



**KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK**

# **RENCANA AKSI PROGRAM KESEHATAN MASYARAKAT TAHUN 2020-2025**

**DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN MASYARAKAT  
KEMENTERIAN KESEHATAN  
TAHUN 2020**

## **Penanggung Jawab**

dr. Kirana Pritasari, MQIH

## **Tim Penyusun**

dr. Kartini Rustandi, MKes

dr. Mayang Sari, MARS

dr. Victorino, MKM

dr. Irwan Panca Wariaseno, MKM

Azmi Salim Latuconsina, SE

Postan Andreas, SE

Retno Astuti, SKM

## **Editor**

drg. Dyah Ermayatri, DESS; Edwin Kurnianto, SKom; Agnes Widya Purnama, AMd

## **Kontributor**

drg. Hj. Raden Adjeng Eryta Widhajani, MARS; Dra. Sri Mulyani, MM; R. Bimo Satrio Rahardjo, SH, MKes, MH; Junus Sangaoli, SKM, SH, MM; Danti Kamalia Sari, SH, MH; Bagus Satrio Utomo, SKom, MKM; Tiodora Sidabuntar, SKM, MPH; Is Faizah, ST; Eny Suryati, SE, MKM; Edi Priyono, SKM, MPH; Nurkhalida, SKM, MKM; Ari Rabiwaldhy, SH, MHKes; Chairuddinsyah, SKom; Manumpak Sinaga, SE, MAP.

## **KATA SAMBUTAN**

### **DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN MASYARAKAT**

Kegiatan Program Kesehatan Masyarakat pada RPJMN Tahun 2020-2024 berfokus pada penurunan angka kematian ibu, angka kematian bayi, penurunan prevalensi stunting dan wasting pada balita yang kemudian diikuti dengan indikator-indikator pendukung. Selain RPJMN, kegiatan Program Kesmas juga dijabarkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 yang memuat indikator program dan mendukung indikator RPJMN Tahun 2020-2024.

Sesuai dengan Rencana Strategi Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024, dalam mewujudkan misi Presiden dalam Bidang Kesehatan Tahun 2020 – 2024, 5 (lima) tujuan strategi Kementerian Kesehatan yang berkaitan dengan program Kesehatan Masyarakat, yaitu peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup dengan sasaran strategi meningkatnya kesehatan ibu, anak dan gizi masyarakat.

Rencana Aksi Program Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2020-2024 merupakan penjabaran rencana program dan kegiatan di masing-masing Direktorat lingkup Ditjen Kesmas serta menjadi acuan di dalam pelaksanaan program Kesehatan Masyarakat selama 5 tahun dalam upaya penurunan AKI, AKB dan stunting maupun program prioritas nasional lainnya.

Saya harap dengan adanya Rencana Aksi Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2020-2024 ini, pelaksanaan program kesehatan masyarakat dapat berjalan lancar, sesuai dengan yang direncanakan termasuk tercapainya target indikator dalam RPJMN dan Renstra Kemenkes Tahun 2020-2024.

Terima kasih kepada semua pihak yang telah menyusun Rencana Aksi Program Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Tahun 2020-2024 ini. Semoga rencana aksi program ini bermanfaat bagi para pemegang program kesehatan masyarakat tingkat pusat dan daerah dalam melaksanakan kegiatannya.

Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat,

**dr. Kirana Pritasari, MQIH**

## **KATA PENGANTAR**

### **SEKRETARIS DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN MASYARAKAT**

Puji Syukur kami panjatkan pada Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat rahmat-Nya kami dapat menyelesaikan Rencana Aksi Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2020 – 2024. Rencana Aksi Program Kesehatan Masyarakat memuat kebijakan, peta strategis, sasaran startegis, indikator dan target yang akan dicapai. Dokumen ini diharapkan menjadi acuan dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi program, sehingga upaya kesehatan kerja dan olahraga dapat dilaksakana secara terarah dan terukur.

Ucapan terimakasih kami sampaikan kepada semua pihak atas perhatian dan dedikasinya untuk memberikan pemikiran, tenaga dan waktu dalam penyusunan rencana aksi ini.

Semoga Rencana aksi Program Direktorat Jederal Kesehatan Masyarakat Tahun 2020–2024 dapat mendukung tercapainya implementasi dan efektifitas Program Kesehatan Masyarakat di pusat maupun daerah dalam mewujudkan masyarakat yang m.

