

# PENGANTAR PRINSIP KERJA PEMBANGUNAN KESEHATAN KABUPATEN

---

Oleh Arsad Rahim Ali, SKM, M.Kes  
Pemerhati masalah Gizi dan Kesehatan  
di Propinsi Sulawesi Barat

*Ditulis dengan tujuan untuk mengantarkan pemahaman prinsip kerja pembangunan kesehatan kabupaten. Dibuat sebagai kerangka pikir bagi para petugas kesehatan yang bekerja di tingkat kabupaten (Dinas Kesehatan Kabupaten) dengan menggunakan indikator yang jelas, terukur dan spesifik, dengan mengabungkan dua konsep, 1) target rencana strategis kesehatan dan 2) capaian kinerja kesehatan Kabupaten.*

**S**ebenarnya seorang tenaga kesehatan yang bekerja di tingkat Kabupaten/kota, harus memahami dua hal penting, yaitu ia bekerja dalam periode lima tahunan, dan kemudian terurai dalam kerja tahunan dan oleh karenanya ia harus memahami dua hal prinsip, PERTAMA, Rencana Strategis Kesehatan Kabupaten yang dibuat setiap lima tahun sekali, KEDUA, Pencapaian kinerja tahunan dalam periode lima tahun.

Kedua prinsip ini, adalah dasar dalam pembangunan kesehatan setingkat kabupaten/kota. Kedua prinsip ini tidak bisa dilepaskan dari konsep dan ilmu kesehatan, oleh karenanya seseorang yang bekerja dalam bidang pembangunan kesehatan, ia harus mempunyai ilmu kesehatan. Konsep Ilmu kesehatan dalam penerapan dua prinsip tersebut adalah prinsip-prinsip yang terdapat dalam epidemiologi kesehatan, sebagai ibu dari ilmu kesehatan

masyarakat dan atau konsep dari pembangunan kesehatan setingkat Kabupaten/Kota. Misalnya saja konsep tentang faktor resiko, prognosis dan profilaksis.

*Faktor resiko adalah besarnya kemungkinan orang sehat mengalami sakit, sedangkan prognosis adalah besarnya kemungkinan orang sakit (bc. Tidak Sehat) mengalami kematian, dan profilaksis adalah upaya-upaya pencegahan adanya faktor resiko (bc, mencegah orang sehat agar tidak sakit) dan faktor prognosis (bc. Mencegah orang sakit agar tidak mati).*

Untuk memperjelas prinsip kerja pembangunan kesehatan ini, berikut ditulis pengantar prinsip kerja pembangunan kesehatan di kabupaten/kota berdasarkan pengalaman empiris pembuatan rencana strategis Dinas Kesehatan Kabupaten dalam tiga periode kepemimpinan Bupati Terpilih. Dan Kemudian di gabungkan dengan pengalaman empiris dalam melaksanakan program dan kegiatan kesehatan di Kabupaten dan Puskesmas, selama tiga periode Kepemimpinan Bupati Terpilih.

