

## **KATA PENGANTAR**

Laporan Akuntabilitas Kinerja (LAKIP) merupakan laporan kinerja tahunan yang berisi pertanggungjawaban kinerja suatu instansi dalam mencapai tujuan/sasaran strategis instansi tersebut. Direktorat Kesehatan Keluarga sebagai salah satu unit eselon 2 di Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat di bawah Kementerian Kesehatan memiliki kewajiban menyusun LAKIP sesuai Permenpan No 53 tahun 2014

Penyusunan LAKIP TA 2016 ini sebagai sarana untuk mengkomunikasikan hasil kegiatan yang telah dilakukan oleh Direktorat Kesehatan Keluarga sesuai dengan tugas pokok dan fungsi institusi selama tahun 2016. Laporan kinerja ini diharapkan akan bermanfaat dalam memberikan masukan didalam pengambilan kebijakan dan penyempurnaan penyusunan rencana kerja tahun mendatang dengan memperhatikan kekurangan-kekurangan yang ada.

Masukan dan saran membangun dari semua pihak sangat diharapkan sebagai bahan penyempurnaan penyusunan laporan pada waktu yang akan datang. Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyusunan LAKIP ini.

Jakarta, Januari 2016

**Direktur Kesehatan Keluarga**

**dr. Eni Gustina, MPH**  
**NIP : 196308201994122003**

## **IKHTISAR EKSEKUTIF**

Direktorat Kesehatan Keluarga adalah unit baru yang lahir dari permenkes 64 tahun 2015. Kebijakan membagi habis tugas didalam Renstra 2015-2019 kedalam SOTK baru menempatkan Direktorat Kesehatan Keluarga memiliki tanggung jawab atas sasaran meningkatnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan bayi, anak dan remaja, meningkatnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi.

Secara umum, capaian kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga terkategori "baik". Semua indikator diatas dapat mencapai target yang telah ditetapkan. Permasalahan didalam pencapaian target adalah terkait belum optimalnya pencatatan dan pelaporan. Keterpaduan antar lintas program dan lintas sektor juga masih menjadi tantangan didalam pelaksanaan program.

Dari sisi perencanaan dan anggaran, sepanjang tahun 2016 DIPA mengalami revisi sebanyak 9 kali. Salah satunya adalah terkait selfblocking yang menyebabkan realisasi anggaran menjadi 77,32%. Adapun bila realisasi APBN (didalamnya termasuk realisasi hibah) tanpa memasukan alokasi selfblocking telah mencapai 94,58%.

## DAFTAR ISI

### Contents

|  |     |
|--|-----|
| KATA PENGANTAR .....   | i   |
| IKHTISAR EKSEKUTIF .....   | ii  |
| DAFTAR ISI .....   | iii |
| BAB I .....  | 1   |
| PENDAHULUAN.....   | 1   |
| A. Latar Belakang .....  | 1   |
| B. Tugas dan Fungsi Direktorat Kesehatan Keluarga .....  | 3   |
| C. Struktur Organisasi Direktorat Kesehatan Keluarga.....  | 4   |
| D. Isu dan Sasaran Strategis Kesehatan Keluarga.....   | 4   |
| Tujuan .....   | 6   |
| Sasaran Strategis.....   | 6   |
| E. Strategi Operasional.....   | 9   |
| F. Sistematika Laporan.....  | 10  |
| BAB II.....  | 12  |
| PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA .....   | 12  |
| A. Perencanaan Kinerja.....  | 12  |
| B. Perjanjian Kinerja.....   | 13  |
| BAB III .....  | 14  |
| AKUNTABILITAS KINERJA .....  | 14  |
| B. Evaluasi Dan Analisa Capaian Kinerja .....  | 16  |
| 1. Persalinan di Fasilitas Kesehatan .....   | 16  |
| 2. Kunjungan Neonatal Pertama (KN1).....   | 23  |
| 3. Ibu Hamil Mendapat Pelayanan Antenatal (K4).....  | 33  |
| 4. Puskesmas Yang Melakukan Orientasi Program<br>Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi (P4K)..... | 41  |
| 5. Puskesmas yang melaksanakan kelas ibu hamil.....  | 47  |

|   |    |
|---|----|
| 6. Indikator Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Kesehatan Peserta Didik ..... | 52 |
| 7. Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Kesehatan Peserta Didik Kelas 1 .....   | 58 |
| 8. Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Peserta Didik Kelas 7 & 10 .....        | 62 |
| 9. Indikator Puskesmas Melaksanakan Kegiatan Kesehatan Remaja.....            | 68 |
| B. Realisasi Anggaran.....  | 73 |
| BAB IV .....  | 77 |
| PENUTUP .....   | 77 |
| Kesimpulan .....  | 77 |
| Masalah Prioritas Dan Rencana Tindak Lanjut.....                              | 78 |

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Mengacu pada Permenkes No 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, Direktorat Kesehatan Keluarga merupakan direktorat yang melaksanakan tugas dalam bidang kesehatan maternal-neonatal, balita dan anakpra sekolah, usia sekolah dan remaja, usia reproduksi dan keluarga berencana dan lanjut usia serta perlindungan kesehatan keluarga. Mengacu kepada hal diatas maka kegiatan di Direktorat Kesehatan Keluarga merupakan penggabungan tujuan dan sasaran dari program kesehatan ibu, anak dan lansia. Isu strategis kegiatan kesehatan keluarga mengarah kepada pencapaian target pembangunan kesehatan nasional dan global yaitu upaya penurunan AKI dan AKB.