Sekretaris Direktorat Jenderal  
Kesehatan Masyarakat

dr. Kartini Rustandi, M.Kes

## DAFTAR ISI

Halaman Cover .....	i
Tim Penyusun .....	ii
Kata Sambutan .....	iii
Kata Pengantar .....	iv
Daftar Isi .....	v
Daftar Tabel .....	vi
Bab 1 Pendahuluan .....	7
1.1. Latar Belakang .....	7
1.2. Maksud dan Tujuan .....	7
1.3. Dasar Hukum .....	7
Bab 2 Kondisi, Permasalahan, Tantangan, Tugas Pokok, dan Fungsi .....	9
2.1. Kondisi Umum .....	9
2.2. Permasalahan Kesehatan Masyarakat .....	9
2.3. Tantangan .....	12
2.4. Tugas Pokok dan Fungsi .....	12
2.5. Analisis SWOT .....	13
Bab 3 Arah Kebijakan, Strategi, dan Indikator Kinerja .....	15
3.1. Arah Kebijakan dan Strategi .....	15
3.2. Sasaran .....	16
3.3. Indikator Kinerja Program Kesehatan Masyarakat .....	16
3.4. Indikator Kinerja Kegiatan Pembinaan Kesehatan Keluarga .....	17
3.5. Indikator Kinerja Kegiatan Pembinaan Gizi Masyarakat .....	18
3.6. Indikator Kinerja Kegiatan Penyehatan Lingkungan .....	18
3.7. Indikator Kinerja Kegiatan Pembinaan Kesehatan Kerja dan Olahraga .....	18
3.8. Indikator Kinerja Kegiatan Pembinaan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat .....	19
3.9. Indikator Kinerja Kegiatan Dukungan Manajemen dan Tugas Teknis Lainnya pada Program Pembinaan Kesehatan Masyarakat .....	19
Bab 4 Peran Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota .....	20
4.1. Pelaksanaan .....	20
4.2. Sinkronisasi Kegiatan dan Pendanaan tingkat Pusat dan Daerah .....	21
4.3. Pemantauan dan Evaluasi .....	21
4.4. Harapan Pemerintah Pusat terhadap Pemerintah Daerah .....	21
Bab 5 Monitoring dan Evaluasi .....	22
Bab 6 Penutup` .....	23

## DAFTAR TABEL

Tabel 1 Indikator Kinerja Program Kesehatan Masyarakat .....	17
Tabel 2 Indikator Kinerja Kegiatan Pembinaan Kesehatan Keluarga .....	17
Tabel 3 Indikator Kinerja Kegiatan Pembinaan Gizi Masyarakat .....	18
Tabel 4 Indikator Kinerja Kegiatan Penyehatan Lingkungan .....	18
Tabel 5 Indikator Kinerja Kegiatan Pembinaan Kesehatan Kerja dan Olahraga .....	18
Tabel 6 Indikator Kinerja Kegiatan Pembinaan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat .....	19
Tabel 7 Indikator Kinerja Kegiatan Dukungan Manajemen dan Tugas Teknis Lainnya pada Program Pembinaan Kesehatan Masyarakat .....	19

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Sesuai dengan dengan amanat Undang Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, Kementerian Kesehatan telah menyusun Rencana Strategis Kementerian Kesehatan yang ditetapkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024. Menindaklanjuti hal tersebut, Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat menyusun Rencana Aksi sebagai dasar atau acuan untuk direktorat-direktorat lingkup Direktorat Jenderal Kesehatan masyarakat dalam melakukan kegiatan.

Rencana Aksi Program Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Tahun 2020-2025 merupakan dokumen perencanaan yang memuat Program Kesehatan Masyarakat dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat.

Rencana Aksi ini telah menyesuaikan struktur organisasi Kementerian Kesehatan yang ditetapkan berdasarkan Permenkes Nomor 30 Tahun 2018 tentang perubahan atas peraturan Menteri Kesehatan nomor 64 Tahun 2015 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.

### **1.2. Maksud dan Tujuan**

Rencana Aksi Program Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat dimaksudkan sebagai acuan bagi pelaksana program di lingkup Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat dalam melaksanakan kegiatannya.

Rencana Aksi Program Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat pada tahun 2020-2025 bertujuan:

- 1) Mendukung pencapaian Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN), Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan, dan Rencana Aksi Program Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Tahun 2020-2024.
- 2) Menentukan arah dan sasaran kegiatan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya pada program pembinaan kesehatan masyarakat tahun 2020-2024 yang berkesinambungan dan berkelanjutan
- 3) Menjadi pedoman perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi, serta pengembangan kegiatan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya pada program pembinaan kesehatan masyarakat

### **1.3. Dasar Hukum**

1. Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) Tahun 2005-2025
2. Undang-Undang RI Nomor 39 Tahun 2008 tentang Kementerian Negara
3. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah
5. Peraturan Presiden RI Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional
6. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020 – 2024

7. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 474 Tahun 2014 tentang Pelimpahan Wewenang dan Tanggung jawab Kementerian Kesehatan di Tingkat Provinsi
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2018 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 374/MENKES/SK/V/2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional
11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 375/MENKES/SK/V/2009 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan 2005-2025



## **BAB 2**

### **KONDISI, PERMASALAHAN, TUGAS POKOK, DAN FUNGSI**

#### **2.1. Kondisi Umum**

Arah kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan nasional (2020-2024) merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJPK) 2005-2025. Dalam RPJMN 2020-2024, sasaran yang ingin dicapai adalah meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan.

Angka Kematian Ibu (AKI) telah menurun dari 346 kematian per 100.000 KH pada tahun 2010 (Sensus Penduduk 2010) menjadi 305 kematian per 100.000 KH pada tahun 2015 (SUPAS 2015). Angka Kematian Bayi (AKB) juga menurun dari 32 kematian per 1.000 KH pada tahun 2012 menjadi 24 kematian per 1.000 KH pada tahun 2017 (SDKI 2017). Prevalensi *stunting* pada balita dari 37,2% (Riskesdas 2013) turun menjadi 30,8% (Riskesdas 2018) dan 27,7% (SSGBI 2019). Prevalensi *wasting* menurun dari 12,1% pada tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 10,2% pada tahun 2018 (Riskesdas 2018). Begitu pula untuk kasus gemuk, prevalensi gemuk pada balita terjadi penurunan dari 11,8% (Riskesdas 2013) menjadi 8% (Riskesdas 2018). Capaian tersebut didukung oleh berbagai upaya dalam rangka pemerataan akses pelayanan kesehatan di seluruh wilayah melalui peningkatan kinerja sistem kesehatan (upaya kesehatan, SDM kesehatan, farmasi dan alat kesehatan, pengawasan obat dan makanan), serta perlindungan finansial bagi penduduk.

