengan cakupan 5 program utamanya sudah bagus, ada program tambahan dan dana sehat yang telah menjangkau 50 persen KK.
18. Persentase Rumah Sehat adalah persentase rumah/ bangunan tinggal yang memenuhi syarat kesehatan seperti rumah memiliki jamban sehat, sarana air bersih, tempat pembuangan sampah, sarana pembuangan air limbah, ventilasi rumah yang baik, kepadatan hunian rumah yang sesuai dan lantai rumah yang tidak terbuat dari tanah.

Jenis-Jenis Indikator Kesehatan

19. Persentase Sarana Sanitasi Dasar yang memenuhi syarat kesehatan di lingkungan pemukiman adalah persentase jumlah sarana yang memenuhi syarat kesehatan dibagi dengan sarana sanitasi dasar yang diperiksa pada periode/kurun waktu tertentu. Salah satu sarana sanitasi dasar yaitu sarana jamban yaitu tempat buang air besar yang pembuatannya memenuhi syarat-syarat kesehatan menggunakan tangki septik. Selain itu tersedia akses air bersih, pembuangan limbah dan sampah yang baik.
20. Persentase Tempat Umum dan Pengelolaan Makanan (TUPM) sehat adalah persentase tempat umum yang memenuhi syarat kesehatan seperti terpenuhinya akses sanitasi dasar (air, jamban, limbah, sampah), terlaksananya pengendalian vektor, higienis sanitasi maksimum minimum, pencahayaan dan ventilasi sesuai dengan kriteria, persyaratan dan atau standar kesehatan.
21. Persentase Rumah/Bangunan Bebas Jentik Nyamuk Aedes adalah persentase rumah yang bebas jentik nyamuk Aedes di suatu wilayah kerja pada waktu tertentu.

2.3.3. Indikator Sumber Daya Kesehatan

Dalam Indikator Sumber Daya Kesehatan ini menguraikan mengenai indikator yang berhubungan dengan sarana kesehatan, tenaga kesehatan, pembiayaan kesehatan dan sumber daya kesehatan lainnya. Berikut indikator-indikator tersebut:

1. Persentase (Medis/perawat dan bidan/farmasi/gizi/teknisi medis/sanitasi/kesmas) adalah jumlah (Medis/perawat dan bidan/farmasi/gizi/teknisi medis/sanitasi/kesmas) yang bertugas di suatu instansi berbanding jumlah seluruh (Medis/perawat dan bidan/farmasi/gizi/teknisi medis/sanitasi/kesmas) di seluruh instansi.
Yang dimaksud dengan tenaga kesehatan di atas yaitu:
Medis : Dokter, Dokter Gigi, Dokter/Dokter Gigi spesialis
Farmasi : Termasuk lulusan DIII dan S1
Gizi : Lulusan DI, DIII Gizi (SPAG&AKZI), DIV
Teknisi Medis : Analis, TEM, Penata Rontgen, Penata Anestesi, Fisioterapi
Sanitasi : Lulusan SPPH, APK, dan DIII kesehatan lingkungan
Kemas : SKM, MPH, dll
2. Rata-rata tenaga kesehatan per 100.000 penduduk adalah jumlah tenaga kesehatan dibandingkan dengan 100.000 penduduk di suatu wilayah.
Tenaga kesehatan tersebut yaitu

1. Tenaga kesehatan baik yang berstatus PNS atau bukan seperti dokter, dokter gigi, dokter spesialis, apoteker, bidan, perawat.
2. Ahli gizi, ahlis sanitasi, ahli kesehatan masyarakat, analisis laboratorium, pranata anastesi, fisioterapis dari seluruh jenjang pendidikan.
3. Persentase Desa Siaga adalah persentase desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta keamuan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri. Sebuah desa dikatakan desa siaga apabila desa tersebut telah memiliki sekurang-kurangnya sebuah Pos Kesehatan Desa (Poskesdes).
4. *Bed Occupancy Rate* (BOR) adalah persentase pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu tertentu.
5. *Length of Stay* (LOS) adalah rata-rata lama rawatan seorang pasien.
6. *Turn Over Interval* (TOI) adalah rata-rata hari tempat tidur yang tidak ditempati dari saat terisi ke saat terisi berikutnya.
7. *Gross Death Rate* (GDR) adalah angka kematian umum untuk tiap-tiap 1.000 penderita keluar (hidup+mati).
8. *Net Death Rate* (NDR) adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1.000 penderita keluar (hidup+mati).
9. Persentase Anggaran Kesehatan dalam APBN/APBD dana yang disediakan untuk penyelenggaraan upaya kesehatan yang dialokasikan melalui dana pemerintah (APBD/APBN).
10. Persentase anggaran kesehatan pemerintah per kapita per tahun adalah jumlah anggaran yang dialokasikan oleh pemerintah (melalui APBN, APBD, dan PHLN) untuk biaya penyelenggaraan upaya kesehatan per kapita per tahun.

2.4. Indikator yang Dihitung oleh BKKBN

Instansi selain BPS dan Kementerian Kesehatan yang dapat menjadi kontributor data untuk menghitung beberapa indikator kesehatan adalah BKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional). Pengumpulan data yang dilakukan BKKBN melalui pendekatan keluarga dengan wawancara langsung dengan menggunakan kuesioner oleh kader BKKBN. Indikator yang dihitung oleh BKKBN antara lain:

1. Proporsi Wanita Usia Subur 15-49 Tahun dan Berstatus Kawin yang Sedang Menggunakan Alat KB (KB pada WUS). KB pada WUS adalah perbandingan antara WUS

- yang menggunakan salah satu alat kontrasepsi dengan jumlah WUS biasanya dinyatakan dalam presentase
2. Cakupan sasaran PUS menjadi peserta KB Aktif Berdasarkan PERKA BKKBN no.55 tahun 2010, PUS menjadi peserta KB aktif adalah pasangan suami istri yang sah yang istrinya atau suaminya masih menggunakan alat, obat atau cara kontrasepsi untuk mencegah kehamilan dalam kurun waktu tertentu. Indikator ini berguna untuk menetapkan kebijakan pengendalian kependudukan, penyediaan pelayanan KB seperti sterilisasi, pemasangan IUD, persiapan alat dan obat, serta pelayanan konseling untuk menampung kebutuhan dan menanggapi keluhan pemakaian kontrasepsi. Semakin tinggi hasil perhitungan berarti semakin baik karena PUS yang sadar pentingnya KB semakin banyak. Sasaran peserta KB aktif (PA) adalah sebesar 65% tahun 2014.
 3. Persentase Pemakai suatu Cara KB menurut Alat/Cara KB/*Contraceptive Mix* adalah banyaknya PUS yang memakai suatu cara KB per 100 PUS. Indikator ini bermanfaat untuk mengetahui cara KB mana yang paling disukai oleh PUS di daerah tertentu pada waktu tertentu dan sangat bermanfaat dalam penajaman sasaran kebijakan pengendalian kelahiran.
 4. Cakupan PUS yang ingin ber-KB tidak terpenuhi (*Unmet Need*). Pasangan Usia Subur yang ingin ber-KB tetapi tidak terpenuhi disebut Unmet Need, bisa dikarenakan: (1) ingin anak ditunda (2) tidak ingin punya anak lagi dan yang bersangkutan tidak ber-KB. Cakupan ini untuk mengukur akses dan kualitas pelayanan KB yang tidak terpenuhi di suatu daerah. Hasil perhitungan makin kecil berarti makin baik. Sasaran Unmet Need yaitu 5,0% , menggunakan standar nasional tahun 2014.
 5. Cakupan PUS anggota Usaha Peningkatan Pendapatan Keluarga Sejahtera (UPPKS) yang ber-KB. UPPKS adalah kegiatan ekonomi produktif yang beranggotakan Keluarga Pra Sejahtera (KPS) dan Sejahtera I sampai Sejahtera III plus, baik yang belum maupun yang sudah menjadi peserta KB. Dalam menjaga kelangsungan kesertaan ber-KB dilakukan upaya peningkatan pendapatan keluarga dalam rangka peningkatan tahapan keluarga sejahtera ber-KB. Kelompok UPPKS pada hakekatnya merupakan wadah pembinaan KPS dan KS I untuk memenuhi kebutuhan akses informasi dan pembinaan usaha ekonomi produktif bagi anggota kelompok dan

pembinaan kelangsungan ber-KB dan bagi yang telah berhasil meningkatkan tahapan KS diarahkan ke pelayanan KB swasta.

Banyaknya anggota UPPKS ber KB yaitu anggota UPPKS yang menjadi peserta KB Aktif. Seluruh anggota UPPKS peserta KB yaitu seluruh anggota UPPKS yang berstatus PUS (Pasangan Usia Subur). Hasil perhitungan makin besar berarti makin baik. Sasaran cakupan anggota UPPKS peserta KB yang ber-KB yaitu sebesar 87% pada tahun 2014.

6. Cakupan PUS yang istrinya di bawah usia 20 tahun. PUS adalah pasangan suami istri yang usia istrinya antara 15 - 49 tahun yang kemudian dibagi menjadi 3 (tiga) kelompok yakni; di bawah usia 20 tahun, antara 20 – 35 tahun dan usia diatas 35 tahun. Berdasarkan pertimbangan fisik dan mental, usia terbaik melahirkan adalah antara 20 – 35 tahun, sehingga sangat dianjurkan bagi setiap wanita dapat menikah diatas 20 tahun. Dengan demikian yang dimaksud PUS yang istrinya di bawah usia 20 tahun adalah suatu keadaan pasangan suami istri yang istrinya masih di bawah usia 20 tahun yang dapat menyebabkan resiko tinggi bagi seorang ibu yang melahirkan dan anak yang dilahirkan. Indikator ini dapat digunakan untuk melihat pencapaian suatu daerah dalam Pelayanan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi pendewasaan usia kawin pertama. Jika proporsi PUS yang usia istrinya dibawah 20 tahun semakin menurun (di bawah 3,5%) berarti daerah tersebut telah berhasil dalam menyelenggarakan program pendewasaan usia perkawinan.
7. Angka Prevalensi Pemakaian Kontrasepsi / *Contraceptive Prevalence Ratio* (CPR) adalah angka yang menunjukkan banyaknya PUS yang sedang memakai kontrasepsi pada saat pencacahan. Indikator ini bermanfaat untuk menetapkan kebijakan pengendalian kependudukan, penyediaan pelayanan KB seperti sterilisasi, pemasangan IUD, persiapan alat dan obat, serta pelayanan konseling untuk menampung kebutuhan dan menanggapi keluhan pemakaian kontrasepsi.
8. Persentase PUS pernah pakai KB / *Ever User* adalah banyaknya wanita usia 15-49 berstatus kawin (PUS) yang pernah memakai suatu cara KB dari seluruh PUS. Indikator ini bermanfaat untuk mengetahui potensi pemakaian alat/cara KB tertentu di kalangan PUS. Jika diketahui alasan mengapa para wanita yang pernah pakai KB berhenti ber-KB maka pelaksana program akan dapat

memperbaiki pelayanan atau mengarahkan program kepada hal-hal yang lebih tepat sasaran.

2.5. Indikator yang Dihitung dari Kerjasama Antar Lembaga/Instansi/Kementerian

Salah satu kegiatan kerjasama antar lembaga/instansi/kementerian dalam hal pengumpulan data indikator tentang kesehatan yakni Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) dan Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI). Lembaga/instansi/kementerian yang bekerjasama antara lain BPS, Kemenkes, BKKBN, dan Macro International Calverton, Maryland, USA. Berikut indikator-indikator yang dapat dihitung dari kedua survei tersebut:

2.5.1. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI)

1. Fertilitas meliputi indikator:
 - a. Angka Kelahiran Total/ *Total Fertility Rate* (TFR) dan angka fertilitas menurut umur (*Age Spesific Fertility Rate /ASFR*).
 - b. Angka Kelahiran Umum/ *General Fertility Rate* (GFR)
 - c. Angka Kelahiran Kasar/ *Crude Birth Rate* (CBR)
 - d. Persentase wanita hamil umur 15-49 tahun.
 - e. Rata-rata anak lahir hidup terhadap wanita umur 15-49 tahun.
 - f. Distribusi persentase semua wanita dan wanita berstatus kawin umur 15-49 tahun menurut jumlah anak lahir hidup.
 - g. Persentase wanita yang melahirkan pertama kali pada umur tertentu menurut umur.
 - h. Median umur persalinan pertama.
 - i. Persentase wanita umur 15-19 tahun yang sudah melahirkan atau mengandung anak pertama menurut karakteristik latar belakang.
2. Pengetahuan dan pemakaian alat/cara KB meliputi indikator:
 - a. Persentase wanita pernah kawin, wanita berstatus kawin, serta pria kawin yang mengetahui paling sedikit satu alat/cara KB menurut alat/cara KB.
 - b. Persentase wanita pernah kawin, wanita berstatus kawin, serta pria kawin yang mendengar atau membaca pesan KB di media elektronik atau media cetak.
 - c. Persentase wanita pernah kawin, wanita berstatus kawin, serta pria kawin yang mendengar atau melihat

- pesan KB dari petugas tertentu.
- d. Persentase wanita yang tidak menggunakan alat/cara KB yang dikunjungi petugas lapangan KB dan diskusi tentang KB, mengunjungi fasilitas kesehatan dan diskusi tentang KB, mengunjungi fasilitas kesehatan dan tidak diskusi tentang KB menurut karakteristik latar belakang.
 - e. Distribusi persentase wanita berstatus kawin yang mengetahui metode KB menurut banyaknya diskusi tentang KB dengan suami.
 - f. Distribusi persentase pria berstatus kawin yang mengetahui metode KB menurut banyaknya diskusi tentang KB dengan istri.
 - g. Distribusi persentase wanita berstatus kawin yang mengetahui metode kontrasepsi menurut sikap terhadap KB.
 - h. Distribusi persentase wanita pernah kawin dan pria kawin menurut pengetahuan tentang masa subur dan pemakaian metode pantang berkala.
 - i. Persentase wanita pernah kawin dan berstatus kawin yang pernah menggunakan kontrasepsi menurut alat/cara KB.
 - j. Persentase pria kawin yang pernah menggunakan kontrasepsi menurut alat/cara KB.
3. Pemakaian alat/cara KB meliputi indikator :
- a. Persentase wanita berstatus kawin menurut alat/cara KB yang dipakai.
 - b. Persentase pria berstatus kawin menurut alat/cara KB yang dipakai.
 - c. Persentase wanita berstatus kawin yang memakai pil, distribusi pemakai pil, dan kemampuan menunjukkan kemasan pil, dan persentase pemakai pil yang meminum pil dari dua hari yang lalu.
 - d. Persentase wanita pemakai suntikan satu bulanan yang sudah disuntik dalam empat minggu terakhir dan persentase wanita pemakai suntikan tiga bulanan yang disuntik dalam tiga bulan terakhir.
 - e. Distribusi persentase peserta KB yang mengalami masalah dengan alat/cara KB yang digunakan menurut metode yang dipakai.
 - f. Distribusi persentase pemakai alat/cara KB modern yang memperoleh alat/cara KB secara cuma-cuma atau membayar menurut sumber pelayanan dan alat/cara KB yang dipilih.
 - g. Distribusi persentase pemakai alat/cara KB modern berdasarkan tempat terbanyak untuk mendapatkan

Jenis-Jenis Indikator Kesehatan

- alat/cara KB.
- h. Distribusi persentase wanita yang disterilisasi menurut usia pada waktu disterilisasi dan median umur saat sterilisasi menurut lamanya tahun sejak dilakukan operasi.
- 4. Keinginan mempunyai anak meliputi indikator:
 - a. Persentase wanita berstatus kawin yang memerlukan pelayanan KB yang tidak terpenuhi, persentase yang kebutuhan KBnya terpenuhi, dan total kebutuhan pelayanan KB menurut karakteristik latar belakang.
 - b. Distribusi persentase wanita pernah kawin menurut jumlah anak ideal, rata-rata jumlah anak ideal untuk wanita pernah kawin dan wanita berstatus kawin menurut jumlah anak masih hidup.
 - c. Distribusi persentase jumlah kelahiran selama lima tahun sebelum survei menurut status perencanaan kelahiran, urutan kelahiran, dan umur ibu waktu melahirkan.
- 5. Tidak pakai kontrasepsi dan ekinginan untuk pakai kontrasepsi meliputi indikator:
 - a. Tingkat putus pakai kontrasepsi selama 12 bulan menurut alasan berhenti memakai alat/cara KB.
 - b. Distribusi persentase wanita berstatus kawin yang tidak memakai alat/cara KB menurut keinginan untuk memakai alat/cara KB.
 - c. Distribusi persentase wanita berstatus kawin yang tidak memakai alat/cara KB dan yang tidak berkeinginan untuk memakai alat/cara KB pada waktu yang akan datang menurut alasan utama tidak ingin pakai.
 - d. Distribusi persentase pria berstatus kawin yang tidak memakai alat/cara KB menurut keinginan untuk memakai alat/cara KB.
- 6. Faktor penentu fertilitas selain kontrasepsi meliputi indikator:
 - a. Persentase wanita yang kawin pertama pada umur tertentu dan median umur kawin pertama.
 - b. Persentase wanita pernah kawin dan pria kawin yang pertama kali melakukan hubungan seksual menurut umur tertentu dan median umur pertama kali melakukan hubungan seksual.
 - c. Persentase wanita umur 30-49 tahun yang menopause/mati haid menurut umur.
- 7. Kematian bayi dan anak meliputi indikator:
 - a. Angka kematian neonatum, post-neonatum, bayi, anak, dan balita.

- b. Angka kematian Perinatal/Prenatal.
- c. Distribusi persentase anak yang dilahirkan selama 5 tahun sebelum survei menurut kategori risiko tinggi dan distribusi persentase wanita berstatus kawin yang berisiko tinggi melahirkan anak menurut kategori risiko.
- 8. Kesehatan ibu meliputi indikator:
 - a. Distribusi persentase wanita yang mempunyai anak lahir hidup terakhir menurut tenaga pemeriksa kehamilan.
 - b. Distribusi persentase wanita yang mempunyai anak lahir hidup terakhir menurut jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan, umur kandungan dalam bulan pada saat kunjungan pertama, dan jadwal paling sedikit satu kunjungan pemeriksaan kehamilan dalam trisemester, median umur kehamilan pada kunjungan pertama.
 - c. Persentase ibu yang mempunyai anak lahir hidup terakhir yang mendapat pelayanan pemeriksaan kehamilan tertentu, dan persentase ibu yang mendapat pil zat besi.
 - d. Distribusi persentase ibu yang mempunyai anak lahir hidup terakhir menurut jumlah imunisasi tetanus toksoid.
 - e. Persentase anak lahir hidup terakhir yang ibunya mengalami komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan menurut jenis komplikasi dan indikator pelayanan ibu hamil.
 - f. Persentase anak lahir hidup terakhir menurut tempat persalinan.
 - g. Persentase anak lahir hidup terakhir menurut penolong persalinan berkualifikasi tinggi.
 - h. Persentase anak lahir hidup terakhir menurut penolong persalinan berkualifikasi rendah.
 - i. Persentase anak lahir hidup terakhir menurut berat lahir dan perkiraan ukuran bayi saat lahir.
 - j. Persentase ibu yang mempunyai anak lahir hidup terakhir yang membicarakan topik tertentu selama kehamilan.
 - k. Persentase anak lahir hidup terakhir yang ibunya mengalami komplikasi yang berhubungan dengan persalinan menurut jenis komplikasi dan indikator pelayanan ibu hamil.
 - l. Persentase wanita yang melahirkan hidup terakhir bukan di fasilitas kesehatan menurut saat pemeriksaan nifas pertama.

Jenis-Jenis Indikator Kesehatan

- m. Persentase wanita yang mempunyai anak lahir hidup terakhir yang mendapat pemeriksaan kehamilan dan mendapat perawatan nifas dari tenaga kesehatan profesional, persentase anak yang ibunya mendapat perawatan persalinan dari tenaga kesehatan profesional.
 - n. Persentase wanita pernah kawin yang melaporkan adanya masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan untuk mereka yang sedang sakit menurut jenis masalah.
9. Imunisasi anak meliputi indikator:
- a. Persentase anak umur 12-23 bulan yang mendapatkan imunisasi tertentu menurut sumber informasi (KMS atau pengakuan ibu), dan persentase anak usia 12-23 bulan yang mendapat imunisasi sebelum berumur 12 bulan.
 - b. Persentase anak umur 12-23 bulan yang diimunisasi lengkap.
10. Penyakit anak meliputi indikator:
- a. Prevalensi ISPA dan/atau demam pada balita dan persentase balita yang berobat ke fasilitas atau tenaga kesehatan.
 - b. Persentase balita yang sakit demam selama dua minggu menurut jenis obat yang diminum.
 - c. Distribusi persentase ibu yang tinggal bersama balita termuda menurut cara tinja anak dibuang dan jenis fasilitas kakus di rumah tangga.
 - d. Persentase balita yang terkena diare dalam dua minggu.
 - e. Persentase ibu yang melahirkan dalam lima tahun sebelum survei yang mengetahui tentang paket oralit untuk pengobatan diare.
 - f. Persentase balita yang diare dalam dua minggu yang berobat ke petugas kesehatan, persentase yang mendapat oralit, dan persentase yang diberi pengobatan lain.
 - g. Persentase balita yang diare dalam dua minggu menurut jumlah makanan dan minuman dibandingkan dengan kebiasaan normal.
 - h. Persentase balita yang diare dalam dua minggu yang diberi minuman lebih banyak dan melanjutkan diberi makanan selama diare.
 - i. Persentase wanita yang mencuci tangan sebelum memasak untuk keluarganya.
11. Pemberian makanan pada anak meliputi indikator:
- a. Persentase anak yang lahir dalam 5 tahun terakhir

- yang pernah disusui, persentase yang mulai diberi ASI dalam 1 jam setelah lahir, dan persentase yang menerima makanan praklasi.
- b. Distribusi persentase anak terkecil di bawah umur 3 tahun yang tinggal bersama ibunya menurut status pemberian ASI dan persentase pemberian ASI saat ini, serta persentase semua anak di bawah umur 3 tahun yang menggunakan botol dengan dot.
 - c. Median lama (bulan) pemberian ASI di antara anak yang lahir dalam 3 tahun terakhir, rata-rata frekuensi pemberian ASI pada siang hari dan malam hari.
 - d. Persentase anak umur 6-23 bulan yang diberi Praktek Pemberian Makanan Pendamping ASI (PPMBA).
 - e. Persentase anak umur 6-35 bulan yang tinggal bersama ibunya yang mengkonsumsi makanan kaya vitamin A dalam 24 jam terakhir.
 - f. Persentase anak umur 6-35 bulan yang tinggal bersama ibunya yang mengkonsumsi makanan kaya zat besi dalam 24 jam terakhir.
 - g. Persentase anak umur 6-35 bulan yang tinggal bersama ibunya yang diberi suplemen vitamin A dalam 6 bulan terakhir.
12. Pengetahuan tentang HIV/AIDS dan penyakit menular seksual lainnya meliputi indikator:
- a. Persentase wanita pernah kawin dan pria kawin yang pernah mendengar tentang AIDS.
 - b. Persentase wanita pernah kawin yang mengidentifikasi sumber informasi tentang HIV/AIDS.
 - c. Persentase pria pernah kawin yang menunjukkan sumber informasi tentang HIV/AIDS.
 - d. Persentase wanita pernah kawin dan pria kawin yang menjawab pertanyaan orang dapat mengurangi risiko terinfeksi virus AIDS dengan cara menggunakan kondom saat berhubungan seks, dengan hanya mempunyai satu pasangan seksual yang tidak terinfeksi, dan dengan cara abstain.
 - e. Persentase wanita pernah kawin dan pria kawin yang mengatakan orang yang tampak sehat dapat terinfeksi virus AIDS dan yang menolak persepsi yang salah tentang penularan dan pencegahan AIDS, dan persentase pengetahuan komprehensif tentang pencegahan dan penularan HIV.
 - f. Persentase wanita pernah kawin dan pria kawin yang mengatakan HIV/AIDS dapat ditularkan dari ibu ke anak, dan persentase yang mengenal seseorang yang mengidap virus penyebab AIDS atau meninggal

- karena AIDS.
- g. Distribusi persentase wanita berstatus kawin dan pria kawin yang pernah mendiskusikan tentang pencegahan HIV/AIDS dengan suami/istri.
 - h. Persentase wanita pernah kawin dan pria kawin yang pernah mendengar tentang AIDS, persentase yang menunjukkan sikap menerima terhadap penderita AIDS.
 - i. Persentase wanita pernah kawin yang mengetahui sumber kondom pria dan persentase mereka yang dapat memperolehnya.
 - j. Persentase wanita pernah kawin yang berpendapat bahwa boleh menolak berhubungan seksual dengan suami bila istri tahu suami mempunyai penyakit menular seksual, istri tahu suami mempunyai wanita lain, istri dalam masa nifas atau sedang menstruasi, dan istri lelah atau sedang tidak ingin.
 - k. Persentase wanita pernah kawin dan pria kawin yang mengetahui tentang gejala IMS pada pria dan wanita.
 - l. Persentase wanita pernah kawin dan pria kawin yang menunjukkan sumber informasi tentang Infeksi Menular Seksual (IMS).
 - m. Persentase wanita pernah kawin dan pria kawin yang berhubungan seksual yang melaporkan pernah mengalami IMS dan atau gejala IMS selama 12 bulan terakhir.
 - n. Persentase wanita muda pernah kawin dan pria muda kawin umur 15-24 tahun dengan pengetahuan komprehensif tentang AIDS dan persentase dengan pengetahuan sumber kondom.
 - o. Persentase wanita muda pernah kawin dan pria muda kawin umur 15-24 tahun yang berhubungan seksual pertama kali sebelum umur 15 tahun, dan persentase yang berumur 18-24 tahun yang berhubungan seksual pertama kali sebelum umur 18 tahun.
 - p. Persentase wanita pernah kawin dan pria kawin yang mengetahui tempat dimana mendapatkan pelayanan Voluntary Counselling and Testing (VCT).
13. Isu kesehatan lainnya meliputi indikator:
- a. Persentase rumah tangga yang memiliki kelambu paling sedikit satu atau lebih, kelambu yang pernah diberi insektisida, kelambu yang diberi insektisida, dan rata-rata jumlah kelambu per rumah tangga.
 - b. Persentase anak di bawah umur 5 tahun yang semalam tidur di bawah kelambu jenis apapun,

persentase tidur di bawah kelambu pernah diberi insektisida, persentase yang tidur di bawah kelambu diberi insektisida.

- c. Persentase wanita umur 15-49 tahun dan wanita hamil umur 15-49 tahun yang tidur dibawah kelambu jenis apapun, kelambu yang pernah diberi insektisida, kelambu yang diberi insektisida.
- d. Persentase ibu yang emnerima nasehat atau perawatan dari petugas kesehatan pada waktu melahirkan anak terakhir berdasarkan laporan ayah.
- e. Persentase anak kelahiran terakhir yang menerima spesifik vaksin berdasarkan laporan ayah.
- f. Persentase kelahiran terakhir dimana ayah mendiskusikan dengan petugas kesehatan tentang eksehatan atau kehamilan sitrinya, dan persentase yang mendiskusikan topik khusus.
- g. Persentase kelahiran terakhir dimana ayah mendiskusikan topik mengenai persalinan.

2.5.2. Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI)

1. Pengetahuan mengenai sistem reproduksi manusia dan pengalaman pubertas meliputi indikator:
 - a. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang mengetahui tentang perubahan fisik remaja pria dan wanita.
 - b. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang menerima informasi mengenai perubahan fisik pada laki-laki dan perempuan saat pubertas dari berbagai sumber.
 - c. Persentase wanita belum kawin berumur 15-24 tahun yang mendapat haid pertama kali menurut usia saat itu.
 - d. Persentase wanita belum kawin berumur 15-24 tahun yang telah mendapat haid, yang mendiskusikan masalah haid dengan seseorang sebelum ia mendapat haid pertama kali.
 - e. Persentase wanita belum kawin berumur 15-24 tahun yang telah mendapat haid, yang mendiskusikan masalah haid dengan seseorang pada waktu ia mendapat haid pertama kali.
 - f. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang mengatakan perlu pemeriksaan kesehatan sebelum pernikahan menurut jenis pemeriksaan.
 - g. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur

Jenis-Jenis Indikator Kesehatan

- 15-24 tahun yang pernah mendengar tentang anemia dan mempunyai persepsi tentang anemia.
- h. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang melaporkan penyebab spesifik anemia.
- i. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang melaporkan pengobatan spesifik anemia.
- j. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun menurut orang yang diajak berdiskusi tentang kesehatan reproduksi.
- k. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang mengetahui tempat yang menyediakan informasi dan konsultasi tentang kesehatan reproduksi remaja menurut sumber informasi.
- l. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun bersekolah yang mendapat pelajaran tentang sistem reproduksi pada tingkat pendidikan yang berbeda.
- m. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun bersekolah yang mendapat pelajaran tentang keluarga berencana pada tingkat pendidikan yang berbeda.
- n. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun bersekolah yang mendapat pelajaran tentang HIV/AIDS pada tingkat pendidikan yang berbeda.
- o. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun bersekolah yang mendapat pelajaran tentang penyakit menular seksual pada tingkat pendidikan yang berbeda.
- 2. Keluarga berencana meliputi indikator:
 - a. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang mengetahui paling sedikit satu cara/alat KB.
 - b. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang berkeinginan untuk menggunakan alat/cara KB menurut jenisnya.
 - c. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang menginginkan pasangan mereka menggunakan suatu cara/alat KB.
 - d. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang berkeinginan untuk menggunakan alat/cara KB menurut sumber pelayanan.
 - e. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur

- 15-24 tahun yang berpendapat tentang pelayanan KB yang perlu disediakan untuk remaja menurut jenis pelayanan.
- f. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang setuju dengan pernyataan tentang kondom.
3. Keinginan mempunyai anak meliputi indikator:
 - a. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun menurut umur ideal mempunyai anak pertama untuk wanita dan pria.
 - b. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun menurut jumlah anak ideal dan rata-rata jumlah anak ideal.
 4. Merokok, minum minuman beralkohol, dan penggunaan obat terlarang meliputi indikator:
 - a. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang bukan perokok, mantan perokok, dan perokok saat ini.
 - b. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang pernah merokok menurut umur pertama kali merokok.
 - c. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun perokok saat ini menurut jumlah batang rokok yang dihisap dalam 24 jam terakhir.
 - d. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang tidak pernah minum minuman beralkohol, mantan peminum, dan peminum minum minuman beralkohol saat ini.
 - e. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang pernah minum minuman beralkohol menurut umur pertama kali minum minuman beralkohol.
 - f. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang pernah menggunakan obat-obatan terlarang menurut metode penggunaan obat-obatan terlarang.
 5. Pengetahuan tentang HIV/AIDS dan infeksi menular seksual lainnya meliputi indikator:
 - a. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang pernah mendengar tentang AIDS dan sumber informasinya.
 - b. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang memberi jawaban yang spesifik pada pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan HIV/AIDS.
 - c. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur

Jenis-Jenis Indikator Kesehatan

- 15-24 tahun yang mengetahui tes VCT dan tempat tesnya.
 - d. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang memberi jawaban yang spesifik pada pertanyaan berbagai aspek sosial HIV/AIDS.
 - e. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang mengetahui pencegahan HIV.
 - f. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang pernah mendengar tentang infeksi menular seksual lainnya dan sumber informasinya.
 - g. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang mengetahui gejala yang berkaitan IMS pada pria dan wanita.
 - h. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang melaporkan prevalensi gejala IMS setahun terakhir.
 - i. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang pernah mengalami gejala IMS setahun terakhir menurut pola pencarian pengobatan.
6. Perilaku seksual meliputi indikator:
- a. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang setuju berhubungan seksual sebelum menikah.
 - b. Persentase pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang setuju berhubungan seksual sebelum menikah menurut alasannya.
 - c. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang setuju bahwa seorang wanita harus mempertahankan keperawanannya dan pendapat pria tentang keperawanan.
 - d. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang pernah melakukan hubungan seksual menurut umur pertama kali berhubungan dan alasannya.
 - e. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang pernah berhubungan seksual dengan menggunakan kondom saat berhubungan pertama kali dan terakhir.
 - f. Persentase wanita dan pria belum kawin berumur 15-24 tahun yang mengetahui seseorang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan sebelum menikah.

SUMBER DATA INDIKATOR KESEHATAN

Sumber Data Indikator Kesehatan Dari BPS ●

*Sumber Data Indikator Kesehatan Dari
Kementerian Kesehatan ●*

*Sumber Data Indikator Kesehatan Kerjasama BPS
dengan BKKBN, Kementerian Kesehatan dan Macro
International, USA ●*



Tersedianya berbagai indikator mengenai kesehatan sangat penting untuk mengetahui sejauh mana hasil pembangunan yang telah dicapai oleh pemerintah serta dapat digunakan untuk perencanaan pembangunan di bidang kesehatan. Oleh karena itu, data kesehatan yang merupakan bagian dari data sosial secara rutin juga disediakan oleh BPS melalui sensus dan survei. Demikian pula dengan Kemenkes, BKKBN maupun kerjasama antar instansi yang juga menyediakan informasi tentang kesehatan di Indonesia.

Berbagai macam survei atau sensus telah dilaksanakan oleh BPS. Salah satu survei yang dilakukan BPS setiap tahun adalah Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) yang mencakup dua macam data, yaitu data pokok (Kor) yang disajikan setiap tahun dan data sasaran (Modul) yang disajikan tiap tiga tahun. Salah satu modul yang menyajikan tentang data kesehatan adalah Modul Perumahan dan Kesehatan. Selain Susenas, survei/sensus yang juga memuat tentang data kesehatan adalah Sensus Penduduk (SP), Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS), Pencacahan tentang Potensi Desa (PODES). Sementara itu dari Kemenkes data bersumber dari Riskesdas, serta dari kerjasama antar instansi melalui SDKI.

3.1. Sumber Data Indikator Kesehatan dari BPS

1. Sensus Penduduk (SP)

Sensus Penduduk merupakan salah satu sumber utama mengenai data kependudukan yang pelaksanaannya setiap 10 tahun sekali pada tahun-tahun yang berakhiran nol. Sensus Penduduk yang telah dilaksanakan di Indonesia sebanyak enam kali yaitu tahun 1961, 1971, 1980, 1990, 2000 dan 2010. Informasi kependudukan yang dikumpulkan melalui SP mencakup data migrasi, pendidikan, pekerjaan, fertilitas, kematian, dan perumahan.

Data kesehatan yang dikumpulkan dari SP berisi informasi mengenai hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan dari penduduk yang berdomisili di wilayah geografis Indonesia. Karena menggunakan pendekatan rumah tangga maka data kesehatan yang dihasilkan dari SP sangat lengkap untuk setiap individu. Hasil dari sensus penduduk adalah jumlah penduduk beserta karakteristiknya, yang sangat berguna sebagai bahan perencanaan, monitoring dan evaluasi pembangunan dan

Sumber Data Indikator

dapat menggambarkan secara aktual mengenai tingkat kondisi kesehatan masyarakat sampai wilayah administrasi terkecil.

Berikut informasi yang dikumpulkan dalam Sensus Penduduk mengenai kesehatan yaitu:

- a. Mengenai kematian:
 1. Jumlah anggota rumah tangga yang meninggal dunia sejak bulan Januari.
 2. Nama, umur, kapan, dan penyebab orang yang meninggal dunia.
 3. Pada wanita berumur 10 tahun ke atas penyebab kematian apakah ada karena pada masa kehamilan, saat persalinan/keguguran, atau masa nifas/2 bulan setelah persalinan/keguguran.
- b. Mengenai kelahiran:
 1. Umur ibu saat persalinan pertama dan jumlah anak kandung yang pernah dilahirkan hidup.
 2. Penolong kelahiran/persalinan.
- c. KB (Keluarga Berencana)
 1. Pemakaian alat/cara KB serta jenis alat/cara KB yang pernah digunakan.
 2. Jenis/alat cara KB yang kini sedang digunakan serta sumber pelayanan alat/cara KB tersebut.
 3. Waktu pemakaian alat/cara KB yang terakhir dan apakah ada pembayaran dalam mendapatkan pelayanan KB.
 4. Alasan utama tidak menggunakan alat/cara KB.
- d. Keadaan tempat tinggal
 1. Jenis lantai dan ukuran luas lantai.
 2. Sumber utama air minum, jarak sumber air minum dengan tempat penampungan kotoran/tinja terdekat, jenis kakus yang digunakan.
3. Fasilitas tempat Buang Air Besar.

2. SUPAS

Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) dilaksanakan oleh BPS untuk menjembatani ketersediaan data kependudukan diantara dua periode sensus. SUPAS itu sendiri telah dilaksanakan sebanyak empat kali, yaitu tahun 1976, 1985, 1995, dan 2005. Informasi mengenai kependudukan yang dikumpulkan sangat lengkap tidak berbeda dengan SP, termasuk tentang data kesehatan. Data mengenai kesehatan yang dikumpulkan dalam SUPAS antara lain mengenai kematian, kelahiran, KB (Keluarga Berencana), serta keadaan tempat tinggal. Informasi yang dikumpulkan di SUPAS hampir

sama dengan informasi yang dikumpulkan di Sensus Penduduk.

Berikut informasi yang dikumpulkan dalam SUPAS mengenai kesehatan yaitu:

- a. Mengenai kematian:
 1. Nama, umur, dan penyebab orang yang meninggal dunia.
 2. Pada wanita berumur 10 tahun ke atas penyebab kematian apakah ada karena pada masa kehamilan, saat persalinan/keguguran, atau masa nifas/2 bulan setelah persalinan/keguguran.
- b. Mengenai kelahiran:
 1. Umur ibu saat persalinan pertama dan jumlah anak kandung yang pernah dilahirkan hidup.
 2. Penolong kelahiran/persalinan.
- c. KB (Keluarga Berencana)
 1. Pemakaian alat/cara KB serta jenis alat/cara KB yang pernah digunakan.
 2. Jenis/alat cara KB yang kini sedang digunakan serta sumber pelayanan alat/cara KB tersebut.
 3. Waktu pemakaian alat/cara KB yang terakhir dan apakah ada pembayaran dalam mendapatkan pelayanan KB.
 4. Alasan utama tidak menggunakan alat/cara KB.
- d. Keadaan tempat tinggal
 1. Jenis lantai, dinding, atap, ukuran luas lantai.
 2. Sumber utama air minum, jarak sumber air minum dengan tempat penampungan kotoran/tinja terdekat, jenis kakus yang digunakan.

3. PODES

Mengingat telah diimplementasikannya otonomi daerah sejak tahun 2001, yang menuntut ketersediaan informasi sampai wilayah kecil yang lengkap, akurat, dan terkini untuk membuat formulasi kebijakan pembangunan yang tepat, pelaksanaan pendataan PODES dapat memberikan informasi atau data statistik mengenai data-data yang dibutuhkan. Informasi yang disediakan dari PODES dapat digunakan untuk memantau dan mengevaluasi kegiatan pembangunan di tingkat desa. PODES juga menyediakan informasi spasial untuk melengkapi informasi kewilayahan, penduduk, dan karakteristik seperti telah tersedia pada data sosial dan ekonomi.

Pendataan PODES yang dilaksanakan BPS selalu dilaksanakan sebagai bagian dari sebuah sensus dan diselesaikan setahun menjelang kegiatan sensus. seperti Sensus Penduduk (SP), Sensus Pertanian (ST), dan Sensus Ekonomi (SE), telah dilaksanakan sejak tahun 1980. Dengan demikian,

Sumber Data Indikator

pendataan PODES dilaksanakan selama 3 (tiga) kali dalam kurun waktu 10 (sepuluh) tahun.

Data mengenai kesehatan yang dikumpulkan dari PODES berisi informasi tentang sarana kesehatan, kegiatan posyandu, penyakit, tenaga kesehatan, dan sebagainya di suatu desa/wilayah. Data yang dikumpulkan pada kegiatan PODES 2008 dan berkaitan dengan kesehatan terdapat pada Blok VI yaitu Pendidikan dan Kesehatan.

Berikut bentuk pertanyaan yang berkaitan dengan kesehatan yang terdapat di Blok VI yaitu:

1. Menanyakan tersedia ada atau tidak sarana/failitas kesehatan seperti (Rumah sakit, rumah sakit bersalin/ rumah bersalin, poliklinik/balai pengobatan, puskesmas, pustu, tempat praktek dokter/bidan, poskesdes, polindes, posyandu, apotek dan toko khusus obat/jamu). Ditanyakan pula jumlah sarana kesehatan yang ada, jarak dengan desa, serta kemudahan dalam mengaksesnya.
2. Menanyakan kegiatan posyandu yang dilakukan dan frekuensi pelaksanaan kegiatan posyandu tersebut.
3. Menanyakan jumlah tenaga kesehatan yang tinggal di desa/kelurahan seperti dokter, dokter gigi, bidan, mantri kesehatan, tenaga kesehatan lain, dan dukun bayi.
4. Menanyakan wabah penyakit yang terjadi di desa/kelurahan, jumlah penderita penyakit serta jumlah kasus penderita penyakit yang meninggal dunia akibat penyakit-penyakit seperti muntaber/diare, demam berdarah, campak, ISPA, malaria, flu burung, TBC, dan lainnya.
5. Menanyakan jumlah penderita gizi buruk.
6. Menanyakan jumlah keluarga yang menerima kartu kesehatan ASKESKIN.
7. Menanyakan pengetahuan tentang desa siaga.
8. Menanyakan sumber air yang dipakai untuk minum/memasak, serta ada atau tidak penduduk yang membeli air minum/memasak.
9. Menanyakan jumlah penyandang cacat yang tinggal di desa/kelurahan seperti tuna netra, tuna rungu, tuna wicara, tuna rungu-wicara, tuna daksa, tuna grahita, tuna laras, cacat eks penderita penyakit kusta, serta cacat ganda (cacat fisik-mental).

Berdasarkan bentuk pertanyaan seperti di atas, maka indikator kesehatan yang dapat dihasilkan adalah

1. Persentase desa yang memiliki sarana/fasilitas kesehatan.
2. Persentase desa yang aktif melakukan kegiatan posyandu.
3. Persentase desa yang memiliki tenaga kesehatan yang tinggal di desa itu.
4. Persentase desa yang terjangkau wabah penyakit.
5. Persentase desa yang memiliki penderita gizi buruk.
6. Persentase desa dengan keluarga penerima kartu ASKESKIN.
7. Persentase desa yang memiliki sumber air minum bersih.
8. Persentase desa dengan pengetahuan masyarakat mengenai desa siaga.
9. Persentase desa dengan penyandang cacat yang tinggal di desa itu.

