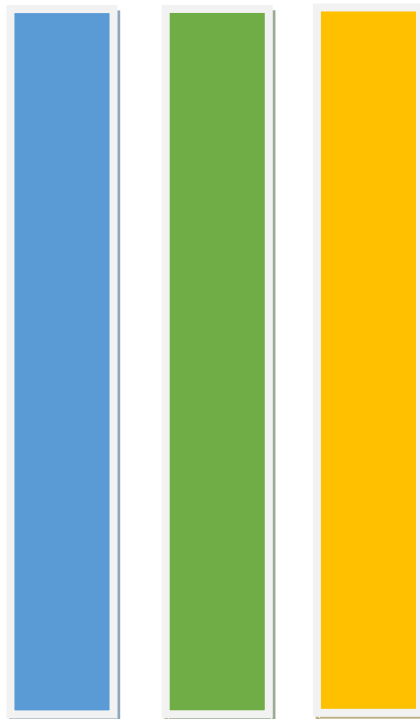


**RENCANA AKSI PROGRAM  
KESEHATAN MASYARAKAT  
TAHUN 2015-2019  
(Revisi-1)**



**DIREKTORAT JENDERAL KESEHATAN MASYARAKAT  
KEMENTERIAN KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya, buku pedoman Rencana Aksi Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2015-2019 revisi ke-1, Kementerian Kesehatan telah berhasil disusun.

Rencana Aksi (Renaksi) revisi ke-1 ini disusun dalam rangka menjawab kebutuhan Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat atas pelaksanaan kegiatan perencanaan program yang terpadu dan berkesinambungan, mengingat perlunya pengintegrasian kegiatan di lingkup unit eselon 2 saat ini.

Selain itu, buku ini diharapkan dapat menjadi dasar acuan bagi unit eselon 2 di lingkup Ditjen Kesehatan Masyarakat dalam melakukan sinergisitas dan sinkronisasi kegiatan-kegiatan yang menjadi program unggulan dalam mencapai target pembangunan kesehatan nasional yang berfokus pada upaya promotif dan preventif dan pemberdayaan masyarakat.

Kami menyadari, bahwa buku ini masih jauh dari sempurna. Oleh karenanya, kami mengharapkan adanya saran, masukan dan kritik yang membangun dari semua pihak bagi penyempurnaan penulisan buku ini di masa mendatang.

Kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan buku ini, kami sampaikan terima kasih. Semoga upaya yang telah kita lakukan dapat memperoleh ridho dari Tuhan Yang Maha Esa.

Jakarta, Januari 2018

  
Sekretaris  
Dr. Kuwat Sri Hudoyo, MS  
NIP.196209151991021001

**SAMBUTAN DIREKTUR JENDERAL  
KESEHATAN MASYARAKAT**



Pembangunan Kesehatan sebagaimana tercantum dalam Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 (H) ayat 1 dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengamanatkan bahwa upaya pemenuhan terhadap kebutuhan yang merupakan salah satu hak dasar masyarakat, yaitu hak atas pelayanan kesehatan yang menjadi tanggungjawab negara. Bahkan untuk mendapatkan penghidupan yang layak di bidang kesehatan, amandemen kedua dalam UUD 1945, pasal 34 ayat (3) menetapkan bahwa : “Negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan pelayanan umum yang layak”.

Berdasarkan amanat amandemen tersebut, tujuan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap orang agar terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dengan perilaku dan lingkungan yang sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, adil & merata, serta memiliki derajat kesehatan yang optimal.

Pembangunan Kesehatan 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*”. Sesuai dengan sasaran pokok RPJMN 2015-2019 point 1, yaitu “*Meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak*” serta acuan indikator capaian MDG’s 2015 point 4 dan 5 tentang “*Penurunan angka kematian anak & peningkatan kesehatan maternal*”, maka sangat diperlukan dukungan dan *effort* dari seluruh elemen, baik yang ada di tingkat pusat, provinsi maupun kabupaten/kota untuk bersama-sama menyelesaikan permasalahan tersebut melalui upaya pelaksanaan

koordinasi dan sinkronisasi program kesehatan antara pusat dengan daerah (provinsi dan kabupaten/kota).

Di dalam Perencanaan Strategis yang ditetapkan sesuai dengan acuan kerangka kerja RPJMN 2015-2019, sasaran pembangunan kesehatan yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan di dalam Rencana Strategis Tahun 2015-2019, salah satu indikator utamanya (*indikator outcome*) yang menjadi prioritas adalah Peningkatan Status Kesehatan dan Gizi Masyarakat. Indikator Output yang ditetapkan adalah Penurunan Angka Kematian Ibu per 100.000 kelahiran hidup dari status awal (*baseline*) 346 (SP 2010) dengan target capaian Tahun 2019 sebesar 306 per 100.000 kelahiran hidup, Penurunan Angka Kematian Bayi per 1000 kelahiran hidup dengan capaian status awal 32 (2012/2013) dengan target penurunan menjadi 24 per 1000 kelahiran hidup di Tahun 2019, Prevalensi Kekurangan Gizi (*Underweight*) pada Anak Balita di Tahun 2013 dengan *baseline* data 19,6 % dan target penurunan sebesar 17,0 % pada Tahun 2019 serta Prevalensi *Stunting* (Pendek dan Sangat Pendek) pada Anak Baduta (Bawah Dua Tahun) mencapai 32,9 % sebagai *baseline* status awal pencapaian di Tahun 2013 dengan target upaya penurunan sebesar 28,0 % di Tahun 2019.

Kondisi permasalahan yang sedang dihadapi saat ini dalam penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) nasional adalah masalah terhadap kualitas pelayanan kesehatan ibu yang belum memadai, kondisi ibu hamil yang tidak sehat dan faktor determinan lainnya. Penyebab utama kematian ibu yaitu hipertensi dalam kehamilan dan perdarahan *post partum*. Selain itu penyebab masih tingginya Angka Kematian Bayi dan Balita, didukung pula oleh *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) sebanyak 29,5%, Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) sebanyak 11,2%, infeksi pneumonia dan diare. Hal ini ditambah masalah gizi buruk balita, dimana arah determinasi kasus ini adalah kekurangan gizi kronik yang meningkat di Tahun 2013 (19,6 %).

Tantangan yang dihadapi di dalam upaya pembangunan kesehatan dan gizi masyarakat, antara lain meningkatkan upaya promotif dan preventif, meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak serta perbaikan gizi. Selain itu juga, dalam hal pengendalian penyakit menular maupun tidak menular dan penyehatan lingkungan, peningkatan pengawasan obat dan makanan serta akses dan mutu pelayanan kesehatan.

Oleh sebab itu, dalam upaya untuk mensinkronisasi dan mensinergikan perencanaan aksi kegiatan di lingkup program kesehatan masyarakat,

maka diperlukan pedoman yang dapat menjadi acuan bagi unit eselon 2 lingkup Ditjen Kesehatan Masyarakat. Sehingga akan menghasilkan rencana aksi yang dapat mengakomodir kegiatan prioritas dan unggulan program Kesehatan Masyarakat agar dapat mencapai target pembangunan kesehatan nasional yang lebih baik periode tahun 2015-2019.

Saya menyambut dengan baik disusunnya Pedoman Rencana Aksi Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2015-2019 revisi ke-1 ini. Saya berharap buku ini dapat dimanfaatkan oleh semua pihak, khususnya para perencana di pusat.

Luruskan niat, bulatkan tekad, berbuat yang terbaik dalam setiap langkah demi mewujudkan “Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan”.

Jakarta, Januari 2018  
Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat  
Kementerian Kesehatan



dr. Anung Sugihantono, M.Kes.  
NIP. 196003201985021002

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR</b>	2
<b>SAMBUTAN DIREKTUR JENDERAL KESEHATAN MASYARAKAT</b>	5
<b>DAFTAR ISI</b>	6
<b>BAB I    Pendahuluan</b>	7
A. Latar Belakang	
B. Maksud dan Tujuan	
C. Dasar Hukum	
<b>BAB II   Kondisi Umum</b>	9
<b>BAB III  Tujuan dan Strategis Kementerian Kesehatan</b>	12
A. Tujuan	
B. Strategis	
<b>BAB IV  Kelembagaan Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat</b>	23
A. Tugas dan Fungsi	
B. Struktur Kelembagaan	
<b>BAB V   Kebijakan Program Kesehatan Masyarakat</b>	29
<b>BAB VI  Indikator Kinerja Program Kesehatan Masyarakat</b>	32
A. Indikator Program dan Target	
B. Penjelasan Indikator	
<b>BAB VII  Indikator Kinerja Kegiatan</b>	36
A. Kegiatan Gizi Masyarakat	
1. Indikator dan Target	
2. Penjelasan Indikator	
B. Kegiatan Kesehatan Keluarga	
1. Indikator dan Target	
2. Penjelasan Indikator	
C. Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	
1. Indikator dan Target	
2. Penjelasan Indikator	
D. Kegiatan Kesehatan Lingkungan	
1. Indikator dan Target	
2. Penjelasan Indikator	
E. Kegiatan Kesehatan Kerja dan Olahraga	
1. Indikator dan Target	
2. Penjelasan Indikator	
F. Kegiatan Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya	
1. Indikator dan Target	
2. Penjelasan Indikator	
<b>BAB VIII Penutup</b>	68

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Sesuai dengan dengan amanat dari Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 yang mengatur tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, Kementerian Kesehatan telah menyusun Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 revisi ke-1 yang ditetapkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/422/2015. Menindaklanjuti hal tersebut, maka Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat menyusun Rencana Aksi revisi ke-1 sebagai dasar atau acuan untuk unit sakter direktorat di lingkup Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat dalam melakukan kegiatan.

Rencana Aksi Program revisi ke-1 Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat merupakan dokumen perencanaan kegiatan aksi dan unggulan yang memuat Program Kesehatan Masyarakat dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat.

Rencana Aksi ini revisi ke-1 telah menyesuaikan dengan perubahan struktur organisasi Kementerian Kesehatan yang ditetapkan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.

### **B. Maksud dan Tujuan**

- Rencana Aksi Program revisi ke-1 Kesehatan Masyarakat ini dimaksudkan sebagai acuan bagi penanggung jawab program lingkup Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat dalam pelaksanaan kegiatan.

- Tujuan dari pelaksanaan Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2015-2019 yaitu mendukung dan selaras dengan arah tujuan dari Kementerian Kesehatan dalam “Meningkatkan Status Kesehatan Masyarakat”. Upaya peningkatan status kesehatan masyarakat dilakukan pada semua siklus kehidupan (*life of cycle*) dan upaya kesehatan yang berkelanjutan (*continuum of care*) yaitu pada kelompok sasaran bayi, balita, anak sekolah, remaja, kelompok usia kerja, maternal dan lansia.

### **C. Dasar Hukum**

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaga Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaga Negara Republik Indonesia Nomor 4297);
2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaga Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaga Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Peraturan Presiden Nomor 5 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2010 – 2014
5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 374/MENKES /SK/ V/2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 375/MENKES /SK/ V/2009 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan Tahun 2005-2025
7. Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.02.02/MENKES/422/2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019 Revisi ke-I;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan.



## **BAB II**

### **KONDISI UMUM**

Arah kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan nasional Tahun 2015-2019 merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJPK) Periode 2005-2025. Sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat yang ditunjukkan dengan meningkatnya umur harapan hidup, menurunnya angka kematian ibu, kematian bayi dan kematian balita, serta menurunnya prevalensi gizi kurang pada Balita.

Dalam dokumen RPJMN Tahun 2015-2019, 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.

Secara internasional, keberhasilan dalam pembangunan dapat diukur dengan suatu indeks, yaitu Indeks Pembangunan Manusia (IPM). IPM merupakan ukuran agregat yang dipengaruhi oleh faktor tingkat ekonomi, pendidikan dan kesehatan. Kualitas SDM Indonesia saat ini masih tertinggal dibandingkan negara lain. Hal ini ditunjukkan oleh posisi IPM Indonesia yang berada pada urutan ke-108 dari 187 negara. Posisi IPM negara ASEAN lainnya lebih baik dibanding Indonesia, seperti Malaysia ada di urutan 56, Filipina 77, Thailand 67 dan Singapura 22.

Rasio tingkat kematian ibu menurut wilayah Tahun 2014 berdasarkan hasil SUPAS 2015 menunjukkan bahwa di Wilayah Indonesia Bagian Timur memiliki *Maternal Mortality Ratio* (MMR) lebih tinggi (MMRasio 489) apabila dibandingkan dengan wilayah lain, dimana jumlah kelahiran tertinggi masih terpusat di Wilayah Indonesia Bagian Barat (Jawa-Bali) dengan rasio 1.20. Dilihat berdasarkan karakteristik penolong persalinan menurut wilayah dari hasil SUPAS 2015, di regional Sulawesi masih ditemukan tenaga dukun dan penolong lainnya di luar

tenaga medis yang membantu proses persalinan. Selain itu, untuk persentase kematian ibu menurut tempat meninggal yang paling dominan terjadi adalah di tempat fasilitas kesehatan sebesar 70%.

