



**LAPORAN KINERJA  
DITJEN KESEHATAN MASYARAKAT  
TAHUN 2018**

**DIREKTORAT JENDERAL  
KESEHATAN MASYARAKAT  
KEMENTERIAN KESEHATAN  
TAHUN 2019**

## KATA PENGANTAR

Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat sebagai salah satu unit eselon I di Kementerian Kesehatan memiliki kewajiban untuk melaksanakan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP). Salah satu komponen SAKIP adalah membuat Laporan Kinerja yang menggambarkan kinerja yang dicapai atas pelaksanaan program dan kegiatan yang menggunakan APBN sesuai Perjanjian Kinerja yang telah ditetapkan sebelumnya.

Penyusunan laporan kinerja (LAKIP) mengacu pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokasi (Permenpan) Nomor 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Laporan kinerja ini merupakan informasi kinerja yang terukur kepada pemberi mandat atas kinerja yang telah dan seharusnya dicapai selama satu tahun anggaran. Dalam laporan kinerja ini juga menyertakan berbagai upaya perbaikan berkesinambungan yang telah dilakukan dalam lingkup Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, untuk meningkatkan kinerjanya pada masa mendatang.

Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, telah menyelesaikan Laporan Kinerja tahun 2018 sebagai bentuk akuntabilitas perjanjian kinerja yang dibuat pada akhir tahun 2018. Secara garis besar laporan berisi informasi tentang tugas dan fungsi organisasi; rencana kinerja dan capaian kinerja sesuai dengan Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019, disertai dengan faktor pendukung dan penghambat capaian, serta upaya tindak lanjut yang dilakukan.

Peningkatan kualitas laporan kinerja ini menjadi perhatian kami, masukan dan saran membangun sangat kami harapkan untuk perbaikan dan penyempurnaan penyusunan laporan di tahun yang akan datang. Semoga laporan ini bermanfaat bagi kita semua dan dapat dijadikan bahan evaluasi untuk perbaikan dan pengembangan program di masa mendatang.

Jakarta, Januari 2019

Direktur Jenderal

**dr. Kirana Pritasari, MQIH**

NIP 196404081990032001

## IKHTISAR EKSEKUTIF



Berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan dalam Peraturan Menteri Pedayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi dan dalam PermenPAN Nomor 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah, maka Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat menyusun laporan kinerja (LAKIP) sebagai bentuk pertanggungjawaban kinerja yang telah dilakukan pada tahun 2018.

Pembangunan kesehatan dilaksanakan dalam rangka mewujudkan masyarakat sehat yang dinilai melalui beberapa indikator pembangunan kesehatan, diantaranya meningkatnya status Kesehatan Ibu, Anak dan Gizi Masyarakat melalui penurunan Angka Kematian Ibu (Target 306/100.000 KH), Angka Kematian Bayi (Target 24/1000 KH) dan Prevalensi Stunting (pendek dan sangat pendek) pada anak baduta (Target 28,8%). Terkait AKI dan AKB, dilakukan pengukuran dengan indikator proksi, antara lain Persalinan di fasilitas kesehatan (PF), Kunjungan Antenatal (K4) dan Kunjungan Neonatal Pertama (KN1) yang juga dijabarkan dalam Renstra Kementerian Kesehatan 2015-2019.

Berdasarkan data, AKI mencapai 305/100.000 KH (SUPAS 2015), AKB mencapai 24/1000 KH (SDKI 2017) dan prevalensi stunting sebesar 30,5% (Riskesdas 2018). Hal ini menunjukkan kemajuan dari segi penurunan AKI, AKB maupun prevalensi stunting, namun demikian aspek sustainabilitas dari capaian tersebut sangat perlu diperhatikan, mengingat indikator pembangunan kesehatan bersifat outcome yang hanya dapat diperoleh melalui riset, survei dan penelitian lainnya.

Laporan kinerja disusun berdasarkan capaian kinerja tahun 2018 sebagaimana yang sudah ditetapkan dalam dokumen penetapan kinerja yang terdiri dari Indikator Kerja Utama (IKU). Sumber data dalam laporan ini diperoleh dari unit eselon II dan UPT di lingkup Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat tahun 2018.

Berdasarkan Perjanjian Kinerja tahun 2018 antara Menteri Kesehatan dengan Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat memiliki 3 Indikator Kinerja, **(1) Peningkatan persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan (PF) dengan capaian sebesar 98,64 % (data rutin 2018) dari target 82%, (2) Penurunan persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) berdasarkan hasil Riskesdas 2018 sebesar 17.3% dari target 19.7%, (3) Persentase Kabupaten/Kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan sebesar 57,8% dari target 35%.**

Realisasi anggaran dilingkup Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat meliputi anggaran dekonsentrasi, kantor pusat dan kantor daerah sebesar **92,41%**. Serapan dana **kantor pusat sebesar 94,16%; kantor daerah 93,76%** dan **dekonsentrasi 87,01%**. Capaian kinerja penyerapan anggaran keseluruhan diatas 90%, sebanding dengan capaian kinerja program yang direpresentasikan melalui 3 Indikator Kinerja yang telah tercapai diatas 100%.

Keseluruhan indikator kinerja utama program kesehatan masyarakat dilaksanakan di tingkat Puskesmas. Oleh karena itu alokasi anggaran tersebut bertujuan untuk memastikan indikator tersebut berjalan sebagaimana mestinya mulai dari level kebijakan, standar, pedoman dan evaluasi .

Masalah dalam pelaksanaan kegiatan dan penyerapan anggaran di tahun 2018 dikarenakan adanya perubahan spesifikasi pengadaan barang dan jasa, pemanfaatan dekon belum melihat kemampuan sumber daya di provinsi dan sebagian adanya kebijakan untuk mendahulukan kegiatan APBD daripada APBN.

Perbaikan ke depan perlu koordinasi lebih baik antar unit eselon II dalam penyusunan rencana operasional kegiatan terutama dengan melibatkan pimpinan dan para pemegang program/kegiatan sehingga rencana kegiatan yang dibuat dapat terlaksana dengan baik. Selain itu diperlukan persiapan yang lebih awal dalam proses pengadaan barang dan jasa sehingga tidak menumpuk menjelang akhir tahun.

## DAFTAR ISI

IKHTISAR EKSEKUTIF .....	ii
DAFTAR TABEL.....	v
DAFTAR GRAFIK.....	vi
DAFTAR GAMBAR .....	vii
BAB I .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Maksud dan Tujuan .....	2
C. Visi, Misi dan Strategi Organisasi .....	2
D. Tugas Pokok dan Fungsi .....	3
E. Potensi dan Permasalahan.....	4
F. Sistematika .....	6
BAB II .....	7
A. Perjanjian Kinerja .....	7
B. Indikator Kinerja Program Kesehatan Masyarakat .....	7
BAB III .....	9
A. Capaian Kinerja Organisasi .....	9
1. Indikator Kinerja Program .....	9
B. Realisasi Anggaran .....	29
BAB IV.....	34
Kesimpulan .....	36

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.Indikator kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat .....	8
Tabel 2.Capaian Indikator Kinerja Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2018	10
Tabel 3. Capaian Kinerja Provinsi terhadap target nasional Tahun 2018.....	<b>Error!</b>
<b>Bookmark not defined.</b>	
Tabel 4. Realisasi Per Propinsi Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan tahun 2018 .....	22
Tabel 5. Revisi Penambahan Penerimaan Hibah Langsung dan PNBP TA. 2018	30
Tabel 6. Realisasi anggaran Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2018 .....	32
Tabel 7. Realisasi Dekonsentrasi di lingkungan Ditjen Kesehatan Masyarakat Tahun 2018.....	32
Tabel 8. Realisasi anggaran Program Kesehatan Masyarakat menurut lokasi satuan kerja kantor daerah tahun 2018 .....	34

## DAFTAR GRAFIK

Grafik 1. Target, Cakupan, dan Capaian Kinerja Renstra Indikator Persalinan di Fasyankes Tahun 2018 .....	11
Grafik 2. Target dan Cakupan Persalinan di Fasilitas Kesehatan .....	11
Grafik 3. Cakupan Kabupaten/Kota Melaporkan Indikator Pelayanan Persalinan di Fasyankes Tahun 2018 Berdasarkan Provinsi .....	12
Grafik 4. Persentase Target dan Cakupan Persalinan di Fasilitas Kesehatan .....	12
Grafik 5. Perbandingan Persentase Ibu Hamil Kekurangan Energi Kronis (KEK) Tahun 2018 dengan Target Jangka Menengah .....	17
Grafik 6. Rata-rata Konsumsi Kalori per Kapita per Hari Tahun 2013-2017 .....	18
Grafik 7. Rata-rata Konsumsi Protein per Kapita per Hari Tahun 2013-2017 .....	19
Grafik 8. Target dan Realisasi Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2018 .....	21
Grafik 9. Realisasi Th 2018 dan Target Jangka Menengah Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan .....	21
Grafik 10. Realisasi Per Propinsi Indikator Persentase Kabupaten/Kotayang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2018 .....	22
Grafik 11. Target dan Realisasi Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2015-2018 .....	23
Grafik 12. Target dan Capaian Kinerja Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2015-2018 .....	24
Grafik 13. Penyandingan Capaian Kinerja dan Realisasi Anggaran Indikator Persentase Kab/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Th 2018 .....	25
Grafik 14. Penyandingan Capaian Kinerja dan Realisasi Anggaran Indikator Persentase Kab/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Th 2015-2018 .....	25
Grafik 15. Persentase Realisasi Dana Dekonsentrasi Program Kesmas .....	<b>Error!</b>

**Bookmark not defined.**

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Indikator Kinerja Utama Program Kesehatan Masyarakat.....	9
Gambar 2. Peta Realisasi Per Propinsi Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2018.....	23



## DAFTAR SINGKATAN

KEK	:	Kurang Energi Kronik
KN1	:	Kunjungan Neonatal Pertama
PF	:	Persalinan di Fasilitas Kesehatan
TTD	:	Tablet Tambah Darah
K4	:	Kunjungan ke empat kali selama masa kehamilan
Riskesdas	:	Riset Kesehatan Dasar

### A. Latar Belakang

Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, senantiasa membangun akuntabilitas yang dilakukan melalui pengembangan dan penerapan sistem pertanggungjawaban yang tepat, jelas dan terukur. Diharapkan penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan kesehatan dapat berlangsung dengan bijaksana, transparan, akuntabel, efektif, dan efisien sesuai dengan prinsip-prinsip *good governance* sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi dan Nepotisme.

Sasaran pokok RPJMN 2015-2019 adalah: (1) meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak; (2) meningkatnya pengendalian penyakit; (3) meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan; (4) meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN Kesehatan, (5) terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin; serta (6) meningkatkan responsivitas sistem kesehatan. Berakhirnya pelaksanaan tugas tahun 2016 yang merupakan awal tahun implementasi Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK 02.02/ Menkes//2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan, yang mempunyai visi “Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan”. Pembangunan kesehatan pada periode 2015-2019 adalah Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan.

Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan 3 pilar utama yaitu paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan nasional: 1) pilar paradigma sehat dilakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan promotif preventif dan pemberdayaan masyarakat; 2) penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, menggunakan pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis risiko. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat merupakan unit yang sangat berperan dalam mewujudkan pilar pertama dalam “Program Indonesia Sehat”.

Pertanggungjawaban pelaksanaan kebijakan dan kewenangan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan harus dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat atau rakyat sebagai pemegang kedaulatan tertinggi negara sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Akuntabilitas tersebut salah satunya diwujudkan dalam bentuk penyusunan laporan kinerja.

Laporan kinerja ini akan memberikan gambaran pencapaian kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat dalam satu tahun anggaran beserta dengan hasil capaian indikator kinerja dari masing-masing unit satuan kerja yang ada di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat di tahun 2018.

Perjanjian kinerja yang ditandatangani Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat dengan Menteri Kesehatan terdiri dari 1 sasaran dan 3 indikator kinerja.

## **B. Maksud dan Tujuan**

Penyusunan laporan kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat merupakan bentuk pertanggungjawaban kinerja pada tahun 2018 dalam mencapai target dan sasaran program seperti yang tertuang dalam rencana strategis, dan ditetapkan dalam dokumen penetapan kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat oleh pejabat yang bertanggungjawab.

## **C. Visi, Misi dan Strategi Organisasi**

### **1. Visi dan Misi**

Dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015- 2019 tidak ada visi dan misi, namun mengikuti visi dan misi Presiden Republik Indonesia yaitu “Terwujudnya Indonesia yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian Berlandaskan Gotong-royong”. Upaya untuk mewujudkan visi ini adalah melalui 7 misi pembangunan yaitu:

1. Terwujudnya keamanan nasional yang mampu menjaga kedaulatan wilayah, menopangkemandirian ekonomi dengan mengamankan sumber daya maritim dan mencerminkan kepribadian Indonesia sebagai negara kepulauan.
2. Mewujudkan masyarakat maju, berkesinambungan dan demokratis berlandaskan negara hukum.
3. Mewujudkan politik luar negeri bebas dan aktif serta memperkuat jati diri sebagai negara maritim.
4. Mewujudkan kualitas hidup manusia Indonesia yang tinggi, maju dan sejahtera.
5. Mewujudkan bangsa yang berdaya saing.
6. Mewujudkan Indonesia menjadi negara maritim yang mandiri, maju, kuat dan berbasiskan kepentingan nasional, serta
7. Mewujudkan masyarakat yang berkepribadian dalam kebudayaan.

Visi dan Misi tersebut diterjemahkan dalam sembilan agenda prioritas yang dikenal dengan NAWA CITA yang ingin diwujudkan pada Kabinet Kerja, yakni:

1. Menghadirkan kembali negara untuk melindungi segenap bangsa dan memberikan rasa aman pada seluruh warga Negara.
2. Membuat pemerintah tidak absen dengan membangun tata kelola pemerintahan yang bersih, efektif, demokratis dan terpercaya.
3. Membangun Indonesia dari pinggiran dengan memperkuat daerah-daerah dan desa dalam kerangka negara kesatuan.
4. Menolak negara lemah dengan melakukan reformasi sistem dan penegakan hukum yang bebas korupsi, bermartabat dan terpercaya.
5. Meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia.
6. Meningkatkan produktifitas rakyat dan daya saing di pasar Internasional.
7. Mewujudkan kemandirian ekonomi dengan menggerakkan sektor-sektor strategis ekonomi domestik.
8. Melakukan revolusi karakter bangsa.
9. Memperteguh ke-Bhineka-an dan memperkuat restorasi sosial Indonesia.

### **2. Tujuan**

Terlaksananya pelayanan teknis administrasi kepada semua unsur di lingkungan Ditjen Kesehatan Masyarakat dalam rangka terselenggaranya pembangunan

kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna agar meningkatnya status kesehatan masyarakat.

### **3. Nilai-nilai**

Guna mewujudkan visi dan misi serta rencana strategis pembangunan kesehatan, Ditjen Kesehatan Masyarakat menganut dan menjunjung tinggi nilai-nilai yang telah dirumuskan dalam Renstra Kementerian Kesehatan antara lain:

- a. Pro Rakyat;
- b. Inklusif;
- c. Responsif;
- d. Efektif;
- e. Bersih.

### **4. Strategi Pembangunan Kesehatan Masyarakat**

Kebijakan pembangunan kesehatan difokuskan pada penguatan upaya kesehatan dasar (*Primary Health Care*) yang berkualitas terutama melalui peningkatan jaminan kesehatan, peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang didukung dengan penguatan sistem kesehatan dan peningkatan pembiayaan kesehatan.

Strategi pembangunan kesehatan masyarakat tahun 2015-2019 meliputi:

- a. Akselerasi Pemenuhan Akses Pelayanan Kesehatan Ibu, Anak, Remaja, dan Lanjut Usia yang Berkualitas.
- b. Mempercepat Perbaikan Gizi Masyarakat.
- c. Meningkatkan Penyehatan Lingkungan.
- d. Meningkatkan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.

### **5. Sasaran Ditjen Kesehatan Masyarakat**

Sasaran Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, adalah meningkatnya ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi seluruh masyarakat.