Di dalam penyelenggaraan kegiatan, Direktorat Kesehatan Keluarga sebagai bagian dari pemerintah berupaya menjalankan amanat UU Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggara Negara Yang Bersih dan Bebas dari KKN dengan mempertimbangkan azas yang terdapat di dalamnya, salah satunya adalah Azas Akuntabilitas. Landasan formal dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang mengacu pada Azas-Azas Umum Pemerintahan Yang Baik serta merupakan pengejawantahan dari penerapan Azas Akuntabilitas, Direktorat Kesehatan Keluarga menjalankan Instruksi Presiden Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP). Substansi dari sistem AKIP harus diupayakan untuk dibangun atau dikembangkan adalah melalui penyusunan dan

pelaksanaan perencanaan strategis, pengukuran dan evaluasi kinerja serta pelaporannya.

Penyusunan LAKIP Direktorat Kesehatan Keluarga tahun 2016 merupakan salah satu bentuk pertanggungjawaban (akuntabilitas) atas visi dan misi, tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan di dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. Pelaporan kinerja juga sebagai media untuk mengkomunikasikan pencapaian kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga dalam satu tahun anggaran kepada masyarakat dan pemangku kepentingan lainnya. Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Direktorat Kesehatan Keluargamengacu pada Permenpan No. 53 tahun 2014 sebagai bentuk pelaporan kinerja dan pertanggungjawaban untuk menilai keberhasilan dan kegagalan organisasi (Direktorat Kesehatan Keluarga) dalam mencapai sasaran program yang wajib dipenuhi, sebagaimana yang terdapat dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019 dan dokumen Penetapan Kinerja.

### **Maksud dan Tujuan**

Penyusunan LAKIP Kesehatan Keluarga adalah sebagai pelaporan kinerja dan bentuk pertanggungjawaban untuk menilai keberhasilan dan kegagalan organisasi (Direktorat Kesehatan Keluarga) dalam mencapai sasaran program yang wajib dipenuhi, sebagaimana yang terdapat dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019 dan dokumen Penetapan Kinerja.

**Tujuan :**

1. Memberikan informasi kinerja yang terukur kepada pemberi mandat atas kinerja yang telah dan seharusnya dicapai
2. Sebagai upaya perbaikan berkesinambungan bagi Direktorat Keluarga untuk meningkatkan kinerjanya.

**B. Tugas dan Fungsi Direktorat Kesehatan Keluarga**

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2015 Tentang Organisasi Dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 157, 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; dan
  - f. pelaksanaan urusan tata usaha dan rumah tangga Direktorat.

### C. Struktur Organisasi Direktorat Kesehatan Keluarga

Struktur organisasi direktorat kesehatan keluarga dikepalai oleh seorang direktur. Direktur membawahi 5 Subdit dan 1 Subag Tata Usaha dan kemudian Jabatan Fungsional.

**Gambar 1. Struktur Organisasi Direktorat Kesehatan Keluarga**



### D. Isu dan Sasaran Strategis Kesehatan Keluarga

#### Isu Strategis

Kementerian Kesehatan dengan visi, misi, dan Sasaran



strategisnya mendukung komitmen bersama pemerintah Indonesia didalam pembangunan kesehatan yang diantaranya adalah penurunan AKI dan AKB. Target RPJMN 2015-2019, AKI sebesar 306 per 100.000 KH dan AKB 24 per 1000 KB pada tahun 2019.

Menurut data SDKI, Angka Kematian Ibu sudah mengalami penurunan pada periode tahun 1994-2012 yaitu pada tahun 1994 sebesar 390 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 1997 sebesar 334 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 2002 sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 2007 sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup namun pada tahun 2012 , Angka Kematian Ibu meningkat kembali menjadi sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup.

Untuk AKB dapat dikatakan penurunan *on the track*, data terakhir SDKI 2012 menunjukkan angka 32 per 1.000 KH (SDKI 2012).Bila dilihat periode kematian bayi (terbanyak pada periode neonatal) penurunan kematian neonatal cenderung stagnan dalam 10 tahun terakhir dari 20 per 1000 KH (SDKI 2002-2003) menjadi 19 per 1000 KH (SDKI 2012).

Saat ini , BPS telah merilis hasil SUPAS tahun 2015, yang menyatakan AKI sebesar 305 per 100.000 KH dan AKB menunjukkan penurunan 22,23 per 1000 KH. Indikator antara untuk penurunan AKI dan AKB di capai melalui upaya mendorong persalinan di faskes, yang kemudian berlanjut kepada pelayanan kunjungan neonatal sebagai upaya lanjutan didalam menurunkan AKB.

## **Tujuan**

Tujuan dan sasaran Direktorat kesehatan Keluarga mengacu pada Renstra Kementerian Kesehatan RI tahun 2015 – 2019 yang mendukung pencapaian tujuan pembangunan kesehatan yaitu :

1. Menurunnya angka kematian ibu dari 359 per 100.000 kelahiran hidup, menjadi 306 per 100.000 kelahiran hidup
2. Menurunnya angka kematian bayi dari 32 menjadi 24 per 1.000 kelahiran hidup.

Didalam mencapai tujuan tersebut telah ditetapkan strategi nasional dan arah kebijakan nasional 2015-2019 yang kemudian juga menjadi tujuan (bersifat outcome) bagi Direktorat Kesehatan Keluarga yaitu :

1. Terjadinya Akselerasi Pemenuhan Akses Pelayanan Kesehatan Ibu, Anak, Remaja, dan Lanjut Usia yang Berkualitas.
2. Peningkatan cakupan, mutu, dan keberlangsungan upaya pencegahan penyakit dan pelayanan kesehatan ibu, bayi, balita, remaja, usia kerja dan usia lanjut.