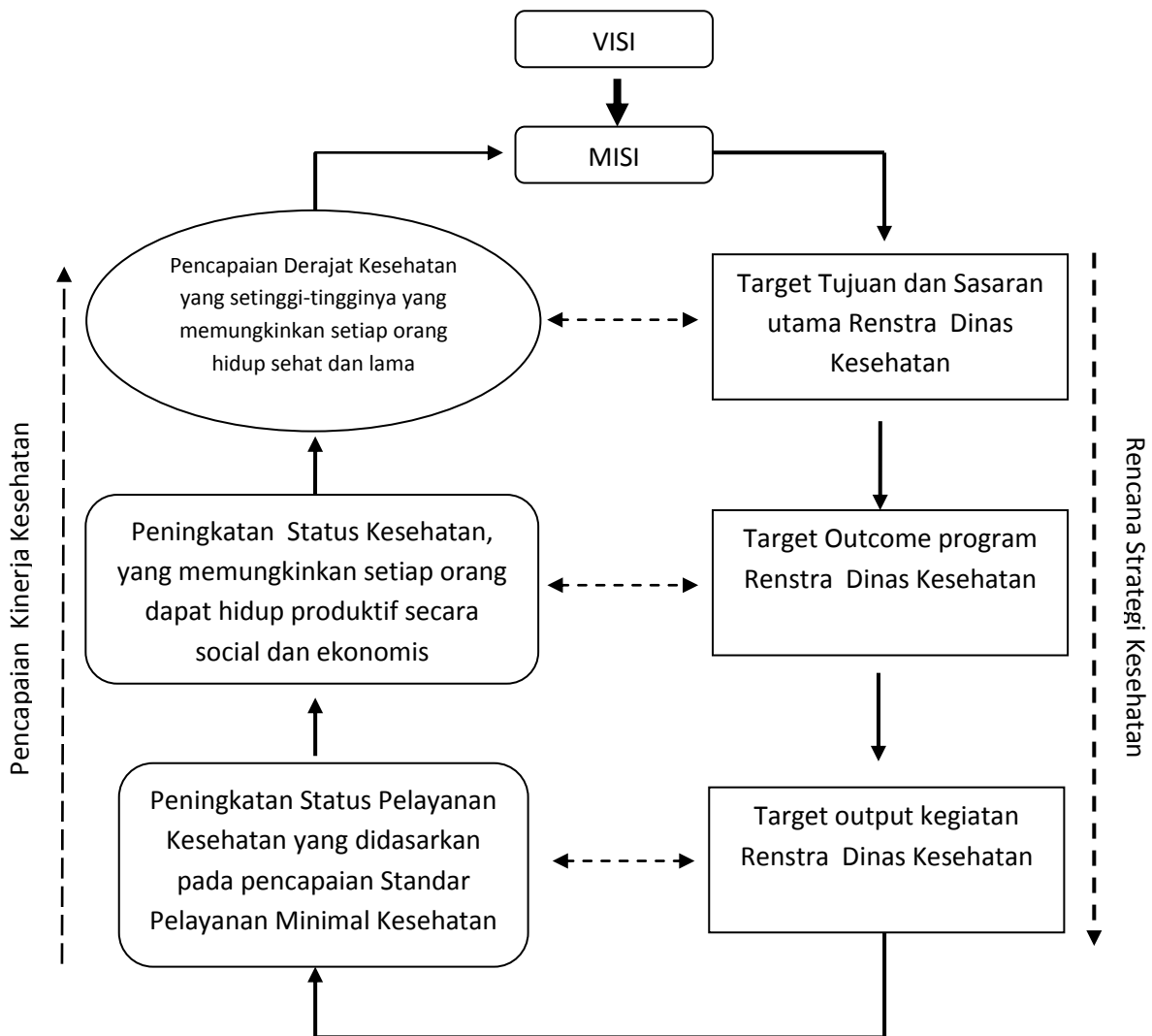
Dari dua pengalaman empiris ini, penulis kemudian meramunya menjadi Konsep Pembangunan Kesehatan Kabupaten, yang terurai atau dibangun dari dua konsep yaitu konsep Rencana Strategis Kesehatan dan konsep Pencapaian Kinerja Kesehatan

Konsep Rencana Strategis Kesehatan yang dimaksud disini adalah konsep perencanaan kesehatan untuk periode 5 tahun, sedangkan Konsep Pencapaian Kinerja Kesehatan yang dimaksud disini adalah konsep capaian kinerja kesehatan yang harus dicapai setiap tahunnya selama periode 5 tahun.

Untuk mempermudah konsep pembangunan kesehatan ini, dibuat model konsepnya, seperti yang terurai pada gambar Prinsip kerja dan Hubungan

antara Pencapaian Kinerja dan Penetapan Target Renstra Dinas Kesehatan dalam konsep pembangunan kesehatan kabupaten, yang disajikan pada gambar 01 dibawah ini.