### **6. Indikator Kinerja**

Indikator kinerja Ditjen Kesehatan Masyarakat yaitu:

- a. Persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan (PF);
- b. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK).
- c. Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan

## **D. Tugas Pokok dan Fungsi**

Sesuai dengan Permenkes Nomor 64 Tahun 2016 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, tugas pokok Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat adalah menyelenggarakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan masyarakat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dalam melaksanakan tugas, Direktorat Jenderal Kesehatan masyarakat menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:

1. Perumusan kebijakan di bidang peningkatan kesehatan keluarga, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olahraga, gizi masyarakat, serta promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. pembinaan gizi dan kesehatan ibu dan anak;

2. Pelaksanaan kebijakan di bidang peningkatan kesehatan keluarga, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olahraga, gizi masyarakat, serta promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. pembinaan gizi dan kesehatan ibu dan anak;
3. Penyusunan norma, standar, prosedur dan kriteria di bidang peningkatan kesehatan keluarga, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olahraga, gizi masyarakat, serta promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. pembinaan gizi dan kesehatan ibu dan anak;
4. Pemberian bimbingan teknis dan supervisi di bidang peningkatan kesehatan keluarga, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olahraga, gizi masyarakat, serta promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.
5. Pelaksanaan evaluasi dan pelaporan di bidang peningkatan kesehatan keluarga, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olahraga, gizi masyarakat, serta promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.
6. Pelaksanaan administrasi Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, dan
7. Pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Menteri.

Fungsi tersebut dilaksanakan oleh organisasi dengan susunan:

- a. Sekretariat Direktorat Jenderal;
- b. Direktorat Kesehatan Keluarga;
- c. Direktorat Kesehatan Lingkungan;
- d. Direktorat Kesehatan Kerja dan Olahraga;
- e. Direktorat Gizi Masyarakat; dan
- f. Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.

Disamping direktorat teknis di pusat, Direktorat Jenderal Kesehatan masyarakat membina beberapa Unit Pelaksana Teknis (UPT) di daerah, antara lain:

1. Balai Kesehatan Olahraga Masyarakat (BKOM) Bandung;
2. Balai Kesehatan Tradisional Masyarakat (BKTM) Makassar;
3. Loka Kesehatan Tradisional Masyarakat (LKTM) Palembang.

## E. Potensi dan Permasalahan

Potensi dan permasalahan pembangunan kesehatan akan menjadi input dalam menentukan arah kebijakan dan strategi Kementerian Kesehatan.

Saat ini akses ibu hamil, bersalin dan nifas terhadap pelayanan kesehatan sudah cukup baik, akan tetapi Angka Kematian Ibu masih cukup tinggi. Kondisi ini kemungkinan disebabkan antara lain karena kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil dan bersalin yang belum memadai, kondisi ibu hamil dengan komplikasi dan faktor determinan lainnya. Penyebab utama kematian ibu yaitu hipertensi dalam kehamilan, perdarahan *post partum*, serta penyebab karena lain-lain juga semakin meningkat. Penyebab dan komplikasi kematian ini dapat diminimalisir apabila kualitas *Antenatal Care* dilaksanakan dengan baik, sehingga mampu memeriksa kelainan pada ibu hamil sedini mungkin.

Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan kondisi ibu hamil tidak sehat antara lain adalah, anemia, ibu hamil yang menderita diabetes, hipertensi, malaria, TB, HIV, Hepatitis B dan empat terlalu (terlalu muda <20 tahun, terlalu tua >35 tahun, terlalu dekat jaraknya 2 tahun dan terlalu banyak anaknya > 3 tahun). Sebanyak 54,2 per 1000 perempuan dibawah usia 20 tahun telah melahirkan, sementara perempuan yang melahirkan usia di atas 40 tahun sebanyak 207 per 1000 kelahiran hidup. Hal ini diperkuat oleh data yang menunjukkan masih adanya umur perkawinan pertama pada usia yang amat muda (<20 tahun) sebanyak 46,7% dari semua perempuan yang telah kawin.

Potensi dan tantangan dalam penurunan kematian ibu dan anak adalah jumlah tenaga kesehatan yang menangani kesehatan ibu khususnya bidan sudah relatif tersebar ke seluruh wilayah Indonesia, namun kompetensi masih belum memadai. Demikian juga secara kuantitas, jumlah fasyankes primer dan rujukan mampu memberikan pelayanan kegawatdaruratan maternal neonatal meningkat namun belum diiringi dengan peningkatan kualitas pelayanan. Peningkatan pelayanan kesehatan masa sebelum hamil terutama pada masa remaja, calon pengantin menjadi faktor penting dalam penurunan AKI dan AKB.

Dalam 5 tahun terakhir, Angka Kematian Neonatal (AKN) tetap sama yakni 19/1000 kelahiran, sementara untuk Angka Kematian Pasca Neonatal (AKPN) terjadi penurunan dari 15/1000 menjadi 13/1000 kelahiran hidup, angka kematian anak balita juga turun dari 44/1000 menjadi 40/1000 kelahiran hidup. Penyebab kematian pada kelompok perinatal disebabkan oleh *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) sebanyak 29,5% dan Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) sebanyak 11,2%, ini berarti faktor kondisi ibu sebelum dan selama kehamilan amat menentukan kondisi bayinya. Tantangan ke depan adalah mempersiapkan calon ibu agar benar-benar siap untuk hamil dan melahirkan dan menjaga agar terjamin kesehatan lingkungan yang mampu melindungi bayi dari infeksi. Untuk usia di atas neonatal sampai satu tahun, penyebab utama kematian adalah infeksi khususnya pneumonia dan diare. Ini berkaitan erat dengan perilaku hidup sehat ibu dan juga kondisi lingkungan setempat.

Untuk status gizi remaja, hasil Riskesdas 2013, secara nasional prevalensi remaja usia 13-15 tahun yang pendek dan amat pendek adalah 35,1% dan pada usia 16-18 tahun sebesar 31,4%. Sekitar separuh remaja mengalami defisit energi dan sepertiga remaja mengalami defisit protein dan mikronutrien.

Pelaksanaan UKS harus diwajibkan di setiap sekolah dan madrasah mulai dari TK/RA sampai SMA/ SMK/MA, mengingat UKS merupakan wadah untuk mempromosikan masalah kesehatan. Wadah ini menjadi penting dan strategis, karena pelaksanaan program melalui UKS jauh lebih efektif dan efisien serta berdaya ungkit lebih besar. UKS harus menjadi upaya kesehatan wajib Puskesmas. Peningkatan kuantitas dan kualitas Puskesmas melaksanakan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) yang menjangkau remaja di sekolah dan di luar sekolah. Prioritas program UKS adalah perbaikan gizi usia sekolah, kesehatan reproduksi dan deteksi dini penyakit tidak menular. Salah satu upaya inovatif yang dikembangkan UKS saat ini adalah pengembangan model sekolah sehat.

Selain penyakit tidak menular yang mengancam pada usia kerja, penyakit akibat kerja dan terjadinya kecelakaan kerja juga meningkat. Jumlah yang meninggal akibat kecelakaan kerja semakin meningkat hampir 10% selama 5 tahun terakhir. Proporsi kecelakaan kerja paling banyak terjadi pada umur 31-45 tahun. Oleh karena itu program kesehatan usia kerja harus menjadi prioritas, agar sejak awal faktor risiko sudah bisa dikendalikan. Prioritas untuk kesehatan usia kerja adalah mengembangkan pelayanan kesehatan kerja primer dan penerapan keselamatan dan kesehatan kerja di tempat kerja, selain itu dikembangkan Pos Upaya Kesehatan Kerja sebagai salah satu bentuk UKBM pada pekerja dan peningkatan kesehatan kelompok pekerja rentan seperti Nelayan, TKI, dan pekerja perempuan.

Perkembangan masalah gizi di Indonesia semakin kompleks saat ini, selain masih menghadapi masalah kekurangan gizi, masalah kelebihan gizi juga menjadi persoalan yang harus kita tangani dengan serius. Selain itu kita dihadapi dengan masalah *stunting*. *Stunting* terjadi karena kekurangan gizi kronis yang disebabkan oleh kemiskinan dan pola asuh tidak tepat, yang mengakibatkan kemampuan kognitif tidak berkembang maksimal,

mudah sakit dan berdaya saing rendah, sehingga bisa terjebak dalam kemiskinan. Seribu hari pertama kehidupan seorang anak adalah masa kritis yang menentukan masa depannya, dan pada periode itu anak Indonesia menghadapi gangguan pertumbuhan yang serius. Yang menjadi masalah, lewat dari 1000 hari, dampak buruk kekurangan gizi sangat sulit diobati. Untuk mengatasi *stunting*, masyarakat perlu dididik untuk memahami pentingnya gizi bagi ibu hamil dan anak balita. Secara aktif turut serta dalam komitmen global (*SUN-Scaling Up Nutrition*) dalam menurunkan *stunting*, maka Indonesia fokus kepada 1000 hari pertama kehidupan (terhitung sejak konsepsi hingga anak berusia 2 tahun) dalam menyelesaikan masalah *stunting* secara terintegrasi karena masalah gizi tidak hanya dapat diselesaikan oleh sektor kesehatan saja (intervensi spesifik) tetapi juga oleh sektor di luar kesehatan (intervensi sensitif). Hal ini tertuang dalam Peraturan Pemerintah Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi.

## F. Sistematika

Sistematika penulisan laporan kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat adalah sebagai berikut :

- Ringkasan Eksekutif
- Kata Pengantar
- Daftar Isi
- BAB I

Penjelasan umum organisasi Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, penjelasan aspek strategis organisasi serta permasalahan utama (*strategic issued*) yang sedang dihadapi organisasi.

- BAB II

Menjelaskan uraian ringkasan/ ikhtisar perjanjian kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat tahun 2018.

- BAB III

Penyajian capaian kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis organisasi sesuai dengan hasil pengukuran kinerja organisasi, dengan melakukan beberapa hal sebagai berikut: Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini; Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi; Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan; Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya; Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian pernyataan kinerja dan melakukan analisa realisasi anggaran.

- BAB IV

Penutup, Pada bab ini diuraikan simpulan umum atas capaian kinerja organisasi serta langkah di masa mendatang yang akan dilakukan organisasi untuk meningkatkan kinerjanya.

- LAMPIRAN

- Formulir PK : Pengukuran Kinerja

#### A. Perjanjian Kinerja

Perjanjian kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat telah ditetapkan dalam dokumen penetapan kinerja yang merupakan suatu dokumen pernyataan kinerja/perjanjian kinerja antara atasan dan bawahan untuk mewujudkan target kinerja tertentu dengan didukung sumber daya yang tersedia.

Indikator dan target kinerja yang telah ditetapkan menjadi kesepakatan yang mengikat untuk dilaksanakan dan dipertanggungjawabkan sebagai upaya mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat Indonesia. Perjanjian penetapan kinerja tahun 2018 yang telah ditandatangani oleh Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat dan Menteri Kesehatan berisi Indikator Kinerja Program Kesehatan Masyarakat.

#### B. Indikator Kinerja Program Kesehatan Masyarakat

Dalam upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang ditandai dengan menurunnya angka kematian ibu, angka kematian bayi, program kesehatan masyarakat memiliki kegiatan-kegiatan yang diukur melalui 3 Indikator sebagai berikut:

1. Persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan (PF)
2. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK)
3. Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan

Cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan menggambarkan akses ibu hamil terhadap pelayanan persalinan sesuai standar yang dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan (PF). Indikator PF menjadi penting karena penyebab kematian ibu di Indonesia sebagian besar disebabkan oleh karena perdarahan dan infeksi pada saat persalinan, yang seharusnya dapat dicegah bila ibu mendapatkan pelayanan persalinan sesuai dengan standar di fasilitas pelayanan kesehatan. Menurunkan angka kematian ibu merupakan bagian dari kesepakatan global terhadap pembangunan kesehatan berkelanjutan (SDGs).

Cakupan ibu hamil Kurang energi Kronik (KEK) menggambarkan permasalahan gizi ibu hamil yang disebabkan karena kekurangan asupan makanan dalam waktu yang cukup lama, dan dapat berdampak terhadap kesehatan dan keselamatan ibu dan bayi serta kualitas bayi yang dilahirkan.

Cakupan kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan menggambarkan bahwa kontribusi lingkungan yang sehat sebagai faktor determinan terbesar dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sesuai dengan teori Bloom.

Ketiga indikator diatas diharapkan dapat menjadi daya ungkit terhadap keberhasilan dalam pencapaian program kesehatan masyarakat menurut renstra Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019.



**Tabel 1. Indikator kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat  
Tahun 2015-2019**

Sasaran	Indikator	Target				
		2015	2016	2017	2018	2019
Meningkatnya ketersediaan dan Keterjangkauan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi seluruh masyarakat	1. Persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan (PF)	75%	77%	81%	82%	85%
	2. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK)	24,2%	22,7%	21,2%	19,7%	18,2%
	3. Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan	20%	25%	30%	35%	40%

### **A. Capaian Kinerja Organisasi**

Perkembangan terbaru membuktikan bahwa manajemen tidak cukup hanya memastikan bahwa proses pengelolaan manajemen berjalan dengan efisien. Diperlukan instrumen baru, pemerintahan yang baik (*good governance*) untuk memastikan bahwa manajemen berjalan dengan baik. Selain itu, budaya organisasi turut mempengaruhi penerapan pemerintahan yang baik di Indonesia. Pengukuran kinerja dalam penyusunan laporan akuntabilitas kinerja dilakukan dengan cara membandingkan target kinerja sebagaimana telah ditetapkan dalam penetapan kinerja pada awal tahun anggaran dengan realisasi kinerja yang telah dicapai pada akhir tahun anggaran.

Laporan kinerja merupakan bentuk akuntabilitas dari pelaksanaan tugas dan fungsi yang dipercayakan kepada setiap instansi pemerintah atas penggunaan anggaran. Hal terpenting yang diperlukan dalam penyusunan laporan kinerja adalah pengukuran kinerja dan evaluasi serta pengungkapan (*disclosure*) secara memadai hasil analisis terhadap pengukuran kinerja

#### **1. Indikator Kinerja Program**

Program Kesehatan Masyarakat adalah salah satu program Kementerian Kesehatan dengan upaya prioritas untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan prevalensi stunting. Dalam rangka penurunan AKI, AKB, Stunting program kesehatan masyarakat menyusun dokumen Perjanjian Kinerja (PK) tahun 2018, indikator kinerja Program Kesehatan Masyarakat terdiri dari:



**Gambar 1. Indikator Kinerja Utama Program Kesehatan Masyarakat**

Capaian kinerja program dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 2. Capaian Indikator Kinerja Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2018**

Sasaran	Indikator	Target	Cakupan	Capaian
Meningkatnya ketersediaan dan Keterjangkauan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi seluruh masyarakat	Persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan (PF)	82%	<b>98,64 %*)</b>	120,29%
	Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK)	19,7%	<b>17,3%</b>	113,8%
	Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan	35%	<b>57.8 %</b>	165.14%

Indikator persentase Bumil KEK merupakan indikator negatif, dimana target capaian yang diharapkan dibawah target yang ditentukan.

\*) Data tahunan komdat kesga 2018

**a. Persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan (PF)**

Persalinan di fasilitas kesehatan merupakan indikator di Renstra 2015–2019. Pada Renstra sebelumnya lebih dikenal dengan "persalinan oleh nakes" (Pn). Perubahan indikator ini dilakukan sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan bagi ibu dan bayi baru lahir dalam kerangka penurunan AKI dan AKB. Apabila setiap ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan, maka ketika terjadi komplikasi dan atau kegawatdaruratan maternal neonatal dapat segera ditangani oleh tim yang kompeten dengan fasilitas medis yang sesuai dengan standar. Dengan komitmen ini maka akses ibu hamil dan bersalin terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu menjadi sasaran penting dalam mencapai sasaran Renstra "meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi". Dengan tujuan akhir adalah setiap ibu bersalin mendapat pelayanan sesuai standar sehingga kematian ibu dapat diturunkan.

Pertolongan persalinan merupakan proses pelayanan persalinan yang dimulai pada kala I sampai dengan kala IV persalinan. Capaian program persalinan di fasyankes (PF) diukur dari jumlah ibu bersalin yang mendapatkan pertolongan sesuai standar oleh tenaga Kesehatan di fasilitas kesehatan dibandingkan dengan jumlah sasaran ibu bersalin dalam setahun dikali 100%.