Merujuk berdasarkan pemetaan pendistribusian sebaran *stunting* pada balita di Indonesia dari hasil Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa di Provinsi Sulawesi Selatan termasuk ke dalam daerah dengan kategori cakupan balita pendek (*stunting*) yang tinggi (> 40%) dibandingkan dengan provinsi lainnya. Fenomena *stunting* yang terjadi sekarang telah mengalami pergeseran posisi dari wilayah perkotaan ke pedesaan.

Tantangan yang dihadapi dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan adalah tingkat pendidikan perempuan usia produktif (15-49 tahun) yang berdasarkan hasil SUPAS, 2015 menyatakan bahwa di regional Sulawesi masih terdapat perempuan usia produktif yang hanya menamatkan pendidikan sampai dengan tingkat SMP atau dibawahnya. Hal ini menjadi permasalahan yang cukup serius, tingkat perkawinan di usia 20 tahun ke bawah masih dominan terjadi di kalangan masyarakat. Hal ini berdampak pada munculnya berbagai faktor resiko di dalam kehamilan sampai proses persalinan, yang diakibatkan oleh salah satu faktor “3T”, yaitu faktor “Terlalu Muda” dalam mempersiapkan kehamilan.

Faktor lain yang turut mendukung dalam permasalahan kependudukan adalah persebaran demografi yang kurang merata (lebih banyak yang tinggal di perkotaan) dan semakin tingginya angka fertilitas yang berdampak pada peningkatan jumlah penduduk (komposisi penduduk semakin besar). Hal ini secara makro akan menyebabkan timbulnya kesenjangan penduduk antar wilayah yang akan berakibat pada munculnya kantong-kantong kemiskinan dimana faktor ketimpangan pendapatan antar daerah semakin jelas dengan adanya reformasi kebijakan yang berbeda antar daerah.

Pola persebaran Penyakit Tidak Menular (PTM) berdasarkan status sosial ekonomi dapat terjadi di semua golongan, baik kaya dan miskin. Namun tingkat kecenderungannya lebih tinggi terjadi pada golongan penduduk

miskin. Hal ini menjadi beban Pemerintah dalam pembiayaan kesehatan yang dari tahun ke tahun semakin bertambah mencapai 16,9 Triliun (29,67%) untuk pendanaan jaminan kesehatan nasional dengan tipe penyakit yang paling dominan adalah katastropik yang mencapai 29,67% (penyakit jantung 13%, gagal ginjal kronis 7% dan kanker 5%). Upaya dalam penanggulangan permasalahan tersebut dibutuhkan adanya pengembangan produktivitas penduduk miskin melalui program pengentasan kemiskinan nasional. Program ini merupakan kunci perubahan yang dilaksanakan melalui reformasi birokrasi pemerintah.

Di negara berkembang seperti halnya di Indonesia, konsep paradigma sakit masih dominan digunakan. Kebijakan pemerintah sebelumnya masih berorientasi pada penyembuhan pasien, sehingga terlihat jelas peranan dokter, perawat dan bidan sebagai tenaga medis dan paramedis yang mendominasi. Untuk itu, maka dengan adanya perubahan paradigma sehat yang diusung melalui upaya promotif dan preventif tersebut pada akhirnya akan dapat menggeser pola pikir masyarakat dari awalnya yang bersifat pengobatan menjadi pencegahan.

Berdasarkan uraian dan gambaran kondisi kesehatan di atas, maka Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat akan mengambil peran pada Penguatan pelayanan kesehatan primer dari segi :

1. Meningkatkan pemberdayaan masyarakat
2. Melaksanakan upaya kesehatan masyarakat
3. Melaksanakan upaya kesehatan perorangan dan
4. Memantau dan mendorong pembangunan berwawasan kesehatan.

## BAB III

### TUJUAN DAN STRATEGIS KEMENTERIAN KESEHATAN

#### A. Tujuan

Tujuan Kementerian Kesehatan pada tahun 2015-2019, yaitu: 1) meningkatnya status kesehatan masyarakat dan; 2) meningkatnya daya tanggap (*responsiveness*) dan perlindungan masyarakat terhadap risiko sosial dan finansial di bidang kesehatan.

Peningkatan status kesehatan masyarakat dilakukan pada semua kontinum siklus kehidupan (*life cycle*), yaitu bayi, balita, anak usia sekolah, remaja, kelompok usia kerja, maternal, dan kelompok lansia. Tujuan indikator Kementerian Kesehatan bersifat dampak (*impact atau outcome*) dalam peningkatan status kesehatan masyarakat, indikator yang akan dicapai adalah :

1. Menurunnya angka kematian ibu dari 359 per 100.00 kelahiran hidup (SP 2010), 346 menjadi 306 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 2012).
2. Menurunnya angka kematian bayi dari 32 menjadi 24 per 1.000 kelahiran hidup.
3. Menurunnya persentase BBLR dari 10,2% menjadi 8%.
4. Meningkatnya upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, serta pembiayaan kegiatan promotif dan preventif.
5. Meningkatnya upaya peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat.

Sedangkan dalam meningkatkan daya tanggap (*responsiveness*) dan perlindungan masyarakat terhadap risiko sosial dan finansial di bidang kesehatan, maka ukuran yang akan dicapai adalah :

1. Menurunnya beban rumah tangga untuk membiayai pelayanan kesehatan setelah memiliki jaminan kesehatan, dari 37% menjadi 10%
2. Meningkatnya indeks *responsiveness* terhadap pelayanan kesehatan dari 6,80 menjadi 8,00.

## **B. Strategis**

### **1. Meningkatkan Tata Kelola Pemerintah yang Baik dan Bersih**

Strategi untuk meningkatkan tata kelola pemerintah yang baik dan bersih meliputi :

- a. Mendorong pengelolaan keuangan yang efektif, efisien, ekonomis dan ketatatan pada peraturan perundang-undangan.
- b. Meningkatkan transparansi dan akuntabilitas dengan memperhatikan rasa keadilan dan kepatutan.
- c. Mewujudkan pengawasan yang bermutu untuk menghasilkan Laporan Hasil Pengawasan (LHP) sesuai dengan kebutuhan pemangku kepentingan.
- d. Mewujudkan tata kelola manajemen Inspektorat Jenderal yang transparan dan akuntabel.

### **2. Meningkatkan Kompetensi dan Kinerja Aparatur Kementrian Kesehatan**

Strategi ini akan dilakukan melalui berbagai upaya antara lain :

- a. Menyusun standar kompetensi jabatan struktural untuk semua eselon.
- b. Mengembangkan sistem kaderisasi secara terbuka di *internal* Kementerian Kesehatan, misalnya dengan lelang jabatan untuk Eselon 1 dan 2.

### **3. Meningkatkan Sistem Informasi Kesehatan Integrasi**

Strategi ini akan dilakukan melalui berbagai upaya antara lain:

- a. Mengembangkan “*real time monitoring*” untuk seluruh Indikator Kinerja Program (IKP) dan Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) Kementerian Kesehatan.
- b. Meningkatkan kemampuan SDM pengelola informasi di tingkat kab/kota dan provinsi, sehingga profil kesehatan dapat terbit T+4 bulan, atau dapat terbit setiap bulan April.

Strategi selanjutnya adalah proses strategis *internal* Kementerian Kesehatan harus dikelola secara *excellent* yakni Meningkatkan Sinergisitas antar K/L, Pusat dan Daerah (SS6), Meningkatkan Kemitraan Dalam Negeri dan Luar Negeri (SS7), Meningkatkan Integrasi Perencanaan, Bimbingan Teknis dan Monitoring Evaluasi (SS8), dan Meningkatkan Efektivitas Penelitian dan pengembangan kesehatan (SS9).

#### **4. Meningkatkan Sinergitas Antar Kementerian/Lembaga**

Strategi ini akan dilakukan melalui berbagai upaya antara lain:

- a. Menyusun rencana aksi nasional program prioritas pembangunan kesehatan.
- b. Membuat forum komunikasi untuk menjamin sinergi antar Kementerian/Lembaga (K/L).

#### **5. Meningkatkan Daya Guna Kemitraan (Dalam dan Luar Negeri)**

Strategi ini akan dilakukan melalui berbagai upaya antara lain:

- a. Menyusun *roadmap* kerja sama dalam dan luar negeri.
- b. Membuat aturan kerja sama yang mengisi *roadmap* yang sudah disusun.
- c. Membuat forum komunikasi antar *stakeholders* untuk mengetahui efektivitas kemitraan baik dengan institusi dalam maupun luar negeri.

#### **6. Meningkatkan Integrasi Perencanaan, Bimbingan Teknis dan Pemantauan Evaluasi**

Strategi ini akan dilakukan melalui berbagai upaya antara lain:

- a. Penetapan fokus dan lokus pembangunan kesehatan.
- b. Penyediaan kebijakan teknis integrasi perencanaan dan *Monitoring* dan *Evaluasi* terpadu.

- c. Peningkatan kompetensi perencana dan pengevaluasi Pusat dan Daerah.
- d. Pendampingan perencanaan kesehatan di daerah.
- e. Peningkatan kualitas dan pemanfaatan hasil *Monitoring* dan *Evaluasi* terpadu.

## **7. Meningkatkan Efektivitas Penelitian dan Pengembangan Kesehatan**

Strategi ini akan dilakukan melalui berbagai upaya antara lain:

- a. Memperluas kerja sama penelitian dalam lingkup nasional dan international yang melibatkan Kementerian/Lembaga lain, perguruan tinggi dan pemerintah daerah dengan perjanjian kerja sama yang saling menguntungkan dan percepatan proses alih teknologi.
- b. Memperkuat jejaring penelitian dan jejaring laboratorium dalam mendukung upaya penelitian dan sistem pelayanan kesehatan nasional.
- c. Aktif membangun aliansi mitra *strategic* dengan Kementerian/Lembaga Non Kementerian, Pemda, dunia usaha dan akademisi.
- d. Meningkatkan diseminasi dan advokasi pemanfaatan hasil penelitian dan pengembangan untuk kebutuhan program dan kebijakan kesehatan.
- e. Melaksanakan penelitian dan pengembangan mengacu pada Kebijakan Kementerian Kesehatan dan Rencana Kebijakan Prioritas Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Tahun 2015-2019.
- f. Pengembangan sarana, prasarana, sumber daya dan regulasi dalam pelaksanaan penelitian dan pengembangan.

Untuk mencapai tujuan Kementerian Kesehatan, terlebih dahulu akan diwujudkan 5 (lima) sasaran strategis yang saling berkaitan sebagai hasil pelaksanaan berbagai program teknis secara

terintegrasi, yakni: 1).Meningkatnya Kesehatan Masyarakat (SS1); 2).Meningkatkan Pengendalian Penyakit (SS2); 3).Meningkatnya Akses dan Mutu Fasilitas Kesehatan (SS3); 4).Meningkatnya Jumlah, Jenis, Kualitas, dan Pemerataan Tenaga Kesehatan (SS4); dan 5) Meningkatkan Akses, Kemandirian, serta Mutu Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan (SS5).

## **8. Meningkatkan Kesehatan Masyarakat**

Strategi ini dimaksudkan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat mencakup pelayanan kesehatan bagi seluruh kelompok usia mengikuti siklus hidup sejak dari bayi sampai anak, remaja, kelompok usia produktif, maternal, dan kelompok usia lanjut (Lansia), yang dilakukan antara lain melalui:

- a. Melaksanakan penyuluhan kesehatan, advokasi dan menggalang kemitraan dengan berbagai pelaku pembangunan termasuk pemerintah daerah.
- b. Melaksanakan pemberdayaan masyarakat dan meningkatkan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan.
- c. Meningkatkan jumlah dan kemampuan tenaga penyuluh kesehatan masyarakat/dan tenaga kesehatan lainnya dalam hal promosi kesehatan.
- d. Mengembangkan metode dan teknologi promosi kesehatan yang sejalan dengan perubahan dinamis masyarakat.

## **9. Meningkatkan Pengendalian Penyakit**

- a. Untuk mengendalikan penyakit menular maka strategi yang dilakukan, melalui:

- 1) Perluasan cakupan akses masyarakat (termasuk skrining cepat bila ada dugaan potensi meningkatnya kejadian penyakit menular seperti *Mass Blood Survey* untuk malaria) dalam memperoleh pelayanan kesehatan terkait penyakit menular terutama di daerah-daerah yang berada di



perbatasan, kepulauan dan terpencil untuk menjamin upaya memutus mata rantai penularan.