## **Sasaran Strategis**

Didalam mencapai tujuan diatas Direktorat Kesehatan Keluarga melaksanakan kegiatan Pembinaan Kesehatan Bayi, Anak dan Remaja dan Pembinaan Kesehatan Ibu dan Reproduksi yang memiliki sasaran :

1. meningkatnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan bayi, anak dan remaja.

2. meningkatnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi.

### **Visi Misi**

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

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

Selanjutnya terdapat 9 agenda prioritas yang dikenal dengan NAWA CITA yang ingin diwujudkan pada Kabinet Kerja, yakni:

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

**Kebijakan:**

Meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang bermutu bagi setiap orang pada setiap tahapan kehidupan dengan pendekatan satu kesatuan pelayanan (*continuum of care*) melalui:

1. intervensi komprehensif (*six building block*),
2. integratif promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
3. paripurna,

4. berjenjang mulai dari masyarakat, fasyankes tingkat pertama dan rujukan
5. fokus pada kelompok sasaran sesuai kelompok umur (*life cycle*), daerah populasi tinggi, DTPK, jumlah kasus kematian ibu, bayi tertinggi, gizi buruk dan stunting
6. kemitraan antar pelaku sesuai strata kewenangan (provinsi, kabupaten/kota, swasta)

#### **E. Strategi Operasional**

1. Setiap Intervensi Promosi Kesehatan dalam siklus hidup, berdasarkan pada strategi promosi kesehatan, yaitu :
  - a. Pemenuhan kebijakan yang mendukung intervensi tersebut, baik berupa regulasi maupun dukungan sumber daya (dana, sarana prasarana, dan tenaga) dari pemerintah daerah maupun lintas sektoral,
  - b. Pelaksanaan kampanye atau KIE secara masif dalam upaya meningkatkan perhatian dan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan,
  - c. Pemberdayaan masyarakat melalui penguatan UKBM, serta
  - d. Adanya dukungan Mitra baik NGO, dunia usaha, institusi pendidikan, OP dan potensi lainnya.
2. Penguatan program dengan melihat dan mempertimbangkan fungsi dan kewenangan di masing-masing level (pusat dan daerah)
3. Pelaksanaan sinkronisasi, dan pengintegrasian program dan kegiatan di lingkup Dinkes Provinsi dan kab/kota menyesuaikan dengan SOTK baru
4. Penyesuaian indikator dan target dengan arah pembangunan jangka menengah (RPJMN dan Renstra), lengkap dengan

- definisi operasional, cara pengukuran, waktu pengukuran hingga format pelaporan
5. Penetapan kebijakan untuk daerah secara berimbang melalui breakdown target indikator secara berjenjang (nasional, provinsi, kabupaten/kota, Puskesmas)
  6. Sosialisasi indikator program kesehatan masyarakat secara berjenjang di internal dan eksternal lingkup kesehatan untuk mendapatkan komitmen pelaksanaan dan tercapainya target indikator.
  7. Penentuan kegiatan unggulan berdayaungkit tinggi, efisien dan efektif
  8. Melakukan pengawalan/pendampingan secara intensif dan berjenjang pada daerah yang menjadi locus minoritas masalah. Pelaksanaan penanggung jawab pembina wilayah dalam melakukan pendampingan/supervisi.
  9. Laporkan hasil kegiatan secara berkala dan tepat (tepat waktu, tepat sasaran, tepat sesuai standar)

#### **F. Sistematika Laporan**

Sistematika penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga mengacu kepada Permenpan No. 53 Tahun 2014 yang adalah sebagai berikut:

- Kata Pengantar
- Ikhtisar Eksekutif
- Daftar Isi
- Bab I Pendahuluan

Menjelaskan uraian singkat mengenai latar belakang, maksud dan tujuan penyusunan LAKIP serta penjelasan umum organisasi (termasuk didalamnya tugas dan fungsi Direktorat Kesehatan Keluarga), dengan penekanan

kepada aspek strategis organisasi serta permasalahan utama (*strategic issued*) yang sedang dihadapi organisasi.

- Bab II Perencanaan dan Perjanjian Kinerja  
Pada bab ini diuraikan ringkasan/ ikhtisar perjanjian kinerja tahun 2014
- Bab III Akuntabilitas Kinerja  
Menjelaskan pencapaian sasaran kinerja dengan mengungkapkan dan menyajikan hasil-hasil yang telah dicapai, sebagai pertanggungjawaban kinerja. Analisis tentang keberhasilan dan kegagalan capaian sasaran kinerja terkait dengan sumber daya (tenaga dan biaya) yang digunakan, realiasi anggaran.
- Bab IV Penutup  
Berisi kesimpulan umum atas capaian kinerja organisasi serta langkah dimasa mendatang yang akan dilakukan organisasi untuk meningkatkan kinerjanya.
- Lampiran

## BAB II

### PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA

#### A. Perencanaan Kinerja

Rencana kinerja yang disusun oleh Direktorat Kesehatan Keluarga mengacu pada Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan yang tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan nomor 52 tahun 2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019 dan kemudian di perjanjikan dalam dokumen Perjanjian Kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga kepada Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan RI.

#### Indikator Kinerja

Ukuran keberhasilan upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan keluarga akan dievaluasi melalui indikator yang mengacu pada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019.

