



**I**NDEKS  
**P**EMBANGUNAN  
**K**ESEHATAN  
**M**ASYARAKAT

**IPKM**

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

2010

# DAFTAR ISI

HAL

**Halaman Judul**

**Kata Pengantar**

**Sambutan Menteri Kesehatan Republik Indonesia**

**Daftar Isi**

<b>BAB 1.</b>	<b>PENDAHULUAN</b>	<b>1</b>
	<b>Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS)</b>	<b>1</b>
	<b>Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS)</b>	<b>4</b>
	<b>Survei Potensi Desa (PODES)</b>	<b>4</b>
	<b>Indeks Pembangunan Manusia (IPM)</b>	<b>5</b>
	<b>Batasan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM)</b>	<b>9</b>
	<b>Tujuan</b>	<b>9</b>
	<b>Manfaat</b>	<b>9</b>
<b>BAB 2.</b>	<b>PERUMUSAN IPKM</b>	<b>10</b>
	<b>Menentukan Indikator</b>	<b>10</b>
	<b>Mengembangkan Alternatif IPKM</b>	<b>10</b>
	<b>Rangkaian Pertemuan</b>	<b>12</b>
<b>BAB 3.</b>	<b>CARA PENGHITUNGAN IPKM</b>	<b>14</b>
	<b>Hasil</b>	<b>16</b>
	<b>Penentuan IPKM Terpilih</b>	<b>18</b>
	<b>Definisi Operasional Variabel</b>	<b>19</b>
<b>BAB 4.</b>	<b>KETERBATASAN IPKM</b>	<b>23</b>
<b>BAB 5.</b>	<b>PEMANFAATAN IPKM</b>	<b>24</b>

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN  
PEMBERLAKUAN IPKM**

**LAMPIRAN: TABEL INDIKATOR PER KAB/ KOTA PER PROVINSI**

## KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr. wb.

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT, berkat rahmat, taufiq dan hidayahNya, tim perumus berhasil menyelesaikan tugasnya, menerbitkan buku pedoman "Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat" (IPKM), sebuah buku kecil yang diharapkan bermanfaat besar bagi pembangunan kesehatan di Indonesia.

Setelah melalui persiapan yang menguras pikiran, tenaga dan dana pada tahun sebelumnya, akhirnya pada tahun 2007/2008 jajaran Balitbangkes berhasil melaksanakan Riset Kesehatan Dasar, suatu survei berskala nasional dengan representasi sampai tingkat kabupaten/ kota. Inilah untuk pertama kali, Kementerian Kesehatan mempunyai data berbasis komunitas sampai tingkat kabupaten/ kota.

Banyaknya indikator kesehatan hasil Riskesdas dan adanya Indeks Pembangunan Manusia (IPM) tingkat kabupaten/ kota, telah memunculkan gagasan baru, mengembangkan indikator komposit kesehatan masyarakat, yang bisa menjabarkan lebih lanjut indikator kesehatan dalam IPM. Gagasan tersebut terus bergulir dan ditindak-lanjuti dengan serangkaian diskusi ilmiah, seminar, lokakarya sampai konsultasi ke Menteri Kesehatan, dan akhirnya lahirlah IPKM, suatu indeks komposit terdiri dari 24 indikator kesehatan utama yang dikumpulkan dari 3 survei berbasis komunitas yaitu Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) dan Survei Potensi Desa (Podes). IPKM terpilih adalah yang mempunyai keeratn hubungan dengan indikator Umur Harapan Hidup Waktu Lahir dalam IPM.

IPKM banyak manfaatnya: untuk advokasi ke Pemerintah Daerah, untuk memprioritaskan daerah mana yang harus dibantu, untuk menentukan besarnya bantuan dana dari pusat ke daerah, termasuk untuk menentukan prioritas program yang harus diintervensi pada suatu lokasi. Mengingat manfaat yang demikian banyak dari IPKM, maka dipandang perlu untuk menyusun buku pedoman yang berisi tentang konsep IPKM dan bagaimana memanfaatkan indeks tersebut untuk menajamkan prioritas pembangunan kesehatan.

Buku kecil tentang Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat ini diterbitkan sebagai panduan bagi jajaran kesehatan khususnya dan pemangku kepentingan pembangunan kesehatan lainnya, agar dapat disebarluaskan dan digunakan untuk mengembangkan “evidence based planning” di masing-masing tingkat administrasi pemerintahan.

Kami mengucapkan banyak terima kasih kepada tim perumus dan para pakar yang telah memberikan masukan, kritik, dan saran yang membangun, sehingga akhirnya IPKM bisa dirumuskan. Kami juga mohon maaf bila pada buku pedoman ini masih banyak kekurangan dan kesalahan. Semoga bermanfaat.

Billahit taufiq walhidayah wassalamu’alaikum wr. wb.

Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Kementerian Kesehatan RI,

DR. Dr. Trihono, MSc

## **SAMBUTAN MENTERI KESEHATAN**

### **REPUBLIK INDONESIA**

Assalamu'alaikum wr. wb.

Pertama-tama marilah kita mengucapkan puji syukur ke hadapan Allah SWT, atas rahmat dan barokahnya kita masih diberi kesehatan dan kemampuan prima, sehingga bisa menyelesaikan tugas-tugas kita dengan seksama.

Saya menyambut gembira dirumuskannya IPKM (Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat) setelah melalui serangkaian diskusi ilmiah yang melelahkan selama hampir satu tahun. Ini adalah salah satu terobosan penting dalam bidang kesehatan di Indonesia yang patut kita banggakan. IPKM merupakan kelanjutan dari terobosan sebelumnya: Riskesdas berskala nasional tahun 2007/2008.

Mengingat pentingnya IPKM ini, saya telah mengeluarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan yang intinya adalah memberikan arah agar pemanfaatan IPKM bisa optimal.

Ucapan terimakasih saya sampaikan, atas kerja cerdas jajaran Balitbangkes, sehingga selain IPKM berhasil dirumuskan, pedoman pemanfaatannya juga berhasil diterbitkan. Semoga penerbitan buku panduan ini bisa mempercepat diseminasi informasi IPKM dan makin banyak dimanfaatkan oleh banyak pihak, guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia.

Sekali lagi saya ucapkan salut dan selamat atas karya inovatif Balitbangkes, semoga disusul dengan karya-karya inovatif lainnya

Billahit taufiq walhidayah wassalamu'alaikum wr. wb.

Menteri Kesehatan RI.

Dr. Endang Rahayu Sedyaningsih, MPH, DR.PH

## BAB 1. PENDAHULUAN

### Riset Kesehatan Dasar

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) merupakan survei yang dirancang untuk mengumpulkan data-data dasar dalam bidang kesehatan. Riskesdas 2007 merupakan salah satu wujud pengejawantahan dari 4 (empat) *grand strategy* Kementerian Kesehatan, yaitu berfungsinya sistem informasi kesehatan yang *evidence-based* melalui pengumpulan data dasar dan indikator kesehatan. Indikator yang dihasilkan dapat merepresentasikan gambaran wilayah nasional, provinsi dan Kabupaten/ Kota, antara lain berupa status kesehatan dan faktor penentu kesehatan yang bertumpu pada konsep Hendrik L. Blum yang terdiri dari empat determinan seperti perilaku, keturunan, lingkungan, dan pelayanan kesehatan.