Gambar 01.  
Prinsip kerja dan Hubungan antara Pencapaian Kinerja dan Penetapan Target Renstra Dinas Kesehatan dalam konsep pembangunan kesehatan kabupaten



## **Rencana strategis kesehatan.**

Rencana strategis (renstra) kesehatan kabupaten, wajib di buat dan diketahui oleh mereka yang bekerja di tingkat kabupaten, visi dan misi yang sudah ada sebagai penjabaran dari visi misi bupati dan wakil bupati terpilih. Selanjutnya dijabarkan oleh mereka yang bekerja di tingkat kabupaten dengan benar-dan sesuai tahapan pencapaian target-target yang tertuang dalam rencana strategis kesehatan kabupaten.

Target Tujuan dan Sasaran utama Renstra, meliputi penetapan tujuan dan sasaran. Tujuan dalam kerangka rencana strategis adalah tingkatan dengan tujuan tertinggi, merupakan hasil akhir dari periode lima tahunan tetapi diluar control program.

Sasaran program merupakan rincian atau bagian dari tujuan, bagaimana kita mencapai Tujuan, namun sasaran ini selalunya diluar kontrol program. Tujuan dan sasaran diluar kontrol program karena kegiatan-kegiatan tidak langsung mempengaruhinya tetapi dapat dicapai dengan gabungan beberapa dari program yang satu dengan program yang lainnya. Kontrol antar program ini adalah inti dari pencapain Tujuan dan Sasaran (Goals and Objectives). Dan seorang petugas kesehatan setingkat kabupaten, dituntut bukan saja mengetahui satu program tetapi juga mengetahui program lainnya.

Target Outcome program Renstra adalah Hasil spesifik apa yang harus diperoleh sesudah program berakhir. dan Target output kegiatan adalah Kegiatan-kegiatan yang tersusun untuk memperoleh outputs. Outcome program dan ouput kegiatan, merupakan kegiatan yang dapat dikontrol secara langsung. Pemahaman yang baik dan benar akan program dan kegiatan adalah kunci pencapaian target-target outcome dan output.

## **Pencapaian Kinerja Kesehatan.**

Pencapaian kinerja kesehatan adalah uraian rencana pencapaian kinerja yang disusun berdasarkan prinsip-prinsip ilmu kesehatan yaitu prinsip keadaan sehat, sakit dan mati atau lama hidup. Keadaan sehat berhubungan dengan pelayanan kesehatan (Status pelayanan Kesehatan), keadaan sakit berhubungan dengan pelayanan orang sakit (Status Kesehatan atau kesakitan), dan keadaan mati berhubungan dengan pelayanan pencegahan kematian (Status Derajat Kesehatan). Disusun secara vertical dari bawah keatas, Masing-masing dapat dijelaskan sebagai berikut

1. Peningkatan Status Pelayanan Kesehatan yang didasarkan pada pencapaian Standar Pelayanan Minimal Kesehatan, disusun setiap tahunnya, yaitu pada awal tahun sebagai sasaran kerja yang harus dicapai selama satu kerja. Ada dua sasaran kerja yaitu 1) Sasaran Populasi misalnya jumlah penduduk, jumlah ibu hamil, ibu bersalin, bayi, anak balita, WUS, PUS, usila dan sasaran populasi lainnya dan 2) Sasaran Sarana dan Prasarana. Misalnya jumlah Posyandu, Pustu, Puskesmas, Tenaga Kesehatan, obat-obatan, Alat Kesehatan dan sasaran sarana dan prasarana kesehatan lainnya. Prinsip kerja dalam menentukan status pelayanan ini adalah mencegah orang sehat agar tidak sakit, Semakin tinggi capaian pelayanan kesehatan sehat, semakin rendah angka kesakitan.
2. Peningkatan Status Kesehatan, yang memungkinkan setiap orang dapat hidup produktif secara social dan ekonomis. Sebagaimana status pelayanan kesehatan, status kesehatan dalam pencapaiannya terlebih dahulu juga dibuat sasaran pencapaiannya yaitu faktor resiko yang langsung dihubungkan dengan populasi yang beresiko (bc. Suspek)

berdasarkan jumlah penduduk dalam periode satu tahun. Prinsip kerjanya adalah semakin tinggi capaian pelayanan populasi yang beresiko, semakin rendah angka kesakitan.

