

3 KEHIDUPAN SEHAT DAN SEJAHTERA



TUJUAN 3

MENJAMIN KEHIDUPAN YANG SEHAT DAN MENINGKATKAN KESEJAHTERAAN SELURUH PENDUDUK SEMUA USIA

TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
3.1 Pada tahun 2030, mengurangi rasio angka kematian ibu hingga kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup.	3.1.1*	Angka Kematian Ibu (AKI).	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.1.2*	Proporsi perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.1.2.(a)	Persentase perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
3.2 Pada tahun 2030, mengakhiri kematian bayi baru lahir dan balita yang dapat dicegah, dengan seluruh negara berusaha menurunkan Angka Kematian Neonatal setidaknya hingga 12 per 1000 KH (Kelahiran Hidup) dan Angka Kematian Balita 25 per 1000.	3.2.1*	Angka Kematian Balita (AKBa) per 1000 kelahiran hidup.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
	3.2.2*	Angka Kematian Neonatal (AKN) per 1000 kelahiran hidup.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
	3.2.2.(a)	Angka Kematian Bayi (AKB) per 1000 kelahiran hidup.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.2.2.(b)	Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap pada bayi.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).

TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
			perpres).
3.3 Pada tahun 2030, mengakhiri epidemi AIDS, tuberkulosis, malaria, dan penyakit tropis yang terabaikan, dan memerangi hepatitis, penyakit bersumber air, serta penyakit menular lainnya.	3.3.1	Angka infeksi baru HIV per 1000 populasi tidak terinfeksi HIV.	Indikator global yang memiliki proksi dan akan dikembangkan.
	3.3.1.(a)	Prevalensi HIV pada populasi dewasa.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.3.2	Kejadian TB per 1000 orang.	Indikator global yang memiliki proksi dan akan dikembangkan.
	3.3.2.(a)	Insiden Tuberkulosis (ITB) per 100.000 penduduk.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.3.3*	Kejadian Malaria per 1000 orang.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
	3.3.3.(a)	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.3.4	Insiden Hepatitis B per 100.000 penduduk.	Indikator global yang memiliki proksi dan akan dikembangkan.
	3.3.4.(a)	Persentase kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini untuk infeksi Hepatitis B.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.3.5*	Jumlah orang yang memerlukan intervensi terhadap penyakit tropis yang terabaikan (Filariasis dan Kusta).	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
	3.3.5.(a)	Jumlah provinsi dengan eliminasi Kusta.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.3.5.(b)	Jumlah kabupaten/kota dengan	Indikator nasional

TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
		eliminasi filariasis (berhasil lolos dalam survei penilaian transmisi tahap I).	sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
3.4 Pada tahun 2030, mengurangi hingga sepertiga angka kematian dini akibat penyakit tidak menular, melalui pencegahan dan pengobatan, serta meningkatkan kesehatan mental dan kesejahteraan.	3.4.1	Kematian akibat penyakit jantung, kanker, diabetes, atau penyakit pernapasan kronis.	Indikator global yang memiliki proksi dan akan dikembangkan.
	3.4.1.(a)	Persentase merokok pada penduduk umur ≤ 18 tahun.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.4.1.(b)	Prevalensi tekanan darah tinggi.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.4.1.(c)	Prevalensi obesitas pada penduduk umur ≥ 18 tahun.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.4.2*	Angka kematian (<i>insidens rate</i>) akibat bunuh diri.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran Perpres).
	3.4.2.(a)	Jumlah kabupaten/kota yang memiliki puskesmas yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
3.5 Memperkuat pencegahan dan pengobatan penyalahgunaan zat, termasuk penyalahgunaan narkoba dan penggunaan alkohol yang membahayakan.	3.5.1	Cakupan intervensi pengobatan (farmakologi, psikososial, rehabilitasi dan layanan pasca intervensi) bagi gangguan penyalahgunaan zat.	Indikator global yang memiliki proksi dan akan dikembangkan.
	3.5.1(a)	Jumlah penyalahguna narkoba dan pengguna alkohol yang merugikan, yang mengakses layanan rehabilitasi medis.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
	3.5.1(b)	Jumlah yang mengakses layanan pasca rehabilitasi.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).

TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
	3.5.1.(c)	Jumlah korban penyalahgunaan NAPZA yang mendapatkan rehabilitasi sosial di dalam panti sesuai standar pelayanan.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.5.1.(d)	Jumlah lembaga rehabilitasi sosial korban penyalahgunaan NAPZA yang telah dikembangkan/dibantu.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.5.1.(e)	Prevalensi penyalahgunaan narkoba.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.5.2*	Konsumsi alkohol (liter per kapita) oleh penduduk umur ≥ 15 tahun dalam satu tahun terakhir.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
3.6 Pada tahun 2020, mengurangi hingga setengah jumlah kematian global dan cedera dari kecelakaan lalu lintas.	3.6.1	Angka kematian akibat cedera fatal kecelakaan lalu lintas.	Indikator global yang akan dikembangkan.
3.7 Pada tahun 2030, menjamin akses universal terhadap layanan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk keluarga berencana, informasi dan pendidikan, dan integrasi kesehatan reproduksi ke dalam strategi dan program nasional.	3.7.1*	Proporsi perempuan usia reproduksi (15-49 tahun) atau pasangannya yang memiliki kebutuhan keluarga berencana dan menggunakan alat kontrasepsi metode modern.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.7.1.(a)	Angka prevalensi penggunaan metode kontrasepsi (CPR) semua cara pada Pasangan Usia Subur (PUS) usia 15-49 tahun yang berstatus kawin.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.7.1.(b)	Angka penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) cara modern.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.7.2*	Angka kelahiran pada perempuan umur 15-19 tahun (<i>Age Specific Fertility Rate/ASFR</i>).	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).

TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
	3.7.2.(a)	<i>Total Fertility Rate (TFR).</i>	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
3.8 Mencapai cakupan kesehatan universal, termasuk perlindungan risiko keuangan, akses terhadap pelayanan kesehatan dasar yang baik, dan akses terhadap obat- obatan dan vaksin dasar yang aman, efektif, berkualitas, dan terjangkau bagi semua orang.	3.8.1	Cakupan pelayanan kesehatan esensial (didefinisikan sebagai rata-rata cakupan intervensi yang dapat dilacak termasuk reproduksi, ibu, bayi baru lahir, dan kesehatan anak, penyakit menular, penyakit tidak menular, kapasitas layanan serta akses untuk penduduk secara umum dan penduduk kurang beruntung).	Indikator global yang memiliki proksi dan akan dikembangkan.
	3.8.1.(a)	<i>Unmet need</i> pelayanan kesehatan.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.8.2*	Jumlah penduduk yang dicakup asuransi kesehatan atau sistem kesehatan masyarakat per 1000 penduduk.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran Perpres).
	3.8.2.(a)	Cakupan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
3.9 Pada tahun 2030, secara signifikan mengurangi jumlah kematian dan kesakitan akibat bahan kimia berbahaya, serta polusi dan kontaminasi udara, air, dan tanah.	3.9.1	Angka kematian akibat rumah tangga dan polusi udara ambien.	Indikator global yang akan dikembangkan.
	3.9.2	Angka kematian akibat air tidak aman, sanitasi tidak aman, dan tidak higienis.	Indikator global yang akan dikembangkan.
	3.9.3	Angka kematian akibat keracunan.	Indikator global yang memiliki proksi dan akan dikembangkan.
	3.9.3.(a)	Proporsi kematian akibat keracunan.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
3.a Memperkuat pelaksanaan <i>the Framework Convention on Tobacco Control WHO</i> di seluruh negara sebagai	3.a.1*	Persentase merokok pada penduduk umur ≥ 15 tahun.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam

TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
langkah yang tepat.			lampiran perpres).
3.b Mendukung penelitian dan pengembangan vaksin dan obat penyakit menular dan tidak menular yang terutama berpengaruh terhadap negara berkembang, menyediakan akses terhadap obat dan vaksin dasar yang terjangkau, sesuai <i>the Doha Declaration tentang the TRIPS Agreement and Public Health</i> , yang menegaskan hak negara berkembang untuk menggunakan secara penuh ketentuan dalam Kesepakatan atas Aspek-Aspek Perdagangan dari Hak Kekayaan Intelektual terkait keeluasaan untuk melindungi kesehatan masyarakat, dan khususnya, menyediakan akses obat bagi semua.	3.b.1	Proporsi populasi dengan akses ke obat-obatan dan vaksin yang terjangkau secara berkelanjutan	Indikator global yang memiliki proksi dan akan dikembangkan
	3.b.1.(a)	Persentase ketersediaan obat dan vaksin di Puskesmas.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
	3.b.2	Total <i>Official Development Assistant</i> (ODA) untuk penelitian kedokteran dan sektor kesehatan dasar.	Indikator global yang akan dikembangkan.
3.c Meningkatkan secara signifikan pembiayaan kesehatan dan rekrutmen, pengembangan, pelatihan, dan retensi tenaga kesehatan di negara berkembang, khususnya negara kurang berkembang, dan negara berkembang pulau kecil.	3.c.1*	Kepadatan dan distribusi tenaga kesehatan.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
3.d Memperkuat kapasitas semua negara, khususnya negara berkembang tentang peringatan dini, pengurangan risiko dan manajemen risiko kesehatan nasional dan global.	3.d.1	Kapasitas Peraturan Kesehatan Internasional (IHR) dan Kesiapsiagaan darurat kesehatan.	Indikator global yang akan dikembangkan.



TARGET 3.1

Pada tahun 2030, mengurangi rasio angka kematian ibu hingga kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup.

INDIKATOR 3.1.1*

Angka Kematian Ibu (AKI).

KONSEP DAN DEFINISI

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah banyaknya perempuan yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan, bunuh diri atau kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan, dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah kematian ibu yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan masa nifas yang tercatat atau hasil estimasi pada tahun tertentu dibagi jumlah kelahiran hidup pada periode yang sama dan dikali 100.000.

Rumus:

$$AKI = \frac{JKI}{JLH} \times 100.000$$

Keterangan:

AKI : Angka Kematian Ibu (AKI)

JKI : Jumlah kematian ibu yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan masa nifas atau hasil estimasi pada waktu tertentu

JLH : Jumlah kelahiran hidup pada periode waktu yang sama

MANFAAT

Indikator ini secara langsung digunakan untuk memonitor kematian terkait dengan kehamilan, persalinan, dan nifas. AKI dipengaruhi oleh beberapa faktor termasuk status kesehatan secara umum, pendidikan, ekonomi, sosial budaya dan pelayanan kesehatan selama kehamilan dan melahirkan.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

BPS: Sensus Penduduk (SP) dan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS).

DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional
2. Regional/Pulau.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

1. Sensus Penduduk (SP): 10 tahunan.
2. Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS): 10 tahunan.

INDIKATOR 3.1.2*

Proporsi perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih.

KONSEP DAN DEFINISI

Proporsi perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih adalah perbandingan antara banyaknya perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang pernah melahirkan anak lahir hidup dalam dua tahun terakhir dan proses melahirkan terakhirnya ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih (memiliki kompetensi kebidanan) dengan jumlah perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang pernah melahirkan. Tenaga kesehatan terlatih yang memiliki kompetensi kebidanan, yaitu seperti dokter kandungan, dokter umum, bidan, perawat, dan tenaga medis lainnya yang memiliki kemampuan klinis kebidanan sesuai standar.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah melahirkan terakhir pada perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih dalam dua tahun terakhir dibagi jumlah perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun

yang pernah melahirkan pada periode waktu yang sama dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

Rumus:

$$P \text{ Salinakes} = \frac{JPMoTK}{JPM15-49} \times 100\%$$

Keterangan:

- P Salinakes : Proporsi perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih
- JPMoTK : Jumlah perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang pernah melahirkan dan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih dalam dua tahun terakhir
- JPM15-49 : Jumlah perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang pernah melahirkan dalam dua tahun terakhir

MANFAAT

Pertolongan persalinan oleh tenaga terlatih (dokter, bidan, perawat dan tenaga kesehatan medis lainnya) di fasilitas kesehatan (Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Rumah Sakit) menunjukkan kualitas terhadap pelayanan kesehatan, sehingga risiko kematian ibu melahirkan oleh selain tenaga kesehatan terlatih menjadi rendah.

Mengukur kematian ibu secara akurat tergolong sulit kecuali tersedia data registrasi yang sempurna tentang kematian dan penyebab kematian. Oleh karena itu, sebagai proksi indikator digunakan proporsi perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses kelahiran terakhirnya ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih. Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan persalinan yang profesional.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.

DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Kelompok pendapatan (pengeluaran).

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

INDIKATOR 3.1.2.(a)

Persentase perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan.

KONSEP DAN DEFINISI

Persentase perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan adalah perbandingan antara banyaknya perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang pernah melahirkan anak lahir hidup dalam dua tahun terakhir dan proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan dengan jumlah perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang pernah melahirkan, dinyatakan dengan persentase. Fasilitas kesehatan seperti, rumah sakit, rumah sakit bersalin, klinik/bidan praktek swasta/praktek dokter, dan puskesmas/pustu/ polindes.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah melahirkan terakhir pada perempuan pernah kawin umur 15-49 yang proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan dalam dua tahun terakhir dibagi jumlah perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang pernah melahirkan pada periode waktu yang sama dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

Rumus:

$$P \text{ Salifaskes} = \frac{JPSalifaskes}{JP15-49} \times 100\%$$

Keterangan:

- P Salifaskes : Persentase perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan
- JPSalifaskes : Jumlah perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan
- JP15-49 : Jumlah perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun pada periode waktu yang sama

MANFAAT

Pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan (puskesmas, puskesmas pembantu, rumah sakit) menunjukkan kualitas terhadap pelayanan kesehatan, sehingga risiko kematian ibu melahirkan menjadi rendah.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Kelompok pendapatan (pengeluaran).

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

TARGET 3.2

Pada tahun 2030, mengakhiri kematian bayi baru lahir dan balita yang dapat dicegah, dengan seluruh negara berusaha menurunkan Angka Kematian Neonatal setidaknya hingga 12 per 1.000 KH (Kelahiran Hidup) dan Angka Kematian Balita 25 per 1.000.

INDIKATOR 3.2.1*

Angka Kematian Balita (AKBa) per 1.000 kelahiran hidup.

KONSEP DAN DEFINISI

Angka Kematian Balita (AKBa) adalah jumlah anak yang dilahirkan pada tahun tertentu dan meninggal sebelum mencapai umur 5 tahun, dinyatakan sebagai angka per 1.000 kelahiran hidup.

Nilai normatif AKBa adalah sebagai berikut:

- ≥ 140 = sangat tinggi,
- $71 < \text{AKBa} < 140$ = tinggi,
- $20 < \text{AKBa} < 70$ = sedang,
- ≤ 20 = rendah.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah penduduk yang meninggal pada umur < 5 tahun pada tahun tertentu dibagi jumlah kelahiran hidup pada periode waktu yang sama dan dikali 1000.

Rumus:

$$\text{AKBa} = \frac{\text{JK} < 5\text{th}}{\text{JLH}} \times 1000$$

Keterangan:

AKBa : Angka Kematian Balita (AKBa) per 1000 kelahiran hidup

- JK<5th : Jumlah penduduk yang meninggal pada umur <5 tahun pada waktu tertentu
- JLH : Jumlah kelahiran hidup pada periode waktu yang sama

MANFAAT

Indikator ini terkait langsung dengan target kelangsungan hidup anak dan merefleksikan kondisi sosial, ekonomi dan lingkungan anak-anak bertempat tinggal termasuk pemeliharaan kesehatannya. AKBa kerap dipakai untuk mengidentifikasi kesulitan ekonomi penduduk. Mengingat kegiatan registrasi penduduk di Indonesia belum sempurna sumber data ini belum dapat dipakai untuk menghitung AKBa. Sebagai gantinya AKBa dihitung berdasarkan estimasi tidak langsung dari berbagai survei.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

1. BPS: Sensus Penduduk (SP) dan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS);
2. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerjasama dengan BPS: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).

DISAGREGASI

Wilayah administrasi: nasional dan provinsi.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

1. SDKI: 5 tahunan
2. Sensus Penduduk (SP): 10 tahunan
3. Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS): 10 tahunan.

INDIKATOR 3.2.2*

Angka Kematian Neonatal (AKN) per 1000 kelahiran hidup.

KONSEP DAN DEFINISI

Angka Kematian Neonatal (AKN) adalah jumlah anak yang dilahirkan pada tahun tertentu dan meninggal dalam periode 28 hari pertama kehidupan dan dinyatakan sebagai angka per 1.000 kelahiran hidup.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah anak yang meninggal dalam periode 28 hari pertama kehidupan pada waktu tertentu dibagi jumlah seluruh kelahiran hidup pada periode yang sama dan dikali 1.000.

Rumus:

$$AKN = \frac{JK<28hr}{JLH} \times 1000$$

Keterangan:

- AKN : Angka Kematian Neonatal (AKN) per 1.000 kelahiran hidup
- JK<28hr : Jumlah anak yang meninggal dalam periode 28 hari pertama kehidupan pada waktu tertentu
- JLH : Jumlah kelahiran hidup pada periode waktu yang sama

MANFAAT

Indikator ini terkait langsung dengan target kelangsungan hidup anak dan merefleksikan kondisi sosial, ekonomi dan lingkungan anak-anak bertempat tinggal termasuk pemeliharaan kesehatannya. AKN di Indonesia masih tinggi merupakan salah satu faktor tingginya angka kematian bayi. Oleh sebab itu, upaya kesehatan untuk menurunkan AKN perlu mendapat perhatian.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

1. BPS: Sensus Penduduk (SP) dan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS)
2. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerjasama dengan BPS: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).

DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional dan provinsi
2. Regional/Pulau.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

1. SDKI: 5 tahunan
2. Sensus Penduduk (SP): 10 tahunan
3. Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS): 10 tahunan.

INDIKATOR 3.2.2.(a)

Angka kematian bayi (AKB)
per 1.000 kelahiran hidup.

KONSEP DAN DEFINISI

Angka Kematian Bayi (AKB) adalah banyaknya bayi yang meninggal sebelum mencapai umur 1 tahun pada waktu tertentu per 1000 kelahiran hidup pada periode waktu yang sama.

Nilai normatif AKB adalah sebagai berikut:

- 70 sangat tinggi,
- 40 – 70 tinggi,
- 20-39 sedang,
- dan <20 rendah.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah penduduk yang meninggal pada umur <1 tahun pada waktu tertentu dibagi jumlah kelahiran hidup pada periode waktu yang sama dan dikali 1.000.

Rumus:

$$AKB = \frac{JK < 1th}{JLH} \times 1000$$

Keterangan:

AKB : Angka kematian bayi (AKB) per 1.000 kelahiran hidup
JK<1th : Jumlah penduduk yang meninggal pada umur <1 tahun pada waktu tertentu
JLH : Jumlah kelahiran hidup pada periode waktu yang sama

MANFAAT

Indikator ini terkait langsung dengan target kelangsungan hidup anak dan merefleksikan kondisi sosial, ekonomi dan lingkungan tempat tinggal anak-anak, termasuk pemeliharaan kesehatannya. AKB cenderung lebih menggambarkan kesehatan reproduksi dari pada AKBa. Meskipun target program terkait khusus dengan kematian balita, AKB relevan dipakai untuk memonitor pencapaian target program karena mewakili komponen penting pada kematian balita. AKB terutama terjadi pada umur 0-28 hari, yang sangat dipengaruhi oleh kondisi ibu pada saat hamil, bersalin dan perawatan bayi baru lahir.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

1. BPS: Sensus Penduduk (SP) dan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS)

2. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerjasama dengan BPS: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).

DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional dan provinsi
2. Regional/Pulau.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

1. SDKI: 5 tahunan
2. Sensus Penduduk (SP): 10 tahunan
3. Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS): 10 tahunan.

INDIKATOR 3.2.2.(b)

Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap pada bayi.

KONSEP DAN DEFINISI

Imunisasi wajib merupakan imunisasi yang diwajibkan oleh pemerintah untuk seseorang sesuai dengan kebutuhannya dalam rangka melindungi yang bersangkutan dan masyarakat sekitarnya dari penyakit menular tertentu.

Imunisasi wajib terdiri atas:

- a. Imunisasi rutin;
- b. Imunisasi tambahan; dan
- c. Imunisasi khusus.

Imunisasi rutin terdiri atas imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan. Imunisasi dasar diberikan pada bayi sebelum umur 1 (satu) tahun. Jenis imunisasi dasar terdiri atas:

- a. *Bacillus Calmette Guerin* (BCG);
- b. *Diphtheria Pertusis Tetanus-Hepatitis B- Hemophilus Influenza typeB* (DPT-HB-Hib)
- c. Hepatitis B pada bayi baru lahir;
- d. Polio; dan
- e. Campak.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah kabupaten/kota yang memiliki cakupan imunisasi dasar lengkap minimal 80% dari sasaran bayinya dalam kurun waktu satu tahun dibagi jumlah seluruh kabupaten/kota selama kurun waktu yang sama dan dikali 100%.