Pertanyaan penelitian yang menjadi dasar pengembangan Riskesdas 2007 adalah:

1. Bagaimana status kesehatan dan faktor penentu kesehatan, baik di tingkat nasional, provinsi dan Kabupaten/ Kota;
2. Bagaimana hubungan antara kemiskinan dan kesehatan; dan
3. Apakah terdapat masalah kesehatan yang spesifik?

Untuk menjawab ketiga pertanyaan tersebut, dirumuskan tujuan antara lain yaitu penyediaan data dasar status kesehatan dan faktor penentu kesehatan, baik di tingkat rumah tangga maupun tingkat individual, dengan ruang lingkup sebagai berikut:

1. Mortalitas, dengan autopsi verbal peristiwa kematian
2. Status gizi: balita maupun dewasa
3. Penyakit menular, penyakit tidak menular, dan riwayat penyakit keturunan
4. Disabilitas dan cedera
5. Kesehatan mental
6. Konsumsi makanan tingkat rumah tangga
7. Kesehatan lingkungan

8. Pengetahuan, sikap, dan perilaku
9. Akses dan pemanfaatan pelayanan kesehatan
10. Ketanggapan pelayanan kesehatan;
11. Kesehatan ibu dan anak, imunisasi dan pemantauan pertumbuhan
12. Pengukuran *anthropometri*, lingkar perut dan lingkar lengan atas;
13. Pengukuran tekanan darah
14. Pemeriksaan visus
15. Pemeriksaan gigi
16. Pemeriksaan biomedis

Disain Riskesdas 2007 merupakan survei *cross sectional* yang bersifat deskriptif. Populasi dalam Riskesdas 2007 adalah seluruh rumah tangga di seluruh wilayah Republik Indonesia. Sampel Rumah Tangga dan Anggota Rumah Tangga dalam Riskesdas 2007 dirancang identik dengan daftar sampel Rumah Tangga dan Anggota Rumah Tangga Susenas 2007 (menggunakan rancangan sampel yang sama). Seluruh RT dan ART pada sampel Susenas 2007 menjadi sampel Riskesdas 2007. Sampel Susenas yang berhasil dikunjungi ulang oleh Riskesdas di 440 Kab/ Kota sebanyak 258.446 RT dan individu yang berhasil diwawancarai kembali sebanyak 973.657 orang. Berbagai ukuran *sampling error* termasuk didalamnya *standard error*, *relative standard error*, *confidence interval*, *design effect* dan jumlah sampel tertimbang menyertai setiap estimasi variabel.

Data Riskesdas cukup kaya dengan informasi karena dikumpulkan dengan tiga cara yaitu wawancara menggunakan kuesioner, pengukuran fisik (berat badan, tinggi badan, tekanan darah), dan pemeriksaan biokimia. Pengumpulan data Riskesdas dilakukan melalui wawancara tatap muka antara pencacah dengan responden. Ada dua jenis kuesioner yaitu kuesioner yang ditujukan kepada individu dan kuesioner yang ditujukan kepada kepala rumah tangga. Pertanyaan-pertanyaan yang ditujukan kepada individu harus dengan mewawancarai langsung individu yang bersangkutan (tidak boleh diwakilkan). Sedangkan pertanyaan tentang keterangan rumah tangga dapat dikumpulkan melalui wawancara dengan



kepala rumah tangga atau anggota rumah tangga yang mengetahui karakteristik rumah tangga yang ditanyakan.

Selain mengumpulkan data kesehatan masyarakat melalui wawancara, Riskesdas 2007 juga mengumpulkan 36.357 sampel untuk pengukuran berbagai variabel biomedik dari anggota rumah tangga yang berumur lebih dari 1 tahun dan bertempat tinggal di desa/ kelurahan dengan klasifikasi perkotaan. Khusus untuk pengukuran gula darah, berhasil dikumpulkan sebanyak 19.114 sampel yang diambil dari anggota rumah tangga berusia lebih dari 15 tahun. Untuk tes cepat yodium, berhasil dilakukan pengukuran pada 257.065 sampel rumah tangga, sedangkan untuk pengukuran yodium di dalam urin, berhasil dilakukan pengukuran pada 8.473 sampel anak berumur 6-12 tahun yang tinggal di 30 kabupaten/kota dengan berbagai kategori tingkat konsumsi yodium. Hasil pemeriksaan biomedis akan dilaporkan tersendiri.

Keterbatasan Riskesdas yang mencakup *non-random error* antara lain: pembentukan kabupaten baru, Blok Sensus tidak terjangkau, rumah tangga tidak dijumpai, periode waktu pengumpulan data yang berbeda, estimasi tingkat kabupaten tidak bisa berlaku untuk semua indikator, dan data biomedis yang hanya mewakili Blok Sensus perkotaan. Pelaksanaan kegiatan Riskesdas pada 33 provinsi, untuk 28 provinsi telah selesai dilaksanakan pada tahun 2007, sedangkan untuk lima provinsi lainnya (Papua, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara dan NTT) baru dilaksanakan pada bulan Agustus-September 2008.

Seluruh hasil Riskesdas ini bermanfaat sebagai asupan (*evidence based information*) dalam pengembangan kebijakan dan perencanaan program kesehatan. Dengan 900 variabel yang telah berhasil dikumpulkan yang terkait dengan informasi mengenai kesehatan masyarakat dan biomedis, maka hasil Riskesdas 2007 sangat bermanfaat dan dapat digunakan antara lain untuk pengembangan riset dan analisis lanjut, pengembangan nilai standar baru berbagai indikator kesehatan, penelusuran hubungan kausal-efek, dan pemodelan statistik.

## **Survei Sosial Ekonomi Nasional**

Survei Sosial Ekonomi (Susenas) adalah survei yang dikumpulkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS). Data yang dikumpulkan yaitu mengenai pengeluaran rumah tangga, karakteristik sosial, dan beberapa yang terkait dengan kesehatan. Data Susenas yang dikumpulkan pada tahun 2007 mencakup sampel 1.167.019 individu dan 285.186 rumah tangga pada 33 provinsi di Indonesia. Pendataan dilakukan untuk mendapatkan data pada tingkat individu dan rumah tangga berdasarkan wawancara dengan individu. Sampel Susenas 2007 representative tingkat Kabupaten/ Kota.

## **Survei Potensi Desa**

Badan Pusat Statistik (BPS) juga melakukan survei Potensi Desa (Podes), pendataannya dilakukan untuk seluruh desa/ kelurahan. Data yang dikumpulkan termasuk data tentang SDM dan fasilitas kesehatan. Survei Podes bertujuan menyediakan data tentang potensi dan kinerja pembangunan di desa/ kelurahan dan perkembangannya yang meliputi keadaan sosial, ekonomi, sarana dan prasarana, serta potensi yang ada di desa/kelurahan.