4. SUSENAS

Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) merupakan survei tahunan yang dirancang untuk mengumpulkan data sosial kependudukan yang relatif sangat lengkap. Dua jenis data Susenas dikumpulkan setiap tahunnya melalui kuesioner Kor dan Modul. Kuesioner Kor berisi keterangan rumah tangga dan anggota rumah tangga yang dikumpulkan setiap tahun, antara lain kesehatan, pendidikan, ketenagakerjaan, fertilitas, KB, perumahan, pengentasan kemiskinan dan teknologi informasi. Sementara Kuesioner Modul adalah keterangan yang dikumpulkan tiga tahun sekali secara bergiliran, yaitu :

1. Modul Konsumsi/Pengeluaran Rumah Tangga
2. Modul Kesehatan, Perumahan dan Pemukiman
3. Serta Modul Sosial Budaya dan Pendidikan

Salah satu keterangan pokok yang dikumpulkan melalui Susenas yaitu yang berhubungan dengan kesehatan. Keterangan tentang kesehatan yang dapat diperoleh antara lain keterangan mengenai kelahiran, pemberian ASI, penolong kelahiran, sanitasi/perumahan, dan sebagainya.

Berikut bentuk-bentuk pertanyaan berhubungan dengan pendidikan pada Susenas:
(Ditanyakan mengenai kondisi keadaan Anggota Rumah Tangga).

1. Keluhan kesehatan yang dialami dalam 1 bulan terakhir

Sumber Data Indikator

- mempunyai keluhan kesehatan seperti (Panas, Batuk, Pilek, Asma / napas sesak/cepat, Diare/buang-buang air, Sakit kepala berulang, Sakit gigi, Lainnya)
2. Kalau ada keluhan, apakah menyebabkan terganggunya pekerjaan, sekolah, kegiatan sehari-hari?
 3. Lamanya terganggu hari.
 4. Apakah pernah mengobati sendiri dalam 1 bulan terakhir?
Jenis obat/cara pengobatan yang digunakan?
- Tradisional - Modern - Lainnya
 5. Apakah pernah berobat jalan dalam 1 bulan terakhir?
 6. Berapa kali berobat jalan selama 1 bulan terakhir?
- RS pemerintah - RS Swasta
- Praktek dokter/klinik - Puskesmas/Pustu
- Praktek nakes - Praktek batra
- Dukun bersalin - Lainnya
 7. Apakah pernah berobat jalan dalam 6 bulan terakhir?
 8. Apakah pernah rawat inap dalam 1 bulan terakhir?
 9. Lamanya rawat inap hari dan tempat rawat inap (Rumah sakit pemerintah, Rumah sakit swasta, Puskesmas, Praktek nakes, Praktek batra, Lainnya)

(Pertanyaan nomer 10 sampai dengan 17 ditanyakan kepada Balita (anggota keluarga berumur 0-59 tahun).

10. Umur dalam bulan atau umur dalam hari
11. Siapa yang menolong dalam proses kelahiran?
Penolong pertama dan terakhir. (Dokter, Bidan, Tenaga paramedis lainnya, Dukun bersalin, Famili/keluarga, Lainnya)
12. Berapa kali sudah mendapat imunisasi? (BCG, DPT, Polio, Campak/Morbili, Hepatitis B)
13. Apakah pernah diberi ASI?
Lama pemberian ASI:
- Lama pemberian ASI
- ASI saja
- ASI dengan makanan pendamping
14. Penggunaan/pemakaian alat/cara KB:
- Sedang menggunakan
- Tidak menggunakan lagi
- Tidak pernah menggunakan
15. Jika sedang menggunakan, alat/cara KB apa yang sedang digunakan/dipakai: (MOW/Tubektomi, MOP/Vasektomi, AKDR/IUD/Spiral, Suntikan KB, Susuk KB/Norplan/Implanon/alwalit, Pil KB, Kondom/karet KB, Intrag/tissue, Kondom wanita, dan Cara tradisonal)

16. Bagi yang tidak ber-KB, apakah masih ingin punya anak?

- Ya, segera (<2 tahun)
- Ya, kemudian (>= 2 tahun)
- Tidak

17. Alasan utama tidak ber-KB:

- Alasan fertilitas (mandul, menopause, puasa kumpul, tradisi, ingin punya anak)
- Tidak setuju KB
- Tidak tahu alat/cara KB
- Takut efek samping alat/cara KB
- Tidak tahu
- Lainnya

(Pertanyaan nomer 18 sampai dengan 24 ditanyakan mengenai lingkungan perumahan).

18. Sumber Air Minum:

- Air kemasan bermerk
- Air isi ulang
- Ledeng meteran
- Ledeng eceran
- Sumur bor/pompa
- Sumur terlindung
- Sumur tak terlindung
- Mata air terlindung
- Mata air tak terlindung
- Air sungai
- Air hujan
- Lainnya

19. Jika sumber mata air sumur/pompa/mata air, berapa jarak ke tempat penampungan kotoran/tinja terdekat?

20. Jika sumber mata air dari ledeng meteran, sumur/pompa/mata air, air hujan/air sungai, bagaimana penggunaan fasilitas air minum itu? (Sendiri, Umum, Bersama, Tidak ada)

21. Cara memperoleh air minum? membeli atau tidak membeli?

22. Penggunaan fasilitas tempat buang air besar?

23. Jenis kloset?

- Leher angsa
- Plengsengan
- Cemplung/cubluk
- Tidak pakai

24. Tempat pembuangan akhir tinja?

- Tangki/SPAL
- Kolam/sawah
- Sungai/danau/laut
- Lainnya
- Lubang tanah
- Pantai/lapang tanah/kebun

Berdasarkan bentuk-bentuk pertanyaan tersebut, dapat dihitung beberapa indikator sebagai berikut:

1. Persentase penduduk yang mempunyai keluhan kesehatan menurut jenis keluhan kesehatan.
2. Persentase penduduk yang menderita sakit dan jumlah hari sakitnya.

Sumber Data Indikator

3. Persentase penduduk yang berobat jalan dan mengobati sendiri.
4. Persentase penduduk yang berobat jalan menurut tempat berobat.
5. Persentase penduduk yang mengobati sendiri menurut jenis obat yang digunakan.
6. Persentase balita menurut penolong kelahiran pertama.
7. Persentase balita menurut penolong kelahiran terakhir.
8. Persentase anak usia 2-4 tahun yang pernah disusui dan lamanya disusui.
9. Persentase balita yang pernah mendapat imunisasi menurut jenis imunisasi.
10. Persentase balita yang pernah mendapat imunisasi DPT, Polio, dan Hepatitis B menurut frekuensinya.
11. Persentase wanita berumur 15-49 tahun dan berstatus kawin yang pernah menggunakan/memakai alat KB dan yang sedang menggunakan/memakai alat KB.
12. Persentase wanita berumur 15-49 tahun dan berstatus kawin menurut alat/cara KB yang digunakan/dipakai.
13. Persentase rumah tangga menurut sumber air minum.
14. Persentase rumah tangga dengan sumber air minum dari pompa/sumur/mata air menurut jarak ke tempat penampungan akhir kotoran/tinja terdekat.
15. Persentase rumah tangga menurut fasilitas air minum,
16. Persentase rumah tangga menurut cara memperoleh air minum.
17. Persentase rumah tangga menurut fasilitas tempat buang air besar.
18. Persentase rumah tangga menurut jenis kloset.
19. Persentase rumah tangga menurut tempat pembuangan akhir tinja.

3.2. Sumber Data Indikator Kesehatan dari Kementerian Kesehatan

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) adalah lembaga atau kementerian yang menangani masalah kesehatan. Kementerian kesehatan juga menerbitkan beberapa publikasi yang memuat berbagai jenis-jenis indikator kesehatan. Salah satu publikasi yang diterbitkan setiap tahunnya yaitu Profil Kesehatan Indonesia. Salah satu sumber untuk memperoleh indikator-indikator yang terdapat dalam publikasi tersebut berasal yaitu Survei Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). Survei ini dilakukan dilakukan setiap tiga tahun sekali. Pada

RISKESDAS tahun 2010 merupakan pelaksanaan yang kedua setelah pertama kali diselenggarakan pada tahun 2007.

Indikator yang dikumpulkan melalui Riskesdas mencakup informasi tentang morbiditas penyakit malaria dan tuberkulosis paru; status gizi, status kesehatan ibu dan anak, status kesehatan reproduksi, pengetahuan dan perilaku tentang HIV/AIDS, pencegahan tuberkulosis paru, pencegahan malaria, dan penggunaan tembakau; pengetahuan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia dan kondisi sanitasi lingkungan. Pengumpulan data dilakukan melalui metode wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur dan formulir pendukung lainnya. Selain itu juga dilakukan pengukuran antropometri dan pemeriksaan spesimen dahak (TB-paru) dan spesimen darah (malaria) di laboratorium Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM).

Berikut beberapa pertanyaan yang terdapat dalam form kuesioner Riskesdas:

(Pertanyaan 1 s.d. 3 ditanyakan mengenai rumah tangga/keluarga)

1. Mengenai Mortalitas

Pernah atau tidak terjadi kematian sejak 1 Juli tiga tahun yang lalu hingga waktu wawancara berlangsung karena hal berikut:

- Diare
- TBC
- Sakit Kuning
- Stroke
- Kecelakaan/cedera
- Penyakit lainnya
- ISPA/Pneumonia
- Malaria
- Thypus
- Kencing manis
- Hamil bersalin/nifas
- Campak
- DBD
- Hipertensi/Jantung
- Kanker/tumor
- Bayi lahir mati

Ditanyakan pula mengenai umur saat meninggal dunia.

2. Akses dan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

- a. Jarak yang harus ditempuh ke sarana pelayanan kesehatan terdekat (rumah sakit, Puskesmas, Pustu, dokter praktek, bidan praktek, Posyandu, Polindes, Poskesdes)
- b. Waktu yang harus ditempuh ke sarana pelayanan kesehatan terdekat ((rumah sakit, Puskesmas, Pustu, dokter praktek, bidan praktek, Posyandu, Polindes, Poskesdes)

Sumber Data Indikator

- c. Tersedianya angkutan umum menuju ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat
 - d. Pemanfaatan Posyandu/Poskesdes selama 3 bulan terakhir oleh rumah tangga
 - e. Jenis pelayanan yang diterima di Posyandu/Poskesdes
 - Penimbangan - Pemberian Makanan Tambahan
 - Penyuluhan - Suplementasi gizi (Vit. A, Fe, Multi gizi mikro)
 - Imunisasi - Konsultasi risiko penyakit
 - KIA - KB
 - Pengobatan
 - f. Alasan utama jika tidak memanfaatkan adanya rumah sakit, Puskesmas, Pustu, dokter praktek, bidan praktek, Posyandu, Polindes, Poskesdes
 - Letak jauh - Pelayanan tidak lengkap
 - Tidak ada fasilitas - Lainnya (tidak butuh)
 - g. Jenis pelayanan yang diterima di Polindes/Bidan desa
 - Pemeriksaan kehamilan - Persalinan
 - Pemeriksaan ibu nifas - Pemeriksaan neonatus
 - Pemeriksaan bayi dan - Pengobatan
atau/ balita
 - h. Apakah rumah tangga ini memanfaatkan pelayanan kesehatan Pos Obat Desa (POD) atau Warung Obat Desa (WOD) selama 3 bulan terakhir.
 - i. Alasan utama jika tidak memanfaatkan adanya POD/WOD
 - Letak jauh - Obat tidak lengkap
 - Tidak ada POD/WOD - Lainnya
3. Sanitasi Lingkungan
- a. Jumlah pemakaian air untuk keperluan rumah tangga
 - b. Jarak/waktu yang dibutuhkan untuk mendapatkan air (pulang pergi)
 - c. Ada tidaknya sumber pencemaran (air limbah/cubluk/tangki septik/sampah) di sekitar sumber air dalam radius <10 meter
 - d. Tingkat kemudahan/kesulitan sepanjang tahun dalam memperoleh air untuk keperluan rumah tangga
 - e. Bila sumber air terletak di luar pekarangan rumah, siapa yang mengambil air untuk rumah tangga

- f. Kualitas fisik air minum (apakah keruh, berwarna, berbau, berbusa, dan berasa)
 - g. Jenis/sarana tempat penampungan air minum sebelum dimasak (tidak ada/langsung dari sumber, wadah/tandon terbuka, atau wadah/tandon tertutup)
 - h. Cara pengolahan air minum sebelum digunakan/diminum (dimasak, langsung diminum, disaring, diberi bahan kimia, atau lainnya)
 - i. Tempat penampungan air limbah dari kamar mandi/tempat cuci/dapur. (penampungan tertutup di pekarangan/SPAL, penampungan terbuka di pekarangan, penampungan di luar pekarangan, tanpa penampungan/di tanah, atau langsung ke got/sungai)
 - k. Saluran pembuangan air limbah dari kamar mandi/tempat cuci/dapur (salurna terbuka, saluran tertutup, atau tidak ada saluran)
 - l. Ada tidaknya tempat pembuangan sampah di luar rumah dan jenis tempat pembuangan di luar rumah (tertutup atau terbuka)
 - m. Ada tidaknya tempat pembuangan sampah organik di dalam rumah dan jenis tempat pembuangan di dalam rumah (tertutup atau terbuka)
 - n. Ada atau tidak menggunakan bahan kimia berbahaya dan beracun di dalam rumah (pengharum ruangan, spray rambut, pembersih lantai, pengkilap kayu/logam/kaca, penghilang noda pakaian, aki, cat, dan racun serangga/pembasmi hama)
 - o. Jenis ternak yang dipelihara dan tempat peliharaan (kandang di dalam rumah, kandang di luar rumah, rumah tanpa kandang, luar rumah tanpa kandang)
 - p. Jarak rumah ke tempat sumber pencemaran (seperti jalan raya/rel kereta api, Tempat pembuangan sampah akhir/ sementara/incinerator/IPAL RS, industri/pabrik, pasar tradisional, terminal/stasiun kereta api/bandara, bengkel, jaringan listrik tegangan tinggi/SUTT/SUTET, peternakan/pemotongan hewan termasuk unggas)
- (Pertanyaan 4 s.d. 8 ditanyakan mengenai individu/anggota rumah tangga)
4. Penyakit Menular, Tidak Menular, dan Riwayat Penyakit Turunan
- Jenis penyakit yang ditanyakan antara lain: ISPA/infeksi/radang tenggorokan, Pneumonia/radang paru, Demam

Typhoid/tifus perut, malaria, Diare/mencret, Campak/morbili, Tuberkolosis paru, Demam berdarah dengue, Hepatitis/sakit liver/sakit kuning, Filariasis/kaki gajah, Asma/mengi/bengek, masalah gigi dan mulut, penyakit jantung, penyakit kencing manis, Tumor/kanker.

- a. Pernah atau tidak didiagnosis menderita penyakit-penyakit di atas oleh tenaga kesehatan (dokter/bidan/perawat) dalam sebulan terakhir
- b. Pernah atau tidak menderita gejala-gejala pertanda terkena penyakit-penyakit di atas dalam sebulan terakhir
- c. Jenis pengobatan atau perawatan yang diterima
- d. Pernah atau tidak mengalami cedera, bagian tubuh yang terkena cedera, jenis cedera yang dialami dan penyebab cederanya
- e. Ada atau tidak riwayat penyakit keturunan seperti gangguan jiwa, butawarna, glaukoma, bibir sumbing, alergi dermatis, alergi rhinitis, thalasemia, dan hemofilia
- f. Bagi yang berumur lebih dari 15 tahun, pernah atau tidak didiagnosis tenaga kesehatan dan menderita gejala-gejala penyakit sendi/rematik/encok, hipertensi, stroke
- g. Bagi yang berumur lebih dari 30 tahun, pernah atau tidak didiagnosis tenaga kesehatan dan menderita gejala-gejala katarak dan jenis perawatan dan pengobatannya

5. Ketanggapan Pelayanan Kesehatan

Jenis pelayanan yang ditanyakan meliputi pelayanan rawat inap, dan berobat jalan.

- a. Pernah atau tidak menjalankan pelayanan kesehatan di atas dalam jangka waktu tertentu (5 tahun terakhir untuk rawat inap dan 1 tahun terakhir untuk berobat jalan) menurut tempat seperti rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta, rumah sakit di luar negeri, rumah sakit bersalin/rumah bersalin, Puskesmas, praktek tenaga kesehatan, pengobat tradisional, atau lainnya
- b. Jumlah biaya yang dikeluarkan untuk pelayanan kesehatan tersebut dan sumber biayanya (biaya sendiri, PT ASKES, PT ASTEK/Jamsostek, ASABRI, Askes Swasta, Dana Sehat/JPKM, Askeskin, jminan kesehatan pemda, kartu sehat, penggantian biaya oleh

- perusahaan, surat keterangan tidak mampu, dan sumber lain)
- c. Menanyakan fasilitas yang diterima baik dari segi waktu tunggu mendapat pelayanan, keramahan petugas, kejelasan informasi, ikut serta dalam mengambil keputusan, berkomunikasi secara pribadi mengenai penyakit, kebebasan memilih fasilitas, kebersihan fasilitas, kemudahan kunjungan
6. Pengetahuan, sikap, dan perilaku
- a. Pengetahuan mengenai informasi penyakit flu burung dan HIV AIDS baik dalam hal media penularan penyakit, hal-hal yang harus dilakukan dalam perawatan atau pengobatannya, serta cara mencegah penyakit itu
 - b. Kebiasaan perilaku higienis mulai dari mencuci tangan memakai sabun, tempat buang air besar, menggosok gigi setiap hari
 - c. Hal penggunaan tembakau, dalam sebulan terakhir merokok atau tidak, jenis rokok dan rata-rata rokok/tembakau yang dihisap
 - d. Hal alkohol, dalam 12 bulan terakhir pernah atau tidak minum minuman beralkohol, jenis minuman alkohol, intensitas minum minuman beralkohol dalam sebulan, dan rata-rata satuan minum
 - e. Aktivitas fisik/jasmani yang berkaitan dengan pekerjaan yang sering dilakukan, intensitas kegiatan tersebut, total waktu yang digunakan untuk melakukan aktivitas fisik
 - f. Perilaku konsumsi dalam hal makan buah-buahan segar dan sayur-sayuran segar, rata-rata porsi yang dikonsumsi, intensitas makan makanan seperti makanan/minuman manis/asin, berlemak, jeroan usus, makanan dibakar, makanan yang diawetkan, minuman berkafein dan makanan berbumbu penyedap
7. Menanyakan hal-hal yang berkaitan dengan disabilitas/ ketidakmampuan, serta kesehatan mental
8. Imunisasi dan Pemantauan Pertumbuhan
- a. Menanyakan mengenai penimbangan berat badan balita, tempat penimbangan, dan intensitas penimbangan balita

- b. Imunisasi yang telah dilakukan baik campak, polio, BCG, Hepatitis dll,
- c. Menanyakan kondisi kesehatan bayi
- d. Disertakan form pengukuran dan pemeriksaan, pengukuran antropometri, tekanan darah, lingkaran perut, dan LILA pada anggota rumah tangga

3.3. Sumber Data Indikator Kesehatan Kerjasama BPS dengan BKKBN, Kemenkes, dan Macro International, USA.

3.3.1 Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI)

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) merupakan survei yang dilaksanakan atas kerjasama oleh BPS, BKKBN, Kemenkes, dan Measure DHS Macro International, Inc. SDKI terakhir dilaksanakan pada tahun 2007 yang merupakan pelaksanaan survei yang keenam kali dan dilakukan sebagai bagian dari proyek internasional 'Demographic and Health Survey' atau 'DHS'. Survei pertama adalah Survei Prevalensi Kontrasepsi Indonesia yang dilaksanakan pada tahun 1987. Survei-survei selanjutnya dilaksanakan pada tahun 1991, 1994, 1997, 2002-2003.

Survei SDKI pada tahun 2007 mempunyai tujuan utama untuk menyediakan informasi yang rinci mengenai penduduk, keluarga berencana dan kesehatan bagi pembuat kebijakan dan pengelola program kependudukan dan kesehatan. Sedangkan secara khusus, bertujuan untuk menghimpun informasi mengenai latar belakang sosial-ekonomi responden wanita, tingkat fertilitas, perkawinan dan aktivitas seksual, keinginan mempunyai anak, pengetahuan dan keikutsertaan keluarga berencana, praktek menyusui, kematian anak dan dewasa termasuk kematian ibu dan anak, kepedulian dan sikap terhadap AIDS dan penyakit menular seksual lainnya.

Berikut hal-hal yang ditanyakan dalam kuesioner SDKI 2007:

1. Karakteristik perumahan atau karakteristik fisik bangunan dimana rumah tangga tinggal. Responden ditanyakan sejumlah pertanyaan mengenai kondisi lingkungan rumah tangga mengenai sumber air minum, jenis fasilitas sanitasi, jenis lantai, dinding, dan atap. Pertanyaan ini terdapat di kuesioner Daftar Rumah Tangga blok Keadaan Tempat Tinggal.

2. Ukuran gaya hidup mengenai sikap mengkonsumsi tembakau baik pada pria maupun wanita serta jumlah rokok yang dikonsumsi selama 24 jam terakhir.
3. Jumlah anak lahir hidup dan yang masih hidup di keluarga responden, selang kelahiran antar anak yang dilahirkan, umur pada kelahiran anak pertama.
4. Pengetahuan mengenai alat/cara KB dan sumber informasinya, banyaknya diskusi antar suami istri mengenai KB, Sikap PUS terhadap KB, pengetahuan mengenai masa subur, penggunaan alat/cara kontrasepsi KB, masalah yang sering dihadapi dengan kontrasepsi yang sedang dipakai, biaya dan kemudahan memperoleh alat/cara KB, tempat sumber pelayanan alat/cara KB, serta waktu operasi sterilisasi.
5. Menanyakan secara khusus mengenai PUS yang tidak alat/cara KB, alasan berhenti memakai alat/cara KB, keinginan untuk memakai alat/cara KB di masa mendatang, alasan tidak ingin memakai alat/cara KB, jenis alat/cara KB yang diinginkan untuk dipakai.
6. Umur melakukan hubungan seksual pertama dan aktivitas seksual sebulan terakhir.
7. Kematian bayi dan anak, menanyakan mengenai jumlah kasus kematian yang terjadi baik kematian neonatum, kematian post-neonatum, kematian bayi, kematian balita, kematian perinatal, kematian ibu, serta umur ibu melahirkan.
8. Informasi kesehatan ibu yang ditanyakan meliputi pemeriksaan kehamilan, jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan dan saat kunjungan pertama, komponen pemeriksaan kehamilan mengenai jenis pelayanan kesehatan yang didapatkan, imunisasi TT yang didapatkan dan berapa kali mendapatkan imunisasi TT, komplikasi yang terjadi selama kehamilan dan upaya untuk mengatasi komplikasi tersebut.
9. Informasi persalinan memberikan informasi mengenai tempat proses persalinan berlangsung, penolong persalinan dari tenaga kesehatan terlatih, proses ibu melahirkan secara caesar atau tidak, pengukuran / penimbangan bayi baru lahir mengenai berat dan ukuran bayi baru lahir, komplikasi yang terjadi selama persalinan, perawatan/pemeriksaan setelah nifas yang diterima dari tenaga kesehatan, masalah-masalah yang ditemui dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, serta registrasi kelahiran yang telah dilakukan serta jenis dokumen kelahiran yang dimiliki.
10. Informasi mengenai imunisasi pada anak dikumpulkan untuk anak umur 12-59 bulan. Informasi yang ditanyakan

Sumber Data Indikator

- seperti jenis imunisasi yang telah diberikan pada anak (BCG, DPT, Polio, Campak, dan Hepatitis B).
12. Informasi yang berkaitan dengan penyakit pada anak dikumpulkan dari pertanyaan jenis penyakit infeksi utama yang diderita atau pernah diderita pada anak balita seperti ISPA, pneumonia, diare, dan gejala demam. Selain itu dikumpulkan data juga mengenai penanganan atau pengobatan yang dilakukan (berkunjung ke fasilitas kesehatan atau tenaga kesehatan), jenis obat yang digunakan dalam pengobatan, pengetahuan ibu mengenai penanganan anak yang terkena diare, serta kebiasaan mencuci tangan sebelum memasak untuk anggota keluarganya.
 13. Informasi status gizi anak dan wanita khususnya dalam hal pemberian makanan pada anak ditanyakan mengenai pemberian ASI awal dan waktu awal pemberian ASI, pemberian ASI eksklusif, pola umur dalam pemberian ASI, lama dan frekuensi pemberian ASI, jenis makanan pendamping ASI yang diberikan, praktek pemberian makanan pada bayi anak (PPMBA), kualitas dan kuantitas makanan yang dikonsumsi ibu, asupan gizi mikro pada anak mengenai vitamin dan zat mineral baik dari makanan/makanan yang difortifikasi/suplementasi langsung, serta asupan gizi mikro pada ibu.
 14. Informasi mengenai pengetahuan tentang HIV/AIDS dan penyakit menular seksual lainnya dalam hal tingkat pengetahuan baik secara umum maupun khusus tentang masalah yang berkaitan dengan AIDS beserta sumber informasi yang didapat seperti pernah mendengar tentang HIV/AIDS, sumber informasinya, cara pencegahannya, persepsi yang salah mengenai AIDS, aspek sosial HIV/AIDS, pengetahuan mengenai kondom dan dimana cara memperolehnya, sikap terhadap engoisasi berhubungans eks secara aman, hubungan seks yang beresiko, pengetahuan tentang PMS, pelaporan terjadinya PMS, pengetahuan tentang AIDS dan perilaku seks pada golongan remaja dan dewasa muda, serta umur pertama kali melakukan hubungan seks.
 15. Informasi kematian pada kematian dewasa dan maternal meliputi jumlah kematian yang terjadi pada wanita pada saat kehamilan persalinan atau masa nifas, jumlah kematian pada anggota keluarga dewasa, keterangan umur saudara kandung masih hidup,

keterangan umur saudara saat meninggal dan kapan meninggalnya.

16. Informasi mengenai penyakit malaria dan isu kesehatan lainnya meliputi jumlah penyakit malaria yang diderita, penanganan dan pencegahan penyakit malaria melalui penggunaan dan kepemilikan kelambu, penggunaan kelambu pada anak dan wanita saat tidur.
17. Informasi peran serta pria dalam perawatan kesehatan keluarga menanyakan mengenai pengetahuan pria dalam hal imunisasi anak, kontak ayah dengan tenaga kesehatan tentang kesehatan dan kehamilan ibu, kegiatan pemebrian nasehat atau perawatan selama antenatal, persalinan, dan periode postnatal, serta persiapan persalinan mulai dari keputusan mengenai metode yang diambil dalam persalinan, baik tempat, orang yang akan menolong proses persalinan, transportasi menuju tempat persalinan, biaya yang berkaitan dengan persalinan, dan emntentukan donor darah apabila dierlukan.

3.3.2 Survei Kesehatan Reproduksi Remaja

Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKKRI) yang merupakan survei mengenai kesehatan reproduksi remaja berskala nasional telah dilaksanakan sebanyak dua kali. Pelaksanaan SKRRI yang pertama dilaksanakan yaitu SKRRI 2002-2003 dan yang terakhir dilaksanakan pada tahun 2007 yang merupakan sub sampel dari SDKI 2007. Perbedaan SKRRI 2007 dengan SKRRI 2002-2003 yaitu pada sampel, dimana pada SKRRI 2002-2003 dilakukan stratifikasi untuk menghasilkan estimasi karakteristik penting yang dapat dianalisis pada level nasional dari wanita dan pria belum kawin umur 15-24 tahun, sedangkan pada SKRRI 2007 sampel dapat menghasilkan estimasi pada level provinsi. Perbedaan berikutnya pada lokasi survei, dimana pada tahun 2002-2003 dilaksanakan hanya pada 15 provinsi dari 26 provinsi, sedangkan pada tahun 2007 dilaksanakan di seluruh provinsi (33 provinsi).

SKRRI 2007 bertujuan untuk menyediakan data bagi penentu kebijakan dan pengelola program tentang pengetahuan, sikap, dan perilaku remaja mengenai reproduksi manusia, hubungan seksual, HIV/AIDS dan penyakit menular seksual lainnya. Informasi yang diperoleh dari survei ini dapat digunakan sebagai masukan bagi pengelola program dalam membuat kebijakan.

Sumber Data Indikator

Berikut hal-hal yang ditanyakan dalam kuesioner SKRRI 2007:

1. Informasi mengenai pengetahuan tentang sistem reproduksi manusia dan pengalaman pubertas dalam diri responden meliputi pengetahuan tentang perubahan fisik, pengalaman responden wanita pertama kali mengalami haid, pengetahuan mengenai masa subur dan risiko kehamilan, pemeriksaan kesehatan sebelum menikah, pengetahuan mengenai anemia dan cara pengobatannya, tempat memperoleh informasi, pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, keluarga berencana, HIV/AIDS dan penyakit menular seksual lainnya.
2. Informasi mengenai Keluarga berencana meliputi pengetahuan alat/cara KB, keinginan untuk memakai alat/cara KB, sumber pelayanan alat/cara KB, kebutuhan pelayanan alat/cara KB, dan pendapat mengenai penggunaan kondom.
3. Informasi mengenai perkawinan dan keinginan mempunyai anak meliputi pendapat tentang perkawinan, keputusan tentang perkawinan, keinginan untuk mempunyai anak, umur ideal mempunyai anak pertama kali, jumlah anak ideal.
4. Informasi mengenai perilaku merokok, minum minuman beralkohol, dan penggunaan obat terlarang meliputi umur mulai merokok, umur mulai minum minuman beralkohol.
5. Informasi mengenai pengetahuan tentang HIV/AIDS dan infeksi menular seksual lainnya meliputi pengetahuan hal-hal yang berkaitan dengan AIDS dan sumber informasi, pengetahuan VCT, aspek sosial HIV/AIDS, cara pencegahan AIDS, persepsi yang benar tentang AIDS, pengetahuan yang berhubungan dengan infeksi menular seksual lainnya dan sumber informasi, gejala-gejala infeksi menular seksual, serta prevalensi IMS.
6. Informasi mengenai pacaran dan perilaku seksual meliputi umur berpacaran pertama kali, pendapat berhubungan seksual sebelum menikah, pendapat tentang keperawanan, pengalaman seksual, umur dan alasan berhubungan seksual pertama kali, penggunaan kondom, kehamilan yang tidak diinginkan,

PERKEMBANGAN PENDIDIKAN DI INDONESIA

Angka Kematian Bayi ●

Angka Harapan Hidup ●

Angka Kesakitan ●

Rata-Rata Lama Balita Mendapat ASI dan Persentase Anak

Umur Bulan yang Pernah Disusui ●

Persentase Anak Umur 12-59 Bulan yang

Pernah Diimunisasi ●

Persentase Balita Menurut Penolong Kelahiran ●

Persentase Penduduk yang Berobat Jalan Menurut

Tempat Berobat ●

4

Kondisi kesehatan di Indonesia mengalami perkembangan yang cukup berarti dalam lima tahun terakhir ini. Perkembangan ini merupakan dampak dari ekspansi penyediaan fasilitas kesehatan dan juga merupakan dampak dari Keluarga Berencana (KB). Meski demikian masih banyak tantangan baru sebagai akibat perubahan sosial dan ekonomi. Tantangan bagi pemerintah untuk dapat terus meningkatkan keadaan kesehatan saat sekarang antara lain adalah bagaimana memberikan perhatian lebih kepada kesehatan utama, meningkatkan kelayakan kondisi kesehatan serta pemanfaatan sistem kesehatan yang melibatkan peran swasta. Disamping itu juga mengevaluasi ulang mekanisme kesehatan dan desentralisasi yang menyangkut tenaga kesehatan.

Perkembangan pembangunan di bidang kesehatan selama kurun waktu 2006-2010 tercermin dari beberapa perkembangan indikator penting yang dihasilkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS), Kementerian Kesehatan (Kemenkes) dan Lintas Kementerian.

4.1. Angka Kematian Bayi (AKB)

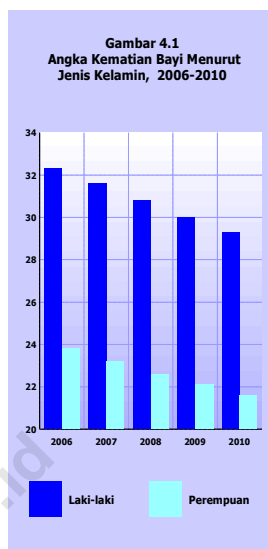
Angka Kematian Bayi (AKB) adalah banyaknya bayi yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun per 1.000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. Nilai normatif AKB kurang dari 40 sangat sulit diupayakan penurunannya, antara 40-70 tergolong sedang namun sulit untuk diturunkan, dan lebih besar dari 70 tergolong mudah untuk diturunkan. Selaras dengan target pencapaian Millenium Development Goals (MDGs), Kemenkes telah menentukan target penurunan AKB di Indonesia dari rata-rata 36 meninggal per 1.000 kelahiran hidup menjadi 23 per 1.000 kelahiran hidup pada 2015. (<http://bataviase.co.id/content/angka-kematian-bayi-di-indonesia-tinggi>).

AKB di Indonesia termasuk salah satu yang paling tinggi di dunia. Hal itu tecermin dari perbandingan dengan jumlah AKB di negara tetangga seperti Malaysia yang telah mencapai 10 per 1.000 kelahiran hidup dan Singapura dengan 5 per 1.000 kelahiran hidup.

Meskipun perlahan, perkembangan AKB di Indonesia cukup menggembirakan. Menurut data Susenas, selama tahun 2006-2010 jumlah AKB di Indonesia pada setiap tahunnya selalu mengalami penurunan. Selama kurun waktu tersebut, angkanya terus menurun setiap tahun, dari 28,2 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2006 menjadi 25,5 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2010. Penurunan yang terjadi selama kurun waktu tersebut juga terjadi pada AKB laki-laki dan AKB perempuan, namun diantara AKB laki-laki dan AKB perempuan lebih besar penurunan AKB laki-laki pada setiap tahunnya (Tabel 4.1).

Menurut Hasil Proyeksi Penduduk Indonesia 2005-2025, pada tahun 2010 terjadi penurunan angka kematian bayi dari 26,2 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2009 menjadi 25,5 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2010. Jika dilihat menurut jenis kelamin, AKB bayi laki-laki pada tahun 2010 lebih besar dibandingkan AKB perempuan, dimana AKB laki-laki mencapai 29,3 per 1.000 kelahiran hidup sedangkan AKB perempuan hanya sebesar 21,6 per 1.000 kelahiran hidup. Baik AKB laki-laki maupun AKB perempuan pada tahun 2010 mengalami penurunan dibandingkan AKB tahun 2009.

Angka-angka ini harus terus diupayakan lagi untuk turun meskipun angka yang dicapai sudah cukup baik, karena menurunnya AKB merupakan gambaran adanya peningkatan dalam kualitas hidup dan pelayanan kesehatan masyarakat. Hal ini seringkali dijadikan sebagai tolok ukur keberhasilan di



Tabel 4.1. Angka Kematian Bayi (per 1.000 Kelahiran Hidup) Menurut Jenis Kelamin, 2006 - 2010

[Diolah dari Hasil Susenas]

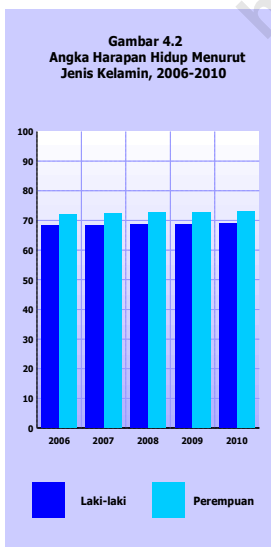
Jenis Kelamin	2006	2007	2008	2009	2010
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Laki-laki	32,30	31,60	30,80	30,00	29,30
Perempuan	23,80	23,20	22,60	22,10	21,60
Total	28,20	27,50	26,80	26,20	25,50

bidang kesehatan. Turunnya AKB ini antara lain didukung karena adanya peningkatan penolong persalinan oleh tenaga medis, keberhasilan program KB, peningkatan pelayanan dan penyediaan fasilitas kesehatan yang telah dilakukan oleh pemerintah, seiring itu pula semakin meningkatnya pengetahuan masyarakat akan kesehatan.

4.2. Angka Harapan Hidup (AHH)

Angka Harapan Hidup (*Life Expectancy Rate*) merupakan salah satu indikator yang mencerminkan derajat kesehatan di suatu daerah tertentu. Angka Harapan Hidup juga berhubungan dengan Angka Kematian Bayi. Semakin rendah Angka Kematian Bayi maka Angka Harapan Hidupnya semakin tinggi. Tingginya Angka Harapan Hidup dapat mencerminkan tingkat kesejahteraan, dan kondisi kualitas lingkungan hidup di suatu daerah. Selain itu, angka harapan hidup juga digunakan sebagai acuan dalam menerapkan program-program pembangunan sehingga berhasil dan berdaya guna.

Angka Harapan Hidup pada umur tertentu adalah rata-rata tahun hidup yang masih akan dijalani oleh seseorang yang telah berhasil mencapai umur tertentu tersebut, pada suatu tahun tertentu. Dalam perkembangannya, selama tahun 2006-2010, AHH di Indonesia mengalami peningkatan. Pada tahun 2006, AHH penduduk Indonesia 70,20 tahun, kemudian secara berturut-turut meningkat setiap tahunnya hingga menjadi 70,90 tahun pada tahun 2010. Angka ini menunjukkan bahwa bayi yang baru lahir pada tahun 2010 diperkirakan akan hidup rata-rata sampai umur 70,90 tahun.



Jika dilihat menurut jenis kelamin, AHH penduduk perempuan lebih lama dibandingkan AHH penduduk laki-laki. AHH penduduk perempuan pada tahun 2006 sebesar 72,2 tahun sedangkan AHH penduduk laki-laki hanya sebesar 68,3 tahun. Sampai dengan tahun 2010 terus mengalami peningkatan pada setiap tahunnya hingga mencapai 72,9 tahun pada penduduk perempuan dan AHH 69,0 tahun pada penduduk laki-laki. Menurut penelitian, perempuan mempunyai AHH lebih lama dari AHH laki-laki karena

Tabel 4.2 Angka Harapan Hidup (tahun) Menurut Jenis Kelamin, 2006 - 2010

[Diolah dari Hasil Susenas]

Jenis Kelamin	2006	2007	2008	2009	2010
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Laki-Laki	68,30	68,40	68,60	68,80	69,00
Perempuan	72,20	72,40	72,60	72,70	72,90
Total	70,20	70,40	70,50	70,70	70,90

perempuan mempunyai sel-sel tubuh yang lebih baik ketimbang laki-laki dalam hal memperbaiki diri. Jika dilihat dari gaya hidup, perempuan mempunyai gaya hidup yang lebih sehat dibandingkan dengan laki-laki, seperti merokok dan minum minuman keras lebih banyak dilakukan oleh laki-laki dibandingkan dengan perempuan, sehingga dari perilaku tersebut mempengaruhi imun mereka terhadap resiko terkena berbagai macam penyakit dan resiko kesehatan lainnya (<http://id.shvoong.com/>).

4.3. Angka Kesakitan

Angka Kesakitan (*Morbidity Rate*) juga merupakan salah satu indikator untuk mengukur derajat kesehatan penduduk. Angka kesakitan menunjukkan ada tidaknya keluhan kesehatan yang mengakibatkan terganggunya aktivitas sehari-hari baik dalam melakukan pekerjaan, sekolah, mengurus rumah tangga maupun kegiatan sehari-hari lainnya. Keluhan yang dimaksud disini mengindikasikan adanya suatu penyakit tertentu. Semakin tinggi angka kesakitan maka menunjukkan semakin banyaknya penduduk yang mengalami gangguan kesehatan. Keluhan kesehatan yang dicakup dalam Susenas antara lain panas, sakit kepala berulang, batuk, pilek, diare/buang-buang air, asma/nafas sesak, sakit gigi dan keluhan lainnya.

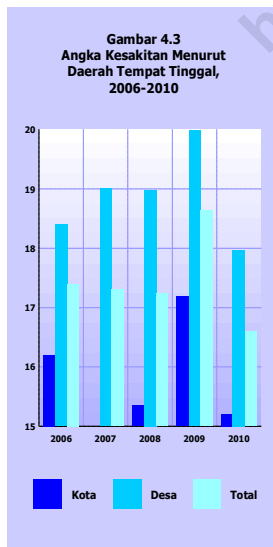
Angka kesakitan penduduk Indonesia pada tahun 2010 sebesar 16,60 persen atau mengalami penurunan

Tabel 4.3. Angka Kesakitan Menurut Daerah Tempat Tinggal, 2006-2010

[Diolah dari Hasil Susenas]

Daerah Tempat Tinggal	2006	2007	2008	2009	2010
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Perkotaan	16,20	15,00	15,35	17,18	15,21
Perdesaan	18,40	19,00	18,98	19,99	17,97
Total	17,40	17,30	17,23	18,63	16,60

dibandingkan dengan angka kesakitan tahun 2009 yang mencapai 18,63 persen. Penurunan ini terjadi baik di daerah perkotaan maupun perdesaan, dimana pada tahun 2009 angka kesakitan daerah perkotaan mencapai 17,18 persen dan turun menjadi 15,21 persen tahun 2010, sedangkan angka kesakitan di daerah perdesaan mencapai 19,99 persen pada tahun 2009 dan menurun hingga 17,97 persen tahun 2010. Angka kesakitan di daerah perkotaan cenderung lebih kecil jika dibandingkan dengan daerah perdesaan, ini menunjukkan bahwa kondisi kesehatan penduduk perkotaan lebih baik dibandingkan dengan kondisi kesehatan penduduk perdesaan.



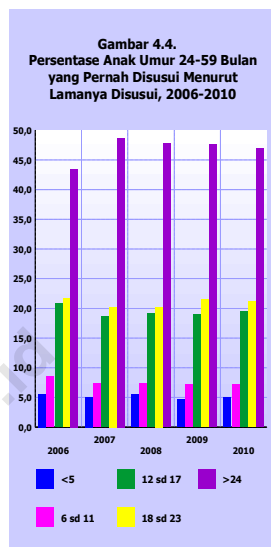
Namun jika dilihat perkembangan angka kesakitan tahun-tahun sebelumnya (2006-2009) mengalami naik turun, seperti yang terjadi pada tahun 2009, jika dibandingkan dengan tahun 2008 mengalami peningkatan baik di daerah perkotaan maupun di daerah perdesaan. Sementara angka kesakitan tahun 2008 mengalami penurunan dibandingkan tahun 2007, namun hanya terjadi di daerah perdesaan, sementara di perkotaan mengalami peningkatan. Peningkatan ini menunjukkan bahwa masih banyak penduduk yang mengalami keluhan kesehatan.

