

# PENILAIAN KOMPONEN HMN

## Deskripsi:

Informasi Kesehatan yang handal dan tepat waktu adalah penting sebagai dasar tindakan kesehatan masyarakat dan penguatan sistem kesehatan, baik secara nasional maupun internasional (HMN 2<sup>nd</sup>, WHO, 2008).

Kebutuhan informasi kesehatan yang lebih baik muncul dari tuntutan untuk meningkatkan akuntabilitas, dan memastikan pengambilan keputusan berbasis bukti (evidence-based decision-making).

Penyebaran dan penggunaan - nilai informasi kesehatan dapat ditingkatkan dengan membuatnya mudah diakses oleh pengambil keputusan (memberikan perhatian karena perilaku dan organisasi kendala) dan dengan memberikan insentif bagi penggunaan informasi.

Kerangka HMN menggambarkan enam komponen sistem informasi kesehatan dan standar yang dibutuhkan masing-masing. Enam komponen sistem informasi kesehatan adalah:

1. Sumber daya (*Health Information Resources*)
2. Sumber Data (*Data Resources*)
3. Manajemen Data (*Data Management*)
4. Informasi (*Information Product*)
5. Indikator (*Indicators*)
6. Diseminasi dan Penggunaan (*Dissemination and Use*)

Perangkat penilaian dan monitoring komponen HMN (*The HMN Assessment and Monitoring Tool* Version 4, WHO 2008) dapat dipelajari dalam tabel berikut ini:

### The HMN Assessment and Monitoring Tool: Version 4 (WHO, 2008)

| KOMPONEN  |  |       |   |   |   |   |  |
|---|--|-------|---|---|---|---|--|
| I. Menilai sumber daya Sistem Informasi Kesehatan (SIK) |  |       |   |   |   |   |  |
| I.A   | Kebijakan SIK<br>(Koordinasi,<br>Perencanaan dan<br>kebijakan) | No    | Pernyataan  | Sangat Memadai  | Memadai   | Ada tetapi tidak<br>memadai   | Tidak<br>memadai<br>semua  |
|   |  |       |   | 3   | 2   | 1   | 0  |
|   |  | I.A.1 | Negara memiliki UU terbaru tentang kerangka kerja informasi kesehatan yang meliputi komponen-komponen spesifik: registrasi, laporan penyakit, data sektor swasta (termasuk asuransi sosial), kerahasiaan, dan prinsip-prinsip dasar statistik.  | UU mencakup semua aspek yang ada dan diberlakukan   | UU mencakup beberapa aspek dan diberlakukan   | UU ada tapi tidak ditegakkan  | Tidak ada UU   |
|   |  | I.A.2 | Negara memiliki peraturan dan prosedur terbaru untuk mengubah prinsip-prinsip dasar statistik resmi ke dalam praktek yang baik, dan untuk memastikan integritas layanan statistik nasional (dengan memastikan profesionalisme, objektivitas, transparansi dan kepatuhan terhadap standar etika dalam pengumpulan, pengolahan dan penyebaran data yang berhubungan dengan kesehatan) | Ya, peraturan dan prosedur ada dan dilaksanakan sepenuhnya. Integritas layanan statistik nasional biasanya dinilai. | Peraturan dan prosedur ada dan tersebar luas, tetapi tidak ada penilaian integritas layanan statistik nasional secara rutin | Peraturan dan prosedur ada, namun belum disebarluaskan dan diimplementasikan  | Tidak ada peraturan dan prosedur tertulis untuk memastikan integritas layanan statistik nasional |
|   |  | I.A.3 | Ada rencana strategik SIK tertulis, aktif digunakan menangani semua sumber data utama yang dijelaskan dalam Kerangka HMN (sensus, catatan sipil, survei penduduk, catatan individu, catatan layanan dan catatan sumber daya) dan diimplementasikan di tingkat nasional  | Ya, ada rencana strategik SIK komprehensif dan diimplementasikan  | Rencana strategik yang komprehensif ada, tapi sumber daya untuk menerapkannya tidak tersedia                                | Rencana strategik ada, tetapi tidak digunakan atau tidak menekankan integrasi | Tidak Ada tertulis rencana strategis SIK   |
|   |  | I.A.4 | Ada perwakilan dan komite nasional bertanggung jawab atas koordinasi SIK  | Ya, ada komite nasional SIK   | Ada komite nasional SIK, tetapi sumber daya tidak tersedia  | Ada komite nasional SIK, tetapi tidak berfungsi                               | Tidak ada komite nasional SIK  |
|   |  | I.A.5 | Kantor statistik nasional dan kementerian kesehatan telah membentuk mekanisme koordinasi (misalnya, sebuah gugus tugas pada statistik kesehatan), mekanisme ini   | Ya, sepenuhnya beroperasi, bertemu secara   | Ya, tapi bertemu hanya sesekali secara ad hoc   | Ya dalam teori, tetapi mekanisme ini  | Tidak  |

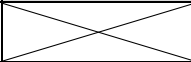
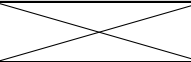
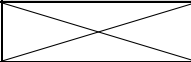
|            |  |       |  |   |   |   |  |
|------------|--|-------|--|---|---|---|--|
|            |  |       | mungkin multisektoral  | teratur dan memenuhi kebutuhan untuk koordinasi               | atau agenda terlalu penuh   | tidak beroperasi  |  |
|            |  | I.A.6 | Ada sistem rutin untuk memantau kinerja SIK dan berbagai sub sistemnya   | Ya, ada dan digunakan secara teratur                          | Ya, tapi jarang digunakan   | Ya, tapi tidak pernah digunakan   | Tidak ada  |
|            |  | I.A.7 | Ada kebijakan resmi untuk melakukan pertemuan rutin di sarana pelayanan kesehatan dan kantor dinas kesehatan (misalnya, di tingkat nasional, provinsi atau kabupaten) untuk meninjau informasi pada SIK dan mengambil tindakan berdasarkan informasi tersebut                    | Ya, ada kebijakan dan sedang dilaksanakan                     | Kebijakan ada, tetapi pertemuan tidak rutin                             | Kebijakan ada, namun tidak diimplementasikan  | Tidak ada kebijakan                                  |
| <b>I.B</b> | <b>Sumber daya manusia dan keuangan SIK (inststitusi, sumber daya manusia dan pendanaan SIK)</b> | I.B.1 | Kementerian Kesehatan memiliki kapasitas yang memadai dalam ilmu informasi kesehatan inti (epidemiologi, demografi, statistik, informasi dan TIK)  | Sangat memadai  | memadai   | Sebagian memadai  | Tidak memadai  |
|            |  | I.B.2 | Kantor statistik nasional memiliki kapasitas yang memadai dalam statistik (kependudukan, statistik, TIK)   | Sangat memadai  | memadai   | Sebagian memadai  | Tidak memadai  |
|            |  | I.B.3 | Ada unit pusat administrasi SIK dalam kementerian kesehatan untuk merancang, mengembangkan dan mendukung pengumpulan informasi kesehatan, manajemen, analisis, diseminasi dan penggunaan informasi kesehatan untuk perencanaan dan manajemen                                     | Unit pusat SIK berfungsi dengan sumber daya yang memadai      | Unit pusat SIK berfungsi tetapi tidak memiliki sumber daya yang memadai | Unit pusat SIK memiliki kapasitas fungsi yang sangat terbatas dan beberapa kegiatan penguatan SIK | Tidak ada unit pusat SIK dalam kementerian kesehatan |
|            |  | I.B.4 | Ada unit pusat administrasi SIK bertanggung jawab untuk sensus penduduk dan survei rumah tangga, yang mendesain, mengembangkan dan mendukung pengumpulan informasi kesehatan, manajemen, analisis, diseminasi dan penggunaan informasi kesehatan untuk perencanaan dan manajemen | Unit pusat SIK berfungsi dengan sumber daya yang memadai      | Unit pusat SIK berfungsi tetapi tidak memiliki sumber daya yang memadai | Unit pusat SIK memiliki kapasitas fungsi yang sangat terbatas dan beberapa kegiatan penguatan SIK | Tidak ada unit pusat SIK dalam kementerian kesehatan |
|            |  | I.B.5 | Pada tingkat sub nasional (misalnya, daerah/provinsi dan kabupaten) ada yang ditugaskan sebagai petugas informasi kesehatan penuh-waktu ( <i>full-time</i> )   | Ya - 100% dari dinas kesehatan ada ditugaskan sebagai petugas | Ya - lebih dari 50% dari dinas kesehatan ada ditugaskan                 | Kurang dari 50% dari dinas kesehatan ada ditugaskan   | Tidak ada posisi petugas informasi kesehatan         |

|  |  |       |   | informasi kesehatan penuh-waktu ( <i>full-time</i> )   | sebagai petugas informasi kesehatan penuh-waktu ( <i>full-time</i> )  | sebagai petugas informasi kesehatan penuh-waktu ( <i>full-time</i> ) |                |
|--|--|-------|---|--|---|--|----------------|
|  |  | I.B.6 | Kegiatan pembangunan kapasitas ( <i>capacity-building</i> ) SIK telah terjadi selama tahun lalu untuk <b>staf SIK</b> dari kementerian kesehatan (statistik, perangkat lunak dan pemeliharaan database, dan/atau epidemiologi) di tingkat nasional dan sub nasional | Pembangunan kapasitas yang cukup, menjadi bagian dari rencana jangka panjang pemerintah dalam pengembangan sumber daya manusia | Pembangunan kapasitas yang cukup, namun sebagian besar tergantung pada dukungan eksternal (misalnya, donor) | Pembangunan kapasitas terbatas                                       | Tidak ada      |
|  |  | I.B.7 | Kegiatan peningkatan kapasitas telah terjadi selama tahun lalu untuk <b>staf dari kantor statistik nasional</b> (statistik, dan perangkat lunak dan pemeliharaan database) di tingkat nasional dan sub nasional   | Pembangunan kapasitas yang cukup, menjadi bagian dari rencana jangka panjang pemerintah dalam pengembangan sumber daya manusia | Pembangunan kapasitas yang cukup, namun sebagian besar tergantung pada dukungan eksternal (misalnya, donor) | Pembangunan kapasitas terbatas                                       | Tidak ada      |
|  |  | I.B.8 | Kegiatan pembangunan kapasitas SIK telah terjadi selama tahun lalu <b>untuk staf-fasilitas kesehatan</b> (pada pengumpulan data, self-assessment, analisis dan presentasi)  | Pembangunan kapasitas yang cukup, menjadi bagian dari rencana jangka panjang pemerintah dalam pengembangan sumber daya manusia | Pembangunan kapasitas yang cukup, namun sebagian besar tergantung pada dukungan eksternal (misalnya, donor) | Pembangunan kapasitas terbatas                                       | Tidak ada      |
|  |  | I.B.9 | Bantuan tersedia untuk kesehatan dan staf SIK di tingkat nasional dan sub nasional dalam merancang, mengelola dan mendukung software dan database   | Excellent  | Memadai, biasanya tersedia untuk  | Terbatas, tidak memenuhi kebutuhan staf                              | Tidak tersedia |

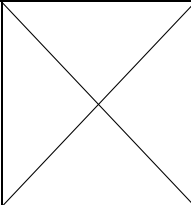
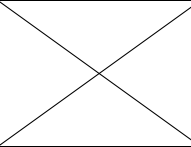
|            |                          |        |   |  |  |  |   |
|------------|--------------------------|--------|---|--|--|--|---|
|            |                          |        |   |  | sesekali bantuan dan back-up   | untuk bantuan dan dukungan   |   |
|            |                          | I.B.10 | Tingkat pergantian staf informasi kesehatan yang dapat diterima di level nasional kementerian kesehatan   | Pergantian rendah, tidak masalah   | Pergantian sedang, tapi dapat dikelola   | Tingkat pengunduran bermasalah   | Tingkat pengunduran sangat tinggi   |
|            |                          | I.B.11 | Tingkat pergantian staf informasi kesehatan yang dapat diterima di level nasional kantor statistik kesehatan  | Pergantian rendah, tidak masalah   | Pergantian sedang, tapi dapat dikelola   | Tingkat pengunduran bermasalah   | Tingkat pengunduran sangat tinggi   |
|            |                          | I.B.12 | Ada alokasi anggaran dalam anggaran nasional pada berbagai sektor untuk fungsi SIK dari semua sumber data yang relevan memadai dalam kementerian kesehatan                                  | Ya, ada alokasi anggaran dalam anggaran nasional untuk fungsi SIK dari semua sumber data yang relevan memadai                        | Anggaran SIK nasional terbatas tetapi memungkinkan untuk fungsi SIK dari semua sumber data yang relevan memadai                | Anggaran SIK nasional terbatas dan tidak memungkinkan untuk fungsi SIK dari semua sumber data yang relevan memadai           | Tidak ada Anggaran SIK nasional dan fungsi SIK dari sumber data paling relevan tidak memadai              |
|            |                          | I.B.13 | Ada alokasi anggaran dalam anggaran nasional pada berbagai sektor untuk menyediakan sistem statistik nasional yang memadai dari semua sumber data yang relevan di kantor statistik nasional | Ya, ada alokasi anggaran dalam anggaran nasional untuk menyediakan sistem statistik yang memadai dari semua sumber data yang relevan | Anggaran statistik nasional terbatas tetapi memungkinkan fungsi dari semua sumber data yang relevan memadai                    | Anggaran statistik nasional terbatas dan tidak memungkinkan untuk fungsi dari semua sumber data yang relevan memadai         | Tidak ada Anggaran statistik nasional dan fungsi dari sumber data paling relevan tidak memadai            |
| <b>I.C</b> | <b>Infrastruktur SIK</b> | I.C.1  | Formulir catatan, kertas, pensil, dan perlengkapan lainnya yang dibutuhkan untuk catatan pelayanan kesehatan dan informasi penyakit tersedia  | Ya, formulir catatan, kertas, pensil, dan perlengkapan lainnya selalu tersedia untuk mencatat informasi yang diperlukan              | Kadang-kadang persediaan Formulir catatan, kertas, pensil, dan perlengkapan lainnya habis tetapi tidak mempengaruhi pencatatan | Persediaan formulir catatan, kertas, pensil, dan perlengkapan lainnya habis yang mana mempengaruhi pencatatan informasi yang | Pelayanan kesehatan tidak mampu memenuhi persyaratan pelaporan karena kurangnya formulir catatan, kertas, |