#### **2.2. Permasalahan Kesehatan Masyarakat**

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara serta masih jauh dari target global SDG untuk menurunkan AKI menjadi 183 per 100.000 KH pada tahun 2024 dan kurang dari 70 per 100.000 KH pada tahun 2030. Kondisi ini mengisyaratkan perlunya upaya yang lebih strategis dan komprehensif, karena untuk mencapai target AKI turun menjadi 183 per 100.000 KH tahun 2024 diperlukan paling tidak penurunan kematian ibu sebesar 5,5% per tahun.

Penyebab kematian langsung kematian ibu adalah gangguan hipertensi dalam kehamilan (33,1%), pendarahan obstetrik (27,03%), komplikasi non-obstetrik (15,7%), komplikasi obstetrik lainnya (12,04%), infeksi yang berkaitan dengan kehamilan (6,06%), dan penyebab lain (4,81%) (SRS 2016). Penyebab kematian ibu ini menunjukkan bahwa kematian maternal dapat dicegah apabila cakupan pelayanan dibarengi dengan mutu pelayanan yang baik. Kejadian kematian ibu sebanyak 77% ditemukan di rumah sakit, 15,6% di rumah, 4,1% di perjalanan menuju RS/fasilitas kesehatan, dan 2,5% di fasilitas pelayanan kesehatan lainnya (SRS 2016).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013 dan 2018 menunjukkan terjadinya peningkatan cakupan indikator kesehatan ibu yang direfleksikan dari indikator empat kali kunjungan ANC (K4) dan pertolongan persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Proporsi pemeriksaan kehamilan K4 telah menunjukkan kenaikan dari 70% pada tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 74,1% pada tahun 2018 (Riskesdas 2018). Cakupan

persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan juga naik dari 66,7% pada tahun 2013 (Risikesdas 2013) menjadi 79,3% pada tahun 2018 (Risikesdas 2018).

Peningkatan capaian pelayanan kesehatan ibu yang tidak disertai dengan perbaikan angka kematian ibu, mengindikasikan belum optimalnya kualitas pelayanan maternal. Fenomena tiga terlambat masih terjadi, yakni terlambat pengambilan keputusan untuk dirujuk ke fasyankes yang tepat, terlambat sampai ke tempat rujukan, dan terlambat ditangani dengan tepat. Untuk itu, harus dibangun sinergisme dan sistem rujukan yang kuat antara FKTP (puskesmas) dan FKRTL (rumah sakit), termasuk peningkatan kompetensi SDM pelayanan maternal. Penguatan puskesmas PONEC dan RS PONEK 24 jam selama 7 hari perlu dilakukan termasuk kemampuan SDM untuk memberikan pelayanan PONEC dan PONEK. Selain itu, RS juga perlu melakukan audit kematian khususnya maternal perinatal untuk mengetahui penyebab kematian ibu dan bayi baru lahir serta melakukan intervensi sesuai penyebabnya.

Indikator kematian anak, yang direfleksikan melalui angka kematian balita, angka kematian bayi, dan angka kematian neonatal, menunjukkan perbaikan sejak tahun 1990. Laporan SDKI tahun 2017 menunjukkan penurunan angka kematian neonatal dari 20 per 1.000 KH tahun 2002 menjadi 15 per 1.000 KH pada tahun 2017, penurunan angka kematian bayi dari 35 per 1.000 KH tahun 2002 menjadi 24 per 1.000 KH tahun 2017, dan penurunan angka kematian balita dari 46 per 1.000 KH tahun 2002 menjadi 32 per 1.000 KH tahun 2017. Namun, angka tersebut masih cukup jauh dari target tahun 2024, dimana angka kematian neonatal diharapkan turun menjadi 10 per 1.000 KH, angka kematian bayi menjadi 16 per 1.000 KH.

Penyebab kematian neonatal terbanyak adalah komplikasi kejadian intrapartum (28,3%), gangguan respiratori dan kardiovaskuler (21,3%), BBLR dan prematur (19%), kelainan kongenital (14,8%), dan infeksi (7,3%). Kematian neonatal dan balita juga paling banyak terjadi di rumah sakit yaitu 68% untuk kematian neonatal dan 62,8% untuk kematian balita (SRS 2016).

Penyebab utama kematian bayi adalah gangguan yang terjadi pada masa perinatal (49,8%), kelainan kongenital dan genetik (14,2%), pneumonia (9,2%), diare dan infeksi gastrointestinal lainnya (7%), *viral hemorrhagic fever* (2,2%), meningitis (2%), gangguan undernutrisi dan metabolik (1,3%).

Kendati demikian, cakupan kunjungan neonatal 1 (KN1) telah mengalami peningkatan sebesar 12,8% dalam kurun 5 tahun yaitu 71,3% pada tahun 2013 (Risikesdas 2013) menjadi 84,1% pada tahun 2018 (Risikesdas 2018). Cakupan kunjungan neonatal lengkap juga meningkat dari 39,3% pada tahun 2013 (Risikesdas 2013) menjadi 43,5% pada tahun 2018 (Risikesdas 2018), cakupan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) meningkat dari 34,5% (Risikesdas 2013) menjadi 58,2% (Risikesdas 2018), penurunan cakupan Imunisasi dasar lengkap (IDL) dari 59,2% (Risikesdas 2013) menjadi 57,9% (Risikesdas 2018).

Gizi lebih dan gizi kurang masih menjadi permasalahan di Indonesia. Termasuk dalam kelompok gizi lebih adalah *overweight* (obesitas) dan eksek mikronutrien (misalnya kelebihan natrium). Kelompok gizi kurang antara lain *underweight*, *wasting*, *stunting*, dan defisiensi mikronutrien.