Rumus:

$$PK80\%IDL = \frac{JK80\%IDL}{JKK} \times 100\%$$

Keterangan:

- PK80%IDL : Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap pada bayi
- JK80%IDL : Jumlah kabupaten/kota yang memiliki cakupan imunisasi dasar lengkap minimal 80% dari sasaran bayinya dalam kurun waktu satu tahun
- JKK : Jumlah seluruh kabupaten/kota selama kurun waktu yang sama

MANFAAT

Imunisasi yaitu menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan.

Tujuan pemberian imunisasi secara khusus yaitu tercapainya target *Universal Child Immunization* (UCI) yaitu cakupan imunisasi lengkap minimal 80% secara merata pada bayi di seluruh desa/kelurahan pada tahun 2014.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Kementerian Kesehatan: Laporan Program.

DISAGREGASI

Wilayah administrasi: nasional dan provinsi.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

TARGET 3.3

Pada tahun 2030, mengakhiri epidemi AIDS, tuberkulosis, malaria, dan penyakit tropis yang terabaikan, dan memerangi hepatitis, penyakit bersumber air, serta penyakit menular lainnya.

INDIKATOR 3.3.1.(a)

Prevalensi HIV pada populasi dewasa.

KONSEP DAN DEFINISI

Human Immunodeficiency Virus yang selanjutnya disingkat HIV adalah Virus yang menyebabkan *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS). *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* yang selanjutnya disingkat AIDS adalah suatu kumpulan gejala berkurangnya kemampuan pertahanan diri yang disebabkan oleh masuknya virus HIV dalam tubuh seseorang.

Prevalensi HIV pada populasi dewasa adalah perbandingan jumlah penduduk laki-laki dan perempuan umur 15-49 tahun yang positif HIV dibagi dengan jumlah penduduk laki-laki dan perempuan pada umur yang sama (yaitu 15-49 tahun).

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah penduduk laki-laki dan perempuan yang umur 15-49 tahun yang positif HIV dibagi dengan jumlah penduduk laki-laki dan perempuan pada umur yang sama (yaitu 15-49 tahun) kemudian dikalikan dengan 100.

Rumus:

$$PHIV = \frac{JOHIV}{JP15-49} \times 100\%$$

Keterangan:

PHIV : Prevalensi HIV pada populasi dewasa

JOHIV : Jumlah penduduk laki-laki dan perempuan yang umur 15-49 tahun yang positif HIV

JP15-49 : Jumlah penduduk laki-laki dan perempuan pada umur yang sama (yaitu 15-49 tahun)

MANFAAT

Untuk mendapatkan angka ini, idealnya dilakukan dengan survei, namun mengingat untuk pelaksanaan survei ini memerlukan penyiapan yang cukup rumit dan adanya keterbatasan sumber daya dukung. Saat ini angka prevalensi HIV didapatkan dengan menggunakan pemodelan matematika. Pemodelan matematika dilaksanakan pada Desember 2008 yang lalu, dan pada tahun 2011 ini dengan adanya data input baru dari berbagai sumber maka pemodelan matematika akan dilakukan kembali. Pemodelan matematika dilakukan dengan memasukan variabel-variabel input yaitu meliputi data terkait dengan aspek demografi, perilaku berisiko,

prevalensi HIV pada kelompok rawan, data capaian program pengendalian HIV, dan upaya – upaya pencegahan yang terjadi di masyarakat yang didapat dari hasil – hasil survei sebelumnya, data – data yang berasal dari laporan rutin capaian program, studi yang dilakukan didalam ataupun diluar negeri.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

1. Kementerian Kesehatan: Laporan bulanan konseling dan testing HIV, Subdit HIV AIDS dan PIMS.
2. BPS: untuk data Proyeksi Penduduk Indonesia.

DISAGREGASI

Wilayah administrasi: nasional.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

INDIKATOR 3.3.2.(a)

Insidens Tuberkulosis (ITB)
per 100.000 penduduk.

KONSEP DAN DEFINISI

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Tuberculosis*. Kasus TB didefinisikan sebagai pasien yang telah dibuktikan secara bakteriologis (mikroskopis, kultur atau molekuler) atau didiagnosis menderita TB.

Insidens Tuberkulosis (ITB) adalah jumlah kasus TB baru dan kambuh yang muncul selama periode waktu tertentu per 100.000 penduduk.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah semua kasus TB baru dan kambuh pada waktu tertentu dibagi jumlah penduduk pada periode waktu yang sama kemudian dikali 100.000.

Rumus:

$$ITB = \frac{JKTb}{JP} \times 100.000$$

Keterangan:

ITB : Insidens Tuberkulosis (ITB) per 100.000 penduduk

JKTb : Jumlah kasus TB baru dan kambuh pada waktu tertentu

JP : Jumlah penduduk pada periode waktu yang sama

MANFAAT

Pemantauan insiden TB diperlukan untuk mengetahui penyebaran kasus baru TB dan kambuh TB di masyarakat. Angka ini menggambarkan jumlah kasus TB di populasi, tidak hanya kasus TB yang datang ke pelayanan kesehatan dan dilaporkan ke program. Angka ini dipengaruhi oleh kondisi masyarakat termasuk kemiskinan, ketimpangan pendapatan, akses terhadap layanan kesehatan, gaya hidup, dan buruknya sanitasi lingkungan yang berakibat pada tingginya risiko masyarakat terjangkit TB.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

1. Kementerian Kesehatan: Laporan Tahunan (Pemodelan Matematika)
2. WHO: *Global Report*

DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional
2. Jenis kelamin
3. Kelompok umur.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

INDIKATOR 3.3.3*

Kejadian Malaria per 1.000 orang.

KONSEP DAN DEFINISI

Malaria adalah penyakit yang disebabkan oleh plasmodium yang ditularkan oleh nyamuk Anopheles. Kesakitan malaria digambarkan dengan insidens malaria, dalam hal ini *Annual Parasite Incidence* (API). API adalah angka kesakitan per 1.000 penduduk berisiko dalam satu tahun. Angka API digunakan untuk menentukan tingkat endemisitas malaria di suatu daerah. Endemisitas malaria sangat dipengaruhi oleh sistem kesehatan yang buruk, meningkatnya resistensi terhadap pemakaian obat dan insektisida, pola perubahan iklim, gaya hidup, upaya penanggulangan vector, migrasi dan pemindahan penduduk.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah kasus malaria positif dibagi jumlah penduduk berisiko pada periode waktu yang sama dikali 1.000 penduduk.

Rumus:

$$KM = \frac{JKMP}{JPB} \times 1000$$

Keterangan:

KM : Kejadian Malaria per 1.000 orang

JKMP : Jumlah kasus malaria positif pada periode tertentu

JPB : Jumlah penduduk berisiko pada periode waktu yang sama

MANFAAT

API merupakan indikator dalam menentukan endemisitas/tingkat penularan malaria di suatu daerah.

Endemisitas malaria sangat dipengaruhi oleh sistem kesehatan, penemuan dini dan pengobatan tepat, adanya resistensi terhadap obat dan insektisida, pola perubahan iklim, gaya hidup, upaya penanggulangan vector, migrasi dan pemindahan penduduk.

API digunakan untuk memonitor daerah berdasarkan tingkat endemisitasnya. Pemantauan ini bertujuan untuk memetakan endemisitas/tingkat penularan malaria di suatu daerah sehingga intervensi pencegahan dan pengendalian kejadian malaria dapat ditentukan secara efektif dan efisien menuju eliminasi malaria.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Kementerian Kesehatan: Laporan Tahunan.

DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Jenis kelamin
3. Kelompok umur.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

INDIKATOR 3.3.3.(a)

Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria.

KONSEP DAN DEFINISI

Eliminasi malaria adalah suatu upaya untuk menghentikan penularan malaria setempat dalam satu wilayah geografis tertentu, dan bukan berarti tidak ada kasus malaria impor serta sudah tidak ada vector

malaria di wilayah tersebut, sehingga tetap dibutuhkan kegiatan kewaspadaan untuk mencegah penularan kembali. Eliminasi malaria di Indonesia dilakukan secara bertahap, mulai dari tingkat kabupaten/kota, provinsi dan nasional.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah absolut kumulatif kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria dalam satu tahun.

Rumus:-

MANFAAT

Jika seluruh kabupaten/kota telah mencapai eliminasi malaria, maka eliminasi malaria secara nasional dapat terwujud. Suatu daerah yang sudah mencapai eliminasi malaria, maka daerah tersebut bebas dari penularan malaria sehingga manfaat yang didapat antara lain: menurunkan beban biaya kesehatan, meningkatkan kualitas dan produktivitas sumber daya manusia, serta pendapatan daerah dari sisi pariwisata dan investasi.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Kementerian Kesehatan: laporan administratif tahunan Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.

DISAGREGASI

Wilayah administrasi: nasional, provinsi.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

INDIKATOR 3.3.4.(a)

Persentase kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini untuk infeksi hepatitis B.

KONSEP DAN DEFINISI

Hepatitis B dan C adalah adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus Hepatitis B dan C yang dapat menimbulkan peradangan hati akut atau menahun, dan dapat berlanjut menjadi sirosis atau kanker hati. VHB 100 kali lebih infeksius dibanding dengan virus HIV. Penularan dapat secara vertikal dari ibu kepada bayi, dan horizontal dari individu berisiko kepada individu lain. Risiko tertinggi yang dapat menimbulkan kronisitas seperti sirosis dan kanker hati jika terjadi penularan pada perinatal.

Pengendalian penyakit Hepatitis B dan C akan sangat efektif bila dilakukan pemutusan dan pencegahan penularan serta pengobatan pada kelompok berisiko. Kelompok berisiko yang dimaksud adalah ibu hamil, petugas kesehatan, mahasiswa/pelajar kesehatan, perempuan penaja seks, penasun, waria, LSL/Gay, warga binaan penjara, pasien klinik IMS, orang dengan terinfeksi HIV, penderita cuci darah, keluarga yang tinggal serumah dengan penderita hepatitis B dan C, dan orang dengan riwayat keluarga terinfeksi hepatitis B dan C.

Penyakit Hepatitis B dan C pada tahap awal seringkali tidak memiliki gejala yang khas sehingga perlu dilakukan deteksi dini pada kelompok berisiko.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan kegiatan deteksi dini Hepatitis B pada kelompok berisiko dibagi jumlah seluruh kabupaten/kota di Indonesia dikali 100%.