3. Pencapaian Derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya yang memungkinkan setiap orang hidup sehat dan lama, sangat di pengaruhi capaian status pelayanan (kesehatan) dan status kesehatan (kesakitan), capaiannya adalah angka harapan hidup dengan angka-angka yang mempengaruhinya yaitu kematian ibu, bayi dan balita.

Yang terpenting dalam pengelolaan capaian kinerja adalah pengelolaan data capaian, pola-pola data yang terbentuk untuk melihat kecenderungan capaian, naik, turun dan tetap, dan pembuatan rekomendasi keputusan (bc. Kebijakan) dalam menyingkapi naik-turunnya capaian kinerja.

## **Hubungan Rencana strategis kesehatan dan Pencapaian Kinerja Kesehatan**

Rencana strategis kesehatan adalah rencana strategis yang dibuat secara bertahap, dimulai dari penetapan target tujuan dan sasaran, kemudian dijabarkan dalam penetapan target outcome program dan diuraikan dalam bentuk penetapan target output kegiatan, prinsipnya adalah diuraikan secara vertical dari atas ke bawah (top-down). Capaian kinerja kesehatan adalah capaian dari sasaran kinerja yang telah dibuat, melihatnya secara prospektif dari bawah ke atas (bottom-top) dimulai dari pelayanan kesehatan, pelayanan kesakitan dan pencegahan kematian. Hubungan rencana strategis dan capaian kinerja adalah cara melihat 3 elemen yang terbentuk (bc. Lihat Gambar), secara vertical dan horizontal (logical vertical and logical horizontal)

berdasarkan indicator yang telah dibuat, baik pada penetapan target pada rencana strategis maupun capaian kinerja yang dibuat setiap tahunnya.

Hubungan vertical – horizontal Rencana strategis kesehatan dan pencapaian kinerja kesehatan yang dibuat secara bertahap tersebut dapat diuraikan sebagai berikut.

1. Target Tujuan dan Sasaran utama Renstra Dinas Kesehatan, ini adalah target lima tahun, dan untuk mempermudah pengendaliannya dapat ditargetkan setiap tahunnya, hal ini dimaksudkan untuk melihat, apakah program dan kegiatan yang dilaksanakan benar-benar mengarah pada pencapaian tujuan dan sasaran yang telah dibuat atau ditetapkan dalam rencana strategis kabupaten, analisis yang digunakan biasanya memakai analisis regresi yaitu memasukan data-data capaian lima tahun sebelumnya guna mendapatkan formula target capaian lima berikutnya.

Target tujuan dan sasaran yang ditetapkan dalam rencana strategis Kesehatan Kabupaten/kota, dalam penyusunan tidak boleh dipisahkan dari konsep pencapaian kinerja, yaitu secara horizontal seperti yang disajikan dalam gambar yaitu Pencapaian Derajat Kesehatan yang setinggi-tingginya yang memungkinkan setiap orang hidup sehat dan lama. Oleh karena itu target-target yang dicantukan disini adalah target-target yang berhubungan dengan angka kelangsungan hidup misalnya angka kematian dan lama hidup.

2. Target Outcome program Renstra Dinas Kesehatan, ini adalah target 2-3 tahunan, dan untuk mempermudah pengendaliannya dapat ditargetkan setiap tahunnya. Target Outcome Program adalah target program, bukan target kegiatan artinya penentuan target program didasarkan pada penjabaran target-target kegiatan. Untuk

mempermudah pemahaman target program ini, dapat dilihat atau dihubungkan secara horizontal pada gambar dengan pencapaian kinerja yaitu diarahkan Peningkatan Status Kesehatan, yang memungkinkan setiap orang dapat hidup produktif secara social dan ekonomis, oleh karena itu target-target yang dicantukan disini adalah target-target yang berhubungan dengan angka-angka kesakitan.