|  |  |       |  |  | informasi yang diperlukan   | diperlukan  | pencil, dan perlengkapan lainnya   |
|--|--|-------|--|--|---|---|--|
|  |  | I.C.2 | Formulir catatan, kertas, pensil, dan perlengkapan lainnya yang dibutuhkan untuk pelaporan statistik vital tersedia                    | Ya, semua kantor yang relevan di tingkat kabupaten, tingkat provinsi dan nasional memiliki komputer untuk tujuan ini | Beberapa kantor di kabupaten yang relevan dan kantor nasional dan provinsi memiliki komputer untuk tujuan ini                             | Beberapa kantor relevan dan mayoritas kantor nasional memiliki komputer untuk tujuan ini                        | Tidak, hanya kantor nasional yang relevan memiliki komputer untuk tujuan ini |
|  |  | I.C.3 | Komputer tersedia di kantor-kantor terkait, di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten untuk kompilasi dengan cepat data sub nasional | Ya, semua kantor yang relevan di tingkat kabupaten, tingkat provinsi dan nasional memiliki komputer untuk tujuan ini | Beberapa kantor di kabupaten yang relevan dan kantor nasional dan provinsi memiliki komputer untuk tujuan ini                             | Beberapa kantor provinsi yang relevan dan mayoritas kantor nasional memiliki komputer untuk tujuan ini          | Tidak, hanya kantor nasional yang relevan memiliki komputer untuk tujuan ini |
|  |  | I.C.4 | Infrastruktur TIK dasar (telepon, akses internet dan e-mail) ada di tempatkan, di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten             | Ya, infrastruktur TIK dasar ditempatkan di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten                                  | Infrastruktur TIK dasar di tempatkan di tingkat nasional, lebih dari 50% di tingkat provinsi, tetapi kurang dari 50% di tingkat kabupaten | Infrastruktur TIK dasar di tempat di tingkat nasional, tetapi kurang dari 50% di tingkat provinsi dan kabupaten | Infrastruktur TIK dasar di tempatkan hanya di tingkat nasional               |
|  |  | I.C.5 | Dukungan untuk pemeliharaan peralatan TIK tersedia di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten   | Ya, ada dukungan untuk pemeliharaan peralatan TIK di tingkat nasional, provinsi dan kabupaten                        | ada dukungan untuk pemeliharaan peralatan TIK di tingkat nasional, lebih dari 50% di tingkat provinsi,                                    | ada dukungan untuk pemeliharaan peralatan TIK di tingkat nasional, tetapi kurang dari 50% di                    | Dukungan untuk pemeliharaan peralatan TIK hanya di tingkat nasional          |

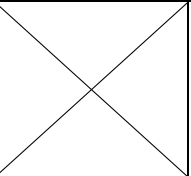
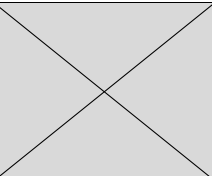
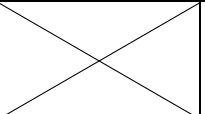
|  |  |        |   |   |   |   |   |
|--|--|--------|---|---|---|---|---|
|  |  |        |   |   | tetapi kurang dari 50% di tingkat kabupaten   | tingkat provinsi dan kabupaten  |   |
| <b>II. Menilai Indikator-indikator SIK</b> |  |        |   |   |   |   |   |
| <b>II.A</b>                                | <b>Menilai Indikator-indikator SIK</b> | II.A.1 | Indikator inti minimum nasional telah diidentifikasi untuk tingkat nasional dan sub nasional, mencakup semua kategori indikator kesehatan (penentu kesehatan atau <i>determinants of health</i> , input sistem kesehatan, output dan outcome, dan status kesehatan) | Ya, indikator inti minimum diidentifikasi di tingkat nasional dan subnasional dan mencakup semua kategori | Indikator inti minimum diidentifikasi di tingkat nasional dan subnasional tetapi mereka tidak mencakup semua kategori | Proses dimulai-Diskusi sedang dilakukan untuk mengidentifikasi indikator penting  | Proses tidak dimulai-tidak ada indikator minimum atau kumpulan data yang diidentifikasi     |
|  |  | II.A.2 | Ada strategi resmi yang jelas dan eksplisit untuk mengukur setiap indikator MDG terkait kesehatan yang relevan dengan negara  | Ya, semua indikator MDG terkait kesehatan yang tepat termasuk dalam minimum set indikator inti            | Tidak semua, tapi setidaknya 50% dari indikator MDG terkait kesehatan termasuk dalam minimum set indikator inti       | Setidaknya satu tetapi kurang dari 50% dari indikator MDG termasuk dalam minimum set indikator inti   | Tak satu pun dari indikator MDG terkait kesehatan termasuk dalam minimum set indikator inti |
|  |  | II.A.3 | Indikator inti ditentukan bekerjasama dengan semua pemangku kepentingan kunci (misalnya, Kementerian, kantor statistik nasional, departemen terkait lainnya, organisasi profesi, para ahli dan pemegang program penyakit utama)                                     | Ya, semua pemangku kepentingan yang terkait berkolaborasi dalam pemilihan indikator inti                  | Departemen terkait dan kantor statistik nasional terlibat tetapi partisipasi eksternal akan lebih diinginkan          | Kolaborasi antara Kementerian Kesehatan, tingkat subnasional dan beberapa pemegang program penyakit tetapi tidak ada keterlibatan kantor statistik nasional | Tidak, setiap program meminta data sesuai dengan kebutuhan sendiri                          |
|  |  | II.A.4 | Indikator inti telah dipilih sesuai dengan kriteria yang jelas termasuk kegunaan kesehatan ilmiah ( <i>scientific soundness</i> ), kehandalan, keterwakilan, kelayakan dan aksesibilitas  | Ya, indikator inti telah dipilih sesuai dengan kriteria yang jelas  | Sebagian besar - tetapi tidak semua kriteria seleksi jelas dan  | Ada pedoman tetapi mereka tidak termasuk kriteria yang jelas  | Tidak ada pedoman atau kriteria eksplisit untuk   |

|                                     |        |         |  |   |   |  |  |   |                                       |
|-------------------------------------|--------|---------|--|---|---|--|--|---|---------------------------------------|
|                                     |        |         |  |   | termasuk kegunaan, kesehatan ilmiah, kehandalan keterwakilan, kelayakan, dan aksesibilitas  | eksplisit  | untuk pemilihan indikator  | pemilihan indikator   |                                       |
|                                     |        | II.A.5  | Pelaporan pada set minimal indikator inti terjadi secara teratur   |   | Pelaporan teratur (misalnya, tahunan atau dua kali setahun)   |  | Pelaporan tidak teratur dan tidak lengkap  | Pelaporan sangat terbatas   |                                       |
| <b>III. Menilai sumber data SIK</b> |        |         |  |   |   |  |  |   |                                       |
| III.A                               | Sensus | III.A.1 | Isi  | A.1.1   | A.1.1: Pertanyaan tentang Kematian dimasukkan dalam sensus terakhir: <ul style="list-style-type: none"> <li>• pertanyaan untuk memperkirakan angka kematian bayi lahir hidup dan meninggal;</li> <li>• pertanyaan untuk memperkirakan kematian orang dewasa - kematian rumah tangga pada 12 atau 24 bulan yang lalu termasuk jenis kelamin dan usia pada saat meninggal</li> </ul> <p><b>Catatan:</b> Loncat pertanyaan ini jika pencatatan sipil mencakup setidaknya 90% dari kematian</p> | Pertanyaan untuk memperkirakan kematian anak dan pertanyaan untuk memperkirakan kematian orang dewasa, dipasangkan dengan pertanyaan tentang cedera dan kematian terkait kehamilan | Pertanyaan untuk memperkirakan kematian anak dan pertanyaan untuk memperkirakan kematian orang dewasa                              | Hanya pertanyaan untuk memperkirakan kematian anak, atau hanya pertanyaan untuk memperkirakan kematian orang dewasa | Tidak ada pertanyaan tentang kematian |
|                                     |        |         |  | III.A.2                                       | Kapasi<br>tas<br>dan<br>Prakti<br>s   | A.2.1  | Negara ini memiliki kapasitas yang memadai untuk: (1) melaksanakan pengumpulan data, (2) memproses data, dan (3) menganalisis data | Kapasitas yang memadai untuk semua aspek  | Kapasitas yang memadai 2 dari 3       |
|                                     |        | A.2.2   | Sensus dilakukan dalam 10 tahun terakhir   | Ya  |   |   |   | Tidak   |                                       |
|                                     |        | A.2.3   | Survei pencacahan yang lalu ( <i>Post Enumeration Survey</i> ) telah selesai dan laporan tertulis tersedia dan tersebar luas | PES dilakukan dan laporan tersedia di website |   | PES dilakukan dan tersedia laporan dicetak   | PES dilakukan tapi tidak ada laporan yang tersedia   | PES tidak dilakukan   |                                       |
|                                     |        | A.2.4   | Evaluasi kelengkapan data kematian orang dewasa dari sensus terakhir telah   | Evaluasi telah dilakukan dan                  |   |   | Evaluasi telah dilakukan tetapi  | Tidak ada evaluasi  |                                       |



|         |                     |       |  |   |  |   |  |  |
|---------|---------------------|-------|--|---|--|---|--|--|
|         |                     |       |  | dilakukan dan hasilnya dipublikasikan bersama dengan statistik kematian<br><br><b>Catatan:</b> Loncat pertanyaan ini jika sensus terakhir tidak termasuk pertanyaan tentang kematian orang dewasa (kematian rumah tangga) | hasilnya dipublikasikan bersama dengan statistik kematian                              |    | hasilnya belum dipublikasikan  |  |
| III.A.3 | Diseminasi          | A.3.1 | Sebuah laporan termasuk statistik deskriptif (usia, jenis kelamin, tempat tinggal sampai dengan tingkat administrasi terkecil) dari sensus terbaru yang tersedia dan didistribusikan secara luas (secara online atau salinan kertas)   | Semua kabupaten (dinas kesehatan administrasi terendah) memiliki akses langsung   | Semua wilayah/provinsi (Dinas Kesehatan administrasi menengah) memiliki akses langsung | Pejabat kesehatan pusat/nasional memiliki akses langsung                              | Tidak tersedia laporan   |  |
|         |                     | A.3.2 | Ada jarak waktu antara data yang dikumpulkan dan waktu laporan statistik deskriptif (usia, jenis kelamin, tempat tinggal berdasarkan wilayah pencacahan) diterbitkan   | Kurang dari 2 tahun   | 2 sampai 3 tahun   | 4 sampai 5 tahun  | Tidak ada laporan sensus tersedia pada 10 tahun terakhir                     |  |
|         |                     | A.3.3 | Proyeksi penduduk akurat berdasarkan usia dan jenis kelamin tersedia untuk area kecil (kabupaten atau di bawahnya) untuk tahun berjalan<br><br>Catatan: Loncat pertanyaan ini jika ada sensus hasil tersedia untuk lebih dari 10 tahun | Proyeksi akurat tersedia untuk tingkat administrasi terkecil  | Proyeksi akurat tersedia untuk kabupaten   | Proyeksi akurat tersedia untuk daerah/provinsi  | Tidak ada proyeksi untuk tahun berjalan, atau proyeksi tidak dianggap akurat |  |
|         |                     | A.3.4 | Microdata tersedia untuk akses publik<br><br>Catatan: Loncat pertanyaan ini jika ada sensus hasil tersedia untuk lebih dari 10 tahun   | Tersedia atas permintaan  | Tersedia berdasarkan permintaan dengan pembatasan                                      |  | Tidak tersedia   |  |
| III.A.4 | Integrasi dan Peng- | A.4.1 | Proyeksi penduduk digunakan untuk estimasi cakupan dan perencanaan pelayanan kesehatan   | Proyeksi digunakan oleh sebagian besar kecamatan  | Proyeksi digunakan oleh sebagian besar kabupaten                                       | Proyeksi digunakan di tingkat nasional dan/atau tingkat                               | Proyeksi penduduk tidak digunakan  |  |