- 2) Untuk meningkatkan mutu penyelenggaraan penanggulangan penyakit menular, dibutuhkan strategi *innovative* dengan memberikan otoritas pada petugas kesehatan masyarakat (*Public Health Officers*), terutama hak akses pengamatan faktor risiko, penyakit dan penentuan langkah penanggulangannya.
  - 3) Mendorong keterlibatan masyarakat dalam membantu upaya pengendalian penyakit melalui *community base surveillance* berbasis masyarakat untuk melakukan pengamatan terhadap hal-hal yang dapat menyebabkan masalah kesehatan dan melaporkannya kepada petugas kesehatan agar dapat dilakukan respon dini sehingga permasalahan kesehatan tidak terjadi.
  - 4) Meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan dalam pengendalian penyakit menular seperti tenaga epidemiologi, sanitasi dan laboratorium.
  - 5) Peningkatan peran daerah khususnya kabupaten/kota yang menjadi daerah pintu masuk negara dalam mendukung implementasi pelaksanaan *International Health Regulation* (IHR) untuk upaya cegah tangkal terhadap masuk dan keluarnya penyakit yang berpotensi menimbulkan kedaruratan kesehatan masyarakat.
  - 6) Menjamin ketersediaan obat dan vaksin serta alat diagnostik cepat untuk pengendalian penyakit menular secara cepat.
- b. Untuk penyakit tidak menular maka perlu melakukan deteksi dini secara pro-aktif mengunjungi masyarakat karena  $\frac{3}{4}$  penderita tidak tahu kalau dirinya menderita penyakit tidak menular terutama pada para pekerja. Di samping itu perlu mendorong kabupaten/kota yang memiliki kebijakan PHBS

untuk menerapkan kawasan bebas asap rokok agar mampu membatasi ruang gerak para perokok.

- c. Meningkatkan kesehatan lingkungan, strateginya adalah:
- 1) Penyusunan regulasi daerah dalam bentuk peraturan Gubernur, Walikota/Bupati yang dapat menggerakkan sektor lain di daerah untuk berperan aktif dalam pelaksanaan kegiatan penyehatan lingkungan seperti peningkatan ketersediaan sanitasi dan air minum layak serta tatanan kawasan sehat.
  - 2) Meningkatkan pemanfaatan teknologi tepat guna sesuai dengan kemampuan dan kondisi permasalahan kesehatan lingkungan di masing-masing daerah.
  - 3) Meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam wirausaha sanitasi.
  - 4) Penguatan POKJA Air Minum dan Penyehatan Lingkungan (AMPL) melalui pertemuan jejaring AMPL, Pembagian peran SKPD dalam mendukung peningkatan akses air minum dan sanitasi.
  - 5) Peningkatan peran Puskesmas dalam pencapaian kecamatan/kabupaten Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) minimal satu Puskesmas memiliki satu Desa SBS.
  - 6) Meningkatkan peran daerah potensial yang melaksanakan strategi adaptasi dampak kesehatan akibat perubahan iklim.

#### **10. Meningkatkan Akses dan Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan**

Untuk meningkatkan akses dan mutu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), maka upaya yang akan dilakukan adalah:

- a. Mewujudkan ketepatan alokasi anggaran dalam rangka pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan yang sesuai standar.

- b. Optimalisasi fungsi FKTP, dimana tiap kecamatan memiliki minimal satu Puskesmas yang memenuhi standar.
- c. Mewujudkan inovasi pelayanan, misalnya dengan *flying health care* (dengan sasaran adalah provinsi yang memiliki daerah terpencil dan sangat terpencil dan kabupaten/kota yang tidak memiliki dokter spesialis), *telemedicine*, RS Pratama, dan lain-lain.
- d. Mewujudkan dukungan regulasi yaitu melalui penyusunan kebijakan dan NSPK FKTP.
- e. Mewujudkan sistem kolaborasi pendidikan nakes antara lain melalui penguatan konsep dan kompetensi Dokter Layanan Primer (DLP) serta nakes strategis.
- f. Mewujudkan penguatan mutu advokasi, pembinaan dan pengawasan ke Pemerintah Daerah dalam rangka penguatan manajemen Puskesmas oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- g. Mewujudkan sistem manajemen kinerja FKTP melalui instrumen penilaian kinerja.

Untuk meningkatkan akses dan mutu fasilitas pelayanan kesehatan rujukan, maka strategi yang akan dilakukan adalah:

- a. Mewujudkan ketepatan alokasi anggaran dalam rangka pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan di RS yang sesuai standar.
- b. Mewujudkan penerapan sistem manajemen kinerja RS sehingga terjamin implementasi *Patient Safety*, standar pelayanan kedokteran dan standar pelayanan keperawatan.
- c. Mewujudkan penguatan mutu advokasi, pembinaan dan pengawasan untuk percepatan mutu pelayanan kesehatan serta mendorong RSUD menjadi BLUD.
- d. Optimalisasi peran UPT vertikal dalam mengampu Fasyankes daerah.

- e. Mewujudkan berbagai layanan unggulan (penanganan kasus tersier) pada Rumah Sakit rujukan nasional secara terintegrasi dalam *academic health system*.
- f. Mewujudkan penguatan sistem rujukan dengan mengembangkan sistem regionalisasi rujukan pada tiap provinsi (satu rumah sakit rujukan regional untuk beberapa kabupaten/kota) dan sistem rujukan nasional (satu Rumah Sakit rujukan nasional untuk beberapa provinsi).
- g. Mewujudkan kemitraan yang berdaya guna tinggi melalui program *sister hospital*, kemitraan dengan pihak swasta, KSO alat medis, dan lain-lain.
- h. Mewujudkan sistem kolaborasi pendidikan tenaga kesehatan.

#### **11. Meningkatkan Jumlah, Jenis, Kualitas Dan Pemerataan Tenaga Kesehatan**

Strategi yang akan dilakukan berbagai upaya antara lain:

- a. Penugasan khusus tenaga kesehatan berbasis tim (*Team Based*).
- b. Peningkatan distribusi tenaga yang terintegrasi, mengikat dan lokal spesifik.
- c. Pengembangan insentif baik material dan non material untuk tenaga kesehatan dan SDM Kesehatan.
- d. Peningkatan produksi SDM Kesehatan yang bermutu.
- e. Penerapan mekanisme registrasi dan lisensi tenaga dengan uji kompetensi pada seluruh tenaga kesehatan.
- f. Peningkatan mutu pelatihan melalui akreditasi pelatihan.
- g. Pengendalian peserta pendidikan dan hasil pendidikan.
- h. Peningkatan pendidikan dan pelatihan jarak jauh.
- i. Peningkatan pelatihan yang berbasis kompetensi dan persyaratan jabatan.
- j. Pengembangan sistem kinerja.

## **12. Meningkatkan Akses, Kemandirian dan Mutu Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan**

Untuk mewujudkan kemandirian bahan baku obat dibutuhkan komitmen politik yang tinggi. Strategi yang perlu dilakukan dari berbagai upaya antara lain:

- a. Regulasi perusahaan farmasi memproduksi bahan baku dan obat tradisional dan menggunakannya dalam produksi obat dan obat tradisional dalam negeri, serta bentuk insentif bagi percepatan kemandirian nasional
- b. Regulasi penguatan kelembagaan dan sistem pengawasan *pre* dan *post market* alat kesehatan.
- c. Pokja *Academy Business Government and Community* (ABGC) dalam pengembangan dan produksi bahan baku obat, obat tradisional dan alat kesehatan dalam negeri.
- d. Regulasi penguatan penggunaan dan pembinaan industri alat kesehatan dalam negeri.
- e. Meningkatkan kesadaran dan kepedulian masyarakat dan tenaga kesehatan tentang pentingnya kemandirian bahan baku obat, obat tradisional dan alat kesehatan dalam negeri yang berkualitas dan terjangkau.
- f. Mewujudkan Instalasi Farmasi Nasional sebagai *center of excellence* manajemen pengelolaan obat, vaksin dan perbekkes di sektor publik.
- g. Memperkuat tata laksana HTA dan pelaksanaannya dalam seleksi obat dan alat kesehatan untuk program pemerintah maupun manfaat paket JKN.
- h. Percepatan tersedianya produk generik bagi obat-obat yang baru habis masa patennya.
- i. Membangun sistem informasi dan jaringan informasi terintegrasi di bidang kefarmasian dan alat kesehatan.

- j. Menjadikan tenaga kefarmasian sebagai tenaga kesehatan strategis, termasuk menyelenggarakan program PTT untuk mendorong pemerataan distribusinya.
- k. Meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat rasional melalui penguatan manajerial, regulasi, edukasi serta sistem monitoring dan evaluasi.

**BAB IV**  
**KELEMBAGAAN DIREKTORAT JENDERAL**  
**KESEHATAN MASYARAKAT**

**A. Tugas dan Fungsi**

Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat mempunyai tugas menyelenggarakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan masyarakat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Berdasarkan tugas tersebut, 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 dan pemberdayaan masyarakat;
2. Pelaksanaan kebijakan di bidang peningkatan kesehatan keluarga, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olahraga, gizi masyarakat, serta promosi kesehatan dan 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 dan pemberdayaan masyarakat;
4. Pemberian bimbingan teknis dan supervisi di bidang peningkatan kesehatan keluarga, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olahraga, gizi masyarakat, 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;

7. Pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Menteri.

## **B. Struktur Kelembagaan**

Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat terdiri atas :

### 1. Sekretariat Direktorat Jenderal

Mempunyai tugas melaksanakan koordinasi pelaksanaan tugas dan pemberian dukungan administrasi Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat menyelenggarakan fungsi :

- a. Koordinasi dan penyusunan rencana, program, dan anggaran dan pengelolaan data dan informasi;
- b. Pengelolaan urusan keuangan dan barang milik negara;
- c. Penyiapan koordinasi dan pelaksanaan urusan hukum, organisasi, tata laksana, dan hubungan masyarakat;
- d. Pelaksanaan urusan yang terkait kepegawaian, ketatausahaan, kerumahtanggaan, arsip, dokumentasi dan layanan pengadaan;
- e. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan.

### 2. Direktorat Kesehatan Keluarga

Mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria, dan pemberian bimbingan teknis dan supervisi, serta pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang kesehatan keluarga sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Direktorat Kesehatan Keluarga menyelenggarakan fungsi :

- a. Penyiapan perumusan kebijakan di bidang kesehatan maternal dan neonatal, balita dan anak prasekolah, usia sekolah dan remaja, usia reproduksi dan keluarga berencana, dan lanjut usia, serta perlindungan kesehatan keluarga;
- b. Penyiapan pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan maternal dan neonatal, balita dan anak prasekolah, usia



sekolah dan remaja, usia reproduksi dan keluarga berencana, dan lanjut usia, serta perlindungan kesehatan keluarga;

- c. Penyiapan penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria di bidang kesehatan maternal dan neonatal, balita dan anak prasekolah, usia sekolah dan remaja, usia reproduksi dan keluarga berencana, dan lanjut usia, serta perlindungan kesehatan keluarga;
- d. Penyiapan pemberian bimbingan teknis dan supervisi di bidang kesehatan maternal dan neonatal, balita dan anak prasekolah, usia sekolah dan remaja, usia reproduksi dan keluarga berencana, dan lanjut usia, serta perlindungan kesehatan keluarga;
- e. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang kesehatan maternal dan neonatal, balita dan anak prasekolah, usia sekolah dan remaja, usia reproduksi dan keluarga berencana, dan lanjut usia, serta perlindungan kesehatan keluarga;
- f. Pelaksanaan urusan tata usaha dan rumah tangga Direktorat.

### 3. Direktorat Kesehatan Lingkungan

Mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria, dan pemberian bimbingan teknis dan supervisi, serta pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang kesehatan lingkungan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Direktorat Kesehatan Lingkungan menyelenggarakan fungsi :

- a. Penyiapan perumusan kebijakan di bidang penyehatan air dan sanitasi dasar, penyehatan pangan, dan penyehatan udara, tanah, dan kawasan, serta pengamanan limbah dan radiasi;
- b. Penyiapan pelaksanaan kebijakan di bidang penyehatan air dan sanitasi dasar, penyehatan pangan, dan penyehatan udara, tanah, dan kawasan, serta pengamanan limbah dan radiasi;

- c. Penyiapan penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria di bidang penyehatan air dan sanitasi dasar, penyehatan pangan, dan penyehatan udara, tanah, dan kawasan, serta pengamanan limbah dan radiasi;
- d. Penyiapan pemberian bimbingan teknis dan supervisi di bidang penyehatan air dan sanitasi dasar, penyehatan pangan, dan penyehatan udara, tanah, dan kawasan, serta pengamanan limbah dan radiasi;
- e. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang penyehatan air dan sanitasi dasar, penyehatan pangan, dan penyehatan udara, tanah, dan kawasan, serta pengamanan limbah dan radiasi;
- f. Pelaksanaan urusan tata usaha dan rumah tangga Direktorat.