4.4. Persentase Anak Umur 24-59 Bulan yang Pernah Disusui dan Lamanya Disusui

Pemberian Air Susu Ibu (ASI) kepada bayi merupakan faktor penting dalam pertumbuhannya. ASI merupakan zat yang sempurna untuk pertumbuhan bayi dan mempercepat perkembangan berat badan sekaligus juga untuk menurunkan resiko kematian, ASI juga mengandung zat pencegah penyakit serta dapat memberikan kepuasan dan mendekatkan hati ibu dan anak sebagai sarana menjalin hubungan kasih dan sayang. Pemberian ASI merupakan metode pemberian makanan bayi yang terbaik, terutama pemberian ASI Eksklusif pada bayi hingga usia 6 bulan. ASI mengandung semua zat gizi dan cairan yang dibutuhkan untuk memenuhi seluruh gizi bayi pada 6 bulan pertama kehidupannya. Pada umur 6 sampai 12 bulan, ASI masih merupakan makanan utama bayi, karena mengandung lebih dari 60% kebutuhan bayi. Guna memenuhi semua kebutuhan bayi, perlu ditambah dengan Makanan Pendamping ASI. Setelah umur 1 tahun, meskipun ASI hanya dapat memenuhi 30% dari kebutuhan bayi, akan tetapi pemberian ASI tetap dianjurkan karena masih memberikan manfaat.

Lamanya pemberian ASI pada anak berumur 24-59 bulan disajikan dengan maksud untuk mendapatkan gambaran tentang praktek pemberian ASI supaya tidak bias. Pada kurun waktu 2006-2010, dari populasi anak berumur 24-59 bulan yang pernah disusui, persentase terbanyak yaitu yang disusui selama lebih dari 24 bulan, baik di daerah perkotaan maupun daerah perdesaan. Namun di daerah perdesaan lamanya anak umur 24-59 bulan yang disusui lebih dari 24 bulan, lebih besar dibandingkan daerah perkotaan. Persentasenya berkisar antara 44 persen hingga 50 persen. Sedangkan di daerah perkotaan, selama lima tahun terakhir persentase terbesar terjadi pada tahun 2007 sebesar 46,77 persen, sedangkan pada tahun 2010 sebesar 45,44 persen.

Persentase lamanya anak disusui kurang dari 5 bulan lebih banyak terjadi di daerah perkotaan daripada di perdesaan. Hal ini lebih disebabkan karena ibu-ibu di perkotaan sebagian besar adalah pekerja sehingga tidak memiliki waktu banyak memberikan ASI kepada bayinya. Pada tahun 2006, persentase anak usia 24-59 bulan yang pernah



Tabel 4.4. Persentase Anak Umur 24-59 Bulan yang Pernah Disusui Menurut Lamanya Disusui dan Daerah Tempat Tinggal, 2006 - 2010

[Diolah dari Hasil Susenas]

Lamanya Disusui/ Daerah Tempat Tinggal		2006	2007	2008	2009	2010
(1)		(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
? 5	Kota	7,23	7,45	8,08	6,78	7,25
	Desa	4,44	3,37	3,32	2,97	2,95
	Kota+Desa	5,61	5,06	5,52	4,72	5,04
6 - 11	Kota	10,83	9,11	8,94	8,95	8,8
	Desa	6,76	5,95	5,99	5,71	5,72
	Kota+Desa	8,48	7,26	7,35	7,2	7,22
12 - 17	Kota	21,1	18,51	18,25	18,58	19,53
	Desa	20,54	18,84	19,8	19,37	19,5
	Kota+Desa	20,77	18,7	19,08	19,00	19,52
18 - 23	Kota	18,74	18,16	18,25	20,36	18,98
	Desa	23,81	21,72	21,96	22,49	23,32
	Kota+Desa	21,68	20,25	20,25	21,51	21,21
? 24	Kota	42,1	46,77	46,49	45,35	45,44
	Desa	44,45	50,12	48,93	49,47	48,51
	Kota+Desa	43,46	48,73	47,81	47,57	47,01

dususi di perkotaan sebesar 7,23 persen dan mengalami peningkatan hingga tahun 2008 menjadi 8,08 persen. Namun pada tahun berikutnya justru mengalami penurunan hingga 6,78 persen dan meningkat lagi tahun 2010 menjadi 7,25 persen. Berbeda dengan yang terjadi di daerah perdesaan, dimana mulai tahun 2006 hingga 2010 selalu mengalami penurunan pada setiap tahunnya, yaitu dari 4,44 persen pada tahun 2006 menjadi 2,95 persen tahun 2010. Kecilnya persentase anak umur 24-59 bulan yang disusui selama kurang dari 5 bulan di daerah perdesaan ini disebabkan karena para ibu masih memiliki banyak waktu untuk memberikan ASI pada bayinya, selain itu juga mereka menganggap dengan memberikan ASI tidak perlu mengeluarkan banyak biaya dibandingkan dengan harus membeli susu kaleng, disamping itu juga karena mulai bertambahnya pengetahuan penduduk akan pentingnya ASI untuk anaknya. Distribusi anak berumur 24-59 bulan menurut lamanya disusui dapat dilihat pada Tabel 4.5.

4.5. Persentase Balita yang Pernah Diimunisasi

Pengertian imunisasi adalah pemberian kekebalan tubuh terhadap suatu penyakit dengan memasukkan sesuatu ke dalam tubuh agar tubuh tahan terhadap penyakit yang sedang mewabah atau penyakit yang berbahaya. Pemberian imunisasi lebih fokus diberikan pada balita karena sistem kekebalan tubuh mereka masih belum sebaik orang dewasa, sehingga rentan terhadap serangan penyakit berbahaya. Pemberian imunisasi tidak hanya dilakukan satu kali saja namun harus dilakukan secara bertahap dan lengkap terhadap berbagai penyakit yang sangat membahayakan kesehatan dan hidup balita tersebut. Jenis imunisasi yang wajib diberikan antara lain BCG, DPT, Polio, Campak/moebili dan Hepatitis B.

Imunisasi BCG (*Bacillus Calmette Guerin*) adalah satu dari lima imunisasi yang diwajibkan untuk balita. Ketahanan terhadap penyakit TB (*Tuberculosis*) berkaitan dengan keberadaan virus *tubercel bacili* yang hidup di dalam darah. Agar memiliki kekebalan aktif, perlu dimasukkan jenis basil tak berbahaya ke dalam tubuh, alias vaksinasi BCG. Imunisasi BCG diberikan cukup satu kali dan tidak diulang karena vaksin BCG berisi kuman hidup sehingga antibodi yang dihasilkannya tinggi terus. Imunisasi BCG diberikan pada saat anak berusia 2 bulan (<http://vinadanvani.wordpress.com/2008/03/07/imunisasi-bcg-untuk-mencegah-tb-tuberculosis/>). Pada Tabel 4.5 menunjukkan bahwa selama periode 2006-2010, persentase imunisasi BCG tahun 2009 dan 2010 mengalami peningkatan yang lebih besar dibandingkan peningkatan yang terjadi pada tahun-tahun sebelumnya yang hanya berkisar antara 1,10 persen sampai dengan 1,89 persen. Jika dilihat menurut daerah tempat tinggal, persentase imunisasi di daerah perkotaan pada tahun 2006 hingga 2008 mengalami penurunan pada setiap tahunnya, baru kemudian pada tahun 2009 meningkat hingga tahun 2010 sebesar 95,49 persen. Sementara di daerah perdesaan selama kurun waktu yang sama untuk persentase balita yang pernah diimunisasi BCG selalu mengalami peningkatan pada setiap tahunnya, yaitu sebesar 85,76 persen pada tahun 2006 hingga mencapai 90,03 persen pada tahun 2010.

Imunisasi DPT (*Diphtheria, Pertusis, Tetanus*) yaitu imunisasi/vaksin kombinasi yang terdiri dari bakteri pertusis

Tabel 4.5. Persentase Balita yang Pernah Diimunisasi Menurut Jenis Imunisasi dan Daerah Tempat Tinggal, 2006-2010

[Diolah dari Hasil Susenas]

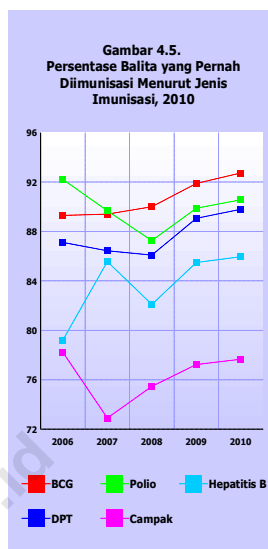
Jenis Imunisasi/ Daerah Tempat Tinggal		2006	2007	2008	2009	2010
(1)		(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
BCG	Kota	93,86	93,71	93,61	94,99	95,49
	Desa	85,76	86,22	86,75	89,11	90,03
	Kota+Desa	89,3	89,4	90,00	91,89	92,73
DPT	Kota	91,33	90,49	89,4	92,04	92,32
	Desa	83,84	83,44	83,11	86,39	87,29
	Kota+Desa	87,11	86,44	86,09	89,06	89,79
Polio	Kota	93,79	92,54	89,5	92,16	92,87
	Desa	91,00	87,54	85,23	87,83	88,29
	Kota+Desa	92,22	89,67	87,25	89,88	90,56
Campak/M orbili	Kota	81,00	78,75	78,05	79,12	79,43
	Desa	76,08	73,8	73,14	75,55	75,94
	Kota+Desa	78,23	75,9	75,47	77,24	77,67
Hepatitis B	Kota	85,19	85,79	86,84	89,24	89,33
	Desa	74,59	76,69	77,84	82,1	82,64
	Kota+Desa	79,22	80,57	82,1	85,48	85,96

yang telah dimatikan, toksoid (zat yang menyerupai racun) dari difteri dan juga tetanus. Vaksin DPT ini diberikan untuk mencegah penyakit difteri yang bisa mematikan, penyakit pertusis yang sering disebut batuk 100 hari dan penyakit tetanus. Vaksin dikombinasikan dengan tujuan supaya anak tidak perlu disuntik berkali-kali untuk mendapatkan tiga vaksin sekaligus. Imunisasi DPT dapat diberikan pada usia minimal 6 minggu sampai 2 bulan. Lalu dilanjutkan pada usia 4 bulan dan 6 bulan. Setelah itu diulang kembali pada usia 18 bulan. Lalu anak diberikan lagi vaksin DPT pada usia 5 tahun dan 12 tahun (<http://www.balita-anda.com/kesehatan-anakbalita/830-mengenal-lebih-dalam-tentang-imunisasi-dpt.html>). Persentase balita yang pernah di imunisasi DPT di daerah perkotaan selama kurun waktu 2006-2010 sudah lebih dari 90 persen, kecuali tahun 2008 yang baru mencapai 89,40 persen. Sedangkan di daerah perdesaan selama kurun waktu yang sama berkisar antara 83,11 persen hingga 87,29 persen.

Imunisasi polio digunakan untuk untuk menimbulkan kekebalan aktif terhadap penyakit poliomielitis. Pemberian imunisasi polio dapat dilakukan bersamaan dengan BCG, vaksin hepatitis B dan DPT, Imunisasi ulangan diberikan bersamaan dengan imunisasi ulang DPT, imunisasi polio diberikan sebanyak empat kali dengan selang waktu kurang dari satu bulan, munisasi ulangan dapat diberikan sebelum anak masuk sekolah (5-6 tahun) dan saat meninggalkan sekolah dasar (12 tahun). Pemberian imunisasi polio pada balita selama tahun 2006-2010 berfluktuasi, yaitu pada tahun 2006 sebanyak 92,22 persen menurun hingga tahun 2008 (87,25 persen), namun mulai tahun 2009 hingga 2010 mengalami peningkatan, yaitu sebesar 89, 88 persen pada tahun 2009 menjadi 90,56 persen pada tahun 2010.

Campak adalah penyakit infeksi menular yang ditandai dengan tiga stadium, yaitu stadium kataral, stadium erupsi dan stadium akhir/konvalensi. Penyakit campak sering menyerang pada anak balita dan penyakit ini mudah menular pada anak-anak sekitarnya. Campak disebabkan oleh kuman-kuman yang disebut dengan virus morbili. Untuk mencegah penyakit ini salah satunya diberikan imunisasi, dimana imunisasi campak ini diberikan kepada bayi yang berusia 9 bulan (<http://medicastore.com/penyakit/81/Imunisasi.html>). Balita yang sudah diberikan imunisasi campak/morbili pada tahun 2010 sebesar 77,67 persen, sedikit meningkat dibandingkan tahun 2009 sebanyak 77,24 persen.

Imunisasi Hepatitis B juga merupakan imunisasi yang diwajibkan. Pemberian imunisasi hepatitis B sebanyak 3 kali dengan interval 1 bulan antara suntikan pertama dengan yang kedua, kemudian 5 bulan antara suntikan kedua dan ketiga. Dalam kurun waktu 2006-2010 pemberian imunisasi hepatitis B, baik di daerah perkotaan maupun perdesaan selalu mengalami peningkatan pada setiap tahunnya (<http://vinadanvani.wordpress.com/2088/03/16/Imunisasi-hepatitis-b>). Pada tahun 2006 baik daerah perkotaan dan perdesaan sebesar 79,22 persen hingga tahun 2010 meningkat menjadi 85,96 persen. Ini artinya bahwa kesadaran dalam upaya pencegahan penyakit hepatitis B pada balita semakin meningkat dari tahun ke tahun.



Jika dilihat dari tipe daerah, dari lima jenis imunisasi tersebut persentase imunisasi di perkotaan lebih tinggi dibanding di perdesaan. Pada tahun 2009, perbedaan persentase yang paling besar antara daerah perkotaan dan perdesaan terjadi pada jenis imunisasi hepatitis B sebesar 7,12 persen.

4.6. Persentase Balita Menurut Penolong Kelahiran

Penolong kelahiran sangat berpengaruh terhadap kesehatan dan keselamatan bayi dan ibu pada saat proses persalinan. Penolong kelahiran oleh tenaga kesehatan dengan kompetensi kebidanan adalah pelayanan persalinan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Penolong persalinan yang dicakup disini adalah penolong kelahiran medis yaitu dokter, bidan, tenaga medis lain, dan penolong kelahiran non medis yaitu dukun, famili dan lainnya.

Di daerah perkotaan, penolong kelahiran oleh dokter dan bidan persentasenya lebih besar jika dibandingkan dengan daerah perdesaan. Selama periode 2006-2010 penolong kelahiran yang dilakukan oleh dokter selalu mengalami peningkatan pada setiap tahunnya, yaitu mulai dari 10,79 persen pada tahun 2006 menjadi 17,03 persen tahun 2010. Peningkatan ini terjadi baik di daerah perkotaan maupun daerah perdesaan. Persentase penolong kelahiran dengan dokter di daerah perkotaan lebih dari tiga kali lipatnya dengan daerah perdesaan, yaitu sebanyak 17,96 persen pada tahun 2006 hingga 25,10 persen pada tahun 2010. Sementara di daerah perdesaan terjadi peningkatan pada periode yang sama, yaitu sebesar 5,23 persen pada tahun 2006 dan terus meningkat hingga 9,09 persen pada tahun 2010. Ini menunjukkan bahwa semakin tahun kesadaran dan tingkat pengetahuan penduduk di bidang kesehatan cukup tinggi dengan memahami pentingnya keselamatan ibu dan bayi yang dilahirkan.

Sementara penolong kelahiran balita yang dilakukan oleh bidan merupakan yang terbesar dipilih oleh masyarakat, baik yang tinggal di daerah perkotaan maupun di daerah perdesaan, walaupun persentase penolong kelahiran oleh bidan di daerah perkotaan selama periode 2006-2010 selalu mengalami penurunan kecuali tahun 2009. Namun yang terjadi di daerah

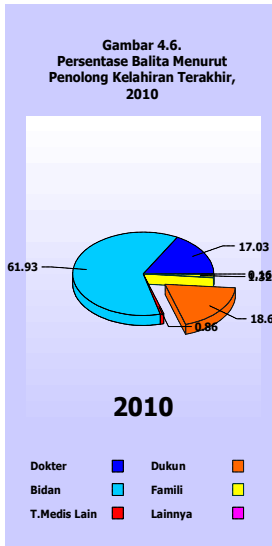
Tabel 4.6. Persentase Balita Menurut Penolong Kelahiran Terakhir dan Daerah Tempat Tinggal, 2006-2010

[Diolah dari Hasil Susenas]

Penolong Kelahiran/ Daerah Tempat Tinggal		2006	2007	2008	2009	2010
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
Dokter	Kota	17,96	22,25	22,36	23,25	25,1
	Desa	5,23	7,27	7,85	8,12	9,09
	Kota+Desa	10,79	13,64	14,72	15,28	17,03
Bidan	Kota	68,56	65,81	65,31	66,04	64,18
	Desa	54,66	52,22	54,17	56,94	59,71
	Kota+Desa	60,73	58,00	59,45	61,24	61,93
Tenaga Medis Lain	Kota	0,67	0,64	0,48	0,66	0,8
	Desa	1,06	1,07	0,88	0,96	0,92
	Kota+Desa	0,89	0,89	0,69	0,82	0,86
Dukun	Kota	11,67	10,51	11,19	9,68	9,58
	Desa	35,86	36,27	33,8	31,7	27,66
	Kota+Desa	25,3	25,31	23,09	21,29	18,69
Famili	Kota	0,94	0,66	0,51	0,28	0,26
	Desa	2,83	2,83	2,9	2,06	2,38
	Kota+Desa	2,01	1,91	1,77	1,22	1,32
Lainnya	Kota	0,2	0,13	0,14	0,08	0,09
	Desa	0,36	0,34	0,39	0,22	0,23
	Kota+Desa	0,29	0,25	0,27	0,16	0,17

perdesaan terus mengalami peningkatan kecuali tahun 2007 turun menjadi 52,22 persen, tetapi kemudian mengalami kenaikan pada tahun 2008 hingga tahun 2010.

Penolong kelahiran oleh dukun di daerah perdesaan masih cukup tinggi walaupun cenderung menurun. Ada beberapa faktor yang menjadi alasan mereka untuk memilih tenaga dukun sebagai penolong kelahiran yaitu diantaranya karena lebih mudahnya pelayanannya, biayanya lebih terjangkau oleh masyarakat, dan dukun dirasa lebih dekat secara psikologi karena dukun selain membantu proses persalinan juga bersedia membantu keluarga dalam berbagai pekerjaan rumah tangga. Jika dilihat perkembangannya selama lima tahun terakhir, yaitu pada tahun 2006 sebesar



35,86 persen dan mengalami peningkatan pada tahun 2007 menjadi 36,27 persen, lalu mulai tahun 2007 hingga 2010 mulai mengalami penurunan meskipun tidak terlalu besar. Penurunan ini sebagian disebabkan karena penduduk mulai berpindah memilih bidan sebagai penolong kelahirannya. Ini menunjukkan bahwa mulai terjadi kesadaran akan pentingnya keselamatan bayi dan ibunya saat proses kelahiran hingga pasca melahirkan. Disamping itu juga karena mulai bertambahnya jumlah tenaga bidan desa yang ditempatkan di daerah perdesaan. Keberadaan Bidan di desa (bides), diharapkan menjadi penolong persalinan dan mentransfer pengetahuan tentang kesehatan kepada tenaga dukun, sehingga kualitas kesehatan anak sejak lahir semakin membaik yang pada akhirnya akan berpengaruh terhadap kualitas sumber.

4.7. Persentase Penduduk yang Berobat Jalan Menurut Tempat Berobat

Sarana kesehatan yang menjadi rujukan penduduk untuk berobat jalan yang dicakup dalam Susenas diantaranya adalah Rumah Sakit Pemerintah, Rumah Sakit Swasta, praktek dokter/poliklinik, puskesmas/pustu, petugas kesehatan, praktek batra, dukun/tabib/sinse, dan lainnya.

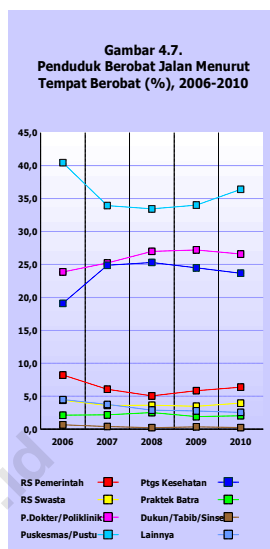
Rumah Sakit adalah sarana pelayanan kesehatan rujukan (tingkat pertama, kedua dan ketiga). Rumah Sakit dikelola oleh pihak pemerintah dan swasta. Sedangkan Puskesmas merupakan sarana pelayanan kesehatan dasar yang menyelenggarakan kegiatan promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana, perbaikan gizi, pemberantasan penyakit menular, dan pengobatan. Puskesmas perawatan selain memberikan pelayanan kesehatan seperti puskesmas pada umumnya, juga menyediakan fasilitas pelayanan rawat inap, dengan demikian puskesmas perawatan juga berfungsi sebagai "pusat rujukan antara" yang melayani penderita gawat darurat sebelum dirujuk ke Rumah Sakit.

Pemanfaatan fasilitas kesehatan oleh penduduk di daerah perkotaan berbeda dengan penduduk perdesaan. Penyebab perbedaan tersebut antara lain karena ketersediaan

fasilitas kesehatan, jarak menuju tempat fasilitas kesehatan dan juga karena perilaku dari masing-masing penduduk. Penduduk di daerah perkotaan lebih memilih berobat ke dokter praktek/poliklinik sedangkan penduduk di perdesaan cenderung lebih memilih tempat berobat ke puskesmas/pustu dan ke petugas kesehatan. Alasannya penduduk perkotaan memilih tempat praktek dokter/poliklinik karena fasilitas tersebut di daerah perkotaan tersedia cukup banyak dan jaraknya mudah untuk dijangkau, disamping itu karena kesadaran akan kesehatan pada penduduk kota sudah lebih baik. Sementara alasan penduduk perdesaan lebih banyak memilih puskesmas/pustu dan ke petugas kesehatan karena fasilitas tersebut mudah dijangkau dan biayanya relatif lebih murah dibandingkan jika berobat ke tempat praktek dokter/poliklinik.

Dari hasil Susenas 2010, persentase penduduk yang berobat jalan ke praktek dokter/poliklinik di perkotaan mencapai 34,53 persen atau mengalami penurunan jika dibandingkan tahun sebelumnya, begitu juga dengan penduduk yang berobat jalan ke petugas kesehatan juga mengalami penurunan. Sementara penduduk perkotaan yang berobat ke puskesmas/pustu dan Rumah Sakit baik RS Pemerintah maupun RS Swasta pada tahun 2010 mengalami peningkatan, meskipun tidak begitu besar. Sedangkan Penduduk perdesaan lebih memilih berobat jalan ke puskesmas/pustu dan ke petugas kesehatan. Pada tahun 2010 penduduk yang berobat ke puskesmas/pustu mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2009 sebesar 36,96 persen sedangkan yang ke petugas kesehatan mengalami penurunan.

Namun jika dilihat perkembangan dari berobat jalan mulai tahun 2006 hingga 2010, jumlah yang berobat ke Puskesmas/Pustu selalu merupakan pilihan yang terbanyak, yaitu berkisar sebesar 40,45 (2006) hingga 34,60 persen (2010). Namun pada tahun sebelumnya, yaitu tahun 2006, penduduk perkotaan masih lebih banyak memilih berobat ke puskesmas/pustu, yaitu mencapai 36,02 persen sementara yang memilih di tempat praktek dokter/poliklinik hanya 32,06 persen. Pada tahun 2010, persentase penduduk perkotaan yang berobat jalan ke tempat praktek dokter/poliklinik



Tabel 4.7. Persentase Penduduk yang Berobat Jalan Menurut Tempat Berobat dan Daerah Tempat Tinggal, 2006-2010

[Diolah dari Hasil Susenas]

Tempat/Cara Berobat/ Daerah Tempat Tinggal		2006	2007	2008	2009	2010
(1)		(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
RS Pemerintah	Kota	10,57	7,93	6,35	6,94	7,78
	Desa	6,4	4,71	3,85	4,8	5,06
	Kota+Desa	8,22	6,06	5,05	5,84	6,38
RS Swasta	Kota	6,78	6,06	5,58	5,07	6,07
	Desa	2,55	1,83	1,85	1,98	1,95
	Kota+Desa	4,39	3,6	3,64	3,48	3,95
Praktek Dokter/Poliklinik	Kota	32,06	33,71	35,58	35,86	34,53
	Desa	17,54	19,08	19,05	19,09	19,05
	Kota+Desa	23,85	25,21	26,97	27,2	26,57
Puskesmas/Pustu	Kota	36,02	30,81	31,2	31,25	32,11
	Desa	43,85	36,19	35,48	36,57	36,96
	Kota+Desa	40,45	33,93	33,43	34,00	34,6
Petugas Kesehatan	Kota	12,39	15,23	16,08	16,22	14,84
	Desa	24,26	31,82	33,77	32,18	31,99
	Kota+Desa	19,1	24,87	25,29	24,47	23,66
Praktek Batra	Kota	1,86	1,99	2,31	1,76	1,73
	Desa	2,35	2,3	2,7	2,04	2,33
	Kota+Desa	2,13	2,17	2,51	1,9	2,04
Dukun/Tabib/Sinse	Kota	0,57	0,29	0,19	0,27	0,26
	Desa	0,74	0,47	0,25	0,42	0,23
	Kota+Desa	0,66	0,4	0,23	0,35	0,25
Lainnya	Kota	3,93	3,99	2,71	2,62	2,68
	Desa	4,92	3,6	3,05	2,91	2,43
	Kota+Desa	4,49	3,76	2,89	2,77	2,55

mengalami penurunan dibandingkan tahun 2009, menjadi 34,53 persen.

Sedangkan di daerah perdesaan persentase terbesar penduduknya memilih berobat jalan ke puskesmas/pustu. Jika dilihat banyaknya penduduk yang memilih berobat jalan ke puskesmas/pustu dalam kurun waktu 2006-2010 lebih dari

Perkembangan Kesehatan di Indonesia

35 persen pada setiap tahunnya. Penduduk pedesaan lebih memilih berobat ke puskesmas/pustu karena biaya yang dikeluarkan tidak terlalu mahal dan bisa terjangkau dibandingkan jika mereka harus berobat ke dokter praktek/ poliklinik yang dirasa biayanya lebih mahal. Selain alasan tersebut juga karena puskesmas/pustu mudah dijangkau dan jumlah puskesmas/pustu sudah relatif lebih banyak.

<https://www.bps.go.id>

STUDI KUALITATIF TENTANG PENDIDIKAN DI INDONESIA

Pendahuluan •

*Proses Pengumpulan Data Kesehatan di Dinas
Kesehatan dan Data Kependudukan di Dinas
Kependudukan dan Keluarga Berencana •*

*Beberapa Konsep Indikator
Kesehatan dan Kependudukan •*

5

5.1. Pendahuluan

Pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan tujuan untuk meningkatkan kesadaran dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat. Untuk itu diperlukan data dan indikator kesehatan serta berbagai aspek mengenai berbagai pelayanan kesehatan yang dapat memberikan gambaran. Sejauh ini baik BPS maupun instansi terkait sudah mencoba membangun indikator-indikator tersebut, meskipun dengan konsep ataupun metode yang berbeda, dan masing-masing memiliki kelemahan dan kelebihan. Oleh sebab itu, diperlukan suatu kajian yang dapat memberikan gambaran dan informasi serta menjelaskan mengenai beberapa konsep dalam penghitungan indikator kesehatan. Selain itu, studi mendalam ini juga mencari indikator baru yang dapat dijadikan sebagai indikator kunci pembangunan dalam bidang kesehatan dari beberapa informan di Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan UPT serta nara sumber lainnya (BKKBN Provinsi dan BKKBN Kabupaten/Kota).

BPS sebagai salah satu instansi pemerintah yang bertugas melakukan pengumpulan data, juga menghitung beberapa indikator kesehatan seperti Angka Morbiditas, Rata-Rata Lama Sakit, Persentase Penduduk yang Menggunakan Air Minum Bersih, Angka Harapan Hidup, Angka Kematian Bayi, Persentase Anak usia 12-59 bulan yang pernah di Imunisasi, Status Gizi Balita, Persentase anak usia 12-59 bulan yang pernah disusui, Rata-Rata Lama Disusui, Persentase Balita menurut Penolong Persalinan, Persentase Penduduk yang Berobat Jalan Menurut Tempat Berobat, dll. Beberapa indikator tersebut juga dihitung oleh Kementerian Kesehatan Nasional dan jajaran dibawahnya sampai tingkat Kabupaten/Kota. Ada kemungkinan konsep yang dipakai BPS berbeda dengan yang dipakai oleh Kemenkes. Oleh karena itu, melalui studi mendalam ini diharapkan dapat diperoleh masukan dari para pakar kesehatan yang berkompeten dibidangnya terkait dengan konsep yang digunakan oleh BPS.

Mengingat tujuan dari studi mendalam ini bukan untuk membuat estimasi suatu indikator suatu wilayah, maka penentuan kesembilan wilayah dilakukan secara *purposive*, tanpa merujuk kepada suatu metode sampling tertentu. Penentuan wilayah hanya mempertimbangkan *performance*

beberapa indikator yang dihitung oleh BPS. *Interview* atau wawancara dilakukan di beberapa unit kerja baik di Dinas Kesehatan Provinsi maupun Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan BKKBN Provinsi, Kabupaten/Kota. Pejabat atau staf yang dianggap berkompeten dibidangnya dijadikan sebagai responden.

Tujuan dari studi mendalam ini adalah:

- mengumpulkan indikator-indikator kesehatan yang tersedia di tingkat provinsi
- mengetahui alur/mekanisme pengumpulan data dari tingkat Puskesmas hingga ke Kementerian Kesehatan Nasional serta dari PT KB sampai BKKBN Pusat
- mencari indikator baru yang dapat dijadikan sebagai indikator kunci pembangunan dalam bidang kesehatan
- mengetahui kendala yang dihadapi untuk membangun suatu indikator, serta
- mendapatkan masukan mengenai konsep-konsep indikator kesehatan yang dihitung oleh BPS sebagai bahan evaluasi untuk perbaikan di masa mendatang.

5.2. Proses Pengumpulan Data Kesehatan di Dinas Kesehatan dan Data Kependudukan di Dinas Kependudukan dan Keluarga Berencana

Untuk melihat apakah visi Menuju Indonesia Sehat 2010 dan program-program kesehatan lainnya sudah dijalankan maka setiap Dinas Kesehatan baik Provinsi maupun Kabupaten/Kota wajib memberikan laporan dalam hal ini berbentuk buku/publikasi, yaitu Profil Kesehatan Provinsi atau Profil Kesehatan Kabupaten/Kota. Publikasi tersebut sebagai pelaporan pencapaian di bidang kesehatan dan kondisi kesehatan penduduk di tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota.

Kewenangan pengumpulan data kesehatan dilapangan adalah Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melalui Unit Pelaksana Teknis (UPT). Puskesmas secara rutin tiap bulan membuat laporan yaitu sistem pencatatan pelaporan terpadu Puskesmas yang berisikan data-data, program-program kesehatan serta pelayanan yang telah dilakukan selama satu bulan di Puskesmas itu sendiri,

ditambah dengan laporan dari Posyandu dan Polindes serta bidan desa yang dilaporkan ke Puskesmas setempat.

5.2.1. Ketersediaan Data dan Indikator

Ketersediaan data dan indikator kesehatan di 6 (enam) wilayah/provinsi cukup lengkap. Setiap Dinas Kesehatan di daerah harus mengumpulkan data-data dasar kesehatan dan beberapa indikator kesehatan yang harus dihitung setiap tahun untuk masing-masing wilayah yang dapat memberikan gambaran mengenai program/kegiatan yang sudah dilakukan serta memberikan gambaran kondisi kesehatan di wilayahnya. Jenis data dasar dan indikator yang dikumpulkan disesuaikan dengan kondisi wilayah yang disesuaikan dengan yang telah ditentukan oleh pusat.

Data yang dikumpulkan oleh masing-masing Dinas Kesehatan Provinsi yang tercantum dalam Publikasi Profil Kesehatan hampir sama karena semua mengacu pada Buku Pedoman Penyusunan Profil Kesehatan Pusat. Adapun data dan indikator kesehatan yang dikumpulkan dari ke 6 Dinas Kesehatan Provinsi setelah dirangkum antara lain meliputi:

- Angka Kematian
 1. Jumlah kelahiran dan kematian bayi dan balita
 2. Jumlah kematian ibu maternal
 3. Jumlah kejadian kecelakaan lalu lintas dan rasio korban luka dan meninggal terhadap jumlah penduduk
- Angka Kesakitan
 1. AFP rate, persentase TB paru sembuh, dan pneumonia balita ditangani
 2. HIV/AIDS ditangani, infeksi menular seksual diobati
 3. Persentase DBD ditangani
 4. Persentase diare pada balita ditangani
 5. Persentase penderita malaria diobati
 6. Frekuensi, jumlah penderita kejadian luar biasa campak
 7. Persentase penderita kusta selesai berobat
 8. Kasus penyakit filariasis ditangani
 9. Jumlah kasus dan angka kesakitan penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I)

10. Cakupan kunjungan neonatus, bayi dan bayi BBLR yang ditangani
11. Status gizi balita dan jumlah rawan gizi
12. Cakupan kunjungan ibu hamil (K4) dan persalinan ditolong tenaga kesehatan
13. Cakupan deteksi dini tumbuh kembang anak balita, pemeriksaan kesehatan siswa SD/SMP/SMU
14. Jumlah PUS, peserta KB, peserta KB baru, dan KB aktif
15. Jumlah peserta KB aktif menurut jenis kontrasepsi.
16. Pelayanan KB baru
17. Persentase cakupan desa/kelurahan UCI
18. Persentase cakupan imunisasi bayi
19. Cakupan bayi, balita yang mendapat pelayanan kesehatan
20. Jumlah ibu hamil yang mendapatkan tablet Fe1, Fe3, imunisasi TT1 dan TT2
21. Jumlah WUS dengan status imunisasi TT
22. Persentase akses ketersediaan darah untuk bumil dan neonatus yang dirujuk
23. Jumlah dan persentase ibu hamil dan neonatal risiko tinggi/komplikasi ditangani.
24. Persentase sarana kesehatan dengan kemampuan gawat darurat
25. Jumlah dan persentase desa/kelurahan terkena KLB yang ditangani < 24 jam
26. Jumlah penderita dan kematian
27. Serta jumlah kecamatan dan desa yang terserang KLB
28. Jumlah bayi yang diberi asi eksklusif.
29. Persentase desa/kelurahan dengan garam beryodium yang baik.
30. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut
31. Jumlah kegiatan penyuluhan kesehatan
32. Cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan pra bayar
33. Cakupan pelayanan kesehatan masyarakat miskin
34. Persentase pelayanan kesehatan kerja pada pekerja formal
35. Cakupan pelayanan kesehatan pra usila dan usila

36. Cakupan wanita usia subur mendapat kapsul yodium
37. Persentase donor darah diskriminasi terhadap HIV-AIDS
38. Jumlah kunjungan rawat jalan, rawat inap, pelayanan gangguan jiwa di sarana pelayanan kesehatan
39. Jumlah sarana pelayanan kesehatan menurut kemampuan labkes dan memiliki 4 spesialis dasar
40. Ketersediaan obat sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar
41. Persentase rumah tangga ber perilaku hidup bersih
42. Jumlah dan persentase Posyandu menurut strata
43. Persentase rumah tangga sehat
44. Persentase keluarga memiliki akses air bersih
45. Keluarga dengan kepemilikan sarana sanitasi dasar
46. Persentase tempat umum dan pengelolaan makanan (TUPM) sehat
47. Persentase institusi dibina kesehatan lingkungannya
48. Persentase rumah/bangunan yang diperiksa dan bebas jentik nyamuk Aedes
49. Persebaran tenaga kesehatan menurut unit kerja
50. Jumlah tenaga kesehatan di sarana pelayanan kesehatan
51. Jumlah tenaga kefarmasian dan gizi di sarana kesehatan
52. Jumlah tenaga keperawatan di sarana kesehatan
53. Jumlah tenaga kesehatan masyarakat dan sanitasi di sarana kesehatan
54. Jumlah tenaga teknisi medis di sarana kesehatan
55. Anggaran kesehatan
56. Jumlah sarana pelayanan kesehatan.
57. Upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM)
58. Indikator pelayanan rumah sakit

Selain Dinas Kesehatan yang membuat publikasi sebagai bahan pelaporan di bidang kesehatan, setiap tahun BKKBN Propinsi juga membuat suatu pelaporan yang wajib dibuat sebagai bahan laporan dan kinerja instansi daerah ke pusat, yaitu

- Laporan Tahunan Program KB Nasional yang sudah dilaksanakan oleh Provinsi

Studi Kualitatif Tentang Indikator Kesehatan

- Laporan Tahunan Pendataan Keluarga
- Laporan Pelayanan Kontrasepsi dan Persediaan Alat KB

Data yang dikumpulkan oleh BKKBN tingkat kabupaten/ Kota dalam rangka melaksanakan program KB Nasional di Provinsi Sumatera Barat dan Sulawesi Tengah memuat program-program yang telah dilaksanakan selama satu tahun terakhir dan menghasilkan data antara lain

- Pencapaian Peserta KB Baru
- Peserta KB Baru Menurut Metode Alat Kontrasepsi
- Pencapaian Peserta KB Baru Menurut Sarana Pelayanan
- Jumlah Peserta KB Baru Pria
- Jumlah Peserta KB yang mengalami komplikasi
- Jumlah Peserta KB yang Mengalami Kasus Kegagalan
- Pencapaian Alat Kontrasepsi IUD dan Implant
- Pencapaian Peserta KB Aktif Menurut Alat Kontrasepsi
- Peserta KB Aktif Pria
- Pemakaian Alat Kontrasepsi Jangka Panjang
- Jumlah PIK KRR Aktif
- Jumlah BKB, BKR dan BKL
- Sumber Dana dan Realisasi Anggaran BKKBN
- Jumlah Tenaga Lapangan KB
- Jumlah Penerimaan Alat Kontrasepsi
- Penyaluran dan Persediaan Alat Kontrasepsi

Pendataan Keluarga bertujuan untuk memperoleh data basis keluarga dan anggota keluarga. dari pendataan/ pengumpulan data ini diperoleh empat aspek yaitu mengenai data demografi, data keluarga berencana, data tahapan keluarga sejahtera dan data anggota keluarga :

1. Dari Aspek Demografi akan diperoleh data antara lain:

- Jumlah kepala keluarga
- Jumlah Kepala Keluarga menurut jenis kelamin, status pekerjaan, status perkawinan, dan tingkat pendidikan
- Jumlah keluarga yang mendapat kredit mikro atau bantuan modal
- Jumlah jiwa dalam keluarga menurut jenis kelamin
- Jumlah wanita usia subur
- Jumlah jiwa dalam keluarga yang dirinci menurut kelompok umur (< 1 tahun, 1-5 tahun, 5-6 tahun, 7-15 tahun, 16-21 tahun, 22-29 tahun, 30-59 tahun dan 60 tahun ke atas)

2. Dari Aspek Keluarga Berencana diperoleh data antara lain:

- Jumlah pasangan usia subur
- Jumlah istri pasangan usia subur menurut kelompok umur (<20 tahun, 20-29 tahun, 30-49 tahun)
- Jumlah peserta KB menurut metode kontrasepsi berdasarkan jalur (pemerintah atau swasta)
- Jumlah peserta KB yang implannya perlu dicabut tahun depan
- Jumlah bukan peserta KB (ibu hamil, ibu ingin anak segera, ibu ingin anak ditunda, ibu tidak ingin anak)

3. Dari aspek tahapan Keluarga Sejahtera meliputi data antara lain:

- Jumlah Keluarga Sejahtera
- Jumlah Keluarga Pra Sejahtera
- Jumlah Keluarga Sejahtera I
- Jumlah Keluarga Sejahtera II
- Jumlah Keluarga Sejahtera III
- Jumlah Keluarga Sejahtera III plus

4. Dari aspek anggota keluarga diperoleh data antara lain:

- Nomor kode keluarga Indonesia
- Nomor kode anggota keluarga
- Nama
- Hubungan dengan Kepala Keluarga
- Jenis Kelamin
- Tanggal, bulan dan tahun kelahiran
- Pekerjaan
- Pendidikan terakhir
- Status perkawinan
- Perubahan (mutasi)

Sebagai bahan pelaporan yang ke 3 yang dilakukan oleh BKKBN provinsi adalah mengenai laporan Pelayanan KB dan Persediaan Alat KB. Sedangkan kegiatan pendataannya sendiri dilakukan oleh BKKBN tingkat II (Kabupaten/Kota) yang dilakukan rutin tiap bulan. Dari kegiatan ini diperoleh data, antara lain :

- Jumlah tempat pelayanan KB
- Jumlah Peserta KB baru yang dilayani oleh klinik KB, dokter praktek swasta, dan bidan praktek swasta
- Jumlah peserta KB baru dari keluarga prasejahtera dan KSI

Studi Kualitatif Tentang Indikator Kesehatan

- Jumlah pencabutan IUD dan Implan oleh klinik KB, dokter praktek swasta, dan bidan praktek swasta
- Jumlah pemasangan ulang Implan dan IUD oleh klinik KB, dokter praktek swasta, dan bidan praktek swasta
- Jumlah pemberian kontrasepsi ulang
- Jumlah pelayanan ulang KB dari keluarga pra sejahtera dan KSI
- Jumlah persediaan alat kontrasepsi

5.2.2. Mekanisme Pengumpulan dan Pengolahan Data

Alur pengumpulan data kesehatan di tingkat Kabupaten/Kota disetiap Provinsi sama yaitu dimulai dari masing-masing bidang melalui unit pelayanan teknis menyebarkan kuesioner yang sifatnya rutin ke seluruh fasilitas kesehatan yaitu Puskesmas dan rumah sakit. Bahkan ada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang sudah menyebarkan daftar isian sampai ke fasilitas kesehatan lain (seperti rumah sakit swasta, praktek dokter, klinik, dan fasilitas kesehatan lainnya). Daftar pertanyaan yang sudah diisi akan dikembalikan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau diambil langsung oleh petugas lapangan kesehatan. Selanjutnya kuesioner yang sudah masuk ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota akan direkap dan diolah oleh masing-masing bidang yang berwenang ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Selain itu juga Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setiap bulan selalu mendapat laporan rutin yang dibuat oleh Puskesmas yang harus dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Data dan indikator tersebut merupakan bahan publikasi yang akan dilaporkan sampai ke Kementerian Kesehatan.

Sedangkan untuk Dinas Kesehatan tingkat Provinsi data kesehatan diperoleh dari masing-masing Kabupaten dan kemudian dikompilasi di bagian pengolahan data dan informasi. Selanjutnya akan dikirim ke Kementerian Kesehatan melalui Email, sedangkan untuk hardcopy publikasi menyusul.