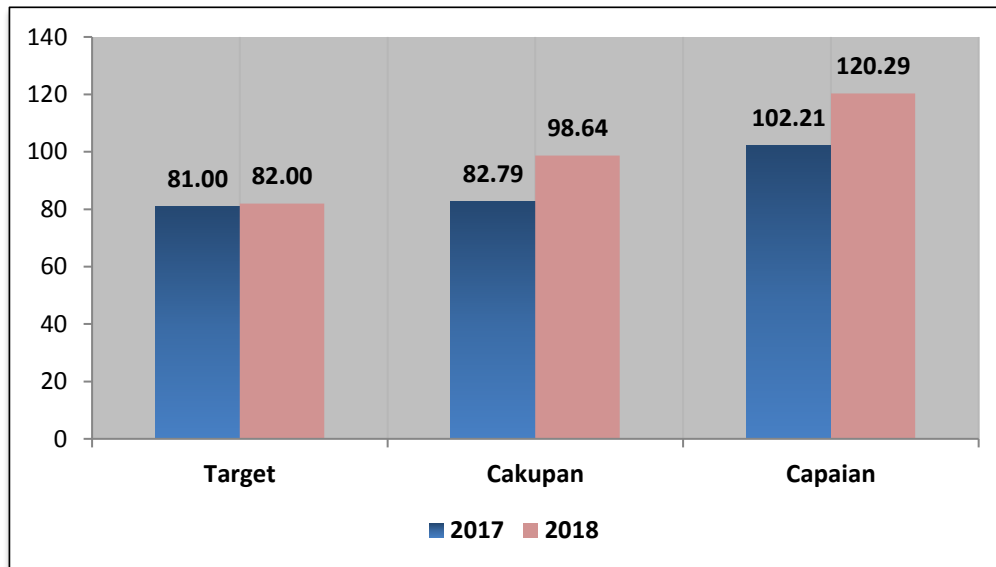
Pada tahun 2017 hasil midterm reuiu Renstra Kementerian Kesehatan yaitu indikator dan target pada Renstra tidak boleh berubah tetapi definisi operasional berubah sesuai dengan tupoksi Kementerian Kesehatan. Perubahan terjadi pada indikator PF dengan definisi operasioanal jumlah kab/kota yang melaporkan pelaksanaan pelayanan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan tepat waktu.

**Analisa Capaian Kinerja**

Berdasarkan data laporan rutin komdat kesehatan keluarga, cakupan kabupaten/kota yang melaporkan pelaksanaan pelayanan di fasilitas kesehatan tepat waktu adalah

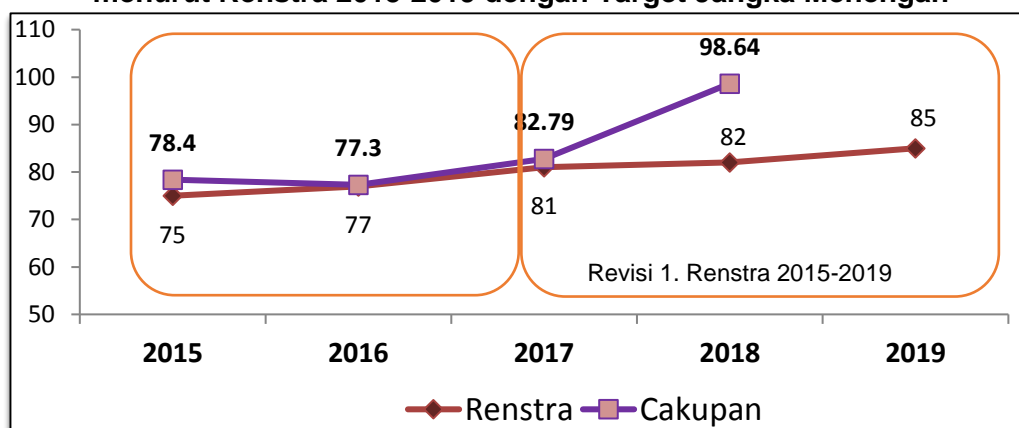
98.64%, yang berarti 507 kabupaten/kota dari telah melaporkan pelaksanaan pelayanan persalinan di fasilitas kesehatan tepat waktu (target 82% kabupaten/kota atau 421 dari 514 kabupaten/kota). Pada Tahun 2017 cakupan PF 82,79% dari target 81% sehingga capaian kinerja sebesar 102,21%. Pada Tahun 2018 cakupan PF 98,64% dari target 82% sehingga capaian kinerja sebesar 120,29% seperti tergambar dalam grafik 1. Selama dua tahun berturut-turut capaian kinerja indikator persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan (PF) lebih dari 100%.

**Grafik 1. Target, Cakupan, dan Capaian Kinerja Renstra Indikator Persalinan di Fasyankes Tahun 2017 dan 2018**



Sementara, kecenderungan cakupan indikator Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dapat dilihat dalam grafik berikut.

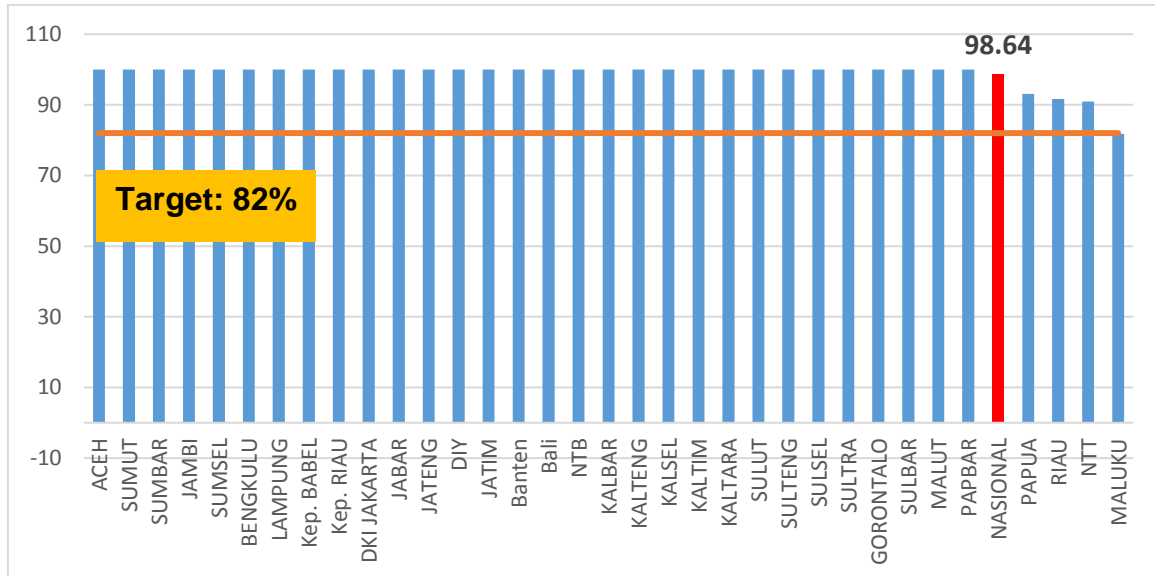
**Grafik 2. Target dan Cakupan Kinerja Persalinan di Fasilitas Kesehatan menurut Renstra 2015-2019 dengan Target Jangka Menengah**



Sumber: Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2018

Meskipun secara Nasional target Renstra Kementerian Kesehatan telah melampaui target, masih ada provinsi yang belum mencapai target kinerja tahun 2018, seperti terlihat dalam grafik berikut.

**Grafik 3. Cakupan Kabupaten/Kota Melaporkan Indikator Pelayanan Persalinan di Fasilitas Kesehatan Tahun 2018 Berdasarkan Provinsi**

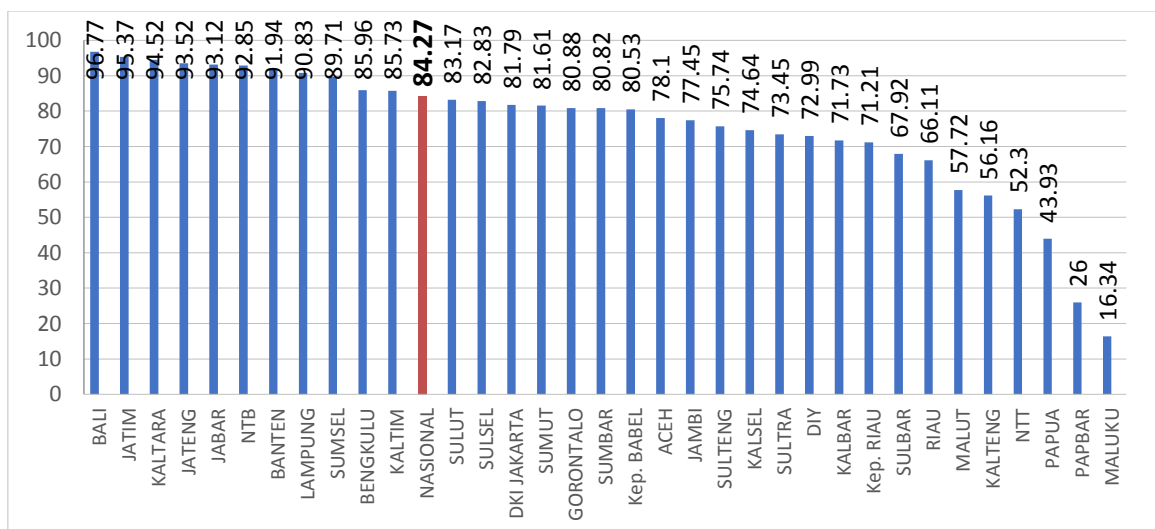


Sumber: Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2018

Berdasarkan grafik di atas dapat dilihat bahwa terdapat empat provinsi memiliki cakupan kabupaten/kota yang melaporkan indikator persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan tepat waktu di bawah cakupan Nasional, yaitu Papua, Riau, NTT, dan Maluku. Dari empat provinsi tersebut, Provinsi Maluku memiliki cakupan lebih rendah dari target tahun 2018 (81,82%).

Cakupan program persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan Riskesdas menunjukkan kecenderungan peningkatan dari tahun ke tahun. Berdasarkan data Riskesdas 2007, cakupan persalinan di fasilitas kesehatan menunjukkan angka sebesar 41,6%, tahun 2010 sebesar 56,8%, pada tahun 2013 sebesar 70,4% dan pada tahun 2018 sebesar 79,3%. Sementara berdasarkan data rutin komdat kesga, cakupan program PF tahun 2018 (cut off 16 Januari 2019) adalah 84,27% dengan rincian masing-masing provinsi sesuai dengan grafik.4.

**Grafik 4. Persentase Target dan Cakupan Program Persalinan di Fasilitas Kesehatan menurut Renstra 2015-2019 Per Provinsi**



Sumber: Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2018

Di sisi lain, meskipun secara nasional trend cakupan PF menunjukkan kecenderungan yang meningkat, masih terdapat kesenjangan capaian antar wilayah di Indonesia. Grafik di atas menggambarkan disparitas cakupan PF di 34 provinsi di Indonesia. Bila dibandingkan dengan target nasional sebesar 82%, maka masih ada 21 provinsi yang belum mencapai target yang memerlukan pendekatan khusus dalam upaya memperbaiki cakupan program.

### **Analisa Kegagalan**

Terdapat beberapa hal yang dapat menjadi faktor penghambat pencapaian kinerja indikator pelayanan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan, antara lain:

1. Kesenjangan antar provinsi dalam pelaporan cakupan, yang salah satunya disebabkan oleh kondisi geografis yang menjadi hambatan bagi kabupaten/kota dalam melaporkan cakupannya
2. Kurangnya kepatuhan tenaga kesehatan dalam melaporkan cakupan pelayanan tepat pada waktunya.

Sementara, capaian beberapa hal yang dapat menghambat pencapaian program persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan, antara lain seperti hal berikut:

1. Belum meratanya ketersediaan tenaga kesehatan terutama di daerah-daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan.
2. Perbedaan kondisi geografis, terutama di daerah-daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan yang menyebabkan sulitnya akses ke fasilitas pelayanan kesehatan.
3. Masih adanya populasi ibu hamil yang belum memiliki jaminan kesehatan, sehingga
4. Budaya di kelompok masyarakat tertentu, yang menyebabkan ibu hamil lebih memilih untuk bersalin di rumah atau di polindes.
5. Tingkat pendidikan ibu yang masih rendah dan masih rendahnya peran perempuan dalam pengambilan keputusan.
6. Masih kuatnya pengaruh budaya di tingkat masyarakat yang tidak sesuai dengan paradigma kesehatan.
7. Belum tersedia analisis kualitatif dari pelayanan persalinan dengan *outcome* kematian ibu
8. Belum samanya persepsi tentang Definisi Operasional Persalinan di Fasyankes tentang poskesdes dan polindes

### **Analisa Keberhasilan**

Keberhasilan pencapaian indikator pelayanan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan tidak terlepas dari penguatan manajemen data dan program kesehatan keluarga, yang antara lain:

1. Penguatan manajemen data kesehatan keluarga  
Untuk meningkatkan manajemen data kesehatan keluarga, dilaksanakan sosialisasi dan peningkatan kapasitas pengelola program kesehatan keluarga. Kegiatan ini dilakukan secara terintegrasi dengan berbagai kegiatan di lingkup Direktorat Kesehatan Keluarga.
2. Supervisi Fasilitatif kesehatan keluarga  
Melalui kegiatan supervisi fasilitatif kesehatan keluarga, dapat diketahui permasalahan yang terjadi di tingkat provinsi, maupun kabupaten/kota dan puskesmas dalam pelaksanaan program kesehatan keluarga, termasuk dalam hal pencatatan dan pelaporan, sehingga dapat secara langsung didiskusikan solusi untuk memecahkan masalah tersebut.

Sementara itu, untuk meningkatkan cakupan program PF dilakukan kegiatan yang akan meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi. Kegiatan yang dilakukan dalam mendukung persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan antara lain sebagai berikut:

1. Puskesmas melaksanakan kelas ibu hamil.

Kelas Ibu Hamil ini merupakan sarana untuk belajar bersama tentang kesehatan bagi ibu hamil, dalam bentuk tatap muka dalam kelompok yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu-ibu mengenai kehamilan, persalinan, nifas, KB pasca persalinan, pencegahan komplikasi, perawatan bayi baru lahir dan aktivitas fisik/senam ibu hamil.

Kelas Ibu Hamil adalah kelompok belajar ibu-ibu hamil dengan jumlah peserta maksimal 10 orang. Di kelas ini ibu-ibu hamil akan belajar bersama, berdiskusi dan tukar pengalaman tentang kesehatan Ibu dan anak (KIA) secara menyeluruh dan sistematis serta dapat dilaksanakan secara terjadwal dan berkesinambungan. Kelas ibu hamil difasilitasi oleh bidan/tenaga kesehatan dengan menggunakan paket Kelas Ibu Hamil yaitu Buku KIA, *Flip chart* (lembar balik), Pedoman Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil, dan Pegangan Fasilitator Kelas Ibu Hamil.

2. Puskesmas yang melakukan orientasi Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

Orientasi P4K menitikberatkan pada kegiatan monitoring terhadap ibu hamil dan bersalin. Pemantauan dan pengawasan yang menjadi salah satu upaya deteksi dini, menghindari risiko kesehatan pada ibu hamil dan bersalin yang dilakukan diseluruh Indonesia dalam ruang lingkup kerja Puskesmas setempat serta menyediakan akses dan pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang sekaligus merupakan kegiatan yang membangun potensi masyarakat khususnya kepedulian masyarakat untuk persiapan dan tindakan dalam menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir.

Dalam pelaksanaan P4K, bidan diharapkan berperan sebagai fasilitator dan dapat membangun komunikasi persuasif dan setara di wilayah kerjanya agar dapat terwujud kerjasama dengan ibu, keluarga dan masyarakat sehingga pada akhirnya dapat meningkatkan kepedulian masyarakat terhadap upaya peningkatan kesehatan ibu dan bayi baru lahir dengan menyadarkan masyarakat bahwa persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan akan menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir.

3. Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal minimal 4 kali (K4).