Rumus:

$$P \text{ KDT}HepB = \frac{JKDTHepB}{JKK} \times 100\%$$

Keterangan:

- P KDT_{HepB} : Persentase kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini untuk infeksi hepatitis B
- JKD_{THepB} : Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan kegiatan deteksi dini Hepatitis B pada kelompok berisiko
- JKK : Jumlah seluruh kabupaten/kota di Indonesia

MANFAAT

Hepatitis B disebabkan oleh virus Hepatitis B yang sebenarnya dapat dicegah dengan imunisasi. Pada tahap awal infeksi sebagian besar hepatitis B tidak bergejala, sehingga seseorang yang terinfeksi hepatitis B tidak mengetahui dirinya sudah terinfeksi. Untuk itu kegiatan Deteksi Dini Hepatitis menjadi sangat penting untuk mengetahui sedini mungkin seseorang terinfeksi hepatitis dan tindak lanjut terapinya. Deteksi dini hepatitis B bermanfaat agar penderita berlanjut ke dalam keadaan kronik seperti sirosis dan kanker hati.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Kementerian Kesehatan: Laporan Program.

DISAGREGASI

Wilayah administrasi: nasional dan provinsi.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

INDIKATOR 3.3.5*

Jumlah orang yang memerlukan intervensi terhadap penyakit tropis yang terabaikan (Filariasis dan Kusta).

KONSEP DAN DEFINISI

Menurut situasi di Indonesia, untuk indikator global mengenai penyakit tropis yang terabaikan yang dipilih adalah orang yang memerlukan intervensi terhadap penyakit filariasis dan kusta. Pada dokumen metadata ini, data yang dapat disajikan untuk perhitungan adalah:

1. Angka Pencapaian Pengobatan Penyakit Filariasis
2. Proporsi kasus kusta yang ditemukan dan diobati

Untuk Angka Pencapaian Pengobatan Penyakit Filariasis didefinisikan sebagai jumlah orang di kabupaten/kota endemis yang telah melaksanakan Pemberian Obat Massal Pencegahan (POMP) Filariasis sekali setahun selama 5 tahun berturut-turut dengan cakupan POPM Filariasis minimal 85% dari jumlah penduduk di kabupaten/kota atau 65% dari jumlah sasaran POPM kabupaten/kota, kemudian dilakukan survei darah jari dan hasilnya angka mikrofilarianya < 1%.

Untuk proporsi kasus kusta yang ditemukan dan diobati didefinisikan sebagai jumlah kasus baru kusta tanpa cacat yang ditemukan dan diobati.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan Filariasis:

Jumlah penduduk di kabupaten/kota dengan *Mikrofilaria rate* (Mf-rate) > 1% yang mendapat POPM Filariasis dibagi jumlah seluruh penduduk di kabupaten/kota dengan Mf-rate > 1% dan dinyatakan dalam satuan persen (%). Jika angkanya Mf-rate > 1% maka yang butuh diobati adalah jumlah penduduk dalam satu kabupaten tersebut.

Rumus:

$$PF100\% = \frac{JPPOPMP}{JP} \times 100\%$$

Keterangan:

- PF 100% : Angka Pencapaian Pengobatan Penyakit Filariasis 65%
JPPOPMF : Jumlah penduduk yang mendapat POPM Filariasis di kabupaten/kota
JP : Jumlah penduduk di kabupaten/kota dengan Mf-rate>1%

Cara Perhitungan Kusta:

Jumlah kasus baru tanpa cacat yang ditemukan dan diobati dibagi semua kasus baru kusta yang diobati dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

Rumus:

$$PKusta = \frac{JKBKTCTO}{JKBKO} \times 100\%$$

- PKusta : Proporsi kasus kusta yang ditemukan dan diobati
JKBKTCTO : Jumlah kasus baru kusta tanpa cacat yang ditemukan dan diobati
JKBKO : Jumlah kasus baru kusta yang diobati/terregistrasi

MANFAAT

Filariasis:

Di Indonesia telah ditemukan 236 Kabupaten/Kota endemis Filariasis dengan jumlah penduduk 99 juta jiwa. Penyakit kaki gajah (filariasis) adalah penyakit menular disebabkan oleh cacing filaria yang menyerang saluran dan kelenjar getah bening. Penyakit ini dapat merusak sistem limfe, menimbulkan pembengkakan pada tangan, kaki, *glandula mammae*, dan *scrotum*, menimbulkan cacat seumur hidup serta stigma sosial bagi penderita dan keluarganya. Upaya untuk mengatasi penyakit ini sesuai dengan metode pengobatan WHO yaitu dengan Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Filariasis sekali setahun selama 5 Tahun.

Pada tahun 2016 terdapat 51 kabupaten/kota yang telah selesai melaksanakan kegiatan POPM Filariasis selama 5 tahun berturut-turut dan pada tahun 2016 akan dilaksanakan POPM Filariasis pada 189 kabupaten/kota.

Kusta:

Kusta merupakan penyakit menular menahun yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium leprae*, yang menyerang saraf tepi, kulit dan

organ lainnya (kecuali Susunan Saraf Pusat). Sumber penularan adalah manusia, yaitu orang yang terkena kusta yang belum mendapatkan pengobatan. Penularan terjadi melalui pernafasan setelah kontak yang lama dan erat, karenanya maka pada kasus, yang tertular adalah anggota keluarga yang tinggal serumah dengan penderita. Jika ditemukan terlambat/tidak diobati, orang yang mengalami kusta akan mengalami kecacatan tubuh permanen pada organ tubuh mata/tangan/kaki. Kecacatan tubuh akan berlanjut kepada stigmatisasi dan diskriminasi kepada orang yang mengalami kusta, dalam aspek sosial, ekonomi dan budaya. Strategi program kusta nasional adalah menemukan kasus kusta baru sedini mungkin tanpa cacat, dan mengobati sampai sembuh sesuai obat yang terstandar secara global dengan prinsip *Multidrug therapy*. Pengobatan tersedia di Puskesmas.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Filariasis:

1. Kementerian Kesehatan: Survei Mikro Filaria Rate (MFR)
2. BPS: Untuk data Proyeksi Penduduk.

Kusta:

1. Kementerian Kesehatan: Laporan Rutin RR Elektronik.

DISAGREGASI

Filariasis:

Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota.

Kusta:

1. Wilayah Administrasi: Nasional, Provinsi, dan Kabupaten/Kota.
2. Kelompok Umur (anak dan dewasa)
3. Jenis Kelamin

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

INDIKATOR 3.3.5.(a)

Jumlah provinsi dengan
Eliminasi Kusta.

KONSEP DAN DEFINISI

Eliminasi merupakan upaya pengurangan terhadap penyakit secara berkesinambungan di wilayah tertentu sehingga angka kesakitan penyakit tersebut dapat ditekan serendah mungkin agar tidak menjadi masalah kesehatan di wilayah yang bersangkutan. Eliminasi kusta berarti angka prevalensi $< 1/10.000$ penduduk. Secara nasional,

Indonesia telah mencapai eliminasi sejak tahun 2000, sedangkan eliminasi tingkat provinsi ditargetkan dapat dicapai pada tahun 2019.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah kumulatif provinsi yang telah mencapai eliminasi Kusta (<1 kasus/10.000 penduduk) pada tahun tertentu.

Rumus:-

MANFAAT

Tercapainya status eliminasi kusta di suatu daerah berarti bahwa penularan di masyarakat serta angka kesakitan dan kecacatan dapat diturunkan serendah mungkin. Sehingga produktivitas sumber daya manusia meningkat dan beban pembiayaan kesehatan dapat ditekan. Diketuinya status eliminasi kusta di suatu daerah dapat mempermudah penentuan kebijakan dan strategi yang efektif dan efisien dalam pencegahan dan pengendalian kasus menuju eliminasi kusta.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Kementerian Kesehatan: laporan administratif tahunan Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.

DISAGREGASI

Wilayah administrasi: nasional dan provinsi.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

INDIKATOR 3.3.5.(b)

Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi filariasis (berhasil lolos dalam survei penilaian transmisi tahap I).

KONSEP DAN DEFINISI

Penanggulangan Filariasis adalah semua kegiatan atau tindakan yang ditujukan untuk menurunkan prevalensi (*microfilaria rate*) serendah mungkin sehingga dapat menurunkan risiko penularan Filariasis di suatu wilayah.

Wilayah endemis Filariasis meliputi satuan kabupaten/kota yang ditentukan berdasarkan hasil survei data dasar prevalensi mikrofilaria

menunjukkan angka mikrofilaria (*microfilaria rate*) lebih dari dan/atau sama dengan 1% (satu persen).

Di Indonesia telah ditemukan 236 Kabupaten/Kota endemis Filariasis dengan jumlah penduduk 99 juta jiwa. Upaya untuk mengatasi penyakit ini sesuai dengan metode pengobatan Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Filariasis sekali setahun selama 5 Tahun.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Akumulasi jumlah kabupaten/kota yang berhasil menurunkan angka mikrofilaria menjadi $< 1\%$.

Rumus: -

MANFAAT

Penyelenggaraan Penanggulangan Filariasis dilaksanakan melalui pokok kegiatan:

- a. Surveilans Kesehatan;
- b. Penanganan Penderita;
- c. Pengendalian faktor risiko; dan
- d. Komunikasi, informasi, dan edukasi.

Apabila berdasarkan hasil survei evaluasi penularan pada daerah kabupaten/kota menunjukkan angka mikrofilaria (*microfilaria rate*) $< 1\%$ (satu persen), pemberian obat Filariasis hanya dilakukan terhadap penderita.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Kementerian Kesehatan: laporan administratif tahunan Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.

DISAGREGASI

Wilayah administrasi: nasional, provinsi.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

TARGET 3.4.1

Pada tahun 2030, mengurangi hingga sepertiga angka kematian dini akibat penyakit tidak menular, melalui pencegahan dan pengobatan, serta meningkatkan kesehatan mental dan kesejahteraan.

INDIKATOR 3.4.1.(a)

Persentase merokok pada penduduk umur ≤ 18 tahun.

KONSEP DAN DEFINISI

Persentase merokok pada penduduk umur ≤ 18 tahun adalah perbandingan jumlah penduduk umur 10 sampai 18 tahun yang merokok dengan jumlah penduduk umur 10-18 tahun. Yang dimaksud dengan merokok adalah termasuk merokok tiap hari dan kadang-kadang.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah penduduk umur 10-18 tahun yang merokok dibagi jumlah semua penduduk umur 10-18 tahun dan dinyatakan dalam satuan persen (%)

Rumus:

$$PM_{\leq 18} = \frac{JP_{10-18yM}}{JP_{10-18}} \times 100\%$$

Keterangan:

$PM_{\leq 18}$	Persentase merokok pada penduduk umur ≤ 18 tahun
$JP_{10-18yM}$	Jumlah penduduk umur 10-18 tahun yang merokok pada waktu tertentu
JP_{10-18}	Jumlah penduduk umur 10-18 tahun pada periode waktu yang sama

MANFAAT

Merokok merupakan faktor risiko bersama terhadap Penyakit Jantung, Diabetes, Kanker dan penyakit pernapasan kronis. Perokok usia pemula (di bawah 18 tahun) mempunyai probabilitas lebih tinggi untuk terkena penyakit PTM utama tersebut diatas, dengan demikian akan meningkatkan angka kesakitan, kecacatan dan kematian prematur (umur 30-70 tahun).