3. Target output kegiatan Renstra Dinas Kesehatan adalah target tahunan dan untuk mempermudah pengendaliannya dapat dibuat target bulanan dan triwulan dalam tahun bersangkutan. Target Output ini biasanya biasa disebutkan juga target standar pelayanan minimal. Setiap kegiatan yang ditetapkan mempunyai standar pelayanan minimal, bila dihubungkan dengan pencapaian kinerja, maka kegiatan yang dilaksanakan diarahkan pada pencapaian status pelayanan kesehatan.

Untuk mempermudah pemahaman penetapan target dan capaian kinerja, penulis lampirkan Hubungan antara penetapan Target dalam Rencana strategis Kesehatan dan Pencapaian Kinerja Kesehatan Kabupaten/kota selama periode 5 tahun Kabupaten Polewali Mandar 2014-2017

## **Kesimpulan**

Dari Uraian Pengantar prinsip kerja pembangunan kesehatan kabupaten dapat disimpulkan sebagai berikut

1. Target-target pada rencana strategis yang disusun secara vertical (topdown) mulai dari penetapan tujuan dan sasaran, kemudian outcome program dan output kegiatan, harus disesuaikan dengan prinsip-prinsip ilmu kesehatan misalnya Faktor resiko, prognosis dan profilaksis.



2. Perhitungan pencapaian kinerja sebagai dasar dalam bekerja dimulai dari menetapkan status pelayanan yaitu memberikan pelayanan kepada orang sehat, status kesehatan yaitu memberikan pelayanan kepada mereka dicurigai sakit dan sakit, dan kemudian status kelangsungan hidup
3. Hubungan antara target-target rencana strategis dan pencapaian kinerja adalah Target Tujuan dan Sasaran adalah pencapaian kinerja pada status kelangsungan hidup. Target Outcome adalah pada pencapaian status kesehatan dan Output adalah pada pencapaian status pelayanan kesehatan. Ke tiga elemen tersebut harus di lihat dalam kerangka pikir vertical dan horizontal (logical vertical and logical horizontal
4. Uraian dalam tulisan ini, hanya sebuah pengantar mengenal prinsip pembangunan kesehatan setingkat kabupaten, mengkajinya lebih jauh masih dibutuhkan pemahaman akan program dan kegiatan kesehatan dan prinsip-prinsip dalam ilmu kesehatan misalnya faktor resiko, prognosis dan profilaksis.

Contoh Hubungan antara penetapan Target dalam Rencana strategis Kesehatan dan Pencapaian  
Kinerja Kesehatan Kabupaten/kota selama periode 5 tahun\*\*

Sasaran Startegis dan Indikator Kinerja	Satuan	Capain Kinerja	Target Kinerja					Metode Perhitungan pencapaian kinerja
			2014	2015	2016	2017	2018	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>I. Peningkatan Status pertumbuhan, perkembangan, perlindungan dan Kelangsungan hidup</b>								
Menurunnya angka kematian bayi dari 11.37 per 1000 menjadi 6.5 per 1000 kelahiran hidup	Angka per 1000 KH	11.37 per 1000 KH	11.18	10.00	8.82	7.65	6.47	A = Jumlah kematian bayi (0-12) bulan dibagi dengan, B = Jumlah Bayi lahir hidup, dalam tahun bersangkutan di kali konstanta (k=1000 ) ----> A/B x 1000
Menurunkan angka kematian ibu dari 132 per 100.000 menjadi 71 per 100.000 kelahiran hidup	Angka per 100.000 KH	132 per 100.000 KH	120	106	94	82	71	A = Jumlah kematian ibu Maternal ( bumil, bulin dan nifas) dibagi dengan, B = Jumlah Bayi lahir hidup, dalam tahun bersangkutan di kali konstanta (k=100.000 ) ----> A/B x 100.000
Menurunnya prevalensi gizi kurang dan buruk dari 15.32 % menjadi dibawah 7 %	Angka Per 100	15.32%	12.00 %	10.05%	9.00%	8.50 %	7.00%	A = Jumlah balita gizi kurang dan gizi buruk indekd (BB/U) dibagi dengan, B = Jumlah seluruh balita (gizi buruk + gizi kurang + gizi baik dan Lebih indek BB/U) dalam tahun bersangkutan di kali konstanta (k=100 ) ----> A/B x 100
Meningkatnya cakupan imunisasi dasar lengkap bayi usia 0-11 bulan dari 60% menjadi 90%;	Per 100	60%	90%	90%	90%	90%	90%	A = Jumlah bayi mendapat imunisasi lengkap (BCG, HBO, DPT, Polio dan Campak) dibagi dengan, B = Jumlah sasaran bayi dalam tahun bersangkutan di kali konstanta (k=100 ) ----> A/B x 100
<b>II. Peningkatan Status Kesehatan agar masyarakat dapat hidup sehat, produktif secara sosial dan ekonomis</b>								
Menurunnya prevalensi Tuberculosis dari 215 menjadi 150 per 100.000 penduduk;	Angka per 100.000 pddk	215 per 100.000 pddk	200	195	185	165	150	A = Jumlah Penderita TB Paru Positif dibagi dengan, B = Jumlah Penduduk dalam tahun bersangkutan di kali konstanta (k=100.000 ) ----> A/B x 100.000
Menurunnya kasus malaria (Annual Paracite Index-API) dari 2 menjadi 1 per 1.000 penduduk;	Angka per 1.000 pddk	2 per 1.000 pddk	1.5	1.3	1	0.9	0.7	A = Jumlah Penderita Kasus Malaria Positif dibagi dengan, B = Jumlah Penduduk dalam tahun bersangkutan di kali konstanta (k=1000 ) ----> A/B x 1000