Indikator ini memperlihatkan akses pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil dan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan minimal 4 kali, sesuai dengan ketentuan waktu kunjungan. Disamping itu, indikator ini menggambarkan tingkat perlindungan ibu hamil di suatu wilayah, Melalui kegiatan ini diharapkan ibu hamil dapat dideteksi secara dini adanya masalah atau gangguan atau kelainan dalam kehamilannya dan dilakukan penanganan secara cepat dan tepat.

Pada saat ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan, tenaga kesehatan memberikan pelayanan antenatal secara lengkap (10 T) yang terdiri dari: timbang badan dan ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, nilai status gizi (ukur LiLA), ukur tinggi fundus uteri, tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin, skrining status imunisasi TT dan bila perlu pemberian imunisasi TT, pemberian tablet besi (90 tablet selama kehamilan), test lab sederhana (Golongan Darah, Hb, Glukoprotein Urin) dan skrining terhadap Hepatitis B, Sifilis, HIV, Malaria, TBC, tata laksana kasus, dan temu wicara/ konseling termasuk P4K serta KB PP.

Melalui konseling yang aktif dan efektif, diharapkan ibu hamil dapat melakukan perencanaan kehamilan dan persalinannya dengan baik serta memantapkan keputusan

ibu hamil dan keluarganya untuk melahirkan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan.

4. Dukungan regulasi pelayanan KIA dan persalinan di Fasyankes oleh Pemerintah Daerah.
5. Dukungan lintas program, lintas sektor, dan organisasi profesi dalam pelayanan KIA yang komprehensif.
6. Peningkatan akses persalinan di fasyankes baik melalui JKN, BOK maupun melalui Jampersal (Rumah Tunggu Kelahiran (RTK), transportasi rujukan dan pembiayaan persalinan).
7. Dukungan dalam pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang Kesehatan.
8. Intervensi kesehatan yang komprehensif yang dilaksanakan mulai dari masa remaja dan calon pengantin, dan terintegrasi dalam kerangka upaya penurunan stunting.

### **Alternatif solusi**

Beberapa alternatif solusi untuk meningkatkan cakupan kabupaten/kota yang melaporkan pelayanan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan, antara lain:

1. Meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan dalam manajemen data kesehatan keluarga, termasuk dalam pelaporan berjenjang.
2. Meningkatkan kesadaran Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Provinsi pentingnya data untuk analisis program kesehatan keluarga.

Beberapa upaya dilakukan untuk mengatasi hambatan dalam pencapaian cakupan persalinan di fasilitas kesehatan yang diantaranya adalah:

1. Untuk daerah-daerah dengan kondisi geografis sulit yang menyebabkan akses ke fasilitas pelayanan kesehatan menjadi kendala, Direktorat Kesehatan Keluarga menerapkan program Kemitraan Bidan dan Dukun serta Rumah Tunggu Kelahiran. Para Dukun diupayakan bermitra dengan Bidan, sehingga tidak ada lagi persalinan oleh dukun. Apabila dukun mendapat kasus ibu hamil yang akan bersalin, maka wajib dirujuk ke bidan. Selain itu, untuk mempermudah akses terhadap fasilitas kesehatan, pemerintah mendorong penyediaan Rumah Tunggu Kelahiran yang dapat dimanfaatkan oleh ibu hamil dan keluarga selama menunggu proses persalinan berlangsung sebelum ke fasilitas kesehatan.
2. Untuk meningkatkan akses ibu bersalin ke fasilitas pelayanan kesehatan, pemerintah juga melakukan penguatan pemanfaatan dana Jampersal di kabupaten/kota. Pada tahun 2017 telah di gelontorkan dana dari pusat melalui mekanisme DAK non fisik yaitu Jaminan Persalinan (Jampersal) dengan ruang lingkup kegiatan transportasi rujukan dan sewa serta operasional Rumah Tunggu Kelahiran (RTK). Pada tahun 2018, Jampersal masih tetap diberikan dengan penambahan ruang lingkup pembiayaan persalinan di fasilitas kesehatan bagi ibu bersalin miskin yang tidak mempunyai jaminan persalinan (JKN/KIS, dll).
3. Meningkatkan pengetahuan, peran, dan dukungan keluarga dan masyarakat melalui kegiatan kelas ibu hamil dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K).
4. Distribusi buku KIA dan pemanfaatannya, sebagai sarana pencatatan pelayanan kesehatan dan media kie kesehatan ibu dan anak untuk ibu dan keluarga sampai ke masyarakat.
5. Audit Maternal dan Perinatal dan Surveilans Kematian Ibu
6. Meningkatkan kerja sama lintas sektor. Salah satu contohnya adalah kerja sama dengan Kementerian Agama dalam meningkatkan pengetahuan calon pengantin tentang kesehatan reproduksi untuk mendorong calon pengantin memeriksakan kesehatannya ke fasilitas kesehatan.



7. Meningkatkan dukungan Pemda dalam pencapaian SPM Bidang Kesehatan
8. Pengembangan model Sekolah Sehat dalam UKS
9. Penguatan Promosi dan advokasi persalinan di fasyankes di setiap level pemerintahan daerah
10. Integrasi dan sinkronisasi dalam upaya pencegahan stunting dan penguatan akreditasi fasyankes.

#### **b. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronis (KEK)**

Status gizi adalah aspek penting untuk menentukan apakah seorang ibu yang sedang hamil dapat melewati masa kehamilannya dengan baik dan tanpa ada gangguan apapun. Status gizi ibu hamil haruslah normal, karena ketika ibu hamil tersebut mengalami gizi kurang atau gizi berlebih akan banyak komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan dan berdampak pada kesehatan janin yang dikandungnya. Salah satu permasalahan gizi ibu hamil adalah kekurangan energi kronik (KEK).

Kekurangan energi kronik (KEK) adalah masalah gizi yang disebabkan karena kekurangan asupan makanan dalam waktu yang cukup lama, yaitu hitungan tahun. Berdasarkan Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2016, gambaran asupan makanan ibu hamil di Indonesia masih memprihatinkan, dimana proporsi ibu hamil dengan tingkat kecukupan energi kurang dari 70% angka kecukupan energi (AKE) sekira 53,9%, yang artinya lebih dari separuh ibu hamil di Indonesia mengalami kekurangan energi. Sementara proporsi ibu hamil dengan tingkat kecukupan protein kurang dari 80% angka kecukupan protein (AKP) juga cukup tinggi, yaitu sekira 51,9%, yang berarti separuh ibu hamil di Indonesia mengalami defisit protein. Kurangnya asupan energi yang berasal dari zat gizi makro (karbohidrat, protein dan lemak) maupun zat gizi mikro terutama vitamin A, vitamin D, asam folat, zat besi, seng, kalsium dan iodium serta zat gizi mikro lain pada wanita usia subur yang berkelanjutan (remaja sampai masa kehamilan), mengakibatkan terjadinya kurang energi kronik (KEK) pada masa kehamilan, yang diawali dengan kejadian 'risiko' KEK dan ditandai oleh rendahnya cadangan energi dalam jangka waktu cukup lama yang diukur dengan lingkaran lengan atas (LiLA).

Ibu hamil dengan masalah gizi dan kesehatan berdampak terhadap kesehatan dan keselamatan ibu dan bayi serta kualitas bayi yang dilahirkan. Kondisi ibu hamil KEK berisiko menurunkan kekuatan otot yang membantu proses persalinan sehingga dapat mengakibatkan terjadinya kematian janin (keguguran), prematur, lahir cacat, bayi berat lahir rendah (BBLR) bahkan kematian bayi. Ibu hamil dengan risiko KEK dapat mengganggu tumbuh kembang janin yaitu pertumbuhan fisik (stunting), otak dan metabolisme yang menyebabkan penyakit menular di usia dewasa.

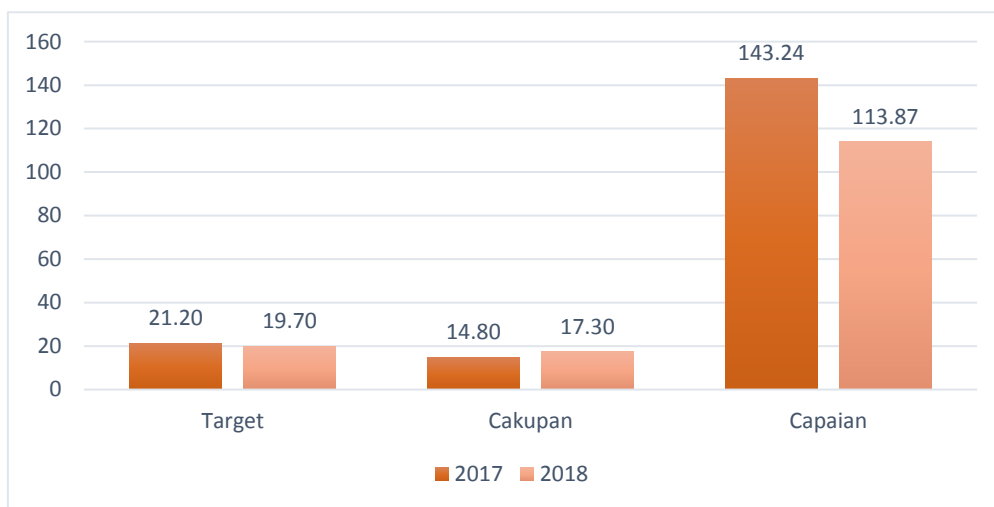
Masalah ibu hamil KEK merupakan salah satu fokus perhatian dan menjadi salah satu indikator kinerja program Kementerian Kesehatan, karena berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, prevalensi risiko KEK pada ibu hamil (15-49 tahun) masih cukup tinggi yaitu sebesar 24,2%. Prevalensi tertinggi ditemukan pada usia remaja (15-19 tahun) sebesar 38,5% dibandingkan dengan kelompok lebih tua (20-24 tahun) sebesar 30,1%. Indikator persentase ibu hamil KEK diharapkan turun sebesar 1,5% setiap tahunnya. Pada awal periode di tahun 2015, persentase ibu hamil KEK ditargetkan tidak melebihi 24,2%, dan diharapkan di akhir periode pada tahun 2019, maksimal ibu hamil dengan risiko KEK adalah sebesar 18,2%. Dasar penetapan persentase bumil KEK mengacu kepada hasil Riskesdas tahun 2013. Dengan ditetapkannya target tersebut, maka diharapkan persentase ibu hamil KEK menurun setiap tahunnya.

Dikarenakan indikator ini adalah indikator outcome, maka data hanya dapat diperoleh melalui survei yang dilakukan setiap tahun, dengan definisi operasional proporsi ibu hamil yang diukur lingkaran lengan atasnya (LiLA) menggunakan pita LiLA dengan hasil ukur kurang dari 23,5 cm terhadap jumlah ibu hamil yang diukur LiLA-nya pada periode tertentu dikali 100%. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, menunjukkan persentase ibu hamil dengan risiko KEK sebesar 17,3%, dimana angka tersebut sudah lebih rendah dibandingkan dengan target tahun 2018 yang telah ditetapkan, bahkan target akhir Renstra

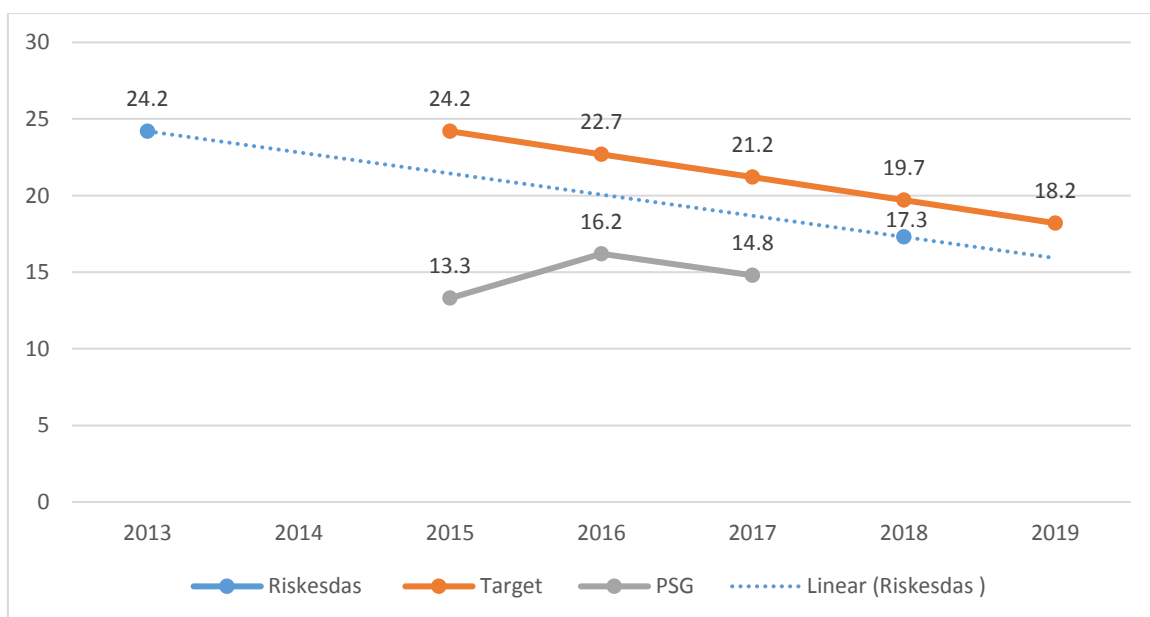
Kemenkes periode 2014-2019. Hasil ini menjadi gambaran status gizi ibu hamil yang sesuai dengan harapan.

Jika melihat grafik. 5, terlihat bahwa persentase ibu hamil KEK diperoleh dari 2 survei yang berbeda. Dikarenakan Riskesdas hanya dilakukan lima tahun sekali, maka ketersediaan data pada tahun 2015-2017 diperoleh melalui survei Pemantauan Status Gizi (PSG) yang dilakukan oleh Direktorat Gizi Masyarakat yang bekerjasama dengan Poltekkes jurusan gizi di seluruh Indonesia. Jika membandingkan capaian di tahun 2017 dan tahun 2018, terlihat peningkatan persentase ibu hamil KEK sebesar 2,5%. Persentase yang fluktuatif ini tergambar sejak awal periode tahun 2015. Akan tetapi secara keseluruhan, persentase ibu hamil KEK yang diperoleh baik melalui PSG tahun 2015-2017 maupun Riskesdas 2018, selalu lebih baik dari target yang ditetapkan setiap tahunnya.