Selain Dinas Kesehatan, BKKBN juga melakukan pengumpulan data. Mekanisme dilapangannya adalah sebagai Dinas BKBKS Kabupaten/Kota mendistribusikan kuesioner yang harus diisi melalui PL KB sampai ke Desa/Kelurahan. Selanjutnya proses pengumpulan data dari desa/

kelurahan direkap secara manual kemudian dikirim ke kecamatan, dari kecamatan ke kabupaten, semuanya dilakukan secara manual dan dikompilasi oleh Pos Pembantu Keluarga Berencana Desa (PPKBD). Sedangkan di tingkat kabupaten/kota yang sudah memiliki fasilitas komputer dapat dilakukan pengolahan di tingkat kabupaten/kota dan untuk kabupaten/kota yang belum memiliki fasilitas komputer maka pengolahan dilakukan di tingkat provinsi. Pengiriman data dari kabupaten/kota yang sudah memiliki fasilitas komputer menuju provinsi dan pusat menggunakan website, meskipun sekarang masih dalam proses pengembangan untuk kabupaten/kota yang belum memiliki fasilitas TI akan dibantu oleh Dinas Provinsi untuk mengirim data ke pusat.

5.2.3. Kendala yang Dihadapi dalam Pengumpulan Data dan Penghitungan Indikator

Kendala yang dihadapi dalam pengumpulan data di tingkat Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di setiap Provinsi sama antara lain: keterlambatan data yang masuk ke Dinas Kesehatan, dan kadang-kadang tidak semua data masuk. Hal ini disebabkan karena kurangnya tenaga lapangan/SDM di tingkat Kabupaten/Kota. Selain kendala di atas kendala lain dalam pengumpulan data yang terjadi di Dinkes Kota Padang adalah belum berjalannya sistem online. Selain itu, akibat perpindahan lokasi kantor Dinkes ke daerah yang sulit dijangkau, sebagai dampak dari kejadian gempa tahun 2009 membuat semakin terlambatnya pengumpulan data.

Kendala mengenai jumlah tenaga kesehatan (seperti jumlah dokter, perawat, bidan) di semua dinas kesehatan kabupaten/kota belum bisa mendapatkan data yang akurat atau terperinci karena data yang diperoleh masih dari hasil pelaporan puskesmas dan rumah sakit pemerintah saja tidak/ belum termasuk dari tempat dokter praktek, klinik swasta dan rumah sakit swasta. Sehingga data tenaga kesehatan yang sudah dikompilasi di tingkat Dinas Provinsi juga berasal dari puskesmas dan RS pemerintah saja.

Sedangkan kendala yang dihadapi dalam pengumpulan data di tingkat Dinas Provinsi di semua wilayah penelitian hampir sama dalam penyusunan Publikasi Profil Kesehatan Provinsi, diantaranya pengumpulan data yang tidak sesuai dengan jadwal yang sudah ditetapkan, hal ini terkait pula

dengan masalah otonomi daerah, dimana provinsi sudah tidak mempunyai otoritas atas dinas kabupaten/kota, sehingga data sulit untuk diperoleh karena Dinas Kabupaten/Kota tidak mempunyai kewajiban untuk memberikan data ke Dinas Kesehatan Provinsi. Oleh karena itu untuk memperoleh data dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setiap provinsi mempunyai trik-trik tersendiri seperti melakukan jemput bola langsung data ke Dinas Kabupaten, ada yang melakukan rapat atau sosialisasi data kesehatan dengan mengundang seluruh Dinas Kesehatan tingkat II di wilayahnya. Dengan adanya otonomi daerah, otoritas provinsi sangat kecil dalam mengkoordinasikan dan menghimpun data tersebut.

Sedangkan dalam hal penyusunan indikator baru/spesifik, baik di Dinkes provinsi maupun Dinkes kabupaten/kota tidak ada, karena semua indikator yang dihitung masih terbatas pada apa yang telah ditetapkan oleh Kemenkes RI.

5.3. Beberapa Konsep Indikator Kesehatan dan Kependudukan

5.3.1. Angka Morbiditas

Angka morbiditas menurut konsep BPS adalah persentase penduduk yang mengalami keluhan kesehatan hingga mengganggu aktivitasnya sehari-hari. Angka morbiditas dihitung dari Susenas yang dilakukan secara sampel rumah tangga berdasarkan pengakuan responden.

Dari hasil diskusi dengan Dinas Kesehatan di 6 provinsi tentang definisi angka morbiditas, diketahui terdapat perbedaan konsep antara Dinas Kesehatan dengan BPS, dimana menurut Dinas Kesehatan angka morbiditas diartikan sebagai persentase penduduk yang menderita penyakit tertentu berdasarkan kunjungan pasien berobat ke puskesmas dan rumah sakit, dalam hal ini Dinkes hanya menghitung Angka Morbiditas beberapa penyakit tertentu yang dianggap paling banyak diderita, contoh Malaria, TBC, HIV/AIDS, Demam Berdarah (DBD) dan ISPA, atau untuk 10 penyakit tertentu yang merupakan penyakit terbanyak yang diderita penduduk dalam satu tahun. Jadi angka morbiditas jenis penyakit untuk masing-masing daerah kabupaten/kota bisa beberapa sama bisa juga berbeda sama sekali demikian pula untuk tingkat

provinsi tergantung hasil pelaporan dalam satu tahun yang terbanyak jenis penyakit apa yang diderita penduduk.

5.3.2. Status Gizi Balita (Balita Gizi Buruk)

Indeks penghitungan mengenai status gizi balita pernah dilakukan oleh BPS yang bekerja sama juga dengan Kementerian Kesehatan melalui Survei Garam Yodium. Namun kegiatan ini tidak bisa dilakukan setiap tahun, pelaksanaannya setiap 3 tahun sekali namun sejak tahun 2006 sudah tidak ada lagi survei seperti ini.

Berdasarkan hasil diskusi ke Dinas Kesehatan di 6 tingkat Kabupaten/Kota dan di Tingkat Provinsi diperoleh keterangan mengenai cara penghitungan status gizi buruk pada balita sama yaitu berdasarkan konsep NCHS-WHO, parameter yang digunakan dalam konsep ini adalah dengan menimbang berat badan balita dan mengukur tinggi badan balita. Dari pengukur tersebut dapat diketahui apakah seorang balita memiliki gizi normal, sedang/cukup, kurang atau buruk. Caranya yaitu melihat/mengukur kondisi balita (0-59 bulan) yang memiliki indeks berat badan menurut tinggi badan $< -3SD$. Bagi balita yang mengalami gizi buruk diikuti dengan tanda-tanda klinis seperti rambut merah dan jarang, kulit bersisik atau mengalami penyakit marasmus, kwashiorkor, dan marasmus-kwashiorkor.

Untuk memperoleh indeks mengenai status gizi balita melalui observasi/kegiatan penimbangan massal balita di posyandu dan Puskesmas yang dilaksanakan pada bulan Agustus setiap tahunnya, bersamaan dengan pelaksanaan pemberian vitamin A. Pemilihan waktu tersebut sebagai bulan penimbangan untuk pengukuran status gizi dilakukan karena biasanya saat itu akan ada lebih banyak balita yang dibawa ke posyandu dibanding waktu lainnya. Data yang diperlukan adalah berat badan, tinggi badan dan umur.

5.3.3. Rasio Tenaga Kesehatan per Penduduk

Dalam penghitungan Rasio Tenaga Kesehatan per Penduduk antara BPS dan Kementerian Kesehatan sama, yaitu per 100.000 penduduk. Namun jika dilihat dari pengumpulan datanya, terjadi perbedaan antara BPS dan Kementerian Kesehatan. BPS dalam menghitung jumlah tenaga kesehatan

berdasarkan konsep tempat tinggal, dan data tersebut diperoleh secara sensus melalui kegiatan PODES yang dilakukan setiap 3 tahun sekali. Jadi kemungkinan double counting sangat kecil.

Sedangkan dari informasi hasil studi di 6 provinsi diperoleh masukan yang sama yaitu konsep Dinkes berdasarkan tempat praktek, untuk saat ini yaitu masih berdasarkan pelaporan dari wilayah kerja Puskesmas dan Rumah Sakit saja. Sedangkan tenaga kesehatan lain seperti yang bertugas di lembaga swasta tidak tercatat. Disisi lain terdapat beberapa kelemahan, yaitu adanya kemungkinan *double counting* terutama jika seorang dokter bertugas di RS Pemerintah dan RS Swasta, kemungkinan akan tercatat dua kali, karena sistem pencatatan bukan berdasarkan nama, tetapi hanya terdeteksi jumlah agregatnya saja.

5.3.4. Air Minum Bersih

Menurut konsep BPS yang dimaksud dengan Air Bersih adalah Air minum yang berasal dari air kemasan dan leding atau air minum bersih yang bersumber dari pompa, sumur/mata air terlindung yang jaraknya ke tempat pembuangan limbah > 10 m.

Informasi yang diperoleh dari 5 Provinsi tempat indepth kecuali Provinsi Gorontalo tidak memuat informasi tersebut, hal ini menunjukkan bahwa konsep air minum bersih yang digunakan oleh Dinkes dan BPS berbeda, perbedaan tersebut antara lain

1. Jika dilihat dari penggunaannya, air bersih di Dinkes tidak hanya digunakan sebagai air minum saja namun juga digunakan untuk mandi dan cuci. Selain itu perbedaan lainnya
2. Sumber air bersih di Dinkes diantaranya: air ledeng, SPT (sumur pompa tangan), SGL (sumur galian), PAH (penampungan air hujan) dan air kemasan
3. Jarak keberadaan sumber air dengan tempat pembuangan kotoran tidak diperhitungkan

Konsep tersebut dibuat oleh Pusdatin Depkes RI, yang sekarang menjadi Pusdasur Kemenkes RI, sedangkan unit kerja yang menghitung adalah Bidang Penanggulangan Penyakit dan Bencana (P2B).

5.3.5. Data yang Berkaitan dengan Balita dan Ibu Hamil

Data yang berkaitan dengan bayi/balita dan ibu hamil seperti cakupan imunisasi dasar bagi balita, BPS menghitung dari hasil Susenas, tetapi untuk kunjungan ibu hamil K1/K4 tidak pernah menghitung. Penghitungan angka imunisasi yang dilakukan oleh BPS pendekatannya adalah rumahtangga yang diperoleh secara sampel dari kegiatan Susenas.

Menurut informasi yang diperoleh dari 5 Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Provinsi, seluruh data yang berkaitan dengan balita dan ibu hamil semuanya berdasarkan hasil pelaporan dari fasilitas kesehatan. Data yang berkaitan dengan bayi dan balita seperti cakupan imunisasi dasar bagi balita, persentase balita mendapat Vitamin A, bayi lahir BBLR (Berat Badan Lahir Rendah), dll, berasal dari laporan fasilitas kesehatan, yang sementara ini yang rutin melapor baru dari Puskesmas/Posyandu, RS pemerintah, sedangkan untuk fasilitas kesehatan lain seperti bidan praktek dan dokter praktek serta klinik swasta ada yang melapor ada juga yang belum/tidak pernah melapor.

Demikian pula untuk data yang berkaitan dengan ibu hamil: cakupan K1 dan K4, ibu hamil yang mendapat imunisasi Tetanus Toksoid (TT), dan pemberian tablet Fe. Data tersebut di peroleh dari hasil registrasi ibu hamil yang memeriksa kandungan ke Puskesmas atau bidan dan fasilitas kesehatan lain yang melaporkan atau mengembalikan daftar isian/kuesioner ke Dinas Kesehatan. Sehingga kemungkinan terjadi penghitungan dua kali tidak akan terjadi. Cakupan data yang diperoleh Dinas Kesehatan berbasis fasilitas kesehatan dan pelaporan, kelemahannya data menjadi *underestimate*.

5.3.6. Rata-rata Anak yang Dilahirkan

BKKBN termasuk salah satu instansi yang aktif mengumpulkan data antara lain yang berhubungan dengan KB, antara lain mengumpulkan data yang berkaitan dengan akseptor, metode/alat/cara KB dan melakukan pendataan mengenai keterangan demografi anggota rumah tangga. Namun, dari informasi yang diperoleh di 3 provinsi yaitu Provinsi Sumatera Barat, Kepulauan Bangka Belitung dan Sulawesi Tengah diperoleh keterangan bahwa BKKBN tidak pernah menghitung rata-rata jumlah anak yang dilahirkan

oleh seorang wanita pada masa usia subur, baik anak lahir hidup maupun total anak yang dilahirkan. Untuk data seperti TFR diperoleh BKKBN dari BPS, sehingga tidak ada perbedaan konsep antara BPS dan BKKBN. BPS sendiri dalam menghitung TFR dari hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) dan Sensus Penduduk (SP). Selain itu ada kegiatan, dimana BKKBN dan BPS melakukan kerja sama yang telah disepakati yaitu kegiatan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI). Kegiatan SDKI dari mulai pengumpulan data sampai menghitung indikator yang dibutuhkan oleh BKKBN dilakukan oleh BPS. Dari hasil SDKI yang sering dipakai oleh BKKBN adalah rata-rata anak yang dilahirkan hidup oleh WUS. Oleh sebab itu untuk mengukur keberhasilan program KB terkait jumlah anak yang dilahirkan hanya berpatokan pada data BPS.

5.3.7. Konsep Rumah Tangga dan Keluarga

Konsep mengenai rumah tangga dan keluarga dari hasil indepth di 6 provinsi, ternyata hanya 3 provinsi yang dapat menggali lebih mendalam yaitu Provinsi Sumatera Barat, Kalimantan Tengah dan Sulawesi Tengah bahwa dalam setiap kegiatan pendataan antara BPS dan BKKBN menggunakan pendekatan yang berbeda. BKKBN menggunakan pendekatan keluarga bukan rumah tangga seperti yang digunakan BPS. Definisi keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri suami dan isteri, atau suami, isteri dan anak-anaknya atau ayah dan anaknya, atau ibu dengan anaknya. Konsep ini berdasarkan pada Undang-Undang (UU) Nomor 10 Tahun 1992 dan UU ini diperbaharui menjadi UU No 52 tahun 2009. Secara implisit dalam batasan ini yang dimaksud dengan anak adalah yang belum menikah. Apabila ada anak yang sudah menikah dan tinggal bersama orangtuanya maka yang bersangkutan menjadi keluarga tersendiri (keluarga baru). Keterangan yang diperoleh dari Provinsi Sumatera Barat lebih diperjelas lagi mengenai anak yang dimaksud adalah anak kandung, sedangkan anak angkat/adopsi yang belum ditetapkan sah secara hukum tidak dimasukkan dalam keluarga.

Sedangkan BPS dalam berbagai kegiatannya menggunakan istilah rumah tangga. Dalam konsep BPS, rumah tangga adalah seseorang atau sekelompok orang yang mendiami sebagian atau seluruh bangunan yang biasanya tinggal bersama dan makan dari satu dapur, atau seseorang

yang mendiami sebagian atau seluruh bangunan serta mengurus keperluan sendiri. Meskipun BPS dan BKKBN mempunyai pendekatan yang berbeda dalam hal pendataan, yaitu antara rumah tangga dan keluarga, namun indikator yang dihasilkan dapat disinkronkan.

5.4. Kesimpulan/Rekomendasi

Berdasarkan hasil studi mendalam di 6 provinsi yaitu Provinsi Sumatera Barat, Kepulauan Bangka Belitung, Bengkulu, Kalimantan Tengah, Gorontalo dan Sulawesi Tengah dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut:

1. Dinas Kesehatan seluruh provinsi tempat wilayah indepth tidak mengembangkan ataupun membuat konsep sendiri mengenai pembentukan/penghitungan indikator kesehatan karena semuanya telah ditentukan oleh Kementerian Kesehatan Nasional yang sudah standar, berlaku untuk setiap Dinkes baik di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota.
2. BKKBN tidak menghitung rata-rata jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang wanita pada masa usia subur, baik anak lahir hidup maupun total anak yang dilahirkan, data tersebut bersumber dari BPS, sementara data yang dihasilkan oleh BKKBN lainnya hanya digunakan untuk target operasional saja.
3. Otonomi daerah menimbulkan kendala dalam hal pengumpulan data hingga ke tingkat provinsi, baik di Dinas Kesehatan maupun BKKBN.
4. SDM juga menjadi salah satu kendala dalam hal ketepatan waktu pengumpulan data
5. Indikator adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukannya pengukuran terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu.
6. Indikator yang baik adalah indikator yang dapat menggambarkan perkembangan tingkat pembangunan kesehatan di suatu wilayah. Oleh karena itu pengembangan indikator-indikator baru perlu terus digali guna lebih menyempurnakan pantauan atau gambaran tentang perkembangan tingkat pembangunan kesehatan di suatu wilayah.

7. Indikator Kesehatan merupakan ukuran yang menggambarkan atau menunjukkan status kesehatan sekelompok orang dalam populasi tertentu, misalnya angka kematian kasar.
8. Kendala yang sering dijumpai pada proses pengumpulan data adalah sering terjadi keterlambatan pada saat pelaporan data pada masing-masing institusi, sehingga berpengaruh pada dimulainya proses pengolahan data, dan akhirnya berdampak pada keterlambatan penyajian data dari target waktu yang direncanakan.
9. Sementara masalah utama yang dihadapi pada tahap pengolahan data adalah seringnya terjadi kekosongan data di Kabupaten dan perbedaan angka indikator antar Program Kegiatan. Kekosongan data akibat dari keterlambatan laporan dari Puskesmas karena sarana komputer yang belum memadai, satu puskesmas hanya memiliki satu komputer sehingga berebut penggunaan.
10. Kendala pengumpulan data yang dialami oleh BKKBN terletak pada luasnya wilayah operasional. Satu desa bisa mencapai sekitar 300 ribu kepala keluarga sehingga berimbas pada berkurangnya pengembalian formulir, yaitu hanya sekitar 80% hingga 90%.
11. Data dan indikator yang disajikan/dihasilkan dalam buku profil kesehatan baik Provinsi maupun Kabupaten/Kota merupakan data pencapaian indikator Indonesia Sehat 2010 dan sebagai informasi atau laporan mengenai indikator standar pelayanan minimal bidang kesehatan
12. Tingkat kemampuan dan pengetahuan serta keterampilan PPKBD dan Sub PPKBD masih banyak yang rendah.

Rekomendasi dari instansi yang dikunjungi di 6 Provinsi dapat disimpulkan antara lain:

1. Dalam membangun suatu indikator kesehatan yang baru sangat sulit, karena harus dapat menyediakan anggaran dana yang besar, sampel yang diambil sebagai bahan penelitian harus tepat, untuk itu harus dikaji berkali-kali atau berulang kali dalam beberapa tahun untuk memastikan apakah indikator tersebut

dapat menjadi indikator kunci yang dapat menggambarkan perkembangan pembangunan kesehatan di wilayah tersebut dan agar konsep dan metode jelas sehingga hasilnya *reliable*.

2. Untuk indikator-indikator tertentu yang dihitung oleh BPS, Dinas Kesehatan juga melakukan penghitungan meskipun memiliki konsep yang berbeda, sebaiknya data yang dihasilkan oleh BPS dan Dinas Kesehatan haruslah wajar dan selaras, jadi walaupun data berbeda tetapi tidak terlalu jauh perbedaannya.
3. Agar program KB dan peningkatan kesejahteraan keluarga dapat cepat tercapai diharapkan setiap tahun dapat dianggarkan untuk kegiatan pelatihan dan orientasi bagi PPKBD dan Sub PPKBD yang masih rendah pengetahuannya serta dapat mencari konselor-konselor/pendidik baru yang terlatih

<https://www.kbps.go.id>
PENUTUP

6

Sebagai penutup dari Profil Indikator Kesehatan, berikut beberapa butir pokok yang dapat disarikan:

1. Untuk melihat pencapaian program di bidang kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota setiap tahun wajib memberikan laporan dalam bentuk publikasi, yaitu Profil Kesehatan Provinsi atau Profil Kesehatan Kabupaten/Kota.
2. Dinas kesehatan seluruh provinsi tempat dilakukannya studi mendalam tidak mengembangkan ataupun membuat konsep sendiri mengenai penghitungan indikator kesehatan karena semuanya telah ditentukan oleh Kementerian Kesehatan Nasional yang sudah standar, berlaku untuk setiap Dinkes baik di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota
3. Terdapat perbedaan konsep antara BPS dengan Dinas Kesehatan mengenai angka morbiditas, dimana menurut BPS angka morbiditas diartikan sebagai persentase penduduk yang mengalami keluhan kesehatan hingga mengganggu aktivitasnya sehari-hari. Sedangkan menurut Dinkes, angka morbiditas menunjukkan persentase penduduk yang menderita penyakit tertentu, yang diperoleh berdasarkan kunjungan pasien berobat ke Puskesmas dan rumah sakit
4. Menurut konsep BPS, yang dimaksud air bersih adalah air minum yang berasal dari air kemasan dan leding atau air minum bersih yang bersumber dari pompa, sumur/mata air terlindung yang jaraknya ≥ 10 meter dari tempat pembuangan limbah/kotoran. Dinas Kesehatan menggunakan konsep yang berbeda dengan BPS, diantaranya:
 - a) Air bersih di Dinkes tidak hanya digunakan sebagai air minum saja, namun juga digunakan untuk mandi dan cuci
 - b) Sumber air bersih di Dinkes diantaranya: air leding, SPT (Sumur Pompa Tangan), SGL (Sumur Galian), PAH (Penampungan Air Hujan), dan air kemasan
 - c) Jarak keberadaan sumber air dengan tempat pembuangan kotoran tidak diperhitungkan
5. Cara penghitungan status gizi buruk pada balita sama antara yang dilakukan oleh BPS dengan Dinkes, yaitu berdasarkan konsep NCHS-WHO, dengan parameter yang digunakan yaitu perbandingan berat badan, tinggi badan, dan umur balita.
6. BPS dan Kementerian Kesehatan menggunakan ukuran yang sama dalam penghitungan Rasio Tenaga Kesehatan per Penduduk, yaitu per 100.000 penduduk. Namun, konsep yang digunakan berbeda dimana BPS menghitungnya berdasarkan

Jenis-Jenis Indikator Kesehatan

konsep tempat tinggal, sedangkan Dinkes berdasarkan tempat praktek, yang memungkinkan terjadinya *double counting*.

7. BKKBN tidak menghitung indikator rata-rata jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang wanita pada usia subur, baik anak lahir hidup maupun total anak yang dilahirkan. Terkait jumlah anak yang dilahirkan, sebagai patokan dalam mengukur keberhasilan KB, BKKBN menggunakan data yang bersumber dari BPS
8. Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia termasuk salah satu yang paling tinggi di dunia. Hal tersebut tercermin dari perbandingan dengan AKB di negara Malaysia yang telah mencapai 10 per 1.000 kelahiran hidup, dan Singapura dengan 5 per 1.000 kelahiran hidup. Meskipun demikian, secara perlahan perkembangan AKB di Indonesia cukup menggembirakan. Selama tahun 2006-2010 AKB terus mengalami penurunan setiap tahun, dari 28,2 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2006 menjadi 25,5 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2010
9. Angka Harapan Hidup (AHH) mengalami peningkatan setiap tahun selama kurun waktu 2006-2010, dari sebesar 70,20 pada tahun 2006 menjadi 70,90 pada tahun 2010
10. Angka kesakitan yang juga salah satu indikator untuk mengukur derajat kesehatan penduduk pada tahun 2010 sebesar 16,60 persen, angka ini mengalami penurunan dibandingkan tahun 2009 yang mencapai 18,63 persen. Namun, jika dilihat perkembangannya dari tahun-tahun sebelumnya (2006-2009), angka kesakitan Indonesia mengalami naik turun, dimana tahun 2009 mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan tahun 2008. Tahun 2008 mengalami penurunan dari dua tahun sebelumnya (2006 dan 2007)
11. Pada kurun waktu 2006-2010, dari populasi anak umur 24-59 bulan yang pernah disusui, persentase terbanyak yaitu yang disusui selama 24 bulan atau lebih

<https://www.bps.go.id>

LAMPIRAN
HASIL STUDI KUALITATIF
TENTANG PROFIL INDIKATOR
KESEHATAN INDONESIA 2010
(Kajian Indikator)

Editor : Ali Said
Lestyowati Endang W

Penulis : Sofaria Ayuni
Indah Budiati
Ema Tusianti
Adwi Hastuti
Riyadi
Chairul Anam
Yogi Ariawan

Profil Indikator Kesehatan Provinsi Sumatera Barat

1. Pendahuluan

1.1. Latar Belakang

Pengukuran hasil pembangunan tidak terlepas dari pencapaian indikator kualitas hidup manusia, yang salah satunya tercakup dalam aspek kesehatan dan kependudukan. Indikator kesehatan sejauh ini telah dihitung dan dikembangkan oleh lembaga yang berwenang dalam menangani masalah kesehatan penduduk, yaitu Kementerian Kesehatan (Kemenkes) yang mengacu pada data-data yang dihimpun oleh petugas pencatatan di tingkat kecamatan hingga dikompilasi oleh Dinas Kesehatan Provinsi. Sedangkan data kependudukan dihimpun oleh Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Selain Kemenkes dan BKKBN, Badan Pusat Statistik (BPS) mencoba mengumpulkan data kesehatan kependudukan guna membangun berbagai indikator, meskipun sumber data, metode dan cara penghitungannya berbeda. Konsep yang telah dikembangkan BPS dalam mengukur indikator tersebut memiliki berbagai keterbatasan sebagai akibat dari kelemahan metode, maupun cara pengukuran yang kurang tepat (*reliable*) dalam melakukan pendekatan pengukuran terhadap indikator yang sesungguhnya ingin diukur.

Oleh sebab itu, perlu dilakukan studi mendalam untuk memperbaiki metode atau cara pengukuran yang telah dilakukan BPS tersebut. Salah satunya adalah dengan melakukan konsultasi dan wawancara dengan pihak Dinas Kesehatan Kota, Dinas Kesehatan Provinsi dan BKKBN. Konsultasi dengan pihak-pihak tersebut dilakukan untuk memperoleh informasi mengenai perbedaan konsep, sumber data dan metode penghitungan suatu indikator. Salah satu provinsi tempat dilakukannya studi mendalam ini adalah Sumatera Barat.

1.2. Tujuan

Tujuan yang ingin dicapai dalam studi mendalam ini antara lain:

1. Mengumpulkan indikator-indikator kesehatan yang tersedia di beberapa instansi di Provinsi Sumatera Barat.
2. Mencari indikator baru yang dapat dijadikan sebagai indikator kunci pembangunan dalam bidang kesehatan.
3. Mengetahui kendala yang dihadapi untuk membangun suatu indikator di beberapa instansi di Provinsi Sumatera Barat.
4. Mengetahui alur/mekanisme pengumpulan data dari sekolah hingga level provinsi.

5. Mendapatkan masukan dalam rangka perbaikan konsep-konsep indikator kesehatan yang dihitung oleh BPS sebagai masukan untuk perbaikan di masa yang akan datang.

1.3. Ruang Lingkup

Instansi yang dikunjungi dalam studi mendalam ini antara lain Dinas Kesehatan Kota Padang, Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat dan BKKBN Provinsi Sumatera Barat. Pemilihan Dinas Kesehatan Kota Padang sebagai salah satu tempat tujuan studi mendalam karena letaknya yang tidak jauh dari pusat kota, selain itu diasumsikan mekanisme pengumpulan data, penghitungan indikator dan output yang dihasilkan Dinas Kesehatan di kota/kabupaten lain memiliki kesamaan, sehingga Dinas Kesehatan Kota Padang dapat mewakili Dinas Kesehatan lainnya.

Beberapa nara sumber yang ditemui antara lain:

1. Nira Susanti (Staf Seksi Infokes dan Pelaporan-Bidang Infokes dan Pemberdayaan Masyarakat - Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat)
2. Busmar Edisyaf (Kepala Bidang Informasi Keluarga dan Analisis Program BKKBN Provinsi Sumatera Barat)
3. Dewi Sartika (Kepala Sub Bagian Penyusunan Program, Dinas Kesehatan Kota Padang, Provinsi Sumatera Barat)

Metode yang digunakan dalam memperoleh informasi dari nara sumber adalah metode wawancara, sedangkan instrumen yang digunakan diantaranya kuesioner dan alat perekam. Adapun informasi yang ingin didapatkan diantaranya mengenai mekanisme alur data, ketersediaan data dan indikator serta pendapat mengenai konsep indikator kesehatan yang dihitung oleh BPS.

2. Proses Pengumpulan Data Kesehatan di Dinas Kesehatan dan Data Kependudukan di Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional

2.1. Ketersediaan Data dan Indikator

Data yang dikumpulkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sumbar yang tercantum dalam Publikasi Profil Kesehatan mengacu pada Buku Pedoman Penyusunan Profil Kesehatan. Publikasi tersebut memuat 63 tabel, 5 tabel diantaranya merupakan data dari Badan Pusat Statistik (BPS). Adapun data dan indikator yang dikumpulkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sumbar antara lain:

1. Jumlah kelahiran dan kematian bayi dan balita
2. Jumlah kematian ibu maternal

3. Jumlah kejadian kecelakaan lalu lintas dan rasio korban luka dan meninggal terhadap jumlah penduduk
4. AFP rate, persentase TB paru sembuh, dan pneumonia balita ditangani
5. HIV/AIDS ditangani, infeksi menular seksual diobati, DBD dan diare pada balita ditangani
6. Persentase penderita malaria diobati
7. Persentase penderita kusta selesai berobat
8. Kasus penyakit filariasis ditangani
9. Jumlah kasus dan angka kesakitan penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I)
10. Cakupan kunjungan neonatus, bayi dan bayi BBLR yang ditangani
11. Status gizi balita dan jumlah rawan gizi
12. Cakupan kunjungan ibu hamil (K4) dan persalinan ditolong tenaga kesehatan
13. Cakupan deteksi dini tumbuh kembang anak balita, pemeriksaan kesehatan siswa SD/SMP/SMU
14. Jumlah PUS, peserta KB, peserta KB baru, dan KB aktif
15. Jumlah peserta KB aktif menurut jenis kontrasepsi
16. Pelayanan KB baru
17. Persentase cakupan desa/kelurahan UCI
18. Persentase cakupan imunisasi bayi
19. Cakupan bayi, balita yang mendapat pelayanan kesehatan
20. Jumlah ibu hamil yang mendapatkan tablet Fe1, Fe3, imunisasi TT1 dan TT2
21. Jumlah WUS dengan status imunisasi TT
22. Persentase akses ketersediaan darah untuk bumil dan neonatus yang dirujuk
23. Jumlah dan persentase ibu hamil dan neonatal risiko tinggi/komplikasi ditangani
24. Persentase sarana kesehatan dengan kemampuan gawat darurat
25. Jumlah dan persentase desa/kelurahan terkena Kejadian Luar Biasa (KLB) yang ditangani < 24 jam
26. Jumlah penderita dan kematian
27. Jumlah kecamatan dan desa yang terserang KLB
28. Jumlah bayi yang diberi ASI eksklusif
29. Persentase desa/kelurahan dengan garam beryodium yang baik
30. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut
31. Jumlah kegiatan penyuluhan kesehatan
32. Cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan pra bayar
33. Cakupan pelayanan kesehatan masyarakat miskin
34. Persentase pelayanan kesehatan kerja pada pekerja formal

35. Cakupan pelayanan kesehatan pra usila dan usila
36. Cakupan wanita usia subur mendapat kapsul yodium
37. Persentase donor darah diskriminasi terhadap HIV-AIDS
38. Jumlah kunjungan rawat jalan, rawat inap, pelayanan gangguan jiwa di sarana pelayanan kesehatan
39. Jumlah sarana pelayanan kesehatan menurut kemampuan labkes dan memiliki 4 spesialis dasar
40. Ketersediaan obat sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar
41. Persentase rumah tangga ber perilaku hidup bersih
42. Jumlah dan persentase posyandu menurut strata
43. Persentase rumah tangga sehat
44. Persentase keluarga memiliki akses air bersih
45. Keluarga dengan kepemilikan sarana sanitasi dasar
46. Persentase tempat umum dan pengelolaan makanan (TUPM) sehat
47. Persentase institusi dibina kesehatan lingkungannya
48. Persentase rumah/bangunan yang diperiksa dan bebas jentik nyamuk Aedes
49. Persebaran tenaga kesehatan menurut unit kerja
50. Jumlah tenaga kesehatan di sarana pelayanan kesehatan
51. Jumlah tenaga kefarmasian dan gizi di sarana kesehatan
52. Jumlah tenaga keperawatan di sarana kesehatan
53. Jumlah tenaga kesehatan masyarakat dan sanitasi di sarana kesehatan
54. Jumlah tenaga teknisi medis di sarana kesehatan
55. Anggaran kesehatan
56. Jumlah sarana pelayanan kesehatan
57. Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM)
58. Indikator pelayanan rumah sakit

Indikator tersebut juga ditampilkan dalam Publikasi Profil Kesehatan Kabupaten/Kota, yang membedakan hanya cakupan data. Profil Kesehatan Provinsi menyajikan data per kabupaten/kota, sedangkan Profil Kesehatan Kabupaten/Kota menyajikan data per kecamatan. Indikator yang termuat dalam publikasi tersebut sudah ada definisi operasionalnya yang sudah standar dan ditetapkan oleh Kemenkes (pusat).

Data lain yang dikompilasi oleh Dinas Kesehatan Provinsi namun tidak dibuat dalam publikasi khusus adalah Data Rutin dan Cepat Bagi Pimpinan, yang dikumpulkan setiap bulan. Laporan tersebut memuat 10 hal, yaitu:

1. KLB (timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan/kematian secara signifikan)
2. Bencana

3. Penyakit dan Gizi
4. Kematian Ibu dan Bayi
5. Kesehatan Ibu
6. Kesehatan Anak
7. Pelayanan Kesehatan
8. Pengelolaan Anggaran
9. Jaminan Kesehatan
10. Analisis Masalah dan Tindakan

Selain itu, Dinkes kabupaten/kota juga menyediakan data/indikator untuk penyusunan Publikasi SPM (Standar Pelayanan Minimal) yang disusun berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan tahun 2008, yang mencerminkan raport Bupati dan Gubernur dalam bidang kesehatan. Publikasi tersebut memuat 18 indikator, beberapa diantaranya juga dipublikasikan dalam Profil Kesehatan, indikator tersebut adalah:

1. Cakupan Kunjungan Ibu Hamil K4
2. Cakupan Ibu hamil dengan komplikasi yang ditangani
3. Cakupan pertolongan persalinan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan
4. Cakupan pelayanan Ibu Nifas
5. Cakupan neonatal dengan komplikasi yang ditangani
6. Cakupan kunjungan bayi
7. Cakupan Desa/Kelurahan yang mencapai *Universal Child Immunization* (UCI)
8. Cakupan pelayanan anak balita
9. Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6-24 bulan keluarga miskin
10. Cakupan Balita gizi buruk mendapat perawatan
11. Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat
12. Cakupan peserta KB Aktif
13. Cakupan Penemuan dan penanganan penderita penyakit
14. Cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin
15. Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin
16. Cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yg harus diberikan sarana kesehatan (RS) di Kab/Kota
17. Cakupan Desa/Kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi <24 jam
18. Cakupan Desa Siaga Aktif

Sedangkan data dari BKKBN memuat aspek kependudukan berdasarkan pada sebuah laporan yang disosialisasikan saat kegiatan saresahan baik dilakukan di tingkat kecamatan, kabupaten, maupun provinsi. Pada saat saresahan diundang seluruh instansi Pemda yang terkait, termasuk BPS. Tiga laporan yang terkait dengan saresahan yaitu:

1. Laporan Pendataan Keluarga
2. Laporan Pengendalian Lapangan Program KB Nasional
3. Laporan Pelayanan Kontrasepsi Program KB Nasional

Laporan Pendataan keluarga bertujuan untuk menghasilkan data dan informasi tentang data demografi, keluarga berencana, tahapan keluarga sejahtera, dan anggota keluarga, yang dapat dirinci sebagai berikut:

a. Tersedianya data demografi, meliputi:

1. Jumlah kepala rumah tangga
2. Jumlah kepala keluarga menurut jenis kelamin, status pekerjaan, status perkawinan dan tingkat pendidikan
3. Jumlah keluarga yang yang mendapatkan kredit mikro/bantuan modal
4. Jumlah jiwa dalam keluarga
5. Jumlah wanita usia subur (umur 15-49 tahun) dalam keluarga
6. Jumlah jiwa dalam keluarga menurut jenis kelamin serta menurut kelompok umur tertentu (bayi < 1 tahun, balita 1-4 tahun, anak 5-6 tahun, anak 7-15 tahun, penduduk 16-21 tahun, penduduk 22-59 tahun dan penduduk 60 tahun ke atas)

b. Tersedianya data keluarga berencana, meliputi:

1. Jumlah pasangan usia subur, menurut kelompok umur (< 21 tahun, 20-29 tahun dan 30-49 tahun)
2. Jumlah pasangan usia subur yang menjadi peserta KB menurut jalur pelayanan (pemerintah atau swasta)
3. Jumlah peserta KB yang implantnya perlu dicabut tahun depan
4. Jumlah pasangan usia subur yang bukan peserta KB (hamil, ingin anak segera, ingin anak ditunda, tidak ingin anak lagi)

c. Tersedianya data tahapan keluarga sejahtera, meliputi:

1. Jumlah Keluarga Prasejahtera
2. Jumlah Keluarga Sejahtera I
3. Jumlah Keluarga Sejahtera II
4. Jumlah Keluarga Sejahtera III
5. Jumlah Keluarga Sejahtera III Plus

d. Tersedianya data anggota keluarga, meliputi:

1. Nomor kode keluarga Indonesia
2. Nomor kode anggota keluarga
3. Nama
4. Alamat
5. Hubungan dalam keluarga
6. Jenis kelamin
7. Tanggal, bulan, dan tahun kelahiran
8. Pendidikan terakhir
9. Pekerjaan
10. Perubahan (mutasi)

Laporan Pengendalian Lapangan Program KB Nasional bertujuan untuk menyediakan data dan informasi bagi pengelolaan program KB nasional, seperti:

- a. Jumlah pengelola program KB
- b. Frekuensi kegiatan pengelola program KB
- c. Jumlah keluarga yang berpartisipasi dalam setiap kegiatan pengelola KB
- d. Frekuensi penyuluhan KB
- e. Jumlah PUS
- f. Jumlah peserta KB aktif, dll

Laporan Pelayanan Kontrasepsi Program KB Nasional bertujuan untuk melihat potensi dan kegiatan pelayanan kontrasepsi di klinik KB (pemerintah/swasta) dan dokter/bidan praktek swasta, hasil kegiatan pelayanan kontrasepsi di klinik KB (pemerintah/swasta) dan dokter/bidan praktek swasta, dan keadaan alat-alat kontrasepsi, data yang ingin diperoleh diantaranya:

- a. Jumlah klinik KB (pemerintah/swasta) dan dokter/bidan praktek swasta yang melaporkan hasil kegiatan pelayanan kontrasepsi
- b. Jumlah pencabutan dan pemasangan alat kontrasepsi
- c. Jumlah alat kontrasepsi yang tersedia, dll.

2.2. Mekanisme Pengumpulan dan Pengolahan Data

Profil Kesehatan yang dipublikasikan di Dinkes provinsi merupakan publikasi rutin tahunan yang merupakan hasil agregasi dari seluruh kabupaten/kota, sedangkan penyusunannya berdasarkan Buku Petunjuk Penyusunan Profil Kesehatan yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan. Adapun jadwal penyusunannya adalah sebagai berikut:

1. Januari-Februari pengumpulan data dari Puskesmas
2. Maret kompilasi data oleh kabupaten/kota
3. April kompilasi oleh provinsi

4. Mei dikirimkan ke Pusdasur (Pusat Data Surveilans dan Epidemiologi) Kemenkes untuk dikompilasi

Kontributor data berasal dari berbagai bidang (eselon 3), baik Bidang Infokes dan Pemberdayaan Masyarakat, Bidang Peningkatan Pelayanan Kesehatan (PPK), Bidang Penanggulangan Penyakit dan Bencana (P2B), dan Bidang Sumber Daya Kesehatan (SDK), namun semuanya akan bermuara di Bidang Infokes dan Pemberdayaan Masyarakat.

Pengolahan data mulai dari level Puskesmas hingga Dinkes kabupaten/kota dilakukan secara manual, artinya data direkap dalam satu formulir standar kemudian dikirim melalui *hardcopy* untuk di kompilasi. Sedangkan kompilasi data dari Dinkes kabupaten/kota hingga provinsi beberapa sudah mengirimkan data melalui email. Adapun penyimpanan data baik di Dinkes kabupaten/kota maupun provinsi menggunakan aplikasi *MS excel*. Khusus untuk publikasi SPM, setiap kabupaten/kota dapat langsung mengisikan data melalui internet (secara online) yang langsung terhubung dengan Pusdasur dengan menggunakan password yang hanya diketahui oleh masing-masing pihak yang berwenang di setiap kabupaten/kota. Hasil kompilasi maupun laporan SPM dapat diakses melalui situs www.spm.depkes.go.id.

Sedangkan menurut Dewi Sartika (Kepala Sub Bagian Penyusunan Program, Dinas Kesehatan Kota Padang), data yang dikumpulkan oleh Dinas Kesehatan Kota Padang dilakukan secara rutin setiap akhir tahun. Pengumpulan data dilakukan di Puskesmas berdasarkan data dari Posyandu oleh pengelola laporan. Pengumpulan dari Posyandu dilakukan oleh petugas Puskesmas di wilayah-wilayah kecamatan yang disebut pembina wilayah. Satu orang petugas Puskesmas membina beberapa Posyandu. Pembina wilayah tersebut dibantu oleh kader-kader posyandu di suatu daerah. Setiap data yang dikumpulkan oleh pembina wilayah diberikan kepada Bagian Pengolahan Program di Dinas Kesehatan kota. Penyerahan data tersebut dilakukan secara manual belum terkomputerisasi.

Data-data juga dapat diperoleh dari registrasi data kependudukan yang berada di setiap kantor Kelurahan atau Desa. Petugas akan mengumpulkan data tersebut. Secara umum, data harus dapat dikumpulkan paling lambat setiap tanggal 5 setiap bulannya. Sebagai upaya peningkatan sistem pengumpulan data, saat ini sedang dikembangkan program pengolahan dan pengumpulan data dengan nama INFOKES akan tetapi masih dalam tahap pembenahan dan perbaikan dengan penambahan item-item sesuai dengan kondisi kabupaten/kota masing-masing.

Sedangkan pengumpulan data di BKKBN provinsi dilakukan sekitar bulan Juli - September. Pendataan dilakukan oleh PLKB (Petugas Lapangan Keluarga Berencana). Data yang dikumpulkan meliputi data tentang keluarga, jumlah keluarga inti, aspek demografi (umur, pendidikan, jenis kelamin), pemakaian KB oleh PUS, jumlah wanita hamil, dll. Dari hasil pendataan tersebut dapat diketahui pengkategorian Keluarga Pra Sejahtera, Sejahtera I, II, III atau Sejahtera III Plus. Selain itu, setiap tahun data di

rekap di desa. Perekapan dilakukan oleh PLKB dan kader (mitra). Dari pengumpulan data tersebut akan dihasilkan tiga jenis laporan.