Analisis IPKM menggunakan data Potensi Desa (Podes) 2008 yang telah dikumpulkan oleh BPS pada bulan April-Mei 2008. Data Podes dikumpulkan dari semua desa/kelurahan atau wilayah administrasi setingkat lainnya yang ada di Indonesia, seperti nagari. Data Podes tahun 2008 dikumpulkan dari 75.410 desa/kelurahan (menurut kondisi bulan Nopember 2007) yang tersebar di 465 kabupaten/kota. Pengumpulan data Podes 2008 dilakukan secara sensus (*complete enumeration*). Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara langsung oleh petugas pencacah dengan kepala desa/ lurah atau staf yang ditunjuk atau narasumber lain yang relevan. Variabel yang digunakan untuk kepentingan kajian pembangunan kesehatan di tingkat desa cukup banyak, diantaranya adalah fasilitas (Rumah Sakit, Puskesmas, Pos Kesehatan Desa, Pondok Bersalin Desa, Posyandu, dll) dan SDM kesehatan (dokter, bidan, tenaga kesehatan lainnya).

## Indeks Pembangunan Manusia (IPM)

Salah satu ukuran yang sering digunakan untuk membandingkan keberhasilan pembangunan sumber daya manusia antar negara adalah *Human Development Index* (HDI) atau Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Indeks tersebut merupakan indikator komposit yang terdiri dari: indikator kesehatan (umur harapan hidup waktu lahir), pendidikan (angka melek huruf dan sekolah) serta ekonomi (pengeluaran riil per kapita). Selama ini IPM Indonesia selalu menempati ranking di atas 100, tertinggal dibanding beberapa negara tetangga di ASEAN, seperti tampak pada Tabel 1.

Tabel 1. IPM Indonesia dibandingkan negara tetangga, tahun 2006

Peringkat	Negara	HDI	LE	LR	ER	GDP	LEI	EI	GDPI
4	Australia	0.965	81.0	..	114.2	33,035	0.934	0.993	0.968
27	Brunei	0.919	76.9	94.6	78.5	49,898	0.865	0.892	1.000
28	Singapore	0.918	79.7	94.2	64.4	47,426	0.911	0.843	1.000
63	Malaysia	0.823	73.9	91.5	71.5	12,536	0.815	0.848	0.806
81	Thailand	0.786	70.0	93.9	78.0	7,613	0.750	0.886	0.723
102	Philippines	0.745	71.3	93.3	79.6	3,153	0.772	0.887	0.576
109	Indonesia	0.726	70.1	91.0	68.2	3,455	0.752	0.834	0.591
114	Viet Nam	0.718	74.0	90.3	62.3	2,363	0.816	0.810	0.528
135	Myanmar	0.585	61.2	89.9	56.3	881	0.604	0.787	0.363
136	Cambodia	0.575	58.6	75.6	58.7	1,619	0.561	0.700	0.465
158	Timor-Leste	0.483	60.2	50.1	63.2	668	0.586	0.545	0.317
	<b>World</b>	<b>0.747</b>	<b>68.3</b>	<b>81.0</b>	<b>67.0</b>	<b>9,316</b>	<b>0.722</b>	<b>0.763</b>	<b>0.757</b>

Sumber: UNDP. Human development report 2006.

- HDI : Human Development Index  
LE : Life Expectancy at birth  
LR : Adult Literacy Rate (> 15 year)  
ER : Combine Gross Enrolment Ratio  
GDP : Gross Domestic Product  
LEI : Life Expectancy Index  
EI : Education Index  
GDPI : Gross Domestic Product Index

Bappenas, BPS dan UNDP secara berkala juga menerbitkan data IPM antar provinsi, sehingga dapat diketahui urutan provinsi di Indonesia.

Tabel 2. Perbandingan IPM antar provinsi, Tahun 2004 - 2007

Propinsi	IPM			
	2004	2005	2006	2007
1. Nanggroe Aceh D	68,7	69,0	69,4	70,35
2. Sumatera Utara	71,4	72,0	72,5	72,78
3. Sumatera Barat	70,5	71,2	71,6	72,23
4. Riau	72,2	73,6	73,8	74,63
5. Jambi	70,1	71,0	71,3	71,46
6. Sumatera Selatan	69,6	70,2	71,1	71,40
7. Bengkulu	69,9	71,1	71,3	71,57
8. Lampung	68,4	68,8	69,4	69,78
9. Bangka Belitung	69,6	70,7	71,2	71,62
10. Kepulauan Riau	70,8	72,2	72,8	73,68
11. DKI Jakarta	75,8	76,1	76,3	76,59
12. Jawa Barat	69,1	69,9	70,3	70,71
13. Jawa Tengah	68,9	69,8	70,3	70,92
14. Yogyakarta	72,9	73,5	73,7	74,15
15. Jawa Timur	62,2	68,4	69,2	69,78
16. Banten	619,2	68,8	69,1	69,29
17. Bali	69,1	69,8	70,1	70,53
18. Nusa Tenggara Barat	60,6	62,4	63,0	63,71
19. Nusa Tenggara Timur	62,7	63,6	64,8	65,36
20. Kalimantan Barat	65,4	66,2	67,1	67,53
21. Kalimantan Tengah	71,7	73,2	73,4	73,49
22. Kalimantan Selatan	66,7	67,4	67,7	68,01
23. Kalimantan Timur	72,2	72,9	73,3	73,77
24. Sulawesi Utara	73,4	74,2	74,4	74,68
25. Sulawesi Tengah	67,3	68,5	68,8	69,34
26. Sulawesi Selatan	67,8	68,1	68,8	69,62
27. Sulawesi Tenggara	66,7	67,5	67,8	68,32
28. Gorontalo	65,4	67,5	68,0	68,83
29. Sulawesi Barat	64,4	65,7	67,1	67,72

Tabel 2. Perbandingan IPM antar provinsi, Tahun 2004 – 2007  
(lanjutan)

Propinsi	IPM			
	2004	2005	2006	2007
30. Maluku	69,0	69,2	69,7	69,96
31. Maluku Utara	66,4	67,0	67,5	67,82
32. Irian Jaya Barat	63,7	64,8	66,1	67,28
33. Papua	60,9	62,1	62,8	63,41
Indonesia	68,7	69,6	70,1	70,59

Sumber: Indonesia, Laporan Pembangunan Manusia, 2008.

Daftar IPM tiap Kabupaten/ Kota juga dikeluarkan tiap tahun, sebagai contoh dicuplik daftar IPM seluruh kabupaten/kota di Provinsi Jawa Barat seperti pada Tabel 3.

IPM kini sudah dipakai sebagai acuan untuk menilai keberhasilan pembangunan. Oleh karena itu prioritas pembangunan selalu diarahkan pada upaya peningkatan IPM di wilayahnya. Wajar bila banyak Pemerintah Daerah yang memprioritaskan 3 pilar pembangunan yaitu: ekonomi, pendidikan dan kesehatan.