SUMBER DATA

Kementerian Kesehatan: Riset Kesehatan Tahunan.

DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin
4. Kelompok umur.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

INDIKATOR 3.4.1.(b)

Prevalensi tekanan darah tinggi.

KONSEP DAN DEFINISI

Prevalensi tekanan darah tinggi adalah perbandingan jumlah penduduk umur ≥ 18 tahun dengan hasil pengukuran tekanan darah sistolik lebih besar atau sama dengan 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik lebih besar atau sama dengan 90 mmHg.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah penduduk umur ≥ 18 tahun yang dilakukan pengukuran tekanan darah dengan hasil pengukuran tekanan darah sistolik lebih besar atau sama dengan 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik lebih besar atau sama dengan 90 mmHg dibagi dengan jumlah penduduk umur ≥ 18 tahun dan dinyatakan dalam satuan persen (%)

Rumus:

$$PTDT = \frac{JP \geq 18yTDT}{JP \geq 18} \times 100\%$$

Keterangan:

- PTDT : Prevalensi tekanan darah tinggi
- $JP \geq 18yTDT$: Jumlah penduduk umur ≥ 18 tahun yang dilakukan pengukuran tekanan darah dengan tekanan darah sistolik ≥ 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik ≥ 90 mmHg pada waktu tertentu
- $JP \geq 18$: Jumlah penduduk umur ≥ 18 tahun pada periode waktu yang sama

MANFAAT

Prevalensi Hipertensi di Indonesia sesuai dengan Riskesdas sangat tinggi yaitu 25,8% (1 diantara 4 penduduk umur > 18 tahun menyandang hipertensi), apabila hipertensi tidak dikelola sesuai standar dan terkontrol akan menimbulkan berbagai komplikasi antara

lain stroke, jantung, gagal ginjal dan lain-lain yang akan meningkatkan kecacatan, kematian prematur dan pembiayaan kesehatan serta meningkatkan beban ekonomi negara.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Kementerian Kesehatan: Riset Kesehatan Tahunan.

DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin
4. Kelompok umur.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

INDIKATOR 3.4.1.(c)

Prevalensi obesitas pada penduduk umur ≥ 18 tahun.

KONSEP DAN DEFINISI

Prevalensi obesitas pada penduduk umur ≥ 18 tahun adalah persentase jumlah penduduk umur ≥ 18 tahun dengan hasil pengukuran Indeks Massa Tubuh (IMT) ≥ 25 .

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah penduduk umur ≥ 18 tahun yang hasil pengukuran IMT ≥ 25 , dibagi dengan jumlah penduduk umur ≥ 18 tahun dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

Rumus:

$$PObes = \frac{JP_{\geq 18yObes}}{JP_{\geq 18}} \times 100\%$$

Keterangan:

- PObes : Prevalensi obesitas pada penduduk umur ≥ 18 tahun
- $JP_{\geq 18yObes}$: Jumlah penduduk umur ≥ 18 tahun yang hasil pengukuran IMT ≥ 25 pada waktu tertentu
- $JP_{\geq 18}$: Jumlah penduduk umur ≥ 18 tahun pada periode waktu yang sama

MANFAAT

Prevalensi Obesitas di Indonesia sesuai dengan Riskesdas terus meningkat baik pada dewasa maupun anak-anak. Dampak Obesitas adalah meningkatnya probabilitas terkena penyakit Diabetes, jantung, stroke, Kanker, Osteoarthritis, gangguan pernapasan, depresi maupun kematian mendadak (*Obstructive Sleeping Apneu*). Apabila tidak dikendalikan meningkatkan kejadian PTM, meningkatkan kecacatan, kematian prematur dan pembiayaan kesehatan serta meningkatkan beban ekonomi negara.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Kementerian Kesehatan: Riset Kesehatan Tahunan.

DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin
4. Kelompok umur.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

INDIKATOR 3.4.2*

Angka kematian (*insidens rate*) akibat bunuh diri.

KONSEP DAN DEFINISI

Bunuh diri adalah tindakan merusak diri sendiri dengan menggunakan alat, cara tertentu atau zat (obat atau racun) yang mengakibatkan kematian.

Percobaan bunuh diri adalah tindakan dengan sengaja merusak diri sendiri dengan menggunakan alat, cara tertentu, atau zat (obat atau racun) dengan tujuan mengakhiri kehidupan yang tidak mengakibatkan kematian, namun membutuhkan intervensi medik psikiatrik.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah kematian akibat bunuh diri (data dari kepolisian maupun dari pelayanan kesehatan) dibagi jumlah seluruh kematian dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

Rumus:

$$\text{KBD} = \frac{\text{JKBD}}{\text{JKS}} \times 100\%$$

Keterangan:

- KBD : Angka kematian (*insidens rate*) akibat bunuh diri
 JKBD : Jumlah kematian akibat bunuh diri pada waktu tertentu
 JKS : Jumlah seluruh kasus kematian pada periode waktu yang sama

MANFAAT

1. Memperoleh angka kejadian (*insidens rate*) bunuh diri
2. Penyusunan program pencegahan dan pengendalian, deteksi dini dan penanganan masalah kesehatan jiwa yang dapat mengakibatkan bunuh diri
3. Peningkatan kualitas hidup dan kesehatan jiwa masyarakat.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

1. Kepolisian RI: Laporan Tahunan dan Jurnal Tahunan
2. Kementerian Kesehatan: Laporan Tahunan P2MKJN/Profil Kesehatan Nasional, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
3. Kementerian Kesehatan: Sistem Registrasi Sampel (SRS), Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional dan provinsi
2. Jenis kelamin.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

1. Laporan Tahunan Kepolisian: Tahunan
2. Profil Kesehatan Nasional: Tahunan.
3. SRS: 4 tahunan.

INDIKATOR 3.4.2.(a)

Jumlah kabupaten/kota yang memiliki puskesmas yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa.

KONSEP DAN DEFINISI

Masalah kesehatan jiwa juga merupakan masalah kesehatan masyarakat, sehingga diperlukan berbagai upaya kesehatan untuk menanganinya mulai dari upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Penanganan masalah kesehatan jiwa sejak dini akan membantu meningkatkan kesehatan mental dan kesejahteraan

masyarakat dan terhindar dari gangguan jiwa. Hasil Riset Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan RI tahun 2013 menunjukkan angka prevalensi gangguan jiwa berat sebesar 1,7 per mil dan angka prevalensi gangguan mental emosional sebesar 6 persen yang merupakan gangguan cemas dan depresi. Gangguan depresi jika menjadi berat dan tidak ditangani akan memicu tindakan bunuh diri yang merupakan salah satu penyebab kematian dini. Hal ini mengindikasikan bahwa masalah kesehatan jiwa merupakan salah satu masalah kesehatan yang perlu perhatian sejak dini.

Puskesmas merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan masyarakat yang lebih mengutamakan pada aspek promotif dan preventif disamping aspek kuratif dan rehabilitatif. Untuk itulah upaya kesehatan jiwa sudah harus dimulai dari tingkat puskesmas dan diharapkan minimal 20% puskesmas di setiap kabupaten/kota di seluruh wilayah RI dapat menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa dengan target yang sudah ditetapkan setiap tahunnya. Kriteria puskesmas yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa adalah:

- 1) Memiliki tenaga kesehatan yang sudah terlatih kesehatan jiwa
- 2) Melakukan kegiatan promotif kesehatan jiwa
- 3) Melakukan deteksi dini
- 4) Layanan pengobatan dasar dan rujukan kesehatan jiwa

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah kabupaten/kota yang sudah memiliki minimal 20% dari jumlah seluruh puskesmas di kabupaten/kota tersebut yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa

Rumus:-

MANFAAT

Adanya upaya kesehatan jiwa utamanya promotif dan preventif disamping kuratif dan rehabilitatif di puskesmas akan sangat bermanfaat bagi masyarakat di wilayah kerja puskesmas tersebut dalam rangka meningkatkan kesehatan jiwa dan kesejahteraan masyarakatnya.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Kementerian Kesehatan: Laporan administratif tahunan Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza, Ditjen P2P.

DISAGREGASI

Wilayah administrasi: nasional dan provinsi.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

TARGET 3.5

Memperkuat pencegahan dan pengobatan penyalahgunaan zat, termasuk penyalahgunaan narkotika dan penggunaan alkohol yang membahayakan.

INDIKATOR 3.5.1.(a)

Jumlah penyalah guna narkotika dan pengguna alkohol yang merugikan, yang mengakses layanan rehabilitasi medis.

KONSEP DAN DEFINISI

Memperkuat pencegahan dan pengobatan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika, dan Zat Aditif (NAPZA) termasuk penyalahgunaan narkotika dan penggunaan alkohol yang merugikan adalah salah satu upaya mengurangi angka kematian dini akibat dari penyakit tidak menular (*Non-communicable disease/NCD*).

Rehabilitasi adalah suatu proses pemulihan klien gangguan penyalahgunaan NAPZA, baik dalam bentuk rawat jalan maupun rawat inap, serta dalam jangka waktu pendek maupun panjang, yang bertujuan untuk mengubah perilaku dan mengembalikan fungsi individu tersebut di masyarakat.

Rehabilitasi medis adalah proses kegiatan pengobatan secara terpadu untuk membebaskan pecandu dari ketergantungan narkotika.

Layanan rehabilitasi medis adalah fasilitas layanan kesehatan baik Puskesmas, Klinik Pratama, RSUD atau RS khusus, yang telah ditetapkan menjadi Institusi Penerima Wajib Lapori (IPWL) oleh Menteri Kesehatan.

Mengakses layanan rehabilitasi medis berarti penyalah guna zat, termasuk narkotika dan alkohol yang telah mendapatkan layanan terapi dan rehabilitasi yang pembiayaannya ditanggung oleh pemerintah.

Fasilitas layanan kesehatan adalah Institusi penerima wajib lapori (IPWL) baik puskesmas, klinik pratama, RSUD atau RS khusus yang telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan menurut BNN:

Jumlah absolut pecandu/penyalah guna/korban penyalahgunaan NAPZA yang datang dan tercatat menjalani terapi dan rehabilitasi NAPZA di layanan rehabilitasi medis yang telah ditetapkan menjadi IPWL, baik milik sektor kesehatan, BNN, masyarakat maupun swasta.