**Tabel 1. Indikator Kesehatan Keluarga pada Renstra Kementerian Kesehatan RI 2015– 2019**

| Kegiatan                                  | Sasaran   | Indikator   | Target / tahun |      |      |      |      |
|---|---|---|----------------|------|------|------|------|
|   |   |   | 2015           | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Pembinaan Kesehatan Bayi, Anak dan Remaja | meningkatnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan bayi, anak dan remaja | Persentase Kunjungan Neonatal Pertama (KN1)   | 75%            | 78%  | 81%  | 85%  | 90%  |
|   |   | Persentase Puskesmas yang melaksanakan penjangkaran kesehatan untuk peserta didik kelas I         | 50%            | 55%  | 60%  | 65%  | 70%  |
|   |   | Persentase Puskesmas yang melaksanakan penjangkaran kesehatan untuk peserta didik kelas VII dan X | 30%            | 40%  | 50%  | 55%  | 60%  |
|   |   | Persentase Puskesmas yang menyelenggarakan kegiatan kesehatan remaja                              | 25%            | 30%  | 35%  | 40%  | 45%  |



|  |  |  |     |     |     |     |      |
|--|--|--|-----|-----|-----|-----|------|
|  |  |  |     |     |     |     |      |
| Pembinaan Kesehatan Ibu dan Reproduksi | meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi | 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 <i>antenatal</i> minimal 4 kali (K4)                         | 72% | 74% | 76% | 78% | 80%  |

## B. Perjanjian Kinerja

Merujuk pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara (Permenpan) No. 53 Tahun 2014 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, telah ditetapkan target kinerja berupa kesepakatan dalam pencapaian target tahun 2016.

**Tabel 2. Perjanjian Kinerja yang ditandatangani Direktur Kesehatan Keluarga dan Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat Tahun 2016**

| No. | Sasaran Program/ Kegiatan  | Indikator   | 2016 |
|-----|--|---|------|
| 1.  | NSPK Pembinaan Kesehatan Keluarga                                | 1. Persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (PF)                          | 77%  |
| 2.  | SDM Kesehatan yang ditingkatkan                                  | 2. Persentase Kunjungan Neonatal Pertama (KN1)  | 78%  |
| 3.  | Kapasitasnya dalam Pembinaan Kesehatan Keluarga                  | 3. Persentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan <i>antenatal</i> minimal 4 kali (K4) | 74%  |
| 4.  | Dukungan Sarana, Prasarana Pembinaan Kesehatan Keluarga          | 4. Persentase Puskesmas yang melaksanakan penjangkaran kesehatan untuk peserta didik    | 40%  |
| 5.  | Bimbingan Teknis dan Evaluasi dalam Pembinaan Kesehatan Keluarga |   |      |
| 6.  | Sistem Informasi dan Surveilans Pembinaan Kesehatan Keluarga     |   |      |
| 7.  | Dukungan layanan Manajemen                                       |   |      |

## **BAB III**

### **AKUNTABILITAS KINERJA**

#### **A. Pengukuran Kinerja Dan Analisis Pencapaian Kinerja**

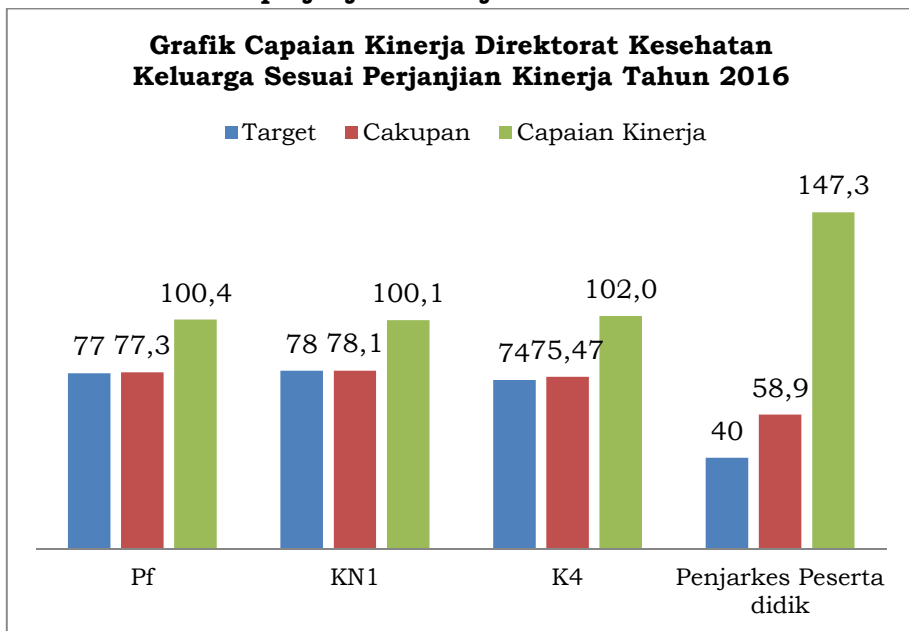
Evaluasi pencapaian kinerja bertujuan untuk mengetahui pencapaian realisasi, kemajuan dan kendala yang dijumpai dalam pelaksanaan program/ kegiatan. Indikator kinerja diukur melalui indikator kesehatan keluarga, realisasi kegiatan dan anggaran.

Pengukuran kinerja program kesehatan keluarga yang mengarah pada "dampak" (AKI dan AKB) tidak dapat dilakukan pertahun karena diperlukan suatu metode khusus seperti survey atau penelitian.

Secara umum, indikator kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga merupakan kinerja bersama antara pemerintah pusat, propinsi, kabupaten/kota hingga fasilitas kesehatan. Hal ini merupakan amanah Presiden melalui Bappenas bahwa indikator yang diminta adalah indikator yang bersifat output, *end user*, langsung kepada masyarakat. Sampai sejauh ini pengukuran kinerja sebagai dasar penilaian keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan program/kegiatan di level pusat/ Kementerian Kesehatan RI merupakan data pencapaian kinerja propinsi, kabupaten/kota bahkan hingga fasilitas kesehatan di tingkat dasar. Untuk itu, diperlukan mekanisme evaluasi dan pelaporan yang terintegrasi antara pusat dan daerah, lintas program, atau penetapan ulang terhadap terhadap indikator kinerja Kementerian Kesehatan – Direktorat Kesehatan Keluarga sesuai tugas pokok dan fungsi pemerintah di tingkat pusat.