Untuk bidang kesehatan, indikator yang mewakili dalam IPM adalah umur harapan hidup waktu lahir. Namun bila ditanya lebih lanjut, bagaimana caranya meningkatkan umur harapan hidup, sulit dijawab dengan pasti. Oleh karena itu tampaknya diperlukan serangkaian indikator kesehatan lain yang diperkirakan berdampak pada kesehatan yang pada gilirannya meningkatkan umur harapan hidup waktu lahir.

Tabel 3. Perbandingan IPM antar Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Barat

<b>Kabupaten/Kota</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
01. Bogor	68,3	69,2	69,7	70,08
02. Sukabumi	67,9	68,7	68,9	69,21
03. Cianjur	66,1	66,8	67,1	67,65
04. Bandung	70,7	72,4	72,6	72,97
05. Garut	67,3	68,7	69,5	69,99
06. Tasik Malaya	69,1	70,4	70,9	71,24
07. Ciamis	67,8	69,3	69,8	70,14
08. Kuningan	67,7	68,5	69,2	69,70
09. Cirebon	65,1	66,0	66,3	67,30
10. Majalengka	66,1	66,9	68,4	68,94
11. Sumedang	69,7	70,2	70,6	71,30
12. Indramayu	62,0	63,0	65,3	66,22
13. Subang	67,3	68,2	69,9	70,03
14. Purwakarta	67,7	68,6	68,9	69,88
15. Karawang	65,6	66,4	66,9	68,45
16. Bekasi	69,6	70,4	70,7	71,55
17. Bandung Barat			72,3	72,29
71. Kota Bogor	74,0	74,3	74,6	74,73
72. Kota Sukabumi	71,8	72,4	73,0	73,66
73. Kota Bandung	73,9	74,3	74,5	74,86
74. Kota Cirebon	73,3	73,7	73,8	73,87
75. Kota Bekasi	74,2	74,6	74,8	75,31
76. Kota Depok	76,8	77,1	77,7	77,89
77. Kota Cimahi	72,4	73,1	73,3	74,42
78. Kota Tasikmalaya	71,5	72,1	72,3	72,75
79. Kota Banjar	68,4	69,4	69,6	70,17

Sumber: Indonesia, Laporan Pembangunan Manusia, 2008

## **Batasan IPKM**

IPKM (Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat) adalah indikator komposit yang menggambarkan kemajuan pembangunan kesehatan, dirumuskan dari data kesehatan berbasis komunitas yaitu:

- Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar)
- Susenas (Survei Sosial Ekonomi Nasional)
- Survei Podes (Potensi Desa)

IPKM merupakan indeks komposit yang dirumuskan dari 24 indikator kesehatan

## **Tujuan**

Dengan pengembangan IPKM diharapkan dapat dirumuskan indikator komposit dari berbagai indikator kesehatan berbasis komunitas yang menggambarkan keberhasilan pembangunan kesehatan masyarakat.

## **Manfaat**

IPKM dapat dimanfaatkan:

1. Sebagai Indikator untuk menentukan peringkat Provinsi dan Kabupaten/ Kota dalam keberhasilan pembangunan kesehatan masyarakat.
2. Sebagai bahan advokasi ke Pemerintah Daerah, baik Provinsi maupun Kabupaten/ Kota agar terpacu menaikkan peringkatnya, sehingga sumber daya dan program kesehatan diprioritaskan.
3. Sebagai salah satu kriteria penentuan alokasi dana bantuan kesehatan dari pusat ke daerah (Provinsi maupun Kabupaten/ Kota) dan dari Provinsi ke Kabupaten/ Kota.

## BAB 2. PERUMUSAN IPKM

### Menentukan indikator

Untuk memilih indikator yang layak masuk dalam IPKM digunakan pendekatan sebagai berikut:

1. Indikator yang secara substantif layak masuk menjadi bagian dari IPKM, yaitu yang berkaitan dengan umur harapan hidup waktu lahir, dipilih berdasarkan kesepakatan tim.
2. Indikator yang secara statistik bisa mewakili tingkat kabupaten/kota, dalam hal ini dilihat RSE (*Relative Standard Error*), yaitu bila RSE < 30% meliputi > 75% Kabupaten/ Kota. Sebagai contoh bila RSE < 30% namun hanya meliputi 60% Kabupaten/ Kota sedangkan yang 40% Kabupaten/ Kota sisanya mempunyai RSE > 30%, maka indikator ini dinilai tidak layak masuk sebagai bagian dari IPKM.

### Mengembangkan Alternatif IPKM

Proses perumusan IPKM berkembang terus sesuai dengan banyaknya kritik, masukan dan saran, baik dari para praktisi, pakar maupun pemikiran peneliti di Balitbangkes. Ide IPKM muncul setelah Menteri Kesehatan (Ibu Siti Fadhillah Supari) meminta adanya indikator untuk menilai Kab/ Kota dan Provinsi terbaik berdasarkan hasil Riskesdas. Permintaan ini memunculkan gagasan untuk mengembangkan indikator komposit, yang bisa merangkum indikator-indikator penting kesehatan masyarakat. Dengan demikian berdasarkan indikator komposit tersebut bisa dibuat peringkat Kab/ Kota, dari peringkat terbaik sampai ke peringkat terbawah. Pemikiran ini juga sejalan dengan keperluan advokasi ke pemerintah daerah Kab/ Kota, agar bisa melakukan panajaman program intervensi di bidang kesehatan. Mengingat saat ini yang digunakan sebagai acuan seluruh Pemerintah Daerah Kab/Kota adalah Indeks Pembangunan Manusia (IPM)/ Human Development Index (HDI), maka indikator komposit hasil Riskesdas harus



mengarah pada perbaikan IPM, khususnya indikator kesehatan yaitu umur harapan hidup waktu lahir.

Untuk merumuskan IPKM, berkembang wacana bagaimana memperlakukan angka yang berlawanan arah, yaitu angka cakupan (makin tinggi persentase berarti makin bagus) dengan angka prevalensi penyakit (makin tinggi prevalensinya berarti makin buruk). Jadi harus ada yang dikonversi, agar arahnya sejalan.

Wacana lain adalah perlakuan terhadap angka prevalensi, bisa dengan cara yang paling sederhana sampai yang rumit atau apa adanya. Dalam hal ini ada 3 jenis perlakuan terhadap angka prevalensi penyakit yaitu:

1. Angka prevalensi hanya digunakan untuk menentukan peringkat Kab/ Kota, jadi besarnya prevalensi tidak diperhitungkan.
2. Angka prevalensi diseimbangkan antar penyakit. Sebagai contoh prevalensi pneumonia jauh lebih sedikit dari ISPA. Supaya seimbang, keduanya disetarakan dengan cara mengkonversi dari 0% (terendah) sampai 100% (tertinggi)
3. Angka prevalensi diberlakukan apa adanya

Wacana lain yang berkembang adalah perlu tidaknya pembobotan antar variabel, dan bila ada berapa bobotnya. Dalam proses perumusan IPKM, ada beberapa alternatif yang tanpa pembobotan dan ada yang dengan pembobotan.

Hal lain yang menjadi bahan diskusi adalah nilai ideal yang digunakan sebagai acuan. Apakah prevalensi terendah menjadi acuan yang terbaik, atau yang terbaik adalah yang sudah tidak ada lagi penyakit yang bersangkutan?