Penurunan prevalensi *wasting* dan *stunting* pada balita merupakan sasaran pokok RPJMN 2020-2024. Prevalensi *wasting* pada balita telah menurun dari 12,1% tahun 2013 (Risikesdas 2013) menjadi 10,2% tahun 2018 (Risikesdas 2018) dan pada tahun 2019 turun

lagi menjadi 7,4% (SSGBI 2019). Juga telah terjadi penurunan *stunting* dari 37,2% tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 30,8% tahun 2018 (Riskesdas 2018), dan pada tahun 2019 telah turun lagi menjadi 27,7% (SSGBI 2019). Sementara itu, juga telah terjadi penurunan *underweight* pada balita dari 19,6% tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 17,7% tahun 2018 (Riskesdas 2018), dan pada tahun 2019 telah turun lagi menjadi 16,3 % (SSGBI 2019).

Seperti halnya gizi balita, kasus Kurang Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil telah terjadi penurunan dari 24,2% tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 17,3% (Riskesdas 2018). Kondisi sebaliknya justru ditunjukkan oleh kasus anemia ibu hamil di mana terjadi peningkatan dari 37,1% (Riskesdas 2013) menjadi 48,9% (Riskesdas 2018).

Dalam periode tiga dekade terakhir, telah terjadi perubahan beban penyakit dari penyakit menular menjadi penyakit tidak menular. Hal ini dapat dilihat dari perubahan penyebab utama *Disability Adjusted Life Years (DALYs) lost*. Penyebab utama *DALYs lost* tahun 1990 adalah *neonatal disorders, lower respiratory infection, diarrheal disease, tuberculosis* dan *stroke*. Pada tahun 2017, lima penyebab utama *DALYs lost* adalah *stroke, ischemic heart disease, diabetes, neonatal disorders* dan *tuberculosis*. *DALYs lost* akibat stroke mengalami peningkatan dari peringkat kelima pada tahun 1990 menjadi peringkat pertama pada tahun 2017, dengan peningkatan sebesar 93,4%. Peningkatan yang tajam *DALYs lost* dari tahun 1990 ke tahun 2017 terutama terlihat pada penyakit diabetes (157,1%), penyakit jantung iskemik (113,9%) dan kanker paru (113,1%).

Hal ini merupakan fenomena yang dialami oleh sebagian besar negara berkembang oleh karena terjadinya perubahan status sosial ekonomi masyarakat yang berujung pada perubahan gaya hidup. Secara umum faktor risiko penyakit tidak menular dibagi dalam tiga kelompok, yakni faktor risiko gangguan metabolik, faktor risiko perilaku, dan faktor risiko lingkungan.

Faktor risiko utama PTM adalah faktor metabolik (tekanan darah tinggi, gula darah tinggi, obesitas, dislipidemia, gangguan fungsi ginjal, malnutrisi pada maternal dan anak), faktor perilaku (perilaku diet, merokok, risiko kesehatan kerja, kurang aktivitas fisik, konsumsi alkohol), dan faktor lingkungan (polusi udara, kekerasan, kemiskinan).

Merokok adalah faktor risiko keempat yang berkontribusi terhadap *DALYs lost*. Prevalensi perokok pada remaja (usia 10-18 tahun) telah naik dari 7,2% pada tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 9,1% pada tahun 2018 (Riskesdas 2018). Prevalensi perokok lebih tinggi pada penduduk miskin, tinggal di perdesaan, dan kelompok usia yang lebih tua. Harus diwaspadai penggunaan rokok elektrik pada remaja, karena uap rokok elektrik mengandung zat-zat toksik yang berbahaya untuk kesehatan.

Faktor risiko lain terkait penyakit tidak menular adalah kurang aktivitas fisik. Telah terjadi peningkatan proporsi kurang aktivitas fisik pada penduduk umur  $\geq 10$  tahun dari 26,1% tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 33,5% pada tahun 2018 (Riskesdas 2018). Dengan kemajuan ekonomi, teknologi, dan transportasi, maka kehidupan masyarakat cenderung *sedentary* (kurang gerak).

Faktor risiko penyakit tidak menular berikutnya adalah faktor metabolik, yakni hipertensi, gangguan kadar gula darah, dan obesitas. Obesitas merupakan salah satu faktor risiko penyakit tidak menular lain yang mendorong munculnya faktor metabolik (penyakit jantung, diabetes, kanker, hipertensi, dislipidemia). Prevalensi obesitas (Indeks masa tubuh  $\geq 27$ ) meningkat dari 15,4% pada tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 21,8% pada tahun

2018 (Riskesdas 2018). Hal ini sejalan dengan peningkatan proporsi obesitas sentral dari 26,6% di tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 31% di tahun 2018 (Riskesdas 2018).

Melihat semakin mengkhawatirkannya faktor risiko penyakit tidak menular, khususnya faktor metabolik dan faktor perilaku, maka diperlukan upaya-upaya strategis diantaranya peningkatan upaya promotif dan preventif serta edukasi kepada masyarakat terkait pencegahan faktor risiko, peningkatan skrining dan deteksi dini PTM di semua puskesmas, jejaring dan jaringannya (pendekatan PIS-PK), penguatan upaya pemberdayaan masyarakat terkait pengendalian penyakit tidak menular (penguatan posbindu, pos UKK), perbaikan mutu pelayanan melalui penguatan pelayanan kesehatan primer sebagai garda depan (*gate keeper*) dan sistem rujukan antara FKTP dan FKRTL dan peningkatan aksi multisektoral terkait Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS).