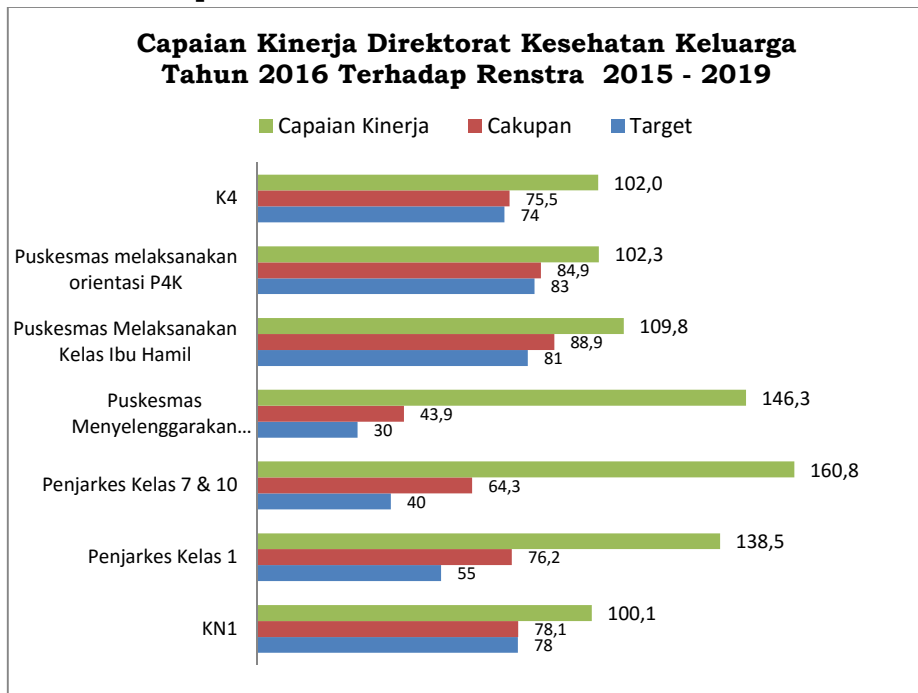
Didalam capaian kinerja tahun 2016, Direktorat Kesehatan Keluarga telah berhasil mencapai target yang diperjanjikan dengan Dirjen Kesehatan Masyarakat, (tertuang dalam dokumen perjanjian kinerja). Dan terkait dukungan dalam pencapaian Renstra Kementerian Kesehatan 2015 – 2019, di tahun 2016 ini Direktorat Kesehatan Keluarga juga berhasil mencapai target yang telah ditentukan sebagaimana digambarkan pada grafik dibawah (Capaian kinerja dihitung dengan membandingkan cakupan yang berhasil didapatkan dengan target yang ditentukan dan ditampilkan dalam satuan persentase).

**Grafik 1. Capaian Kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016 berdasarkan perjanjian kinerja**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016

**Grafik 2 : Capaian Kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016 Terhadap Renstra 2015 – 2019**



Sumber: Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016

Dari grafik diatas tergambar capaian kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga sebesar 100 % untuk semua indikator yang di limpahkan kepada Direktorat Kesehatan Keluarga.

## **B. Evaluasi Dan Analisa Capaian Kinerja**

Berikut adalah gambaran pencapaian per indikator program kesehatan keluarga dengan informasi pembandingan data capaian, keberhasilan/kegagalan, hambatan/kendala dan permasalahan yang dihadapi serta upaya yang akan dilakukan sebagai pemecahan masalah.

### **1. Persalinan di Fasilitas Kesehatan**

Persalinan di fasilitas kesehatan merupakan indikator baru di Renstra 2015 – 2019. Pada Renstra sebelumnya lebih dikenal

dengan "persalinan oleh nakes" (Pn). Perubahan indikator ini dilakukan untuk menjawab kajian terkait upaya penurunan AKI dan AKB yang ternyata dirasakan masih kurang optimal (Kondisi di Indonesia dimana masih terdapat kepercayaan terhadap "dukun beranak", dan pola bersalin di rumah, menyebabkan bahwa persalinan oleh nakes yang diasumsikan akan memenuhi



standar, baik secara kelayakan tempat, sarana prasarana, dll, ternyata menghasilkan dampak yang kurang cukup mendongkrak penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi).

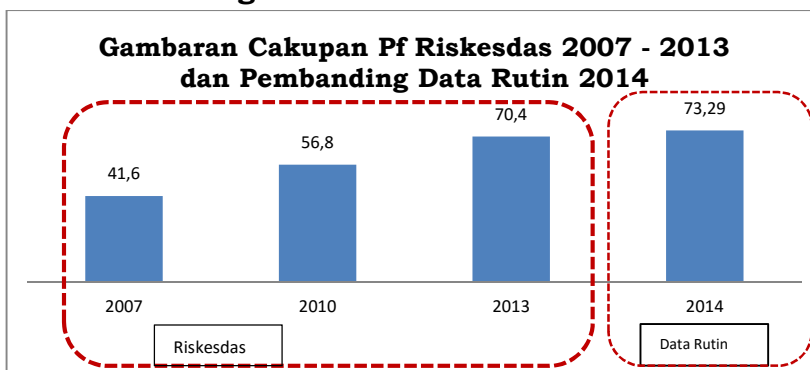
Melihat kondisi diatas, maka persalinan oleh nakes di tingkatkan menjadi persalinan di fasilitas kesehatan yang merupakan upaya mendorong ibu bersalin untuk bersalin di fasilitas kesehatan. Dengan komitmen ini maka akses ibu hamil dan bersalin terhadap pelayanan kesehatan menjadi sasaran penting bagi Direktorat Kesehatan Keluarga dalam mencapai sasaran Renstra "meningkatnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi". Dan harapannya adalah setiap ibu bersalin mendapatkan pelayanan sesuai standar yang sehingga kematian ibu dan bayi dapat diturunkan.