|       |  |         | guna<br>an                          |       | Catatan: Loncat pertanyaan ini jika ada sensus hasil tersedia untuk lebih dari 10 tahun  |   |                                  | provinsi                         | untuk kesehatan   |
|-------|--|---------|-------------------------------------|-------|--|---|----------------------------------|----------------------------------|---|
| III.B | Pencatatan Sipil<br>(Civil registration<br>(Vital statistics)) | III.B.1 | Isi                                 | B.1.1 | Ada sumber yang dapat dipercaya dari statistik vital nasional: pencatatan sipil; Sistem Registrasi Contoh ( <i>Sample Registration System</i> ), atau Sistem Surveilans Demografi (DSS)                  | Pencatatan sipil nasional                               | Sistem Registrasi Sampel         | Sistem Surveilans Demografi      | Tidak ada sumber terpercaya   |
|       |  |         |                                     | B.1.2 | Cakupan kematian terdaftar melalui catatan sipil   | ≥ 90%   | 70% - 89%                        | 50% - 69%                        | <50%  |
|       |  |         |                                     | B.1.3 | Informasi penyebab kematian dicatat pada formulir registrasi kematian jika terdapat pada pencatatan sipil<br><br>Catatan: Loncat pertanyaan ini jika tidak terdapat pada pencatatan sipil                | ≥ 90%   | 70% - 89%                        | 50% - 69%                        | <50%  |
|       |  | III.B.2 | Kapasi<br>tas<br>dan<br>Prakti<br>s | B.2.1 | Negara memiliki kapasitas yang memadai untuk: (1) melaksanakan pengumpulan data, (2) memproses data, dan (3) menganalisis data dari catatan sipil atau SRS atau DSS                                      | Kapasitas memadai untuk 3 aspek                         | Kapasitas memadai untuk 2 dari 3 | Kapasitas memadai hanya 1 dari 3 | Kapasitas memadai tidak untuk 3 aspek   |
|       |  |         |                                     | B.2.2 | Frekuensi penilaian kelengkapan pencatatan sipil   | Setiap kali sensus dilakukan (setiap 5 sampai 10 tahun) | Setiap kali sensus dilakukan     | Kurang dari periode dari sensus  | Pernah dilakukan atau tidak tahu  |
|       |  |         |                                     | B.2.3 | Klasifikasi Statistik Internasional Penyakit dan Masalah Terkait Kesehatan (ICD) sedang digunakan untuk registrasi penyebab kematian<br><br>Catatan: Skor 0 jika tidak ada pendaftaran penyebab-kematian | ICD-10 secara rinci                                     | Daftar tabulasi ICD-10           | ICD-9                            | Tidak ada ICD digunakan atau ICD-8 atau sebelumnya atau tidak ada pendaftaran penyebab-kematian |
|       |  |         |                                     | B.2.4 | Proporsi dari semua kematian dikodekan dengan penyebab yang tidak jelas (%) (kode sampah)<br><br>Catatan: Loncat item ini jika tidak ada registrasi penyebab kematian                                    | < 5%  | 5% - 10%                         | 11% - 19%                        | ≥ 20%   |

|  |                |                            |              |  |  |   |   |   |  |
|--|----------------|----------------------------|--------------|--|--|---|---|---|--|
|  |                |                            |              | <b>B.2.5</b>   | Statistik yang diterbitkan dari catatan sipil atau SRS dibedakan oleh: (1) jenis kelamin, (2) umur, dan (3) wilayah geografis atau administratif (atau perkotaan/pedesaan)<br><br><b>Catatan:</b> Skor 0 jika tidak ada catatan sipil atau SRS | Semua dari 3  | 2 dari 3  | 1 dari 3  | Tak satu pun dari 3, atau tidak ada pencatatan sipil dan tidak ada SRS |
|  |                |                            |              | <b>B.2.6</b>   | Sistem Registrasi Sampel (SRS) dikembangkan dan menghasilkan data yang akurat dan tepat waktu<br><br><b>Catatan:</b> loncat item ini jika tidak ada SRS  | Perwakilan nasional   |    | Perwakilan sebagian   | Tidak ada  |
|  |                |                            |              | <b>B.2.7</b>   | Lokasi Sistem Surveilans Demografi (DSS) dikembangkan dan menghasilkan data yang akurat dan tepat waktu<br><br><b>Catatan:</b> loncat item ini jika tidak ada DSS  |        | Sebagian perwakilan (minimal 1 perkotaan dan 2 lokasi di daerah pedesaan)             | Tidak ada perwakilan  | Tidak ada  |
|  |                |                            |              | <b>B.2.8</b>   | Alat Verbal Otopsi (VA)<br><br><b>Catatan:</b> Loncat item ini jika tidak ada DSS atau SRS   | Alat VA divalidasi, kuesioner tersedia untuk umum dan sesuai dengan standar internasional | Alat VA divalidasi  | Alat VA tidak divalidasi  | Tidak ada otopsi verbal yang digunakan oleh SRS dan/atau DSS           |
|  | <b>III.B.3</b> | <b>Diseminasi</b>          | <b>B.3.1</b> | Rentang waktu antara data yang dikumpulkan dengan waktu statistik dari catatan sipil/SRS/DSS diterbitkan<br><br><b>Catatan:</b> Skor 0 jika tidak ada pencatatan sipil atau SRS atau DSS | < 3 tahun  | 3 tahun   | 4 sampai 5 tahun  | Lebih dari 5 tahun atau statistik tidak dipublikasikan atau tidak ada sistem statistik vital (registrasi sipil, SRS, DSS) |  |
|  | <b>III.B.4</b> | <b>Integrasi dan Peng-</b> | <b>B.4.1</b> | Informasi dari catatan sipil/SRS/DSS pada: (1) angka kematian, dan (2) penyebab kematian digunakan untuk analisis nasional dan subnasional   | Angka kematian dan informasi penyebab kematian   | 1 dari 2 digunakan  |  | Tidak digunakan atau statistik tidak dipublikasikan   |  |

|       |  |         |                       |       |   |  |   |   |   |
|-------|--|---------|-----------------------|-------|---|--|---|---|---|
|       |  |         | guna-an               |       | <b>Catatan:</b> Skor 0 jika tidak ada pencatatan sipil atau SRS atau DSS  | digunakan  |   |   | atau tidak ada sistem statistik vital (registrasi sipil, SRS, DSS)              |
| III.C | Survei Penduduk<br>( <i>Population-based surveys</i> ) | III.C.1 | Isi                   | C.1.1 | Dalam 5 tahun terakhir, sebuah survei nasional yang representatif telah mengukur persentase populasi yang relevan menerima pelayanan kunci kesehatan ibu dan anak (misalnya, keluarga berencana, pelayanan antenatal, persalinan oleh tenaga profesional atau nakes, imunisasi)   | Ya   |   |   | Tidak   |
|       |  |         |                       | C.1.2 | Dalam 5 tahun terakhir, sebuah survei nasional yang representatif telah memberikan perkiraan yang cukup tepat dan akurat kematian bayi dan anak di bawah 5 tahun  | Ya   |   |   | Tidak   |
|       |  |         |                       | C.1.3 | Dalam 5 tahun terakhir, survei berbasis populasi perwakilan nasional (s) telah mengukur prevalensi beberapa prioritas penyakit tidak menular/masalah kesehatan (misalnya, cacat, sakit mental, hipertensi, diabetes, kecelakaan, kekerasan) dan faktor risiko terkemuka (misalnya, merokok, penggunaan obat, diet, fisik tidak beraktifitas atau <i>physical inactivity</i> )<br><br>"Biomarker" - zat yang digunakan sebagai indikator keadaan biologis. Ini termasuk skrining untuk antibodi dalam darah dan urin sampel, misalnya. | Ya, survei nasional yang representatif telah mengukur biomarker dan setidaknya 3 prioritas penyakit tidak menular/kondisi kesehatan atau faktor risiko | Survei tidak diukur setiap biomarker tambahan namun telah mengukur prevalensi minimal 1 prioritas penyakit/masalah kesehatan menular atau faktor risiko | Dalam 5 tahun terakhir, survei berbasis populasi belum mengukur prevalensi setiap prioritas penyakit/masalah kesehatan menular atau faktor risiko | Tidak ada survei berbasis populasi telah diselenggarakan dalam 5 tahun terakhir |
|       |  | III.C.2 | Kapasitas dan Praktis | C.2.1 | Negara memiliki kapasitas yang memadai untuk: (1) melakukan survei rumah tangga (termasuk desain sampel dan kerja lapangan), (2) memproses data, dan (3) menganalisis data  | Kapasitas memadai untuk 3 aspek  | Kapasitas memadai 2 dari 3  | Kapasitas memadai hanya 1 dari 3  | Kapasitas memadai tidak untuk 3 aspek   |

|              |   |                |                                 |              |  |   |   |   |   |
|--------------|---|----------------|---------------------------------|--------------|--|---|---|---|---|
|              |   |                |                                 | <b>C.2.2</b> | Survei mengikuti standar internasional untuk persetujuan, kerahasiaan dan akses ke data pribadi (misalnya, pedoman OECD)   | Ya  |   |   | Tidak   |
|              |   |                |                                 | <b>C.2.3</b> | Data memungkinkan pemilahan berdasarkan usia, jenis kelamin dan lokalitas (misalnya perkotaan/pedesaan, wilayah geografis atau administratif utama)  | Semua dari 3  | 2   | 1   | Tidak ada   |
|              |   |                |                                 | <b>C.2.4</b> | Data memungkinkan pemilahan berdasarkan status sosial ekonomi: (1) pendapatan, dan (2) pendidikan  | Ya, keduanya  |   | Hanya pendidikan  | Tidak keduanya  |
|              |   | <b>III.C.3</b> | <b>Diseminasi</b>               | <b>C.3.1</b> | Metadata (desain, implementasi sampel, kuesioner) tersedia dari survei terbaru   | Tersedia untuk umum   |   |   | Tidak tersedia  |
|              |   |                |                                 | <b>C.3.2</b> | Microdata tersedia dari survei terbaru   | Tersedia atas permintaan  | Tersedia berdasarkan permintaan dengan pembatasan   |   | Tidak tersedia  |
|              |   | <b>III.C.4</b> | <b>Integrasi dan Penggunaan</b> | <b>C.4.1</b> | Ada pertemuan dan rencana multiyear untuk mengkoordinasikan waktu, variabel kunci yang diukur dan pendanaan survei berbasis populasi perwakilan nasional yang mengukur indikator kesehatan | Ya, ada mekanisme koordinasi dan rencana mengkoordinasikan semua survei nasional yang representatif | Kelompok Koordinasi dan rencana jangka panjang > 75% dari survei rumah tangga nasional yang representatif | Rencana ada tapi tidak lengkap dan/atau kelompok koordinasi tidak dapat secara efektif mengkoordinasikan survei | Kelompok koordinasi maupun rencana jangka panjang tidak ada |
|              |   |                |                                 | <b>C.4.2</b> | Para konstituen kesehatan dan statistik bekerjasama erat pada desain, implementasi dan analisis serta penggunaan data survei   | sangat memadai  | Memadai   | Ada tetapi tidak memadai  | Tidak ada   |
| <b>III.D</b> | <b>Individual records (Health and disease records (including disease surveillance systems))</b> | <b>III.D.1</b> | <b>Isi</b>                      | <b>D.1.1</b> | Untuk setiap penyakit rawan epidemi (misalnya, kolera, diare dengan darah, campak, meningitis, wabah, demam perdarahan virus, demam kuning, SARS, flu burung) dan penyakit yang            | Benar untuk semua penyakit rawan epidemi dan penyakit yang ditargetkan untuk                        | Berlaku untuk semua kecuali 1 atau 2 penyakit rawan epidemi dan penyakit                                  | Ada 3 atau lebih penyakit utama yang definisi kasus ditetapkan atau yang bentuk                                 | Tidak ada sistem untuk pemberitahuan atau sistem yang       |

|  |                |                              |              |  |   |  |  |  |   |
|--|----------------|------------------------------|--------------|--|---|--|--|--|---|
|  |                |                              |              |  | ditargetkan untuk pemberantasan dan/atau dieliminasi (misalnya, poliomyelitis, tetanus neonatal, lepra) definisi kasus yang tepat telah ditetapkan dan kasus dapat dilaporkan dengan menggunakan format pelaporan terkini   | pemberantasan dan/atau eliminasi   | yang ditargetkan untuk pemberantasan dan/atau eliminasi                | pelaporan tidak memadai  | melaporkan sebagian besar penyakit utama                                    |
|  |                |                              | <b>D.1.2</b> |  | Untuk kondisi kesehatan penting bagi kesehatan masyarakat selain yang tercantum di atas dalam D.1.1 (misalnya, penyebab utama kematian, penyakit dan kecacatan seperti pneumonia dan diare dengan dehidrasi pada anak-anak kurang dari 5 tahun, malaria, TBC, HIV/AIDS, penyakit menular seksual, dan penyakit menular) strategi surveilans ada | Berlaku untuk semua penyebab utama morbiditas, mortalitas dan kecacatan      | Benar untuk penyebab paling utama morbiditas, mortalitas dan kecacatan | Benar untuk beberapa penyebab utama morbiditas, mortalitas dan kecacatan | Tidak ada sistem pengawasan yang baik terbentuk selain wabah penyakit rawan |
|  |                |                              | <b>D.1.3</b> |  | Pemetaan populasi tertentu berisiko (misalnya, populasi dengan gizi buruk dan kemiskinan) dan masyarakat umum menghadapi risiko tertentu (misalnya, vektor, dan polusi lingkungan dan industri)   | Peta terbaru dan komprehensif dan ada kapasitas untuk menambahkan fitur baru | Peta terbaru dan cukup komprehensif                                    | Pemetaan hanya beberapa risiko kesehatan masyarakat                      | Tidak ada pemetaan risiko kesehatan masyarakat                              |
|  | <b>III.D.2</b> | <b>Kapasitas dan Praktis</b> | <b>D.2.1</b> |  | Negara memiliki kapasitas yang memadai untuk: (1) mendiagnosa dan mencatat kasus penyakit yang dilaporkan, (2) melaporkan dan mengirimkan data tepat waktu dan lengkap tentang penyakit ini, dan (3) menganalisis dan bertindak berdasarkan data untuk penanggulangan wabah dan perencanaan intervensi kesehatan masyarakat                     | Kapasitas memadai untuk 3 kegiatan   | Kapasitas memadai untuk melaksanakan kegiatan (1) dan (2)              | Kapasitas memadai untuk melaksanakan kegiatan hanya (1)                  | Kapasitas memadai untuk tidak ada 3 kegiatan                                |
|  |                |                              | <b>D.2.2</b> |  | Persentase tenaga kesehatan yang membuat diagnosa primer dengan benar sesuai definisi mayoritas kasus penyakit yang dilaporkan  | ≥ 90%  | 75% - 89%  | 25% - 74%  | <25%  |