Untuk menanggulangi masalah PTM, maka upaya intervensi yang komprehensif dan holistik harus dilakukan, yakni promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, sebagai kesatuan *continuum of care*. Pendekatan strategis untuk menurunkan beban PTM adalah peningkatan upaya promotif dan preventif melalui pembudayaan GERMAS, pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian faktor risiko PTM, dan peningkatan aksi multisektoral.

### 2.3. Tantangan

1. Implikasi reorganisasi, berakibat pada belum optimalnya kendali Ditjen Kesehatan Masyarakat dalam menyusun kebijakan dan regulasi dalam pelayanan kesehatan dasar. Ditjen Kesehatan Masyarakat harus lebih fokus, lebih *kompetitif*, meningkatkan kualitas dan kemampuan teknis dalam menyusun konsep regulasi program yang terintegrasi mulai dari pelayanan kesehatan dasar, rujukan dan *tertier*.
2. Pelaksanaan reformasi birokrasi.
3. Perencanaan yang solid dan terintegrasi harus mengarah pada Indikator Kinerja Utama Ditjen Kesmas dan menggunakan *Result Based Problem Solving Analysis* dengan mencermati karakteristik masing-masing daerah.
4. Peningkatan anggaran yang belum diikuti dengan peningkatan *performance*/kinerja program secara bermakna.
5. Pengelolaan anggaran yang bersih dan akuntabel.
6. Meningkatkan validitas dan kesinambungan penyediaan data untuk mendukung kebijakan program kesehatan masyarakat.

### 2.4. Tugas Pokok dan Fungsi

Berdasarkan Permenkes Nomor 30 Tahun 2018 tentang perubahan atas peraturan Menteri Kesehatan nomor 64 Tahun 2015 pada pasal 135-136, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat mempunyai tugas menyelenggarakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan dibidang kesehatan masyarakat sesuai dengan ketentuan pertauran perundang-undangan.

Dalam melaksanakan tugasnya, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat menyelenggarakan fungsi:

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

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

## 2.5. Analisis SWOT

Hal yang menjadi kekuatan (*Strength*) dalam program kesehatan masyarakat diantaranya :

1. Komitmen tinggi dalam pencapaian program prioritas nasional
2. Pembiayaan semakin meningkat
3. Regulasi sudah mendukung program kesehatan masyarakat
4. Jumlah tenaga kesehatan yang terlatih yang cukup
5. Pemanfaatan informasi dan teknologi meluas
6. Selama 5 tahun berturut turut mendapatkan WTP
7. Tersedianya NSPK yang mendukung program kesehatan masyarakat

Hal yang menjadi kelemahan (*weakness*) dalam program kesehatan masyarakat diantaranya:

1. Distribusi dan kompetensi SDM belum memadai
2. Kurang optimalnya penyerapan anggaran
3. Keterbatasan sarana dan prasarana
4. Kurangnya pelatihan SDM
5. Beban kerja yang berlebihan
6. Lemah dalam kepatuhan pada standar program
7. Pemantauan program belum memadai
8. Belum terintegrasinya sistem informasi kesehatan
9. Perencanaan internal program belum optimal
10. NSPK belum sinkron

Hal yang menjadi kesempatan (*opportunity*) dalam program kesehatan masyarakat diantaranya:

1. Dukungan lintas sector/K/L
2. Pengelolaan anggaran sudah semakin efektif, efisien dan transparan
3. Komitmen global bidang kesehatan
4. Otonomi daerah
5. Kebijakan SPM daerah
6. Banyaknya inovasi program kesehatan di daerah

7. Banyaknya tersedia dana untuk kesehatan dari lintas sektor (dana desa)
8. Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan semakin meningkat

Hal yang menjadi ancaman (*threat*) dalam program kesehatan masyarakat diantaranya :

1. Tingginya kematian ibu, bayi dan masalah gizi
2. Pergeseran gaya hidup
3. Pergeseran pola penyakit
4. Tingginya ego program dan ego sektor
5. Perencanaan program pusat dan daerah belum sinkron
6. Pemanfaatan dana operasional kesehatan masih focus pada pengadaan
7. Sistem pengelolaan keuangan daerah yang rumit
8. Kebijakan kepala daerah yang belum mendukung prioritas nasional kesehatan
9. Fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia belum berkualitas
10. Rendahnya perilaku masyarakat hidup sehat

## **BAB 3**

### **ARAH KEBIJAKAN, STRATEGI, DAN INDIKATOR KINERJA**

#### **3.1. Arah Kebijakan dan Strategi**

Untuk mendukung kebijakan nasional pembangunan kesehatan, yakni meningkatkan pelayanan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan setinggi-tingginya dengan penguatan pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) dan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif, didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi, maka ditetapkan arah kebijakan Kementerian Kesehatan sebagai berikut :

1. Penguatan pelayanan kesehatan primer dengan mengutamakan UKM tanpa meninggalkan UKP, serta mensinergikan FKTP pemerintah dan FKTP swasta.
2. Pelayanan kesehatan menggunakan pendekatan siklus hidup, mulai dari ibu hamil, bayi, anak balita, anak usia sekolah, remaja, usia produktif, dan lansia, dan intervensi secara kontinum (promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif) dengan penekanan pada promotif dan preventif.
3. Penguatan pencegahan faktor risiko, deteksi dini, dan aksi multisektoral (pembudayaan GERMAS), guna pencegahan dan pengendalian penyakit.
4. Penguatan sistem kesehatan di semua level pemerintahan menjadi responsif dan tangguh, guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dengan didukung inovasi teknologi.
5. Peningkatan sinergisme lintas sektor, pusat dan daerah, untuk menuju konvergensi dalam intervensi sasaran prioritas dan program prioritas, termasuk integrasi lintas program