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Persentase Desa yang mencapai UCI dari 80% menjadi 90%;	Per 100	80%	90%	90%	90%	90%	90%	A = Jumlah Desa dengan UCI=80% dibagi dengan, B = Jumlah Desa/kel dalam tahun bersangkutan di kali konstanta (k=100) ----> A/B x 100
Menurunnya Angka kesakitan DBD dari 10 menjadi 5 per 100.000 penduduk.	Angka per 100.000 pddk	10 per 100.000 pddk	9	8	7	6	5	A = Jumlah Penderita DBD Positif bagi dengan, B = jumlah penduduk dalam tahun bersangkutan di kali konstanta (k=100.000) ----> A/B x 100.000
Menurunnya penderita diare dari 389 per 1000 balita menjadi 250 per 1000 balita	Angka per 1000 Balita	389 per 1000 Balita	350	325	300	275	250	A = Jumlah Penderita diare Positif bagi dengan, B = jumlah balita dalam tahun bersangkutan di kali konstanta (k=1000) ----> A/B x 1000
Menurunnya penderita pneumonia dari 50 per 1000 balita menjadi 25 per 1000 balita	Angka per 1000 balita	50 per 1000 balita	50	45	35	30	25	A = Jumlah Penderita Pneumonia Positif bagi dengan, B = jumlah saspek balita penumonia dalam tahun bersangkutan di kali konstanta (k=1000) ----> A/B x 1000
Meningkatnya penemuan kasus-kasus suspek penyakit menular dan tidak menular dari 25 % menjadi 80%	Per 100	25%	45%	60%	65%	70%	80%	A = Jumlah penderita suspek PM (diare dan Pneumonia) dan PTM (Dm, HP, Strok) yang lacak. Dibagi dengan B = Jumlah keseluruhan saspek PM dan PTM dalam tahun bersangkutan. Di kali konstanta (k=100)
<b>III. Meningkatkan Status Pelayanan Kesehatan</b>								
<b>A. Peningkatnya capaian Standar pelayanan Minimal Kesehatan (SPM –Kesehatan) sampai dengan target yang ditetapkan</b>								
Cakupan kunjungan ibu hamil (K4) sampai dengan 95%	Per 100	78%	95%	95%	95%	95%	95%	A = Jumlah Ibu Hamil dengan pelayanan 1 kali pada tribulan pertama, 1 kali pada triwulan ke 2 dan 2 kali pada triwulan ke 3 dibagi dengan, B = jumlah sasaran ibu hamill dalam tahun bersangkutan di kali konstanta (k=100) ----> A/B x 100
Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani sampai dengan 80%	Per 100	61%	80%	80%	80%	80%	80%	A = Jumlah Ibu Hamil dengan pelayanan komplikasi kebidanan dibagi dengan, B = 20 % jumlah sasaran ibu hamill dengan komplikasi dalam tahun bersangkutan di kali konstanta (k=100) ----> A/B x 100