Rumus: -

MANFAAT

1. Memperoleh jumlah kasus penyalah guna NAPZA yang mengakses layanan rehabilitasi medis yang telah ditetapkan menjadi IPWL, baik milik sektor kesehatan, BNN, masyarakat maupun swasta.
2. Peningkatan kualitas hidup dan kesehatan jiwa masyarakat.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

1. Kementerian Kesehatan: Laporan Tahunan P2MKJN Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
2. Kementerian Kesehatan: Data Profil Kesehatan Nasional sumber data Aplikasi SELARAS = Sistem Elektronik Pelaporan Rehabilitasi Medis) melalui RS, RSUD, RSUD dan Puskesmas yang sudah menjadi IPWL, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan
3. Badan Narkotika Nasional: Sistem Rehabilitasi Narkoba.

DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi
2. Jenis kelamin.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

INDIKATOR 3.5.1.(b)

Jumlah yang mengakses layanan pascarehabilitasi

KONSEP DAN DEFINISI

Pecandu/penyalah guna/korban penyalahgunaan zat, termasuk narkotika dan alkohol, yang mengikuti layanan pascarehabilitasi, setelah selesai menjalani program rehabilitasi.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah absolut pecandu/penyalah guna/korban penyalahgunaan zat, termasuk narkotika dan alkohol yang mengakses layanan pascarehabilitasi

Rumus: -

MANFAAT

1. Mengetahui jumlah pecandu yang dapat bertahan bebas zat sekurangnya dalam waktu 6 bulan sejak menjalani program pasca rehabilitasi
2. Peningkatan kualitas hidup diantaranya melalui produktivitas yang lebih baik

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

1. Kementerian Sosial.
2. Badan Narkotika Nasional: Sistem Rehabilitasi Narkoba

DISAGREGASI

Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

INDIKATOR 3.5.1.(c)

Jumlah korban penyalahgunaan NAPZA yang mendapatkan rehabilitasi sosial di dalam panti sesuai standar pelayanan.

KONSEP DAN DEFINISI

Adalah pecandu/penyalah guna/korban penyalahgunaan zat, termasuk narkotika dan alkohol, yang telah selesai mengikuti rehabilitasi sosial dalam panti (atau balai/loka/lembaga rehabilitasi sosial) milik pemerintah dan masyarakat.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah absolut pecandu/penyalah guna/korban penyalahgunaan zat yang datang dan tercatat menjalani rehabilitasi sosial di panti (atau balai/loka/lembaga rehabilitasi sosial) milik pemerintah dan masyarakat.

Rumus:-

MANFAAT

1. Memperoleh gambaran cakupan penerima layanan pemulihan berbasis sosial

2. Peningkatan kualitas hidup diantaranya melalui fungsi sosial yang lebih baik

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

1. Kementerian Sosial.
2. Badan Narkotika Nasional: Sistem Rehabilitasi Nasional.

DISAGREGASI

Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

INDIKATOR 3.5.1.(d)

Jumlah Lembaga Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan NAPZA yang telah dikembangkan/dibantu.

KONSEP DAN DEFINISI

Lembaga rehabilitasi sosial baik milik pemerintah maupun masyarakat yang telah menerima bantuan dan/atau pengembangan kelembagaan, baik dari sisi manajerial, SDM dan teknis pelayanan.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah absolut lembaga rehabilitasi sosial baik milik pemerintah maupun masyarakat yang telah menerima bantuan dan/atau pengembangan kelembagaan, baik dari sisi manajerial, SDM dan teknis pelayanan.

Rumus: -

MANFAAT

Menjamin penyelenggaraan rehabilitasi sosial yang beroperasi sesuai dengan standar layanan minimal yang terdapat di Indonesia.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

1. Kementerian Sosial
2. Badan Narkotika Nasional.

DISAGREGASI

Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

INDIKATOR 3.5.1.(e)

Prevalensi penyalahgunaan narkoba.

KONSEP DAN DEFINISI

Jumlah sampel orang berusia 10–59 tahun yang pernah menggunakan narkoba dalam 12 bulan terakhir dibagi jumlah populasi nasional berusia 10–59 tahun yang dinyatakan dalam satuan persen (%).

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Prevalensi penyalahgunaan narkoba adalah jumlah sampel orang berusia 10–59 tahun yang pernah menggunakan narkoba dalam 12 bulan terakhir dibagi jumlah populasi nasional berusia 10–59 tahun dikalikan 100%.

Rumus:

$$\text{PrevPN} = \frac{\text{JSOYPP 10-59}}{\text{JP 10-59}} \times 100\%$$

Keterangan:

PrevPN : Prevalensi penyalahgunaan narkoba
JSOYPP 10-59 : Jumlah seluruh sampel orang usia 10-59 tahun yang pernah pakai dalam 12 bulan terakhir
JP 10-59 : Total populasi usia 10-59 tahun

MANFAAT

1. Memperoleh gambaran besaran masalah.
2. Memperoleh bahan rujukan dalam pengembangan kebijakan terkait pencegahan, pemberantasan dan penanggulangan penyalahgunaan dan peredaran gelap Narkoba (P4GN).

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Badan Narkotika Nasional: Survei Nasional Berbasis Rumah Tangga, Tempat Kerja, dan Sekolah.

DISAGREGASI

1. Kelompok rumah tangga
2. Pekerja
3. Pelajar
4. Transportasi.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

INDIKATOR 3.5.2*

Konsumsi alkohol (liter per kapita) oleh penduduk umur ≥ 15 tahun dalam satu tahun terakhir.

KONSEP DAN DEFINISI

Jumlah minuman keras/beralkohol (liter per kapita 15 tahun keatas) yang dikonsumsi oleh penduduk umur ≥ 15 tahun adalah perbandingan antara jumlah minuman keras/beralkohol (liter) yang dikonsumsi penduduk umur ≥ 15 tahun dalam setahun terakhir dengan jumlah penduduk umur ≥ 15 tahun, dinyatakan dalam liter per kapita. Minuman mengandung alkohol meliputi bir dan minuman keras lainnya seperti anggur, vodka, dan sebagainya.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah minuman mengandung alkohol (liter) yang dikonsumsi oleh penduduk umur ≥ 15 tahun dalam setahun terakhir dibagi jumlah seluruh penduduk umur ≥ 15 tahun dinyatakan dalam satuan persen (%).

Rumus:

$$KA = \frac{JAyKP>15}{JP>15} \times 100\%$$

Keterangan:

- KA : Konsumsi alkohol (liter per kapita) oleh penduduk umur ≥ 15 tahun dalam satu tahun terakhir
- JAyKP>15 : Jumlah minuman mengandung alkohol (liter) yang dikonsumsi oleh penduduk umur ≥ 15 tahun dalam setahun terakhir
- JP>15 : Jumlah seluruh penduduk umur ≥ 15 tahun

MANFAAT

Indikator ini digunakan sebagai pendekatan untuk melihat penggunaan berbahaya dari alkohol yang dapat memicu tindak kriminalitas atau perilaku negatif.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor; dan Modul Konsumsi dan Pengeluaran (KP).

DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin
4. Kelompok umur.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

TARGET 3.7

Pada tahun 2030, menjamin akses universal terhadap layanan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk keluarga berencana, informasi dan pendidikan, dan integrasi kesehatan reproduksi ke dalam strategi dan program nasional.

INDIKATOR 3.7.1*

Proporsi perempuan usia reproduksi (15-49 tahun) atau pasangannya yang memiliki kebutuhan keluarga berencana dan menggunakan alat kontrasepsi metode modern.

KONSEP DAN DEFINISI

Proporsi pasangan usia subur (15-49 tahun) yang memiliki kebutuhan keluarga berencana dan menggunakan alat kontrasepsi metode modern adalah perbandingan perempuan usia reproduksi (15-49 tahun) atau pasangannya yang aktif secara seksual dan ingin menunda untuk memiliki anak atau tidak ingin menambah anak lagi dan menggunakan alat kontrasepsi metode modern dengan PUS yang memerlukan alat kontrasepsi.

Alat kontrasepsi metode modern terdiri dari sterilisasi perempuan, sterilisasi pria, pil, spiral/IUD, suntik KB, susuk KB, kondom, metode amenore laktasi (MAL).

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah perempuan usia reproduksi (15-49 tahun) atau pasangannya yang ingin menunda untuk memiliki anak atau tidak ingin menambah

anak lagi dan menggunakan alat kontrasepsi metode modern dibagi jumlah perempuan usia reproduksi (15-49 tahun) atau pasangannya dengan kebutuhan alat kontrasepsi dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

Rumus:

$$\text{CPR Modern} = \frac{\text{JPMdMAK}}{\text{JPMak}} \times 100\%$$

Keterangan:

- CPR Modern : Proporsi perempuan usia reproduksi (15-49 tahun) atau pasangannya yang aktif secara seksual dan ingin menunda untuk memiliki anak atau tidak ingin menambah anak lagi dan menggunakan alat kontrasepsi metode modern
- JPMdMAK : Jumlah perempuan usia reproduksi (15-49 tahun) atau pasangannya dengan kebutuhan alat kontrasepsi yang menggunakan alat kontrasepsi metode modern
- JPMak : Jumlah perempuan usia reproduksi (15-49 tahun) atau pasangannya yang memerlukan alat kontrasepsi

MANFAAT

Indikator ini berguna untuk mengukur perbaikan kesehatan ibu melalui pengaturan kelahiran. Indikator ini juga digunakan sebagai proksi untuk mengukur akses terhadap pelayanan reproduksi kesehatan yang sangat esensial.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerjasama dengan BPS: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).

DISAGREGASI

Wilayah administrasi: nasional dan provinsi.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Lima (5) tahunan.

INDIKATOR 3.7.1.(a)

Angka prevalensi penggunaan metode kontrasepsi (CPR) semua cara pada Pasangan Usia Subur (PUS) usia 15-49 tahun yang berstatus kawin.

KONSEP DAN DEFINISI

Angka prevalensi penggunaan metode kontrasepsi (CPR) semua cara pada Pasangan Usia Subur (PUS) usia 15-49 tahun yang berstatus kawin adalah perbandingan antara Pasangan Usia Subur (PUS) yang menjadi peserta KB aktif (peserta KB yang saat ini menggunakan salah satu alat kontrasepsi) dengan jumlah seluruh PUS pada periode yang sama, dinyatakan dalam satuan persen (%).

Pertanyaan mengenai penggunaan alat/cara kontrasepsi baik modern maupun tradisional ditanyakan pada perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang pernah melahirkan anak lahir hidup dalam dua tahun terakhir.

METODE PERHITUNGAN

Jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) umur 15-49 tahun yang menjadi peserta KB aktif (peserta KB yang saat ini menggunakan alat kontrasepsi) dibagi jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) umur 15-49 tahun berstatus kawin, yang dinyatakan dalam satuan persen (%).