**Grafik 5. Target, Cakupan, dan Capaian Kinerja Renstra Indikator Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK) Tahun 2017 dan 2018**



**Grafik 6. Perbandingan Persentase Ibu Hamil Kekurangan Energi Kronis (KEK) Tahun 2018 dengan Target Jangka Menengah**



Sumber data: Pemantauan Status Gizi (PSG) Tahun 2015, 2016 dan 2017

## Analisa Kegagalan

Menurut Badan Kesehatan Dunia (WHO, 2010), batas ambang masalah kesehatan masyarakat untuk ibu hamil dengan risiko KEK adalah <5%, sementara hasil Riskesdas 2018 menunjukkan angka 17,3% untuk prevalensi ibu hamil KEK, dan lebih tinggi dari tahun 2017 (14,8%). Hal ini menunjukkan bahwa Indonesia masih mempunyai masalah kesehatan masyarakat kategori sedang (10-19%) untuk masalah ibu hamil dengan risiko KEK. Beberapa hal yang dapat mempengaruhi kondisi ini adalah:

1. Lebih dari setengah jumlah ibu hamil di Indonesia masih mengalami defisit konsumsi energi. Hal ini tergambarkan dari hasil Survei Diet Total (SDT) tahun 2014, yang menunjukkan sebanyak 52,2% ibu hamil dengan tingkat kecukupan energi <70% angka yang dianjurkan. Data ini diperkuat dengan hasil PSG (2016), dimana sebanyak 53,9% ibu hamil dengan tingkat kecukupan energi <70% angka yang dianjurkan.
2. Kegiatan pemberian makanan tambahan (MT) bagi ibu hamil KEK yang belum mencapai target di tahun 2018, yaitu sebesar 68,9% dari target 80%. (Laporan rutin Dit. Gizi Masyarakat per 25 Januari 2019)

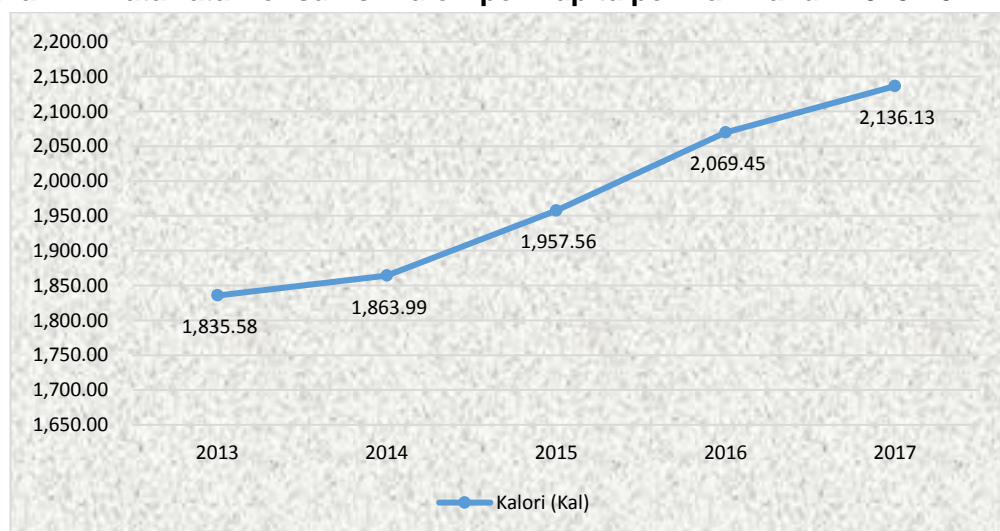
## Analisa Keberhasilan

Sementara itu, secara program kegiatan, keberhasilan pemerintah sehingga persentase ibu hamil KEK selalu di bawah target yang ditetapkan, dapat didukung melalui:

### 1) Rata-rata Konsumsi Kalori dan Protein per Kapita per Hari

Berdasarkan hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS), rata-rata konsumsi kalori dan protein per kapita per hari menunjukkan peningkatan setiap tahunnya. Pada tahun 2013, konsumsi kalori per kapita per hari sebesar 1.835,58 Kal, meningkat menjadi 2.136,13 Kal pada tahun 2017.

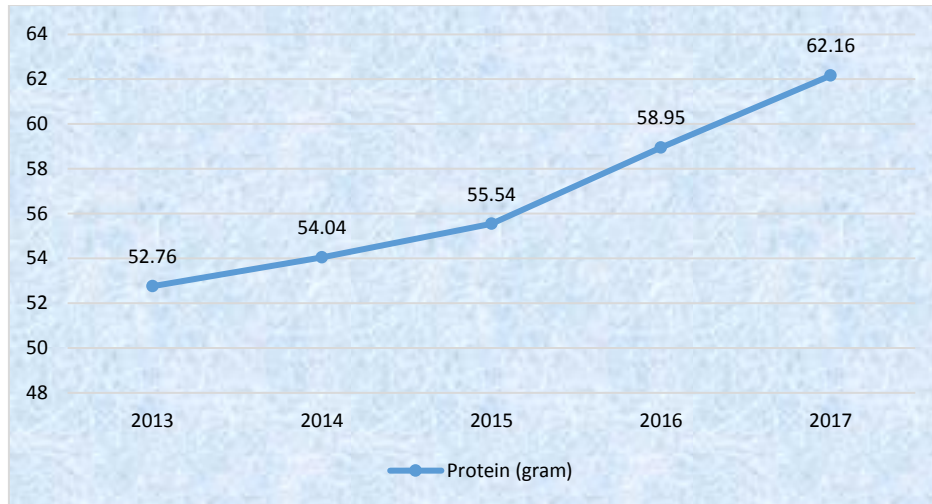
**Grafik 7. Rata-rata Konsumsi Kalori per Kapita per Hari Tahun 2013-2017**



Sumber data: Badan Pusat Statistik (BPS)

Begitupun konsumsi protein per kapita per hari, tahun 2013 sebesar 52,76 gram, dan meningkat di tahun 2017 menjadi 62,16 gram.

**Grafik 8. Rata-rata Konsumsi Protein per Kapita per Hari Tahun 2013-2017**



Sumber data: Badan Pusat Statistik (BPS)

Unicef (1998) mengungkapkan bahwa status gizi seseorang dipengaruhi langsung oleh asupan makanan dan penyakit infeksi. Fakta bahwa konsumsi kalori dan protein per kapita per hari meningkat sejak tahun 2013, secara langsung berpengaruh juga kepada status gizi masyarakat termasuk ibu hamil.

Peningkatan konsumsi kalori dan protein per kapita per hari masyarakat Indonesia, didukung juga dengan meningkatnya rata-rata pengeluaran per kapita sebulan untuk kelompok barang makanan. Pada tahun 2013, pengeluaran untuk kelompok barang makanan sebesar 48,9% per bulan, dan meningkat menjadi 50,8% per bulan di tahun 2017 (BPS, 2018).

## 2) Kegiatan kelas ibu hamil

Kelas Ibu Hamil ini merupakan sarana untuk belajar bersama tentang kesehatan bagi ibu hamil, dalam bentuk tatap muka dalam kelompok. Melalui kelas ibu hamil diharapkan terjadi peningkatan pengetahuan, perubahan sikap dan perilaku ibu dalam hal kehamilan. Dalam kegiatan ini pengetahuan tentang gizi dan konseling dapat diberikan untuk ibu hamil terutama ibu hamil yang berisiko.

Data laporan rutin Direktorat Kesehatan Keluarga menunjukkan, puskesmas yang menyelenggarakan kelas ibu hamil meningkat setiap tahunnya. Pada tahun 2017, sebesar 92,98% puskesmas sudah melaksanakan kelas ibu hamil dan meningkat menjadi 95,03% di tahun 2018. Sehingga dapat diasumsikan bahwa semakin banyak ibu hamil yang meningkatkan pengetahuannya. (Laporan rutin Dit. Kesga per tanggal 25 Januari 2019)

## 3) Penyelenggaraan kegiatan pelayanan antenatal di puskesmas (ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal minimal 4 kali)

Kegiatan ini merupakan akses pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil dan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan minimal 4 kali, sesuai dengan ketentuan waktu kunjungan. Melalui kegiatan ini diharapkan ibu hamil dapat dideteksi secara dini adanya masalah, gangguan atau kelainan dalam kehamilannya, dan dilakukan penanganan secara cepat dan tepat.

Pada saat ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan, tenaga kesehatan memberikan pelayanan antenatal secara lengkap, salah satunya adalah nilai status gizi dengan cara mengukur LiLA. Pada tahun 2017, sebanyak 86,35% sudah mendapatkan pelayanan

antenatal minimal 4 kali selama masa kehamilannya, dan meningkat menjadi 87,05% di tahun 2018. (Laporan rutin Dlt. Kesga per tanggal 25 Januari 2019)

#### **4) Gerakan Pekerja Perempuan Sehat Produktif (GP2SP)**

GP2SP merupakan upaya pemerintah, masyarakat maupun pengusaha untuk menggalang dan berperan serta, guna meningkatkan kepedulian dalam upaya memperbaiki kesehatan dan status gizi pekerja perempuan, sehingga dapat meningkatkan produktivitas kerja dan meningkatkan kualitas generasi penerus. Kegiatan utama GP2SP diantaranya adalah perusahaan menyediakan ruang ASI, mengadakan kelas ibu hamil, cek kesehatan secara berkala dan memperhatikan gizi pekerja hamil dan menyusui di tempat kerja. Pada tahun 2018, dari 3.041 perusahaan dengan pekerja perempuan lebih dari 100 orang, sudah sekitar 448 (14,7%), naik sekitar 2% dari tahun sebelumnya, perusahaan yang sudah melaksanakan GP2SP.

#### **Alternatif Solusi**

Dalam mengatasi hambatan pencapaian kinerja, Ditjen Kesehatan Masyarakat pada tahun 2019 akan melakukan:

1. Konseling ibu tentang gizi seimbang bagi ibu hamil yang terintegrasi di kelas ibu.
2. Penyuluhan tentang MT untuk ibu hamil KEK, dengan memanfaatkan pangan lokal, sehingga tidak bergantung kepada pangan jadi atau pangan pabrikan.
3. Pendidikan gizi seimbang dan konsumsi tablet tambah darah bagi remaja puteri, dalam rangka meningkatkan status kesehatan remaja putri yang merupakan calon ibu.

#### **c. Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan**

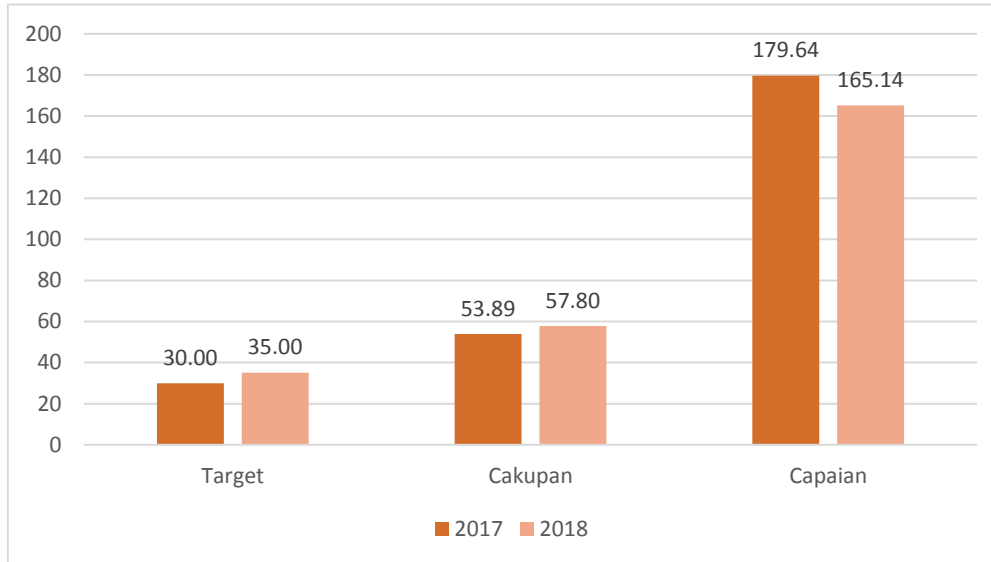
Pada Tahun 2018, Direktorat Kesehatan Lingkungan memiliki delapan indikator yang tercatat pada Rencana Kerja Pemerintah. Namun yang tercantum dalam Renstra 2015-2019 hanya tujuh indikator. Satu diantara ketujuh indikator tersebut merupakan Indikator Kinerja Utama (IKU) yaitu Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan yang dihasilkan dari perhitungan ke-enam indikator kinerja dengan kriteria minimal memenuhi 4 dari 6 indikator yaitu:

1. Memiliki Desa/kel melaksanakan STBM minimal 20%
2. Menyelenggarakan kab/kota sehat
3. Melakukan pengawasan kualitas air minum minimal 30%
4. TPM memenuhi syarat kesehatan minimal 8 %
5. TTU memenuhi syarat kesehatan minimal 30%
6. RS melaksanakan pengelolaan limbah medis minimal 10%

Kabupaten/Kota dinyatakan memenuhi kualitas kesehatan lingkungan jika memenuhi minimal 4 kriteria dari 6 kriteria tersebut diatas. Justifikasi penetapan kriteria tersebut berdasarkan analisa data realisasi indikator pada tahun 2013 yang dilakukan di tahun 2014. Berdasarkan data pada tahun tersebut, hanya terdapat 2 kab/kota saja yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan jika ditetapkan keenam kriteria. Kemudian dilakukan analisis kembali untuk mendapatkan jumlah kab/kota yang lebih besar yang dapat memenuhi kriteria yang ditetapkan. Jika ditetapkan 2 kriteria maka terdapat 130 kab/kota yang memenuhi kriteria. Sedangkan jika ditetapkan 3 kriteria maka terdapat 119 kab/kota yang dapat memenuhi kriteria. Penetapan 2 dan 3 kriteria diasumsikan belum memenuhi seluruh aspek kesehatan lingkungan. Sehingga kemudian dilakukan

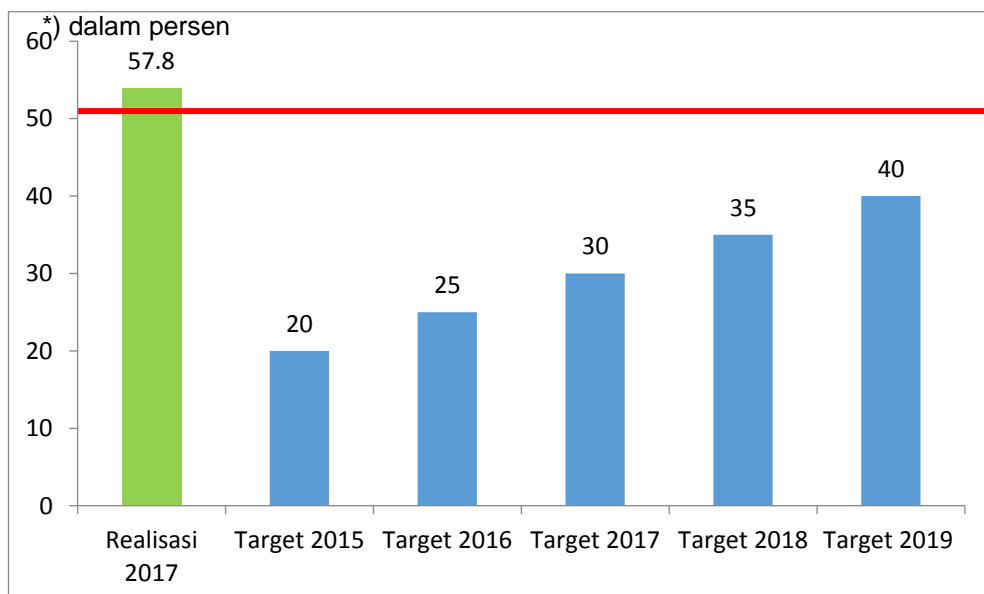
perhitungan 4 kriteria maka terdapat 76 kabupaten/kota yang memenuhi kriteria dan dianggap sesuai untuk dijadikan data dasar untuk tahun 2015.

**Grafik 9. Target, Cakupan dan Capaian Kinerja Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2017 dan 2018**



Cakupan indikator persentase kab/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan pada tahun 2017 sebesar 53,89% (277 kab/kota dari 514 kab/kota) memiliki target 30% (154 kab/kota dari 514 kab/kota) sehingga capaian kinerjanya sebesar 179,64%. Pada Tahun 2018, target indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan sebesar 35 % (180 kab/ kota dari 514 kab/ kota). Sedangkan realisasi indikator tersebut sebesar 57.8 % (297 kab/ kota). Itu berarti realisasi indikator tersebut sudah mencapai target indikator dengan capaian kinerja sebesar 165.14 %.

**Grafik 10. Realisasi Th 2018 dan Target Jangka Menengah Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan**

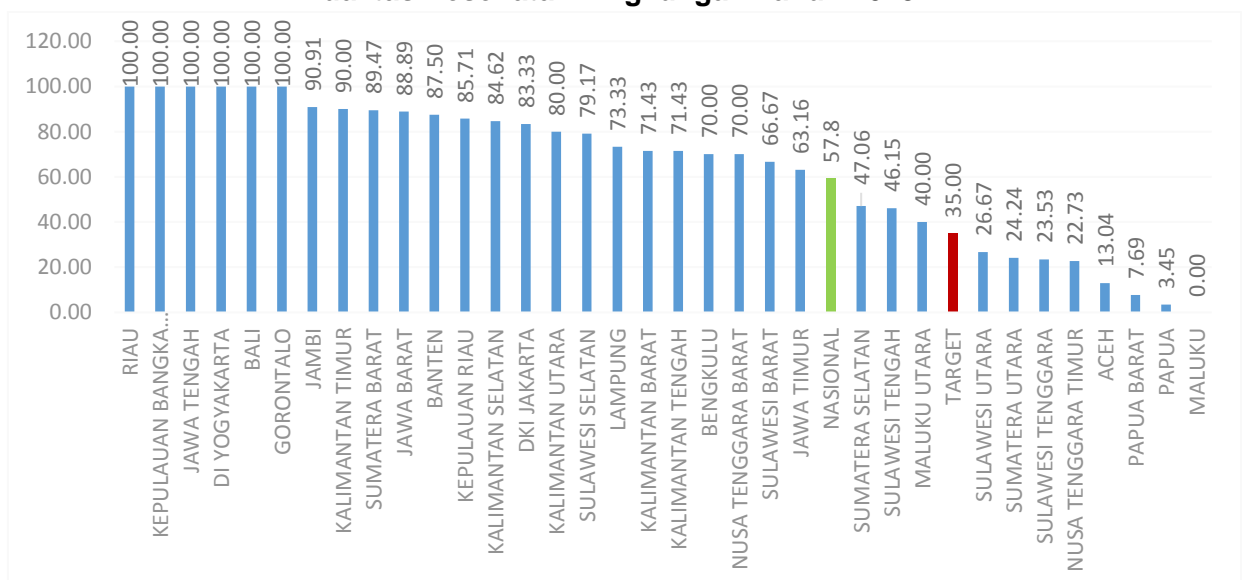


Jika menyandingkan realisasi 2018 dengan target jangka menengah 2015-2019 maka diketahui bahwa realisasi 2018 sudah melewati target 2015-2019.