Adapun proses pengumpulan data dari desa ke kecamatan dan dari kecamatan ke kabupaten dilakukan secara manual dan dikompilasi oleh Pos Pembantu Keluarga Berencana Desa (PPKBD). Sedangkan dari kabupaten menuju provinsi dan pusat menggunakan website, meskipun sekarang masih dalam proses pengembangan. Kendala yang dihadapi dalam pengumpulan data tersebut antara lain: keterlambatan, dan kadang-kadang tidak semua data masuk. Hal ini disebabkan karena adanya otonomi daerah sehingga otoritas provinsi sangat kecil dalam mengkoordinasikan dan menghimpun data tersebut.

2.3. Kendala yang Dihadapi dalam Pengumpulan Data dan Penghitungan Indikator

Dalam penyusunan Publikasi Profil Kesehatan Provinsi, kendala yang dihadapi diantaranya pengumpulan data yang tidak sesuai dengan jadwal yang sudah ditetapkan, hal ini terkait pula dengan masalah otonomi daerah, dimana provinsi sudah tidak mempunyai otoritas atas dinas kabupaten/kota, sehingga data sulit untuk diperoleh karena dinas kabupaten/kota tidak mempunyai kewajiban untuk memberikan data ke dinas provinsi. Untuk mengatasi hal tersebut, di beberapa kabupaten/kota menerapkan aturan penangguhan pemberian gaji jika data belum direkap dan dilaporkan. Hal lain yang menghambat ketepatan jadwal publikasi adalah terlalu banyaknya jumlah indikator/data yang harus hitung/dikumpulkan (63 data/indikator).

Sedangkan kendala dalam pengumpulan data di Dinkes Kota Padang adalah belum berjalannya sistem online. Selain itu, adanya keterlambatan pengumpulan data, terutama akibat perpindahan lokasi kantor Dinkes ke daerah yang sulit dijangkau, sebagai dampak dari kejadian gempa tahun 2009. Sedangkan dalam hal penyusunan indikator baru/spesifik, baik di Dinkes provinsi maupun Dinkes kabupaten/kota tidak ada, karena semua indikator yang dihitung masih terbatas pada apa yang telah ditetapkan oleh Kemenkes RI.

Sedangkan kendala mengenai data diantaranya belum bisa melaporkan jumlah dokter yang berada di rumah sakit swasta maupun di klinik dokter, secara terperinci. Kalaupun bisa dilaporkan hal tersebut tidak rutin dilakukan. Pendataan jumlah tenaga kesehatan di puskesmas dilakukan berdasarkan tupoksi. Masalah lain adalah penghitungan data yang menggunakan data dasar kependudukan dari BPS. Data kependudukan biasanya terlambat dipublikasikan, tidak konsisten dan tidak bisa diagregasi menurut kecamatan maupun jenis kelamin. Selain itu, data mengenai jumlah penduduk menurut umur tidak selalu dapat diperoleh dari data BPS. Misalnya bayi usia 0-1 tahun tidak tersedia, yang ada hanya penduduk usia 0-4 tahun. Kalaupun data tersebut dapat diperoleh dan digunakan sebagai penyebut (data sasaran), indikator yang dihitung dinilai terlalu rendah.

Sementara itu, kendala yang dihadapi BKKBN Provinsi Sumatera Barat dalam hal kompilasi data diantaranya pengumpulan data dari desa ke kecamatan dan dari kecamatan ke kabupaten masih dilakukan secara manual. Sedangkan pengumpulan data dari kabupaten menuju provinsi dan pusat menggunakan website. Kendala lain adalah faktor keterlambatan, dan kadang-kadang data tidak terkumpul. Hal ini disebabkan karena adanya otonomi daerah.

3. Konsep Indikator Kesehatan dan Kependudukan

3.1. Angka Morbiditas

Angka morbiditas yang dihitung oleh BPS memiliki konsep persentase penduduk yang mengalami keluhan kesehatan hingga mengganggu aktivitasnya sehari-hari, sedangkan konsep angka morbiditas menurut Dinkes adalah persentase penduduk yang menderita penyakit tertentu, dalam hal ini Dinkes hanya menghitung Angka Morbiditas untuk 10 penyakit tertentu, diantaranya adalah ISPA yang merupakan penyakit terbanyak yang diderita.

Menurut Nira Susanti, staf Seksi Infokes dan Pelaporan Bidang Infokes dan Pemberdayaan Masyarakat, morbiditas secara harfiah bermakna angka kesakitan atau sejumlah penduduk yang mempunyai penyakit tertentu. Angka kesakitan/morbiditas seharusnya dihitung dari penduduk yang sudah didiagnosa menderita suatu penyakit tertentu. Sehingga untuk menghitung indikator tersebut harus ada hasil diagnosa dokter yang mempunyai otoritas untuk melakukan hal tersebut. Orang yang menderita pusing, demam menunjukkan adanya suatu penyakit tertentu, dan pusing tidak dikategorikan penyakit. Akan tetapi jika BPS mempunyai konsep seperti itu (mengalami keluhan kesehatan), mungkin hanya sebuah proksi saja, namun harus hati-hati menggunakan/menganalisisnya karena tidak dapat mendeteksi penyakit yang diderita. Adapun morbiditas yang dihitung oleh Dinkes adalah morbiditas 10 penyakit tertentu yang dianggap paling banyak diderita, contoh ISPA, campak, dan TBC.

3.2. Status Gizi Balita (Balita Gizi Buruk)

Balita gizi buruk yang dihitung oleh Dinkes berdasarkan konsep NCHS-WHO, yaitu kondisi balita (0-59 bulan) yang memiliki indeks berat badan menurut tinggi badan <-3SD dan atau disertai dengan tanda-tanda klinis: marasmus, kwashiorkor, dan marasmus-kwashiorkor. Untuk memperoleh indeks tersebut, metode yang digunakan adalah observasi terhadap hasil penimbangan massal balita di Posyandu pada bulan Agustus setiap tahunnya, bersamaan dengan pelaksanaan pemberian vitamin A. Pemilihan waktu tersebut sebagai bulan penimbangan untuk pengukuran status gizi, karena biasanya saat itu akan ada lebih banyak balita yang dibawa ke posyandu dibanding waktu lainnya. Data yang diperlukan adalah berat badan, tinggi badan dan umur. Pencatat

status gizi adalah ahli gizi, sebagai penanggung jawab yang ditugaskan oleh Dinkes. Selain itu, status gizi dapat diperoleh dari hasil survei Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas).

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan software gizicom, yang sedemikian rupa didesain untuk menampilkan secara otomatis status gizi balita yang ditimbang tersebut. Akan tetapi, menurut Kepala Seksi Penyusunan Program di Dinkes Kota Padang, untuk mendeteksi gizi buruk cukup dilihat dari adanya gejala klinis seperti marasmus, kwashiorkor, dan marasmus-kwashiorkor atau dengan melihat perbandingan BB/TB, sedangkan metode BBU dan TBU tidak dapat menunjukkan status gizi secara tepat, karena bisa disebabkan hanya karena terjadi penurunan berat badan saja, yang mungkin terjadi secara temporary/sewaktu-waktu, misalnya saat penimbangan massal kebetulan balita tersebut sedang mengalami penurunan berat badan.

3.3. Rasio Tenaga Kesehatan per Penduduk

BPS dapat menghitung jumlah tenaga kesehatan berdasarkan konsep tempat tinggal, sedangkan konsep Dinkes berdasarkan tempat praktek, yaitu wilayah kerja Puskesmas dan Rumah Sakit. Sedangkan tenaga kesehatan lain seperti yang bertugas di lembaga swasta tidak tercatat. Disisi lain terdapat beberapa kelemahan, yaitu adanya kemungkinan *double counting* terutama jika seorang dokter bertugas di RS Pemerintah dan RS Swasta, kemungkinan akan tercatat dua kali, karena sistem pencatatan bukan berdasarkan nama, tetapi hanya terdeteksi jumlah agregatnya saja. Sedangkan jumlah tenaga kesehatan yang hitung BPS dari hasil Podes memiliki kemungkinan *double counting* yang sangat kecil.

Selain itu, di Dinkes ada dua versi konsep mengenai status tenaga kesehatan, yaitu berdasarkan ijazah terakhir atau tupoksinya, misal seorang bidan melanjutkan pendidikan di bidang Gizi dan bekerja kadang sebagai ahli gizi dan kadang melakukan kegiatan kebidanan apakah tetap tercatat sebagai bidan atau ahli gizi? Jika dimasukkan sebagai ahli gizi disuatu daerah kemungkinan tidak ada bidan yang tercatat, atau sebaliknya. Sebagai catatan, saat ini banyak bidan yang sudah melanjutkan pendidikan dengan mengambil program studi di bidang yang berbeda. Demikian pula dengan dokter (S1) yang sudah banyak melanjutkan pendidikan S2 dengan bidang berbeda, misalnya ahli gizi atau ahli kesehatan masyarakat (bergelar *Master of Public Health*).

Menurut Nira Susanti, Seksi Infokes dan Pelaporan Dinkes Provinsi, untuk Profil Kesehatan, konsep yang digunakan adalah pendidikan terakhir, sedangkan menurut Dewi Sartika, Kepala Seksi Penyusunan Program di Dinkes Kota Padang, hal tersebut bersifat fleksibel, hal pertama yang dilihat adalah tupoksinya/kegiatan utamanya, tetapi khusus untuk yang sudah melanjutkan pendidikan S2, maka yang dilihat adalah bidang pendidikan terakhirnya.

3.4. Air Minum Bersih

Konsep air bersih Dinkes berbeda dengan konsep yang digunakan BPS, perbedaan tersebut adalah:

1. Penggunaan air bersih di Dinkes tidak hanya terbatas sebagai air minum, tetapi juga untuk mandi/cuci.
2. Sumber air bersih di Dinkes diantaranya: air ledeng, SPT (Sumur Pompa Tangan), SGL (Sumur Galian), PAH (Penampungan Air Hujan) dan air kemasan.
3. Jarak keberadaan sumber air dengan tempat pembuangan kotoran tidak diperhitungkan.

Konsep tersebut dibuat oleh Pusdatin Depkes RI, yang sekarang menjadi Pusdasur Kemenkes RI, sedangkan unit kerja yang menghitung adalah Bidang Penanggulangan Penyakit dan Bencana (P2B).

3.5. Data yang Berkaitan dengan Balita dan Ibu hamil

Data yang berkaitan dengan bayi/balita seperti cakupan imunisasi dasar bagi balita, persentase balita mendapat Vitamin A, persentase bayi lahir BBLR (Berat Badan Lahir Rendah), dll, berasal dari registrasi bayi/balita yang di bawa ke Puskesmas/ Posyandu atau BPS (Bidan Praktek Swasta) yang sudah bekerjasama, sedangkan bayi/balita yang di bawa ke rumah sakit/klinik atau dokter swasta tidak tercatat, karena tidak dilaporkan, meskipun data tersebut tersedia. Sehingga kemungkinan *double counting*/ penghitungan dua kali tidak akan terjadi, namun kelemahannya data menjadi *underestimate*, sehingga jika digunakan untuk menghitung indikator cakupan, nilainya juga akan *underestimate*. Untuk menghitung suatu indikator yang menggunakan penimbang/pembagi jumlah balita, data yang digunakan berasal dari BPS, dinamakan data sasaran, sementara untuk cakupan hanya menggunakan data dari registrasi Puskesmas, sehingga *underestimate* tersebut sangat dimungkinkan. Oleh sebab itu, indikator cakupan di perkotaan tidak bisa dibandingkan dengan di perdesaan, karena penduduk di daerah perkotaan jarang sekali ada yang membawa balitanya ke Posyandu atau Puskesmas, sehingga seolah-olah indikator tersebut sangat rendah di perkotaan.

Demikian halnya dengan indikator yang berkaitan dengan ibu hamil, seperti cakupan kunjungan ibu hamil K1 (kunjungan yang pertama kali ke tempat pemeriksaan kesehatan) dan K4 (kunjungan minimal 4 kali selama masa kehamilan), persentase persalinan oleh tenaga medis, cakupan Ibu hamil mendapatkan imunisasi Tetanus Toksoid dan Tablet Fe (Zat besi). Data tersebut di peroleh dari registrasi ibu hamil yang memeriksa kandungan ke Puskesmas atau bidan saja, sedangkan ibu hamil yang memeriksa kandungan ke rumah sakit/klinik atau dokter swasta tidak tercatat. Penggunaan indikator ini untuk membandingkan antar wilayah juga memerlukan kehati-hatian.

3.6. Rata-rata Anak yang Dilahirkan

Meskipun BKKBN mengumpulkan data yang berkaitan dengan akseptor, metode/alat/cara KB dan melakukan pendataan mengenai keterangan demografi anggota rumah tangga, BKKBN tidak menghitung rata-rata jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang wanita pada masa usia subur, baik anak lahir hidup maupun total anak yang dilahirkan, data tersebut bersumber dari BPS, menurut Busmar Edisyaf, Kepala Bidang Informasi Keluarga dan Analisis Program-BKKBN Provinsi Sumatera Barat, otoritas penghitungan indikator tersebut hanya berada di tangan BPS, walaupun data dasar tersedia dan bisa digunakan untuk menghitung indikator tersebut. Alasannya adalah pengukuran hasil kinerja BKKBN seharusnya diukur oleh instansi independen untuk menghindari bias atau rekayasa data. Oleh sebab itu untuk mengukur keberhasilan program KB terkait jumlah anak yang dilahirkan hanya berpatokan pada data BPS.

Berkaitan dengan semboyan KB "dua anak cukup", saat ini sudah tidak digunakan lagi, dan sekarang menggunakan semboyan "dua anak lebih baik". Untuk menunjukkan target tersebut digunakan indikator TFR (*Total Fertility Rate*) yang dihitung oleh BPS dari hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) atau Sensus Penduduk (SP). TFR berbeda dengan rata-rata anak yang dilahirkan oleh wanita pernah kawin karena TFR dihitung dari keseluruhan wanita, baik pernah kawin, kawin maupun belum kawin, adapun data yang sering digunakan di BKKBN adalah rata-rata anak yang dilahirkan hidup oleh wanita usia subur pernah kawin yang didapat dari hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).

3.7. Konsep Rumah Tangga dan Keluarga

Pendekatan pendataan yang digunakan dalam setiap kegiatan BKKBN menggunakan pendekatan keluarga bukan rumah tangga. Konsep keluarga tersebut mengacu pada Undang-undang (UU) Nomor 10 Tahun 1992, dimana keluarga didefinisikan sebagai unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri pasangan suami-isteri, atau suami isteri dan anak-anaknya atau ayah dan anaknya, atau ibu dengan anaknya. Secara implisit dalam batasan ini yang dimaksud dengan anak adalah yang belum menikah. Apabila ada anak yang sudah menikah dan tinggal bersama orangtuanya maka yang bersangkutan menjadi keluarga tersendiri (keluarag baru). Anak yang dimaksud adalah anak kandung, sedangkan anak angkat/adopsi yang belum ditetapkan sah secara hukum tidak dimasukkan dalam keluarga. UU tersebut diperbaharui menjadi UU No 52 tahun 2009.

Sedangkan BPS dalam berbagai kegiatannya menggunakan istilah rumah tangga. Dalam konsep BPS, rumah tangga adalah seseorang atau sekelompok orang yang mendiami sebagian atau seluruh bangunan yang biasanya tinggal bersama dan makan dari satu dapur, atau seseorang yang mendiami sebagian atau seluruh bangunan serta mengurus keperluan sendiri. Meskipun BPS dan BKKBN mempunyai pendekatan yang berbeda dalam hal pendataan, yaitu antara rumah tangga dan keluarga, namun indikator yang dihasilkan dapat disinkronkan.

4. Kesimpulan/Rekomendasi

Berdasarkan hasil studi mendalam, dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut:

1. Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat tidak mengembangkan ataupun membuat konsep sendiri mengenai pembentukan/penghitungan indikator pendidikan karena semuanya telah ditentukan oleh Kementerian Kesehatan Nasional yang sudah standar, berlaku untuk setiap Dinkes baik provinsi maupun kabupaten/kota.
2. BKKBN tidak menghitung rata-rata jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang wanita pada masa usia subur, baik anak lahir hidup maupun total anak yang dilahirkan, data tersebut bersumber dari BPS, sementara data yang dihasilkan oleh BKKBN lainnya hanya digunakan untuk target operasional saja.
3. Otonomi daerah menimbulkan kendala dalam hal pengumpulan data hingga ke tingkat provinsi, baik di Dinas Kesehatan maupun BKKBN.

Adapun beberapa hal yang direkomendasikan antara lain:

1. Meskipun memiliki konsep yang berbeda, sebaiknya data yang dihasilkan BPS dan Dinas Kesehatan, maupun data BPS dan BKKBN harus sinkron/selaras.
2. Untuk membangun indikator kesehatan yang baru memerlukan pengkajian lebih dalam agar konsep dan metode jelas sehingga hasilnya *reliable*.

Profil Indikator Kesehatan Provinsi Kepulauan Bangka Belitung

1. Pendahuluan

1.1. Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu indikator atau tolok ukur untuk mengetahui perkembangan dan kemajuan suatu wilayah dari sisi kesehatan karena dengan penduduk yang sehat pembangunan diharapkan dapat berjalan lancar. Disamping itu kesehatan juga adalah hak dari warga negara, sehingga pemerintah bertanggung jawab dalam penyediaan baik sarana maupun prasarana kesehatan yang layak dan terjangkau bagi setiap warganya. Hal ini juga yang menjadi salah satu tujuan pemerintah pada tahun 2010 menuju Indonesia Sehat.

Data atau indikator kesehatan yang akurat dapat digunakan sebagai acuan dalam pengembangan bidang kesehatan. Dengan data-data yang tersedia akan didapatkan beberapa indikator yang mampu mengukur perkembangan di bidang kesehatan. Guna mendukung hal tersebut dilakukan konsultasi dengan pihak Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) Provinsi, yang bertujuan untuk memperoleh informasi mengenai konsep, sumber data dan metode pengumpulan dan penghitungan data.

1.2. Tujuan

Studi mendalam dilakukan dengan tujuan antara lain untuk:

1. Mengumpulkan data dasar dan indikator-indikator kesehatan yang tersedia di tingkat provinsi
2. Mencari indikator baru yang dapat dijadikan sebagai indikator kunci pembangunan dalam bidang kesehatan
3. Mengetahui kendala yang dihadapi untuk membangun suatu indikator
4. Mengetahui alur/mekanisme pengumpulan data dari level terbawah hingga dinas provinsi
5. Mendapatkan masukan mengenai konsep-konsep indikator kesehatan yang dihitung oleh BPS sebagai masukan untuk perbaikan di masa yang akan datang.

1.3. Ruang Lingkup

Untuk mendukung studi ini, dilakukan wawancara terhadap beberapa nara sumber. Adapun instansi yang dikunjungi dalam studi mendalam ini antara lain; Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Bangka Belitung, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Pangkalpinang, dan BKKBN Provinsi Kepulauan Bangka Belitung yang bertujuan untuk menggali informasi yang berkaitan dengan maksud dan tujuan dari studi ini. Di samping itu juga untuk menyempurnakan konsep atau metode yang berkaitan dengan indikator kesehatan. Informasi yang dikumpulkan antara lain ketersediaan data dan indikator, mekanisme alur pengumpulan data dan pendapat dari para narasumber tentang konsep indikator kesehatan yang dihitung oleh BPS.

Beberapa narasumber yang diwawancarai antara lain:

1. Kepala Bidang Informasi Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi Bangka Belitung.
2. Kepala Bagian IKAB BKKBN Provinsi Bangka Belitung
3. Kepala Bagian Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan Data, Suku Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota pangkal Pinang.

2. Proses Pengumpulan Data

2.1. Ketersediaan Data dan indikator

Dinas Kesehatan Provinsi Bangka Belitung mengumpulkan data ataupun indikator sebagai dasar penghitungan dan melihat perkembangan kesehatan di provinsi tersebut, antara lain;

1. Pelayanan Kesehatan Dasar
 - a. Cakupan kunjungan ibu hamil K4
 - b. Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani
 - c. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan
 - d. Cakupan pelayanan nifas
 - e. Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani
 - f. Cakupana kunjungan bayi
 - g. Cakupan pelayanan anak balita
 - h. Cakupan desa/kelurahan UCI
 - i. Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak BGM usia 6-24 bulan keluarga miskin
 - j. Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan

- k. Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat
 - l. Cakupan peserta KB aktif
 - m. Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit:
 - i. Acute flacid paralysis rate per 100.000 penduduk < 15 tahun
 - ii. Penemuan penderita pneumonia balita
 - iii. Penemuan pasien penderita baru TB TBA positif
 - iv. Penemuan penderita diare
 - n. Cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin
2. Pelayanan kesehatan rujukan
 - a. Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin
 - b. Cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan
 3. Penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan KLB
 - a. Cakupan desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi <24 jam
 4. Promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat
 - a. Desa siaga aktif
 5. Mortalitas
 - a. Angka kematian bayi per 1.000 kelahiran hidup
 - b. Angka kematian balita per 1.000 kelahiran hidup
 - c. Angka kematian ibu melahirkan per 100.000 kelahiran hidup
 - d. Angka harapan hidup waktu lahir
 6. Morbiditas
 - a. Angka Kesakitan Malaria per 1.000 penduduk
 - b. Angka Kesembuhan Penderita TB baru BTA+
 - c. Prevalensi HIV
 - d. Angka "Acute Flaccid Paralysis (AFP)" pada anak usia < 15 tahun per 100.000 penduduk
 - e. Angka kesakitan demam berdarah dengue (DBD) per 100.000 penduduk
 7. Status Gizi
 - a. Persentase balita dengan gizi buruk
 - b. Persentase kecamatan bebas rawan gizi
 8. Keadaan lingkungan
 - a. Persentase rumah sehat
 - b. Persentase tempat-tempat umum sehat
 9. Perilaku hidup masyarakat
 - a. Persentase rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat
 - b. Persentase Posyandu Purnama dan Mandiri

10. Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan
 - a. Persentase penduduk yang memanfaatkan Puskesmas
 - b. Persentase penduduk yang memanfaatkan Rumah Sakit
 - c. Persentase sarana kesehatan dengan kemampuan Laboratorium kesehatan
 - d. Persentase rumah sakit yang menyelenggarakan 4 pelayanan kesehatan spesialis dasar
 - e. Persentase obat generik berlogo dalam persediaan obat
11. Pelayanan Kesehatan
 - a. Persentase persalinan oleh tenaga kesehatan
 - b. Persentase desa yang mencapai "*Universal Child Immunization*" (UCI)
 - c. Persentase desa terkena kejadian luar biasa (KLB) yang ditangani <24 jam
 - d. Persentase ibu hamil yang mendapat Tablet Fe
 - e. Persentase bayi yang mendapat ASI eksklusif
 - f. Persentase murid sekolah dasar/madrasah ibtidaiyah yang mendapat pemeriksaan gimul
 - g. Persentase pekerja yang mendapat pelayanan kesehatan kerja
 - h. Persentase keluarga miskin yang mendapat pelayanan kesehatan
12. Sumber daya Kesehatan
 - a. Banyaknya dokter per 100.000 penduduk
 - b. Banyaknya dokter spesialis per 100.000 penduduk
 - c. Banyaknya dokter keluarga per 100.000 keluarga
 - d. Banyaknya dokter gigi per 100.000 penduduk
 - e. Banyaknya apoteker per 100.000 penduduk
 - f. Banyaknya bidan per 100.000 penduduk
 - g. Banyaknya perawat per 100.000 penduduk
 - h. Banyaknya ahli gizi per 100.000 penduduk
 - i. Banyaknya ahli sanitasi per 100.000 penduduk
 - j. Banyaknya ahli kesehatan masyarakat per 100.000 penduduk
 - k. Persentase penduduk yang menjadi peserta jaminan pemeliharaan kesehatan
 - l. Rata-rata persentase anggaran kesehatan dalam APBD kabupaten/kota
 - m. Alokasi anggaran kesehatan pemerintah per kapita per tahun (ribuan rupiah)
13. Manajemen Kesehatan
 - a. Persentase kabupaten/kota yang mempunyai dokumen sistem kesehatan
 - b. Persentase kabupaten/kota yang memiliki "*Contingency plan*" untuk masalah kesehatan akibat bencana

- c. Persentase kabupaten/kota yang membuat profil kesehatan
 - d. Persentase provinsi yang melaksanakan Surkesda
 - e. Persentase provinsi yang mempunyai "Provincial health account"
14. Kontribusi sektor terkait
- a. Persentase keluarga yang memiliki akses terhadap air bersih
 - b. Persentase pasangan usia subur yang menjadi akseptor keluarga berencana
 - c. Angka kecelakaan lalu-lintas per 100.000 penduduk
 - d. Persentase penduduk yang melek huruf

2.2. Mekanisme pengumpulan dan pengolahan data

Pengumpulan 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 seyogianya 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). 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 fasilitas kesehatan swasta.

Pada hakikatnya, data yang dikumpulkan dan dilaporkan adalah untuk digunakan sebagai informasi bidang kesehatan oleh instansi 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. 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.

Pengumpulan data yang dilakukan BKKBN provinsi dengan cara kompilasi dari petugas lapangan tingkat bawah hingga tingkat provinsi. Pengumpulan dan pengolahan data dilakukan secara rutin tiap bulannya berasal dari pengumpulan data dari sarana pelayanan kesehatan; puskesmas dan rumah sakit yang diperoleh melalui sistem pencatatan dan pelaporan. Pendataan dilakukan oleh PLKB (Petugas Lapangan Keluarga Berencana). Data yang dikumpulkan meliputi data tentang keluarga, jumlah keluarga inti, aspek demografi (umur, pendidikan, jenis kelamin), pemakaian KB oleh PUS, jumlah wanita hamil, dll. Dari hasil pendataan tersebut dapat diketahui pengkategorian Keluarga Pra Sejahtera, Sejahtera I, II, III atau Sejahtera III plus. Selain itu, setiap tahun data di rekap di desa. Perekapan dilakukan oleh PLKB dan kader (mitra). Dari pengumpulan data tersebut akan dihasilkan tiga jenis laporan.

Adapun proses pengumpulan data dari desa ke kecamatan dan dari kecamatan ke kabupaten dilakukan secara manual dan dikompilasi oleh Pos Pembantu Keluarga Berencana Desa (PPKBD). Sedangkan dari kabupaten menuju provinsi dan pusat menggunakan website, meskipun sekarang masih dalam proses pengembangan. Hal ini disebabkan karena adanya otonomi daerah sehingga otoritas provinsi sangat kecil dalam mengkoordinasikan dan menghimpun data tersebut.

2.3. Kendala yang dihadapi dalam pengumpulan data

Dalam penyusunan Publikasi Profil Kesehatan Provinsi, kendala yang dihadapi diantaranya pengumpulan data yang tidak sesuai dengan jadwal yang sudah ditetapkan. Hal ini terkait pula dengan masalah otonomi daerah, dimana provinsi sudah tidak mempunyai otoritas atas dinas kabupaten/kota, sehingga data sulit untuk diperoleh karena dinas kabupaten/kota tidak mempunyai kewajiban untuk memberikan data ke dinas provinsi.

Sedangkan kendala mengenai data diantaranya keterlambatan, dan kadang-kadang tidak semua data masuk, belum bisa melaporkan jumlah dokter yang berada di rumah sakit swasta maupun di klinik secara terperinci. Pendataan jumlah tenaga kesehatan di puskesmas dilakukan berdasarkan tupoksi. Masalah lain adalah penghitungan data yang menggunakan data dasar kependudukan dari BPS. Data kependudukan biasanya terlambat dipublikasikan, dan data tidak konsisten dan tidak bisa diagregasi menurut kecamatan maupun jenis kelamin. Selain itu, data mengenai jumlah penduduk menurut umur tidak selalu dapat diperoleh dari data BPS. Misalnya bayi usia 0-1 tahun tidak tersedia, yang ada hanya penduduk usia 0-4 tahun. Walaupun data tersebut dapat diperoleh dan digunakan sebagai penyebut (data sasaran), indikator yang dihitung dinilai terlalu rendah.

Sementara itu, kendala yang dihadapi BKKBN Provinsi Bangka Belitung dalam hal kompilasi data diantaranya pengumpulan data dari desa ke kecamatan dan dari kecamatan ke kabupaten masih dilakukan secara manual. Sedangkan pengumpulan data dari kabupaten menuju provinsi dan pusat menggunakan website. Kendala lain adalah faktor keterlambatan, dan kadang-kadang data tidak terkumpul. Hal ini disebabkan karena adanya otonomi daerah.

Kendala yang dihadapi baik di Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas kesehatan Kabupaten, dan BKKBN adalah masalah SDM yang kurang dan terkadang dalam hal koordinasi yang memakan waktu cukup lama sehingga tidak bisa setiap saat data yang dibutuhkan itu dapat diakses atau diterima tepat pada waktu yang sudah ditentukan. Sedangkan kendala dalam hal survey antara lain masalah dana, sehingga tidak dapat dilakukan secara rutin.

Adapun kendala dalam penghitungan indikator adalah keterbatasan dalam pengembangannya karena selama ini indikator yang dihitung mengacu pada pusat, sehingga indikator lain tidak dihitung. Jikalau dilakukan penghitungan indikator lain, itu hanya terbatas pada ada tidaknya permintaan khusus.

3. Konsep Indikator Kesehatan

3.1. Angka Kesakitan (*Morbidity Rate*)

Menurut Kepala Bidang Informasi dan Pelayanan Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi Bangka Belitung, Angka Kesakitan (*Morbidity Rate*) adalah penduduk yang mengalami gangguan kesehatan tertentu, sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari. Hal ini hampir sama dengan BPS, namun penekanannya ada pada penyakit tertentu. Angka morbiditas yang dihitung oleh BPS memiliki konsep persentase penduduk yang mengalami keluhan kesehatan hingga mengganggu aktivitasnya sehari-hari, sedangkan konsep angka morbiditas menurut Dinkes adalah persentase penduduk yang menderita penyakit tertentu. Dalam hal ini Dinkes hanya menghitung Angka Morbiditas untuk beberapa penyakit tertentu, diantaranya adalah Malaria yang merupakan penyakit terbanyak yang diderita.

Menurut Kepala Bidang Infokes dan Pelayanan Kesehatan, morbiditas bermakna angka kesakitan atau sejumlah penduduk yang mempunyai penyakit tertentu. Angka kesakitan/morbiditas seharusnya dihitung dari penduduk yang sudah menderita suatu penyakit tertentu. Sehingga untuk menghitung indikator tersebut harus ada hasil diagnosa dokter yang mempunyai otoritas untuk melakukan hal tersebut. Orang yang menderita pusing, demam menunjukkan adanya suatu penyakit tertentu, dan pusing tidak dikategorikan penyakit. Akan tetapi jika BPS mempunyai konsep seperti itu (mengalami keluhan kesehatan), mungkin hanya sebuah proksi saja, namun harus hati-hati menggunakan/menganalisisnya karena tidak dapat mendeteksi penyakit yang diderita. Adapun morbiditas yang dihitung oleh Dinkes adalah morbiditas beberapa penyakit tertentu yang dianggap paling banyak diderita, contoh Malaria, TBC, HIV/AIDS, dan Demam Berdarah (DBD).

3.2. Status Gizi Balita

Balita gizi buruk yang dihitung oleh Dinkes berdasarkan konsep NCHS-WHO, yaitu kondisi balita (0-59 bulan) yang memiliki indeks berat badan menurut tinggi badan $< -3SD$ dan atau disertai dengan tanda-tanda klinis: marasmus, kwashiorkor, dan marasmus-kwashiorkor. Untuk memperoleh indeks tersebut, metode yang digunakan adalah observasi terhadap hasil penimbangan massal balita di posyandu pada bulan Agustus setiap tahunnya, bersamaan dengan pelaksanaan pemberian vitamin A. Pemilihan waktu tersebut sebagai bulan penimbangan untuk pengukuran status gizi, karena biasanya saat itu akan ada lebih banyak balita yang dibawa ke posyandu dibanding waktu lainnya. Data yang diperlukan adalah berat badan, tinggi badan dan umur. Pencatat status gizi adalah ahli gizi, sebagai penanggung jawab yang ditugaskan oleh Dinkes. Selain itu, status gizi dapat diperoleh dari hasil survei Riset Kesehatan dasar (Riskesdas).

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan software gizicom, yang sedemikian rupa didesain untuk menampilkan secara otomatis status gizi balita yang ditimbang tersebut. Akan tetapi, menurut Kepala Seksi Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan di Dinkes Kota Pangkal Pinang, untuk mendeteksi gizi buruk cukup dilihat dari adanya gejala klinis seperti marasmus, kwashiorkor, dan marasmus-kwashiorkor atau dengan melihat perbandingan BB/TB, sedangkan metode BBU dan TBU tidak dapat menunjukkan status gizi secara tepat, karena bisa disebabkan hanya karena terjadi penurunan berat badan saja, yang mungkin terjadi secara temporary/sewaktu-waktu, misalnya saat penimbangan massal kebetulan balita tersebut sedang mengalami penurunan berat badan.

3.3. Rasio Tenaga Kesehatan per Penduduk

Jumlah tenaga kesehatan berdasarkan konsep Badan Pusat Statistik adalah berdasarkan tempat tinggal, sedangkan konsep Dinkes berdasarkan tempat praktek, yaitu wilayah kerja Puskesmas dan Rumah Sakit. Sedangkan tenaga kesehatan lain seperti yang bertugas di lembaga swasta tidak tercatat. Disisi lain terdapat beberapa kelemahan, yaitu adanya kemungkinan *double counting* terutama jika seorang dokter bertugas di RS Pemerintah dan RS Swasta, kemungkinan akan tercatat dua kali, karena sistem pencatatan bukan berdasarkan nama, tetapi hanya terdeteksi jumlah saja. Sedangkan jumlah tenaga kesehatan yang hitung BPS dari hasil Podes memiliki kemungkinan *double counting* yang sangat kecil.

3.4. Air Minum Bersih

Konsep air bersih Dinkes berbeda dengan konsep yang digunakan BPS, perbedaan tersebut diantaranya adalah:

1. Penggunaan air bersih di Dinkes tidak hanya terbatas sebagai air minum, tetapi juga untuk mandi/cuci.
2. Sumber air bersih : air ledeng, SPT (Sumur Pompa Tangan), SGL (Sumur Galian), PAH (Penampungan Air Hujan) dan air kemasan.
3. Jarak keberadaan sumber air dengan tempat pembuangan kotoran tidak diperhitungkan.

Konsep tersebut dibuat oleh Pusdatin Depkes RI, yang sekarang menjadi Pusdasur Kemenkes RI, sedangkan unit kerja yang menghitung adalah Bidang Penanggulangan Penyakit dan Bencana (P2B).

3.5. Data yang Berkaitan dengan Balita dan Ibu hamil

Data yang berkaitan dengan bayi/balita seperti cakupan imunisasi dasar bagi balita, persentase balita mendapat Vitamin A, persentase bayi lahir BBLR (Berat Badan Lahir Rendah), dll, berasal dari registrasi bayi/balita yang di bawa ke Puskesmas/ Posyandu atau BPS (Bidan Praktek Swasta) yang sudah bekerjasama, sedangkan bayi/balita yang di bawa ke rumah sakit/klinik atau dokter swasta tidak tercatat, karena tidak dilaporkan, meskipun data tersebut tersedia. Sehingga kemungkinan *double counting*/ penghitungan dua kali tidak akan terjadi, namun kelemahannya data menjadi *underestimate*, sehingga jika digunakan untuk menghitung indikator cakupan, nilainya juga akan *underestimate*. Untuk menghitung suatu indikator yang menggunakan penimbang/pembagi jumlah balita, data yang digunakan berasal dari BPS, dinamakan data sasaran, sementara untuk cakupan hanya menggunakan data dari registrasi Puskesmas, sehingga *underestimate* tersebut sangat dimungkinkan. Oleh sebab itu, indikator cakupan di perkotaan tidak bisa dibandingkan dengan di perdesaan, karena penduduk di daerah perkotaan jarang sekali ada yang membawa balitanya ke Posyandu atau Puskesmas, sehingga seolah-olah indikator tersebut sangat rendah di perkotaan.

Demikian halnya dengan indikator yang berkaitan dengan ibu hamil, seperti cakupan kunjungan ibu hamil K1 (kunjungan yang pertama kali ke tempat pemeriksaan kesehatan) dan K4 (kunjungan minimal 4 kali selama masa kehamilan), persentase persalinan oleh tenaga medis, cakupan Ibu hamil mendapatkan imunisasi Tetanus Toksoid dan Tablet Fe (Zat besi). Data tersebut di peroleh dari registrasi ibu hamil yang memeriksa kandungan ke puskesmas atau bidan saja, sedangkan ibu hamil yang memeriksa kandungan ke rumah sakit/klinik atau dokter swasta tidak tercatat. Penggunaan indikator ini untuk membandingkan antar wilayah juga memerlukan kehati-hatian.

3.6. Rata-rata Anak yang Dilahirkan

BKKBN mengumpulkan data yang berkaitan dengan akseptor, metode/alat/cara KB dan melakukan pendataan mengenai keterangan demografi anggota rumah tangga, BKKBN tidak menghitung rata-rata jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang wanita pada masa usia subur, baik anak lahir hidup maupun total anak yang dilahirkan, karena data tersebut bersumber dari BPS. Oleh sebab itu untuk mengukur keberhasilan program KB terkait jumlah anak yang dilahirkan hanya berpatokan pada data BPS.

Berkaitan dengan semboyan KB "dua anak cukup", saat ini sudah tidak digunakan lagi, dan sekarang menggunakan semboyan "dua anak lebih baik". Untuk menunjukkan target tersebut digunakan indikator TFR (*Total Fertility Rate*) yang dihitung oleh BPS dari hasil Survei Antar Sensus (SUPAS) atau Sensus Penduduk (SP). TFR berbeda dengan rata-rata anak yang dilahirkan oleh wanita pernah kawin karena TFR dihitung dari keseluruhan wanita, baik pernah kawin, kawin maupun belum kawin, adapun data

yang sering digunakan di BKKBN adalah rata-rata anak yang dilahirkan hidup oleh wanita usia subur pernah kawin yang didapat dari hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI). Disamping itu jumlah peserta KB aktif, keikutsertaan peserta KB baru, dan faktor imigrasi.

4. Kesimpulan/Rekomendasi

Berdasarkan hasil studi mendalam, dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut:

1. Dinas Kesehatan Provinsi Bangka Belitung tidak mengembangkan ataupun membuat konsep sendiri mengenai pembentukan/penghitungan indikator kesehatan karena semuanya telah ditentukan oleh Kementerian Kesehatan Nasional yang sudah standar, berlaku untuk setiap Dinkes baik provinsi maupun kabupaten/kota.
2. BKKBN tidak menghitung rata-rata jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang wanita pada masa usia subur, baik anak lahir hidup maupun total anak yang dilahirkan, data tersebut bersumber dari BPS, sementara data yang dihasilkan oleh BKKBN lainnya hanya digunakan untuk target operasional saja.
3. Otonomi daerah menimbulkan kendala dalam hal pengumpulan data hingga ke tingkat provinsi, baik di Dinas Kesehatan maupun BKKBN.
4. SDM juga menjadi salah satu kendala dalam hal ketepatan waktu pengumpulan data, disamping juga anggaran.

Adapun beberapa hal yang direkomendasikan antara lain: Meskipun memiliki konsep yang berbeda, sebaiknya data yang dihasilkan BPS dan Dinas Kesehatan, maupun BKKBN harus sejalan/sama. Dan untuk mengembangkan indikator kesehatan yang baru diperlukan pengkajian yang lebih mendalam agar konsep dan metode jelas sehingga hasilnya dapat dipertanggungjawabkan.

Profil Indikator Kesehatan Provinsi Bengkulu

1. Pendahuluan

1.1. Latar Belakang

Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Untuk meningkatkan kesejahteraan penduduk khususnya di bidang kesehatan, pemerintah telah melakukan beberapa upaya-upaya pengembangan pembangunan di bidang kesehatan. Untuk menunjang dan membantu langkah-langkah pemerintah tersebut dibutuhkan data-data tentang kesehatan yang akurat, sahih dan mutakhir, sebab data kesehatan merupakan rujukan bagi pemerintah untuk menentukan dan mengambil kebijakan yang tepat di bidang kesehatan. Tanpa ketersediaan data, maka penetapan parameter terhadap capaian kinerja, analisis kebijakan, strategi, program kegiatan, termasuk pengukuran proses dan hasil pembangunan kesehatan tidak akan terukur dengan baik.

Data-data yang diperoleh akan dihitung dan diwujudkan menjadi suatu indikator. 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. Sementara Indikator Kesehatan merupakan ukuran yang menggambarkan atau menunjukkan status kesehatan sekelompok orang dalam populasi tertentu, misalnya angka kematian kasar. Indikator yang baik adalah indikator yang dapat menggambarkan perkembangan tingkat pembangunan kesehatan di suatu wilayah. Oleh karena itu pengembangan indikator-indikator baru perlu terus digali guna lebih menyempurnakan pantauan atau gambaran tentang perkembangan tingkat pembangunan kesehatan di suatu wilayah.

Status kesehatan penduduk biasanya dinilai dengan menggunakan berbagai indikator kesehatan, yang secara garis besar dibagi dalam dua kelompok:

Kelompok pertama, berisikan indikator yang menghitung jumlah kematian yang terjadi selama periode tertentu. Contohnya adalah angka kematian kasar (*Crude Death Rate-CDR*) dan angka kematian bayi (*Infant Mortality Rate-IMR*). Kelompok penduduk yang mempunyai angka CDR dan IMR yang rendah dikatakan mempunyai status kesehatan yang lebih baik jika dibandingkan dengan kelompok penduduk yang angka CDR dan IMR nya tinggi.

Kelompok kedua, berisikan berbagai indikator kesehatan yang memperlihatkan jumlah orang yang menderita kecacatan akibat penyakit tertentu. Contohnya adalah

jumlah penderita AIDS, Tuberkulosis (TB), Polio, dan sakit mental. Sama dengan kelompok pertama, kelompok penduduk yang mempunyai jumlah penderita AIDS atau TB lebih sedikit dikatakan lebih sehat jika dibandingkan dengan kelompok penduduk yang jumlah penderita penyakit tersebut lebih banyak.