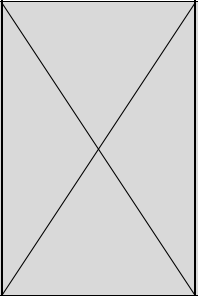
|  |                |                    |              |   |  |  |   |   |
|--|----------------|--------------------|--------------|---|--|--|---|---|
|  |                |                    | <b>D.2.3</b> | Persentase fasilitas kesehatan yang menyampaikan laporan pengawasan mingguan atau bulanan tepat waktu untuk tingkat kabupaten   | ≥ 90%  | 75% - 89%  | 25% - 74%   | <25%  |
|  |                |                    | <b>D.2.4</b> | Persentase kabupaten yang menyerahkan laporan pengawasan mingguan atau bulanan tepat waktu ke tingkat yang lebih tinggi   | ≥ 90%  | 75% - 89%  | 25% - 74%   | <25%  |
|  |                |                    | <b>D.2.5</b> | Proporsi wabah diselidiki dengan hasil laboratorium   | ≥ 90%  | 75% - 89%  | 25% - 74%   | <25%  |
|  |                |                    | <b>D.2.6</b> | Penggunaan catatan medis pasien yang disimpan di fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendukung kualitas dan kelangsungan perawatan  | 90% atau lebih catatan pasien dilengkapi secara memadai dan dapat diambil kembali untuk 90% atau lebih pasien dalam waktu cepat untuk informasi pengambilan keputusan klinis | Catatan pasien biasanya dilengkapi secara memadai dan dapat diambil untuk sebagian besar pasien dalam waktu cepat untuk informasi pengambilan keputusan klinis | Informasi penting pasien biasanya tidak tercatat dan/atau catatan tidak dapat diambil untuk sebagian besar pasien | Tidak ada sistem untuk catatan medis pasien pada kebanyakan fasilitas kesehatan |
|  |                |                    | <b>D.2.7</b> | Klasifikasi Statistik Internasional Penyakit dan Masalah Terkait Kesehatan (ICD) yang saat ini digunakan untuk melaporkan diagnosis keluar (diagnosis akhir) dari rumah sakit<br><br><b>Catatan:</b> Tidak berlaku jika tidak ada pengkodean diagnosa berdasarkan ICD | ICD-10 secara rinci  | Daftar tabulasi ICD-10   | ICD-9   | Tidak menggunakan ICD atau ICD-8 atau sebelumnya                                |
|  | <b>III.D.3</b> | <b>Dise-minasi</b> | <b>D.3.1</b> | Data surveilans tentang epidemi rawan penyakit disebarluaskan dan diberikan umpan balik melalui buletin mingguan, bulanan atau kuartalan yang diterbitkan teratur   | Buletin diproduksi secara teratur selama tahun lalu dan tersedia di semua kantor kesehatan kabupaten   | X  | Buletin tidak diproduksi secara teratur selama setahun terakhir atau tidak didistribusikan ke kabupaten           | Tidak ada bulletin yang dihasilkan  |
|  | <b>III.D.4</b> | <b>Inte-</b>       | <b>D.4.1</b> | Integrasi pelaporan untuk surveilans  | Formulir tunggal   | Meskipun ada   | X   | Petugas   |

|              |  |                |                             |              |   |  |  |  |  |
|--------------|--|----------------|-----------------------------|--------------|---|--|--|--|--|
|              |  |                | <b>grasi dan Penggunaan</b> |              | penyakit dan program kesehatan masyarakat terfokus lainnya (misalnya, perawatan ibu, keluarga berencana dan pemantauan pertumbuhan)   | digunakan untuk pencatatan penyakit kunci. Pelaporan program kesehatan masyarakat lain juga terintegrasi dengan baik | beberapa bentuk formulir pelaporan, ada koordinasi yang baik dan upaya untuk mengintegrasikan persyaratan pelaporan program kesehatan masyarakat |  | kesehatan dan manajer menghadapi beban berat menyelesaikan dan mengkaji laporan terpisah untuk berbagai program kesehatan masyarakat |
|              |  |                |                             | <b>D.4.2</b> | Proporsi epidemi dicatat pada tingkat provinsi atau nasional (melalui analisis data surveilans) pertama kali terdeteksi di tingkat kabupaten  | Setidaknya 90% dari epidemi tercatat di tingkat provinsi atau nasional pertama kali terdeteksi di tingkat kabupaten  | Setidaknya 75% dari epidemi tercatat di tingkat provinsi atau nasional pertama kali terdeteksi di tingkat kabupaten                              |  | Kurang dari 75% dari epidemi tercatat di tingkat provinsi atau nasional pertama kali terdeteksi di tingkat kabupaten                 |
| <b>III.E</b> | <b>Service records (Catatan Pelayanan Kesehatan)</b> | <b>III.E.1</b> | <b>Isi</b>                  | <b>E.1.1</b> | Ada sistem informasi berbasis pelayanan kesehatan yang menyatukan data dari semua fasilitas umum dan swasta   | Ya, itu mencakup baik fasilitas umum maupun swasta   | Beberapa fasilitas swasta terintegrasi namun juga meliputi (misalnya untuk-profit dan non-profit)  | Meliputi beberapa fasilitas swasta (misalnya hanya tidak-untuk-profit)                         | Tidak ada data dari fasilitas swasta   |
|              |  |                |                             | <b>E.1.2</b> | Ada pendekatan sistematis untuk mengevaluasi kualitas layanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan. Ini termasuk: (a) pengawasan standar sistematis dengan melaporkan temuan ke tingkat kabupaten dan nasional, dan (b) survei-fasilitas kesehatan dari semua fasilitas atau sampel perwakilan | Ada baik pengawasan standar sistematis dengan pelaporan maupun survei nasional perwakilan fasilitas kesehatan        | Ada setidaknya 1 perwakilan nasional survei fasilitas kesehatan dalam 5 tahun terakhir   | Ada informasi tentang kualitas layanan tetapi hanya dari sampel kenyamanan fasilitas kesehatan | Rekaman temuan dari pengawasan terstruktur atau survei fasilitas kesehatan tidak tersedia  |



|  |  |                |                                 |   |  |   |  |   |   |
|--|--|----------------|---------------------------------|---|--|---|--|---|---|
|  |  |                |                                 | nasional setidaknya setiap 5 tahun sekali |  |   |  |   |   |
|  |  | <b>III.E.2</b> | <b>Kapasitas dan Praktis</b>    | <b>E.2.1</b>                              | Sistem informasi kesehatan memiliki kader staf informasi kesehatan terlatih yang memiliki minimal 2 tahun pelatihan khusus dan berada di tingkat kabupaten   | Paling sedikit 75% dari seluruh kabupaten   | 10% - 74% kabupaten  | 1% - 9% kabupaten   | Tidak di setiap kabupaten   |
|  |  |                |                                 | <b>E.2.2</b>                              | Petugas kesehatan di fasilitas kesehatan (klinik dan rumah sakit) menerima pelatihan reguler informasi kesehatan, baik yang terintegrasi ke pendidikan berkelanjutan atau melalui in-service training di sektor publik | Sebagian besar petugas kesehatan telah menerima pelatihan tersebut dalam 5 tahun terakhir | 25-49% tenaga kesehatan telah menerima pelatihan tersebut dalam 5 tahun terakhir | 5-24% dari petugas kesehatan telah menerima pelatihan tersebut dalam 5 tahun terakhir | Kurang dari 5% dari petugas kesehatan telah menerima pelatihan tersebut |
|  |  |                |                                 | <b>E.2.3</b>                              | Ada mekanisme di tingkat nasional dan subnasional untuk mengawasi, dan menerima umpan balik, praktek-praktek informasi di sektor publik  | Sangat memadai  | Memadai  | Ada tetapi tidak memadai  | Tidak memadai semua   |
|  |  |                |                                 | <b>E.2.4</b>                              | Ada mekanisme memverifikasi kelengkapan dan konsistensi data dari fasilitas dari kabupaten sampai tingkat nasional   | Sangat memadai  | Memadai  | Ada tetapi tidak memadai  | Tidak memadai semua   |
|  |  | <b>III.E.3</b> | <b>Diseminasi</b>               | <b>E.3.1</b>                              | Waktu berlalu sejak ringkasan statistik pelayanan kesehatan tahunan diterbitkan dengan statistik dipisahkan berdasarkan wilayah geografis  | Kurang dari 2 tahun   | 2-3 tahun  | 4-5 tahun   | 6 tahun atau lebih  |
|  |  |                |                                 | <b>E.3.2</b>                              | Sejauh mana kabupaten atau unit administratif serupa menyusun laporan ringkasani bulanan/triwulanan dan tahunan, dibedakan oleh fasilitas kesehatan  | Sangat memadai  | Memadai  | Ada tetapi tidak memadai  | Tidak memadai semua   |
|  |  | <b>III.E.4</b> | <b>Integrasi dan Penggunaan</b> | <b>E.4.1</b>                              | Sejauh mana sistem pelaporan vertikal (misalnya, tuberkulosis atau vaksinasi) berkomunikasi dengan baik dengan sistem pelaporan umum pelayanan kesehatan   | Sangat memadai  | Memadai  | Ada tetapi tidak memadai  | Tidak memadai semua   |
|  |  |                |                                 | <b>E.4.2</b>                              | Sejauh mana manajer dan analis di tingkat nasional dan subnasional sering  | Sangat memadai  | Memadai  | Ada tetapi tidak memadai  | Tidak memadai semua   |

|              |  |                |                              |              |   |   |   |                          |                                      |
|--------------|--|----------------|------------------------------|--------------|---|---|---|--------------------------|--------------------------------------|
|              |  |                |                              |              | menggunakan temuan dari survei, pencatatan sipil (atau sistem statistik vital lainnya) untuk menilai keabsahan data berbasis klinik   |   |   |                          |                                      |
|              |  |                |                              | <b>E.4.3</b> | Sejauh mana data yang berasal dari catatan pelayanan kesehatan yang digunakan untuk memperkirakan cakupan layanan utama (misalnya, pelayanan antenatal, persalinan dengan petugas terampil dan imunisasi) | Ya, selalu  | Ya, kadang-kadang   | Sekali-sekali            | Tidak pernah                         |
| <b>III.F</b> | <b>Resource records (Infrastructure and health services)</b> | <b>III.F.1</b> | <b>Isi</b>                   | <b>F.1.1</b> | Ada database nasional/daftar fasilitas kesehatan masyarakat dan sektor swasta. Setiap fasilitas kesehatan telah diberi kode pengenal unik yang memungkinkan data tentang fasilitas yang akan digabung     | Ya  | Ada database/daftar fasilitas kesehatan masyarakat dengan sistem pengkodean yang memungkinkan pengelolaan data terintegrasi |                          | Tidak                                |
|              |  |                |                              | <b>F.1.2</b> | Koordinat Global Positioning System (GPS) untuk setiap fasilitas kesehatan termasuk dalam database  | Benar untuk 90% atau lebih dari fasilitas umum dan swasta | Benar untuk 90% atau lebih dari fasilitas umum  |                          | Benar untuk <90% dari fasilitas umum |
|              |  | <b>III.F.2</b> | <b>Kapasitas dan Praktis</b> | <b>F.2.1</b> | Ada sumber daya manusia dan peralatan untuk memelihara dan memperbarui database dan peta di fasilitas kesehatan serta layanan   | Sangat memadai  | Memadai   | Ada tetapi tidak memadai | Tidak memadai semua                  |
|              |  |                |                              | <b>F.2.2</b> | Periode sejak database fasilitas nasional diupdate  | Kurang dari 2 tahun                                       | 2-3 tahun   | Lebih dari 3 tahun       | Tidak ada database nasional          |
|              |  | <b>III.F.3</b> | <b>Diseminasi</b>            | <b>F.3.1</b> | Peta yang tersedia di sebagian besar kabupaten menunjukkan lokasi dari prasarana kesehatan, tenaga kesehatan dan pelayanan kesehatan utama  | Sangat memadai  | Memadai   | Ada tetapi tidak memadai | Tidak memadai semua                  |
|              |  | <b>III.F.4</b> | <b>Integrasi dan</b>         | <b>F.4.1</b> | Manajer dan analis di tingkat nasional dan kabupaten umumnya mengevaluasi akses fisik ke layanan dengan   | Sangat memadai  | Memadai   | Ada tetapi tidak memadai | Tidak memadai semua                  |