Berbagai wacana tersebut di atas menentukan banyaknya alternatif yang bisa dikembangkan untuk merumuskan IPKM ini. Sampai saat ini telah dikembangkan 22 alternatif IPKM. Variasi antar alternatif IPKM terjadi karena:

1. Jenis dan jumlah indikator yang dipilih. Berapa jumlah indikator yang akan dipilih, sebagian pakar menyatakan indeks itu dari sedikit indikator saja, sementara pakar lain menyatakan

bisa juga banyak, tergantung tujuan dikembangkannya indeks tersebut.

2. Penggunaan dan besarnya bobot antar indikator. Ada yang menganggap tidak perlu bobot antar indikator, namun banyak pakar yang menyarankan menggunakan pembobotan, karena pengaruh masing-masing indikator kesehatan terhadap umur harapan hidup tidaklah sama. Bila kemudian disepakati ada pembobotan, besarnya bobot untuk tiap indikator kesehatan juga harus dirumuskan lagi.
3. Perlakuan terhadap angka prevalensi yaitu hanya untuk menentukan peringkat, ada penyetaraan antar prevalensi, atau angka prevalensi diberlakukan apa adanya.
4. Angka ideal untuk tiap indikator kesehatan. Untuk cakupan, tentu saja mudah, yang terbaik adalah 100% dan yang terburuk adalah 0%. Namun untuk prevalensi penyakit bagaimana menentukannya? Apakah yang terbaik berarti tidak ada ISPA?, namun secara logika tidak mungkin penduduk satu Kab/ Kota tidak ada yang menderita ISPA. Perbedaan penentuan angka ideal memunculkan ide adanya IPKM empiris dan teoritik. IPKM empiris bila angka ideal suatu prevalensi penyakit diambil angka terendah, sedangkan IPKM teoritik bila prevalensi penyakit sama dengan 0% alias tidak ada penyakit tersebut.

Semua alternatif IPKM yang ada kemudian dilakukan uji korelasi dengan UHH (Umur Harapan Hidup) waktu lahir. Alternatif IPKM yang mempunyai korelasi tertinggi adalah yang terbaik, sehingga terpilih sebagai IPKM yang definitif.

### **Rangkaian pertemuan**

Proses pengembangan berbagai alternatif IPKM dilakukan melalui serangkaian pertemuan, baik internal Balitbangkes maupun lintas program, lintas sektor, termasuk dengan para pakar dan organisasi profesi. Perumusan formula IPKM merupakan proses yang panjang, diperlukan waktu sekitar 1 (satu) tahun untuk

merumuskan IPKM melalui serangkaian pertemuan sebagai berikut:

Waktu	Kegiatan
Mar –Mei 2009	Serangkaian diskusi intern Balitbangkes
16-19 Juni 2009	Diskusi IPKM lintas sektor dan pakar di Hotel Mutiara – Bandung
9-10 Juli 2009	Debat Ilmiah IPKM di Wisma Makara- Depok
10-11 Agus 2009	Diseminasi konsep IPKM ke lintas sektor di Hotel Horison Bekasi
14-17 Okt 2009	Pengembangan alternatif IPKM di Hotel Aquila – Bandung
4 - 6 Nov 2009	Lokakarya IPKM oleh IAKMI dan pakar kesehatan masyarakat di Wisma Ciumbeuluit – Bandung
4 - 5 Des 2009	IPKM untuk perumusan Daerah Bermasalah Kesehatan Berat/Khusus, Hotel Aquila – Bandung
7 Des 2009	Diseminasi konsep IPKM di Simposium Nasional, Balai Kartini Jakarta
15-16 Des 2009	Pertemuan tim kecil IPKM di Bogor
23-24 Des 2009	Perumusan IPKM teoritis di Hotel Parklane – Jakarta
Januari 2010	Presentasi IPKM dihadapan Menkes dan Pejabat Eselon I & II di Ruang Leimena
15 Mar 2010	Presentasi IPKM di hadapan UNFPA dan donor agencies lainnya di Menara Thamrin Jakarta
28-30 Mar 2010	Temu Ahli tentang IPKM di Yogyakarta

### BAB 3. CARA PENGHITUNGAN IPKM

Pembentukan IPKM menggunakan tiga data survei nasional yaitu Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas), Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), dan Survei Potensi Desa (PODES). Ketiga survei tersebut dilaksanakan pada tahun 2007-2008. Susenas dan Riskesdas merupakan survei berbasis pada masyarakat, sedangkan Podes berbasis pada desa. Susenas dan Podes dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik, sedangkan Riskesdas dilaksanakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan. Data-data tersebut dapat digunakan oleh para perencana pembangunan untuk melihat keadaan, memonitor, dan mengevaluasi keberhasilan pembangunan yang telah dilakukan.

Berdasarkan tujuan, IPKM dapat dimanfaatkan untuk melihat karakteristik kesehatan Kabupaten/ Kota. Dengan menggunakan data dari tiga survei (Riskesdas, Susenas dan Podes), maka dilakukan analisis agregat pada tingkat Kabupaten/ Kota. Kabupaten/ Kota yang dilibatkan analisis adalah Kabupaten/ Kota yang sama dan ada di ketiga data survei tersebut, yaitu sebanyak 440 Kabupaten/ Kota. Variabel-variabel yang digunakan pada analisis awal IPKM untuk masing-masing survei berbeda dan saling mendukung. Secara rinci sebagai berikut:

1. Variabel pada Susenas yaitu akses air bersih, akses sanitasi lingkungan, dukungan variabel PHBS
2. Variabel pada Riskesdas yaitu penyakit, pemanfaatan fasilitas kesehatan, ketanggapan, kesehatan balita, perilaku, status gizi, sanitasi lingkungan
3. Variabel pada Podes yaitu jumlah sarana kesehatan dan jumlah tenaga kesehatan.

Variabel-variabel dari tiga survei tersebut, kurang lebih berjumlah 950 dianalisis untuk mendapatkan nilai prevalensi atau cakupan dan *Relative Standard Error* (RSE) berdasarkan Kabupaten/ Kota.