#### 4. Direktorat Kesehatan Kerja dan Olahraga

Mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria, dan pemberian bimbingan teknis dan supervisi, serta pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang kesehatan kerja dan olahraga sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Direktorat Kesehatan Kerja dan Olahraga menyelenggarakan fungsi :

- a. Penyiapan perumusan kebijakan di bidang kesehatan okupasi dan surveilans, kapasitas kerja, lingkungan kerja, dan kesehatan olahraga;
- b. Penyiapan pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan okupasi dan surveilans, kapasitas kerja, lingkungan kerja, dan kesehatan olahraga;
- c. Penyiapan penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria di bidang kesehatan okupasi dan surveilans, kapasitas kerja, lingkungan kerja, dan kesehatan olahraga;
- d. Penyiapan pemberian bimbingan teknis dan supervisi di bidang kesehatan okupasi dan surveilans, kapasitas kerja, lingkungan kerja, dan kesehatan olahraga;

- e. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan okupasi dan surveilans, kapasitas kerja, lingkungan kerja, dan kesehatan olahraga;
- f. Pelaksanaan urusan tata usaha dan rumah tangga Direktorat.

#### 5. Direktorat Gizi Masyarakat

Mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria, dan pemberian bimbingan teknis dan supervisi, serta pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang gizi masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Direktorat Gizi Masyarakat menyelenggarakan fungsi :

- a. Penyiapan perumusan kebijakan di bidang peningkatan mutu dan kecukupan gizi, kewaspadaan gizi, penanggulangan masalah gizi, dan pengelolaan konsumsi gizi;
- b. Penyiapan pelaksanaan kebijakan di bidang peningkatan mutu dan kecukupan gizi, kewaspadaan gizi, penanggulangan masalah gizi, dan pengelolaan konsumsi gizi;
- c. Penyiapan penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria di bidang peningkatan mutu dan kecukupan gizi, kewaspadaan gizi, penanggulangan masalah gizi, dan pengelolaan konsumsi gizi;
- d. Penyiapan pemberian bimbingan teknis dan supervisi di bidang peningkatan mutu dan kecukupan gizi, kewaspadaan gizi, penanggulangan masalah gizi, dan pengelolaan konsumsi gizi;
- e. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang peningkatan mutu dan kecukupan gizi, kewaspadaan gizi, penanggulangan masalah gizi, dan pengelolaan konsumsi gizi;
- f. Pelaksanaan urusan tata usaha dan rumah tangga Direktorat.

6. Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
- Mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria, dan pemberian bimbingan teknis dan supervisi, serta pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat menyelenggarakan fungsi :
- a. Penyiapan perumusan kebijakan di bidang komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan, advokasi dan kemitraan, potensi sumber daya promosi kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat;
  - b. Penyiapan pelaksanaan kebijakan di bidang komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan, advokasi dan kemitraan, potensi sumber daya promosi kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat;
  - c. Penyiapan penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria di bidang komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan, advokasi dan kemitraan, potensi sumber daya promosi kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat;
  - d. Penyiapan pemberian bimbingan teknis dan supervisi di bidang komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan, advokasi dan kemitraan, potensi sumber daya promosi kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat;
  - e. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan di bidang komunikasi, informasi, dan edukasi kesehatan, advokasi dan kemitraan, potensi sumber daya promosi kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat;
  - f. Pelaksanaan urusan tata usaha dan rumah tangga Direktorat.

## **BAB V**

### **KEBIJAKAN PROGRAM KESEHATAN MASYARAKAT**

Di dalam konteks pembangunan Program Indonesia Sehat yang tercantum pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2015-2019 yang diturunkan ke dalam Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 revisi ke-1 yang menjadi acuan dalam penyusunan Rencana Aksi Program Kesehatan Masyarakat revisi ke-1, ditekankan perlunya pelaksanaan integratif 3 (tiga) pilar prioritas aspek pembangunan kesehatan nasional, yang terdiri dari Penerapan Paradigma Sehat, Penguatan Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam rangka mewujudkan Keluarga Sehat yang diatur di dalam Permenkes Nomor 39 Tahun 2016. Secara sinergis dan bersama-sama dengan para pemangku kepentingan publik serta masyarakat sebagai objek sekaligus subjek pembangunan kesehatan berperan serta dalam mendukung pelaksanaan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) yang secara makro kebijakan telah dipayungi oleh Inpres Nomor 1 Tahun 2017 yang secara inklusif dan terpadu digunakan sebagai dasar Kabupaten/Kota pada khususnya untuk implementasi Standar Pelayanan Kesehatan (SPM) Bidang Kesehatan di dalam desentralisasi kesehatan daerah dengan telah dikeluarkannya Petunjuk Teknis melalui dasar Permenkes 43 Tahun 2016 dan telah diatur legalitas pelaksanaannya melalui PP No. 2 Tahun 2018.

Mendasari pada 12 indikator Keluarga Sehat di dalam Permenkes Nomor 39 Tahun 2016 yang merupakan salah satu *entry point* di dalam pembangunan kesehatan melalui unit terkecil masyarakat yaitu keluarga, sehingga peran daerah untuk dapat meningkatkan cakupan upaya kesehatan promotif dan preventif sangat potensial. Dengan adanya kebijakan SPM bidang kesehatan ini sebagai “rambu-rambu” yang mengatur pelayanan kesehatan di tingkat kabupaten/kota, maka diharapkan dapat terlaksana perwujudan secara *total coverage* 100 % di daerah. Dalam rangka menjamin keberlangsungan

pelaksanaan SPM kesehatan dengan meningkatkan cakupan pelayanan, untuk membangun komponen bangsa yang sehat, maka perlu dilakukan upaya penggerakan bersama untuk berperilaku sehat melalui GERMAS.

Pendekatan keluarga merupakan cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, melainkan juga keluar gedung dengan mengunjungi keluarga di wilayah kerjanya. Keluarga dijadikan fokus dalam pendekatan pelaksanaan program Indonesia Sehat. Kunjungan rumah (keluarga) dilakukan secara terjadwal dan rutin, dengan memanfaatkan data dan informasi dari Profil Kesehatan Keluarga (*family folder*). Pendekatan keluarga yang dimaksud meliputi :

1. Kunjungan keluarga untuk pendataan/pengumpulan data Profil Kesehatan Keluarga dan Updating Data
2. Kunjungan keluarga dalam rangka promosi kesehatan sebagai upaya promotif dan preventif.
3. Kunjungan keluarga untuk menindaklanjuti hasil pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan dalam gedung.
4. Pemanfaatan data dan informasi dari Profil Kesehatan Keluarga untuk pengorganisasian/pemberdayaan masyarakat & manajemen Puskesmas.

Berdasarkan uraian kebijakan strategis Kementerian Kesehatan di atas, maka dapat dirumuskan kebijakan pokok program kesehatan masyarakat, terdiri dari 3 (tiga) aspek, yaitu :

1. Penguatan pelayanan kesehatan primer dalam upaya kesehatan masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat;
2. Penerapan pendekatan keberlanjutan pelayanan (*continuum of care*);
3. Mendorong lintas sektor mewujudkan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat

Upaya strategi yang dilakukan untuk pelaksanaan kebijakan tersebut, ditempuh melalui kegiatan sebagai berikut :

1. Akselerasi pemenuhan akses pelayanan kesehatan ibu, anak, remaja dan lanjut usia yang berkualitas;
2. Mempercepat perbaikan gizi masyarakat;
3. Meningkatkan penyehatan lingkungan;
4. Meningkatkan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat;
5. Meningkatkan upaya kesehatan kerja dan olahraga; serta
6. Meningkatkan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya pada program kesehatan masyarakat.

Pendekatan yang digunakan di dalam menggerakkan strategi pelaksanaan program kesehatan masyarakat di daerah, melalui mekanisme kegiatan yang HITS (Holistik, Integratif, Terpadu dan Spasial). Pada tahun 2018 dikembangkan kegiatan yang tidak hanya HITS, namun diperkuat dengan adanya manajemen program dan administratif yang dikelola secara efektif, efisien, akuntabel dan tepat sasaran.

## BAB VI

### INDIKATOR KINERJA PROGRAM KESEHATAN MASYARAKAT

#### A. Indikator Program dan Target

Sasaran kinerja pelaksanaan Program Kesehatan Masyarakat adalah meningkatnya ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi seluruh masyarakat. Indikator yang mendukung pencapaian sasaran sesuai dengan kesepakatan di dalam dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2018 mencakup :

1. Persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan (PF) sebesar 82%
2. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) sebesar 19.7%
3. Persentase Kabupaten/Kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan sebesar 35%

#### B. Penjelasan Indikator

1. Ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan (PF)

- a. Definisi Operasional

Definisi operasional program di daerah :

Ibu bersalin yang mendapat pertolongan persalinan **sesuai standar** (proses pelayanan persalinan diberikan mengikuti pedoman asuhan persalinan normal dan persalinan dengan penyulit di RS serta pada ibu yang akan bersalin ditawarkan pelayanan salah satu metode kontrasepsi) yang dilakukan oleh **tenaga kesehatan** (dokter atau bidan) di **fasilitas pelayanan kesehatan** (fasyankes tingkat primer / Puskesmas serta Jejaringnya (UKBM) dan fasyankes tingkat sekunder / RS).

Definisi operasional kinerja Renstra Kemenkes revisi ke-1:

Jumlah Kab/Kota yang melaporkan pelaksanaan pelayanan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan tepat waktu (Selambat-lambatnya tanggal 15 setiap bulan)



b. Formula / Cara Perhitungan

Formula perhitungan cakupan program :

Jumlah ibu bersalin di wilayah kerja Puskesmas yang mendapat pertolongan persalinan sesuai standar oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan dalam kurun waktu 1 tahun dibagi Jumlah sasaran ibu bersalin yang ada di wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun yang sama dikali dengan 100 %.

Formula perhitungan cakupan kinerja Renstra Kemenkes revisi ke-1:

Jumlah Kab/Kota yang melaporkan pelaksanaan pelayanan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan tepat waktu (Selambat-lambatnya tanggal 15 setiap bulan) dibagi jumlah seluruh Kab/Kota) dikali dengan 100%

c. Sumber Data : Laporan Bulanan Komdat Kesga

d. Waktu Pelaporan : Selambat-lambatnya tanggal 15 setiap bulan

e. Penanggung Jawab

Pengelola Data di Tingkat Kabupaten/Kota dan Provinsi.

f. Mekanisme Pelaporan

Data diperoleh secara online melalui komdat kesga dan email dengan mekanisme data yang dibentuk.

2. Ibu hamil kurang energi kronik (KEK)

a. Definisi Operasional

Proporsi ibu hamil dengan lingkaran lengan atas (LiLA) <23.5cm yang ada di suatu wilayah pada periode waktu tertentu.

b. Formula / Cara Perhitungan

Jumlah ibu hamil dengan LiLA < 23,5 cm/jumlah ibu hamil yang diukur LiLA) dikali dengan 100%

- c. Sumber Data
    - Laporan Monitoring Puskesmas : e-ppgbm, Kohort Antenatal Care, Formulir pencatatan pemberian makanan tambahan ibu hamil kurang energi kronik (KEK).
  - d. Waktu Pelaporan : setiap satu bulan sekali.
  - e. Penanggung Jawab
    - Petugas Gizi Puskesmas
  - f. Mekanisme Pelaporan
    - Data diperoleh secara online melalui website e-ppgbm dan Formulir pencatatan pemberian makanan tambahan Ibu hamil kurang energi kronik (KEK).
3. Kabupaten/Kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan
- a. Definisi Operasional
    - Peningkatan kualitas kesling pada kab/kota dengan kriteria minimal 4 dari 6 kriteria yang meliputi:
      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%
  - b. Formula / Cara Perhitungan
    - Jumlah kumulatif kab/kota yg memenuhi minimal 4 kriteria dibagi dengan Jumlah seluruh kab/kota dalam waktu tertentu dikali dengan 100 %.
  - c. Sumber Data
    1. Laporan Kegiatan Puskesmas
    2. Laporan Dinkes Kabupaten/Kota
  - d. Waktu Pelaporan : setiap tiga bulan sekali.
  - e. Penanggung Jawab
    - Pengelola Kesling (Sanitarian) Puskesmas.

f. Mekanisme Pelaporan

1. Manual : Petugas Puskesmas => Dinkes Kab./Kota => Dinkes Prov. => Subdit => TU => Direktur Kesling;
2. Elektronik : Puskesmas memasukkan data via SMS ke web => E-Monev IKK yang terhubung dengan E-Monev IKU ditambah dengan verifikasi oleh Dinkes Kab./Kota => Akses oleh pusat, provinsi, kabupaten/kota & sanitarian.