WHO menyarankan agar sebagai indikator kesehatan penduduk harus mengacu pada 4 hal sebagai berikut:

1. Melihat ada tidaknya kelainan pathofisiologis pada seseorang
2. Mengukur kemampuan fisik seseorang seperti kemampuan aerobik, ketahanan, kekuatan dan kelenturan sesuai dengan umur
3. Penilaian atas kesehatan sendiri
4. Indeks Massa Tubuh (BMI): $B.kg / (T.m.^2)$. Dewasa ini mulai dipertanyakan keterkaitan antara IMR yang rendah dengan bayi sehat

Indikator kesehatan merupakan tanggung jawab bersama antara pemerintah dan masyarakat. Oleh karena itu dicanangkan cita-cita Indonesia Sehat. Cita-cita tersebut menggambarkan keadaan bangsa kita dengan masyarakat yang berperilaku sehat, hidup dalam lingkungan sehat, dan dapat menikmati layanan kesehatan yang merata dan bermutu. Salah satu indikator keberhasilannya adalah perilaku hidup sehat yang didefinisikan sebagai perilaku proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah resiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit, serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat

1.2. Tujuan

Tujuan dilaksanakan studi mendalam ini adalah untuk:

1. Mengumpulkan data dasar dan indikator-indikator kesehatan yang tersedia di tingkat provinsi
2. mencari indikator baru yang dapat dijadikan sebagai indikator kunci pembangunan dalam bidang kesehatan
3. mengetahui kendala yang dihadapi untuk membangun suatu indikator
4. mengetahui alur/mekanisme pengumpulan data dari level terbawah hingga dinas kesehatan di provinsi
5. mendapatkan masukan mengenai konsep-konsep indikator kesehatan yang dihitung oleh BPS sebagai masukan untuk perbaikan di masa yang akan datang

1.3. Ruang Lingkup (instansi/unit kerja yang dikunjungi)

Untuk mendukung studi ini, dilakukan wawancara terhadap beberapa narasumber sebagai sampel responden di beberapa instansi. Tujuannya adalah untuk memperoleh

informasi yang berkaitan dengan maksud dan tujuan dari studi ini dan kemungkinan terdapat perbedaan rumus atau konsep pada indikator yang sama antara instansi tersebut dengan BPS, atau dengan konsep internasional. Instansi yang berhasil dikunjungi disamping Badan Pusat Statistik Provinsi Bengkulu, adalah Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu dan BKKBN. Narasumber dari Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu diwakili oleh Candra S.Sos (Seksi Litbang dan Infokes, Bidang Sumber Daya Kesehatan). Sementara dari BKKBN diwakili oleh Pak Agus Bidang Informasi Keluarga dan Analisis Program.

2. Pengumpulan Data Dan Indikator Kesehatan

2.1. Data dan Indikator Kesehatan yang Tersedia di Wilayah Studi

Data dan indikator yang telah dikumpulkan dan dihitung di Provinsi Bengkulu seperti yang tercantum di dalam Profil Kesehatan merupakan gabungan dari Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Indikator Kinerja Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan. Indikator Indonesia Sehat dapat digolongkan ke dalam tiga kategori yaitu:

- A. Indikator Derajat Kesehatan sebagai hasil akhir, yang terdiri dari Indikator-Indikator untuk mortalitas, Indikator-Indikator morbiditas, dan Indikator-Indikator status Gizi.

Indikator-Indikator Mortalitas:

1. Angka Kematian Bayi per 1.000 kelahiran hidup
2. Angka Kematian Balita per 1.000 kelahiran hidup
3. Angka Kematian Ibu Melahirkan per 100.000 kelahiran hidup
4. Angka Harapan Hidup Waktu Lahir

Indikator-Indikator Morbiditas:

1. Angka Kesakitan Malaria per 1.000 penduduk
2. Angka Kesembuhan Penderita TB Paru BTA+
3. Prevalensi HIV (persentase kasus terhadap penduduk beresiko)
4. Angka "Acute Flaccid Paralysis" (AFP) pada anak usia <15 tahun per 100.000 anak
5. Angka Kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD) per 100.000 penduduk

Indikator-Indikator status Gizi:

1. Persentase balita dengan gizi buruk
2. Persentase kecamatan bebas rawan gizi

- B. Indikator Hasil Antara, yang terdiri dari Indikator-Indikator Keadaan Lingkungan, Indikator-Indikator Perilaku Hidup Masyarakat, serta Indikator-Indikator Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan.

Indikator-Indikator Keadaan Lingkungan:

1. Persentase rumah sehat
2. Persentase tempat-tempat umum sehat

Indikator-Indikator Perilaku Hidup Masyarakat:

1. Persentase rumah tangga berperilaku hidup bersih dan sehat
2. Persentase posyandu purnama dan mandiri

Indikator-Indikator Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan:

1. Persentase penduduk yang memanfaatkan puskesmas
2. Persentase penduduk yang memanfaatkan rumah sakit
3. Persentase sarana kesehatan dengan kemampuan laboratorium kesehatan
4. Persentase rumah sakit yang menyelenggarakan 4 pelayanan kesehatan spesialis dasar
5. Persentase obat generic berlogo dalam persediaan obat

- C. Indikator Proses dan Masukan, yang terdiri dari Indikator-Indikator Pelayanan Kesehatan, Indikator-Indikator Sumber Daya Kesehatan, Indikator-Indikator Manajemen Kesehatan, dan Indikator-Indikator Kontribusi Sektor-Sektor Terkait.

Indikator-Indikator Pelayanan Kesehatan:

1. Persentase persalinan oleh tenaga kesehatan
2. Persentase desa yang mencapai "Universal Child Immunization" (UCI)
3. Persentase desa terkena kejadian luar biasa (KLB) yang ditangani <24 jam
4. Persentase ibu hamil yang mendapat tablet Fe
5. Persentase bayi yang mendapat ASI eksklusif
6. Persentase murid sekolah dasar/ Madrasah Ibtidaiyah yang mendapat pemeriksaan gigi dan mulut
7. Persentase pekerja yang mendapat pelayanan kesehatan kerja
8. Persentase keluarga miskin yang mendapat pelayanan kesehatan

Indikator-Indikator Sumber Daya Kesehatan:

1. Rasio dokter per 100.000 penduduk
2. Rasio dokter spesialis per 100.000 penduduk
3. Rasio dokter keluarga 1.000 keluarga
4. Rasio dokter gigi per 100.000 penduduk
5. Rasio Apoteker per 100.000 penduduk
6. Rasio bidan per 100.000 penduduk
7. Rasio perawat per 100.000 penduduk
8. Rasio ahli gizi per 100.000 penduduk
9. Rasio ahli sanitasi per 100.000 penduduk
10. Rasio ahli kesehatan masyarakat per 100.000 penduduk
11. Persentase penduduk yang menjadi pesertajamin pemeliharaan kesehatan
12. Rata-rata persentase anggaran kesehatan dalam APBD kabupaten/kota
13. Alokasi anggaran kesehatan pemerintah per kapita per tahun (ribuan rupiah)

Indikator-Indikator Manajemen Kesehatan:

1. Persentase kabupaten/kota yang mempunyai dokumen system kesehatan
2. Persentase kabupaten/kota yang memiliki "Contingency Plan" untuk masalah kesehatan akibat bencana
3. Persentase kabupaten/kota yang membuat profil kesehatan
4. Persentase provinsi yang melaksanakan surkesda
5. Persentase provinsi yang mempunyai "Provincial Health Account"

Indikator-Indikator Kontribusi Sektor-Sektor Terkait:

1. Persentase keluarga yang memiliki akses terhadap air bersih
2. Persentase pasangan usia subur yang menjadi akseptor KB
3. Angka kecelakaan lalu lintas per 100.000 penduduk
4. Persentase penduduk yang melek huruf

Beberapa bidang yang mengumpulkan dan menghitung indikator-indikator kesehatan di Dinas Kesehatan di antaranya:

1. Bidang Bina Kesejahteraan Masyarakat (Binkesmas)
 - Seksi Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
 - Seksi Gizi

2. Bidang Pencegahan Penyakit
 - Seksi Imunisasi
 - Seksi Kesehatan Lingkungan
 - Seksi Penanggulangan Penyakit
3. Bidang Pelayanan Kesehatan
 - Seksi Promosi Kesehatan
 - Seksi Farmasi

Selain indikator-indikator yang rutin disajikan, masing-masing bidang juga menghitung indikator-indikator tertentu sesuai dengan capaian masing-masing bidang. Sementara di BKKBN hanya menyajikan indikator tahapan sejahtera yang dibedakan menurut kriteria tertentu seperti: agama, pangan, sandang, papan, kesehatan, pendidikan, KB, tabungan interaksi dalam keluarga, interaksi dalam lingkungan, informasi, dan peranan dalam masyarakat. Berdasarkan aspek-aspek tersebut di atas, keluarga dikelompokkan menjadi lima tahapan, yaitu Keluarga Pra Sejahtera, Keluarga Sejahtera I, Keluarga Sejahtera II, Keluarga Sejahtera III dan Keluarga Sejahtera III Plus. Penjelasan masing-masing indikator tahapan sebagai berikut;

1. Tahapan Keluarga Sejahtera I
 - Pada umumnya anggota keluarga makan minum dua kali sehari atau lebih
 - Anggota keluarga memiliki pakaian yang berbeda untuk di rumah, bekerja/ sekolah dan bepergian
 - Rumah yang ditempati keluarga mempunyai atap, lantai dan dinding yang baik
 - Bila ada anggota keluarga sakit dibawa ke sarana kesehatan
 - Bila pasangan usia subur ingin ber KB pergi ke sarana pelayanan kontrasepsi
 - Semua anak umur 7-15 tahun dalam keluarga bersekolah
2. Tahapan Keluarga Sejahtera II
 - Pada umumnya anggota keluarga melaksanakan ibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan masing-masing
 - Paling kurang sekali seminggu seluruh anggota keluarga makan daging/ ikan/telur
 - Seluruh anggota keluarga memperoleh paling kurang satu stel pakaian baru dalam setahun
 - Luas lantai rumah paling kurang 8 m² untuk setiap penghunian rumah

- Tiga bulan terakhir keluarga dalam keadaan sehat sehingga dapat melaksanakan tugas/fungsi masing-masing
 - Ada seorang atau lebih anggota keluarga yang bekerja untuk memperoleh penghasilan
 - Seluruh anggota keluarga umur 10-60 tahun bisa baca tulisan latin
 - Pasangan usia subur dengan anak dua atau lebih menggunakan alat/obat kontrasepsi
3. Tahapan Keluarga Sejahtera III
- Keluarga berupaya meningkatkan pengetahuan agama
 - Sebagian penghasilan keluarga ditabung dalam bentuk uang atau barang
 - Kebiasaan keluarga makan bersama paling kurang seminggu sekali dimanfaatkan untuk berkomunikasi
 - Keluarga ikut dalam kegiatan masyarakat di lingkungan tempat tinggal
 - Keluarga memperoleh informasi dari surat kabar/majalah/radio/tv
4. Tahapan Keluarga Sejahtera III Plus
- Keluarga secara teratur dengan suka rela memberikan sumbangan materiil untuk kegiatan sosial
 - Ada anggota yang aktif sebagai pengurus perkumpulan sosial/yayasan/institusi masyarakat.

2.2. Mekanisme Pengumpulan dan Pengolahan Data (Sampai Tingkat Provinsi) yang Dilakukan oleh Dinas Kesehatan

Pengumpulan data tentang kesehatan di provinsi Bengkulu diperoleh dari pelaporan masing-masing institusi seperti Posyandu, Puskesmas, Rumah sakit, Praktek dokter, dan institusi kesehatan lain di wilayah tersebut ke Dinas Kesehatan Kabupaten/kota. Kemudian Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan penghitungan indikator-indikator yang berkaitan dengan kesehatan di wilayah masing-masing. Penghitungan indikator dilakukan setiap tahun secara komputerisasi dengan software khusus tapi dikombinasikan secara manual. Format penyajian sudah disesuaikan dan diseragamkan dari Kementerian Kesehatan (pusat). Data yang disajikan di Dinas Kesehatan diupdate setiap tahun.

Masing-masing Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mengirimkan data-data tentang kesehatan tersebut ke provinsi setelah selesai melakukan penghitungan indikator-indikator kesehatan yang diinstruksikan. Setelah data terkumpul dari 9 kabupaten dan 1 kota, di provinsi dilakukan pengitungan indikator-indikator kembali untuk tingkat provinsi, demikian

seterusnya sampai ke tingkat nasional. Data-data yang sudah terkumpul kemudian dilakukan pengecekan dengan pemutakhiran data dan program.

Bidang yang mengumpulkan data di BKKBN di daerah adalah Bidang IKAB semacam statistiknya BKKBN. Data disajikan secara bulanan dan tiga bulanan. Namun ada satu data tentang Potensi Wilayah yang penyajiannya setiap akhir tahun.

Pengumpulan data dimulai dari tingkat PLKB sebagai ujung tombaknya, kemudian dikumpulkan di Korlap (koordinasi lapangan) tingkat kecamatan. PLKB dibantu oleh kader, dan Pembantu Responden seperti dokter swasta, klinik, bidan, secara sadar melaporkan sendiri ke PLKB, sedangkan untuk rumah sakit PLKB melakukan menjemput bola. Setiap akhir bulan data tersebut dikumpulkan di kabupaten untuk direkap, kemudian dilanjutkan dikirim ke provinsi. Kegiatan rutin ini dilakukan setiap bulan. Pengolahan dilakukan dengan komputerisasi, dengan software yang sudah disiapkan. Data diupdate setiap bulan.

2.3. Kendala-Kendala yang Dihadapi dalam Pengumpulan dan Pengolahan Data

Kendala yang sering dijumpai pada proses pengumpulan data adalah sering terjadi keterlambatan pada saat pelaporan data pada masing-masing institusi, sehingga berpengaruh pada dimulainya proses pengolahan data, dan akhirnya berdampak pada keterlambatan penyajian data dari target waktu yang direncanakan. Seharusnya target data dilaporkan setiap Bulan April, namun terlambat hingga Bulan Desember. Salah satu faktor keterlambatan data adalah kemampuan sumber daya tenaga pendata terhadap penguasaan pendataan yang sangat terbatas dan keterlambatan turunnya dana APBN.

Sementara masalah yang dihadapi pada tahap pengolahan data adalah seringnya terjadi kekosongan data di Kabupaten dan perbedaan angka indikator antar Program Kegiatan. Kekosongan data di kabupaten sering terjadi karena keterlambatan laporan dari puskesmas, terutama pada kabupaten yang baru mekar. Sedangkan perbedaan angka pada indikator yang sama terjadi karena perbedaan kepentingan masing-masing program. Namun demikian menurut informan masih ada satu indikator yang menjadi pedoman atau sebagai rujukan. Keterlambatan laporan dari puskesmas karena sarana komputer yang belum memadai, satu puskesmas hanya satu komputer sehingga berebut penggunaan.

Kendala lain terletak pada kemampuan sumber daya manusia yang belum memadai. Tenaga pengolah data yang memahami masalah pendataan masih sedikit dan belum banyak yang tertarik pada pendataan. Kegiatan pengolahan data masih dianggap pekerjaan sambil lalu saja. Tenaga yang dibebani tugas pengolahan juga masih terbebani tugas rutin lainnya, sehingga kesempatan untuk mengeksplorasi lebih jauh indikator-indikator kesehatan sangat terbatas. Antar program juga ingin datanya diolah terlebih dahulu. Disamping itu rotasi pegawai yang mengolah data juga sangat cepat,

sehingga perlu diadakan regenerasi secepatnya. Untuk mengantisipasi keadaan ini, pelatihan petugas pengolah data juga dilakukan, namun waktunya menunggu terjadi perubahan format penyajian tabel pada publikasi.

Kendala pengumpulan data yang dialami oleh BKKBN terletak pada luasnya wilayah operasional. Satu desa bisa sekitar 300 ribu kk sehingga berimbas pada berkurangnya pengembalian formulir, yaitu hanya sekitar 80% hingga 90%.

3. Konsep Definisi Beberapa Indikator Penting Kesehatan

3.1. Angka Kesakitan (Morbidity Rate)

Angka Kesakitan (Morbidity Rate) menurut konsep BPS adalah persentase penduduk yang mengalami keluhan kesehatan sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari. Datanya berasal dari Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) dengan unit penelitian rumah tangga, sehingga keluhan yang diderita penduduk bersifat asumsi yang dirasakan oleh penduduk pada saat pencacahan. Keluhan bersifat gejala dari suatu penyakit yang mungkin sedang diderita. Karena belum ada diagnosa dari dokter, maka keluhan tersebut belum jelas sumbernya dari penyakit apa.

Sedangkan angka morbiditas yang dihitung oleh Dinas Kesehatan sudah menurut jenis penyakit, dan angkanya tiap penyakit berbeda. Keluhan penduduk sudah jelas penyakit yang diderita karena data bersumber dari rumah sakit, Klinik, puskesmas, dokter praktek, bidan, dan lain-lain, sehingga sudah melewati diagnosa dokter atau bidan. Rumus menghitung masing-masing morbiditas penyakit, antara lain:

1. **Angka kesakitan malaria per 1.000 penduduk** = jumlah penderita malaria di suatu wilayah tertentu selama satu tahun dibagi jumlah penduduk di wilayah dan pada kurun waktu yang sama dikalikan 1.000
2. **Angka kesembuhan penderita TB Paru BTA⁺** = jumlah penderita TB paru BTA⁺ yang sembuh di suatu wilayah selama setahun dibagi jumlah penderita TB Paru BTA⁺ yang diobati di wilayah dan pada kurun waktu yang sama dikalikan 100%
3. **Prevalensi penderita HIV terhadap penduduk beresiko** = jumlah kasus HIV (baru dan lama) di suatu wilayah tertentu selama satu tahun dibagi jumlah penduduk beresiko di wilayah dan pada kurun waktu yang sama dikalikan 100%
4. **Angka acute Flaccid Paralysis (AFP) pada anak usia <15 tahun per 100.000 anak** = jumlah kasus AFP anak usia <5 tahun di suatu wilayah tertentu selama 1 tahun dibagi jumlah anak usia <5 tahun di wilayah dan pada kurun waktu yang sama dikalikan 100.000

- 5. Angka kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD)** = jumlah kasus demam berdarah dengue di suatu wilayah tertentu selama satu tahun dibagi jumlah penduduk di wilayah dan pada kurun waktu yang sama dikalikan 100.000

3.2. Status Gizi Balita

Balita Kurang Gizi (BKG) adalah perbandingan antara balita berstatus kurang gizi dengan balita seluruhnya. Prevalensi status gizi balita diperoleh melalui indeks berat badan, umur, dan jenis kelamin.

Kategori status gizi ditentukan dengan menggunakan standar NCHS-WHO, yang dibagi menjadi 4 kelas berdasarkan Z-score yaitu:

- (1) gizi lebih (Z-score $\geq +2$)
- (2) gizi normal ($-2 < \text{Z-score} < +2$)
- (3) gizi kurang ($-3 < \text{Z-score} < -2$)
- (4) gizi buruk (Z-score ≤ -3)

Manfaat

Anak kurang gizi memiliki kemungkinan risiko kematian yang tinggi, menghambat pertumbuhan dan mempengaruhi status kesehatannya dikemudian hari. Prevalensi balita kurang gizi secara universal digunakan sebagai indikator untuk memonitor status kesehatan penduduk.

Metode Perhitungan

Rumus yang digunakan:

$$\text{BKG} = \frac{\text{Banyaknya balita kurang gizi}}{\text{Jumlah Balita}} \times 100 \%$$

Penghitungan Status gizi di Dinas Kesehatan menggunakan dua pendekatan, yaitu Berat Badan per Tinggi Badan dan Berat Badan per Umur.

Rumus Status Gizi lain yang dihitung oleh Dinas Kesehatan

Persentase Balita dengan Gizi Buruk = Jumlah balita yang berstatus gizi buruk di suatu wilayah tertentu selama 1 tahun dibagi dengan jumlah balita yang diukur/ ditimbang di wilayah dan pada kurun waktu yang sama, kali seratus persen.

Persentase Kecamatan Bebas Rawan Gizi = Jumlah kecamatan yang bebas rawan gizi di suatu wilayah dan pada kurun waktu tertentu dibagi dengan jumlah kecamatan yang ada di wilayah dan pada kurun waktu yang sama, kali seratus persen.

3.3. Rasio Tenaga Kesehatan per Penduduk

BPS menghitung jumlah tenaga kesehatan dari pendataan Potensi Desa (PODES) yang ditanyakan kepada petugas kelurahan/desa mengenai jumlah tenaga kesehatan tersebut di desa/kelurahannya kemudian diagregasi hingga wilayah administratif di atasnya, sehingga pendekatannya adalah wilayah.

Di Dinas Kesehatan juga memiliki data dasar tentang jumlah tenaga kesehatan seperti dokter, dokter spesialis, dokter gigi, apoteker, ahli gizi, bidan, dan perawat. Data tentang tenaga kesehatan tersebut mencakup seluruh tenaga kesehatan yang ada di wilayah administratif (kecamatan, kabupaten, dan provinsi). Tenaga kesehatan yang dihitung di sini adalah yang bertugas sesuai dengan fungsinya/profesinya, bukan titel yang disandang oleh seseorang. Ada beberapa kasus ditemui tenaga kesehatan yang bertugas di dua tempat, contoh di rumah sakit dan di tempat praktek sendiri, sehingga dikhawatirkan terjadi kemungkinan *double counting* dalam pengumpulan data. Untuk mengantisipasi hal ini maka dilakukan pemutakhiran data, dengan cara mendiskusikannya dan mengundang dari BPS, BKKBN, Dinas Kesehatan Rumah sakit, kabupaten, dan program terkait. Rumus penghitungan indikator tenaga kesehatan tersebut antara lain;

$$\text{Rata-rata Dokter per 100.000 Penduduk} = \frac{\text{Jumlah dokter yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100.000$$

$$\text{Rata-rata Dokter Spesialis per 100.000 Keluarga} = \frac{\text{Jumlah dokter spesialis yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100.000$$

$$\text{Rata-rata Dokter Keluarga per 1.000 Keluarga} = \frac{\text{Jumlah dokter keluarga yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah}}{\text{Jumlah keluarga di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 1.000$$

$$\text{Rata-rata Dokter Gigi per 100.000 Penduduk} = \frac{\text{Jumlah dokter gigi yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100.000$$

$$\text{Rata-rata Apoteker per 100.000 Penduduk} = \frac{\text{Jumlah apoteker yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100.000$$

$$\text{Rata-rata Ahli Gizi per 100.000 Penduduk} = \frac{\text{Jumlah ahli gizi yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100.000$$

$$\text{Rata-rata Bidan per 100.000 Penduduk} = \frac{\text{Jumlah Bidan yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100.000$$

$$\text{Rata-rata Perawat per 100.000 Penduduk} = \frac{\text{Jumlah perawat yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu wilayah}}{\text{Jumlah penduduk di wilayah dan pada tahun yang sama}} \times 100.000$$

3.4. Konsep Air Minum Bersih

Konsep air minum bersih di BPS adalah air yang bersumber dari kemasan, leding, sumur/mata air terlindung dengan jarak ke tempat pembuangan kotoran > 10 meter. Sementara di Dinas Pendidikan ada dua kriteria air, yaitu air minum dan air bersih. Air minum adalah air yang bisa langsung dapat diminum (khusus untuk minum), biasanya ada proses ozonisasi. Sedangkan air bersih adalah sumber air untuk keperluan minum/masak serta mandi/cuci sebagian besar penduduk.

Indikator yang digunakan untuk mengukur air bersih di Dinas Pendidikan adalah "Sarana Air Bersih (SAB)" yang memenuhi syarat kesehatan di lingkungan pemukiman (Jumlah SAB yang memenuhi syarat kesehatan dibagi dengan SAB yang diperiksa periode/kurun waktu tertentu).

$$\text{Sarana Air Bersih yang memenuhi syarat kesehatan di lingkungan pemukiman} = \frac{\text{Jumlah SAB yang diperiksa pada periode/kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah SAB yang ada pada periode/kurun waktu tertentu}} \times 100 \%$$

3.5. Indikator Lainnya

Berdasarkan Publikasi hasil Kementerian Kesehatan terdapat beberapa data tentang cakupan imunisasi dasar bagi balita, persentase balita mendapat vitamin A, dan persentase bayi lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Data-data tentang imunisasi yang wajib dilakukan (program pemerintah) seperti BCG, DPT, Polio, Campak, dan hepatitis diperoleh dari pelaporan bulanan posyandu, puskesmas dan bidan praktek. Rumah sakit dan klinik bersalin hanya sewaktu-waktu melaporkan data tentang imunisasi ini. Data tentang imunisasi ini menurut responden tidak mungkin terjadi *double counting* karena hanya dilakukan di satu tempat secara kontinyu dan peserta dibekali dengan kartu laporan sudah diimunisasi.

Data tentang persentase balita yang mendapat vitamin hanya diperoleh dari pelaporan bulanan posyandu, puskesmas dan bidan praktek. Biasanya pemberian vitamin ini serentak dilakukan dua kali dalam setahun, yaitu pada Bulan Februari dan Bulan Agustus. Data tentang pemberian vitamin ini menurut responden juga tidak mungkin terjadi *double counting* karena hanya dilakukan di satu tempat secara kontinyu dan peserta dibekali dengan kartu laporan sudah diberi vitamin pada bulan bersangkutan.

Sementara untuk data bayi dengan kasus BBLR bisa terjadi double counting seandainya bayi tersebut diperiksa di lebih dari satu tempat. Misalnya; kadang-kadang bayi tersebut diperiksa di puskesmas, lain waktu di rumah sakit, atau sebaliknya.

Indikator lain yang tidak kalah penting untuk memantau masalah kesehatan masing-masing adalah indikator tentang:

1. Kunjungan ibu hamil pertama kali ke tempat pemeriksaan kesehatan dan kunjungan ibu hamil minimal 4 kali selama masa kehamilan,
2. Persalinan oleh tenaga medis,
3. Cakupan ibu hamil yang mendapatkan imunisasi Tetanus Toksoid dan Tablet Fe (Zat besi).

Ketiga indikator tersebut diperoleh dari laporan hasil registrasi ibu hamil yang memeriksakan kandungan ke puskesmas, posyandu, bidan praktek yang dilaporkan secara bulanan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Kadang-kadang diperoleh juga data dari rumah sakit dan klinik bersalin, jika ada. Ada kemungkinan *double counting* jika ada ibu hamil yang memeriksakan kandungannya di dua tempat, misalnya seorang ibu hamil memeriksakan kehamilannya di puskesmas dan rumah sakit. Namun menurut informan kasus seperti ini jarang terjadi, kecuali bagi ibu hamil yang mengalami kelainan kandungan, sehingga harus memeriksakan kandungannya ke dokter spesialis.

Menurut informan dari BKKBN, indikator-indikator yang dapat mengukur keberhasilan program KB terkait jumlah anak yang dilahirkan, mengingat slogan BKKBN "dua anak lebih baik" antara lain Total Fertility Rate (TFR) rata-rata jumlah kelahiran hidup yang akan dimiliki oleh seorang perempuan yang sudah berumur 50 tahun.

4. Kesimpulan Dan Saran

- Indikator adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukannya pengukuran terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu.
- Indikator yang baik adalah indikator yang dapat menggambarkan perkembangan tingkat pembangunan kesehatan di suatu wilayah. Oleh karena itu pengembangan indikator-indikator baru perlu terus digali guna lebih

menyempurnakan pantauan atau gambaran tentang perkembangan tingkat pembangunan kesehatan di suatu wilayah.

- Indikator Kesehatan merupakan ukuran yang menggambarkan atau menunjukkan status kesehatan sekelompok orang dalam populasi tertentu, misalnya angka kematian kasar.
- Pengumpulan dan pengolahan data kesehatan oleh Dinas Kesehatan dilakukan di tingkat Kabupaten/Kota, diteruskan ke tingkat provinsi dan pusat.
- Penghitungan indikator kesehatan dilakukan di tingkat Kabupaten/Kota, Provinsi, dan pusat.
- Kendala yang sering dijumpai pada proses pengumpulan data adalah sering terjadi keterlambatan pada saat pelaporan data pada masing-masing institusi, sehingga berpengaruh pada dimulainya proses pengolahan data, dan akhirnya berdampak pada keterlambatan penyajian data dari target waktu yang direncanakan.
- Masalah utama yang dihadapi pada tahap pengolahan data adalah seringnya terjadi kekosongan data di Kabupaten dan perbedaan angka indikator antar Program Kegiatan. Kekosongan data akibat dari keterlambatan laporan dari puskesmas karena sarana komputer yang belum memadai, satu puskesmas hanya satu komputer sehingga berebut penggunaan.
- Kendala pengumpulan data yang dialami oleh BKKBN terletak pada luasnya wilayah operasional. Satu desa bisa mencapai sekitar 300 ribu kepala keluarga sehingga berimbas pada berkurangnya pengembalian formulir, yaitu hanya sekitar 80% hingga 90%.
- Informan dari BKKBN menyarankan agar Peserta KB semua diarahkan ke KB mandiri semua, karena jika mengandalkan alat kontrasepsi hanya dari subsidi pemerintah tidak akan tercukupi mengingat semakin banyak peserta KB baru.

Profil Indikator Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah

1. Pendahuluan

1.1. Latar Belakang

Tujuan dilaksanakannya pembangunan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis.

Untuk mengukur hasil pembangunan kesehatan dibutuhkan indikator kesehatan, dimana indikator kesehatan ini sudah dihitung dan dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan (Kemenkes). Data yang dikumpulkan berasal dari petugas pencatat dari tingkat kecamatan hingga Dinas Kesehatan Provinsi. Sedangkan Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) mengumpulkan dan mengembangkan data kependudukan, yang meliputi data demografi, keluarga berencana, tahapan keluarga sejahtera dan individu anggota keluarga.

Sementara itu Badan Pusat Statistik (BPS) mencoba mengumpulkan data kesehatan dan kependudukan guna membangun berbagai indikator. Oleh karena itu dilakukan studi mendalam untuk membangun indikator kesehatan ini, dengan melakukan konsultasi dan wawancara dengan Dinas Kesehatan dan BKKBN di beberapa provinsi yang dipilih secara sampel. Selain itu juga dilakukan wawancara dengan Dinas Kesehatan tingkat kabupaten/kota pada masing-masing provinsi sampel tersebut. Dilakukan konsultasi dengan beberapa instansi ini dimaksudkan untuk memperoleh informasi mengenai perbedaan konsep, sumber data dan metode penghitungan pada beberapa indikator. Provinsi Kalimantan Tengah merupakan salah satu provinsi tempat dilakukannya studi mendalam.

1.2. Tujuan

Tujuan dilakukan studi mendalam ini antara lain untuk mengumpulkan indikator-indikator kesehatan yang tersedia di Dinas Kesehatan di Provinsi Kalimantan Tengah dan sekaligus mencari indikator baru yang dapat dijadikan sebagai indikator kunci pembangunan dalam bidang kesehatan. Selanjutnya untuk mengetahui kendala-kendala yang dihadapi dalam membangun suatu indikator di Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah.

Selain tujuan di atas juga untuk mengetahui alur/mekanisme pengumpulan data dari level terbawah hingga Dinas Kesehatan tingkat provinsi, sekaligus untuk mendapatkan masukan dalam rangka perbaikan konsep-konsep indikator kesehatan yang dihitung oleh BPS sebagai masukan untuk perbaikan di masa yang akan datang.

1.3. Ruang Lingkup

Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah adalah salah satu instansi yang dikunjungi dalam studi mendalam ini. Selain dinas tersebut juga dikunjungi Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dan Dinas Kesehatan Kota Palangkaraya.

Beberapa nara sumber yang ditemui saat dilakukan studi mendalam tersebut antara lain:

1. Nina (Kepala Seksi Penyusunan Program- Bidang Bina Program, Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah)
2. Lilis (Kepala Seksi di Sub Bidang Data dan Informasi Keluarga, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional Provinsi Kalimantan Tengah)
3. Ari Wijayanti (Kepala Seksi Kesehatan Khusus Bidang Pelayanan Kesehatan, Dinas Kesehatan Kota Palangkaraya.)

Studi mendalam tentang pembangunan indikator kesehatan ini dilakukan dengan cara wawancara langsung dengan bantuan kuesioner dan alat perekam. Informasi yang dikumpulkan antara lain ketersediaan data dan indikator, mekanisme alur pengumpulan data, kendala yang dihadapi dalam pengumpulan data, dan pendapat dari para nara sumber tentang beberapa konsep indikator yang dihitung oleh BPS.

2. Proses Pengumpulan Data Kesehatan

2.1. Ketersediaan Data dan Indikator

Salah satu sarana untuk menggambarkan situasi dan kondisi kesehatan masyarakat kabupaten/kota adalah dengan profil kesehatan. Selain itu juga untuk sarana mengevaluasi hasil penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Untuk itu dibutuhkan indikator-indikator kesehatan dan indikator lainnya yang terkait.

Adapun indikator-indikator tersebut dikelompokkan menjadi :

A. Gambaran Umum

1. Luas wilayah
2. jumlah kecamatan
3. Jumlah desa/kelurahan
4. Jumlah penduduk menurut jenis kelamin dan kelompok umur
5. Jumlah rumah tangga/kepala keluarga
6. Kepadatan penduduk
7. Rasio beban tanggungan
8. Rasio jenis kelamin

9. Persentase penduduk laki-laki dan perempuan berusia 10 tahun ke atas menurut tingkat pendidikan tertinggi yang ditamatkan
 10. Persentase penduduk berumur 10 tahun ke atas yang melek huruf
- B. Derajat Kesehatan
- B1. Angka Kematian
1. Angka Kematian Bayi (AKB) per 1.000 kelahiran hidup
 2. Angka Kematian Balita (AKBA) per 1.000 kelahiran hidup
 3. Jumlah kematian ibu
 4. Angka kecelakaan lalu lintas per 1.000 penduduk
- B2. Angka Kesakitan
1. Angka *Acute Flaccid Paralysis* (AFP) pada anak usia < 15 tahun per 1.000 anak.
 2. Angka kesembuhan penderita TB paru BTA+
 3. Persentase balita dengan pneumonia ditangani
 4. Prevalensi HIV/AIDS ditangani
 5. Prevalensi HIV (persentase kasus terhadap penduduk beresiko)
 6. Persentase infeksi menular seksual diobati
 7. Angka kesakitan demam berdarah dengue (DBD) per 1.000 penduduk
 8. Persentase DBD ditangani
 9. Persentase balita dengan diare ditangani
 10. Angka kesakitan malaria per 1.000 penduduk
 11. Persentase penderita malaria diobati
 12. Persentase penderita kusta selesai berobat
 13. Kasus penyakit filaria ditangani
 14. Jumlah kasus dan angka kesakitan penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I)
- B3. Status Gizi
1. Persentase kunjungan neonatus
 2. Persentase kunjungan bayi
 3. Persentase BBLR ditangani
 4. Balita dengan gizi buruk
 5. Kecamatan bebas rawan gizi
- C. Upaya Kesehatan
- C1. Pelayanan Kesehatan
1. Persentase cakupan kunjungan ibu hamil K-1

2. Persentase cakupan kunjungan ibu hamil K-4
3. Persentase persalinan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan
4. Persentase ibu nifas mendapat pelayanan
5. Persentase deteksi dini tumbuh kembang anak balita (pra sekolah)
6. Persentase siswa SD/MI yang diperiksa kesehatannya
7. Persentase peserta KB baru
8. Persentase peserta KB aktif
9. Persentase peserta KB baru menurut jenis kontrasepsi
10. Persentase peserta KB aktif menurut jenis kontrasepsi
11. Persentase desa yang mencapai *Universal Child Immunization* (UCI)
12. Persentase cakupan imunisasi bayi
13. Persentase drop out imunisasi DPT1-Campak
14. Persentase Bayi BGM keluarga miskin
15. Persentase balita mendapat vitamin A 2 kali
16. Persentase balita gizi buruk mendapat perawatan
17. Persentase ibu hamil yang mendapat tablet Fe
18. Persentase WUS yang mendapatkan imunisasi TT
19. Persentase akses ketersediaan darah untuk ibu hamil dan neonatus dirujuk
20. Ibu hamil risti/komplikasi yang ditangani
21. Neonatal risti /komplikasi yang ditangani
22. Sarana kesehatan dengan kemampuan gawat darurat
23. Persentase desa terkena kejadian luar biasa (KLB) yang ditangani <24 jam
24. *Attacck Rate* dan CFR menurut jenis KB, jumlah kecamatan/desa yang terserang
25. Persentase bayi yang mendapat ASI eksklusif
26. Persentase desa/kelurahan dengan garam beryodium yang baik
27. Rasio tambal/cabut gigi tetap
28. Persentase murid SD/MI yang mendapat pemeriksaan gigi dan mulut
29. Persentase murid SD/MI yang mendapat perawatan gigi dan mulut
30. Upaya penyuluhan kesehatan
31. Cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan pra bayar
32. Cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin dan masyarakat rentan
33. Persentase keluarga miskin yang mendapat pelayanan kesehatan
34. Cakupan pelayanan kesehatan kerja pada pekerja formal

35. Cakupan pelayanan kesehatan pra usia lanjut dan usia lanjut
36. Cakupan WUS yang mendapat kapsul yodium
37. Persentase donor darah diskriming terhadap HIV-AIDS

C2. Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan

1. Cakupan rawat jalan
2. Cakupan rawat inap
3. Persentase sarana kesehatan dengan kemampuan laboratorium kesehatan
4. Persentase rumah sakit yang menyelenggarakan 4 pelayanan kesehatan spesialis dasar
5. Ketersediaan obat esensial dan generik sesuai kebutuhan
6. Pengadaan obat esensial/generik
7. Persentase obat generik berlogo dalam persediaan

C3. Perilaku Hidup Masyarakat

1. Persentase rumah tangga ber-Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)
2. Persentase Posyandu aktif

C4. Keadaan Lingkungan

1. Persentase rumah sehat
2. Persentase keluarga yang memiliki akses terhadap air bersih
3. Persentase keluarga yang memiliki sarana sanitasi dasar
4. Persentase tempat-tempat umum kesehatan
5. Persentase institusi dibina kesehatan lingkungannya
6. Persentase rumah/bangunan yang diperiksa jentik nyamuk aedes
7. Persentase rumah/bangunan bebas jentik nyamuk aedes

D. Sumber Daya Kesehatan

D1. Sarana Kesehatan

1. Data dasar puskesmas
2. Indikator pelayanan rumah sakit
3. Jumlah sarana pelayanan kesehatan menurut kepemilikan/pengelola
4. Sarana pelayanan kesehatan swasta
5. Upaya kesehatan bersumber masyarakat (UKBM)

D2. Tenaga Kesehatan

1. Persebaran tenaga kesehatan menurut unit kerja
2. Jumlah tenaga kesehatan di puskesmas dan rumah sakit
3. Rasio dokter spesialis per 1.000 penduduk
4. Rasio dokter per 1.000 penduduk
5. Rasio dokter gigi per 1.000 penduduk
6. Rasio dokter keluarga per 1.000 keluarga
7. Rasio apoteker per 1.000 penduduk
8. Rasio ahli gizi per 1.000 penduduk
9. Rasio bidan per 1.000 penduduk
10. Rasio ahli kesehatan masyarakat per 1.000 penduduk
11. Rasio ahli sanitasi per 1.000 penduduk
12. Rasio tenaga teknis medis per 1.000 penduduk

D3. Pembiayaan Kesehatan

1. Persentase anggaran kesehatan dalam APBD kabupaten/kota
2. Alokasi anggaran kesehatan pemerintah per kabupaten per tahun (ribuan rupiah)

Semua indikator di atas dimuat baik di dalam Publikasi Profil Kesehatan Provinsi maupun Publikasi Profil Kesehatan Kabupaten/Kota, dimana masing-masing indikator sudah ada definisinya sesuai dengan yang telah ditetapkan oleh Kemenkes. Cakupan data yang disajikan dalam Profil Kesehatan Provinsi mencakup data per Kabupaten/Kota, sedangkan untuk Profil Kesehatan Kabupaten/Kota cakupan datanya adalah per Kecamatan.

Sementara itu indikator yang dikumpulkan oleh BKKBN dari hasil Pemutakhiran Data Keluarga antara lain sebagai berikut:

A. Data Demografi :

1. Jumlah kepala keluarga menurut jenis kelamin, status pekerjaan, status perkawinan dan tingkat pendidikan
2. Jumlah jiwa dalam keluarga
3. Jumlah wanita usia subur (umur 15-49 tahun) dalam keluarga
4. Jumlah jiwa dalam keluarga menurut jenis kelamin serta menurut kelompok umur tertentu

B. Tersedianya data KB :

1. Jumlah pasangan usia subur, menurut kelompok umur (< 21 tahun, 20-29 tahun dan 30-49 tahun)

2. Jumlah pasangan usia subur yang menjadi peserta KB menurut jalur pelayanan (pemerintah atau swasta)
 3. Jumlah peserta KB yang implant nya perlu dicabut tahun depan
 4. Jumlah pasangan usia subur yang bukan peserta KB
- C. Tersedianya data tahapan keluarga sejahtera, meliputi:
1. Jumlah keluarga Prasejahtera
 2. Jumlah keluarga Sejahtera I
 3. Jumlah keluarga Sejahtera II
 4. Jumlah keluarga Sejahtera III
 5. Jumlah keluarga Sejahtera III plus
- D. Tersedianya data anggota keluarga, meliputi:
1. Nomor kode keluarga Indonesia
 2. Nomor kode anggota keluarga
 3. Nama
 4. Alamat
 5. Hubungan dalam keluarga
 6. Jenis kelamin
 7. Tanggal, bulan dan tahun kelahiran
 8. Pendidikan terakhir
 9. Pekerjaan
 10. Mutasi penduduk

2.2. Mekanisme Pengumpulan dan Pengolahan Data

Data untuk penyusunan Profil Kesehatan Kabupaten/Kota dikumpulkan dengan dua macam cara yaitu secara pasif dan aktif dan dilakukan dengan dua metode yaitu metode rutin dan non rutin atau sewaktu-waktu. Pengumpulan data yang dilakukan secara pasif artinya seorang petugas pengelola data di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menunggu laporan yang berasal dari Puskesmas, dari seksi-seksi di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang merupakan laporan hasil kegiatan dari program/proyek dan berasal dari Rumah Sakit serta UPT di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tersebut. Sedangkan pengumpulan data secara aktif berarti petugas pengelola data di Dinas Kesehatan kabupaten/Kota berupaya aktif mengumpulkan data ke puskesmas, ke Rumah Sakit, ke instansi Dinas Kabupaten/Kota terkait. Jika dilihat dari tingkat keberhasilan dalam pengumpulan data, yang dilakukan secara aktif jauh lebih besar dibandingkan dengan pengumpulan data secara pasif, dan data yang dihasilkan oleh petugas secara aktif lebih "*up to date*" dibandingkan data yang dikumpulkan petugas secara pasif.

Pengumpulan data dengan metode rutin yaitu dilakukan secara terus menerus yang merupakan pengelolaan data harian. Data ini dikumpulkan dari catatan kegiatan harian atau rekam medik pasien baik yang berkunjung ke Puskesmas, Rumah Sakit serta catatan pelayanan kegiatan kesehatan di luar gedung Puskesmas. Pengumpulan

data metode rutin ini biasa dilakukan oleh petugas unit kesehatan, namun demikian juga dilakukan oleh kader-kader Posyandu yang melakukan pencatatan kegiatan dan juga bisa dilakukan oleh petugas lainnya. Periode waktu dalam pengumpulan data secara rutin ini biasanya mingguan, bulanan, triwulanan, semesteran dan tahunan.