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih sampai dengan 90%	Per 100	86%	90%	90%	90%	90%	90%	A = Jumlah Ibu Hamil dengan dengan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dibagi dengan, B = jumlah sasaran persalinan dalam tahun bersangkutan di kali konstanta (k=100) ----> A/B x 100
Cakupan pelayanan nifas sampai dengan 90%	Per 100	85%	90%	90%	90%	90%	90%	A = Jumlah Pelayanan ibu nifas dibagi dengan, B = jumlah sasaran ibu nifas dalam tahun bersangkutan di kali konstanta (k=100) ----> A/B x 100
Cakupan neonatus komplikasi yang ditangani sampai dengan 80%	Per 100	44%	80%	80%	80%	80%	80%	A = Jumlah neonatus komplikasi yang ditangani dibagi dengan, B = 15 % jumlah sasaran neonatus komplikasi dalam tahun bersangkutan di kali konstanta (k=100) ----> A/B x 100
Cakupan kunjungan bayi sampai dengan 90%	Per 100	91%	90%	90%	90%	90%	90%	A = Jumlah kunjungan bayi dibagi dengan, B = jumlah sasaran bayi dalam tahun bersangkutan di kali konstanta (k=100) ----> A/B x 100
Cakupan pelayanan anak balita sampai dengan 90%	Per 100	50%	90%	90%	90%	90%	90%	A = Jumlah Pelayanan Kesehatan anak balita dibagi dengan, B = jumlah sasaran anak balita dalam tahun bersangkutan di kali konstanta (k=100) ----> A/B x 100
Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6-24 bulan pada keluarga miskin sampai dengan 100%	Per 100	99%	100%	100%	100%	100%	100%	A = Jumlah anak baduta (6-24 bln) dari keluarga miskin yang mendapatkan MP-ASI dibagi dengan, B = jumlah baduta dari keluarga miskin dalam tahun bersangkutan di kali konstanta (k=100) ----> A/B x 100
Cakupan gizi buruk yang mendapat perawatan sampai dengan 100%	Per 100	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A = Jumlah balita dengan gizi buruk yang mendapatkan perawatan dibagi dengan, B = jumlah seluruh balita yang menderita gizi buruk dalam tahun bersangkutan di kali konstanta (k=100) ----> A/B x 100
Cakupan penjarangan siswa SD dan setingkat sampai dengan 100%	Per 100	45%	100%	100%	100%	100%	100%	A = Jumlah siswa SD kelas 1 yang mendapatkan penjarangan kesehatan dibagi dengan, B = jumlah seluruh siswa SD Kelas dalam tahun bersangkutan di kali konstanta (k=100) ----> A/B x 100
Cakupan peserta KB aktif sampai dengan 70%	Per 100	50%	70%	70%	70%	70%	70%	A = Jumlah Peserta KB Aktif dibagi dengan, B = jumlah seluruh peserta KB aktif dan tidak aktif dalam tahun bersangkutan di kali konstanta (k=100) ----> A/B x 100