Indikator yang digunakan untuk mengukur capaian target pelaksanaan program Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Tahun 2015-2019 sesuai dengan Renstra Kemenkes rev ke-1 adalah sebagai berikut :

**Tabel 1. Indikator Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat**

Indikator	Target				
	2015	2016	2017	2018	2019
1. Persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan (PF)	75%	77%	79%	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%

## **BAB VII**

### **INDIKATOR KINERJA KEGIATAN**

#### **A. Kegiatan Gizi Masyarakat**

##### **1. Indikator dan Target**

Sasaran kegiatan adalah meningkatnya perbaikan gizi masyarakat.

Indikator pencapaian sasaran di tahun 2018 adalah :

- a) Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik yang mendapat makanan tambahan sebesar 80%;
- b) Persentase ibu hamil yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD) sebesar 95%;
- c) Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif sebesar 47%;
- d) Persentase bayi baru lahir mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD) sebesar 47%;
- e) Persentase balita kurus yang mendapat makanan tambahan sebesar 85%; dan
- f) Persentase remaja putri yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD) sebesar 25%.

##### **2. Penjelasan Indikator**

- b) Ibu hamil KEK yang mendapat makanan tambahan

- 1) Definisi Operasional

Persentase makanan tambahan bagi ibu hamil KEK yang disediakan pusat yang terdistribusi ke puskesmas sesuai dengan jumlah sasaran.

- 2) Formula / Cara Perhitungan

Jumlah makanan tambahan bagi ibu hamil KEK yang disediakan pusat yang didistribusikan ke puskesmas sesuai dengan jumlah sasaran dibagi dengan jumlah makanan

tambahan ibu hamil KEK yang diadakan pusat) dikali dengan 100%.

3) Sumber Data

Laporan Monitoring Puskesmas : e-ppgbm, Kohort ANC, Formulir pencatatan pemberian makanan tambahan ibu hamil kurang energi kronik (KEK).

4) Waktu Pelaporan : setiap satu bulan sekali.

5) Penanggung Jawab

Petugas Gizi Puskesmas

6) Mekanisme Pelaporan

Data diperoleh secara online melalui website SiGizi dan Formulir pencatatan pemberian makanan tambahan Ibu hamil kurang energi kronik (KEK).

c) Ibu hamil yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)

1) Definisi Operasional

Definisi operasional program di daerah :

Ibu hamil yang mendapat **Tablet yang mengandung Fe dan asam folat**, baik yang berasal dari **Program** (Tablet yang mengandung 60 mg elemental besi dan 0.25 mg asam folat yang disediakan oleh pemerintah dan diberikan secara gratis pada ibu hamil) **maupun Mandiri** (Tablet multivitamin dan mineral, minimal mengandung elemental besi dan asam folat yang diperoleh secara mandiri sesuai dengan anjuran) yang diberikan **minimal 90 tablet selama masa kehamilan** (setiap bulannya mendapat 10 Tablet Tambah Darah).

Definisi operasional kinerja Renstra Kemenkes revisi ke-1:

Persentase kabupaten dan kota yang melaporkan pelaksanaan pelayanan pemberian TTD bagi ibu hamil

2) Formula / Cara Perhitungan

Formula perhitungan cakupan program :

Jumlah ibu hamil yang mendapat minimal 90 TTD dibagi  
Jumlah sasaran ibu hamil yang ada di satu wilayah pada  
periode tertentu dikali dengan 100%.

Formula perhitungan cakupan kinerja Renstra Kemenkes  
revisi ke-1:

Jumlah kabupaten/kota yang melaporkan pelaksanaan  
pelayanan pemberian TTD bagi ibu hamil dibagi jumlah  
seluruh kabupaten dan kota) dikali dengan 100%

3) Sumber Data

Laporan Monitoring Puskesmas : e-pggbm, Kartu ibu, Kohort  
Antenatal Care (Kohort Ibu), dan Buku KIA.

4) Waktu Pelaporan : setiap satu bulan sekali.

5) Penanggung Jawab

Petugas Gizi dan Bidan Puskesmas/RS

6) Mekanisme Pelaporan

Formulir monitoring bulanan ibu selama hamil dan jumlah  
TTD yang diterima serta formulir pelaporan, mekanisme  
pelaporan melalui SiGizi.

d) Persentase bayi baru lahir yang mendapat IMD

1) Definisi Operasional

Definisi operasional program di daerah :

Proses inisiasi dimulai dari bayi baru lahir diletakkan segera  
setelah lahir dengan posisi tengkurap di dada atau perut ibu  
**minimal 1 jam** sehingga kulit bayi melekat pada kulit ibu.

Definisi operasional kinerja Renstra Kemenkes revisi ke-1:

Persentase kabupaten dan kota yang melaporkan cakupan  
IMD di wilayah kerjanya

2) Formula / Cara Perhitungan

Formula perhitungan cakupan program :

Jumlah bayi baru lahir yang mendapat IMD dibagi Jumlah bayi baru lahir di suatu wilayah pada periode tertentu dikali dengan 100%.

Formula perhitungan cakupan kinerja Renstra Kemenkes revisi ke-1:

Jumlah kabupaten dan kota yang melaporkan pelaksanaan pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil KEK dibagi jumlah seluruh kabupaten dan kota) dikali dengan 100%

3) Sumber Data

Web e-ppgbm, Buku KIA, Kohort Bayi, Laporan IMD RS, Puskesmas rawat inap, Bidan Praktik Mandiri, Kohort ibu.

4) Waktu Pelaporan :

Setiap 1 bulan dihitung secara kumulatif setahun.

5) Penanggung Jawab

Petugas Gizi dan Bidan Puskesmas.

6) Mekanisme Pelaporan

Pengiriman pelaporan secara online melalui SiGizi, dan laporan bulanan kesehatan bayi dengan tingkat frekuensi pengamatan sebulan sekali.

e) Bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI Eksklusif

1) Definisi Operasional

Definisi operasional program di daerah :

Bayi yang mencapai **umur 5 bulan 29 hari** yang **mendapat ASI (Air Susu Ibu) tanpa diberikan makanan lain / pendamping** pada bayi **selama 6 bulan** dan dicatat melalui register pencatatan/Buku KIA/KMS (Kartu Menuju Sehat).

Definisi operasional kinerja Renstra Kemenkes revisi ke-1:

Persentase kabupaten dan kota yang melaporkan cakupan ASI eksklusif di wilayah kerjanya

2) Formula / Cara Perhitungan

Formula perhitungan cakupan program :

Jumlah bayi yang mencapai umur 5 bulan 29 hari mendapat ASI Eksklusif selama 6 bulan dibagi Jumlah seluruh bayi mencapai umur 5 bulan 29 hari yang datang dan tercatat dalam register pencatatan/Buku KIA/KMS di suatu wilayah pada periode tertentu dikali dengan 100%.

Formula perhitungan cakupan kinerja Renstra Kemenkes revisi ke-1:

Jumlah kabupaten/kota yang melaporkan cakupan ASI Eksklusif di wilayah kerjanya dibagi jumlah seluruh kabupaten dan kota dikali dengan 100%

3) Sumber Data

Web e-ppgbm, Kohort bayi, SiGizi, dan SP2TP/ LB 3.

4) Waktu Pelaporan : Setiap 6 bulan (Februari dan Agustus).

5) Penanggung Jawab

Petugas Gizi dan Bidan Puskesmas

6) Mekanisme Pelaporan

Form ASI Eksklusif diisi setiap bulannya bersamaan dengan penimbangan di Posyandu dan dikirim ke SiGizi Kab/Kota.

f) Balita kurus yang mendapat makanan tambahan

1) Definisi Operasional

Persentase makanan tambahan bagi balita usia 6-59 bulan dengan BB/PB atau BB/TB  $\geq -3$  SD sampai  $< -2$  SD (kurus) yang disediakan pusat yang terdistribusi ke puskesmas sesuai dengan jumlah sasaran.

2) Formula / Cara Perhitungan

Jumlah makanan tambahan bagi balita 6 - 59 bulan dengan BB/PB atau BB/TB  $> -3$ SD sampai  $< -2$  SD (kurus) yang disediakan pusat yang terdistribusi ke puskesmas sesuai dengan jumlah sasaran dibagi jumlah makanan tambahan balita kurus yang diadakan pusat dikali dengan 100%.

3) Sumber Data

Data hasil laporan pengiriman MP-ASI dari pusat, provinsi ke kabupaten serta kabupaten ke puskesmas.



4) Waktu Pelaporan : setiap satu bulan sekali.

5) Penanggung Jawab

Petugas Gizi Puskesmas

6) Mekanisme Pelaporan

Data diperoleh secara online dengan frekuensi pengamatan sebulan sekali dengan data yang dikumpulkan :

a. Jumlah seluruh balita kurus yang ada di wilayah tertentu pada bulan ini; dan

b. Jumlah kasus balita kurus yang telah ditemukan dan diberikan makanan

g) Remaja putri yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)

1) Definisi Operasional

Definisi operasional program di daerah :

Remaja putri yang berusia **12-18 tahun** yang bersekolah di SLTP dan SLTA / sederajat yang mendapat **tablet yang mengandung Fe dan asam folat**, baik yang berasal dari **Program** (Tablet yang mengandung 60 mg elemental besi dan 0.25 mg asam folat yang disediakan oleh pemerintah dan diberikan secara gratis pada remaja putri) **maupun Mandiri** (Tablet multivitamin dan mineral, minimal mengandung elemental besi dan asam folat yang diperoleh secara mandiri sesuai dengan anjuran) **minimal 13 tablet setiap bulan** (1 tablet setiap minggu dan 1 tablet setiap hari selama 10 hari masa haid, minimal 4 bulan).

Definisi operasional kinerja Renstra Kemenkes revisi ke-1:

Jumlah kabupaten dan kota yang melaporkan pelaksanaan pelayanan pemberian TTD bagi remaja puteri usia 12-18 tahun yang bersekolah di SMP dan SMA atau sederajat di wilayah kerjanya.

2) Formula / Cara Perhitungan

Formula perhitungan cakupan program :

Jumlah remaja putri yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD) minimal 13 butir dalam sebulan dibagi Jumlah remaja putri di suatu wilayah pada periode tertentu dikali 100%.

Formula perhitungan cakupan kinerja Renstra Kemenkes revisi ke-1:

Jumlah kabupaten/kota yang melaporkan pelaksanaan pelayanan pemberian TTD bagi remaja puteri usia 12 - 18 tahun yang bersekolah di SMP dan SMA atau sederajat di wilayah kerjanya dibagi jumlah seluruh kabupaten/kota) dikali dengan 100%

3) Sumber Data

Laporan Monitoring Puskesmas : LB3 SP2TP, laporan UKS termasuk laporan TTD mandiri, dan SiGizi Puskesmas.

4) Waktu Pelaporan : Setiap 6 bulan sekali.

5) Penanggung Jawab

Petugas Gizi Puskesmas

6) Mekanisme Pelaporan

Data diperoleh secara online dengan frekuensi pengamatan sebulan sekali dengan data yang dikumpulkan :

- a. Jumlah remaja putri 12-18 tahun yang bersekolah di SLTP dan SLTA yang ada di wilayah tertentu; dan
- b. Jumlah remaja putri yang mendapat TTD.

Indikator yang digunakan untuk mengukur capaian target pelaksanaan kegiatan Pembinaan Perbaikan Gizi Masyarakat Tahun 2015-2019 adalah sebagai berikut :

**Tabel 2. Indikator Pembinaan Perbaikan Gizi Masyarakat**

Sasaran	Indikator	Target				
		2015	2016	2017	2018	2019
<b>Meningkatnya pelayanan gizi masyarakat</b>	Persentase ibu hamil KEK yang mendapat makanan tambahan	13%	50%	65%	80%	95%
	Persentase ibu hamil yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)	82%	85%	90%	95%	98%
	Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif	39%	42%	44%	47%	50%
	Persentase bayi baru lahir mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	38%	41%	44%	47%	50%
	Persentase balita kurus yang mendapat makanan tambahan	70%	75%	80%	85%	90%
	Persentase remaja puteri yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)	10%	15%	20%	25%	30%

## **B. Kegiatan Kesehatan Keluarga**

### **1. Indikator dan Target**

Sasaran kegiatan ini adalah meningkatnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan keluarga. Indikator pencapaian sasaran tersebut di tahun 2018 adalah :

- a) Persentase kunjungan neonatal pertama (KN1) sebesar 85%;
- b) Persentase ibu hamil yang mendapat pelayanan *antenatal* minimal 4 kali (K4) sebesar 78%;

- c) Persentase puskesmas yang melaksanakan penjangkaran kesehatan untuk peserta didik kelas 1 sebesar 65%;
- d) Persentase puskesmas yang melaksanakan penjangkaran kesehatan untuk peserta didik kelas 7 dan 10 sebesar 55%;
- e) Persentase Puskesmas yang menyelenggarakan kegiatan kesehatan remaja sebesar 40%.
- f) Persentase puskesmas yang melaksanakan kelas ibu hamil sebesar 87%; dan
- g) Persentase puskesmas yang melakukan Orientasi Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) sebesar 95%.