Analisis tahap awal menghasil set data yang berisi nilai prevalensi atau cakupan dan RSE masing-masing variabel berdasarkan

Kabupaten/ Kota. Variabel yang terpilih 91 dengan nilai RSE < 30 dan harus dimiliki oleh minimal 75% kabupaten untuk dilakukan analisis indeks selanjutnya. Langkah-langkah analisis selanjutnya adalah sebagai berikut:

1. Menghitung nilai empiris. Dilakukan penyetaraan kondisi nilai cakupan dengan nilai prevalensi penyakit atau status kesehatan. Pada variabel cakupan, nilai sesuai dengan cakupan dari hasil analisis. Nilai cakupan semakin tinggi maka semakin baik. Pada variabel prevalensi penyakit atau status kesehatan, dilakukan penyetaraan dengan menggunakan rumus {100-angka prevalensi}. Dengan demikian nilai prevalensi tersebut mempunyai arti yang sama dengan cakupan bahwa semakin tinggi nilai variabel prevalensi maka semakin baik. Untuk ketenagaan dilakukan penghitungan rasio dokter per puskesmas dan rasio bidan per desa.
2. Nilai persen tiap variabel yang sudah dilakukan penyetaraan dikalikan dengan nilai bobot. Kelompok “indikator mutlak” dikalikan bobot 5, kelompok “indikator penting” dikalikan 4, dan kelompok “indikator perlu” dikalikan 3. Hasil perkalian tersebut yang diurutkan menjadi nilai empiris. Makin tinggi nilai yang diperoleh maka makin bagus.
3. Setelah mendapatkan nilai empiris untuk mendapatkan nilai indeks perlu melakukan penghitungan nilai teoritis. Untuk memperoleh nilai teoritis, mengacu:
  - a. Pada cakupan: nilai terburuk sama dengan 0 dan nilai terbaik sama dengan 100
  - b. Pada prevalensi: nilai terburuk sama dengan nilai riil terendah setelah disetarakan dan nilai terbaik sama dengan 100
  - c. Pada ratio: nilai terburuk untuk dokter sama dengan 0 dan nilai terbaik sama dengan 10. Untuk bidan, nilai terburuk sama dengan 0 dan terbaiknya sama dengan 3.
4. Kemudian nilai teoritis seluruh variabel dijumlahkan pada masing-masing kelompok indikator. Penjumlahan tersebut untuk kelompok nilai terburuk dan kelompok nilai terbaik. Setelah masing-masing kelompok dihitung, kemudian kalikan bobot masing-masing seperti pada kelompok indikator mutlak, penting, dan perlu. Perkalian ini pun dilakukan untuk masing-masing kelompok nilai terburuk dan kelompok nilai terbaik.

Dengan demikian mendapatkan nilai teoritis terburuk dari hasil penghitungan kelompok nilai terburuk dan mendapatkan nilai teoritis terbaik dari hasil penghitungan kelompok nilai terbaik.

5. Tahap selanjutnya untuk mendapatkan nilai indeks adalah sebagai berikut:

$$\text{Indeks} = \frac{(\text{nilai empiris} - \text{nilai terburuk})}{(\text{nilai terbaik} - \text{nilai terburuk})}$$

Langkah-langkah pembuatan indeks tersebut dilakukan pada beberapa model dengan melibatkan variasi variabel, kemudian dilakukan korelasi dengan nilai Umur Harapan Hidup setiap Kabupaten/ Kota. Pemilihan indeks berdasarkan nilai prioritas variabel yang ikut serta dalam model dan besarnya nilai korelasi yang dihasilkan.

## Hasil

Berdasarkan metode yang telah ditentukan, maka dilakukan analisis pada 22 model kombinasi indikator. Jumlah variabel yang terlibat antara 18 sampai dengan 24. Model-model tersebut diuji korelasi terhadap Umur Harapan Hidup (UHH) setiap Kabupaten/ Kota. Hasil korelasi berkisar antara 0,314 sampai dengan 0,532 dan semua model mempunyai nilai kemaknaan  $p < 0,001$ . Model yang terpilih mempertimbangkan variabel yang dianggap prioritas dan nilai korelasi.

Alternatif	Indikator	Bobot	Prevalensi	r	Ket	Alasan
1	18	(+)	model A		gugur	Angka prevalensi/proporsi hanya digunakan utk peringkat
2	18	(-)	model B	0.455		
3	18	(-)	model B	0.429		
4	12	(-)	model B	0.449		
5	18	(-)	model B	0.406		

Alter-natif	Indi-kator	Bobot	Preva-lensi	r	Ket	Alasan
6	12	(+)	model B	0.398		
7	18	(+)	model B	0.292		
8	20	(+)	model C	0.449		
9	21	(+)	model C	0.446		
10	21	(+)	model C	0.439		
11	22	(+)	model C	0.436		
12	20	(+)	model C	0.438		
13	24	(-)	model A		gugur	Angka prevalensi/proporsi hanya digunakan utk peringkat
14	20	(-)	model A		gugur	Angka prevalensi/proporsi hanya digunakan utk peringkat
15	20	(-)	model A		gugur	Angka prevalensi/proporsi hanya digunakan utk peringkat
16	20	(+)	model C	0.489		
17	20	(+)	model C	0.496		
18	20	(+)	model C		gugur	Indikator malaria dan tuberkulosis tdk representatif utk tk kabupaten
19	24	(+)	model C	0.505		
20	24	(+)	model C	0.512		
21	24	(+)	model C	0.505		
22	24	(-)	model C	0,505		

Ke 4 alternatif terakhir menggunakan indikator yang sama, namun yang membedakan adalah:

- a) Ratio dokter/rata-rata penduduk puskesmas dan rasio bidan/rata-rata penduduk desa
- b) Ratio dokter/puskesmas dan rasio bidan/desa
- c) Ratio dokter/penduduk dan rasio bidan/penduduk
- d) Ratio dokter/penduduk dan rasio bidan/penduduk

## Penentuan IPKM Terpilih

Untuk menentukan model mana yang akan dipilih menjadi IPKM, digunakan indikator kesehatan Umur Harapan Hidup Waktu Lahir (UHH), yang merupakan indikator komponen kesehatan dalam IPM (Indeks Pembangunan Manusia)/ HDI (Human Development Index). Alternatif atau model yang mempunyai hubungan paling baik dengan UHH dipakai sebagai penentuan IPKM terpilih. **Umur harapan hidup sebagai *golden standard***

Model IPKM terpilih melibatkan 24 variabel dengan melibatkan rasio dokter/ puskesmas dan rasio bidan/ desa. Nilai korelasi yang diperoleh dari model ini sebesar 0,512. Rincian variabel tersebut sebagai berikut:

VARIABEL	INDIKATOR	BOBOT
Prev. Balita gizi buruk dan kurang	Mutlak	5
Prev. Balita sangat pendek dan pendek	Mutlak	5
Prev. Balita sangat kurus dan kurus	Mutlak	5
Akses air bersih	Mutlak	5
Akses sanitasi	Mutlak	5
Cakupan penimbangan balita	Mutlak	5
Cakupan pemeriksaan neonatal 1	Mutlak	5
Cakupan imunisasi lengkap	Mutlak	5
Rasio dokter/ puskesmas	Mutlak	5
Rasio bidan/ desa	Mutlak	5
Cakupan persalinan oleh nakes	Mutlak	5
Balita gemuk	Penting	4
Diare	Penting	4
Hipertensi	Penting	4
Pneumonia	Penting	4
Proporsi perilaku cuci tangan	Penting	4
Prevalensi gangguan mental	Perlu	3
Proporsi merokok tiap hari	Perlu	3
Prevalensi penyakit gigi dan mulut	Perlu	3
Prevalensi asma	Perlu	3
Prevalensi disabilitas	Perlu	3
Prevalensi cedera	Perlu	3
Prevalensi penyakit sendi	Perlu	3
Prevalensi ISPA	Perlu	3