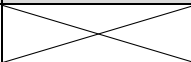
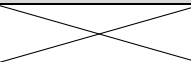
|   |                |                              |                   |   |  |  |  |                                     |  |
|---|----------------|------------------------------|-------------------|---|--|--|--|-------------------------------------|--|
|   |                |                              | <b>Penggunaan</b> |   | menghubungkan informasi tentang lokasi fasilitas kesehatan dan pelayanan kesehatan dengan distribusi penduduk                          |  |  |                                     |  |
| <b>2. Human Resources</b>   | <b>III.F.5</b> | <b>Isi</b>                   | <b>F.5.1</b>      | Ada database sumber daya manusia (SDM) nasional yang dapat melacak jumlah profesional kesehatan berdasarkan kategori profesional yang bekerja di salah satu sektor pemerintah atau sektor swasta  | Ya, database SDM nasional dapat melacak jumlah profesional kesehatan berdasarkan kategori profesional baik di sektor publik dan swasta | Database SDM nasional dapat melacak nomor berdasarkan kategori profesional tapi hanya mereka yang bekerja di sektor publik | Database SDM nasional tidak menyediakan statistik pemisahan berdasarkan kategori profesi                         | Tidak ada database SDM nasional     |  |
|   |                |                              | <b>F.5.2</b>      | Ada database nasional tahunan yang melacak jumlah lulusan dari semua lembaga/institusi pelatihan kesehatan  | Ya   |   | Jumlah lulusan dari lembaga pelatihan kesehatan tertentu (misalnya menyusui, lembaga swasta) tidak dapat dilacak | Tidak                               |  |
|   | <b>III.F.6</b> | <b>Kapasitas dan Praktis</b> | <b>F.6.1</b>      | Ada Pemeliharaan dan pemutakhiran database SDM secara nasional  | Sangat memadai   | Memadai  | Ada tetapi tidak memadai   | Tidak memadai semua                 |  |
|   |                |                              | <b>F.6.2</b>      | Periode sejak statistik database SDM nasional terakhir diperbarui   | 0-1 tahun yll  | 2-3 tahun yll  | 4-5 tahun yll  | 6 tahun yll atau lebih              |  |
| <b>3. Keuangan dan Pengeluaran pada pelayanan kesehatan (Financing and expenditure for health services)</b> | <b>III.F.7</b> | <b>Isi</b>                   | <b>F.7.1</b>      | Catatan keuangan tersedia pada belanja umum kesehatan pemerintah dan komponennya (misalnya, oleh kementerian kesehatan, kementerian lain, jaminan sosial, pemerintah regional dan lokal, dan entitas anggaran tambahan) dan pengeluaran kesehatan swasta dan komponennya (misalnya, pengeluaran dari saku rumah tangga, asuransi kesehatan swasta, LSM, | Semua komponen, publik dan swasta  | Hanya pengeluaran dari saku masyarakat dan rumah tangga  | Hanya belanja publik   | Tidak ada sistem atau tidak lengkap |  |

|  |  |                |                              |              |   |   |  |   |  |
|--|--|----------------|------------------------------|--------------|---|---|--|---|--|
|  |  |                |                              |              | perusahaan dan korporasi)   |   |  |   |  |
|  |  |                |                              | <b>F.7.2</b> | Ada sistem untuk pelacakan anggaran dan pengeluaran oleh semua agen keuangan tercantum di atas dalam F.7.1 dipilah berdasarkan tingkat subnasional atau kabupaten   | Semua sumber keuangan dipilah menurut tingkat subnasional atau kabupaten                    | Sumber pengeluaran selain dari saku rumah tangga (misalnya, pemerintah, termasuk jaminan sosial dan pemerintah daerah, donor, dan asuransi kesehatan) oleh tingkat subnasional | Anggaran pemerintah/ pengeluaran ditambah setidaknya 1 lebih banyak sumber seperti donor tetapi hanya pada tingkat nasional | Tidak ada pelacakan atau hanya pelacakan pengeluaran pemerintah nasional |
|  |  | <b>III.F.8</b> | <b>Kapasitas dan Praktis</b> | <b>F.8.1</b> | Jumlah staf yang berkualitas memadai dan jangka panjang secara teratur digunakan untuk bekerja pada NHA atau tidak mereka dipekerjakan oleh kementerian kesehatan<br><br><u>Catatan:</u> Tidak berlaku jika NHA dilakukan | Ya  | Jumlah dan keterampilan memadai tetapi staf tidak dipekerjakan jangka panjang oleh lembaga dalam negeri atau tidak dikhususkan untuk bekerja pada NHA                          | Jumlah memadai tetapi membutuhkan dukungan teknis eksternal atau tidak memadai jumlah staf ahli                             | Staf ad hoc (sesaat) dipilih ketika kegiatan berlangsung                 |
|  |  |                |                              | <b>F.8.2</b> | Periodisitas dan ketepatan waktu dari rutin NHA<br><br><u>Catatan:</u> Tidak berlaku jika NHA tidak dilakukan   | Memperkirakan setiap tahun dengan 1 tahun jeda antara tahun dilaporkan dan tahun penerbitan | Memperkirakan setiap tahun dengan 2 tahun jeda antara tahun dilaporkan dan tahun penerbitan  | memperkirakan setiap 2-5 tahun  | Memperkirakan setiap lebih dari 5 tahun atau tidak ada perkiraan         |
|  |  |                |                              | <b>F.8.3</b> | NHA secara rutin memberikan informasi tentang 4 klasifikasi aliran keuangan berikut: (1) sumber   | Semua dari 4  | Hanya 3  | Hanya 2   | Tidak semua atau hanya 1   |

|  |  |          |                          |  |   |   |  |   |   |
|--|--|----------|--------------------------|--|---|---|--|---|---|
|  |  |          |                          | keuangan, (2) agen keuangan, (3) penyedia, dan (4) fungsi<br><br>fungsi - jenis barang dan jasa yang disediakan dan kegiatan yang dilakukan<br><br><b>Catatan:</b> Tidak berlaku jika NHA tidak dilakukan  |   |   |  |   |   |
|  |  |          | F.8.4                    | NHA memberikan informasi tentang pengeluaran kesehatan pada penyakit utama, bidang program kesehatan, wilayah geografis atau administratif dan/atau populasi sasaran (sesuai dengan masalah kebijakan utama)<br><br><b>Catatan:</b> Tidak berlaku jika NHA tidak dilakukan | Informasi pengeluaran kesehatan tersedia setidaknya untuk 2 program penyakit utama dan daerah lain yang menjadi perhatian kebijakan | Informasi pengeluaran kesehatan tersedia setidaknya untuk 1 program penyakit utama dan daerah lain yang menjadi perhatian kebijakan | Perkiraan tersedia dari pengeluaran beberapa bidang yang menjadi perhatian kebijakan tetapi mereka mengecualikan beberapa sumber penting pembiayaan (misalnya out-of-pocket) | Tidak ada   |   |
|  |  | III.F.9  | Diseminasi               | F.9.1  | Temuan NHA mudah diakses secara luas<br><br><b>Catatan:</b> Tidak berlaku jika NHA tidak dilakukan                                  | Temuan NHA telah disebarluaskan dan dikutip dalam sebuah dokumen yang dapat diakses di situs web                                    | Temuan NHA telah disebarluaskan kepada publik  | Temuan NHA tersedia dalam lembaga namun belum disebarluaskan  | Laporan tertulis temuan NHA tidak tersedia                        |
|  |  | III.F.10 | Integrasi dan Penggunaan | F.10.1   | NHA telah digunakan untuk perumusan kebijakan dan alokasi sumber daya<br><br><b>Catatan:</b> Tidak berlaku jika NHA tidak dilakukan | Ada setidaknya satu dokumen kebijakan utama yang telah secara substansial dipengaruhi oleh (atau mencolok mengutip) temuan NHA      | Setidaknya beberapa temuan dari NHA telah digunakan dalam penganggaran dan perencanaan   | Pembuat kebijakan dan pemangku kepentingan lainnya menyadari temuan NHA tetapi tidak ada bukti bahwa temuan ini | Tidak ada bukti bahwa para pembuat kebijakan menyadari temuan NHA |

|   |                                       |                          |   |   |                                |                                |                          |  |       |
|---|---------------------------------------|--------------------------|---|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--|-------|
|   |                                       |                          |   |   |                                |                                |                          | memiliki berbentuk kebijakan dan perencanaan         |       |
| <b>4. Equipment, supplies and commodities</b> | <b>III.F.11</b>                       | Isi                      | <b>F.11.1</b>   | Setiap fasilitas wajib melaporkan setidaknya setiap tahun persediaan dan status peralatan serta infrastruktur fisik (misalnya, konstruksi, pemeliharaan, penyediaan air, listrik dan sistem pembuangan limbah) di sektor publik | Ya                             |                                |                          |  | Tidak |
|   |                                       |                          | <b>F.11.2</b>   | Setiap fasilitas wajib melaporkan setidaknya setiap triwulan tingkat pasokan dan komoditasnya (misalnya, obat-obatan, vaksin dan alat kontrasepsi) di sektor publik   | Ya                             |                                |                          |  | Tidak |
|   | <b>III.F.12</b>                       | Kapasitas dan Praktis    | <b>F.12.1</b>   | Ada sumber daya manusia yang cukup dan memadai yang terampil untuk mengelola infrastruktur fisik, dan logistik peralatan, perlengkapan dan komoditas di sektor public   | Sangat memadai                 | Memadai                        | Ada tetapi tidak memadai | Tidak memadai semua                                  |       |
|   |                                       |                          | <b>F.12.2</b>   | Periodisitas dan kelengkapan laporan peralatan dan infrastruktur fisik di sektor publik   | laporan triwulanan Lengkap     | laporan tahunan Lengkap        | Laporan tidak lengkapi   | Tidak ada  |       |
|   |                                       |                          | <b>F.12.3</b>   | Periodisitas dan kelengkapan laporan pasokan dan komoditas di sektor publik   | laporan triwulanan Lengkap     | laporan tahunan Lengkap        | Laporan tidak lengkapi   | Tidak ada  |       |
|   | <b>III.F.13</b>                       | Integrasi dan Penggunaan | <b>F.13.1</b>   | Sejauh mana sistem pelaporan pada persediaan dan komoditas yang berbeda terintegrasi di sektor publik   | Penuh                          | Beberapa bagian                | Sedikit                  | Semua persediaan dan komoditas dilaporkan tersendiri |       |
|   |                                       |                          | <b>F.13.2</b>   | Manajer di tingkat nasional dan subnasional rutin berusaha untuk merekonsiliasi data konsumsi komoditas dengan data kasus penyakit yang dilaporkan dalam sektor publik  | Rekonsiliasi rutin, bulanan    | Kadang-kadang                  | Jarang                   | Tidak Pernah   |       |
|   | <b>IV. Menilai manajemen data SIK</b> |                          |   |   |                                |                                |                          |  |       |
| <b>IV.A</b>                                   | <b>Assessing national HIS data</b>    | <b>IV.1</b>              | Ada satu set prosedur tertulis untuk pengelolaan data termasuk pengumpulan data, penyimpanan, <i>cleaning</i> , | Ya, satu set prosedur tertulis  | Ya, satu set prosedur tertulis | Ya, ada gudang data di tingkat | Tidak ada data warehouse |  |       |

|                   |             |   |  |  |   |                                   |
|-------------------|-------------|---|--|--|---|-----------------------------------|
| <b>management</b> |             | kontrol kualitas, analisis dan presentasi untuk target audiens, dan ini dilaksanakan di seluruh negeri  | ada termasuk semua langkah dalam pengelolaan data dan ini diterapkan di seluruh negeri   | manajemen data ada, tapi ini hanya dilaksanakan sebagian                                 | subnasional tetapi tidak memiliki laporan utilitas                                    | (gudang data) subnasional         |
|                   | <b>IV.2</b> | Unit SIK di tingkat nasional menjalankan gudang data terintegrasi berisi data dari semua sumber data berbasis populasi dan berbasis institusi (termasuk semua program kesehatan utama) dan memiliki laporan utilitas yang mudah diakses berbagai khalayak pengguna  | Ya, ada sebuah gudang data di tingkat nasional dengan laporan utilitas yang mudah diakses oleh pemerintah terkait dan mitra lainnya                              | Ya, ada sebuah gudang data di tingkat nasional tetapi memiliki laporan utilitas terbatas | Ya, ada sebuah gudang data di tingkat nasional tetapi tidak memiliki laporan utilitas | Tidak ada gudang data nasional    |
|                   | <b>IV.3</b> | Pada tingkat subnasional sebuah gudang data setara dengan nasional ada satu dan memiliki laporan utilitas yang dapat diakses oleh berbagai pengguna   | Ya, ada sebuah gudang data di tingkat subnasional dengan laporan utilitas mudah diakses oleh pengguna di semua tingkatan, termasuk pengguna di tingkat kabupaten | Ya, ada gudang data di tingkat subnasional tetapi memiliki laporan utilitas terbatas     | Ya, ada gudang data di tingkat subnasional tetapi tidak memiliki laporan utilitas     | Tidak ada gudang data subnasional |
|                   | <b>IV.4</b> | Sebuah kamus metadata memberikan definisi yang komprehensif tentang data. Definisi termasuk informasi dalam bidang berikut: (1) data yang digunakan dalam indikator, (2) spesifikasi metode pengumpulan yang digunakan, (3) periodisitas, (4) sebutan geografis (perkotaan / pedesaan), (5) teknik analisis yang digunakan dan (6) mungkin bias | Ya, ada kamus metadata yang memberikan definisi untuk semua 6 bidang   | Ya, ada kamus metadata tetapi hanya mencakup definisi 3 sampai 5 bidang                  | Ya, ada kamus metadata tetapi hanya mencakup definisi 1 sampai 2 bidang               | Tidak ada kamus metadata          |
|                   | <b>IV.5</b> | Kode identitas unik digunakan dalam database yang berbeda atau tabel relasional lengkap tersedia untuk menggabungkan mereka   | Kode identitas unik digunakan dalam database yang berbeda atau tabel   | Kode identitas digunakan dalam database yang berbeda                                     | Kode identitas tersedia tetapi tidak cocok antara database                            | Tidak tersedia                    |