Kelima arah kebijakan Kementerian Kesehatan tersebut digunakan sebagai pemandu dalam menyusun Tujuan Strategis dan Sasaran Strategis Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024. Tujuan strategis Kementerian Kesehatan, yaitu:

1. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup
2. Penguatan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan
3. Peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit dan pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat
4. Peningkatan sumber daya kesehatan
5. Peningkatan tata kelola pemerintahan yang baik, bersih dan inovatif

Dalam rangka mencapai 5 (lima) Tujuan Strategis Kementerian Kesehatan tersebut di atas, ditetapkan 8 (delapan) Sasaran Strategis sebagai berikut:

1. Meningkatnya kesehatan ibu, anak dan gizi masyarakat
2. Meningkatnya ketersediaan dan mutu fasyankes dasar dan rujukan
3. Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat
4. Meningkatnya akses, kemandirian dan mutu kefarmasian dan alat Kesehatan
5. Meningkatnya pemenuhan SDM Kesehatan dan kompetensi sesuai standar
6. Terjaminnya pembiayaan Kesehatan
7. Meningkatnya sinergisme pusat dan daerah serta meningkatnya tata Kelola pemerintahan yang baik dan bersih
8. Meningkatnya efektivitas pengelolaan litbangkes dan sistem informasi kesehatan

untuk pengambilan keputusan

Dalam mendukung kebijakan kesehatan nasional dan kebijakan Kementerian Kesehatan, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat menentukan kebijakan program kesehatan masyarakat yaitu:

1. Meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat
2. Meningkatkan penerapan pendekatan keberlanjutan pelayanan (*Continuum of Care*),
3. Memperkuat intervensi perubahan perilaku dengan penerapan PIS-PK secara *total coverage*
4. Meningkatkan regulasi dan tata kelola program kesehatan masyarakat yang berkesinambungan dan terintegrasi
5. Meningkatkan upaya promotif dan preventif didukung oleh inovasi dan teknologi
6. Memperkuat kolaborasi lintas program/lintas sektor
7. Memperkuat pemberdayaan masyarakat, kemitraan, dan peran swasta
8. Intensifikasi Germas pada K/L dan pemerintah daerah
9. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan

Untuk mendukung kebijakan program kesehatan masyarakat, diperlukan strategi sebagai berikut:

1. Peningkatan akses pelayanan kesehatan masyarakat semesta
2. Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat
3. Penguatan pemberdayaan masyarakat
4. Penguatan tata kelola program, manajemen dan klinis

### **3.2. Sasaran**

Dalam meningkatkan ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi seluruh masyarakat, sasaran Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat adalah:

1. Meningkatnya pelayanan gizi masyarakat
2. Meningkatnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan keluarga
3. Meningkatnya pembinaan upaya kesehatan kerja dan olahraga
4. Meningkatnya pelaksanaan pemberdayaan dan promosi kesehatan kepada masyarakat
5. Meningkatnya penyehatan dan pengawasan kualitas lingkungan
6. Meningkatnya dukungan manajemen dan dukungan pelaksanaan tugas teknis lainnya pada program kesehatan masyarakat

### **3.3. Indikator Kinerja Program Kesehatan Masyarakat**

Mengacu pada tujuan Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, maka ditetapkan indikator Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat. Indikator Dirjen Kesmas bersifat dampak (*impact atau outcome*). Dalam peningkatan status kesehatan masyarakat, indikator yang akan dicapai di akhir tahun 2024 yaitu:

1. Persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (PF) sebesar 95%
2. Persentase desa/kelurahan dengan Stop Buang air besar Sembarangan (SBS) sebesar 80%
3. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronis (KEK) sebesar 10%
4. Persentase kabupaten/kota yang menerapkan kebijakan gerakan masyarakat hidup



sehat sebesar 50%

Indikator tujuan Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat ini akan menjadi Indikator Kinerja Program sesuai dengan rencana strategis Kementerian Kesehatan yang berlaku.

Tabel 1 Indikator Kinerja Program Kesehatan Masyarakat

No.	Tujuan	Indikator	Target				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Meningkatnya ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi seluruh masyarakat	1. Persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (PF)	87%	89%	91%	93%	95%
		2. Persentase desa/kelurahan dengan Stop Buang air besar Sembarangan (SBS)	40%	50%	60%	70%	80%
		3. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronis (KEK)	16%	14,5%	13%	11,5%	10%
		4. Persentase kabupaten/kota yang menerapkan kebijakan gerakan masyarakat hidup sehat	30%	35%	40%	45%	50%

### 3.4. Indikator Kinerja Kegiatan Pembinaan Kesehatan Keluarga

Tabel 2 Indikator Kinerja Kegiatan Pembinaan Kesehatan Keluarga

Sasaran	Indikator	Target				
		2020	2021	2022	2023	2024
Meningkatnya akses dan kualitas upaya kesehatan keluarga	Jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir	120	200	320	470	514
	Jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan balita	120	200	320	470	514
	Jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan anak usia sekolah dan remaja	125	150	200	275	350
	Jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan usia reproduksi	120	200	320	470	514
	Persentase kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan lanjut usia	45	50	55	60	65