Sementara pengumpulan data non rutin adalah pengumpulan data sewaktu-waktu, yang dilakukan melalui survei, dengan lingkup Kabupaten/Kota dan Nasional yang periodenya bisa tahunan, tiga tahunan atau lima tahunan. Kedua metode tersebut mempunyai kelebihan dan kekurangan. Misalnya data yang dikumpulkan secara rutin dapat menggambarkan tren dengan periode pendek (bulanan), namun karena kualitas datanya sangat tergantung pada pelaksanaan pencatatan di masing-masing unit kerja maka gambaran tren tidak terpola dengan benar. Idealnya data rutin merupakan *backbone* (tulang punggung). Sedangkan survei membutuhkan biaya yang besar dan tidak diulang dalam periode yang pendek sehingga sulit untuk menggambarkan tren.

Data yang telah terkumpul tersebut kemudian dilakukan pengolahan dengan mengentri terlebih dahulu ke dalam format tabel profil yang telah disediakan. Dimana sudah dilengkapi dengan rumus-rumus sehingga petugas cukup mengisikan data maka secara otomatis akan tampil per jumlah kabupaten/kota dan per kecamatan, persentase dari indikator yang ditampilkan dan di link data antar tabel satu dengan yang lainnya. Setelah tahap pengolahan selesai baru kemudian dilakukan analisis.

Pengumpulan data penduduk yang dilakukan BKKBN dilakukan perubahan sistem mulai tahun 2008 yaitu dengan menggunakan instrumen formulir Pemutakhiran Data Keluarga (MDK), dengan memuat variabel data keluarga yang lengkap. Dengan formulir ini data keluarga akan dikumpulkan oleh para kader pendata bersama PLKB/PKB kemudian dihimpun di tingkat kabupaten/kota untuk dilakukan perekaman dan pengolahannya. Sasaran pemutakhiran data adalah seluruh keluarga di setiap wilayah kepadatan, khususnya keluarga yang mengalami mutasi, yang meliputi data demografi, keluarga berencana, tahapan keluarga sejahtera dan individu anggota keluarga selama kurun waktu 1 tahun terakhir dari periode pendataan tahun sebelumnya. Dalam melakukan persiapan pelaksanaan MDK dilakukan mulai pusat, provinsi, kabupaten/kota, desa dan sampai dengan tingkat kader pendata di tingkat RT/RW.

Pelaksanaan pengumpulan data MDK dilakukan oleh kader pendata dan petugas KB desa/kelurahan melalui wawancara dan observasi dari rumah ke rumah. Hasil formulir MDK dikumpulkan dan direkapitulasi di tingkat desa/kelurahan oleh petugas desa/kelurahan kemudian di serahkan ke tingkat kecamatan, demikian seterusnya hingga tingkat kabupaten/kota. Pada tingkat kabupaten/kota direkap ke dalam data base melalui media komputer dan mengolah MDK dalam bentuk tabulasi (print-out komputer) untuk disampaikan ke petugas KB Desa/Kelurahan (PLKB/PKB) atau para kader sebagai bahan operasional pembinaan program KB dan KS di lapangan. Selain itu di tingkat kabupaten/kota dilakukan analisis, pemanfaatan dan pendayagunaan, serta pembuatan laporan Profil Hasil Pemutakhiran Data Keluarga. Selanjutnya, seluruh hasil pengolahan, analisis,

dan laporan Profil Hasil MDK disampaikan kepada BKKBN Provinsi Bidang IKAP (Informasi Keluarga Analisis Program) dan BKKBN Pusat Direktorat Pelaporan dan Statistik.

2.3. Kendala yang Dihadapi dalam Pengumpulan Data dan Penghitungan Indikator

Kendala yang dihadapi dalam pengumpulan data sebagai bahan untuk penyusunan Publikasi Profil Kesehatan Provinsi maupun Kabupatn/Kota di Kalimantan Tengah menurut informasi yang disampaikan antara lain karena keterlambatan dalam pengiriman data. Dimana pengiriman data dari masing-masing posyandu dan bidan desa ke Puskesmas baik Puskemas pembantu (pustu) maupun Puskesmas induk sering mengalami keterlambatan. Menurut informasi yang diperoleh dari Ari Wijayanti (Seksi Kesehatan Khusus Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Palangkaraya), data seharusnya pada tanggal 25 sudah di terima pada masing-masing Puskesmas dan pada tanggal 5 bulan berikutnya seharusnya sudah diterima oleh Dinas Kabupaten/Kota namun yang terjadi pada setiap bulannya banyak yang mengalami keterlambatan. Keterlambatan ini lebih disebabkan lokasi jauh dan keterbatasan sumber daya manusianya yang mengerjakan tugas pengumpulan data tersebut.

Keterlambatan pengiriman data ini menghambat petugas pengolah data, baik di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota maupun di Dinas Kesehatan Provinsi, secara otomatis dalam penyusunan analisisnya profil mengalami keterlambatan juga. Masih menurut informasi dari narasumber, bahwa sinkronisasi data antar bidang juga merupakan suatu kendala dalam penghitungan indikator.

Sementara kendala yang dihadapi BKKBN Provinsi Kalimantan Tengah yaitu pengumpulan data dari tingkat desa dan tingkat kecamatan yang masih dilakukan secara manual, sehingga memperlambat masuknya data ke tingkat kabupaten/kota. Sementara dari tingkat kabupaten mengirimkan data ke tingkat provinsi sebagian wilayah telah menggunakan email. Itupun tergantung dari jaringan yang ada pada masing-masing wilayah. Faktor lain yang menjadi kendala yaitu otonomi daerah yang menyebabkan ruang gerak di BKKBN provinsi menjadi lebih sempit dalam mengkoordinasi dan mengumpulkan data tersebut.

3. Konsep Indikator Kesehatan

3.1. Angka Kesakitan (*Morbidity Rate*)

Indikator Angka Kesakitan merupakan indikator yang penting dalam pencapaian pembangunan kesehatan. Konsep Angka Kesakitan yang digunakan di Dinas kesehatan Kalimantan Tengah sama dengan konsep dari Kementerian Kesehatan Nasional. Angka kesakitan adalah angka insidensi yang dipakai untuk menyatakan jumlah keseluruhan orang yang menderita penyakit tertentu yang menimpa sekelompok penduduk pada

periode waktu tertentu. Sekelompok penduduk bisa mengacu pada jenis kelamin, umur tertentu atau yang mempunyai ciri-ciri tertentu. Bagi kelompok usia produktif, kesakitan sangat mempengaruhi produktivitas dan pendapatan keluarga, yang pada akhirnya menyebabkan kemiskinan.

Angka kesakitan diperoleh dari hasil laporan yang ada pada sarana pelayanan kesehatan baik di Rumah Sakit maupun di Puskesmas melalui pencatatan dan pelaporan maupun dari *community based* data yang diperoleh melalui pengamatan (*surveillance*). Menurut Nina (Bidang Penyusunan Program_Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah), angka kesakitan dihitung berdasarkan jenis penyakit dan berdasarkan kelompok umur. Untuk perhitungan angka kesakitan tahun berikutnya rencananya juga akan dihitung berdasarkan jenis kelamin. Sehingga bisa membandingkan angka kesakitan pada suatu penyakit tertentu antara laki-laki dan perempuan menurut kelompok umur.

3.2. Status Gizi Balita

Status gizi seseorang mempunyai hubungan yang erat dengan permasalahan kesehatan secara umum, disamping merupakan faktor predisposisi yang dapat memperparah penyakit infeksi secara langsung juga dapat menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan individu. Status gizi pada janin/bayi sangat ditentukan oleh status gizi ibu hamil atau ibu menyusui.

Balita kurang gizi (BKG) adalah perbandingan antara balita berstatus kurang gizi dengan jumlah balita seluruhnya. Prevalensi status gizi balita diperoleh melalui indeks berat badan, umur dan jenis kelamin. Kekurangan gizi pada anak balita dapat menyebabkan meningkatnya resiko kematian, terganggunya pertumbuhan fisik dan perkembangan mental serta kecerdasan. Dalam beberapa hal dampak kekurangan gizi bersifat permanen yang tidak dapat diperbaiki walaupun pada usia berikutnya kebutuhan gizinya terpenuhi. Kekurangan gizi biasanya terjadi secara tersembunyi dan sering terlupakan dari penglihatan atau pengamatan biasa. Periode yang sangat menentukan kualitas sumber daya manusia di masa yang akan datang adalah pada masa kehamilan, karena tumbuh kembang anak sangat ditentukan oleh kondisinya saat masa janin dalam kandungan.

Menurut Kepala Seksi Penyusunan Program di Dinas Kesehatan Kota Palangkaraya untuk menghitung jumlah balita berstatus gizi buruk atau tidak yaitu hanya dengan mengukur tinggi badan, menimbang berat badan dan mengukur lingkaran lengan atas (lila) dengan umur balita.

3.3. Rasio Tenaga Kesehatan per Penduduk

Sebagaimana diketahui bahwa penyelenggaraan upaya kesehatan tidak hanya dilakukan pemerintah, tapi juga diselenggarakan oleh swasta. Oleh karena itu gambaran situasi ketersediaan tenaga kesehatan baik yang bekerja di sektor pemerintah maupun swasta perlu diketahui. Data ketenagakerjaan ini diperoleh dari hasil pengumpulan data

sumber daya kesehatan yang ada di 14 kabupaten/kota, yang meliputi tenaga yang ada di puskesmas, rumah sakit maupun yang ada pada dinas kesehatan di kabupaten/kota.

Data tenaga kesehatan yang ada di Provinsi Kalimantan Tengah ini diperoleh dari Subdin Sumber Daya Kesehatan, dimana data yang dikumpulkan meliputi data jumlah dan jenis sumber daya kesehatan yang ada pada Dinas Kesehatan baik provinsi maupun kabupaten/kota beserta UPT nya. Jumlah SDM kesehatan yang ada dibedakan menurut 7 kelompok yaitu medis, perawat/ bidan, farmasi giizi, teknis medis, sanitasi, kesehatan masyarakat dan tenaga kesehatan lainnya. Penempatan tenaga kesehatan pada suatu wilayah, menurut informasi dari Seksi Kesehatan Khusus Bidang Pelayanan Kesehatan berdasarkan jumlah penduduk pada wilayah tersebut.

BPS menghitung jumlah tenaga kesehatan dari pendataan Potensi Desa (PODES), dimana pertanyaan ditanyakan pada petugas kelurahan/desa yang kemudian diagregasi hingga wilayah administrasi atasnya (melalui pendekatan wilayah).

3.4. Konsep Air Minum Bersih

Konsep air minum bersih yang digunakan oleh Dinkes dan BPS berbeda, perbedaan tersebut antara lain jika dilihat dari penggunaannya, air bersih di Dinkes tidak hanya digunakan sebagai air minum saja namun juga digunakan untuk mandi/cuci. Sementara jika dilihat dari sumbernya, sumber air bersih di Dinkes diantaranya: air ledeng, SPT (sumur pompa tangan), SGL (sumur galian), PAH (penampungan air hujan) dan air kemasan. Sedangkan jika melihat jarak keberadaan sumber air dengan tempat pembuangan kotoran dari Dinkes tidak diperhitungkan, sementara konsep di BPS jarak diperhitungkan yaitu jarak dari tempat pembuangan kotoran > 10 m sedangkan sumbernya berasal dari air kemasan, leding, dan sumur/mata air terlindung.

3.5. Konsep Rumah Tangga dan Keluarga

Dalam setiap kegiatan pendataan BKKBN menggunakan pendekatan keluarga bukan rumah tangga seperti yang digunakan BPS. Definisi keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami dan isteri, atau suami, isteri dan anak-anaknya atau ayah dan anaknya, atau ibu dengan anaknya. Konsep ini berdasarkan pada Undang-Undang (UU) Nomor 10 Tahun 1992 dan UU ini diperbaharui menjadi UU No 52 tahun 2009. Batasan yang dimaksud dengan anak adalah yang belum menikah. Jika ada anak yang sudah menikah dan tinggal bersama orangtuanya maka yang bersangkutan menjadi keluarga tersendiri (keluarga baru). Yang dimaksud anak disini adalah anak kandung, sedangkan anak angkat/adopsi yang belum ditetapkan sah secara hukum tidak dimasukkan dalam keluarga.

Sedangkan rumah tangga adalah istilah yang digunakan BPS dalam setiap kegiatannya. Rumah tangga adalah seseorang atau sekelompok orang yang mendiami sebagian atau seluruh bangunan yang biasanya tinggal bersama dan makan dari satu

dapur, atau seseorang yang mendiami sebagian atau seluruh bangunan serta mengurus keperluan sendiri. Walaupun antara BPS dan BKKBN dalam masing-masing pendataannya menggunakan pendekatan yang berbeda (rumah tangga dan keluarga), namun indikator yang dihasilkan dapat disinkronkan.

4. Kesimpulan/Rekomendasi

Kesimpulan yang diperoleh setelah dilakukan studi mendalam bahwa Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah tidak melakukan pengembangan maupun membuat konsep penghitungan sendiri tentang indikator kesehatan karena semuanya telah ditentukan oleh Kementerian Kesehatan Nasional yang sudah standar, berlaku untuk setiap Dinkes baik provinsi maupun kabupaten/kota .

Sedangkan BKKBN dalam melakukan pengumpulan data menggunakan pendekatan keluarga sedangkan BPS menggunakan pendekatan rumah tangga. Sedangkan data mengenai rata-rata jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang wanita pada masa usia subur, baik anak lahir hidup maupun total anak yang dilahirkan tidak dihitung oleh BKKBN.

Dengan berlakunya otonomi daerah, baik Dinas Kesehatan maupun BKKBN mengalami kesulitan dalam hal pengumpulan data hingga ke tingkat provinsi. Karena ruang gerak di Dinas Kesehatan Provinsi maupun BKKBN Provinsi menjadi lebih sempit.

Beberapa hal yang direkomendasikan baik dari Dinas Kesehatan maupun dari BKKBN adalah data yang dihasilkan baik dari Dinas Kesehatan, BKKBN dan BPS seharusnya tidak terlalu menyimpang jauh meskipun masing-masing memiliki konsep yang berbeda.

Profil Indikator Pendidikan Provinsi Gorontalo

1. Pendahuluan

1.1. Latar Belakang

Keadaan kesehatan penduduk merupakan salah satu modal bagi keberhasilan pembangunan bangsa, karena dengan penduduk yang sehat pembangunan diharapkan dapat berjalan lancar. Pada tahun 2010 merupakan tahun menuju Indonesia Sehat, dari selogan tersebut mencoba menggali informasi sampai sejauh mana data dasar dan indikator kesehatan dapat memberikan informasi dan gambaran tingkat kesehatan penduduk Indonesia. Disisi lain, konsep indikator yang sudah ada tersebut apakah sudah mampu menggambarkan apa yang diharapkan.

Sejauh ini baik BPS maupun instansi terkait sudah mencoba membangun indikator-indikator tersebut meskipun dengan konsep, ataupun metode yang berbeda dan masing-masing memiliki kelemahan dan kelebihan. Oleh sebab itu diperlukan suatu kajian yang dapat menyempurnakan konsep atau metode tersebut, sehingga indikator yang dihasilkan lebih sensitif dalam mengukur hasil pembangunan di bidang kesehatan.

1.2. Tujuan

Tujuan dilaksanakan studi mendalam ini adalah untuk:

1. mengumpulkan data dasar dan indikator-indikator kesehatan yang tersedia di tingkat provinsi
2. mencari indikator baru yang dapat dijadikan sebagai indikator kunci pembangunan dalam bidang kesehatan
3. mengetahui kendala yang dihadapi untuk membangun suatu indikator
4. mengetahui alur/mekanisme pengumpulan data dari level terbawah hingga dinas provinsi
5. mendapatkan masukan mengenai konsep-konsep indikator kesehatan yang dihitung oleh BPS sebagai masukan untuk perbaikan di masa yang akan datang

Ruang Lingkup (instansi/unit kerja yang dikunjungi)

Untuk mendukung studi ini, dilakukan wawancara terhadap beberapa narasumber sebagai sampel responden di beberapa instansi. Tujuannya adalah untuk menggali informasi yang terkait dengan maksud dan tujuan dari studi ini dan juga untuk menanyakan konsep dari beberapa indikator untuk mengantisipasi adanya perbedaan konsep pada indikator yang telah disusun oleh BPS dengan konsep indikator yang ada di

Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo dan BKKBN Provinsi Gorontalo yang diwakili kepala BKKBN Provinsi Gorontalo.

2. Pengumpulan Data Dan Indikator Kesehatan

2.1. Data dan Indikator Kesehatan yang Tersedia di Wilayah Studi

Data dan indikator yang telah dikumpulkan dan dihitung di provinsi Gorontalo juga terdapat di Indikator Indonesia Sehat 2010, yang terbagi menjadi 3 kategori, yaitu Derajat Kesehatan, Hasil Antara, dan Proses dan Masukan, indikator-indikator tersebut sebagai berikut:

a. Derajat Kesehatan

Mortalitas :

1. Angka Kematian Bayi per-1.000 kelahiran hidup
2. Angka Kematian Balita per-1.000 kelahiran hidup
3. Angka Kematian Ibu Melahirkan per-100.000 kelahiran hidup
4. Angka Harapan Hidup Waktu Lahir

Morbiditas :

1. Angka Kesakitan Malaria per-1.000 penduduk
2. Angka Kesembuhan Penderita TB Paru BTA+
3. Prevalensi HIV (persentase kasus terhadap penduduk berisiko)
4. Angka "Acute Flaccid Paralysis" (AFP) pada anak usia <15 Tahun per-100.000 Anak
5. Angka Kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD) per-100.000 penduduk

Status Gizi :

1. Persentase Balita Dengan Gizi Buruk
2. Persentase Kecamatan Bebas Rawan Gizi

b. Hasil Antara

Keadaan Lingkungan :

1. Persentase Rumah Sehat
2. Persentase Tempat-tempat Umum Sehat

Perilaku Hidup Masyarakat :

1. Persentase Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat

2. Persentase Posyandu Purnama & Mandiri

Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan :

1. Persentase Penduduk Yang Memanfaatkan Puskesmas
2. Persentase Penduduk Yang Memanfaatkan Rumah Sakit
3. Persentase Sarana Kesehatan Dengan Kemampuan Laboratorium Kesehatan
4. Persentase Rumah Sakit Yang Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Spesialis Dasar
5. Persentase Obat Generik Berlogo Dalam Persediaan Obat

c. Proses dan Masukan

Pelayanan Kesehatan :

1. Persentase Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan
2. Persentase Desa Yang Mencapai "Universal Child Immunization" (UCI)
3. Persentase Desa Terkena Kejadian Luar Biasa (KLB) Yang Ditangani <24 jam
4. Persentase Ibu Hamil Yang Mendapat Tablet Fe
5. Persentase Bayi Yang Mendapat ASI Eksklusif
6. Persentase Murid Sekolah Dasar/ Madrasah Ibtidaiyah Yang Mendapat Pemeriksaan Gigi dan Mulut
7. Persentase Pekerja Yang Mendapat Pelayanan 80 Kesehatan Kerja
8. Persentase Keluarga Miskin Yang Mendapat Pelayanan Kesehatan

Sumber Daya Kesehatan :

1. Rasio Dokter Per-100.000 Penduduk
2. Rasio Dokter Spesialis Per-100.000 Penduduk
3. Rasio Dokter Keluarga 1.000 Keluarga
4. Rasio Dokter Gigi Per-100.000 Penduduk
5. Rasio Apoteker Per-100.000 Penduduk
6. Rasio Bidan Per-100.000 Penduduk
7. Rasio Perawat Per-100.000 Penduduk
8. Rasio Ahli Gizi Per-100.000 Penduduk
9. Rasio Ahli Sanitasi Per-100.000 Pddk.
10. Rasio Ahli Kesehatan Masyarakat Per-100.000 Penduduk
11. Persentase Penduduk Yang Menjadi Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan
12. Rata-rata Persentase Anggaran Kesehatan Dalam APBD Kabupaten/Kota

13. Alokasi Anggaran Kesehatan Pemerintah per-Kapita per-tahun (ribuan rupiah)

Manajemen Kesehatan :

1. Persentase Kabupaten/Kota Yang Mempunyai Dokumen Sistem Kesehatan
2. Persentase Kabupaten/Kota Yang Memiliki "Contingency Plan" Untuk Masalah Kesehatan Akibat Bencana
3. Persentase Kabupaten/Kota Yang Membuat Profil Kesehatan
4. Persentase Provinsi Yang Melaksanakan Surkesda
5. Persentase Provinsi Yang Mempunyai "Provincial Health Account"

Kontribusi Sektor Terkait :

1. Persentase Keluarga Yang Memiliki Akses Terhadap Air Bersih
2. Persentase Pasangan Usia Subur Yang Menjadi Akseptor Keluarga Berencana
3. Angka Kecelakaan Lalu-lintas per-100.000 penduduk
4. Persentase Penduduk Yang Melek Huruf

2.2. Mekanisme Pengumpulan dan Pengolahan Data (Sampai Tingkat Provinsi) yang Dilakukan oleh Dinas Kesehatan

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 seyogianya 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).

Secara nasional pengumpulan data dilakukan melalui Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT), Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas), Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), Sensus Penduduk (SP), Survei Penduduk Antar Sensus Sumber Data & Cara Pengumpulan Data (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, pertamanya 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.

2.3. Kendala-Kendala yang Dihadapi dalam Pengumpulan dan Pengolahan Data

Untuk data rutin yang dikelola oleh unit kesehatan dan rumah sakit, hampir tidak ditemui kendala dalam proses pengumpulan datanya. Data-data tersebut dikumpulkan sebelum batas akhir pengumpulan data. Walaupun demikian masih ada beberapa puskesmas yang terlambat dalam pengumpulan data.

Sedangkan data yang dikumpulkan oleh kader kesehatan masih membutuhkan perhatian lebih, karena beberapa kader belum mempunyai pengetahuan yang cukup.

Terkadang instrumen untuk rekam medis juga menjadi kendala, beberapa petugas belum sempat mencatat data pasien/masyarakat karena keterbatasan formulir rekam medik.

3. Konsep Definisi Beberapa Indikator Kesehatan

3.1. Angka Kesakitan/Morbidity Rate

BPS mendefinisikan angka kesakitan, yaitu perbandingan antara jumlah penduduk yang sakit karena penyakit tertentu pada pertengahan tahun, dan dinyatakan per 1000 penduduk. Sementara Konsep internasional, angka kesakitan (*Morbidity Rate*) adalah hampir sama dengan konsep BPS, di sini letak perbedaannya, pada konsep internasional lebih diperinci per penyakit sedangkan pada konsep BPS angka kesakitan untuk semua jenis penyakit. Konsep definisi angka kesakitan menurut dinas kesehatan juga sama dengan konsep definisi angka kesakitan menurut internasional.

3.2. Status Gizi Balita

Menurut BPS, BKG adalah perbandingan antara balita berstatus kurang gizi dengan balita seluruhnya. Prevalensi status gizi balita diperoleh melalui indeks berat badan, umur, dan jenis kelamin. Kategori status gizi ditentukan dengan menggunakan standar NCHS-WHO, yang dibagi menjadi 4 kelas berdasarkan Z-score yaitu:

- (1) gizi lebih ($Z\text{-score} \geq +2$)
- (2) gizi normal ($-2 < Z\text{-score} < +2$)
- (3) gizi kurang ($-3 < Z\text{-score} < -2$)
- (4) gizi buruk ($Z\text{-score} \leq -3$)

Namun di sisi dinas kesehatan, mereka menghitung balita gizi buruk melalui pendekatan persentase balita dengan gizi buruk yang terlihat dari balita yang mempunyai berat badan di bawah garis merah pada KMS (Kartu Menuju Sehat).

3.3. Rasio Tenaga Kesehatan per Penduduk

BPS menghitung jumlah tenaga kesehatan dari pendataan Potensi Desa (PODES) yang ditanyakan kepada petugas kelurahan/desa mengenai jumlah nakes tersebut di desa/kelurahannya kemudian di agregasi hingga wilayah administratif di atasnya, sehingga pendekatannya adalah wilayah.

Di Dinas Kesehatan tidak menghitung secara rinci rasio tenaga kesehatan, namun menghitung angka pelayanan kesehatan yang telah dilakukan oleh tenaga kesehatan, misalkan persentase pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.

4 Kesimpulan, Rekomendasi, Dan Saran

- Pihak dinas kesehatan merekomendasikan mengenai konsep angka kesakitan, yang lebih spesifik lagi yaitu dihitung saat orang tersebut benar-benar sakit, bukan ketika gejala sakit dirasakan pasien.
- Proses pengumpulan data di dinas kesehatan Gorontalo sudah bagus, karena kegiatan tersebut sudah terjadwal. Namun, di sisi SDM menjadi kendala dalam proses pengumpulan data.

<https://www.bps.go.id>

Profil Indikator Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah

I. Pendahuluan

1.1. Latar Belakang

Pembangunan bidang kesehatan merupakan salah satu upaya dalam memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang layak dan memadai. Kementerian Kesehatan Nasional sebagai kementerian yang berwenang dalam bidang kesehatan selalu melakukan kebijakan-kebijakan yang mengarah ke pembangunan kesehatan dan perbaikan mutu fasilitas dan pelayanan kesehatan. Karena 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.

Kementerian kesehatan mempunyai suatu visi dan misi serta strategi baru mengenai Pembangunan Kesehatan, dimana sejak tahun 1999 visi Menuju Indonesia Sehat 2010, telah dicanangkan. Berbagai program kesehatan telah tercantum dalam Undang-Undang Nomor 25 tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional (Propenas) dan untuk itu telah ditetapkan indikator-indikator menuju Indonesia Sehat 2010 secara rinci yang telah ditetapkan ke dalam beberapa golongan. Disamping itu, telah ditetapkan pula target yang ingin dicapai di tahun 2010, untuk setiap indikator tersebut.

BPS selaku instansi yang berwenang dalam pengumpulan data, juga melakukan penghitungan beberapa indikator kesehatan termasuk indikator kesehatan untuk penghitungan IPM. Dari beberapa indikator kesehatan yang dihitung oleh BPS tersebut ternyata terjadi perbedaan dalam konsep, metode dan cara penghitungannya. Karena data yang dikumpulkan oleh BPS melalui survei yaitu Susenas dan pendekatannya adalah rumah tangga yang dilakukan secara sampel sehingga dalam menghitung atau mengukur indikator otomatis tidak tepat dan memiliki keterbatasan.

Untuk mengetahui perbedaan konsep dan metode penghitungan beberapa indikator tersebut dan dapat memperbaiki metode penghitungan serta dapat menggali informasi tambahan dan informasi yang penting, selain itu juga untuk mengumpulkan indikator kesehatan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan maka dilakukan studi mendalam. Sebagai narasumber studi mendalam tersebut adalah dengan mengunjungi Dinas Kesehatan di wilayah studi untuk melakukan wawancara dan konsultasi dengan orang yang berkompeten atau orang yang mengetahui dan paham dalam penghitungan indikator kesehatan.

1.2. Tujuan

Tujuan dalam indept studi yang dilakukan di Provinsi Sulawesi Tengah antara lain:

1. untuk memperoleh dan mengumpulkan data dasar dan indikator-indikator kesehatan apa saja yang sudah dihitung atau yang tersedia di dinas kesehatan yang ada di Provinsi Sulawesi Tengah.
2. mencari indikator baru yang dapat dijadikan sebagai indikator kunci pembangunan dalam bidang kesehatan di Provinsi Sulawesi Tengah
3. mengetahui kendala yang dihadapi untuk membangun suatu indikator
4. mengetahui alur/mechanisme pengumpulan data dari puskesmas, rumah sakit dan fasilitas kesehatan yang lain hingga sampai ke Dinas Kesehatan
5. mendapatkan masukan mengenai konsep-konsep indikator kesehatan yang dihitung oleh Dinas Kesehatan dan perbedaan yang terjadi antara konsep definisi Dinas Kesehatan dengan BPS sebagai masukan untuk perbaikan di masa yang akan datang

1.3. Ruang lingkup (instansi/unit kerja yang dikunjungi, jenis indikator)

Dalam mengumpulkan informasi dilapangan dilakukan dengan cara wawancara langsung dengan para narasumber dari masing-masing instansi yang ditemui dengan menggunakan kuesioner yang telah disiapkan sesuai dengan bidang dan kapabilitas dari narasumber. Informasi yang dikumpulkan meliputi mekanisme dalam mengumpulkan data, data dan indikator apa yang tersedia dan apakah ada indikator baru yang dihitung, dan menanyakan pendapat serta mencari masukan dari para nara sumber mengenai apakah ada persamaan dan perbedaan mengenai konsep kesehatan yang dipakai atau di hitung oleh BPS dengan instansi yang terkait.

Instansi/unit kerja yang dikunjungi sebagai narasumber pengumpulan data dasar dan indikator kesehatan di Provinsi Sulawesi Tengah

1. Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah, meliputi:
 - Bidang Surveilansi Pengolahan data dan informasi, sebagai pusat data dan informasi maka seluruh data dasar dan indikator kesehatan untuk Provinsi Sulawesi Tengah dihitung dan diolah di bidang ini
 - Bidang Pelayanan medik
 - Bidang Kesehatan Masyarakat
2. Dinas Kesehatan Kota Palu (Bidang pengolahan data dan informasi, Bidang pelayanan medik dan Bidang Kesehatan Masyarakat)
3. BKKBN Provinsi Sulawesi Tengah, meliputi:
 - Bidang Pengolahan data dan informasi
 - Bidang Keluarga Berencana (KB)

4. Badan Keluarga Berencana dan Peranan Wanita Kota Palu

2. Cara Pengumpulan data Kesehatan

2.1. Indikator Kesehatan dan KB yang tersedia di wilayah studi

Kementerian Kesehatan Indonesia telah menyelenggarakan serangkaian reformasi dibidang kesehatan guna meningkatkan pelayanan kesehatan dan menjadikannya lebih efisien, efektif serta terjangkau oleh masyarakat. Walau sudah banyak kemajuan yang dicapai dibidang kesehatan, tetapi bila dibandingkan dengan beberapa negara tetangga, keadaan kesehatan masyarakat Indonesia masih tertinggal. Sehingga Kementerian Kesehatan merumuskan suatu visi yaitu Menuju Indonesia Sehat 2010. Guna mempertegas visi tersebut telah ditetapkan indikator-indikator secara lebih rinci yang wajib sebagai bahan pelaporan Dinas Kesehatan ke Kementerian Kesehatan. Indikator menuju Indonesia Sehat yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan terdiri dari 50 jenis indikator yang dikelompokkan menjadi 3 grup yaitu

- Indikator Derajat Kesehatan yang merupakan hasil akhir, yang terdiri atas
 - a. Indikator mortalitas, meliputi :
 1. Angka Kematian Bayi per 1.000 kelahiran hidup
 2. Angka Kematian Balita per 1.000 Kelahiran Hidup
 3. Angka Kematian Ibu Melahirkan per 100.000 Kelahiran Hidup
 4. Angka Harapan Hidup Waktu Lahir
 - b. Indikator morbiditas, meliputi :
 1. Angka Kesakitan Malaria per 1.000 penduduk
 2. Angka Kesembuhan Penderita TB paru
 3. Prevalensi HIV
 4. Angka Acute Flaccid Paralysis (AFP) pada anak usia <15 Tahun per 100.000 anak
 5. Angka Kesakitan Demam Berdarah Dengue (DBD) per 100.000 penduduk
 - c. Indikator status gizi, meliputi :
 1. Persentase Balita dengan Gizi Buruk
 2. Persentase Kecamatan Bebas Rawan Gizi
- Indikator Hasil Antara, yang terdiri atas indikator-indikator keadaan lingkungan, indikator-indikator perilaku hidup masyarakat, serta indikator-indikator akses dan mutu pelayanan kesehatan, yang terdiri atas
 - a. Keadaan Lingkungan, meliputi :

1. Persentase Rumah Sehat
2. Persentase Tempat-tempat Umum Sehat
- b. Perilaku Hidup Masyarakat, meliputi :
 1. Persentase Rumah Tangga Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat
 2. Persentase Posyandu Purnama dan Mandiri
- c. Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan, meliputi :
 1. Persentase Penduduk yang memanfaatkan Puskesmas
 2. Persentase Penduduk yang Memanfaatkan Rumah Sakit
 3. Persentase Sarana Kesehatan dengan Kemampuan Laboratorium Kesehatan
 4. Persentase Rumah Sakit yang menyelenggarakan 4 pelayanan kesehatan spesialis dasar
 5. Persentase Obat Generik berlogo dalam persediaan obat
- Indikator Proses dan Masukan, yang terdiri atas
 - a. Indikator-indikator pelayanan kesehatan, meliputi :
 1. Persentase persalinan oleh tenaga kesehatan
 2. Persentase desa yang mencapai Universal Child Immunization (UCI)
 3. Persentase desa terkena kejadian luar biasa (KLB) yang ditangani < 24 jam
 4. Persentase ibu hamil yang mendapat tablet Fe
 5. Persentase bayi yang mendapat ASI eksklusif
 6. Persentase Murid sekolah dasar/madrasah ibtidaiyah yang mendapat pemeriksaan gigi dan mulut
 7. Persentase pekerja yang mendapat pelayanan kesehatan kerja
 8. Persentase keluarga miskin yang mendapat pelayanan kesehatan
 - b. Indikator-indikator sumber daya kesehatan, meliputi :
 1. Rasio dokter per 100.000 penduduk
 2. Rasio dokter spesialis per 100.000 penduduk
 3. Rasio dokter keluarga per 1.000 keluarga
 4. Rasio dokter gigi per 100.000 penduduk
 5. Rasio apoteker per 100.000 penduduk
 6. Rasio Bidan per 100.000 penduduk
 7. Rasio Perawat per 100.000 penduduk
 8. Rasio Ahli Gizi per 100.000 penduduk
 9. Rasio Ahli Sanitasi per 100.000 penduduk

10. Rasio Ahli Kesehatan Masyarakat per 100.000 Penduduk
 11. Persentase Penduduk yang menjadi peserta jaminan pemeliharaan kesehatan
 12. Rata-rata persentase anggaran kesehatan dalam APBD/APBN
 13. Alokasi Anggaran kesehatan pemerintah per kapita per tahun (ribu rupiah)
- c. Indikator manajemen, meliputi:
1. Persentase Kabupaten/Kota yang mempunyai dokumen sistem kesehatan
 2. Persentase Kabupaten/Kota yang memiliki Contingency Plan untuk masalah kesehatan akibat bencana
 3. Persentase Kabupaten/Kota yang membuat Profil Kesehatan
 4. Persentase Provinsi yang melaksanakan Surkesda
 5. Persentase Provinsi yang mempunyai Provincial Health Account
- d. Indikator-indikator kontribusi sektor-sektor terkait, meliputi :
1. Persentase Keluarga yang memiliki akses terhadap air bersih
 2. Persentase pasangan usia subur yang menjadi akseptor Keluarga Berencana
 3. Angka kecelakaan lalu lintas per 100.000 penduduk
 4. Persentase penduduk yang melek huruf

Kelimpuluh indikator diatas merupakan rumusan indikator menuju Indonesia sehat tingkat nasional. Pencapaian Indonesia Sehat 2010 sangat ditentukan oleh pencapaian Provinsi Sehat dan pencapaian Kabupaten/Kota Sehat. Format indikator ini tidak baku untuk Dinas Kesehatan tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota, diharapkan Dinas Kesehatan di daerah dapat mengembangkan indikator tersebut sesuai dengan situasi dan kondisi tingkat kesehatan diwilayah tersebut, didukung dengan peraturan perundang-undangan setempat sebagai tindak lanjut dari Kementerian Kesehatan.

Agar tujuan dari visi tercapai dan sebagai pelaporan kinerja Dinas Kesehatan ke Kementerian Kesehatan, guna pemantauan pencapaian Indonesia Sehat 2010 dalam kerangka desentralisasi di bidang kesehatan perlu pula disusun Indikator Kabupaten/ Kota Sehat dan Indikator Provinsi Sehat dalam bentuk publikasi tahunan. Publikasi tersebut berguna sebagai pemantauan pencapaian di bidang kesehatan tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota. Publikasi Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah menyajikan hasil pelaksanaan program kesehatan baik program pokok maupun program penunjang yang menyajikan data dasar serta indikator kesehatan yang intinya adalah laporan hasil capaian Kesehatan tingkat Provinsi dalam satu tahun terakhir, data dasar dan indikator tersebut meliputi :

A. DERAJAT KESEHATAN

A1. Angka Kematian (Mortalitas)

1. Jumlah Lahir Hidup, Bayi Mati dan Balita Mati
2. Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Balita
3. Angka Kematian Bayi
4. Jumlah Kematian Ibu Maternal dan Angka Kematian Ibu

A2. Angka Kesakitan (Morbidity Rate),

1. Pola 10 Penyakit Terbanyak Rawat Jalan di Puskesmas
2. Pola Penyakit di Rumah Sakit di bagi tiga yaitu
 - Pola 10 Penyakit Terbanyak Rawat Jalan di RSUD Pemerintah
 - Pola 10 Penyakit Terbanyak Rawat inap di RSUD Pemerintah
 - Pola 10 Penyakit Terbanyak Penyebab Kematian Penderita Rawat Inap di RSUD Pemerintah
3. Jumlah Kasus dan angka kesakitan penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) menurut Kabupaten/Kota
4. AFP Rate, persentase TB Paru sembuh dan pneumonia balita di tangani menurut Kabupaten/Kota
5. Capaian indikator program TB Paru
6. Frekuensi, jumlah penderita dan CFR kejadian luar biasa campak
7. Penyakit menular langsung
8. Jumlah kasus HIV/AIDS, infeksi menular seksual yang ditangani menurut Kabupaten/Kota
9. Jumlah kasus, jumlah diare pada balita dan yang ditangani menurut Kabupaten/Kota
10. Capaian indikator program HIV/AIDS
11. Kasus HIV/AIDS per Kabupaten/Kota
12. Jumlah kasus HIV/AIDS berdasarkan kelompok umur menurut Kabupaten/Kota
13. Kejadian luar biasa Diare menurut jumlah kasus, attack rate dan CFR
14. Persentase penderita kusta selesai berobat menurut Kabupaten/Kota
15. Penyakit menular bersumber binatang
16. Jumlah kasus DBD di Provinsi Sulawesi Tengah
17. Jumlah kasus rabies per kabupaten/kota
18. Persentase penderita malaria diobati menurut Kabupaten/Kota
19. Kasus penyakit filariasis ditangani menurut Kabupaten/Kota

A3. Status Gizi

1. Jumlah bayi lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR < 2500 gram) dan ditangani
2. Cakupan kunjungan Neonatus, bayi dan bayi BBLR yang ditangani
3. Jumlah Balita Mendapat Kapsul vitamin A
4. Status gizi balita dan jumlah daerah rawan gizi
5. Prevalensi balita status gizi buruk dan gizi kurang menurut indeks berat badan-umur
6. Kekurangan energi Protein (KEP) pada balita
7. Gangguan akibat kekurangan Yodium

B. UPAYA KESEHATAN

B1. Pelayanan Kesehatan

1. Cakupan Kunjungan Ibu Hamil (K1 dan K4), Persalinan |Ditolong Tenaga Kesehatan dan Ibu Nifas
2. Cakupan deteksi Dini Tumbuh Kembang Anak Balita, Pemeriksaan Kesehatan Siswa SD/SMP/SMU
3. Angka penggunaan tempat tidur
4. Rata-rata Lama Perawatan
5. Interval Penggunaan Tempat Tidur
6. Persentase Cakupan Desa/Kelurahan UCI
7. Persentase Cakupan Imunisasi Bayi
8. Cakupan Bayi, Balita yang Mendapat Pelayanan Kesehatan
9. Jumlah Ibu Hamil yang Mendapat Tablet Fe1 dan Fe3
10. Persentase Pemberian Kapsul Beryodium Pada Wanita Usia Subur
11. Jumlah Wanita Usia Subur dengan Status Imunisasi TT
12. Persentase Akses Ketersediaan Darah untuk Bumil dan Neonatus yang Dirujuk
13. Jumlah dan Persentase Ibu Hamil dan Neonatal Resiko Tinggi Komplikasi Ditangani
14. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut

B2. Sarana, Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan

1. Jumlah Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling dan Rasionya Terhadap 100 000 Penduduk
2. Perkembangan Jumlah Rumah Sakit (Umum dan Khusus)
3. JUMLAH Tempat Tidur RS dan Rasionya Terhadap 100 0000 Penduduk

4. Sarana Kesehatan yang memiliki Lab Kesehatan
- B3. Perilaku Hidup Masyarakat
1. Rumah Tangga Ber Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)
 2. Jumlah Posyandu Aktif Menurut strata
- B4. Keadaan Lingkungan
1. Jumlah dan Persentase Rumah yang Diperiksa kesehatannya dan Persentase Rumah Sehat
 2. Jumlah dan Persentase Keluarga yang Memiliki Akses Air Bersih
 3. Jumlah Keluarga dengan Kepemilikan Sarana Sanitasi Dasar
 4. Persentase Institusi Dibina Kesehatan Lingkungannya

C. SUMBERDAYA KESEHATAN

- C1. Tenaga Kesehatan
1. Jumlah dan Rasio Tenaga Medis Per 100.000 Penduduk
 2. Jumlah dan Rasio Tenaga Perawat dan Bidan Per 100.000 Penduduk
 3. Jumlah dan Rasio Tenaga Farmasi Per 100.000 Penduduk
 4. Jumlah dan Rasio Tenaga Gizi Per 100.000 Penduduk
 5. Jumlah dan Rasio Tenaga Tehnisi Medis Per 100.000 Penduduk
 6. Jumlah dan Rasio Tenaga Sanitasi Per 100.000 Penduduk
 7. Jumlah dan Rasio Tenaga Kesehatan Masyarakat Per 100.000 Penduduk
 8. Jumlah dan Rasio Tenaga Kesehatan Per 100.000 Penduduk
 9. Jumlah dan Rasio Tenaga Dokter Spesialis Per 100.000 Penduduk
 10. Jumlah dan Rasio Tenaga Dokter Umum Per 100.000 Penduduk
 11. Jumlah dan Rasio Tenaga Dokter Gigi Per 100.000 Penduduk
- C2. Pendidikan Tenaga Kesehatan
1. Jumlah Institusi Diknakes Menurut Jenjang, Status Kepemilikan dan Jumlah Peserta Didik
 2. Jumlah Tenaga Kesehatan yang Tugas Belajar
 3. Jumlah Tenaga Kesehatan yang Tersebar di 10 Kabupaten
- C3. Pembiayaan Kesehatan
1. Total Anggaran Kesehatan
 2. Alokasi Anggaran Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah
 3. APBD Kesehatan Terhadap APBD Kabupaten/Kota
 4. Anggaran Kesehatan Per Kapita

C4. Sarana Kesehatan Lainnya

1. Jumlah Desa Siaga
2. Jumlah Polindes
3. Jumlah Posyandu

Penyusunan profil kesehatan tidak hanya dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi, dalam penyusunan profil kesehatan dilakukan secara berjenjang, dari mulai puskesmas sampai Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Penyusunan profil kesehatan kabupaten/kota dimaksudkan untuk mendapatkan gambaran tentang pelaksanaan program kesehatan baik pelaksanaan program pokok maupun program penunjang, mengenai keberhasilan pembangunan kesehatan yang telah dilaksanakan sebagai informasi situasi kesehatan di Kabupaten/Kota dalam satu tahun terakhir. Dimana publikasi tersebut sebagai laporan untuk memenuhi kebutuhan informasi kesehatan daerah/wilayah dimana outputnya dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi dan pengambilan keputusan serta penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan. Format publikasi ini tidak standar dan baku dari Pusat karena data dan indikator yang disajikan sesuai dengan kondisi kesehatan yang terjadi di Kabupaten/Kota.