Rumus:

$$\text{CPR-SC} = \frac{\text{JPUS-CPRSC}}{\text{JPUS15-49}} \times 100\%$$

Keterangan:

- CPR-SC : Angka pemakaian kontrasepsi (CPR) semua cara pada Pasangan Usia Subur (PUS) umur 15-49 tahun yang berstatus kawin
- JPUS-CPRSC : Jumlah PUS umur 15-49 tahun peserta KB aktif yang menggunakan alat kontrasepsi semua cara pada periode waktu tertentu
- JPUS15-49 : Jumlah PUS umur 15-49 tahun berstatus kawin pada periode waktu yang sama

MANFAAT

Indikator ini berguna untuk mengukur perbaikan kesehatan ibu melalui pengaturan kelahiran. Indikator ini juga digunakan sebagai proksi untuk mengukur akses terhadap pelayanan reproduksi kesehatan yang sangat esensial. Untuk menetapkan kebijakan pengendalian kependudukan, penyediaan pelayanan KB serta sterilisasi, pemasangan IUD, persiapan alat dan obat, serta pelayanan konseling untuk menampung kebutuhan dan menanggapi keluhan pemakaian kontrasepsi.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerjasama dengan BPS: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).

DISAGREGASI

Wilayah administrasi: nasional dan provinsi.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Lima (5) tahunan.

INDIKATOR 3.7.1.(b)

Angka penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) cara modern.

KONSEP DAN DEFINISI

Angka penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) cara modern adalah perbandingan antara Pasangan Usia Subur (PUS) umur 15-49 tahun yang menjadi peserta KB aktif metode kontrasepsi jangka panjang (peserta KB yang saat ini menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang) dengan jumlah seluruh PUS pada periode yang sama dinyatakan dalam persentase.

Metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) terdiri dari sterilisasi perempuan, sterilisasi pria, spiral/IUD, dan susuk KB.

METODE PERHITUNGAN

Jumlah PUS peserta KB aktif metode kontrasepsi jangka panjang (peserta KB yang saat ini menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang) dibagi jumlah PUS pada periode yang sama dan dinyatakan dalam persentase.

Rumus:

$$\text{MKJP cara modern} = \frac{\text{JPUSKB MKJP}}{\text{JPUS15-49}} \times 100\%$$

Keterangan:

MKJP cara modern : Jumlah PUS peserta KB aktif metode kontrasepsi jangka panjang (peserta KB yang saat ini menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang)

JPUSKB MKJP : Jumlah PUS umur 15-49 tahun peserta KB aktif metode kontrasepsi jangka panjang

JPUS15-49 : Jumlah PUS umur 15-49 tahun pada periode yang sama

MANFAAT

Indikator ini berguna untuk mengukur perbaikan kesehatan ibu melalui pengaturan kelahiran. Indikator ini juga digunakan sebagai proksi untuk mengukur akses terhadap pelayanan reproduksi kesehatan yang sangat esensial.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerjasama dengan BPS: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).

DISAGREGASI

Wilayah administrasi: nasional dan provinsi.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Lima (5) tahunan.

INDIKATOR 3.7.2*

Angka kelahiran pada perempuan umur 15-19 tahun (*Age Specific Fertility Rate/ ASFR*).

KONSEP DAN DEFINISI

Banyaknya kelahiran pada perempuan umur 15-19 tahun pada periode tertentu diantara jumlah penduduk perempuan umur 15-19 tahun pada periode yang sama, yang dinyatakan dalam 1.000 perempuan umur 15-19 tahun.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah kelahiran pada perempuan umur 15-19 tahun pada tahun tertentu dibagi jumlah perempuan umur 15-19 tahun pada periode yang sama dikali 1.000.

Rumus:

$$\text{ASFR 15-19 tahun} = \frac{\text{JK15-19}}{\text{JP15-19}} \times 1000$$

Keterangan:

- ASFR 15-19 : Angka Kelahiran Remaja Umur 15-19 tahun
JK15-19 : Jumlah kelahiran pada perempuan umur 15-19 tahun pada periode tertentu
JP15-19 : Jumlah penduduk perempuan umur 15-19 tahun pada periode waktu yang sama

MANFAAT

Angka ini diperlukan untuk memantau besarnya masalah kelahiran remaja. Semakin tinggi angka kelahiran remaja maka akan semakin tinggi risiko kematian ibu melahirkan dan bayi baru lahir.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

1. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerjasama dengan BPS: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).
2. BPS: Sensus Penduduk (SP) dan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS).

DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional dan provinsi
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Kelompok Pendapatan (pengeluaran)

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

1. SDKI: 5 tahunan
2. Sensus Penduduk (SP): 10 tahunan
3. Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS): 10 tahunan.

INDIKATOR 3.7.2.(a)

Total Fertility Rate (TFR).

KONSEP DAN DEFINISI

Total Fertility Rate (TFR) adalah jumlah anak rata-rata yang akan dilahirkan oleh seorang perempuan pada akhir masa reproduksinya apabila perempuan tersebut mengikuti pola fertilitas pada saat TFR dihitung.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Banyaknya kelahiran dari perempuan umur 15-49 tahun selama periode tertentu dibagi jumlah perempuan umur 15-49 tahun pada periode yang sama.

Rumus:

$$\text{TFR} = \frac{\text{JK15-49}}{\text{JP15-49}} \times 100\%$$

Keterangan:

TFR : *Total Fertility Rate* (TFR)

JK15-49 : Banyaknya kelahiran dari perempuan umur 15-49 tahun selama periode tertentu

JP15-49 : Jumlah penduduk perempuan umur 15-49 tahun pada periode yang sama

MANFAAT

Diketuinya TFR untuk suatu daerah akan membantu para perencana program pembangunan untuk meningkatkan rata-rata usia kawin, meningkatkan program pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan pelayanan ibu hamil dan perawatan anak, serta untuk mengembangkan program penurunan tingkat kelahiran.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

1. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerja sama dengan BPS: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).
2. BPS: Sensus Penduduk (SP) dan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS).

DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional dan provinsi
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Kelompok pendapatan (pengeluaran).

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

1. SDKI: 5 tahunan
2. Sensus Penduduk (SP): 10 tahunan
3. Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS): 10 tahunan.

TARGET 3.8

Mencapai cakupan kesehatan universal, termasuk perlindungan risiko keuangan, akses terhadap pelayanan kesehatan dasar yang baik, dan akses terhadap obat-obatan dan vaksin dasar yang aman,

efektif, berkualitas, dan terjangkau bagi semua orang.

INDIKATOR 3.8.1.(a)

Unmet Need Pelayanan Kesehatan.

KONSEP DAN DEFINISI

Unmet need pelayanan kesehatan atau persentase penduduk yang memiliki keluhan kesehatan dan terganggu aktifitasnya namun tidak berobat jalan adalah perbandingan antara banyaknya penduduk yang memiliki keluhan kesehatan dan terganggu aktifitasnya namun tidak berobat jalan dan jumlah penduduk, dinyatakan dalam satuan persen (%).

Aktifitas yang dimaksud adalah aktifitas penduduk sehari-hari seperti bekerja, bersekolah atau kegiatan sehari-hari lainnya.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah penduduk yang mengalami keluhan kesehatan dan terganggu aktivitasnya tetapi tidak berobat jalan pada waktu tertentu dibagi jumlah total penduduk, dinyatakan dalam persen (%).

Rumus:

$$\text{UNPK} = \frac{\text{JPKPK}}{\text{JP}} \times 100\%$$

Keterangan:

UNPK : *Unmet Need* Pelayanan Kesehatan.

JPKPK : Jumlah penduduk yang mengalami keluhan kesehatan dan terganggu aktivitasnya tetapi tidak berobat jalan pada waktu tertentu

JP : Jumlah penduduk pada periode waktu yang sama

MANFAAT

Indikator ini merupakan proksi untuk melihat cakupan penduduk yang seharusnya berobat ketika sakit, namun pada kenyataannya tidak berobat. Hal ini dapat disebabkan oleh berbagai hal seperti; tidak punya biaya berobat, tidak punya biaya transportasi, tidak ada sarana transportasi, atau karena waktu tunggu pelayanan yang lama sehingga berat hati untuk berobat.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.

DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin
4. Kelompok umur
5. Kelompok pendapatan (pengeluaran).

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

INDIKATOR 3.8.2*

Jumlah penduduk yang dicakup asuransi kesehatan atau sistem kesehatan masyarakat per 1.000 penduduk.

KONSEP DAN DEFINISI

Persentase penduduk yang memiliki jaminan kesehatan (baik BPJS Kesehatan, Jamkesda maupun asuransi swasta, perusahaan atau kantor) dinyatakan dalam satuan persen (%).

Yang termasuk dalam jaminan kesehatan melalui BPJS adalah pekerja penerima upah, pekerja bukan penerima upah/bukan pekerja, dan penerima bantuan iuran.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah penduduk yang memiliki jaminan kesehatan (baik BPJS Kesehatan, Jamkesda maupun asuransi swasta, perusahaan atau kantor) dibagi jumlah penduduk dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

Rumus:

$$\text{Cakupan Jamkes} = \frac{\text{JPJamkes}}{\text{JP}} \times 100\%$$

Keterangan:

- Cakupan Jamkes : Jumlah penduduk yang dicakup asuransi kesehatan atau sistem kesehatan masyarakat per 1.000 penduduk
- JPJamkes : Jumlah penduduk yang memiliki jaminan kesehatan pada waktu tertentu
- JP : Jumlah penduduk pada periode waktu yang sama

MANFAAT

Setiap orang mempunyai risiko finansial akibat menderita penyakit, untuk itu diperlukan sistem perlindungan kesehatan dalam bentuk asuransi kesehatan atau sistem kesehatan masyarakat indikator ini digunakan untuk memantau kecenderungan penduduk yang sudah terlindung oleh sistem asuransi kesehatan. Secara bertahap, idealnya semua penduduk tercakup oleh sistem asuransi kesehatan.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

1. Kementerian PPN/Bappenas
2. BPS terkait data penerima asuransi kesehatan selain BPJS (melalui Susenas) dan jumlah penduduk.

DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Jenis kelamin
3. Kelompok umur.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

INDIKATOR 3.8.2.(a)

Cakupan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

KONSEP DAN DEFINISI

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang bertujuan untuk memberikan perlindungan kesejahteraan bagi masyarakat Indonesia dari guncangan kesehatan. JKN secara bertahap direncanakan sebagai jaminan kesehatan semesta (*universal health coverage*) bagi seluruh penduduk Indonesia pada tahun 2019.