### 3.5. Indikator Kinerja Kegiatan Pembinaan Gizi Masyarakat

Tabel 3 Indikator Kinerja Kegiatan Pembinaan Gizi Masyarakat

Sasaran	Indikator	Target				
		2020	2021	2022	2023	2024
Meningkatnya perbaikan gizi masyarakat	Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan surveilans gizi	51	70	90	100	100
	Persentase puskesmas mampu tata laksana gizi buruk pada balita	10	20	30	45	60
	Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat ASI eksklusif	40	45	50	55	60

### 3.6. Indikator Kinerja Kegiatan Penyehatan Lingkungan

Tabel 4 Indikator Kinerja Kegiatan Penyehatan Lingkungan

Sasaran	Indikator	Target				
		2020	2021	2022	2023	2024
Meningkatnya penyehatan dan pengawasan kualitas lingkungan	Persentase desa/kelurahan dengan Stop Buang air besar Sembarangan (SBS)	40	50	60	70	90
	Jumlah Kabupaten/Kota Sehat (KKS)	110	220	280	380	420
	Persentase sarana air minum yang diawasi/diperiksa kualitas air minumnya sesuai standar	60	64	68	72	76
	Jumlah fasyankes yang memiliki pengelolaan limbah medis sesuai standar	2.600	3.000	4.850	6.250	8.800
	Persentase Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) yang memenuhi syarat sesuai standar	38	44	50	56	62
	Persentase Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) yang dilakukan pengawasan sesuai standar	55	60	65	70	75

### 3.7. Indikator Kinerja Kegiatan Kesehatan Kerja dan Olahraga

Tabel 5 Indikator Pembinaan Upaya Kesehatan Kerja dan Olahraga

Sasaran	Indikator	Target				
		2020	2021	2022	2023	2024
Meningkatnya upaya kesehatan kerja dan olahraga	Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan kesehatan kerja	308	334	360	385	411
	Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan kesehatan olahraga	308	334	360	385	411

### 3.8. Indikator Kinerja Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Tabel 6 Indikator Kinerja Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Sasaran	Indikator	Target				
		2020	2021	2022	2023	2024
Meningkatnya pelaksanaan promosi Kesehatan dan pemberdayaan masyarakat	Persentase kabupaten/kota yang menerapkan kebijakan gerakan masyarakat hidup sehat	30	35	40	45	50
	Persentase kabupaten/kota melaksanakan pembinaan posyandu aktif	51	70	90	100	100

### 3.9. Indikator Kinerja Kegiatan Dukungan Manajemen dan Tugas Teknis Lainnya pada Program Pembinaan Kesehatan Masyarakat

Tabel 7 Indikator Kegiatan Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya pada Program Kesehatan Masyarakat

Sasaran	Indikator	Target				
		2020	2021	2022	2023	2024
Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya	Nilai Reformasi Birokrasi di lingkup Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat	56,5	57,5	58,5	59,5	60
	Persentase kinerja RKAKL pada lingkup Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat	80	82,5	85	87,5	90

## **BAB 4**

### **PERAN PEMERINTAH PUSAT, PROVINSI DAN KABUPATEN/KOTA**

#### **4.1. Pelaksanaan**

Urusan pemerintahan di bidang kesehatan merupakan tugas Kementerian Kesehatan, namun demikian pelaksanaan urusan pemerintahan ini tidak hanya dilakukan oleh Kementerian Kesehatan sendiri, tetapi juga melibatkan lintas sektor/pemangku kepentingan/masyarakat. Hal ini antara lain didasarkan dalam ketentuan UU Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, yang membagi urusan kesehatan menjadi urusan pemerintahan konkuren yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/kota.

Untuk itu, dalam pelaksanaan program pembinaan kesehatan masyarakat perlu pemetaan keterlibatan dan peran Pemerintah mulai dari tingkat pusat maupun daerah, sesuai tugas pokok dan fungsi setiap tingkat administrasi.

##### **1. Tingkat Pusat**

- a. Mempersiapkan kebijakan, pedoman penyelenggaraan program pembinaan kesehatan masyarakat.
- b. Melakukan sosialisasi dan advokasi kepada para pengambil keputusan dan lintas sektor di pusat, dan daerah.
- c. Melakukan bimbingan, fasilitasi dan evaluasi termasuk memberikan dukungan pada Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam kondisi tertentu untuk mendukung tercapainya implementasi serta efektivitas program pembinaan kesehatan masyarakat

##### **2. Tingkat Daerah**

- a. Dinas Kesehatan Provinsi selaku perpanjangan tangan Kementerian Kesehatan, mengkoordinasikan serta memberikan bimbingan dan fasilitasi termasuk memberikan dukungan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dalam koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan kesehatan masyarakat. Upaya yang dapat dilakukan sebagai berikut:
  - 1) Mendorong komitmen pemerintah daerah dalam melaksanakan program kesehatan masyarakat yang di wujudkan dalam bentuk regulasi daerah, penyiapan SDM, sarana dan prasarana untuk pelaksanaan program
  - 2) Melakukan pengembangan inovasi berkelanjutan mengikuti perkembangan IPTEK dan kebutuhan masyarakat
  - 3) Menginisiasi terbentuknya jejaring program kesehatan masyarakat di daerah
  - 4) Memperkuat program kemitraan swasta dengan pemerintah dalam pelaksanaan program kesehatan masyarakat di daerah
  - 5) Menginformasikan program kesehatan masyarakat serta langkah-langkah yang harus dilakukan pada setiap jejaring administrasi dalam rangka pengembangan dan peningkatan program kesehatan masyarakat
- b. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota merupakan penanggung jawab pelaksanaan program kesehatan masyarakat, meliputi koordinasi, bimbingan, fasilitasi dalam pelaksanaan kesehatan masyarakat di kabupaten/kota

#### **4.2. Sinkronisasi Kegiatan dan Pendanaan tingkat Pusat dan Daerah**

Dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan, pemerintah pusat diharapkan mengacu pada program prioritas nasional dan menyesuaikan prioritas masalah kesehatan di wilayahnya. Selain itu, pemerintah daerah harus menentukan kegiatan dan sumber pendanaan dari Dekonsentrasi, APBD, Dana Alokasi Khusus, dana hibah, CSR, dan lainnya.