|                                     |  |              |                           |   |   |  |   |                       |
|-------------------------------------|--|--------------|---------------------------|---|---|--|---|-----------------------|
|                                     |  |              |                           |   | relasional lengkap tersedia untuk menggabungkan mereka      | dan diperlukan kerja untuk menyelaraskan database ini untuk menemukan atau membuat tabel relasional guna menggabungkan | yang berbeda  |                       |
| <b>V. Menilai Kualitas Data SIK</b> |  |              |                           |   |   |  |   |                       |
| <b>V.A</b>                          | <b>Kematian dibawah 5th (semua penyebab)</b> | <b>V.A.1</b> | Metode Pengumpulan Data   | Metode pengumpulan data yang digunakan untuk penerbitan estimasi terbaru atau yang akan diterbitkan   | Registrasi vital minimal 90% dari kematian di bawah 5 tahun | Riwayat kelahiran dari survei rumah tangga atau Sistem Registrasi Sampel   | Metode lain (seperti metode tidak langsung) berdasarkan survei rumah tangga atau sensus | Tidak ada data        |
|                                     |  | <b>V.A.2</b> | Ketepatan Waktu           | Untuk estimasi paling baru-baru ini diterbitkan, lama waktu (tahun) sejak data dikumpulkan  | 0-2 tahun   | 3-5 tahun  | 6-9 tahun   | 10 tahun atau lebih   |
|                                     |  | <b>V.A.3</b> | Periodesitas              | Frekuensi pengukuran dalam 10 tahun terakhir  | 3 atau lebih  | 2  | 1   | Tidak ada             |
|                                     |  | <b>V.A.4</b> | Konsistensi               | Kelompok data (Dataset) dari sumber data utama konsisten selama 10 tahun terakhir   | Tidak ada perbedaan besar                                   | Beberapa berbeda   | Banyak perbedaan  | Tidak dapat digunakan |
|                                     |  | <b>V.A.6</b> | Disagregasi               | Estimasi terbaru dikelompokkan berdasarkan karakteristik demografi (misalnya jenis kelamin, umur) status sosial ekonomi (misalnya pendapatan, pekerjaan, pendidikan orang tua mereka) dan lokalitas (misalnya perkotaan/pedesaan, wilayah geografis atau administratif utama) | 3 aspek   | 2  | 1   | Tidak ada             |
|                                     |  | <b>V.A.7</b> | Metode Penyesuaian        | Penyesuaian dalam negeri yang digunakan transparan, metode mapan  | Ya  |                                   |    | Tidak                 |
|                                     |  | <b>V.B</b>   | <b>Maternal mortality</b> | <b>V.B.1</b>  | Metode Pengumpulan  | Metode pengumpulan data yang digunakan untuk estimasi diterbitkan  | Registrasi vital minimal 90% dari   | Contoh Pendaftaran    |



|            |                       |              |                         |  |   |   |  |                                      |
|------------|-----------------------|--------------|-------------------------|--|---|---|--|--------------------------------------|
|            |                       |              | Data                    | paling baru atau akan dipublikasikan   | kematian dan dengan sertifikasi medis yang baik dari penyebab kematian  | Vital dengan otopsi verbal  | tangga atau sensus (seperti riwayat saudara, kematian terakhir dengan otopsi verbal) |                                      |
|            |                       | <b>V.B.2</b> | Ketepatan Waktu         | Untuk estimasi paling baru-baru ini diterbitkan, lama waktu (tahun) sejak data dikumpulkan   | 0-2 tahun   | 3-5 tahun   | 6-9 tahun  | 10 tahun atau lebih                  |
|            |                       | <b>V.B.3</b> | Periodesitas            | Frekuensi pengukuran dalam 10 tahun terakhir   | 3 atau lebih  | 2   | 1  | Tidak ada                            |
|            |                       | <b>V.B.4</b> | Konsistensi             | Data konsisten lebih dari 10 tahun   | Tidak ada perbedaan besar   | Beberapa berbeda  | Banyak perbedaan   | Tidak dapat digunakan                |
|            |                       | <b>V.B.5</b> | Keterwakilan            | Cakupan data estimasi terbaru didasarkan pada  | Semua kematian  | Sampel kematian   | Studi lokal  | Tidak ada                            |
|            |                       | <b>V.B.6</b> | Disagregasi             | Perkiraan yang diterbitkan baru-baru ini atau akan diterbitkan dipilah menurut karakteristik demografi (misalnya usia), status sosial ekonomi (misalnya pendapatan, pekerjaan, pendidikan) dan lokalitas (misalnya, wilayah geografis atau administratif utama perkotaan / pedesaan) | Disagregasi tersedia untuk 3 elemen   | Disagregasi tersedia untuk 2 elemen   | Disagregasi tersedia untuk 1 elemen  | Disagregasi tidak tersedia           |
|            |                       | <b>V.B.7</b> | Metode Penyesuaian      | Penyesuaian dalam negeri yang digunakan transparan, metode mapan   | Ya  |   |  | Tidak                                |
| <b>V.C</b> | <b>HIV prevalence</b> | <b>V.C.1</b> | Metode Pengumpulan Data | Metode pengumpulan data yang digunakan untuk estimasi diterbitkan paling baru atau akan dipublikasikan<br><br>1. Jika epidemi secara umum<br><br>2. Jika epidemi terkonsentrasi atau tingkat rendah  | 1. Survei populasi umum + surveilans ANC<br><br>2. Surveilans di antara populasi yang berisiko tinggi dengan random | 1. surveilans ANC<br><br>2. Surveilans di antara populasi yang berisiko tinggi dengan | 1. HIV-kasus pelaporan<br><br>2. HIV-kasus pelaporan                                 | 1. Metode lain<br><br>2. Metode lain |

|            |  |              |  |  |   |   |   |   |
|------------|--|--------------|--|--|---|---|---|---|
|            |  |              |  |  | sampling  | purposive sampling  |   |   |
|            |  | <b>V.C.2</b> | Ketepatan Waktu                              | Untuk perkiraan yang paling baru-baru ini diterbitkan, lama waktu sejak data dikumpulkan   | <2 tahun  | 2 tahun   | 3-4 tahun   | 5 tahun atau lebih                                |
|            |  | <b>V.C.3</b> | Periodesitas                                 | Frekuensi pengukuran dalam 5 tahun terakhir  | 5   | 3-4   | 2   | 1 atau tidak ada                                  |
|            |  | <b>V.C.4</b> | Konsistensi                                  | Konsistensi data dari waktu ke waktu selama 5 tahun terakhir   | Tidak ada perbedaan besar   | Beberapa berbeda  | Banyak perbedaan  | Tidak dapat digunakan                             |
|            |  | <b>V.C.5</b> | Keterwakilan                                 | Cakupan data perkiraan terbaru didasarkan pada<br><br>1. Jika epidemi secara umum<br><br>2. Jika epidemi terkonsentrasi atau tingkat rendah  | 1. Survei ANC nasional yang representatif + perkotaan dan pedesaan klinik<br>2. Semua populasi berisiko tinggi dengan random sampling | 1. Klinik ANC perkotaan maupun pedesaan<br>2. Setidaknya satu populasi berisiko tinggi di beberapa lokasi | 1. Sampel memadai klinik<br>2. Satu populasi berisiko tinggi di satu lokasi | 1. Metode lain<br>2. Metode lain                  |
|            |  | <b>V.C.6</b> | Disagregasi                                  | Perkiraan yang diterbitkan baru-baru ini (atau akan dipublikasikan) dipilah menurut: (1) karakteristik demografi (misalnya, jenis kelamin, umur), (2) status sosial ekonomi (misalnya, pendapatan, pekerjaan, pendidikan), dan (3) lokalitas (misalnya, wilayah geografis atau administratif utama perkotaan / pedesaan) | Disagregasi tersedia untuk 3 elemen - khususnya, prevalensi 15-24 tahun diperkirakan dengan ukuran sampel yang memadai                | Disagregasi tersedia untuk 2 elemen   | Disagregasi tersedia untuk 1 elemen   | Disagregasi tidak tersedia                        |
|            | <i>Health System indicators</i>                              |              |  |  |   |   |   |   |
| <b>V.D</b> | <b>Cakupan Vaksinasi Campak (liputan oleh usia 12 bulan)</b> | <b>V.D.1</b> | Metode Pengumpulan data-Statistik Adminitasi | Cakupan dapat diperkirakan dari statistik administrasi rutin disampaikan setidaknya dari 90% imunisasi di fasilitas kesehatan. Statistik ini direview secara sistematis pada setiap tingkat  | Ya. Statistik administrasi lengkap (> 90%) dan kontrol kualitas yang baik,  | Statistik administrasi dievaluasi untuk kelengkapan dan konsistensi;                                      | Ada sedikit evaluasi kelengkapan atau konsistensi statistik                 | Cakupan vaksinasi Campak tidak dapat diperkirakan |

|  |              |   |   |  |   |   |   |
|--|--------------|---|---|--|---|---|---|
|  |              |   | untuk kelengkapan, konsistensi, dan penyelidikan inkonsistensi dan diperbaiki. Untuk menghitung cakupan, estimasi dari populasi yang dapat diandalkan tersedia.   | penyebut didasarkan pada pencatatan kelahiran penuh (> 90%)  | didasarkan pada proyeksi penduduk   | administratif atau mereka yang diajukan oleh kurang dari 90% fasilitas yang relevan, atau tidak ada proyeksi penduduk yang tersedia | dari statistik administratif  |
|  | <b>V.D.2</b> | Metode Pengumpulan data-Statistik Survei Rumah Tangga | Cakupan telah diukur oleh setidaknya 2 survei rumah tangga nasional yang representatif dalam 5 tahun terakhir dan kartu imunisasi yang ditunjukkan selama setiap survei untuk setidaknya dua pertiga dari anak-anak | Ya, dalam 5 tahun terakhir telah terjadi setidaknya 2 survei rumah tangga nasional yang representatif mengukur cakupan vaksinasi campak, di mana kartu ditunjukkan untuk setidaknya dua pertiga dari anak-anak | Dalam 5 tahun terakhir telah terjadi 1 perwakilan nasional survei pengukuran cakupan vaksinasi campak rumah tangga, di mana kartu ditunjukkan untuk setidaknya dua pertiga dari anak-anak | Selama survei rumah tangga, kartu imunisasi yang ditunjukkan selama kurang dari dua pertiga dari anak-anak                          | Tidak ada perkiraan cakupan, atau estimasi berdasarkan survei rumah tangga lebih dari 5 tahun yang lalu |
|  | <b>V.D.3</b> | Ketepatan Waktu                                       | Untuk estimasi yang diterbitkan terbaru, lama waktu bulan sejak data dikumpulkan  | 0-11 bulan   | 12-17 bulan   | 18-29 bulan   | 30 bulan atau lebih   |
|  | <b>V.D.4</b> | Periodesitas  | Frekuensi penerbitan estimasi tahunan berdasarkan statistik administrasi dalam 5 tahun terakhir   | 5 kali   | 3-4 kali  | 1 atau 2 kali   | Tidak ada   |
|  | <b>V.D.5</b> | Konsistensi   | Data konsisten antara survei dan laporan baru-baru ini  | Tidak ada perbedaan besar  | Beberapa berbeda  | Banyak perbedaan  | Tidak dapat digunakan   |
|  | <b>V.D.6</b> | Keterwakilan  | Cakupan data perkiraan terbaru didasarkan   | (1) Data setidaknya 90% dari fasilitas   | Data setidaknya 80% dari fasilitas kesehatan dan  | Data dari kurang dari 80% dari fasilitas  | Apapun kurang dari ini  |

|            |  |              |  |  |  |  |   |  |
|------------|--|--------------|--|--|--|--|---|--|
|            |  |              |  |  | kesehatan dan lokasi jangkauan imunisasi anak-anak termasuk semua rumah sakit utama baik sektor publik maupun swasta, atau (2) perwakilan sampel rumah tangga nasional | lokasi jangkauan imunisasi anak-anak   | kesehatan an lokasi jangkauan imunisasi anak-anak   |  |
|            |  | <b>V.D.7</b> | Disaggregasi                                 | Perkiraan yang diterbitkan baru-baru ini (atau akan dipublikasikan) dipilah menurut: (1) karakteristik demografi (misalnya, jenis kelamin, umur), (2) status sosial ekonomi (misalnya, pendapatan, pekerjaan, pendidikan orang tua), dan (3) lokalitas (misalnya, wilayah geografis atau administratif utama perkotaan / pedesaan)   | Disagregasi tersedia untuk semua 3 elemen  | Disagregasi tersedia untuk 2 elemen  | Disagregasi tersedia untuk 1 elemen   | Disagregasi tidak tersedia   |
| <b>V.E</b> | <b>Attended deliveries (Deliveries attended by skilled health professionals)</b> | <b>V.E.1</b> | Metode Pengumpulan data-Statistik Adminitasi | Persentase kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan yang terampil dapat diperkirakan dari statistik administrasi rutin yang disampaikan oleh setidaknya 90% dari fasilitas kesehatan yang relevan. Statistik ini direview secara sistematis pada setiap tingkat untuk kelengkapan, konsistensi, dan penyelidikan inkonsistensi dan diperbaiki. Untuk menghitung cakupan, estimasi dari populasi yang dapat diandalkan tersedia | Ya. Statistik administrasi lengkap (> 90%) dan kontrol kualitas baik, penyebut didasarkan pada pencatatan kelahiran penuh (> 90%)                                      | Statistik administrasi dievaluasi untuk kelengkapan dan konsistensi; didasarkan pada proyeksi penduduk | Ada sedikit evaluasi kelengkapan atau konsistensi statistik administratif atau mereka yang diajukan oleh kurang dari 90% fasilitas yang relevan, atau tidak ada proyeksi penduduk yang tersedia | Persentase kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan yang terampil tidak dapat diperkirakan dari statistik administrasi |
|            |  | <b>V.E.2</b> | Metode Pengumpulan data-Statistik            | Persentase kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan yang terampil telah diukur oleh setidaknya 2 survei rumah  | Ya. Dalam 5 tahun terakhir setidaknya 2 survei rumah   | Dalam 5 tahun terakhir ada 1 perwakilan  |    | Tidak ada estimasi cakupan, atau   |