## 2. Penjelasan Indikator

- a) Kunjungan Neonatal Pertama (KN1)

- 1) Definisi Operasional

Definisi operasional program di daerah :

Cakupan **pelayanan kesehatan bayi baru lahir (umur 6 jam - 48 jam)** yang memperoleh **pelayanan sesuai standar** meliputi : (1) Pemeriksaan menggunakan pendekatan MTBM (Manajemen Terpadu Balita Muda), (2) perawatan tali pusat, (3) Konseling ASI dan tanda bahaya serta (4) pemberian imunisasi HB 0, vitamin K1, jika belum diberikan saat lahir.

Definisi operasional kinerja Renstra Kemenkes revisi ke-1:

Jumlah Kab/Kota yang melaporkan pelaksanaan pelayanan bayi baru lahir yang mendapatkan minimal 1 kali pelayanan Kunjungan Neonatal pada umur 6 - 48 jam, tepat waktu (Selambat-lambatnya tanggal 15 setiap bulan

- 2) Formula / Cara Perhitungan

Formula perhitungan cakupan program :

Jumlah bayi baru lahir yang telah mendapat 1 kali pelayanan Kunjungan Neonatal pada umur 6 - 48 jam sesuai standar di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu

dibagi Jumlah kelahiran hidup di satu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama dikali dengan 100 %.

Formula perhitungan cakupan kinerja Renstra Kemenkes revisi ke-1:

Jumlah Kab/Kota yang melaporkan pelaksanaan pelayanan bayi baru lahir yang mendapatkan minimal 1 kali pelayanan Kunjungan Neonatal pada umur 6 - 48 jam, tepat waktu (Selambat-lambatnya tanggal 15 setiap bulan) dibagi seluruh Kabupaten/Kota) dikali dengan 100 %

3) Sumber Data

- 1) Laporan Bulanan Komdat Kesga
- 2) Laporan LB3 Puskesmas
- 3) PWS KIA
- 4) Kohort

4) Waktu Pelaporan : setiap satu bulan sekali.

5) Penanggung Jawab

Pengelola Data di Tingkat Kabupaten/Kota dan Provinsi.

6) Mekanisme Pelaporan

Data diperoleh secara online melalui komdat kesga dan email sesuai dengan mekanisme data yang dibentuk.

b) Ibu hamil yang mendapat pelayanan *antenatal* minimal 4 kali

1) Definisi Operasional

Jumlah Kab/Kota yang melaporkan pelaksanaan pelayanan antenatal minimal 4 kali (1-1-2) tepat waktu (Selambat-lambatnya tanggal 15 setiap bulan).

2) Formula / Cara Perhitungan

Formula perhitungan cakupan program :

Jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal minimal 4 kali oleh tenaga kesehatan di wilayah kerja dalam kurun waktu tertentu dibagi Jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah dalam 1 tahun dikali 100 %.

Jumlah Kab/Kota yang melaporkan pelaksanaan pelayanan antenatal minimal 4 kali (1-1-2) tepat waktu (Selambat-lambatnya tanggal 15 setiap bulan) dibagi (jumlah seluruh Kab/Kota ) dikali dengan 100%

3) Sumber Data

- a. Laporan Bulanan Komdat Kesga
- b. Laporan LB3 Puskesmas
- c. PWS KIA
- d. Kohort

4) Waktu Pelaporan : setiap satu bulan sekali.

5) Penanggung Jawab

Pengelola Data di Tingkat Kabupaten/Kota dan Provinsi.

6) Mekanisme Pelaporan

Data diperoleh secara online melalui komdat kesga dan email sesuai dengan mekanisme data yang dibentuk.

c) Puskesmas yang melaksanakan penjangkaran kesehatan untuk peserta didik kelas 1

1) Definisi Operasional

Definisi operasional program di daerah :

Cakupan Puskesmas yang melaksanakan penjangkaran kesehatan pada peserta didik kelas 1 di wilayah kerja puskesmas tersebut dalam satu tahun ajaran.

2) Formula / Cara Perhitungan

Formula perhitungan cakupan program :

Jumlah Puskesmas yang melaksanakan penjangkaran kesehatan pada peserta didik kelas 1 di wilayah kerja puskesmas tersebut dalam 1 tahun ajaran) dibagi jumlah seluruh puskesmas di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama) dikali dengan 100 %

3) Sumber Data

Laporan Komdat Kesga

- 4) Waktu Pelaporan : setiap satu bulan sekali.
  - 5) Penanggung Jawab  
Pengelola Data di Tingkat Kabupaten/Kota dan Provinsi.
  - 6) Mekanisme Pelaporan  
Data diperoleh secara online melalui komdat kesga dan email sesuai dengan mekanisme data yang dibentuk.
- d) Puskesmas yang melaksanakan penjangkaran kesehatan untuk peserta didik kelas 7 dan 10
- 1) Definisi Operasional  
Cakupan Puskesmas yang melaksanakan penjangkaran kesehatan pada peserta didik kelas 7 dan 10 di wilayah kerja puskesmas tersebut dalam satu tahun ajaran
  - 2) Formula / Cara Perhitungan  
Jumlah Puskesmas yang melaksanakan penjangkaran kesehatan pada peserta didik kelas 7 dan 10 di wilayah kerja puskesmas tersebut dalam 1 tahun ajaran) dibagi (jumlah seluruh puskesmas di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama) dikali dengan 100 %.
  - 3) Sumber Data  
Laporan Komdat Kesga
  - 4) Waktu Pelaporan : setiap satu bulan sekali.
  - 5) Penanggung Jawab  
Pengelola Data di Tingkat Kabupaten/Kota dan Provinsi.
  - 6) Mekanisme Pelaporan  
Data diperoleh secara online melalui komdat kesga dan email sesuai dengan mekanisme data yang dibentuk.
- e) Puskesmas yang menyelenggarakan kegiatan Kesehatan Remaja
- 1) Definisi Operasional  
Cakupan Puskesmas yang menyelenggarakan kegiatan kesehatan peduli remaja di satu wilayah kerja dalam kurun

waktu satu tahun

2) Formula / Cara Perhitungan

Cakupan Puskesmas yang menyelenggarakan kegiatan kesehatan peduli remaja di satu wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun) dibagi Jumlah seluruh puskesmas di satu wilayah kerja dalam kurun waktu yang sama) dikali dengan 100 %.

3) Sumber Data

- a. Laporan Bulanan Komdat Kesga
- b. Laporan LB3 Puskesmas
- c. PWS KIA
- d. Kohort

4) Waktu Pelaporan : setiap satu bulan sekali.

5) Penanggung Jawab

Pengelola Data di Tingkat Kabupaten/Kota dan Provinsi.

6) Mekanisme Pelaporan

Data diperoleh secara online melalui komdat kesga dan email sesuai dengan mekanisme data yang dibentuk.

f) Puskesmas yang melaksanakan kelas ibu hamil

1) Definisi Operasional

Cakupan Puskesmas yang minimal 50% desa / kelurahan di wilayah kerjanya melaksanakan kelas ibu dalam kurun waktu 1 tahun.

2) Formula / Cara Perhitungan

Cakupan Puskesmas yang minimal 50% desa / kelurahan di wilayah kerjanya melaksanakan kelas ibu dalam kurun waktu 1 tahun dibagi Jumlah seluruh Puskesmas di satu wilayah kerja dalam tahun yang sama) dikali dengan 100 %.

3) Sumber Data

- a. Laporan Bulanan
- b. Komdat Kesga



- c. Laporan LB3 Puskesmas
  - d. PWS KIA
  - e. Kohort
- 4) Waktu Pelaporan : setiap tiga bulan sekali.
- 5) Penanggung Jawab  
Pengelola Data di Tingkat Kabupaten/Kota dan Provinsi
- 6) Mekanisme Pelaporan  
Data diperoleh secara online melalui Komdat Kesga dan email sesuai Mekanisme Data yang dibentuk
- g) Puskesmas yang melakukan Orientasi Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)
- 1) Definisi Operasional  
Cakupan Puskesmas yang melaksanakan Orientasi Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) di satu wilayah kerja dalam kurun waktu 1 tahun.
  - 2) Formula / Cara Perhitungan  
Jumlah Puskesmas yang melaksanakan Orientasi Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) di satu wilayah kerja dalam kurun waktu 1 tahun) dibagi (Jumlah seluruh Puskesmas di satu wilayah kerja dalam tahun yang sama) dikali dengan 100 %.
  - 3) Sumber Data
    - a. Laporan Bulanan
    - b. Komdat Kesga
    - c. Laporan LB3 Puskesmas
    - d. PWS KIA
    - e. Kohort
  - 4) Waktu Pelaporan : setiap tiga bulan sekali.
  - 5) Penanggung Jawab  
Pengelola Data di Tingkat Kabupaten/Kota dan Provinsi
  - 6) Mekanisme Pelaporan

Data diperoleh secara online melalui Komdat Kesga dan email sesuai Mekanisme Data yang dibentuk

Indikator yang digunakan untuk mengukur capaian target pelaksanaan kegiatan Kesehatan Keluarga Tahun 2015-2019 adalah sebagai berikut :

**Tabel 3. Indikator Pembinaan Kesehatan Keluarga**

Sasaran	Indikator	Target				
		2015	2016	2017	2018	2019
<b>Meningkatnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan bayi, anak dan remaja</b>	Persentase kunjungan neonatal pertama (KN1)	75%	78%	81%	85%	90%
	Persentase puskesmas yang melaksanakan penjangkaran kesehatan untuk peserta didik kelas 1	50%	55%	60%	65%	70%
	Persentase puskesmas yang melaksanakan penjangkaran kesehatan untuk peserta didik kelas 7 dan 10	30%	40%	50%	55%	60%
	Persentase puskesmas yang menyelenggarakan kegiatan kesehatan remaja	25%	30%	35%	40%	45%
Sasaran	Indikator	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Meningkatnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi</b>	Persentase Puskesmas yang melaksanakan kelas ibu hamil	78%	81%	84%	87%	90%
	Persentase Puskesmas yang melakukan orientasi Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)	77%	83%	88%	95%	100%
	Persentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal minimal 4 kali (K4)	72%	74%	76%	78%	80%

## **C. Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat**

### **1. Indikator dan Target**

Sasaran kegiatan ini adalah meningkatnya pelaksanaan promosi kesehatan dan pemberdayaan kepada masyarakat. Indikator pencapaian sasaran tersebut di tahun 2018 adalah :

- a) Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan PHBS sebesar 70%
- b) Persentase desa yang memanfaatkan dana desa 10% untuk UKBM sebesar 40%
- c) Jumlah dunia usaha yang memanfaatkan CSR-nya untuk program kesehatan sebesar 16 unit
- d) Jumlah organisasi kemasyarakatan yang memanfaatkan sumber dayanya untuk mendukung kesehatan sebesar 12 unit

### **2. Penjelasan Indikator**

- a) Kabupaten/kota yang memiliki kebijakan PHBS

- 1) Definisi Operasional

Persentase kabupaten/ kota yang menerbitkan kebijakan berupa Peraturan Daerah, Peraturan Bupati/Walikota, Instruksi Bupati / Walikota , Surat Keputusan Bupati / Walikota, Surat Edaran/Himbauan Bupati/Walikota tentang Germas/PHBS/perilaku sehat.

- 2) Formula / Cara Perhitungan

Jumlah Kabupaten/Kota yang menerbitkan kebijakan tentang Germas/PHBS/perilaku sehat dibagi jumlah kab dan kota) dikali dengan 100%.

- 3) Sumber Data

Kebijakan PHBS di kabupaten/kota.

- 4) Waktu Pelaporan : setiap tiga bulan sekali.