#### **4.3. Pemantauan dan Evaluasi**

Berdasarkan tugas pokok dan fungsi, pemantauan dan evaluasi kegiatan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya pada program pembinaan kesehatan masyarakat, dilaksanakan secara berjenjang sesuai dengan tingkat administrasi.

Sistem pemantauan dan evaluasi merupakan bagian dari Sistem Pengendalian Interen Pemerintahan yang telah ditetapkan melalui PP 60 tahun 2008, dimana pemantauan tidak hanya pada proses pelaksanaan tetapi meliputi juga proses perencanaan.

Kegiatan pemantauan evaluasi program pembinaan kesehatan masyarakat sebagai berikut:

1. Pemerintah pusat, melalui Kementerian Kesehatan bertanggung jawab melakukan bimbingan dan evaluasi program pembinaan kesehatan masyarakat.
2. Provinsi, melalui Dinas Kesehatan Provinsi selaku perpanjangan tangan Kementerian Kesehatan mengkoordinasikan serta membantu pengembangan program di kabupaten/kota.
3. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Merupakan penanggung jawab pelaksanaan program kesehatan masyarakat melalui berbagai kegiatan yang dikembangkan baik di tingkat Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota maupun di Puskesmas atau fasilitas kesehatan rujukan dan masyarakat.

#### **4.4. Harapan Pemerintah Pusat terhadap Pemerintah Daerah**

Dalam mencapai target program pembinaan kesehatan masyarakat, pemerintah diharapkan melakukan hal berikut:

1. Pemerintah daerah melakukan kegiatan inovatif dan integratif
2. Menyusun dan menetapkan regulasi untuk mendukung pelaksanaan program kesehatan seperti membangun jejaring rujukan dalam batas wilayah dan lintas batas, kebijakan daerah tentang Germas, rencana aksi konvergensi penurunan AKI AKB dan stunting
3. Sinkronisasi peran dan kewenangan untuk pencapaian prioritas nasional dan standar pelayanan minimal bidang kesehatan
4. Menyediakan dan mengembangkan sarana Germas (seperti ruang terbuka hijau untuk aktivitas fisik, kawasan bersepeda, dan lainnya) menggunakan berbagai sumber pendanaan seperti dana desa, CSR, dana hibah, dan lain lain
5. Mengoptimalkan berbagai sumber daya kesehatan dan sektor lainnya
6. Meningkatkan kapasitas manajemen terutama dalam perencanaan dan pelaksanaan teknis program kesehatan masyarakat
7. Melakukan kerja sama lintas bidang/lintas program dengan membuat prioritas masalah berdasarkan hasil evaluasi

## **BAB 5**

### **MONITORING DAN EVALUASI**

Proses monitoring dan evaluasi rencana aksi melalui sistem informasi yang terintegrasi diperlukan untuk memastikan pencapaian target dan sasaran Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat yang telah ditetapkan. Proses pemantauan dan evaluasi pelaksanaan kegiatan dilakukan oleh Kementerian Kesehatan, khususnya Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Monitoring merupakan proses pengumpulan dan analisis data untuk menjadi informasi (berdasarkan indikator yang ditetapkan) secara sistematis dan berkesinambungan tentang program dan kegiatan sehingga dapat dilakukan tindakan koreksi untuk penyempurnaan program dan kegiatan selanjutnya.

Evaluasi adalah proses penilaian pencapaian target kinerja dan pengungkapan masalah kinerja program dan kegiatan untuk memberikan umpan balik bagi peningkatan kualitas kinerja program. Untuk membantu manajemen dalam melaksanakan kegiatan monitoring, evaluasi dan pengukuran kinerja secara terpadu sesuai dengan kebutuhan organisasi, diperlukan suatu proses penilaian terhadap hasil-hasil yang telah dicapai. Waktu pelaksanaan monitoring dan evaluasi dilaksanakan secara rutin sesuai kamus masing-masing indikator.

Pencapaian tujuan dan sasaran yang telah ditentukan sebelumnya, termasuk efisiensi penggunaan sumber daya, kualitas, dan hasil kegiatan dibandingkan dengan output yang diinginkan. Hasil pelaksanaan monitoring dan evaluasi dijadikan dasar bagi perencanaan program selanjutnya.

## **BAB 6**

### **PENUTUP**

Rencana Aksi Program Ditjen Kesehatan Masyarakat Tahun 2020 – 2024, merupakan penjabaran dari Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2020 – 2024. Buku ini merupakan dokumen perencanaan yang memuat tujuan dan sasaran yang harus dicapai oleh Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat dalam upaya pencapaian prioritas nasional. Selain itu, dokumen ini menjadi dasar atau acuan untuk unit eselon 2 di lingkup Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat dalam melakukan kegiatannya, untuk mencapai target indikator program kesehatan masyarakat.

Jika dikemudian hari diperlukan adanya perubahan pada rencana strategis ini, maka akan dilakukan penyempurnaan pada penyusunan selanjutnya.