**Tabel 3. Realisasi Per Propinsi Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan tahun 2018**

NO	LOKASI/ KAB/ KOTA	JML KAB/KOTA (VERSI PUSDATIN/	JUMLAH KAB/	%
1	ACEH	23	2	8.70
2	SUMATERA UTARA	33	10	30.30
3	SUMATERA BARAT	19	17	89.47
4	RIAU	12	12	100.00
5	JAMBI	11	11	100.00
6	SUMATERA SELATAN	17	6	35.29
7	BENGKULU	10	7	70.00
8	LAMPUNG	15	11	73.33
9	KEPULAUAN BANGKA BELITUNG	7	7	100.00
10	KEPULAUAN RIAU	7	6	85.71
11	DKI JAKARTA	6	5	83.33
12	JAWA BARAT	27	23	85.19
13	JAWA TENGAH	35	34	97.14
14	DI YOGYAKARTA	5	5	100.00
15	JAWA TIMUR	38	24	63.16
16	BANTEN	8	8	100.00
17	BALI	9	8	88.89
18	NU SA TENGGARA BARAT	10	9	90.00
19	NU SA TENGGARA TIMUR	22	3	13.64
20	KALIMANTAN BARAT	14	10	71.43
21	KALIMANTAN TENGAH	14	8	57.14
22	KALIMANTAN SELATAN	13	12	92.31
23	KALIMANTAN TIMUR	10	8	80.00
24	KALIMANTAN UTARA	5	4	80.00
25	SULAWESI UTARA	15	3	20.00
26	SULAWESI TENGAH	13	6	46.15
27	SULAWESI SELATAN	24	21	87.50
28	SULAWESI TENGGARA	17	3	17.65
29	GORONTALO	6	6	100.00
30	SULAWESI BARAT	6	3	50.00
31	MALUKU	11	0	0.00
32	MALUKU UTARA	10	3	30.00
33	PAPUA BARAT	13	1	7.69
34	PAPUA	29	1	3.45

**Grafik 11. Realisasi Per Propinsi Indikator Persentase Kabupaten/Kotayang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2018**

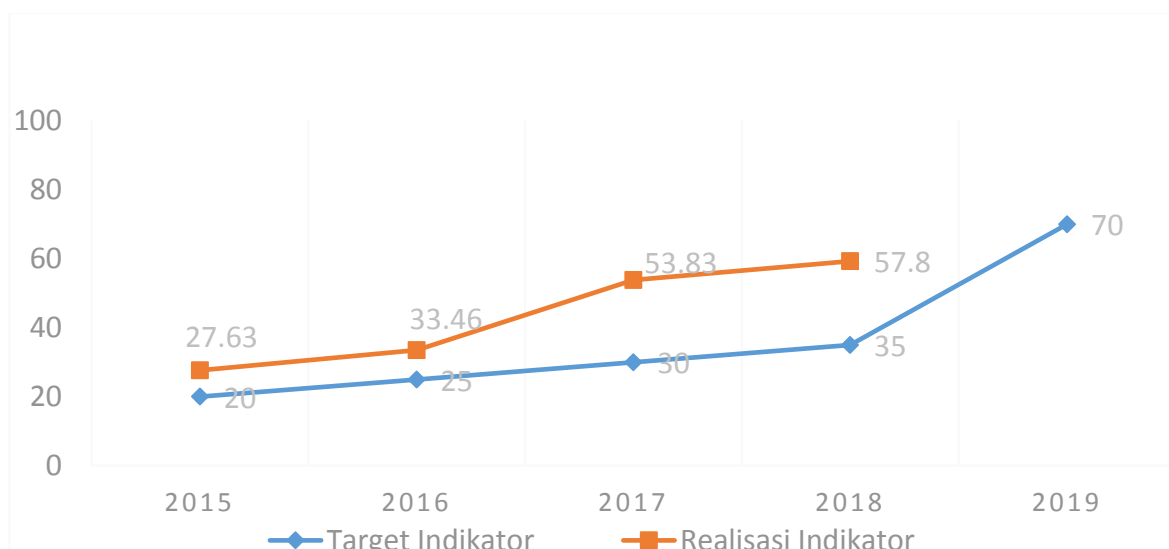


Pada tahun 2018, dari 514 kab/kota terdapat 297 kab/kota telah memenuhi kualitas kesling. Terdapat 17 propinsi (50%) yang berada di zona hijau (76-100% kab/kota di propinsi tersebut memenuhi kualitas kesling) yaitu Sumatera Barat, Riau, Jambi, Kep. Bangka Belitung, Kep. Riau, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Banten, Bali, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Kalimantan Utara, Sulawesi Selatan, Gorontalo). Terdapat 5 propinsi (14.70%) berada di zona kuning (51-75% kab/kota di propinsi tersebut memenuhi kualitas kesling) yaitu Bengkulu, Lampung, Jawa Timur, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah. 5 propinsi (14.70 %) berada di zona oranye (26-50 % kab/kota di propinsi tersebut memenuhi kualitas kesling) yaitu Sulawesi Barat, Sulawesi Utara, Maluku Utara, Sulawesi Tengah, Sumatera Selatan); dan terakhir 7 propinsi (20.58 %) masih berada di zona merah (0-25 % kab/kota di propinsi tersebut memenuhi kualitas kesling) yaitu Aceh, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Utara, Sulawesi Tenggara, Maluku, Papua Barat, Papua. Sumber data diperoleh dari Dashboard Kesling ([kesling.kemas.kemkes.go.id](http://kesling.kemas.kemkes.go.id)) Berbagai instrument pelaporan indikator baik secara manual maupun elektronik (online).

**Gambar 2. Peta Realisasi Per Propinsi Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2018**



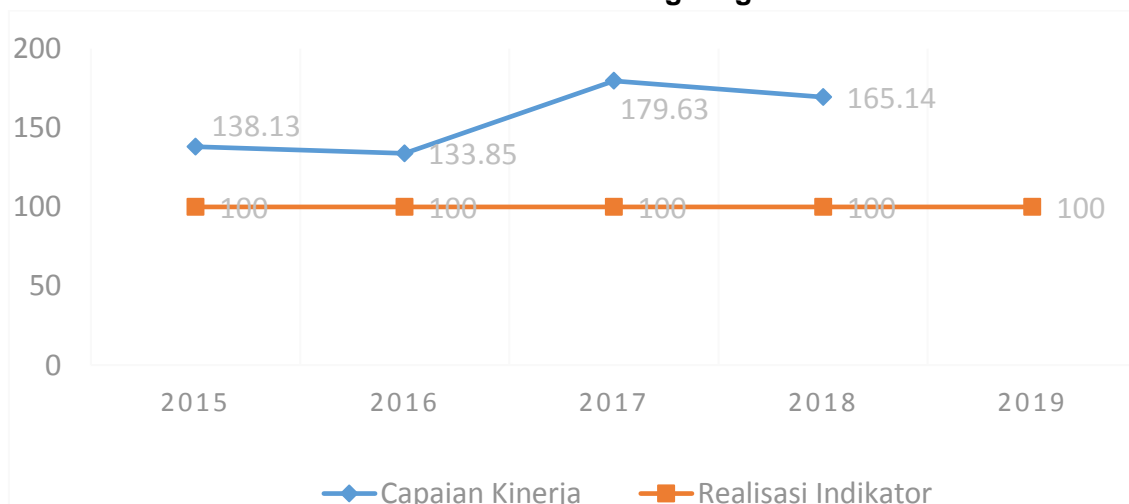
**Grafik 12. Target dan Realisasi Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2015-2018**





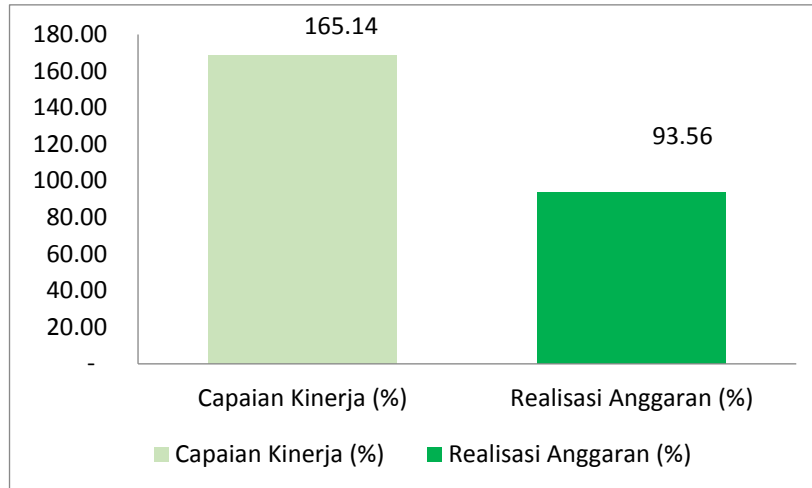
Pada tahun 2018, target indikator Persentase Kab/Kota yang memenuhi kualitas lingkungan sebesar 35 % dan realisasi indikator tersebut sebesar 57.8 %. Itu berarti pada tahun 2018, realisasi indikator tersebut telah mencapai target indikator yang ditetapkan. Tahun 2017 target indikator tersebut sebesar 30% dan realisasinya sebesar 53.89%, hal ini menunjukkan realisasi telah mencapai target yang ditentukan. Tahun 2016 target indikator tersebut sebesar 25 % dan realisasinya sebesar 33,46 %, hal ini menunjukkan bahwa realisasi telah mencapai target yang ditentukan. Pada tahun 2015, target indikator tersebut sebesar 20 % dan realisasinya sebesar 27.63 %. Itu berarti pada tahun 2015, realisasi indikator tersebut juga telah mencapai target indikator yang ditetapkan. Jadi dapat disimpulkan bahwa trend realisasi indikator tersebut senantiasa mencapai target indikator setiap tahunnya.

**Grafik 13. Target dan Capaian Kinerja Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2015-2018**



Pada tahun 2018, capaian kinerja indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan sebesar 165.14 %. Pada Tahun 2017, capaian kinerja indikator tersebut sebesar 179.63 %. Pada tahun 2016, capaian kinerja indikator tersebut sebesar 133.85 %. Pada tahun 2015, capaian kinerja indikator tersebut sebesar 138.1 %. Jadi dapat disimpulkan bahwa trend capaian kinerja indikator tersebut di atas 100 % setiap tahunnya. Itu berarti setiap tahunnya capaian kinerja sudah mencapai target capaian kinerjanya yang adalah 100 %.

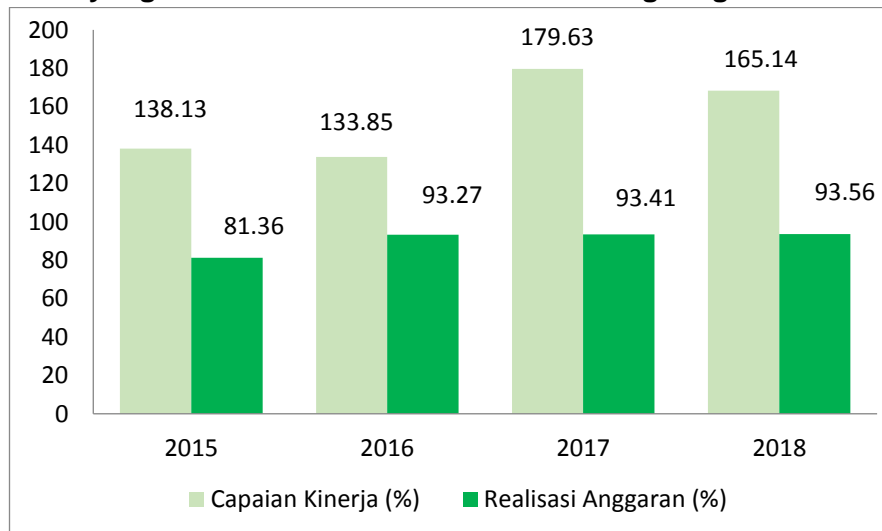
**Grafik 14. Penyandingan Capaian Kinerja dan Realisasi Anggaran Indikator Persentase Kab/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Th 2018**



Pada tahun 2018, anggaran yang dialokasikan untuk pelaksanaan indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan sebesar Rp 201.288.176.000,- dan realisasi anggaran untuk pelaksanaan indikator tersebut sebesar 93,56% atau Rp 188.319.487.446,-. Target indikator yang ditetapkan sebesar 35 % dan realisasi indikator tersebut sebesar 57,8% sehingga capaian kinerja yang diperoleh sebesar 168,28%. Itu berarti terwujud efisiensi anggaran karena capaian kinerja sebesar 168,28% dapat terwujud dengan 93,56 % anggaran.

Realisasi keseluruhan hingga akhir dan realisasi indikator kab kota yang memenuhi kualitas kesling.

**Grafik 15. Penyandingan Capaian Kinerja dan Realisasi Anggaran Indikator Persentase Kab/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Th 2015-2018**



Pada tahun 2018, capaian kinerja indikator indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan sebesar 165.14% dan realisasi anggarannya sebesar 93,56%. Jika dilihat dari kondisi tahun-tahun sebelumnya terjadi kondisi yang sama dengan tahun 2018 yakni capaian kinerja lebih besar daripada realisasi anggaran. Hal ini berarti pada Tahun 2018 terjadi efisiensi anggaran sama seperti tahun sebelumnya.

## Analisis Keberhasilan

Analisis penyebab/ program/ kegiatan yang menunjang keberhasilan antara lain :

### 1. Sumber Daya Manusia

Peningkatan kapasitas sumber daya manusia (petugas dan masyarakat) baik di pusat maupun dekonsentrasi melalui kegiatan (a) Orientasi STBM stunting kepada TNI, PKK, MUI/Tokoh Agama, Pramuka dan Camat dan Kepala Puskesmas Sanitarian dan Petugas Gizi; (b) Sosialisasi Lima Pilar STBM ke Masyarakat di 7 lokasi percontohan; (c) Penyebarluasan informasi STBM melalui Pembuatan Video Lima Pilar STBM; (d) Pertemuan akselerasi pencapaian akses air minum dan sanitasi (Universal Akses 2019) di tiga regional; (e) Orientasi teknis petugas dalam pengawasan kualitas kesling dan Workshop Penyehatan Air, (f) Orientasi Penanggung Jawab dan Penjamah Makanan dalam Rangka Asian Games dan Orientasi Penjamah Pangan Kantin Kementerian dan Perguruan Tinggi, (g) Orientasi Pra Kedaruratan Kesehatan Lingkungan, (h) Orientasi investigasi KLB Penyakit bawaan pangan; (i) Orientasi pengawas internal (seluruh pelaku masyarakat sekolah SD,SMP /sederajat); (j) Orientasi PHAST Pasar, praktek implementasi pasar sehat di 150 lokasi pasar (k) Orientasi Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit.