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

### **Analisa Capaian Kinerja**

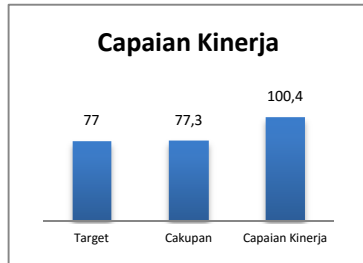
Tren realisasi cakupan persalinan di fasilitas pelayanan Kesehatan berdasarkan Riskesdas menunjukkan kecenderungan peningkatan dari tahun ke tahun. Riskesdas tahun 2007 persalinan di faskes menunjukkan angka sebesar 41,6%, tahun 2010 sebesar 56,8%, dan pada tahun 2013 sebesar 70,4%. Berdasarkan Data Rutin Direktorat Bina Kesehatan Ibu tahun 2014, realisasi cakupan PF sebesar 73,29%. Data tersebut, sebagaimana digambarkan pada grafik dibawah dijadikan dasar dalam penentuan target awal di tahun 2015.

**Grafik 3. Gambaran Cakupan Pf Riskesdas 2007 – 2013 dan Pembanding Data Rutin 2014**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016

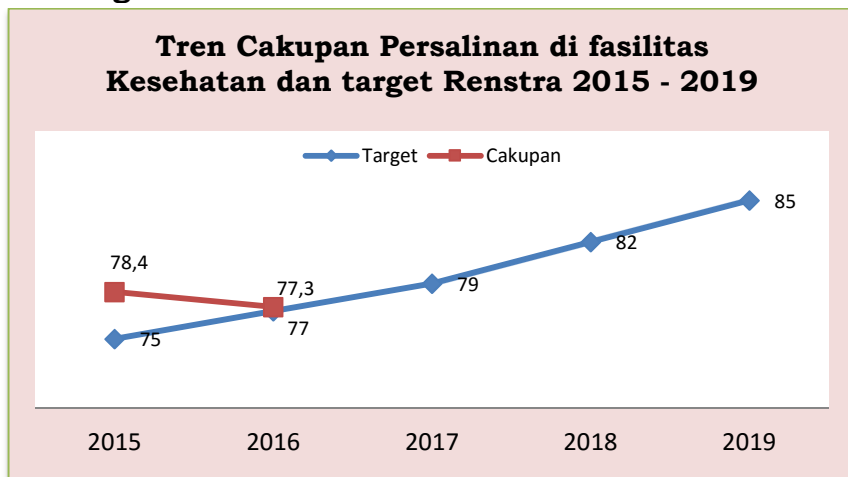
Pada tahun 2016, indikator Persalinan di Fasilitas Kesehatan berhasil mencapai target 2016 sebesar 77% ibu bersalin.



Dengan cakupan sebesar 77,3 % tercatat sebanyak 3.951.232 ibu bersalin telah bersalin di fasilitas Kesehatan. Dengan cakupan sebesar 77,3% dan target sebesar 77% maka

terhitung capaian kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga terkait indikator Pf adalah sebesar 100,4%.

**Grafik 4. Tren Cakupan Persalinan di Fasilitas Kesehatan dan Target Renstra 2015-2019**



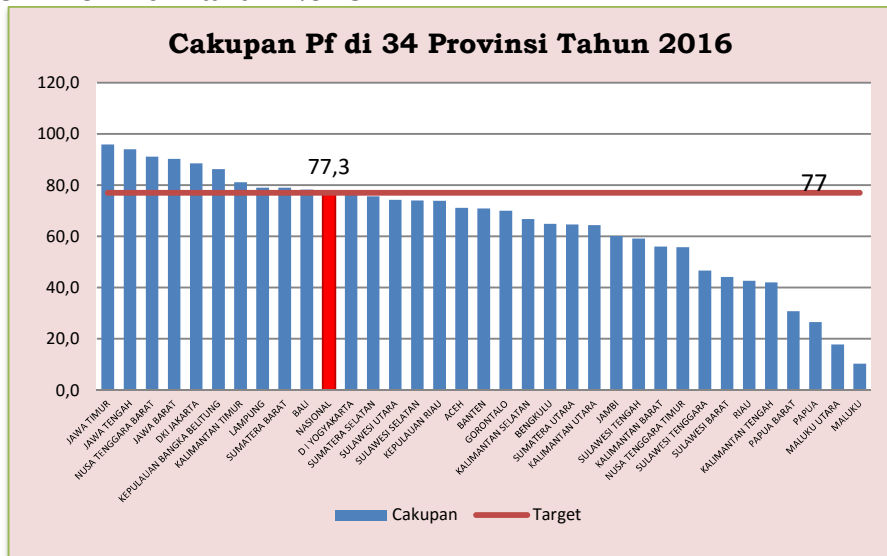
Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016

Bila di lihat tren cakupan Pf sebagaimana ditampilkan grafik diatas, pada tahun 2015 cakupan Pf sebesar 78,4% dan pada tahun 2016 sebesar 77,3%. Angka ini menunjukkan kesan tren penurunan cakupan walaupun dari sisi target masih dalam kategori baik (tercapai). Kesan penurunan ini di sebabkan belum masuknya seluruh data daerah saat LAKIP disusun. Terdapat provinsi (kurang lebih 40%) yang mengirimkan data hanya sampai bulan november 2016.