Cakupan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah perbandingan banyaknya penduduk yang mendapatkan perlindungan kesejahteraan dengan jumlah seluruh penduduk dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah penduduk yang mendapat perlindungan kesejahteraan (JKN) dibagi jumlah penduduk seluruhnya pada periode yang sama dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

Rumus:

$$\text{Cakupan JKN} = \frac{\text{JPJKN}}{\text{JP}} \times 100\%$$

Keterangan:

Cakupan JKN : Cakupan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

JPJKN : Jumlah penduduk yang mendapat Jaminan Perlindungan kesehatan (JKN)

JP : Jumlah penduduk seluruhnya pada periode yang sama

MANFAAT

Setiap warga negara tanpa terkecuali masyarakat miskin dan rentan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai dan berkualitas sesuai dengan amanat Undang Undang Dasar tahun 1945.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mempunyai multi manfaat, secara medis dan maupun non medis, bermanfaat secara komprehensif; yakni pelayanan yang diberikan bersifat paripurna mulai dari preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Seluruh pelayanan tersebut tidak dipengaruhi oleh besarnya biaya iuran bagi peserta. Promotif dan preventif yang diberikan bagi upaya kesehatan perorangan (*personal care*).

JKN menjangkau semua penduduk, artinya seluruh penduduk, termasuk warga asing harus membayar iuran dengan persentase atau nominal tertentu, kecuali bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, iurannya dibayar oleh pemerintah. Peserta yang terakhir ini disebut sebagai penerima bantuan iuran. Penduduk miskin sangat rentan terhadap terjadinya risiko gangguan kesehatan, oleh sebab itu perlu dilindungi sistem pembiayaannya. Dengan adanya perlindungan tersebut, maka akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan esensial dapat terpelihara. Pemerintah memberikan subsidi bantuan pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin, baik pada tingkat pelayanan primer, sekunder, maupun tersier. Harapannya semua penduduk Indonesia sudah menjadi peserta JKN pada tahun 2019.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

1. Kementerian Kesehatan.
2. BPJS Kesehatan.

DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Jenis kelamin

3. Kelompok umur.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

TARGET 3.9

Pada tahun 2030, secara signifikan mengurangi jumlah kematian dan kesakitan akibat bahan kimia berbahaya, serta polusi dan kontaminasi udara, air, dan tanah.

INDIKATOR 3.9.3.(a)

Proporsi Kematian Akibat Keracunan.

KONSEP DAN DEFINISI

Proporsi Kematian Akibat Keracunan adalah jumlah kematian akibat keracunan dinyatakan dalam satuan persen (%).

Menurut WHO sesuai dengan kode ICD 10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*) yaitu X40-X49, definisi keracunan adalah keracunan yang disebabkan oleh semua zat kimia termasuk obat-obatan dan makanan atau keracunan paparan dan zat berbahaya. Yang termasuk keracunan adalah: over dosis obat, obat yang salah diberikan, obat yang diminum secara tidak sengaja, kecelakaan dalam penggunaan obat-obatan, keracunan obat-obatan dan bahan biologi dalam prosedur medis dan bedah.

Sedangkan yang tidak termasuk adalah bunuh diri dengan menggunakan obat dalam dosis berlebih sehingga menyebabkan efek samping.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah kematian akibat keracunan dibagi dengan jumlah kematian seluruhnya dinyatakan dalam satuan persen (%).

Rumus:

$$PAR = \frac{JKAR}{JKS} \times 100\%$$

Keterangan:

PAR : Proporsi Kematian Akibat Keracunan

JKAR : Jumlah kasus kematian akibat keracunan pada waktu tertentu

JKS : Jumlah kasus seluruh kematian pada periode yang sama

MANFAAT

Indikator ini digunakan untuk melihat kecenderungan proporsi kematian akibat keracunan dan penyebabnya. Dengan demikian dapat disusun kebijakan, program dan kegiatan pencegahan yang lebih baik.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Kementerian Kesehatan: SRS (*Sample Registration System*).

DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional
2. Kelompok umur
3. Jenis kelamin.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Lima (5) Tahunan.

TARGET 3.a

Memperkuat pelaksanaan *the Framework Convention on Tobacco Control WHO* di seluruh negara sebagai langkah yang tepat.

INDIKATOR 3.a.1*

Persentase merokok pada penduduk umur ≥ 15 tahun.

KONSEP DAN DEFINISI

Persentase penduduk umur ≥ 15 tahun yang merokok tembakau setiap hari selama sebulan terakhir adalah perbandingan antara banyaknya penduduk umur ≥ 15 tahun yang merokok tembakau setiap hari selama sebulan terakhir dengan jumlah penduduk umur ≥ 15 tahun, dinyatakan dalam satuan persen (%). Definisi rokok meliputi merokok tembakau maupun cerutu.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah penduduk umur ≥ 15 tahun yang merokok tembakau setiap hari dalam sebulan terakhir dibagi jumlah penduduk umur ≥ 15 tahun dan dikalikan 100%.

Rumus:

$$\%M \geq 15 = \frac{JP \geq 15yM}{JP \geq 15} \times 100\%$$

Keterangan:

- $\%M \geq 15$: Persentase merokok pada penduduk umur ≥ 15 tahun
- $JP \geq 15yM$: Jumlah penduduk umur ≥ 15 tahun yang merokok tembakau setiap hari dalam sebulan terakhir pada waktu tertentu
- $JP \geq 15$: Jumlah penduduk umur ≥ 15 tahun pada periode yang sama

MANFAAT

Indikator ini merupakan proksi untuk memonitor pelaksanaan *Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)* WHO di Indonesia, dimana prevalensi tinggi penduduk yang merokok dapat berisiko terhadap kondisi kesehatan masyarakat.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.

DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Kelompok umur
4. Jenis kelamin
5. Kelompok pendapatan (pengeluaran).

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

TARGET 3.b

Mendukung penelitian dan pengembangan vaksin dan obat penyakit menular dan tidak menular yang terutama berpengaruh terhadap negara berkembang, menyediakan akses terhadap obat dan vaksin dasar yang terjangkau, sesuai *the Doha Declaration* tentang *the TRIPS Agreement and Public Health*, yang menegaskan hak negara berkembang untuk menggunakan secara penuh ketentuan dalam Kesepakatan atas Aspek-Aspek Perdagangan dari Hak Kekayaan Intelektual terkait keleluasaan untuk melindungi kesehatan masyarakat, dan khususnya, menyediakan akses obat bagi semua.

INDIKATOR 3.b.1.(a)

Persentase ketersediaan obat dan vaksin di Puskesmas.

KONSEP DAN DEFINISI

Jumlah puskesmas dengan kecukupan ketersediaan obat dan vaksin esensial dinyatakan dalam satuan persen (%).

Obat esensial adalah obat terpilih yang paling dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan, mencakup upaya diagnosis, profilaksis, terapi dan rehabilitasi, yang diupayakan tersedia di fasilitas kesehatan sesuai dengan fungsi dan tingkatnya.

Batasan atau standar kecukupan mengacu pada daftar obat esensial nasional puskesmas tahun 2013 yang ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 312/MENKES/SK/IX/2013.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah puskesmas dengan kecukupan ketersediaan obat dan vaksin esensial dibagi jumlah seluruh puskesmas dikalikan 100%.

Rumus:

$$KOVE = \frac{JPkmCOVE}{JPkm} \times 100\%$$

Keterangan:

- KOVE : Persentase ketersediaan obat dan vaksin di Puskesmas
JPkmCOVE : Jumlah puskesmas dengan kecukupan ketersediaan obat dan vaksin
JPkm : Jumlah seluruh puskesmas

MANFAAT

Obat sebagai salah satu indikator yang dipantau ketersediaannya merupakan obat indikator untuk pelayanan kesehatan dasar dan obat yang mendukung pelaksanaan program kesehatan. Untuk itu obat yang digunakan dalam program yang telah memenuhi kriteria obat esensial dicantumkan dalam Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN). Jumlah item obat dan vaksin yang dipantau adalah 144 item yang terdiri dari 135 item obat dan 9 item vaksin untuk imunisasi dasar.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Kementerian Kesehatan: Survei Indikator Kesehatan Nasional (Sirkesnas) dan/atau Laporan Rutin Program.

DISAGREGASI

1. Sirkesnas berdasarkan wilayah administrasi: nasional dan regional/pulau
2. Laporan rutin program (Lakip) berdasarkan wilayah administrasi: nasional, provinsi dan kabupaten/kota.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

TARGET 3.c

Meningkatkan secara signifikan pembiayaan kesehatan dan rekrutmen, pengembangan, pelatihan, dan retensi tenaga kesehatan di negara berkembang, khususnya negara kurang berkembang, dan negara berkembang pulau kecil.

INDIKATOR 3.c.1*

Kepadatan dan distribusi tenaga kesehatan.

KONSEP DAN DEFINISI

Untuk mengukur kepadatan tenaga kesehatan disuatu wilayah dapat digunakan rasio tenaga kesehatan per 1.000 penduduk.

Tenaga kesehatan terdiri dari tenaga medis, tenaga psikologi klinis, tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, tenaga keteknisian medis, tenaga teknis biomedika, tenaga kesehatan tradisional, dan tenaga kesehatan lain (UU Kesehatan No.36 Tahun 2014).

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah tenaga kesehatan menurut jenis dibagi jumlah seluruh populasi kemudian di kali 1.000.

Rumus:

$$KNakes = \frac{JNakes}{JP} \times 1.000$$

Keterangan:

KNakes : Kepadatan dan distribusi tenaga kesehatan

JNakes : Jumlah tenaga kesehatan menurut jenis pada waktu tertentu

JP : Jumlah seluruh penduduk pada periode yang sama

MANFAAT

Kualitas pelayanan publik sangat ditentukan oleh sistem dan tenaga pelayanan. Ketenagaan pelayanan seringkali menghadapi kendala dalam hal jumlah, sebaran, mutu dan kualifikasi, sistem pengembangan karir, dan kesejahteraan tenaga pelaksana pelayanan.

Ketenagaan di daerah tertinggal dan terpencil ditandai dengan rasio tenaga kesehatan per puskesmas yang lebih kecil, jangkauan desa terpencil yang lebih luas, dan proporsi pegawai PNS yang lebih sedikit, dukungan pustu dan polindes yang lebih sedikit, harapan terhadap insentif yang sangat tinggi, serta rencana kepindahan yang lebih tinggi.

Indikator ini dapat digunakan sebagai landasan perencanaan untuk pengembangan dan pemetaan tenaga kesehatan khususnya di daerah terpencil.

SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Kementerian Kesehatan: Sistem Registrasi Tenaga Kesehatan.

DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: provinsi dan kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin.

FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.