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Cakupan pelayanan kesehatan dasar 20 % masyarakat miskin, sampai dengan 100%	Per 100	68%	100%	100%	100%	100%	100%	A = Jumlah Peserta yang mendapat pelayanan kesehatan dasar dari keluarga miskin dibagi dengan, B = jumlah sasaran 20 % menderita sakit dari masyarakat miskin di kali konstanta (k=100) - ----> $A/B \times 100$
Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin sampai dengan 100%	Per 100	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A = Jumlah Peserta yang mendapat pelayanan kesehatan rujukan dari keluarga miskin dibagi dengan, B = jumlah sasaran 2 % rujukan dari masyarakat miskin di kali konstanta (k=100) ----> $A/B \times 100$
Cakupan pelayanan kesehatan gawat darurat level 1 yang harus diberikan sarana pelayanan kesehatan sampai dengan 100%	Per 100	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A = Jumlah Sarana Fasilitas Kesehatan dengan pelayanan gawat darurat level 1 dibagi dengan, B = jumlah seluruh sarana fasilitas kesehatan yang ada di kali konstanta (k=100) ----> $A/B \times 100$
Cakupan desa/kelurahan yang mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam, sampai dengan 100%	Per 100	100%	100%	100%	100%	100%	100%	A = Jumlah Desa/Kel yang mengalami KLB yang dilakukan Penyelidikan Epidemiologi < 24 jam dibagi dengan, B = jumlah seluruh Desa/Kel yang mengalami KLB di kali konstanta (k=100) ----> $A/B \times 100$
Cakupan desa siaga aktif sampai dengan 80%	Per 100	62%	80%	80%	80%	80%	80%	A = Jumlah Desa/Kel Siaga Aktif dibagi dengan, B = jumlah seluruh Desa/Kel Siaga yang terbentuk di kali konstanta (k=100) ----> $A/B \times 100$
Cakupan posyandu mandiri sampai dengan 60%	Per 100	25%	30%	45%	50%	60%	65%	A = Jumlah Posyandu aktif (Mandiri dan Purnama) dibagi dengan, B = jumlah seluruh Posyandu yang terbentuk di kali konstanta (k=100) ----> $A/B \times 100$
Cakupan ODF (Open Defecation Free) sampai dengan 60%	Per 100	10%	20%	30%	40%	50%	60%	A = Jumlah Desa/Kel dengan ODF (Open Defecation Free) dibagi dengan, B = jumlah seluruh Desa/Kel yang ada di kali konstanta (k=100) ----> $A/B \times 100$
<b>B. Pencapaian Standar sarana dan prasarana pelayanan kesehatan sampai dengan yang ditargetkan</b>								
Rasio tenaga dokter per 2.500 penduduk	Rasio	6.069	4.682	4.682	3.641	3.641	2.341	A = Jumlah tenaga dokter dibagi dengan, B = jumlah penduduk dalam tahun bersangkutan di kali konstanta (k= 2.500) ----> $A/B \times 2.500$
Rasio Poskesdes per desa (1:1)	Rasio	1.11	1.08	1.08	1.04	1.01	1.00	A = Jumlah desa dengan Poskesdes dibagi dengan, B = jumlah desa/kel yang ada ----> $A/B$

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Jumlah Puskesmas dengan standar operasional prosedur pelayanan minimal kesehatan, sampai dengan 80%	Jumlah Puskesmas	4	7	11	1	4	17	A = Jumlah Puskesmas dengan standar operasional prosedur pelayanan minimal kesehatan dari seluruh Puskesmas yang ada
Jumlah Fasilitas Kesehatan yang standar, sampai dengan 80%	Jumlah Faskes	2	6	9	12	16	18	A = Jumlah Fasilitas Kesehatan puskesmas yang standar dari seluruh Puskesmas yang ada

*\*\*Sumber : Penetapan kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Polewali Mandar tahun 2016*

## Daftar Pustaka

1. Aninymous (2015), *Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Polewali Mandar 2014-2019*.
2. Arsad Rahim Ali, (2010) *Pentingnya Logical framework –Kerangka Kerja Logis – Dalam Penyelenggaraan Program*. [www.arali2008.wordpress.com](http://www.arali2008.wordpress.com)
3. Peraturan Menteri dalam Negeri No 54 2010 tentang pelaksanaan peraturan pemerintah nomor 8 tahun 2008 tentang tahapan, tatacara penyusunan, pengendalian dan evaluasi pelaksanaan rencana pembangunan daerah.
4. Arsad Rahim Ali, dkk (2015) *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Polewali Mandar Tahun 2014*
5. Aninymous (2016) *Penetapan kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Polewali Mandar tahun 2016*