|     |   |       |                         |  |   |  |   |   |
|-----|---|-------|-------------------------|--|---|--|---|---|
|     |   |       | Survei Rumah Tangga     | tangga nasional yang representatif dalam 5 tahun terakhir  | tangga nasional yang representatif telah mengukur cakupan   | survei nasional pengukuran cakupan rumah tangga          | X   | estimasi berdasarkan survei rumah tangga lebih dari 5 tahun yang lalu |
|     |   | V.E.3 | Ketepatan Waktu         | Pada estimasi yang dipublikasikan terbaru, jumlah bulan sejak data dikumpulkan   | 0-11 bulan  | 12-17 bulan  | 18-59 bulan   | 60 bulan atau lebih   |
|     |   | V.E.4 | Periodesitas            | Frekuensi pengukuran dalam 10 tahun terakhir   | 3 kali atau lebih   | 2  | 1   | Tidak ada   |
|     |   | V.E.5 | Konsistensi             | Dataset konsisten antara survei dan laporan terbaru  | Tidak ada perbedaan besar   | Beberapa berbeda   | Banyak perbedaan  | Tidak dapat digunakan   |
|     |   | V.E.6 | Keterwakilan            | Cakupan data perkiraan terbaru didasarkan  | Data setidaknya 90% dari pengiriman profesional persalinan yang disupervisi dan dari registrasi kelahiran lengkap (> 90%) | Sampel perwakilan rumah tangga nasional                  | Studi lokal, pelaporan tidak lengkap pada pengiriman profesional persalinan yang disupervisi dengan tidak ada/terbatas evaluasi kelengkapan | Tidak ada   |
|     |   | V.E.7 | Disagregasi             | Perkiraan terbaru dipilah menurut: (1) karakteristik demografi (misalnya, umur), (2) status sosial ekonomi (misalnya, pendapatan, pekerjaan, pendidikan), dan (3) wilayah (misalnya, perkotaan / pedesaan, wilayah geografis atau administratif utama) | Disagregasi tersedia untuk 3 elemen   | Disagregasi tersedia untuk 2 elemen                      | Disagregasi tersedia untuk 1 elemen   | Disagregasi tidak tersedia  |
| V.F | <b>Tuberculosis treatment (Tuberculosis (TB) treatment success rate under DOTS)</b> | V.6.1 | Metode Pengumpulan Data | Sumber data dan metode yang digunakan untuk data terbaru   | Laporan Klinik dengan tingkat pelaporan yg dievaluasi   | Laporan kabupaten dengan tingkat pelaporan yg dievaluasi | Laporan nasional dengan evaluasi pelaporan terbatas   | Tidak ada   |
|     |   | V.6.2 | Ketepatan               | Untuk estimasi yang diterbitkan  | 1 tahun   | 2 tahun  | 3-4 tahun   | 5 tahun atau  |

|            |   |              |                         |   |   |   |   |                            |
|------------|---|--------------|-------------------------|---|---|---|---|----------------------------|
|            |   |              | Waktu                   | terbaru, jangka waktu sejak data dikumpulkan  |   |   |   | lebih                      |
|            |   | <b>V.6.3</b> | Periodesitas            | Frekuensi pengukuran dalam satu tahun terakhir (harus kuartal)  | 4 kali  | <del>Beberapa berbeda</del>   | < 4 kali  | Tidak ada                  |
|            |   | <b>V.6.4</b> | Konsistensi             | Konsistensi tingkat keberhasilan pengobatan selama 10 tahun terakhir (fluktuasi karena prosedur non-standar pengumpulan data, definisi, dll)  | Tidak ada perbedaan besar                               | Beberapa berbeda  | Banyak perbedaan  | Tidak dapat digunakan      |
|            |   | <b>V.6.5</b> | Keterwakilan            | Cakupan data perkiraan terbaru didasarkan-% laporan triwulanan DOTS subnasional yang diterima oleh program TB nasional tahun terbaru  | > 90%   | 75% - 89%   | 50% - 75%   | < 50%                      |
|            |   | <b>V.6.6</b> | Disagregasi-1           | Estimasi yang diterbitkan baru-baru ini atau akan diterbitkan dipilah menurut karakteristik demografi (misalnya usia), status sosial ekonomi (misalnya pendapatan, pekerjaan, pendidikan) dan lokalitas (misalnya, wilayah geografis atau administratif utama perkotaan / pedesaan) | Disagregasi tersedia untuk 3 elemen                     | Disagregasi tersedia untuk 2 elemen   | Disagregasi tersedia untuk 1 elemen   | Disagregasi tidak tersedia |
|            |   | <b>V.6.7</b> | Disagregasi-2           | Estimasi terbaru dikelompokkan berdasarkan status HIV dan resistensi obat   | Dipisahkan oleh kedua                                   | Dipilah berdasarkan 1 saja  | <del>Beberapa berbeda</del>   | Tidak keduanya             |
| <b>V.G</b> | <b>Pengeluaran kesehatan pemerintah Umum (GGHE) per kapita (pengeluaran kesehatan pemerintah Umum (GGHE) per kapita (departemen kesehatan, departemen dan jaminan sosial, pemerintah regional dan lokal, badan anggaran</b> | <b>V.G.1</b> | Metode Pengumpulan Data | Metode pengumpulan data yang digunakan untuk data yang paling terakhir  | Data yang dikumpulkan dengan menggunakan metodologi NHA | Data diperoleh dari sumber-sumber administratif (yaitu sumber utama dari setiap komponen) | Data diperhitungkan dari sumber sekunder (misalnya laporan dari pihak ketiga) | Tidak ada data             |
|            |   | <b>V.G.2</b> | Ketepatan Waktu         | Untuk estimasi yang diterbitkan terbaru, jangka waktu sejak data dikumpulkan  | 0-1 tahun   | 2 tahun   | 3 tahun atau lebih  | Tidak ada                  |
|            |   | <b>V.G.3</b> | Periodesitas            | Periodiositas   | Setiap tahun  | Setiap 1-2 tahun  | Lebih dari setiap 2 years   | Tidak ada                  |
|            |   | <b>V.G.4</b> | Konsistensi             | Konsistensi definisi untuk pengeluaran kesehatan di seluruh komponen  | Sumber tunggal tanpa putus                              | Berbagai sumber yang  | Berbagai sumber yang tidak  | Tidak ada                  |

|            |   |              |                         |   |   |   |   |   |
|------------|---|--------------|-------------------------|---|---|---|---|---|
|            | tambahan))                                |              |                         | (kementerian kesehatan, departemen lain dan jaminan sosial, pemerintah provinsi dan lokal, badan anggaran tambahan) dari waktu ke waktu   | rangkaiannya  | harmonis  | harmonis  |   |
|            |   | <b>V.G.5</b> | Keterwakilan            | Komponen diwakili   | Semua komponen: kementerian kesehatan, departemen lain dan jaminan sosial, pemerintah provinsi dan lokal, badan anggaran tambahan | Kementerian kesehatan, pemerintah lokal dan provinsi dan jaminan sosial         | Kementerian kesehatan serta jaminan sosial                                      | Hanya kementerian kesehatan (atau tidak)  |
|            |   | <b>V.G.6</b> | Disagregasi-1           | Ketersediaan perkiraan terpilah dari pengeluaran pemerintah umum (semua komponen: kementerian kesehatan, departemen dan jaminan sosial, pemerintah regional dan lokal, badan anggaran tambahan) oleh tingkat subnasional atau kabupaten | Semua komponen: kementerian kesehatan, departemen lain dan jaminan sosial, pemerintah provinsi dan lokal, badan anggaran tambahan | Kementerian kesehatan, pemerintah lokal dan provinsi dan jaminan sosial         | Kementerian kesehatan serta jaminan sosial                                      | Hanya kementerian kesehatan (atau tidak)  |
|            |   | <b>V.G.7</b> | Disagregasi-2           | Ketersediaan perkiraan terpilah dari pengeluaran pemerintah yg didanai eksternal dengan sumber pendanaan (yaitu multilateral, bilateral, yayasan swasta, LSM, dan lainnya)  | Dicairkan sumber eksternal dari multilateral, bilateral, yayasan swasta, LSM, dan lainnya   | Dicairkan sumber eksternal dari multilateral dan bilateral                      | Committed sumber eksternal dari multilateral dan bilateral                      | Tidak ada                                 |
|            |   | <b>V.G.8</b> | Metode Penyesuaian      | Ketersediaan informasi rinci tentang sumber dan metodologi statistik, dan pencatatan setiap penyimpangan dari pedoman internasional, untuk semua penyesuaian yang dilakukan dan perkiraan yang dihasilkan                               | Hasil estimasi benar-benar ditiru melalui data audit trial  | Berdasarkan informasi yang tersedia, sehingga estimasi dapat direplikasi di 75% | Berdasarkan informasi yang tersedia, sehingga estimasi dapat direplikasi di 50% | Hasil perkiraan i tidak dapat direplikasi |
| <b>V.H</b> | <b>Komponen pengeluaran (pengeluaran)</b> | <b>V.H.1</b> | Metode Pengumpulan Data | Metode pengumpulan data yang digunakan untuk data yang paling terakhir  | Data yang dikumpulkan dengan  | Data yang dikumpulkan dengan  | Data yang dikumpulkan dengan  | Tidak ada                                 |

|   |       |                 |   |  |  |   |                          |
|---|-------|-----------------|---|--|--|---|--------------------------|
| pribadi untuk kesehatan per kapita (rumah tangga 'out-of-saku, asuransi kesehatan swasta, LSM, perusahaan dan korporasi)) |       |                 |   | menggunakan metodologi NHA   | menggunakan 1 survei rumah tangga untuk pengeluaran dari saku, survei untuk setidaknya 1 komponen lainnya, dan imputations untuk komponen yang tersisa | menggunakan 1 survei rumah tangga untuk pengeluaran dari saku dan imputations untuk komponen lain |                          |
|   | V.H.2 | Ketepatan Waktu | Pada estimasi yang dipublikasikan terbaru, jangka waktu sejak data dikumpulkan  | 0-1 tahun  | 2 tahun  | 3-4 tahun   | Tidak ada                |
|   | V.H.3 | Periodesitas    | Periodisitas  | Data untuk semua komponen tersedia setiap tahun  | Semua komponen survey setidaknya sekali dalam 5 tahun terakhir   | Survei pengeluaran rumah tangga setidaknya-tidaknya sekali dalam 5 tahun terakhir                 | Tidak ada data           |
|   | V.H.4 | Konsistensi     | Konsistensi definisi pengeluaran untuk kesehatan di seluruh komponen (pengeluaran dari saku rumah tangga, asuransi kesehatan swasta, LSM, perusahaan dan korporasi) dari waktu ke waktu | Sumber tunggal tanpa putus rangkaian   | Berbagai sumber yang harmonis  | Berbagai sumber yang tidak harmonis   | Tidak ada                |
|   | V.H.5 | Keterwakilan    | Cakupan penduduk (populasi)   | Nasional-wakil semua komponen: rumah tangga, asuransi swasta, LSM, perusahaan dan perusahaan | Nasional-wakil hanya pada rumah tangga ditambah 1 komponen lainnya   | Nasional-wakil hanya pada rumah tangga  | Studi lokal atau lainnya |
|   | V.H.6 | Disagregasi-1   | Ketersediaan perkiraan terpilah dari pengeluaran swasta (semua komponen: pengeluaran rumah tangga, asuransi kesehatan swasta, LSM, perusahaan   | Semua komponen: pengeluaran rumah tangga., asuransi kesehatan swasta,                        | Pengeluaran rumah tangga ditambah 1 komponen   | Hanya pengeluaran rumah tangga  | Tidak ada pemilahan data |