### **Definisi Operasional Variabel:**

1. Balita gizi buruk dan kurang  
Perbandingan berat badan dan umur. Buruk jika mempunyai nilai Z score kurang dari -2 SD. Kurang jika mempunyai nilai Z score kurang dari -3 SD
2. Balita pendek dan sangat pendek  
Perbandingan tinggi badan dan umur. Pendek jika mempunyai nilai Z score kurang dari -2 SD. Sangat pendek jika mempunyai nilai Z score kurang dari -3 SD
3. Balita kurus dan sangat kurus  
Perbandingan tinggi badan dan berat badan. Kurus jika mempunyai nilai Z score kurang dari -2 SD. Sangat kurus jika mempunyai nilai Z score kurang dari -3 SD
4. Akses air  
Penggunaan air perkapita dalam rumah tangga. Akses air baik jika rumah tangga minimal menggunakan 20 liter per orang per hari
5. Akses sanitasi  
Menggunakan sendiri fasilitas tempat buang air besar dan jenis kloset leher angsa.
6. Penimbangan balita  
Balita yang dalam 6 bulan terakhir ditimbang. Baik jika ditimbang 1-3 kali.
7. Kunjungan Neonatus 1  
Bayi umur di bawah 12 bulan yang mendapat pelayanan kesehatan pada 1-7 hari setelah lahir.
8. Imunisasi lengkap  
Imunisasi yang telah diperoleh anak umur 12-23 bulan. Lengkap jika anak tersebut telah diimunisasi 1 kali BCG dan minimal 3 kali DPT dan minimal 3 kali Polio dan 1 kali campak.
9. Rasio dokter  
Jumlah dokter per puskesmas. Baik jika minimal rasio 10 dokter tiap puskesmas.
10. Rasio bidan  
Jumlah bidan per desa. Baik jika minimal rasio 3 bidan tiap desa.

11. Persalinan oleh nakes  
Penolong pertama dalam persalinan dengan unit analisis balita. Tenaga kesehatan yang dimaksud adalah dokter, bidan, dan tenaga paramedis.
12. Balita gemuk  
Perbandingan berat badan dan tinggi badan. Gemuk jika mempunyai nilai Z score di atas 2 SD
13. Diare  
Penduduk yang didiagnosis diare atau mengalami gejala diare dalam 1 bulan terakhir.
14. Hipertensi  
Penduduk umur 15 tahun yang diperiksa sistole dan diastolanya pada saat penelitian. Hipertensi jika sistole lebih besar sama dengan 140 mmHg atau diastole lebih besar sama dengan 90 mmHg
15. Pneumonia  
Penduduk yang didiagnosis pneumonia atau mengalami gejala pneumonia dalam 1 bulan terakhir
16. Perilaku cuci tangan  
Kebiasaan penduduk 10 tahun ke atas mencuci tangan dengan sabun. Kebiasaan baik jika mencuci tangan menggunakan sabun pada saat sebelum makan dan sebelum menyiapkan makanan dan setelah memegang binatang (unggas, kucing, anjing)
17. Kesehatan mental  
Berdasarkan skor pertanyaan SRQ. Kesehatan mental terganggu jika mempunyai skor 6 ke atas.
18. Perilaku merokok  
Kebiasaan merokok atau mengunyah tembakau selama 1 bulan terakhir. Kebiasaan buruk jika dilakukan setiap hari atau kadang-kadang.
19. Kesehatan gigi dan mulut  
Penduduk yang mempunyai masalah dengan gigi dan/ atau mulut dalam 12 bulan terakhir.
20. Asma  
Penduduk yang pernah didiagnosis asma oleh tenaga kesehatan atau mengalami gejala asma
21. Disabilitas  
Penduduk berumur 15 tahun ke atas yang mempunyai minimal satu keterbatasan dan atau membutuhkan bantuan.

## 22.Cedera

Penduduk yang pernah mengalami cedera dalam 12 bulan terakhir sehingga kegiatan sehari-hari terganggu.

## 23.Sendi

Penduduk 15 tahun ke atas yang didiagnosis menderita penyakit sendi/ rematik/ encok oleh tenaga kesehatan atau pernah mengalami gejala sakit sendi/ rematik/ encok

## 24.ISPA

Penduduk yang pernah didiagnosis menderita sakit ISPA oleh tenaga kesehatan atau mengalami gejala sakit ISPA.

### Contoh: Nilai Empiris Kabupaten

Variabel		Empiris	Konversi	
1. Balita gizi buruk dan kurang	Prevalensi	39,667	60,332	
2. Balita pendek dan sangat pendek	Prevalensi	63,872	36,127	
3. Balita kurus dan sangat kurus	Prevalensi	20,052	79,948	
4. Akses air	Cakupan	20,033	20,033	
5. Akses sanitasi	Cakupan	13,863	13,863	
6. Penimbangan balita	Cakupan	69,417	69,417	
7. Kunjungan Neonatus I	Cakupan	64,706	64,706	
8. Imunisasi lengkap	Cakupan	14,316	14,316	
9. Rasio dokter	Rasio	1	1	
10. Rasio bidan	Rasio	0,812	0,812	
11. Persalinan oleh Nakes	Cakupan	73,607	73,607	
				433,349*5 = 2.166,745
1. Balita gemuk	Prevalensi	15,181	84,819	
2. Diare	Prevalensi	4,618	95,382	
3. Hipertensi	Prevalensi	92,337	7,663	
4. Pneumoni	Prevalensi	1,153	98,847	
5. Cuci tangan	Cakupan	12,314	12,314	
				299,025*4 = 1.196,100
1. Gangguan Mental	Prevalensi	14,108	85,892	
2. Perilaku merokok	Prevalensi	28,646	71,354	
3. Kesehatan Gigi dan mulut	Prevalensi	27,579	72,420	
4. Asma	Prevalensi	2,374	97,625	
5. Disabilitas (bermasalah dan sangat bermasalah)	Prevalensi	13,342	86,657	
6. Cedera	Prevalensi	4,283	95,717	
7. Sendi	Prevalensi	35,351	64,648	
8. ISPA	Prevalensi	41,203	58,796	
				633.109*3 = 1.899,327
				5.262,172

### Contoh: Nilai Teoritis

Variabel	Ter-baik		Ter-buruk	
1. Balita gizi buruk dan kurang	100		10	
2. Balita pendek dan sangat pendek	100		10	
3. Balita kurus dan sangat kurus	100		10	
4. Akses air	100		0	
5. Akses sanitasi	100		0	
6. Penimbangan balita	100		0	
7. Kunjungan Neonatus I	100		0	
8. Imunisasi lengkap	100		0	
9. Rasio dokter	10		0	
10. Rasio bidan	3		0	
11. Persalinan oleh Nakes	100		0	
	913	913 *5 =4565	30	30*5 = 150
1. Balita gemuk	100		10	
2. Diare	100		10	
3. Hipertensi	100		5	
4. Pneumoni	100		5	
5. Cuci tangan	100		0	
	500	500*4 =2000	30	30*4 = 120
1. Gangguan Mental	100		10	
2. Perilaku merokok	100		10	
3. Kesehatan Gigi dan mulut	100		20	
4. Asma	100		30	
5. Disabilitas (bermasalah dan sangat bermasalah)	100		20	
6. Cedera	100		30	
7. Sendi	100		30	
8. ISPA	100		40	
	800	800*3 = 2400	190	190*3 = 570
		8965		840