Bila dibandingkan dengan target 2017 sebesar 79% maka Direktorat Kesehatan Keluarga harus mengupayakan peningkatan sebesar 2 poin dari cakupan 2016 sebesar

77,3% dan bila dibandingkan dengan target 2019 terdapat gap 8 poin yang harus di upayakan. Dengan pengalaman tren yang terus meningkat (berdasarkan hasil Riskesdas), maka dapat dikatakan cakupan Pf, “on the track” dengan catatan sistem pelaporan satu pintu harus segera direalisasikan dan dilakukan pendampingan.

**Grafik 5. Cakupan Persalinan di Fasilitas Kesehatan (Pf) di 34 Provinsi Tahun 2016**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016

Dari grafik diatas tergambar bahwa cakupan Pf masih terjadi disparitas di 34 provinsi di Indonesia. Bila dibandingkan dengan target nasional sebesar 77%, maka 10 provinsi telah mencapai target dan 24 Provinsi belum mencapai target nasional. Dari 24 provinsi yang belum mencapai target bila disandingkan dengan target nasional, maka terdapat 8 provinsi yang memiliki capaian kinerja diatas 90%, 4 provinsi dengan capaian kinerja 80% – 90%, 4 provinsi dengan capaian kinerja 70%-80%, dan 8 provinsi dengan capaian kinerja dibawah 70 %.



**Tabel Capaian Kinerja Provinsi terhadap target nasional Tahun 2016**

| <b>PROVINSI</b>     | <b>CAKUPAN</b> | <b>KINERJA</b> |
|---------------------|----------------|----------------|
| D I Yogyakarta      | 76.9           | 0.99           |
| Sumatera Selatan    | 75.7           | 0.98           |
| Sulawesi Utara      | 74.3           | 0.96           |
| Sulawesi Selatan    | 74.0           | 0.96           |
| Kepulauan Riau      | 73.9           | 0.96           |
| Aceh                | 71.1           | 0.92           |
| Banten              | 70.9           | 0.92           |
| Gorontalo           | 70.0           | 0.91           |
| Kalimantan Selatan  | 66.8           | 0.87           |
| Bengkulu            | 64.9           | 0.84           |
| Sumatera Utara      | 64.6           | 0.84           |
| Kalimantan Utara    | 64.4           | 0.84           |
| Jambi               | 60.2           | 0.78           |
| Sulawesi Tengah     | 59.1           | 0.77           |
| Kalimantan Barat    | 56.0           | 0.73           |
| Nusa Tenggara Timur | 55.8           | 0.73           |
| Sulawesi Tenggara   | 46.7           | 0.61           |
| Sulawesi Barat      | 44.2           | 0.57           |
| Riau                | 42.7           | 0.55           |
| Kalimantan Tengah   | 42.1           | 0.55           |
| Papua Barat         | 30.8           | 0.40           |
| Papua               | 26.5           | 0.34           |
| Maluku Utara        | 17.8           | 0.23           |
| Maluku              | 10.3           | 0.13           |

### **Faktor Pendukung**

Faktor pendukung pencapaian indikator ditingkat nasional antara lain :

1. Dukungan regulasi pelayanan KIA oleh Pemda
2. Dukungan LP/LS dan organisasi profesi didalam pelayanan KIA

3. Variable penilaian Persalinan di fasilitas kesehatan telah dilaksanakan dilapangan walaupun dari sisi indikator Resntra, maka Pfmasih tergolong baru

### **Faktor Penghambat**

Melihat disparitas yang ada, berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi, beberapa faktor yang menghambat pencapaian nasional indikator persalinan di fasilitas kesehatan yang antara lain :

1. Tingkat pendidikan ibu yang masih rendah
2. Dukungan Keluarga yang masih rendah
3. Faktor geografis

### **Upaya Pencapaian Persalinan di Fasilitas Kesehatan**

1. Untuk daerah-daerah dengan kondisi geografis sulit dimana akses ke fasilitas pelayanan kesehatan menjadi kendala. Direktorat Kesehatan Keluarga menerapkan kebijakan melanjutkan pengembangan program Kemitraan Bidan dan Dukun serta Rumah Tunggu Kelahiran. Para Dukun diupayakan bermitra dengan Bidan dalam hal pengaturan hak dan kewajiban sehingga terdapat kejelasan peran dan tugas masing-masing pihak. Mendorong Pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan tidak lagi dikerjakan oleh Dukun, namun wajib dirujuk ke Bidan
2. Ketika ibu hamil yang di daerahnya tidak terdapat Bidan atau memang memiliki kondisi penyulit, maka pada saat menjelang hari taksiran persalinan diupayakan sudah berada di dekat fasilitas



pelayanan kesehatan, yaitu dapat tinggal di Rumah Tunggu Kelahiran. Untuk itu pada tahun 2016 telah di gelontorkan dana dari pusat melalui mekanisme DAK yaitu jampersal dimana jampersal ini adalah upaya mendekatkan akses ibu hamil ke faskes melalui pembiayaan transportasi dan sewa RTK.

3. Meningkatkan pengetahuan dan dukungan keluarga melalui kegiatan kelas ibu hamil, dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Sebagai sumber informasi KIA maka telah dilakukan pengadaan Buku KIA sejumlah sasaran Ibu Hamil.