### 2. Pembiayaan

Dalam rangka memenuhi kebutuhan kegiatan Kesehatan Lingkungan pembiayaan berasal dari berbagai sumber. Pembiayaan pusat sebesar Rp. 201.288.176.000 kemudian dana dekonsentrasi berupa Rp. 40.141.269.000 untuk kegiatan peningkatan kapasitas dan Pengembangan jejaring/koordinasi lintas program/lintas sektor dalam bentuk pertemuan antar stakeholder terkait untuk menyamakan persepsi dalam mewujudkan dan mendukung pelaksanaan kegiatan penyehatan lingkungan. Selain itu, dialokasikan Dana Alokasi Khusus Fisik dan Non Fisik untuk mendukung pelaksanaan kegiatan penyehatan lingkungan ditingkat puskesmas dan kabupaten.

### 3. Sistem dan Metode

Pengembangan Sistem dan Metode dilakukan melalui Penyusunan Norma Standar Prosedur dan Ketentuan dan Pengembangan Monitoring dan Evaluasi berbasis internet. Untuk penyusunan Norma Standar Prosedur dan Ketentuan berupa (a) Petunjuk Teknis Pengawasan Kualitas Air Minum dan Uji Coba Panduan Teknis Tata Cara PKAM, (b) Penyusunan petunjuk teknis KLB Keracunan Pangan dan Pedoman Kantin Sehat, (c) Review Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 519 tentang Penyelenggaraan Pasar Sehat (d) Penyusunan pedoman RPM Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah (e) Review Kepmenkes 1204 tentang Persyaratan Kesling RS (f) Draft Kurikulum Pengelolaan Limbah Medis (g) Juknis Pengendalian Dampak Kesehatan Lingkungan akibat Penggunaan Merkuri pada Pertambangan Emas Skala Kecil dalam Metode Partisipatori (h) Kurikulum Modul Pelatihan Adaptasi Perubahan Iklim Bidang Kesehatan bagi Tenaga Kesehatan di Wilayah Kerjanya.

Sebagian besar Sistem Monitoring dan Evaluasi Indikator Kesehatan Lingkungan telah berjalan dengan baik. Indikator seperti desa yang melaksanakan STBM, persentase TPM yang memenuhi syarat kesehatan dan Jumlah RS yang melakukan Pengelolaan Limbah Medis telah memiliki perangkat pendukung yang memungkinkan sanitarian ditingkat Puskesmas dapat mengisi data dengan baik dan petugas Kesling Kabupaten juga telah memiliki kapasitas yang mumpuni menjalankan sistem tersebut. Selain itu, sistem monitoring tersebut telah terintegrasi dengan baik kedalam sistem monitoring kesling yang dapat di akses pada laman situs kesling.kesmas.go.id sehingga dapat dengan mudah diakses pihak terkait yang dapat langsung ditindaklanjuti apabila terjadi

permasalahan terhadap capaian indikator. Realisasi Anggaran ditingkat pusat dan provinsi (dekonsentrasi) dapat terpantau melalui aplikasi OMSPAN (Online Monitoring Sistem Perbendaharaan dan Anggaran) dan secara berkala dilakukan evaluasi dan tindak lanjut untuk percepatan realisasi anggaran.

#### 4. Sarana dan Prasarana

Percepatan program STBM melalui program Pamsimas di 365 Kabupaten dan Percepatan pencapaian akses sanitasi melalui Peningkatan Sarana Kesling di 250 desa lokus *Stunting* beserta Cetakan Jamban sebanyak 1.136 unit. Kemudian dialokasikan juga peralatan Sanitarian Kit sebanyak 842 unit, Kit Kesling Kab/Kota sebanyak 123 unit, Alat Pembersih Pasar sebanyak 150 unit dan Kit partisipatori Kesling sebanyak 1.028 unit.

### **Analisis Kegagalan**

Namun demikian upaya-upaya tersebut belum sepenuhnya maksimal dan masih terdapat beberapa kendala seperti :

#### 1. Sumber Daya Manusia

Meskipun peningkatan kapasitas petugas kesling dan kader (masyarakat) telah dilakukan secara masif dan terstruktur. Orientasi dilakukan pada dari tingkat pusat, provinsi dan kabupaten yang melibatkan *stake holder* terkait. Namun kuantitas dan kualitas petugas kesehatan lingkungan dalam melaksanakan pembinaan dan pengawasan terkait kesling masih kurang hal ini serta mutasi petugas yang terjadi di daerah.

#### 2. Pembiayaan

Meskipun sumber pembiayaan (pusat dan dekonsentrasi) Kegiatan Kesehatan Lingkungan telah mencukupi untuk mencapai target. Lebih dari itu, apabila dibandingkan dengan tahun sebelumnya maka terjadi peningkatan sebesar 33,62% yaitu Rp. 180.680.174.000 di tahun 2017 menjadi Rp. 241.429.445.000 di tahun 2018. Namun realisasi anggaran menurun dari 98,41% di Tahun 2017 menjadi 93,56% di Tahun 2018.

#### 3. Sistem dan Metode

Meskipun sebagian besar Sistem Monitoring dan Evaluasi Indikator Kesehatan Lingkungan telah berjalan dengan baik. Namun terdapat indikator yang masih menggunakan metode manual seperti Pengawasan Pasar dan Tempat-Tempat Umum, Pasar Sehat dan Kabupaten Kota Sehat yang memenuhi Syarat sehingga monitoringnya tidak secepat indikator lainnya. Selain itu, lemahnya jaringan internet di beberapa wilayah di Indonesia juga menyebabkan salah satu kendala.

#### 4. Sarana dan Prasarana

Peralatan yang diperlukan dalam pengawasan kesehatan lingkungan seperti Kit Kesling Kab/Kota, Sanitarian Kit dan Cetakan jamban telah dialokasikan ke daerah melalui anggaran pusat dan DAK. Namun, jumlah yang terdistribusi belum optimal. Cetakan Jamban yang telah terdistribusi sebesar 3.428 buah masih terdapat 6.577 yang belum memiliki Cetakan Jamban telah terdistribusi sebesar 2.192 unit dan 7.633 puskesmas yang belum memiliki Sanitarian Kit. Sementara itu, distribusi Kit Kesling Kab/Kota telah mencapai 139 unit dan masih ada 379 kab/kota yang belum memilikinya. Kemungkinan penggunaan dana DAK dalam memenuhi kebutuhan peralatan kesehatan lingkungan belum optimal. Selain itu alokasi Alat Pembersih Pasar sebanyak 150 unit belum memenuhi seluruh pasar yang telah dilakukan perbaikan oleh Kemendag sebagai basis

data Pasar Sehat. Kemudian Kit partisipatori Kesling sebanyak 1.028 unit juga tidak mampu memenuhi kebutuhan seluruh puskesmas yang ada di Indonesia.

### **Alternatif Solusi**

Alternatif solusi yang dilakukan meliputi :

- Memaksimalkan pembinaan penyelenggaraan kesehatan lingkungan secara terintegrasi dan terfokus pada daerah sasaran yang aktif kepada seluruh pengelola kesehatan lingkungan di daerah dalam percepatan pencapaian target indikator kesehatan lingkungan.
- Memaksimalkan komunikasi aktif baik melalui media elektronik maupun surat menyurat kepada seluruh pimpinan daerah dalam rangka implementasi serta monitoring evaluasi data dan pelaporan tepat waktu.
- Memaksimalkan advokasi kepada pejabat daerah agar diperoleh dukungan terhadap pelaksanaan kegiatan kesling khususnya dalam hal pendanaan penyelenggaraan kesehatan lingkungan. Selain itu, agar diperoleh dukungan operasional berupa penyediaan jaringan internet yang lebih stabil. Diperlukan juga penyediaan fasilitas input offline pada aplikasi elektronik oleh Pusat, jika terjadi penurunan koneksi jaringan internet di daerah.
- Pelaksanakan orientasi kesehatan lingkungan secara terintegrasi kepada seluruh pengelola kesehatan lingkungan (sanitarian) tingkat Puskesmas dan Kabupaten/Kota untuk penyelenggaraan kesehatan lingkungan yang terstandar dan pelaporan tepat waktu melalui sistem monitoring elektronik.
- Melanjutkan pemberian sarana dan prasarana pengawasan kesehatan lingkungan sampai tingkat Puskesmas yang menjadi sasaran prioritas Kementerian Kesehatan (sasaran lokus Puskesmas untuk program Keluarga Sehat) dan pada puskesmas yang tersedia tenaga sanitarian aktif.
- Melanjutkan pendampingan dana dekon dan DAK yang optimal untuk percepatan capaian kesehatan lingkungan secara menyeluruh.
- Memperluas sosialisasi 5 pilar STBM kepada masyarakat di seluruh kab/kota.
- Melanjutkan kemitraan dengan Pramuka, PKK, TNI dan Tokoh Agama/Majelis Ulama Indonesia dalam pelaksanaan kegiatan kesling sampai dengan basis keluarga.
- Melanjutkan pelaksanaan berbagai penilaian untuk mendukung pelaksanaan kesling seperti penilaian kab/kota sehat, lingkungan bersih sehat, kantor sehat, sekolah sehat, kantin sehat, pelabuhan/bandara sehat, toilet sehat dll.

### **Kegiatan pendukung lainnya**

1. Dalam rangka mendukung keberhasilan pencapaian IKU ditjen kesmas telah dilakukan kegiatan koordinasi lintas program dan lintas sektor yang terintegrasi dalam dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya.
2. Dukungan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dalam rangka pencapaian Indikator Kinerja Utama Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat diantaranya adalah :
  - Sosialisasi Germas  
Kegiatan sosialisasi ini dilaksanakan di 140 Kabupaten/Kota lokus stunting dan germas. Kegiatan ini dilakukan sebagai upaya untuk mensosialisasikan Germas dan tema-tema kesehatan masyarakat.

- **Penyebarluasan Informasi kesehatan**  
Kegiatan ini merupakan kegiatan Komunikasi Informasi dan Edukasi masyarakat dengan menggunakan berbagai macam kanal komunikasi yang ada. Output dari kegiatan ini adalah peningkatan kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat serta tema-tema kesehatan masyarakat
- **Kemitraan dengan Dunia Usaha**  
Dunia usaha dan swasta juga memiliki kewajiban untuk turut serta dalam pembangunan kesehatan. Melihat peluang besar dukungan yang dapat dioptimalkan melalui peran serta dunia usaha melalui program Corporate Social Responsibility (CSR)-nya, Pada Tahun 2018 telah terjalin kerja sama dengan beberapa dunia usaha antara lain :
  - a. PT. Mandiri
  - b. PT. Pertamina Bina Medika
  - c. PT. Merck Sharp Dohme Pharma Tbk
  - d. PT. XL Axiata
  - e. PT. Fonterra Brands
  - f. PT. Novo Nordisk
  - g. PT. Johnson and Johnson
  - h. PT. Media Televisi Indonesia (Metro TV)
  - i. PT. Gorry Gourmet Indonesia
  - j. PT. Darya Varia Laboratoria
  - k. PT. Amerta Indah Otsuka
- **Kemitraan dengan Organisasi Kemasyarakatan**  
Organisasi kemasyarakatan merupakan kelompok potensial untuk meningkatkan perilaku sehat masyarakat karena mereka memiliki sumberdaya dan jaringan kerja dan keanggotaan hingga ke grassroot. Pada Tahun 2018 telah terjalin kerja sama dengan beberapa organisasi kemasyarakatan antara lain :
  - a. Pergerakan Wanita Nasional Indonesia (PERWANAS)
  - b. Persekutuan Gereja-Gereja Indonesia (PGI)
  - c. Aliansi Pita Putih Indonesia (APPI)
  - d. AL-HIDAYAH
  - e. Dewan Masjid Indonesia (DMI)
  - f. Jannur
  - g. Parisada Hindu Dharma Indonesia (PHDI)
  - h. Persekutuan Pelayanan Kristen untuk Kesehatan di Indonesia (Pelkesi)
  - i. Persatuan Karya Dharma Kesehatan Indonesia (PERDHAKI)
  - j. Muhammadiyah
  - k. Muslimat NU
  - l. PP Fatayat NU

## **B. Realisasi Anggaran**

Anggaran yang awalnya diperjanjikan pada Program Kesehatan Masyarakat di Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat sebesar **Rp. 2.102.710.381.000,-**. Namun dalam perjalanannya (di tahun anggaran yang sama) mengalami beberapa penyesuaian, antara lain:

1. Revisi pergeseran anggaran antar keluaran dalam satu program yang sama pada Direktorat gizi masyarakat yang diperuntukan untuk pemberian makanan tambahan lokal bagi ibu hamil dan balita sebesar Rp. 10.000.000.000, berdasarkan surat Dirjen

Kesehatan Masyarakat Nomor PR.02.03/I/758/2018 ttg usulan revisi anggaran dit gizi masyarakat TA.2018, dan Revisi administrasi berupa pembukaan blokir pada dit Promosi kesehatan sebesar Rp. 30.000.000.000 berdasarkan surat Dirjen Kesehatan Masyarakat Nomor PR.02.03/I/370/2018 tentang usulan revisi anggaran Dit. Promosi Kesehatan dan PM TA. 2018, yang diperuntukan terkait dengan percepatan penurunan stunting melalui penyediaan dan penyebaran media stunting dan isi piringku serta tempat makan isi piringku ditambah chasing.

2. Revisi penambahan penerimaan hibah langsung TA 2018

**Tabel 4. Revisi Penambahan Penerimaan Hibah Langsung dan PNPB TA. 2018**

NO	SATUAN KERJA	SEMULA	PENAMBAHAN HLN	MENJADI
1	DIREKTORAT KESEHATAN KELUARGA	131.939.979.000	9.950.626.000	141.890.605.000
2	DIREKTORAT KESEHATAN LINGKUNGAN	200.547.971.000	740.205.000	201.288.176.000
3	DIREKTORAT KESEHATAN KERJA DAN OLAH RAGA	38.040.547.000	-	38.040.547.000
4	DIREKTORAT GIZI MASYARAKAT	919.940.183.000	1.344.407.000	921.284.590.000
5	DIREKTORAT PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT	158.843.75.000	-	158.843.75.000
6	SEKRETARIAT DITJEN KESEHATAN MASYARAKAT	113.197.310.000	-	113.197.310.000
7	DINKES PROV. DKI JAKARTA	9.399.417.000	-	9.399.417.000
8	DINKES PROV. JAWA BARAT	25.590.414.000	-	25.590.414.000
9	DINKES PROV. JAWA TENGAH	33.165.640.000	-	33.165.640.000
10	DINKES PROV. DI. YOGYAKARTA	8.560.377.000	-	8.560.377.000
11	DINKES PROV. JAWA TIMUR	42.194.575.000	-	42.194.575.000
12	DINKES PROV. ACEH	19.166.992.000	-	19.166.992.000
13	DINKES PROV. SUMATERA UTARA	30.247.191.000	-	30.247.191.000
14	DINKES PROV. SUMATERA BARAT	14.171.094.000	-	14.171.094.000
15	DINKES PROV. RIAU	10.311.667.000	-	10.311.667.000
16	DINKES PROV. JAMBI	11.860.673.000	-	11.860.673.000
17	DINKES PROV. SUMATERA SELATAN	18.226.934.000	-	18.226.934.000

18	DINKES PROV. LAMPUNG	15.810.782.000	-	15.810.782.000
19	DINKES PROV. KALIMANTAN BARAT	14.482.837.000	-	14.482.837.000
20	DINKES PROV. KALIMANTAN TENGAH	13.530.706.000	-	13.530.706.000
21	DINKES PROV. KALIMANTAN SELATAN	13.341.313.000	-	13.341.313.000
22	DINKES PROV. KALIMANTAN TIMUR	10.875.806.000	-	10.875.806.000
23	DINKES PROV. SULAWESI UTARA	13.939.337.000	-	13.939.337.000
24	DINKES PROV. SULAWESI TENGAH	14.312.959.000	-	14.312.959.000
25	DINKES PROV. SULAWESI SELATAN	21.249.546.000	-	21.249.546.000
26	DINKES PROV. SULAWESI TENGGARA	13.061.476.000	-	13.061.476.000
27	DINKES PROV. MALUKU	11.145.378.000	-	11.145.378.000
28	DINKES PROV. BALI	10.244.385.000	-	10.244.385.000
29	DINKES PROV. NUSA TENGGARA BARAT	13.071.509.000	-	13.071.509.000
30	DINKES PROV. NUSA TENGGARA TIMUR	17.413.321.000	-	17.413.321.000
31	DINKES PROV. PAPUA	20.866.928.000	-	20.866.928.000
32	DINKES PROV. BENGKULU	10.410.674.000	-	10.410.674.000
33	DINKES PROV. MALUKU UTARA	10.735.415.000	-	10.735.415.000
34	DINKES PROV. BANTEN	15.409.928.000	-	15.409.928.000
35	DINKES PROV. BANGKA BELITUNG	7.750.029.000	-	7.750.029.000
36	DINKES PROV. GORONTALO	8.323.631.000	-	8.323.631.000
37	DINKES PROV. KEPULAUAN RIAU	8.261.637.000	-	8.261.637.000
38	DINKES PROV. PAPUA BARAT	14.152.961.000	-	14.152.961.000
39	DINKES PROV. SULAWESI BARAT	8.184.595.000	-	8.184.595.000
40	DINKES PROV. KALIMANTAN UTARA	7.899.870.000	-	7.899.870.000



41	BKOM	6.550.991.000	309.624.000	6,860,615,000
42	BKTM	8.999.318.000	493.548.000	9,492,866,000
43	LKTM	6.382.238.000	95.500.000	6,477,738,000
<b>JUMLAH</b>		<b>2.101.811.709.000</b>	<b>12.933.910.000</b>	<b>2.114,745,619,000</b>

Setelah mengalami penambahan hibah (Kantor Pusat) dan PNBK (Kantor Daerah) masing – masing sebesar Rp 12.035.238.000,- dan Rp 898.672.000,- maka total alokasi anggaran Ditjen Kesmas adalah **Rp 2.114.745.619.000,-**.