### Contoh: Hitung Indeks

$$\begin{aligned}
 \text{Indeks} &= \frac{(5.262,172 - 840)}{(8965 - 840)} \\
 &= 0,54427
 \end{aligned}$$

## **BAB 4. KETERBATASAN IPKM**

Kelemahan IPKM adalah sebagai berikut:

1. Ide IPKM muncul sebagai tindak lanjut dari Riskesdas, sewaktu melakukan analisis lanjut Riskesdas berbasis wilayah (provinsi dan kabupaten/kota), muncullah ide IPKM. Jadi indikator yang digunakan adalah indikator yang tersedia pada Riskesdas dan sumber informasi dari survei lainnya. Akan berbeda bila ide muncul sebelum Riskesdas, indikator bisa ditentukan dari awal sehingga akan lebih lengkap. Untuk kelemahan ini, akan diperkuat pada Riskesdas berikutnya yang akan dilaksanakan pada tahun 2013
2. Kondisi ideal yang dilakukan untuk IPKM kali ini adalah ideal teoritis, yang tidak mungkin dilakukan sepenuhnya oleh Kab/Kota. Sebagai contoh, kondisi ideal “status gizi pendek” adalah 0 (nol) persen. Ini tidak mungkin terjadi. Namun karena angka prevalensi yang paling ideal kita belum tahu, maka menggunakan angka 0 (nol).

## **BAB 5. PEMANFAATAN IPKM**

Dengan adanya IPKM diharapkan dapat memperjelas masalah kesehatan di tiap wilayah, sehingga program intervensi bisa lebih jelas. Berbasis indikator yang ada didalam IPKM, maka pemanfaatannya bisa beragam, yaitu:

1. Dari sisi kesehatan wilayah, menggunakan indikator IPKM secara keseluruhan, akan menghasilkan Kab/ Kota yang mempunyai masalah kesehatan berat/ kompleks. Kemudian berdasarkan indikator kesehatan dalam IPKM di Kab/ Kota tersebut, akan menghasilkan penajaman program yang harus diintervensi.
2. Dari sisi pemegang program, menggunakan salah satu indikator dalam IPKM, akan menghasilkan penajaman lokasi Kab/ Kota sasaran
3. Dari sisi alokasi bantuan dari Pusat ke daerah, IPKM bisa dijadikan salah satu parameter/ kriteria perhitungan alokasi bantuan pusat ke Kab/ Kota secara berkeadilan.

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 1798/MENKES/SK/XII/2010

TENTANG  
PEDOMAN PEMBERLAKUAN INDEKS PEMBANGUNAN  
KESEHATAN MASYARAKAT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) merupakan indikator komposit yang menggambarkan kemajuan pembangunan kesehatan dan bermanfaat untuk menentukan peringkat provinsi dan kabupaten/kota dalam mencapai keberhasilan pembangunan kesehatan masyarakat;
- b. bahwa pemberlakuan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat dilakukan untuk menentukan prioritas daerah yang memerlukan bantuan dalam peningkatan pembangunan kesehatan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c di atas, perlu menetapkan Pedoman Pemberlakuan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia;
- Mengingat : 1. Undang-undang Nomor 18 tahun 2002 tentang Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan dan Penerapan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (Lembaran

- Negara Republik Indonesia tahun 2002 Nomor 84, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4219);
2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
  3. Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
  4. Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 1995 tentang Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1995 Nomor 67, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3609);
  5. Peraturan Presiden Nomor 47 Tahun 2009 tentang Pembentukan dan Organisasi Kementerian Negara;
  6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 791/Menkes/SK/VIII/1999 tentang Koordinasi Penyelenggaraan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan;
  7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1179A/Menkes/SK/X/1999 tentang



Kebijakan Nasional Penelitian dan Pengembangan Kesehatan;

8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 681/Menkes/Per/IV/2010 tentang Riset Kesehatan Nasional;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan;

MEMUTUSKAN:

MENETAPKAN :

KESATU : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA TENTANG PEDOMAN PEMBERLAKUAN INDEKS PEMBANGUNAN KESEHATAN MASYARAKAT.

KEDUA : Pedoman Pemberlakuan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kesatu tercantum dalam Lampiran dan Tabel sebagai terlampir dalam Keputusan ini.

KETIGA : Pedoman sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua digunakan dalam rangka penentuan prioritas pembangunan kesehatan masyarakat daerah kabupaten/kota yang perlu dibantu dalam peningkatan pembangunan kesehatan dan sebagai acuan untuk menentukan alokasi bantuan dari pusat ke daerah.

KEEMPAT : Pedoman sebagaimana dimaksud pada diktum kedua digunakan bagi para pengelola program kesehatan dalam melaksanakan upaya peningkatan pembangunan kesehatan.

KELIMA : Menteri, kepala dinas kesehatan provinsi, dan kepala dinas kesehatan kabupaten/kota melakukan pembinaan dan pengawasan

terhadap pelaksanaan Keputusan ini dengan melibatkan organisasi profesi sesuai tugas dan fungsi masing-masing.

KEENAM : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta

Pada tanggal 16 Desember 2010

MENTERI KESEHATAN,

ttd

ENDANG RAHAYU SEDYANINGSIH



Trihono



Purnawan Djunadi



Sandi Iljanto



Atmarita



N. A Ma'ruf

## RINGKASAN

Indikator kesehatan merupakan salah satu indikator HDI yang dipakai sebagai acuan untuk menilai keberhasilan pembangunan, maka prioritas pembangunan wilayah selalu diarahkan pada upaya peningkatan HDI. Untuk bidang kesehatan, indikator yang mewakili adalah Umur Harapan Hidup (UHH) waktu lahir, yang sulit dijawab dengan pasti bagaimana cara meningkatkannya. Maka diperlukan serangkaian indikator kesehatan lain yang dapat langsung dan mudah diukur serta diperkirakan dapat berdampak meningkatkan UHH. Untuk mendapatkan indikator kesehatan tersebut, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan telah melaksanakan Riskesdas pada tahun 2007 yang dirancang untuk mengumpulkan data-data bidang kesehatan. Dengan menggunakan dua data lain yang berbasis komunitas juga yaitu Susenas dan Survei Podes maka dibentuk indikator komposit yang menggambarkan kemajuan pembangunan kesehatan. Indikator komposit tersebut dikembangkan untuk dijadikan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM). Berdasarkan metode yang telah ditentukan dengan mempertimbangkan nilai korelasi dengan UHH dan variabel yang dianggap prioritas, maka model yang terpilih mempunyai nilai kemaknaan  $p < 0,001$  dan menggunakan 24 variabel yang diberi bobot dengan nilai korelasi 0,512.



Dwi Hapsari Tjandrarini



Rofingatul Mubasyiroh



Suparmi



Puti Sari Hidayangsih



Teti Tejayanti

ISBN 978-979-8270-82-6