Salah satu penyuplai data ke Dinas Kesehatan dalam publikasi profil Kesehatan adalah BKKBN yang saat ini berada di bawah Departemen Kesehatan, demikian juga BKKBN untuk wilayah Tingkat I/Provinsi dibawah Dinas Kesehatan provinsi. Tugas yang diemban oleh BKKBN selain menyukseskan program KB, saat ini lebih luas dari tahun-tahun sebelumnya. Jika pada jaman orde baru hanya meliputi program KB saja, maka untuk saat ini harus dapat mewujudkan program kependudukan dan keluarga berencana yaitu program KB dan KS serta program bidang pembinaan keluarga sejahtera. BKKBN provinsi tugas utamanya banyak melakukan sosialisasi program yang telah ditetapkan oleh BKKBN Pusat. BKKBN tidak mempunyai publikasi yang memuat data dan indikator yang berhubungan dengan KB. Tetapi setiap tahun BKKBN Propinsi membuat suatu pelaporan yang wajib dibuat sebagai bahan laporan dan kinerja instansi daerah ke pusat, yaitu

- Laporan Tahunan Program KB Nasional untuk Provinsi Sulawesi Tengah
- Laporan Tahunan Pendataan Keluarga
- Laporan Pelayanan Kontrasepsi dan Persediaan Alat KB

Dari Laporan Tahunan Program KB Nasional Provinsi Sulawesi Tengah memuat program-program yang telah dilaksanakan selama satu tahun terakhir dan menghasilkan data antara lain

- Pencapaian Peserta KB Baru
- Peserta KB Baru Menurut Metode Alat Kontrasepsi
- Pencapaian Peserta KB Baru Menurut Sarana Pelayanan
- Jumlah Peserta KB Baru Pria
- Jumlah Peserta KB yang mengalami komplikasi

- Jumlah Peserta KB yang Mengalami Kasus Kegagalan
- Pencapaian Alat Kontrasepsi IUD dan Implant
- Pencapaian Peserta KB Aktif Menurut Alat Kontrasepsi
- Peserta KB Aktif Pria
- Pemakaian Alat Kontrasepsi Jangka Panjang
- Jumlah PIK KRR Aktif
- Jumlah BKB, BKR dan BKL
- Sumber Dana dan Reakisasi Anggaran BKKBN
- Jumlah Tenaga Lapangan KB
- Jumlah Penerimaan Alat Kontrasepsi
- Penyaluran dan Persediaan Alat Kontrasepsi

Pendataan Keluarga bertujuan untuk memperoleh data basis keluarga dan anggota keluarga, dari pendataan/pengumpulan data ini diperoleh empat aspek yaitu mengenai data demografi, data keluarga berencana, data tahapan keluarga sejahtera dan data anggota keluarga :

1. Dari Aspek Demografi akan diperoleh data antara lain :
 - Jumlah Kepala Keluarga
 - Jumlah Kepala Keluarga menurut jenis kelamin, status pekerjaan, status perkawinan dan menurut tingkat pendidikan
 - Jumlah keluarga yang mendapat kredit mikro atau bantuan modal
 - Jumlah jiwa dalam keluarga menurut jenis kelamin
 - Jumlah Wanita Usia Subur
 - Jumlah jiwa dalam keluarga yang dirinci menurut kelompok umur (< 1 tahun, 1-5 tahun, 5-6 tahun, 7-15 tahun, 16-21 tahun, 22-29 tahun, 30-59 tahun dan 60 tahun ke atas)
2. Dari Apek Keluarga Berencana diperoleh data antara lain :
 - Jumlah Pasangan Usia Subur
 - Jumlah istri pasangan usia subur menurut kelompok umur (<20 tahun, 20-29 tahun, 30-49 tahun)
 - Jumlah peserta KB menurut metode kontrasepsi berdasarkan jalur (pemerintah atau swasta)
 - Jumlah peserta KB yang implannya perlu dicabut tahun depan
 - Jumlah bukan peserta KB (ibu hamil, ibu ingin anak segera, ibu ingin anak ditunda, ibu tidak ingin anak)
3. Dari aspek tahapan Keluarga Sejahtera meliputi data antara lain :
 - Jumlah Keluarga Sejahtera

- Jumlah Keluarga Pra Sejahtera
 - Jumlah Keluarga Sejahtera I
 - Jumlah Keluarga Sejahtera II
 - Jumlah Keluarga Sejahtera III
 - Jumlah Keluarga Sejahtera III plus
4. Dari aspek anggota keluarga diperoleh data antara lain :
- Nomor kode keluarga Indonesia
 - Nomor kode anggota keluarga
 - Nama
 - Hubungan dengan Kepala Keluarga
 - Jenis Kelamin
 - Tanggal, bulan dan tahun kelahiran
 - Pekerjaan
 - Pendidikan terakhir
 - Status perkawinan
 - Perubahan (mutasi)

Sebagai bahan pelaporan yang ke 3 yang dilakukan oleh BKKBN provinsi adalah mengenai laporan Pelayanan KB dan Persediaan Alat KB. Sedangkan kegiatan pendataannya sendiri dilakukan oleh BKKBN tingkat II (Kabupaten/Kota) yang dilakukan rutin tiap bulan. Dari kegiatan ini diperoleh data, antara lain :

- Jumlah tempat pelayanan KB
- Jumlah Peserta KB baru yang dilayani oleh klinik KB, dokter praktek swasta, dan bidan praktek swasta
- Jumlah peserta KB baru dari keluarga prasejahtera dan KS I
- Jumlah pencabutan IUD dan Implan oleh klinik KB, dokter praktek swasta, dan bidan praktek swasta
- Jumlah pemasangan ulang Implan dan IUD oleh klinik KB, dokter praktek swasta, dan bidan praktek swasta
- Jumlah pemberian kontrasepsi ulang
- Jumlah pelayanan ulang KN dari keluarga pra sejahtera dan KS I
- Jumlah persediaan alat kontrasepsi

2.2. Mekanisme Pengumpulan Data yang Dilakukan oleh Dinas Kesehatan dan BKKBN

Kewenangan pengumpulan data kesehatan dilapangan adalah Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Puskesmas secara rutin tiap bulan membuat laporan

yaitu system pencatatan pelaporan terpadu puskesmas yang berisikan data-data, program-program kesehatan serta pelayanan yang telah dilakukan selama satu bulan di puskesmas, ditambah dengan laporan dari posyandu dan polindes serta bidan desa. Penyusunan profil kesehatan dilakukan secara berjenjang dari tingkat puskesmas sampai Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dimana profil kesehatan ini pengumpulan data kesehatan dikumpulkan rutin setiap tahun yang dilakukan oleh masing-masing seksi/bidang dan unit-unit kerja di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pengumpulan datanya adalah dengan cara menyebarkan kuesioner ke setiap fasilitas kesehatan yang ada di wilayahnya baik fasilitas pemerintah maupun swasta. Format kuesioner sudah baku dan ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.

Daftar isian/kuesioner yang diterima fasilitas kesehatan (seperti puskesmas, rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya) setelah diisi, lalu dikembalikan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau diambil langsung oleh petugas lapangan kesehatan. Selanjutnya kuesioner yang sudah masuk ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota akan direkap dan diolah oleh masing-masing seksi yang berwenang atas kuesioner tersebut. Setelah diolah dan diperoleh data dan indikator selanjutnya setiap seksi atau unit-unit pelayanan melaporkan ke seksi data dan informasi. Data yang sudah masuk ke bidang data dan informasi akan dikompilasi menjadi publikasi Kesehatan Daerah.

Pengumpulan data yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi berdasarkan hasil laporan yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang diperoleh dari masing-masing bidang dan unit pelayanan teknis di tingkat provinsi yang selanjutnya data tersebut dikompilasi oleh bidang surveilansi data dan informasi, yang selanjutnya akan disusun dalam publikasi tahunan tingkat Provinsi.

Sama halnya dengan Dinas Kesehatan, BKKBN Kabupaten/Kota adalah yang memiliki kewenangan untuk melakukan pengumpulan data dan kegiatan dilapangan dilakukan oleh PL KB bekerjasama dengan Pembantu Pembina KB Desa (PPKBD) dan RW dan RT setempat sebagai Sub PPKBD. Kegiatan yang rutin dilakukan setiap tahun adalah registrasi pendataan keluarga, dimana 1 formulir/kuesioner untuk 1 keluarga. Kegiatan registrasi ini merupakan instruksi yang sifatnya berjenjang, mulai dari instruksi langsung dari Kementerian Dalam Negeri ke BKKBN pusat. Lalu dari BKKBN pusat ke Gubernur, dilanjutkan ke BKKBN Provinsi dan sebagai pelaksana kegiatan adalah BKKBN Kabupaten/Kota.

Sedangkan mekanisme pengumpulan data dari Kegiatan Registrasi Penduduk dimulai dengan koordinasi dan sosialisasi. Sosialisasi dilakukan oleh petugas Lapangan KB dibantu oleh Lurah. Dilanjutkan dengan menyalurkan daftar registrasi dan mengajarkan teknis cara pengisian kepada RW dan RT setempat. Setelah selesai mendata seluruh keluarga di satu RT, maka petugas akan merekap per RT. Setelah direkap dokumen dikembalikan ke PL KB. Jika seluruh hasil rekap yang menjadi wilayah tugas PL KB terkumpul semua lalu dilakukan perekapan kembali oleh PL KB yang dilakukan secara manual dan baru dikirim ke BKKBN Kabupaten/Kota.

2.3. Pengolahan Data

Dokumen-dokumen dari Posyandu, polindes yang masuk ke puskesmas akan di rekap di Puskesmas dan dilakukan secara manual, lalu dibuatlah laporan bulanan sampai tahunan oleh Puskesmas. Kuesioner atau daftar isian yang disebar oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ke Puskesmas, Rumah Sakit dan fasilitas kesehatan lainnya setelah diterima kembali oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/kota, langsung diolah oleh masing-masing seksi/bidang dan unit-unit kerja di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pengolahan data sudah dilakukan secara komputerisasi, jadi kuesioner yang sudah masuk ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota selanjutnya akan dientry sesuai dengan jenis kuesionernya oleh masing-masing seksi atau bidang. Program yang digunakan masih cukup sederhana yaitu memakai program MS Exel. Dari hasil olahan masing-masing seksi/bidang kemudian dilaporkan ke bagian pengolahan data. Saat ini sedang dikembangkan Sistem Informasi Kesehatan (SIK) yang dikembangkan dalam kerangka desentralisasi untuk mewujudkan otonomi daerah di bidang kesehatan.

Dari laporan masing-masing seksi dan unit-unit kerja di kirim ke unit pelaksanaan data dan informasi, di bidang ini data yang masuk akan diolah kembali dan nantinya disajikan tabel-tabel dengan data per kecamatan, lalu data-data tersebut disajikan dalam publikasi Profil Kesehatan Kabupaten/Kota. Publikasi tersebut sebagai bahan laporan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ke Bupati dan juga ke Kementerian Kesehatan. Sebagai catatan bahwa semua yang diolah dan dilaporkan hanya berdasarkan dokumen yang masuk sedangkan untuk dokumen yang tidak masuk dari fasilitas kesehatan tidak akan diolah dan juga tidak akan dilaporkan.

Dinas Kesehatan Provinsi memperoleh data yang sudah diolah di dinas Kabupaten/Kota, dimana data/informasi dikumpulkan oleh masing-masing bidang dan mengkompilasi data tersebut sesuai dengan bidangnya sebagai bahan pelaporan. Dari masing-masing bidang kemudian memberikan data/informasi tersebut ke bidang surveilansi data dan informasi sebagai penanggung jawab pengumpul data di tingkat Provinsi juga bertanggung jawab sebagai pengolah data. Pengolahan data sudah dilakukan secara komputerisasi, jadi laporan atau data yang sudah masuk dari masing-masing seksi atau bidang akan direkap dan diolah kembali dibidang Pelaksana Teknis Surveilans Data dan Informasi provinsi, hingga akhirnya menjadi publikasi "Profil Kesehatan Provinsi". Publikasi tersebut nantinya juga harus dikirim ke Kementerian Kesehatan Nasional sebagai bahan laporan. Demikian alur pengumpulan data dibidang kesehatan. Untuk data yang dikumpulkan baik di tingkat Kabupaten/Kota maupun Provinsi selalu di-*update* setiap tahun.

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari Bapak Kushindarto (Kabit program KB) dan ibu Syane (Kasubid Informasi Keluarga dan Penyediaan Data) untuk data-data (kegiatan/program KB, pendataan keluarga dan pelayanan kontrasepsi dan alat KB) yang sudah direkap oleh PL KB secara manual akan dikirim ke BKKBN Kabupaten/Kota. Untuk BKKBN tingkat Kabupaten/Kota yang sudah memiliki fasilitas IT maka pengolahan dapat dilakukan di Kabupaten/Kota sedangkan untuk kabupaten/Kota yang belum memiliki

fasilitas IT harus merekap secara manual dan untuk pengolahan dilakukan di BKKBN Provinsi. Bagi Kabupaten/Kota yang sudah dapat mengolah secara komputerisasi setiap hasil kegiatan pendataan dilapangan harus melaporkan hasil kegiatan tersebut ke BKKBN provinsi dan ke BKKBN Pusat. Bagi Kabupaten/Kota yang belum mampu mengolah data sendiri dan pengolahan dibantu oleh BKKBN Provinsi maka akan memperoleh lampiran hasil pengolahan, dan semua pelaporan ke Pusat dilakukan oleh BKKBN tingkat Provinsi.

2.4. Kendala yang Dihadapi Dalam Pengumpulan Data dan Penghitungan Indikator

Kendala dalam pengumpulan data kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam penyusunan Publikasi Profil Kesehatan Kabupaten/Kota yang dihadapi diantaranya pengumpulan data yang tidak sesuai dengan jadwal yang sudah ditetapkan. Karena petugas lapangan kesehatan terbatas, sehingga mengakibatkan keterlambatan dokumen yang masuk ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Jika sampai batas akhir pengisian yang telah ditetapkan belum masuk ke Dinas Kesehatan maka yang diolah hanya dokumen yang masuk saja. Biasanya fasilitas kesehatan swasta yang dapat memenuhi obat-obatan, vaksin untuk imunisasi dan alat KB/kontrasepsi sendiri, tidak mau mengisi atau mengembalikan kuesioner, atau walaupun kuesioner diisi tetapi tidak lengkap. Untuk fasilitas kesehatan swasta yang kebutuhan akan obat-obatan atau alat kontrasepsi atau vaksin untuk imunisasi masih di suplai dari dinas kesehatan maka fasilitas kesehatan tersebut akan selalu mengisi kuesioner atau memberikan informasi yang dibutuhkan oleh Dinas Kesehatan. Dokumen yang wajib masuk adalah yang berasal dari Puskesmas, dan Rumah Sakit pemerintah/swasta yang ada di Kabupaten/Kota. Sedangkan data untuk tenaga kesehatan (seperti dokter, perawat, bidan dan tenaga kesehatan lainnya) diperoleh dari dokumen yang masuk saja, untuk dokumen yang tidak masuk dari fasilitas kesehatan masih dapat dilacak untuk dokter dan bidan menurut Bapak dokter Royke. Tetapi untuk perawat dan tenaga kesehatan lainnya tidak dapat dilacak untuk dokumen/kuesioner yang tidak masuk atau tidak dikembalikan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Menurut Bapak Royke seluruh data yang dikumpulkan oleh Dinas Kesehatan adalah data berbasis pelaporan fasilitas kesehatan yang ada di satu wilayah.

Kendala yang terjadi dalam penghitungan indikator tidak ada baik di tingkat Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota maupun Dinas Kesehatan Provinsi, karena indikator yang dihitung adalah yang sifatnya rutin sebagai bahan pelaporan atau sudah baku ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Sedangkan untuk menghitung indikator kesehatan baru tidak ada karena jika ingin menghitung indikator kesehatan yang baru banyak kendala dan masalah yang harus diperhitungkan. Diantaranya membutuhkan waktu yang lama karena harus dilakukan penelitian yang rutin selama beberapa tahun. Otomatis membutuhkan dana yang besar. Selain itu juga apakah indikator tersebut dapat rutin dihitung setiap tahun dan apakah dapat menggambarkan tingkat kesehatan di wilayah tersebut.

Dinas Kesehatan Tingkat Provinsi dalam menyusun Profil Kesehatan Provinsi, selalu mengalami keterlambatan dalam beberapa tahun terakhir dari jadwal yang

ditetapkan, karena sejak diberlakukannya sistem otonomi daerah, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tidak lagi berkewajiban melaporkan atau memberikan data kesehatan ke Dinas Kesehatan Provinsi. Sehingga Dinas Kesehatan Provinsi mengalami kesulitan dalam melakukan pengumpulan data kesehatan dari masing-masing Kabupaten/Kota. Untuk mengatasi hal ini Dinas Kesehatan Provinsi mulai tahun lalu melakukan rapat yang mengundang seluruh bidang surveilansi data dan informasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam kegiatan sosialisasi dibidang kesehatan dengan cara menampilkan data-data kesehatan yang dominan dari setiap Kabupaten/kota. Dengan Demikian Dinas Kesehatan Provinsi dapat memperoleh data kesehatan dari masing-masing Kabupaten/ Kota, Selain itu dengan cara jemput bola ke setiap Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dari masing-masing Bidang.

Kendala yang dialami oleh BKKBN tingkat Kabupaten/Kota hampir sama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yaitu kekurangan petugas lapangan disebabkan karena otonomi daerah sehingga banyak petugas PL-KB yang menjadi lurah atau menjadi pegawai di PEMDA bahkan ada yang menjadi pejabat. Sehingga dari PL-KB yang ada banyak yang merangkap atau membawahi beberapa Desa/Kelurahan. Selain itu kader-kader PPKBD, di RW/RT banyak yang pendidikannya rendah sehingga sangat sulit sekali bagi petugas PL-KB dalam menjelaskan cara pengisian kuesioner dari kegiatan pengumpulan data kependudukan dan KB dan dalam melakukan kegiatan perekapan. Beban PL-KB dalam merekap akan lebih banyak sehingga membutuhkan waktu lebih lama, ini yang membuat jadwal pengumpulan data lebih panjang dari yang ditetapkan sehingga terjadi keterlambatan. Selain itu juga masih ada BKKBN tingkat Kabupaten/Kota yang belum memiliki fasilitas IT sehingga untuk pengolahan data dilakukan di tingkat Provinsi, tetapi sebelumnya dilakukan rekap data secara manual. Kegiatan ini memakan waktu cukup lama dan terkadang mengalami keterlambatan dari waktu yang ditetapkan. Sedangkan kendala yang dihadapi oleh BKKBN tingkat Provinsi hampir tidak ada, karena semua kegiatan pengumpulan data dilakukan oleh BKKBN Kabupaten/Kota.

3. Konsep Indikator Kesehatan dan Kependudukan

3.1. Angka Morbiditas

Berdasarkan informasi dari Bapak DR Royke Abraham menyatakan bahwa data yang diperoleh dinas kesehatan merupakan data berbasis fasilitas. Karena semua diperoleh berdasarkan laporan yang masuk ke Dinas Kesehatan dari fasilitas/pelayanan kesehatan (mis: puskesmas, rumah sakit). Setiap tahun Dinas Kesehatan menghitung angka morbiditas. Menurut dokter Royke Angka Morbiditas adalah persentase angka kesakitan penduduk yang menderita penyakit tertentu, data berasal dari semua pelayanan kesehatan yang diperoleh melalui sistem pencatatan dan pelaporan. Dalam hal ini Dinas Kesehatan Kabupaten/kota dan Provinsi hanya menghitung Angka Morbiditas untuk 10 penyakit tertentu yang terbanyak dialami penduduk yang berobat ke Puskesmas, berobat jalan dan rawat inap di rumah sakit di wilayah tersebut, diantaranya adalah

ISPA, hipertensi, Demam Berdarah Dengu (DBD) dan diare yang merupakan penyakit terbanyak yang diderita. Sedangkan angka morbiditas menurut BPS memiliki konsep persentase penduduk yang mengalami keluhan kesehatan hingga mengganggu aktivitas sehari-hari, berdasarkan informasi dari responden rumah tangga yang terkena sampel (merupakan proksi saja) melalui kegiatan Susenas.

3.2. Status Gizi Balita (Balita Gizi Buruk)

Status gizi balita merupakan salah satu indikator pelaksanaan Program Gizi. Setiap tahun Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Provinsi selalu memantau status gizi balita di wilayahnya. Informasi atau data mengenai status gizi balita diperoleh dari posyandu, dan puskesmas melalui pencatatan KMS. Konsep status gizi balita yang dipakai oleh Dinas Kesehatan berdasarkan konsep WHO-NCHS, parameter yang digunakan dalam konsep ini adalah dengan menimbang berat badan balita dan mengukur tinggi badan balita. Dari pengukur tersebut dapat diketahui balita tersebut memiliki gizi normal, sedang/cukup, kurang atau buruk. Balita yang mengalami gizi kurang cirinya dapat dilihat dari tubuh balita yang kurus, warna rambut kemerahan dan jarang, perut buncit, rewel atau cengeng. Jika balita sudah menunjukkan ciri-ciri seperti ini maka balita tersebut harus segera ditangani dengan memberikan asupan makanan yang bergizi (seperti susu). Karena jika tidak segera ditangani atau diobati akan menjadi gizi buruk dan mengalami suatu penyakit klinis seperti marasmus, kwashiorkor.

Pencatatan penimbangan dan pengukuran bayi dilakukan setiap bulan di posyandu atau balita-balita yang berobat ke puskesmas dan dokter praktek. Namun untuk penghitungan status gizi balita dilakukan dari hasil pencatatan bulan Agustus bersamaan dengan kegiatan pemberian Vitamin A secara nasional. Karena pada bulan tersebut dinkes rutin setiap tahun melakukan Survei Nasional Vitamin A. Pada kegiatan ini setiap anak balita wajib diberikan vitamin A secara cuma-cuma di posyandu, puskesmas atau praktek dokter anak. Dari kegiatan ini diikutkanlah pencatatan pengukuran tinggi badan dan penimbangan berat badan balita, karena diharapkan lebih banyak anak bayi dan balita yang datang. Cara menghitung status gizi balita adalah dengan menimbang berat badan balita menurut umur, mengukur tinggi badan menurut umur dan mengukur berat badan menurut tinggi badan. Kemudian hasilnya nanti dikelompokkan menjadi gizi lebih, normal, kurang dan buruk. Untuk status gizi kurang bila pada pengukuran balita berada $< -2SD$ sampai $e'' -3SD$ sedang untuk status gizi buruk berada pada $< -3SD$.

3.3. Rasio Tenaga Kesehatan per Penduduk

Salah satu upaya yang dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat adalah dengan tersedianya fasilitas dan tenaga kesehatan disetiap wilayah yang dapat/mudah dijangkau oleh masyarakat. Untuk mengetahui seberapa banyak tenaga kesehatan yang dimiliki oleh wilayah, setiap tahun dilakukan kegiatan Registrasi untuk pendataan tenaga kesehatan, kegiatan ini dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan menyebarkan kuesioner ke seluruh pelayanan atau praktek

kesehatan yang ada di wilayahnya. Dari hasil registrasi tersebut maka diperoleh jumlah tenaga kesehatan yang ada di Kabupaten/Kota tersebut.

Namun dari hasil registrasi ini ditemui kelemahan data yang diperoleh di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, yaitu hanya kuesioner yang masuk saja yang diolah oleh Dinas Kesehatan dan yang utama yang menjadi target agar data tenaga kesehatan masuk adalah yang berasal dari rumah sakit pemerintah dan swasta serta puskesmas, sedangkan yang berasal dari klinik atau praktek kesehatan tidak dapat semua kuesioner tersebut kembali. Namun menurut Bapak dr. Royke (Kasubit pengolahan data dan informasi) untuk jumlah tenaga kesehatan dokter umum, dokter gigi dan dokter spesialis serta bidan di setiap Kabupaten/Kota masih dapat diperoleh dari nomor induk atau izin usaha/praktek dan kemungkinan mereka terhitung dua kali atau *double counting* tidak akan terjadi. Namun untuk tenaga kesehatan seperti perawat, ahli gizi dan tenaga kesehatan lainnya hanya diperoleh dari fasilitas kesehatan yang mengisi dan mengembalikan daftar kuesioner ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota saja dan kemungkinan dapat terjadi *double counting* jika tenaga kesehatan tersebut bekerja di lebih dari satu fasilitas kesehatan dan ke dua fasilitas kesehatan tersebut mengisi dan mengembalikan kuesioner.

Daftar registrasi tenaga kesehatan yang masuk akan diolah dan diperoleh jumlah tenaga kesehatan berdasarkan dari daftar laporan yang masuk. Dari jumlah data tenaga kesehatan dan data jumlah penduduk yang di peroleh dari BPS Kabupaten/Kota maka dihitunglah Rasio tenaga kesehatan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Selain Dinas Kesehatan, BPS juga dapat memperoleh jumlah tenaga kesehatan yang berasal dari kegiatan Podes. Namun terjadi perbedaan konsep antara BPS dan Dinas Kesehatan, Kalau Dinas Kesehatan pendekatannya berdasarkan fasilitas tempat pelayanan kesehatan dan hasil pelaporan sedangkan BPS pendekatannya adalah berdasarkan tempat tinggal tenaga kesehatan di suatu desa atau kelurahan. Dan kegiatan Podes dilakukan setiap 3 tahun sekali tidak rutin setiap tahun.

3.4. Air Minum Bersih

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota juga memberikan pelayanan kesehatan lingkungan yang salah satu programnya adalah program penyediaan, pengelolaan dan pengawasan air bersih. Dalam menyediakan air bersih untuk penduduk/masyarakat, ada 2 faktor penting yaitu kualitas dan kuantitas. Menurut Dinas Kesehatan konsep untuk kuantitas adalah dapat ditentukan oleh cakupan penduduk yang menggunakan sarana air bersih, sedangkan konsep untuk kualitas air bersih yang ditentukan adalah kualitas air dan tingkat resiko pencemaran sarana air bersih melalui deteksi pemeriksaan sampel air baik secara fisik, kimia maupun bakteriologis.

Sumber air bersih menurut Dinas Kesehatan adalah yang berasal dari air ledeng, air kemasan, sumur pompa tangan (SPT), sumur galian (SGL) dan penampungan air hujan (PAH) tanpa melihat jaraknya dari tempat penampungan pembuangan kotoran/tinja. Sumber air bersih ini dapat digunakan untuk air minum, mandi dan cuci. Selain itu dari sumber air bersih tersebut setiap tahun dilakukan pengambilan sampel untuk diuji secara laboratorium untuk dilihat kualitas air bersih tersebut. Untuk sampel uji kualitas air yang biasa dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota adalah dengan uji laboratorium sederhana untuk melihat bakteriologi yang ada di dalam air. Sedangkan uji secara kimia tidak pernah dilakukan karena membutuhkan dana yang besar, sedangkan anggaran yang tersedia sangat terbatas.

Jika dibandingkan konsep air bersih menurut dinas Kesehatan dengan BPS terjadi perbedaan. Menurut BPS air bersih adalah yang berasal/bersumber dari ledeng, air hujan dan untuk sumber mata air/air tanah, pompa, sumur yang jaraknya minimal 10 meter dari penampungan kotoran. Dalam kegiatan Survei Susenas yang dicakup adalah air bersih untuk air minum saja.

3.5. Data Balita dan Ibu hamil

Data yang berkaitan dengan bayi dan balita seperti cakupan imunisasi dasar bagi balita, persentase balita mendapat Vitamin A, bayi lahir BBLR (Berat Badan Lahir Rendah), dll, berasal dari laporan Puskesmas/Posyandu, RS pemerintah, bidan praktek dan dokter praktek serta klinik swasta yang kebutuhan alat KB, obat, dan vaksin imunisasinya masih dipasok dari Dinas kesehatan sedangkan untuk yang sudah dapat memenuhi sendiri umumnya tidak pernah melapor. Sehingga kemungkinan terjadi penghitungan dua kali tidak akan terjadi. Cakupan data yang diperoleh Dinas Kesehatan berbasis fasilitas kesehatan dan pelaporan, kelemahannya data menjadi *underestimate*.

Demikian pula untuk data yang berkaitan dengan ibu hamil K1 dan K4, ibu hamil yang mendapat imunisasi Tetanus Toksoid (TT) dan pemberian tablet Fe (zat besi). Data tersebut diperoleh dari hasil laporan Puskesmas dan bidang serta fasilitas kesehatan yang melaporkan ke Dinas Kesehatan. Sedangkan ibu hamil yang memeriksa kandungan ke fasilitas kesehatan yang tidak pernah memberikan laporan/registrasi ke Dinas Kesehatan tidak akan dihitung.

3.6. Rata-rata Anak yang Dilahirkan

BKKBN tidak pernah menghitung rata-rata jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang wanita pada masa usia subur, baik anak lahir hidup maupun total anak yang dilahirkan. Untuk data seperti TFR diperoleh BKKBN dari BPS, sehingga tidak ada perbedaan konsep antara BPS dan BKKBN. BPS sendiri dalam menghitung TFR dari hasil Survei Antar Sensus (SUPAS) dan Sensus Penduduk (SP).

BKKBN dan BPS melakukan kerja sama yang telah disepakati untuk kegiatan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI). Kegiatan SDKI dari mulai pengumpulan data sampai menghitung indikator yang dibutuhkan oleh BKKBN dilakukan

oleh BPS. Dari hasil SDKI yang sering dipakai oleh BKKBN adalah rata-rata anak yang dilahirkan hidup oleh WUS .

3.7. Konsep Rumah Tangga dan Keluarga

Kegiatan survei atau registrasi penduduk yang biasa dilakukan BKKBN pendekatannya adalah keluarga. Konsep keluarga menurut BKKBN tahun 1992 adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari pasangan suami istri, atau suami istri dan anaknya, atau ayah dengan anaknya, atau ibu dengan anaknya atau disebut juga keluarga inti. Sedangkan untuk anak kandung yang sudah menikah maka dianggap sudah membentuk keluarga baru, jadi jika tinggal dalam satu rumah dengan orang tuanya maka dalam rumah tersebut terdapat 2 keluarga. Keluarga memiliki karakteristik yaitu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan, adopsi.

Istilah-istilah keluarga yang dipakai dalam setiap kegiatan BKKBN adalah keluarga sejahtera, keluarga berencana, kualitas keluarga, kemandirian keluarga, ketahanan keluarga NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera, tahapan keluarga sejahtera (prasejahtera, sejahtera I sejahtera II, sejahtera III dan sejahtera III plus

Sedangkan BPS dalam kegiatan survei atau sensus pendekatannya adalah rumah tangga. Rumah tangga menurut konsep BPS adalah sekelompok orang yang mendiami sebagian atau seluruh bangunan yang biasanya tinggal bersama dan makan dari satu dapur yang sama, atau seseorang yang mendiami sebagian atau seluruh bangunan serta mengurus keperluan sendiri.

4. Kesimpulan / Rekomendasi di wilayah penelitian

4.1. Kesimpulan

- Dari hasil studi pengumpulan data dasar dan indikator di bidang kesehatan di Provinsi Sulawesi Tengah dapat disimpulkan bahwa Dinas Kesehatan Provinsi maupun Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tidak pernah menghitung indikator baru yang dapat digunakan sebagai indikator kunci pembangunan dalam bidang kesehatan. Tidak juga membuat konsep sendiri mengenai pembentukan/ penghitungan indikator kesehatan karena semua indikator yang dihitung telah ditentukan dan ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Nasional.
- Data dan indikator yang disajikan/dihasilkan dalam buku profil kesehatan baik Provinsi maupun Kabupaten/Kota merupakan data pencapaian indikator Indonesia Sehat 2010 dan sebagai informasi atau laporan mengenai indikator standar pelayanan minimal bidang kesehatan
- BKKBN Kabupaten/Kota berkewajiban melakukan kegiatan pengumpulan data dan pengolahan data bagi yang sudah memiliki fasilitas IT. Bagi BKKBN Kabupaten/ Kota yang belum memiliki fasilitas IT, kegiatan pengolahan dilakukan oleh BKKBN

Provinsi. BKKBN Kabupaten/Kota wajib melaporkan hasil pengumpulan data ke BKKBN Provinsi

- Tingkat kemampuan dan pengetahuan serta keterampilan PPKBD dan Sub PPKBD masih banyak yang rendah
- BKKBN Provinsi yang akan membuat laporan tahunan program KB Nasional ke Gubernur dan BKKBN Pusat. Laporan tersebut berdasarkan dari hasil kegiatan yang sudah dilakukan oleh BKKBN Kabupaten/Kota dari kegiatan pendataan keluarga dan program KB sebagai bahan kebijakan, strategi, program dan kegiatan-kegiatan yang telah dilaksanakan dan hasil-hasil yang telah dicapai, sehingga ke depan dapat dijadikan acuan untuk program selanjutnya.
- BKKBN tidak pernah menghitung rata-rata jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang wanita pada masa usia subur, baik anak lahir hidup maupun total anak yang dilahirkan. Untuk data seperti TFR diperoleh BKKBN dari BPS
- Dengan adanya otonomi daerah menimbulkan kesulitan dalam pengumpulan data yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi sulit mendapat informasi/data dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Sedangkan di BKKBN Kabupaten/Kota mengalami kekurangan petugas lapangan dengan adanya otonomi daerah

Rekomendasi dari instansi yang dikunjungi di Provinsi Sulawesi Tengah antara lain:

1. Dalam membangun suatu indikator kesehatan yang baru sangat sulit, karena harus dapat menyediakan anggaran dana yang besar, sampel yang diambil sebagai bahan penelitian harus tepat untuk itu harus dikaji berkali-kali atau berulang kali dalam beberapa tahun untuk memastikan apakah indikator tersebut dapat menjadi indikator kunci yang dapat menggambarkan perkembangan pembangunan kesehatan di wilayah tersebut.
2. Untuk indikator-indikator tertentu yang dihitung oleh BPS, Dinas Kesehatan juga menghitung meskipun memiliki konsep yang berbeda, sebaiknya data yang dihasilkan oleh BPS dan Dinas Kesehatan haruslah wajar dan selaras, jadi walaupun data berbeda tetapi tidak terlalu jauh perbedaannya.
3. Agar program KB dan peningkatan kesejahteraan keluarga dapat cepat tercapai diharapkan setiap tahun dapat dianggarkan untuk kegiatan pelatihan dan orientasi bagi PPKBD dan Sub PPKBD yang masih rendah pengetahuannya serta dapat mencari konselor-konselor/pendidik baru yang terlatih

Buku

- BPS; *Indikator Kesejahteraan Rakyat 2007*, Jakarta, 2007
- BPS; *Indikator Kesejahteraan Rakyat 2008*, Jakarta, 2008
- BPS; *Indikator Kesejahteraan Rakyat 2009*, Jakarta, 2009
- BPS; *Statistik Kesejahteraan Rakyat 2006*, Jakarta, 2006
- BPS; *Statistik Kesejahteraan Rakyat 2007*, Jakarta, 2007
- BPS; *Statistik Kesejahteraan Rakyat 2008*, Jakarta, 2008
- BPS; *Statistik Kesejahteraan Rakyat 2009*, Jakarta, 2009
- BPS; *Statistik Kesejahteraan Rakyat 2010*, Jakarta, 2010
- World Health Statistics 2011 Indicator Compendium, WHO, 2011
- Pedoman Penyusunan Profil Kesehatan Kabupaten/Kota, Depkes, 2008
- Pedoman Tata Cara Pencatatan dan Pelaporan Pendataan Keluarga, 2007, BKKBN
- Pedoman Tata Cara Pencatatan dan Pelaporan Pengendalian Lapangan Program KB Nasional dan Kabupaten/Kota, 2008, BKKBN
- Pedoman Tata Cara Pencatatan dan Pelaporan Pelayanan Kontrasepsi Program KB Nasional di Kecamatan dan Klinik KB, 2008, BKKBN
- Survei Kesehatan Reproduksi Remaja 2007, 2007, USAID, BPS, BKKBN, Depkes
- Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007, 2007, USAID, BPS, BKKBN, Depkes
- Profil Kesehatan Indonesia 2010, Kemenkes, 2011
- Pencitraan Sektor Kesehatan di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung, Dinas Kesehatan Provinsi Kepulauan Bangka Belitung, Tahun 2010
- Profil Kesehatan Pangkal Pinang, Tahun 2009
- Profil Kesehatan Provinsi Bengkulu, 2010
- Profil Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah, Tahun 2008
- Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2005-2009, Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
- Profil Kesehatan Kabupaten/Kota Gorontalo Tahun 2009, Dinas Kesehatan Kota Gorontalo
- Profil Kesehatan Kota Palu, Tahun 2009
- Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah, Tahun 2009

Laporan Tahunan Program KB Nasional, Provinsi Sulawesi Tengah, Tahun 2009

Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 741/Menkes/Per/VII/2008

Pemutakhiran Data Keluarga (MDK) 2009, BKKBN

Situs Web

<http://www.depkes.go.id>

<http://www.bkkbn.go.id>

<http://www.siteresources.wordpress.com>

<https://www.bps.go.id>

Angka Harapan Hidup

adalah rata-rata tahun hidup yang masih akan dijalani oleh seseorang yang telah berhasil mencapai umur x, pada suatu tahun tertentu, dalam situasi mortalitas yang berlaku dilingkungan masyarakat

Angka Kematian Bayi

adalah angka yang menunjukkan banyaknya kematian bayi usia 0 tahun dari setiap 1.000 kelahiran hidup pada tahun tertentu atau dapat dikatakan juga sebagai probabilitas bayi meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun (dinyatakan dengan per seribu kelahiran hidup)

Angka Kesakitan (Morbiditas)

adalah gangguan terhadap kondisi fisik maupun jiwa, termasuk karena kecelakaan, atau hal lain yang menyebabkan terganggunya kegiatan sehari-hari.

Pada umumnya keluhan kesehatan utama yang banyak dialami oleh penduduk adalah panas, sakit kepala, batuk, pilek, diare, asma/sesak nafas, sakit gigi.

Air Minum Bersih

adalah Air minum yang berasal dari air kemasan dan leding atau air minum bersih yang bersumber dari pompa, sumur/mata air terlindung yang jaraknya ke tempat pembuangan limbah > 10 m.

Lama Disusui

adalah lamanya seorang ibu memberikan ASI kepada balitanya. Seorang ibu memberikan ASI kepada Balitanya sekitar 1 hingga 2 tahun.

Persentase Penduduk yang Berobat Jalan Menurut Tempat Berobat

adalah persentase perbandingan antara jumlah penduduk sakit yang berobat jalan ke RS Pemerintah/Swasta, Puskesmas, dokter, Klinik/KIA/BP dan petugas kesehatan dengan jumlah penduduk yang sakit

Persentase Balita yang Pernah Diimunisasi

adalah persentase perbandingan antara jumlah balita yang pernah diimunisasi DPT sebanyak 3 kali, polio sebanyak 3 kali, BCG dan Campak dengan jumlah anak usia < 5 tahun.

Persentase Balita Menurut Penolong Kelahiran

adalah persentase balita (0-59 bulan) yang proses kelahirannya dibantu oleh tenaga penolong kelahiran yang terbagi menjadi nakes (tenaga kesehatan/medis) dan non-nakes (tenaga non-medis)

Status Gizi Balita

adalah ukuran keberhasilan dalam pemenuhan nutrisi untuk anak yang diindikasikan oleh berat badan dan tinggi badan anak. Status gizi juga didefinisikan sebagai status kesehatan yang dihasilkan oleh keseimbangan antara kebutuhan dan masukan nutrient.

Istilah Teknis

Untuk mengukur status gizi balita yaitu berdasarkan konsep NCHS-WHO, parameter yang digunakan dalam konsep ini adalah dengan menimbang berat badan balita dan mengukur tinggi badan balita. Dari pengukur tersebut dapat diketahui balita tersebut memiliki gizi normal, sedang/cukup, kurang atau buruk.

Rasio Tenaga Kesehatan

adalah rasio antara jumlah tenaga kesehatan (seperti: dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis, perawat, bidan dan tenaga kesehatan lainnya) per 100.000 penduduk pada suatu waktu tertentu

Rumah Tangga

adalah seorang atau sekelompok orang yang mendiami sebagian atau seluruh bangunan fisik/sensus, dan biasanya tinggal bersama dan makan dari satu dapur. Yang dimaksud dengan makan dari satu dapur adalah kebutuhan rumahtangga yang biasanya diurus bersama menjadi satu.

Keluarga

adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri suami dan isteri, atau suami, isteri dan anak-anaknya atau ayah dan anaknya, atau ibu dengan anaknya. Konsep ini berdasarkan pada Undang-Undang (UU) Nomor 10 Tahun 1992 dan UU ini diperbaharui menjadi UU No 52 tahun 2009.

Rata-Rata Anak yang Dilahirkan

adalah rata-rata jumlah kelahiran sekelompok atau beberapa kelompok umur wanita selama reproduksinya

PROFIL INDIKATOR KESEHATAN INDONESIA 2010 (Kajian Indikator)

Pengarah : Suhariyanto

Editor : Ali Said
Lestyowati Endang Widiantari

Penulis : Lestyowati Endang Widiantari
Sofaria Ayuni
Indah Budiati
Ema Tusianti
Adwi Hastuti
Chairul Anam
Riyadi
Yogi Ariawan

Pengolahan Data/Penyiapan Draft : Ema Tusianti
Sofaria Ayunii

Kontributor Data : Direktorat Kesejahteraan Rakyat



<https://www.bps.go.id>

<https://www.bps.go.id>



<https://www.bps.go.id>

D A T A

MENCERDASAKAN BANGSA