- 5) Penanggung Jawab

Pengelola Promkes

- 6) Mekanisme Pelaporan

- a. Pusat : E-monev DJA, E-monev Bappenas, Profil Promosi Kesehatan Provinsi dan Kabupaten, Laporan Tahunan;
  - b. Daerah : SP2TP, Profil Promosi Kesehatan di Tingkat Kabupaten dan Provinsi
- b) Desa yang memanfaatkan dana desa 10% untuk UKBM
1. Definisi Operasional
 

Persentase desa yang mengalokasikan dana desa secara bertahap sampai minimal 10% dari bidang pembangunan desa dan bidang pemberdayaan masyarakat untuk kesehatan.
  2. Formula / Cara Perhitungan
 

Jumlah desa yang mengalokasikan dana desa bersumber APBN dari bidang pembangunan desa dan bidang pemberdayaan masyarakat untuk kesehatan dibagi jumlah desa) dikali dengan 100%.
  3. Sumber Data
    - a. Laporan Kegiatan Puskesmas
    - b. Laporan Dinkes Kabupaten/Kota
  4. Waktu Pelaporan : setiap tiga bulan sekali.
  5. Penanggung Jawab
 

Pengelola Promkes
  6. Mekanisme Pelaporan
 

Data yang sampai ke Pusat diperoleh secara online melalui komdat pusdatin dan email data profil promosi kesehatan dari Dinkes Kabupaten/Kota
- c) Dunia usaha yang memanfaatkan CSR-nya untuk program kesehatan
- 1) Definisi Operasional

Jumlah dunia usaha yang memiliki MoU dengan Kementerian Kesehatan yang memanfaatkan CSR-nya untuk mendukung upaya promotif preventif bidang kesehatan.

2) Formula / Cara Perhitungan

Jumlah dunia usaha yang memiliki MoU dengan Kementerian Kesehatan yang memanfaatkan CSR-nya untuk mendukung upaya promotif preventif bidang kesehatan

3) Sumber Data

Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten / Kota.

4) Waktu Pelaporan : setiap tiga bulan sekali.

5) Penanggung Jawab

Pengelola Promkes

6) Mekanisme Pelaporan

a. Pusat : E-monev DJA, E-monev Bappenas, Profil Promosi Kesehatan Provinsi dan Kabupaten, Laporan Tahunan;

b. Daerah : SP2TP, Profil Promosi Kesehatan di Tingkat Kabupaten dan Provinsi

d) Organisasi kemasyarakatan yang memanfaatkan sumber dayanya untuk mendukung kesehatan

1) Definisi Operasional

Jumlah organisasi kemasyarakatan yang telah MoU dengan Kementerian Kesehatan yang memanfaatkan sumberdayanya untuk mendukung program kesehatan.

2) Formula / Cara Perhitungan

Jumlah organisasi kemasyarakatan yang telah MoU dengan Kementerian Kesehatan yang memanfaatkan sumberdayanya untuk mendukung program kesehatan.

3) Sumber Data

Laporan Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/kota.

4) Waktu Pelaporan : setiap tiga bulan sekali

5) Penanggung Jawab

Pengelola Promkes

6) Mekanisme Pelaporan

Data yang sampai ke Pusat diperoleh secara online melalui E-Monev Bappenas dan E-Monev DJA serta email data profil promosi kesehatan dari Dinkes Kabupaten/Kota.

Indikator yang digunakan untuk mengukur capaian target pelaksanaan kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Tahun 2015-2019 adalah sebagai berikut :

**Tabel 4. Indikator Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat**

Sasaran	Indikator	Target				
		2015	2016	2017	2018	2019
<b>Meningkatnya</b> pelaksanaan pemberdayaan dan promosi kesehatan kepada masyarakat.	Jumlah kebijakan publik yang berwawasan kesehatan	3	3	3	3	3
	Persentase kabupaten/kota yang memiliki kebijakan PHBS	40%	50%	60%	70%	80%
	Persentase desa yang memanfaatkan dana desa 10% untuk UKBM	10%	20%	30%	40%	50%
	Jumlah dunia usaha yang memanfaatkan CSR-nya untuk program kesehatan	4	8	12	16	20
	Jumlah organisasi kemasyarakatan yang memanfaatkan sumber dayanya untuk mendukung kesehatan	3	6	9	12	15

## **D. Kegiatan Kesehatan Lingkungan**

### **1. Indikator dan Target**

Sasaran kegiatan ini adalah meningkatnya penyehatan dan pengawasan kualitas lingkungan. Indikator pencapaian sasaran tersebut di tahun 2018 adalah:

- a) Jumlah desa/kelurahan yang melaksanakan STBM sebanyak 40.000 desa/kelurahan
- b) Persentase sarana air minum yang dilakukan pengawasan sebesar 45%
- c) Persentase Tempat-Tempat Umum (TTU) yang memenuhi syarat kesehatan sebesar 56%
- d) Persentase RS yang melakukan pengelolaan limbah medis sesuai standar sebesar 28%
- e) Persentase Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) yang memenuhi syarat kesehatan sebesar 26%
- f) Jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan tatanan kawasan sehat sebanyak 386 desa/kelurahan

### **2. Penjelasan Indikator**

- a) Desa/kelurahan yang melaksanakan STBM
  - 1) Definisi Operasional  
Desa/Kelurahan yang terverifikasi sebagai desa yang melaksanakan STBM yaitu Desa/Kelurahan yang memenuhi kriteria sbb :
    - telah dilakukan pemicuan STBM
    - telah memiliki natural leader
    - telah memiliki Rencana Kerja Masyarakat (RKM)
  - 2) Formula / Cara Perhitungan  
Jumlah kumulatif desa/kelurahan yang terverifikasi melaksanakan STBM
  - 3) Sumber Data
    - a. Laporan Kegiatan Puskesmas

- b. Laporan Dinkes Kabupaten/Kota
  - 4) Waktu Pelaporan : setiap tiga bulan sekali.
  - 5) Penanggung Jawab  
Pengelola Kesling (Sanitarian) Puskesmas.
  - 6) Mekanisme Pelaporan
    - a. Manual : Petugas Puskesmas => Dinkes Kab./Kota => Dinkes Prov. => Subdit => TU => Direktur Kesling;
    - b. Elektronik : Puskesmas memasukkan data via SMS ke web => E-Monev IKK yang terhubung dengan E-Monev IKU ditambah dengan verifikasi oleh Dinkes Kab./Kota => Akses oleh pusat, provinsi, kabupaten/kota & sanitarian.
- b) Sarana air minum yang dilakukan pengawasan
- 1) Definisi Operasional  
Pengawasan kualitas air minum adalah penyelenggara air minum yang diawasi kualitas hasil produksinya secara eksternal oleh Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota dan KKP yang dibuktikan dengan pengujian kualitas air. Penyelenggara air minum adalah :
    1. PDAM/BPAM/PT yang terdaftar di Persatuan Perusahaan Air Minum Seluruh Indonesia (Perpamsi)
    2. Sarana air minum komunal bukan jaringan perpipaan (sumur gali, SPT, PAH, Terminal Air)
    3. Depot air minum.
  - 2) Formula / Cara Perhitungan  
Jumlah sarana air minum yang diperiksa dibagi dengan Jumlah seluruh sarana air minum) dikali dengan 100 %.
  - 3) Sumber Data
    - a. Laporan Kegiatan Puskesmas
    - b. Laporan Dinkes Kabupaten/Kota
  - 4) Waktu Pelaporan : setiap tiga bulan sekali.
  - 5) Penanggung Jawab



Pengelola Kesling (Sanitarian) Puskesmas.

6) Mekanisme Pelaporan

- a. Manual : Petugas Puskesmas => Dinkes Kab./Kota => Dinkes Prov. => Subdit => TU => Direktur Kesling;
- b. Elektronik : Puskesmas memasukkan data via SMS ke web => E-Monev IKK yang terhubung dengan E-Monev IKU ditambah dengan verifikasi oleh Dinkes Kab./Kota => Akses oleh pusat, provinsi, kabupaten/kota & sanitarian.

c) Tempat-Tempat Umum (TTU) yang memenuhi syarat kesehatan

1) Definisi Operasional

Persentase Kabupaten/Kota yang melaporkan hasil pengawasan TTU sesuai standar dengan cara melakukan Inspeksi Kesehatan Lingkungan terhadap minimal 80% TTU yang terdaftar minimal 1 kali dalam kurun waktu 1 tahun. TTU adalah sarana pendidikan SD,SMP dan sederajat serta Puskesmas.

2) Formula / Cara Perhitungan

Jumlah Kab/Kota yang melaporkan hasil pengawasan TTU berdasarkan Inspeksi Kesehatan Lingkungan terhadap minimal 80% TTU yang terdaftar di wilayahnya dibagi dengan jumlah seluruh Kabupaten/Kota dikali dengan 100%.

3) Sumber Data

- a. Laporan Kegiatan Puskesmas
- b. Laporan Dinkes Kabupaten/Kota

4) Waktu Pelaporan : setiap tiga bulan sekali

5) Penanggung Jawab

Pengelola Kesling (Sanitarian) Puskesmas.

6) Mekanisme Pelaporan

- a. Manual : Petugas Puskesmas => Dinkes Kab./Kota => Dinkes Prov. => Subdit => TU => Direktur Kesling;

- b. Elektronik : Puskesmas memasukkan data via SMS ke web => E-Monev IKK yang terhubung dengan E-Monev IKU ditambah dengan verifikasi oleh Dinkes Kab./Kota => Akses oleh pusat, provinsi, kabupaten/kota & sanitarian.
- d) RS yang melakukan pengelolaan limbah medis sesuai standar
- 1) Definisi Operasional
 

RS yang melakukan pengolahan limbah medis adalah RS yang melakukan pemilahan dan pengolahan limbah medis sesuai aturan. Pemilahan adalah telah memisahkan antara limbah medis dan non medis. Pengolahan adalah proses pengolahan akhir limbah yang dilakukan sendiri atau melalui pihak ketiga yg berizin.

RS adalah RS pemerintah dan swasta yang terdaftar.
  - 2) Formula / Cara Perhitungan
 

Jumlah RS yang mengelola limbah medis sesuai peraturan dibagi dengan Jumlah RS yang terdaftar di Kemenkes) dikali 100%.
  - 3) Sumber Data
    - a. Laporan RS
    - b. Laporan Dinkes Kabupaten/Kota
  - 4) Waktu Pelaporan : setiap tiga bulan sekali.
  - 5) Penanggung Jawab
 

Pengelola Kesling (Sanitarian) Puskesmas.
  - 6) Mekanisme Pelaporan
    - a. Manual : Petugas Puskesmas => Dinkes Kab./Kota => Dinkes Prov. => Subdit => TU => Direktur Kesling;
    - b. Elektronik : Puskesmas memasukkan data via SMS ke web => E-Monev IKK yang terhubung dengan E-Monev IKU ditambah dengan verifikasi oleh Dinkes Kab./Kota => Akses oleh pusat, provinsi, kabupaten/kota & sanitarian.

e) Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) yang memenuhi syarat kesehatan

1) Definisi Operasional

TPM yang memenuhi syarat kesehatan adalah TPM yang dilaksanakan pengawasan melalui inspeksi Kesehatan Lingkungan dan pemeriksaan uji fisik oleh Puskesmas dan KKP pada TPM yang terdaftar minimal 1 kali dalam kurun waktu 1 tahun. TPM adalah Rumah Makan /Restoran/Jasaboga/Sentra Pangan Jajanan, Depot Air Minum

2) Formula / Cara Perhitungan

Jumlah TPM yang memenuhi syarat kesehatan berdasarkan hasil Inspeksi Kesehatan Lingkungan sesuai standar dalam kurun waktu 1 (satu) tahun dibagi dengan jumlah TPM terdaftar dikali dengan 100 %.

3) Sumber Data

- Laporan Kegiatan Puskesmas
- Laporan Dinkes Kabupaten/Kota

4) Waktu Pelaporan : setiap tiga bulan sekali.

5) Penanggung Jawab

Pengelola Kesling (Sanitarian) Puskesmas.

6) Mekanisme Pelaporan

- a. Manual : Petugas Puskesmas => Dinkes Kab./Kota => Dinkes Prov. => Subdit => TU => Direktur Kesling;
- b. Elektronik : Puskesmas memasukkan data via SMS ke web => E-Monev IKK yang terhubung dengan E-Monev IKU ditambah dengan verifikasi oleh Dinkes Kab./Kota => Akses oleh pusat, provinsi, kabupaten/kota & sanitarian.

f) Kab/kota yang menyelenggarakan tatanan kawasan sehat

1) Definisi Operasional

Kab/kota yang menyelenggarakan kawasan sehat adalah

jumlah kab/kota yang menyelenggarakan pendekatan Kab/Kota Sehat dengan membentuk Tim Pembina dan Forum Kab/Kota Sehat yang menerapkan minimal 2 Tatanan yaitu Tatanan Kawasan Sehat (1). Kawasan Permukiman, Sarana, dan Prasarana Umum dan (2). Kehidupan Masyarakat yang Mandiri.).