|            |   |              |                         |  |   |   |   |  |
|------------|---|--------------|-------------------------|--|---|---|---|--|
|            |   |              |                         | dan korporasi) dengan tingkat subnasional atau kabupaten   | LSM, perusahaan dan korporasi)  | lainnya   |   |  |
|            |   | <b>V.H.7</b> | Disagregasi-2           | Ketersediaan perkiraan terpilah antara pengeluaran swasta dengan sumber pendanaan (yaitu multilateral, bilateral, yayasan swasta, LSM, dan lainnya)  | Dicairkan sumber eksternal dari multilateral, bilateral, yayasan swasta, LSM, dan lainnya   | Dicairkan sumber eksternal dari multilateral dan bilateral  | Committed sumber eksternal dari multilateral dan bilateral                      | Tidak ada data   |
|            |   | <b>V.H.8</b> | Metode Penyesuaian      | Ketersediaan informasi rinci tentang sumber dan metodologi statistik, dan pencatatan setiap penyimpangan dari pedoman internasional, untuk semua penyesuaian dilakukan dan perkiraan yang dihasilkan | Hasil estimasi benar-benar ditiru melalui data audit trial  | Berdasarkan informasi yang tersedia, sehingga estimasi dapat direplikasi di 75%                                 | Berdasarkan informasi yang tersedia, sehingga estimasi dapat direplikasi di 50% | Hasil perkiraan i tidak dapat direplikasi  |
| <b>V.I</b> | <b>Density Tenaga Kerja (Kepadatan tenaga kesehatan (total dan berdasarkan kategori profesional) oleh 1.000 penduduk)</b> | <b>V.I.1</b> | Metode Pengumpulan Data | Catatan administrasi rutin divalidasi dengan temuan dari survei/sensus fasilitas kesehatan secara rutin, survei angkatan kerja dan sensus penduduk   | Catatan administrasi rutin divalidasi dengan sensus penduduk, survei angkatan kerja, sensus fasilitas kesehatan dan survei catatan administrasi | Catatan administrasi divalidasi dengan baik dengan sensus/survei fasilitas kesehatan atau survei angkatan kerja | Hanya catatan administrasi tanpa validasi oleh sensus atau survei               | Tidak ada data   |
|            |   | <b>V.I.2</b> | Ketepatan Waktu         | Pada estimasi yang dipublikasikan terbaru, jangka waktu sejak data dikumpulkan   | 0-5 bulan   | 6-11 bulan  | 12 bulan atau lebih   | Tidak ada data   |
|            |   | <b>V.I.3</b> | Periodesitas            | Frekuensi diukur dalam 5 tahun terakhir  | 5 kali atau lebih   | 3-4 kali  | 1-2 kali  | Tidak ada data   |
|            |   | <b>V.I.4</b> | Konsistensi             | Variabel dan definisi data serta klasifikasi konsisten dari waktu ke waktu dan seluruh sumber yang berbeda   | Semua sumber konsisten. Variabel memiliki definisi yang sama/klasifikasi dalam semua sumber   | Sebagian besar sumber konsisten. Variabel memiliki definisi/klasifikasi yang sama di sebagian besar             | Hanya beberapa sumber utama yang konsisten                                      | Sumber utama tidak konsisten, definisi/klasifikasi variabel bervariasi di sumber |

|            |  |              |                         |  |  |   |   |   |
|------------|--|--------------|-------------------------|--|--|---|---|---|
|            |  | <b>V.I.5</b> | Disagregasi-1           | Kategori pekerja kesehatan<br><br>ISCO: Klasifikasi Pekerjaan Standar Internasional  | 15 atau lebih pekerjaan atau ISCO 4 digit atau setara nasional                       | sumber<br>4-14 pekerjaan atau ISCO 3 digit atau setara nasional                         | Kurang dari 4 atau ISCO 2 digit atau setara nasional  | Lainnya   |
|            |  | <b>V.I.6</b> | Disagregasi-2           | Perkiraan yang diterbitkan baru-baru ini atau akan diterbitkan dipilah menurut (1) jenis kelamin, (2) perkotaan / pedesaan, (3) wilayah geografis atau administratif utama dan (4) sektor publik / swasta  | Data memungkinkan pemilahan oleh semua 4 variabel                                    | Data memungkinkan disagregasi dengan 3 variabel (tidak termasuk sektor publik / swasta) | Data memungkinkan pemilahan oleh 2 variabel (termasuk publik / swasta dan perkotaan / pedesaan) | Data memungkinkan pemilahan hanya berdasarkan gender atau mungkin tidak ada pemilahan |
| <b>V.J</b> | <b>Prevalensi merokok (15 tahun dan lebih tua)</b> | <b>V.J.1</b> | Metode Pengumpulan Data | Metode pengumpulan data yang digunakan untuk data paling terakhir  | Survei berbasis populasi dengan laporan diri, perokok harian selama bulan sebelumnya |   |   | Tidak ada data  |
|            |  | <b>V.J.2</b> | Ketepatan Waktu         | Pada estimasi yang dipublikasikan terbaru, jangka waktu sejak data dikumpulkan   | 0-2 tahun  | 3-5 tahun   | 6 tahun atau lebih  | Tidak ada   |
|            |  | <b>V.J.3</b> | Periodesitas            | Frekuensi pengukuran dalam 10 tahun terakhir   | 3 kali atau lebih  | 2 kali  | 1 kali  | Tidak ada   |
|            |  | <b>V.J.4</b> | Konsistensi             | Data konsisten dari waktu ke waktu   | Tidak ada perbedaan besar  | Sedikit perbedaan   | Banyak perbedaan  | Tidak dapat dipakai   |
|            |  | <b>V.J.5</b> | Keterwakilan            | Jenis sampel untuk estimasi terbaru didasarkan   | Nasional-wakil sampel  | Purposive atau non-random sampling nasional   | Studi lokal   | metode lain selain yang telah disebutkan  |
|            |  | <b>V.J.6</b> | Disagregasi             | Perkiraan yang diterbitkan baru-baru ini (atau akan dipublikasikan) dipilah menurut: (1) karakteristik demografi (misalnya, jenis kelamin, umur), (2) status sosial ekonomi (misalnya, pendapatan, pekerjaan, pendidikan orang tua), dan (3) lokalitas (misalnya, wilayah geografis atau administratif | Disagregasi tersedia untuk 3 elemen  | Disagregasi tersedia untuk 2 elemen   | Disagregasi tersedia untuk 1 elemen   | Disagregasi tidak tersedia  |

|  |                                |               |   |   |   |  |                                   |  |
|--|--------------------------------|---------------|---|---|---|--|-----------------------------------|--|
|  |                                |               |   | utama perkotaan / pedesaan)   |   |  |                                   |  |
| <b>VI. Menilai Diseminasi dan Penggunaan Informasi SIK</b> |                                |               |   |   |   |  |                                   |  |
| <b>VI.A</b>  | <b>Permintaan dan analisis</b> | <b>VI.A.1</b> | Manajer senior dan pembuat kebijakan menuntut informasi SIK lengkap, tepat waktu, akurat, relevan dan divalidasi  | Ya  | Ya, tetapi mereka tidak memiliki kemampuan untuk menilai  | Permintaan dari manajer adalah ad-hoc, biasanya sebagai akibat dari tekanan eksternal (misalnya, pertanyaan dari (misalnya, pertanyaan dari politisi atau media) | Permintaan diabaikan dari manajer |  |
|  |                                | <b>VI.A.2</b> | Grafik banyak digunakan untuk menampilkan informasi di kantor kesehatan administrasi subnasional (misalnya, daerah/ propinsi, kabupaten) dan fasilitas kesehatan. Grafik terkini dan dan jelas dipahami   | Benar di semua tingkatan ( Dinas Kesehatan kabupaten daerah/ provinsi, fasilitas kesehatan) | Benar di dinas kesehatan (regional/ propinsi, kabupaten), tetapi tidak di fasilitas kesehatan         | Benar di kantor kesehatan daerah/propinsi hanya  | Tidak menggunakan grafik          |  |
|  |                                | <b>VI.A.3</b> | Peta banyak digunakan untuk menampilkan informasi di kantor kesehatan administrasi subnasional (misalnya, daerah/ propinsi, kabupaten) dan fasilitas kesehatan. Peta terkini dan dan jelas dipahami   | Benar di semua tingkatan ( Dinas Kesehatan kabupaten daerah/ provinsi, fasilitas kesehatan) | Benar di dinas kesehatan (regional/ propinsi, kabupaten), tetapi tidak di fasilitas kesehatan         | Benar di kantor kesehatan daerah/propinsi hanya  | Tidak menggunakan peta            |  |
| <b>VI.B</b>  | <b>Kebijakan dan advokasi</b>  | <b>VI.B.1</b> | Integrasi ringkasan laporan SIK termasuk informasi satu set minimal indikator inti (termasuk yang digunakan untuk mengukur kemajuan dalam mencapai MDGs dan yang digunakan oleh Global Kemitraan Kesehatan, jika berlaku) disebar secara rutin kepada semua pihak terkait | Laporan rutin terintegrasi minimal setiap tahun untuk mitra yang relevan nasional dan lokal | Laporan rutin terintegrasi minimal setiap tahun, tetapi hanya didistribusikan ke departemen kesehatan | Laporan kadang-kadang, tetapi tahunan  | Laporan tidak terintegrasi        |  |

|             |  |               |   |  |  |  |  |
|-------------|--|---------------|---|--|--|--|--|
| <b>VI.C</b> | <b>Perencanaan dan penetapan prioritas</b> | <b>VI.C.1</b> | Informasi kesehatan (status kesehatan penduduk, sistem kesehatan, faktor risiko) yang terbukti digunakan dalam perencanaan dan proses alokasi sumber daya (misalnya, untuk rencana tahunan pengembangan terpadu, kerangka pengeluaran jangka menengah, rencana strategis jangka panjang, dan kesehatan tahunan sektor ulasan) | Ya, sistematis digunakan dengan metode dan target selaras antara kerangka perencanaan yang berbeda   | Umumnya digunakan untuk tujuan diagnostik menggambarkan masalah kesehatan/tantangan, tetapi tidak ada penggunaan disinkronkan informasi kesehatan antara kerangka perencanaan yang berbeda | Informasi kesehatan kadang-kadang digunakan                          | Tidak pernah digunakan   |
| <b>VI.D</b> | <b>alokasi sumber daya</b>                 | <b>VI.D.1</b> | Informasi SIK banyak digunakan oleh tim manajemen kabupaten dan subnasional untuk mengatur alokasi sumber daya dalam proses anggaran tahunan  | Mayoritas target/usulan anggaran yang didukung oleh informasi SIK  | Beberapa target/usulan anggaran yang didukung oleh informasi SIK   | Sedikit target/usulan anggaran yang didukung oleh informasi SIK      | Tak satu pun dari sasaran / usulan anggaran yang didukung oleh informasi SIK |
|             |  | <b>VI.D.2</b> | Informasi SIK digunakan untuk mengadvokasi kesetaraan dan peningkatan sumber daya untuk kelompok yang kurang beruntung dan masyarakat (misalnya, dengan mendokumentasikan beban penyakit mereka dan akses masyarakat miskin terhadap layanan)   | Informasi SIK secara sistematis digunakan untuk mempromosikan keadilan   | Informasi SIK secara teratur digunakan untuk mempromosikan keadilan  | Informasi SIK digunakan untuk tujuan equitas hanya atas dasar ad hoc | Tidak digunakan untuk tujuan equitas   |
| <b>VI.E</b> | <b>Implementasi dan tindakan</b>           | <b>VI.E.1</b> | Manajer di kantor administrasi kesehatan di semua tingkatan (nasional, regional / provinsi, kabupaten) menggunakan informasi kesehatan untuk manajemen pelayanan kesehatan pengiriman, pemantauan terus menerus dan evaluasi berkala  | Informasi kesehatan digunakan oleh manajer di semua tingkatan untuk manajemen pelayanan kesehatan pengiriman, pemantauan terus menerus dan | Informasi kesehatan yang digunakan oleh para manajer di tingkat nasional dan regional / provinsi tetapi tidak pada tingkat kabupaten   | Semua keputusan kunci terpusat di tingkat nasional                   | Informasi SIK kadang-kadang digunakan  |

|  |  |               |   |  |   |   |   |
|--|--|---------------|---|--|---|---|---|
|  |  |               | evaluasi berkala  |  |   |   |   |
|  |  | <b>VI.E.2</b> | Penyedia layanan di semua tingkatan (nasional, rumah sakit kabupaten daerah / provinsi dan pusat kesehatan) menggunakan informasi kesehatan bagi manajemen kesehatan jasa pengiriman, pemantauan terus menerus dan evaluasi berkala | Informasi kesehatan digunakan oleh penyedia layanan di semua tingkatan untuk manajemen pelayanan kesehatan pengiriman, pemantauan terus menerus dan evaluasi berkala | Informasi kesehatan digunakan oleh penyedia layanan di tingkat nasional dan regional / provinsi tetapi tidak pada tingkat kabupaten | Informasi kesehatan digunakan oleh penyedia perawatan di rumah sakit di nasional dan regional / provinsi tetapi tidak di rumah sakit kabupaten atau puskesmas | Penyedia perawatan lain daripada di tingkat nasional tidak menggunakan informasi kesehatan untuk manajemen pelayanan, pemantauan terus menerus atau evaluasi periodik |
|  |  | <b>VI.E.3</b> | Informasi tentang faktor risiko kesehatan secara sistematis digunakan untuk mengadvokasi penerapan perilaku berisiko rendah oleh masyarakat umum dan oleh kelompok-kelompok rentan yang ditargetkan                                 | Indikator tersebut secara sistematis digunakan dan disesuaikan agar sesuai dengan profil risiko dan situasi yang dihadapi masing-masing kelompok rentan              | Indikator tersebut secara teratur digunakan, tetapi umumnya tidak disesuaikan dengan masing-masing kelompok rentan                  | Hanya digunakan atas dasar ad hoc   | Tidak digunakan   |