Sumber daya anggaran merupakan unsur utama selain SDM dalam menunjang pencapaian indikator kinerja. Peranan pembiayaan sangat berpengaruh terhadap penentuan arah kebijakan dan pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan upaya pembangunan Program Kesehatan Masyarakat. Lebih terperinci alokasi dan realisasi anggaran menurut jenis anggaran dapat dilihat sebagai berikut:

**Tabel 5. Realisasi anggaran Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2018 menurut jenis anggaran**

No	Satuan Kerja	Alokasi	Realisasi SP2D	% Realisasi SP2D
1	Dekonsentrasi	517.369.997.000	450.170.942.562	87,01
2	Kantor Pusat	1.574.544.403.000	1.482.560.926.400	94,16
3	Kantor Daerah	22.831.219.000	21.406.246.546	93,76
<b>TOTAL</b>		<b>2.114.745.619.000</b>	<b>1.954.138.115.508</b>	<b>92,41</b>

Sumber Data: Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Tahun 2018

Dari sisi akuntabilitas, kewenangan pemerintah pusat terkait akuntabilitas dana dekonstrasi dan tugas pembantuan telah dilimpahkan kepada gubernur sebagai kepala daerah tingkat I. Oleh karenanya pembiayaan melalui dekonsentrasi menjadi tanggungjawab dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota kepada gubernur dan bupati/wali kota. Sehingga dalam pertanggungjawaban akuntabilitas menjadi kewenangan pemerintah daerah sesuai ketentuan peraturan perundangan.

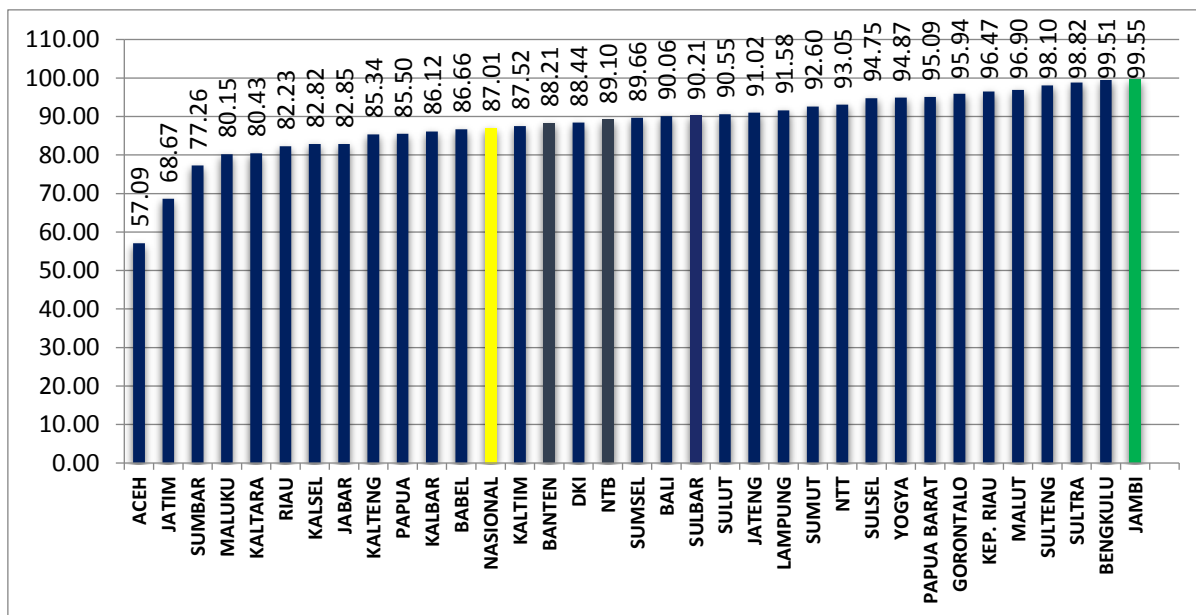
**Tabel 6. Realisasi Dekonsentrasi di lingkungan Ditjen Kesehatan Masyarakat Tahun 2018**

No	Nama Satker	Alokasi	Realisasi SP2D	% Realisasi SP2D
1	Dinkes Prov DKI	9.399.417.000	8.312.408.600	88,44
2	Dinkes Prov Jabar	25.590.414.000	21.201.575.530	82,85
3	Dinkes Prov Jateng	33.165.640.000	30.188.242.560	91,02
4	Dinkes Prov Yogya	8.560.377.000	8.121.641.890	94,87
5	Dinkes Prov Jatim	42.194.575.000	28.974.129.203	68,67
6	Dinkes Prov Aceh	19.166.992.000	10.942.075.740	57,09
7	Dinkes Prov Sumut	30.247.191.000	28.009.430.452	92,60
8	Dinkes Prov Sumbar	14.171.094.000	10.949.043.632	77,26
9	Dinkes Prov Riau	10.311.667.000	8.479.713.830	82,23

10	Dinkes Prov Jambi	11.860.673.000	11.806.942.300	99,55
11	Dinkes Prov Sumsel	18.226.934.000	16.342.538.035	89,66
12	Dinkes Prov Lampung	15.810.782.000	14.479.879.204	91,58
13	Dinkes Prov Kalbar	14.482.837.000	12.472.020.002	86,12
14	Dinkes Prov Kalteng	13.530.706.000	11.546.707.050	85,34
15	Dinkes Prov Kalsel	13.341.313.000	11.048.747.320	82,82
16	Dinkes Prov Kaltim	10.875.806.000	9.518.863.443	87,52
17	Dinkes Prov Sulut	13.939.337.000	12.622.215.515	90,55
18	Dinkes Prov Sulteng	14.312.959.000	14.040.863.450	98,10
19	Dinkes Prov Sulsel	21.249.546.000	20.134.428.870	94,75
20	Dinkes Prov Sultra	13.061.476.000	12.907.296.400	98,82
21	Dinkes Prov Maluku	11.145.378.000	8.933.395.690	80,15
22	Dinkes Prov Bali	10.244.385.000	9.226.604.348	90,06
23	Dinkes Prov NTB	13.071.509.000	11.647.166.276	89,10
24	Dinkes Prov NTT	17.413.321.000	16.202.431.105	93,05
25	Dinkes Prov Papua	20.866.928.000	17.840.379.128	85,50
26	Dinkes Prov Bengkulu	10.410.674.000	10.359.696.081	99,51
27	Dinkes Prov Malut	10.735.415.000	10.402.287.800	96,90
28	Dinkes Prov Banten	15.409.928.000	13.592.847.000	88,21
29	Dinkes Prov Babel	7.750.029.000	6.716.472.133	86,66
30	Dinkes Prov Gorontalo	8.323.631.000	7.985.699.941	95,94
31	Dinkes Prov Kep. Riau	8.261.637.000	7.969.686.350	96,47
32	Dinkes Prov Papbar	14.152.961.000	13.458.178.047	95,09
33	Dinkes Prov Sulbar	8.184.595.000	7.383.400.964	90,21
34	Dinkes Prov Kaltara	7.899.870.000	6.353.934.673	80,43
<b>JUMLAH</b>		<b>517.369.997.000</b>	<b>450.170.942.562</b>	<b>87,01</b>

Sumber Data: Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Tahun 2018

**Grafik 16. Persentase Realisasi Dana Dekonsentrasi Program Kesmas s.d. tw IV TA. 2018**



Sumber Data: Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Tahun 2018

**Tabel 7. Realisasi Kantor Pusat di lingkungan Ditjen Kesehatan Masyarakat Tahun 2018**

NO.	JENIS SATKER	ALOKASI	REALISASI	%
1	SETDITJEN KESMAS	113.197.310.000	104.107.716.414	91,97
2	DIT. GIZI MASYARAKAT	921.284.590.000	878.984.503.388	95,41
3	DIT. KESGA	141.890.605.000	133.521.311.567	94,10
4	DIT. KESLING	201.288.176.000	187.735.915.515	93,27
5	DIT. PROMKES	158.843.175.000	142.360.791.120	89,62
6	DIT. KESJA DAN OR	38.040.547.000	35.850.688.396	94,24
<b>JUMLAH</b>		<b>1,574,544,403,000</b>	<b>1,482,560,926,400</b>	<b>94,16</b>

Sumber Data: Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Tahun 2018

Selain sumberdaya anggaran di kantor pusat, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat juga didukung sumberdaya anggaran yang berada di kantor daerah yaitu pada Unit Pelaksana Teknis (UPT) yang terdiri dari: a) BKTM Makassar, b) LKTM Palembang dan BKOM Bandung. Secara umum serapan anggaran pada kantor daerah sebesar 93,76%, dengan rincian sebagai berikut:

**Tabel 8. Realisasi anggaran Program Kesehatan Masyarakat menurut lokasi satuan kerja kantor daerah tahun 2018**

No	Satuan Kerja	Alokasi	Realisasi	%
1	BKTM MAKASAR	9.492.866.000	8.763.963.177	92,32
2	LKTM PALEMBANG	6.477.738.000	5.952.815.152	91,90
3	BKOM BANDUNG	6.860.615.000	6.689.468.217	97,51
<b>JUMLAH</b>		<b>22.831.219.000</b>	<b>21.406.246.546</b>	<b>93,76</b>

Sumber Data: Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Tahun 2018

Dalam rangka mendukung Indikator Kinerja Utama Direktorat Jenderal Kesmas untuk Ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan dengan alokasi 34.968.300.000 terealisasi 29,969,812,000, ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) dengan alokasi 318.172.500.000 terealisasi 313.817.625.000 dan kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan dengan alokasi 201.288.176.000 terealisasi 188.319.487.446. Capaian kinerja penyerapan anggaran Direktorat Jenderal Kesmas diatas 90%, sebanding dengan capaian kinerja program yang direpresentasikan melalui 3 Indikator Kinerja yang telah tercapai diatas 100%.

### **Efisiensi Penggunaan Sumber Daya**

Pada tahun 2018, alokasi anggaran untuk kegiatan PMT Anak Sekolah sebesar Rp 10.000.000.000,- (sepuluh milyar rupiah) dialihkan menjadi kegiatan pendidikan gizi dalam pemberian makanan tambahan lokal bagi ibu hamil dan balita di 160 desa pada 16 kabupaten lokus stunting terpilih, dan dilaksanakan dalam kurun waktu 3 bulan. Adapun 16 kabupaten tersebut adalah:

1. Kab. Pasaman
2. Kab. Rokan Hulu
3. Kab. Lampung Tengah
4. Kab. Sukabumi
5. Kab. Cianjur
6. Kab. Pematang
7. Kab. Brebes
8. Kab. Nganjuk
9. Kab. Pandeglang
10. Kab. Lombok Tengah
11. Kab. Ketapang
12. Kab. Hulu Sungai Utara
13. Kab. Gorontalo
14. Kab. Mamuju
15. Kab. Maluku Tengah
16. Kab. Lanny Jaya

Alasan pengalihan anggaran tersebut adalah, belum ada kajian yang mengungkapkan pemberian makanan tambahan bagi anak sekolah berkorelasi dengan peningkatan status gizi. Sampai saat ini, PMT AS lebih berkontribusi kepada tingkat kehadiran siswa di sekolah. Dengan alasan tersebut, pengalihan kegiatan kepada pemberian makanan tambahan lokal bagi ibu hamil dan balita, diharapkan lebih mampu mempunyai dampak terhadap peningkatan status gizi bagi sasaran 1000 hari pertama kehidupan.

#### Kesimpulan

1. Indikator kinerja (IK) Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat terdiri atas tiga indikator, yaitu:
  - 1) Persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan (PF) dengan capaian 98,64 % dari target 82%.;
  - 2) Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) dengan capaian sebesar 17,3,% dari target 19,7 %.
  - 3) Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan dengan capaian sebesar 57,8% dari target 35%.
2. Ketiga indikator tersebut dilaksanakan di tingkat Puskesmas, di mana pusat berperan untuk memastikan indikator tersebut berjalan sebagaimana mestinya melalui dukungan dari tahap perencanaan (Juknis, Juklak, Pedoman), pelaksanaan (sosialisasi, orientasi, refreshing) dan monitoring evaluasi sekaligus pembiayaan.
3. Analisa keberhasilan indikator terutama adalah ketersediaan data, format laporan rutin, kejelasan mekanisme pelaporan dan tidak adanya perubahan indikator.
4. Untuk analisa penghambat, beberapa point yang perlu digaris bawahi adalah belum adanya sistem pencatatan dan pelaporan terintegrasi satu pintu dan masih berjalan berdasarkan program masing-masing, selain itu adanya perubahan perangkat organisasi dan tata kelola berakibat pengelola program perlu belajar memahami kembali tiap indikator tersebut.
5. Alternatif solusi yang dapat diberikan, antara lain memaksimalkan pembinaan penyelenggaraan program dan terfokus pada daerah sasaran yang aktif kepada seluruh pengelola kesehatan di daerah dalam percepatan pencapaian target indikator program serta memaksimalkan komunikasi aktif baik melalui media elektronik maupun surat menyurat kepada seluruh pimpinan daerah dalam rangka implementasi serta monitoring evaluasi data dan pelaporan tepat waktu.
6. Pada tahun 2018, Ditjen Kesmas mengalami perubahan anggaran semula Rp. 2.102.710.381.000 menjadi Rp. 2.114.745.619.000,-disebabkan adanya penambahan hibah dan PNBPNamun demikian, dalam realisasi anggaran telah mencapai diatas 90%. Hal ini dapat dikatakan sejalan dengan capaian indikator kinerja, dimana telah mencapai target.
7. Melanjutkan pendampingan dana dekon dan DAK yang optimal untuk percepatan capaian program kesmas secara menyeluruh.

## 8. LAMPIRAN



KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA

### DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN MASYARAKAT

### PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2018

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : dr. Anung Sugihantono, M.Kes

Jabatan : Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : Prof. Dr. dr. Nila Farid Moeloek, Sp.M (K)

Jabatan : Menteri Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

Pihak pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab kami.

Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

Jakarta, 11 Desember 2017

Pihak Kedua,

Pihak Pertama,

Prof. Dr. dr. Nila Farid Moeloek, Sp.M (K)

dr. Anung Sugihantono, M.Kes  
NIP. 1960003201985021002

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2018**  
**DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN MASYARAKAT**

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Meningkatnya ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi seluruh masyarakat	1. Persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan (PF)	82%
		2. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK)	19,7%
		3. Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan	35%

**Program**

1. Program Pembinaan Kesehatan Masyarakat

**Anggaran**

Rp 2.102.710.381.000,-

Jakarta, 11 Desember 2017

Pihak Kedua,



Prof. Dr. dr. Nila Farid Moeloek, Sp.M (K)

Pihak Pertama,



dr. Anung Sugihantono, M. Kes  
NIP. 196003201985021002