2) Formula / Cara Perhitungan

Jumlah kumulatif Kab/kota yang menyelenggarakan Tatanan Kawasan sehat.

3) Sumber Data

- a. Laporan Kegiatan Puskesmas
- b. Laporan Dinkes Kabupaten/Kota

4) Waktu Pelaporan : setiap tiga bulan sekali.

5) Penanggung Jawab

Pengelola Kesling (Sanitarian) Puskesmas.

6) Mekanisme Pelaporan

- a. Manual : Petugas Puskesmas => Dinkes Kab./Kota => Dinkes Prov. => Subdit => TU => Direktur Kesling;
- b. Elektronik : Puskesmas memasukkan data via SMS ke web => E-Monev IKK yang terhubung dengan E-Monev IKU ditambah dengan verifikasi oleh Dinkes Kab./Kota => Akses oleh pusat, provinsi, kabupaten/kota & sanitarian

Indikator yang digunakan untuk mengukur capaian target pelaksanaan kegiatan Kesehatan Lingkungan Tahun 2015-2019 adalah sebagai berikut :

**Tabel 5. Indikator Kesehatan Lingkungan**

Sasaran	Indikator	Target				
		2015	2016	2017	2018	2019
Meningkatnya penyehatan dan pengawasan kualitas lingkungan.	Jumlah desa/kelurahan yang melaksanakan STBM	25.000	30.000	35.000	40.000	45.000
	Persentase sarana air minum yang dilakukan pengawasan	30%	35%	40%	45	50%
	Persentase tempat umum yang memenuhi syarat kesehatan	50%	52%	54%	56%	58%
	Persentase RS yang melakukan pengelolaan limbah medis sesuai standar	10%	15%	21%	28%	36%
	Persentase Tempat Pengelolaan Makanan (TPM) yang memenuhi syarat kesehatan	8%	14%	20%	26%	32%
	Jumlah kabupaten/ kota yang menyelenggarakan tatanan kawasan sehat	346	356	366	376	386

## **E. Kegiatan Kesehatan Kerja dan Olahraga**

### **1. Indikator dan Target**

Sasaran kegiatan ini adalah meningkatnya upaya pembinaan kesehatan kerja dan olahraga. Indikator pencapaian sasaran tersebut di tahun 2018 adalah:

- a) Persentase puskesmas yang menyelenggarakan kesehatan kerja dasar sebesar 70%

- b) Jumlah pos UKK yang terbentuk di daerah PPI/TPI sebanyak 605 pos UKK
- c) Persentase fasilitas pemeriksaan kesehatan TKI yang memenuhi standar sebesar 100%
- d) Persentase Puskesmas yang melaksanakan kegiatan kesehatan olahraga pada kelompok masyarakat di wilayah kerjanya sebesar 50%

## **2. Penjelasan Indikator**

- a) Puskesmas yang menyelenggarakan kesehatan kerja dasar
  - 1) Definisi Operasional  
Persentase Puskesmas yang diberi pengetahuan kesehatan kerja.
  - 2) Formula / Cara Perhitungan  
Jumlah puskesmas yang mendapat orientasi atau pelatihan kesehatan kerja dibagi jumlah Puskesmas seluruh Indonesia dikali dengan 100%.
  - 3) Sumber Data
    - a. Laporan Tahunan Provinsi
    - b. Laporan Bulanan Kesehatan Pekerja (LBKP-2 Kab/Kota)
    - c. Laporan Bulanan Kesehatan Pekerja (LBKP-1 Puskesmas)
  - 4) Waktu Pelaporan : Tahunan.
  - 5) Penanggung Jawab  
Pengelola Kesehatan Kerja
  - 6) Mekanisme Pelaporan  
Melalui SP2TP dan email.
- b) Pos UKK yang terbentuk di daerah PPI/TPI
  - 1) Definisi Operasional  
Jumlah pos UKK di TPI/PPI yang memiliki kit pos UKK.
  - 2) Formula / Cara Perhitungan  
Jumlah pos UKK di TPI/PPI yang diberikan kit pos UKK.
  - 3) Sumber Data

Laporan Tahunan Provinsi tentang Kesehatan Kerja.

4) Waktu Pelaporan : Tahunan.

5) Penanggung Jawab  
Pengelola Kesehatan Kerja

6) Mekanisme Pelaporan  
Melalui SP2TP dan email

c) Fasilitas pemeriksaan kesehatan TKI yang memenuhi standar

1) Definisi Operasional

Persentase Rumah sakit atau klinik utama yang ditetapkan menteri kesehatan dan telah dibina oleh kementerian kesehatan yang dapat menyelenggarakan pemeriksaan kesehatan calon TKI sesuai standar pemeriksaan yang ditetapkan oleh Peraturan Menteri Kesehatan RI

2) Formula / Cara Perhitungan

Jumlah fasilitas pemeriksaan kesehatan TKI yang memenuhi standar dibagi jumlah fasilitas pemeriksaan kesehatan TKI dikali dengan 100%.

3) Sumber Data

Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Provinsi tentang pembinaan RS / klinik utama.

4) Waktu Pelaporan : Tahunan.

5) Penanggung Jawab  
Pengelola Kesehatan Kerja.

6) Mekanisme Pelaporan  
Email, Faximile dan Laporan Pembinaan.

d) Puskesmas yang melaksanakan kegiatan kesehatan olahraga pada kelompok masyarakat di wilayah kerjanya

1) Definisi Operasional

Persentase Puskesmas yang diberi pengetahuan kesehatan olahraga.

- 2) Formula / Cara Perhitungan  
Jumlah puskesmas yang mendapat orientasi atau pelatihan kesehatan olahraga dibagi jumlah Puskesmas seluruh Indonesia dikali dengan 100%.
- 3) Sumber Data  
Laporan Tahunan Dinas Kesehatan Provinsi tentang pembinaan rumah sakit/klinik utama.
- 4) Waktu Pelaporan : Tahunan.
- 5) Penanggung Jawab  
Pengelola Kesehatan Kerja.
- 6) Mekanisme Pelaporan  
Email, Faximile dan Laporan Pembinaan.

Indikator yang digunakan untuk mengukur capaian target pelaksanaan kegiatan Pembinaan Kesehatan Kerja dan Olahraga Tahun 2015-2019 adalah sebagai berikut :

**Tabel 6. Indikator Pembinaan Kesehatan Kerja dan Olahraga**

Sasaran	Indikator	Target				
		2015	2016	2017	2018	2019
<b>Meningkatnya pembinaan upaya kesehatan kerja dan olahraga</b>	Persentase puskesmas yang menyelenggarakan kesehatan kerja dasar	40%	50%	60%	70%	80%
	Jumlah pos UKK yang terbentuk di daerah PPI/TPI	230	355	480	605	730
	Persentase fasilitas pemeriksaan kesehatan TKI yang memenuhi standar	100%	100%	100%	100%	100%
	Persentase puskesmas yang melaksanakan kegiatan kesehatan olahraga pada kelompok masyarakat di wilayah kerjanya	20%	30%	40%	50%	60%



## **F. Kegiatan Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya Program Kesehatan Masyarakat**

### **1. Indikator dan Target**

Sasaran kegiatan ini adalah meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya pada Program Kesehatan Masyarakat. Indikator untuk pencapaian sasaran tersebut yaitu persentase realisasi kegiatan administrasi dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya Program Kesehatan Masyarakat sebesar 93%.

### **2. Penjelasan Indikator**

Dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya Program Kesehatan Masyarakat

#### 1) Definisi Operasional

Persentase realisasi anggaran dan realisasi output kegiatan program kesehatan masyarakat\

#### 2) Formula / Cara Perhitungan

Jumlah anggaran yang dimanfaatkan dan jumlah kegiatan yang dilaksanakan) / (total anggaran dan total output kegiatan) dikali dengan 100 %.

#### 3) Sumber Data

Laporan realisasi keuangan dan output kegiatan Program Kesehatan Masyarakat di Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten / Kota

#### 4) Waktu Pelaporan : setiap tiga bulan sekali

#### 5) Penanggung Jawab

Pengelola Program di Dinas Kesehatan Provinsi dan Kab / Kota

#### 6) Mekanisme Pelaporan

Melalui E-Monev Bappenas dan E-Monev DJA

Indikator yang digunakan untuk mengukur capaian target pelaksanaan kegiatan Dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2015-2019 adalah sebagai berikut :

**Tabel 6. Indikator Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya Program Kesehatan Masyarakat**

Sasaran	Indikator	Target				
		2015	2016	2017	2018	2019
<b>Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya pada program kesehatan masyarakat</b>	Persentase realisasi administrasi dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya program kesehatan masyarakat	90%	91%	92%	93%	94%

## **Rencana Aksi Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2015-2019 meliputi :**

### **1. Pemantapan Regulasi di Bidang Kesehatan Masyarakat**

Kebijakan Kesehatan Masyarakat yang berbasis bukti, berpihak kepada rakyat dan berdasarkan kemitraan lintas sektoral, perlu dibangun dan dikembangkan untuk mendukung dan mengarahkan upaya kesehatan yang bermutu bagi seluruh masyarakat. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan masyarakat yang bermutu dan efektif perlu adanya regulasi dan perlindungan yang jelas. Regulasi harus mampu mengantisipasi perkembangan teknologi dan globalisasi.

Penetapan standar, pedoman dan petunjuk teknis program kesehatan masyarakat yang berdayaguna tinggi perlu ditingkatkan sehingga penerapan kesehatan masyarakat dapat dilaksanakan oleh semua pihak. Harmonisasi standar dan regulasi perlu dilaksanakan antar lintas program dan lintas sektor, sehingga regulasi memiliki standarisasi yang memadai dan berkualitas.

### **2. Penyediaan Sarana Prasarana Upaya Kesehatan Masyarakat Primer**

Dukungan sarana prasarana yang memadai yang meliputi penyediaan makanan tambahan bagi ibu hamil KEK dan balita kurus, media promosi kesehatan dan KIE bagi masyarakat, media advokasi ke pemda, penyediaan instrument buku KIA dan Raport Kesehatanku serta PWS KIA di Puskesmas, penguatan penyehatan lingkungan dengan adanya penyediaan sanitarian dan kesling kit, media APD di tempat kerja menjadi beberapa contoh sarpras yang didukung oleh pusat untuk memastikan pelaksanaan kegiatan di daerah dapat berjalan baik.

### **3. Pengembangan SDM Kesehatan Masyarakat yang Kompeten melalui Peningkatan Kapasitas / Orientasi / Pelatihan**

Jumlah tenaga SDM kesehatan masyarakat harus proporsional dengan kebutuhan pelayanan di masyarakat, sehingga dapat melaksanakan upaya kesehatan masyarakat yang optimal. Pemenuhan kebutuhan ini

dapat tercapai bila tersedianya komponen pelatihan/orientasi yang sesuai dengan kebutuhan pengguna di lapangan serta mendukung penyelenggaraan program kesehatan di masyarakat yang terintegrasi. Kebutuhan pengembangan sumber daya manusia telah diidentifikasi secara lengkap di seluruh skala prioritas. Peningkatan kemampuan bagi para pengelola program di tingkat daerah, kabupaten/kota dan tingkat provinsi harus diprioritaskan.

#### **4. Meningkatkan Kemitraan dengan Masyarakat, Asosiasi, Profesi, Praktisi, Akademisi dalam Pengembangan Kesehatan Masyarakat**

Keberhasilan Program Kesehatan Masyarakat sangat tergantung kepada kerjasama antara departemen/instansi terkait, lembaga swadaya masyarakat, swasta, dunia usaha dan masyarakat. Kerjasama tersebut dilaksanakan dengan prinsip kemitraan berdasarkan asas kesetaraan, keterbukaan dan asas manfaat bersama. Hal yang sangat penting dari peran pemerintah adalah menciptakan kepemimpinan yang kuat pada semua pemegang program (*stakeholders*) dan masyarakat luas. Untuk itu, maka pelaksanaan upaya penggerakan program kesehatan bagi masyarakat perlu dilakukan secara bersama dan sinergis oleh berbagai program dan sektor yang terkait secara sistematis dan dilakukan dengan persiapan yang matang serta langkah-langkah yang tepat.

## **BAB VIII**

### **PENUTUP**

Rencana Aksi Program Kesehatan Masyarakat 2015–2019 revisi ke-1, merupakan penjabaran dari Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2015 – 2019 revisi ke -1.

Rencana Aksi ini merupakan dokumen perencanaan yang memuat tujuan dan sasaran yang harus dicapai oleh Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat dalam upaya pencapaian prioritas nasional.

Buku ini menjadi dasar atau acuan untuk unit eselon 2 di lingkup Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat dalam melakukan kegiatannya dalam mencapai target indikator program kesehatan masyarakat.

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