## **2. Kunjungan Neonatal Pertama (KN1)**



Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama atau yang dikenal dengan sebutan dengan KN1, merupakan indikator yang menggambarkan upaya kesehatan yang dilakukan untuk

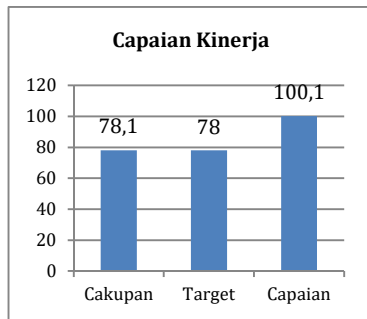
mengurangi risiko kematian pada periode neonatal yaitu 6 - 48 jam setelah lahir, dengan cara mendeteksi sedini mungkin permasalahan yang mungkin dihadapi bayi baru lahir, sekaligus memastikan pelayanan yang seharusnya didapatkan oleh bayi baru lahir yang diantaranya terdiri dari konseling perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, pemberian Vitamin K1 injeksi (bila belum diberikan) dan Hepatitis B 0

(nol) injeksi (bila belum diberikan). Kunjungan ini dilakukan dengan pendekatan MTBM (Manajemen Terpadu Bayi Muda).

Perhitungan cakupan ini dilakukan dengan cara membandingkan bayi baru lahir yang mendapatkan kunjungan neonatal pertama dengan jumlah seluruh bayi baru lahir di wilayahnya yang kemudian dikonversi dalam bentuk persentase.

### **Analisa Capaian Kinerja**

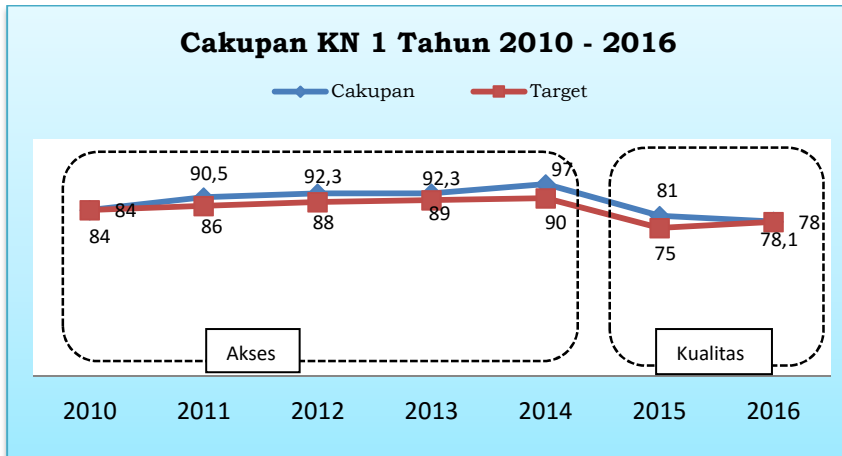
Sepanjang renstra 2010 – 2014, indikator KN 1 selalu mencapai target. Dan di akhir 2014, indikator ini telah mencapai cakupan sebesar 97 %.



Target Indikator KN 1 diawal Renstra 2015 -2019 adalah sebesar 75 % (2015), penentuan target ini dibuat berdasarkan data riskesdas tahun 2013 yang mengungkap cakupan KN 1 sebesar 73% dan besar peningkatan rata-rata KN 1 sebesar 2 poin sehingga ditentukan target KN 1 sebesar 75%.

Perlu kami sampaikan bahwa KN1 pada Renstra 2014-2015 dengan Renstra 2015-2019 adalah hal yang berbeda, yang semula berfokus pada akses (Renstra 2014-2015) dan pada Renstra 2015-2019 difokuskan pada kualitas pelaksanaan KN 1. Dapat dikatakan bahwa terjadi peningkatan hal yang ingin dicapai melalui kegiatan KN 1.

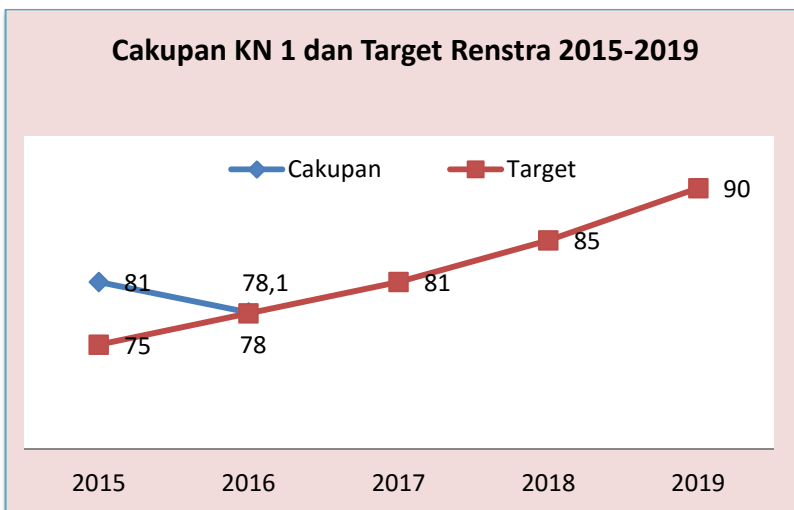
**Grafik 6. Cakupan KN 1 Tahun 2010-2016**



Sumber : Data evaluasi direktorat kesehatan keluarga tahun 2016

Target indikator kunjungan neonatal pertama (KN 1) tahun 2016 adalah 78%, hasil cakupan diakhir tahun 2016 sebesar 78.1% yang berarti sebanyak 3.800.136 Bayi Baru lahir, telah dilakukan kunjungan neonatal pertama. Dengan cakupan tersebut capaian kinerja direktorat adalah sebesar 100,1%.

**Grafik 7. Cakupan KN1 dan Target Renstra 2015 - 2019**



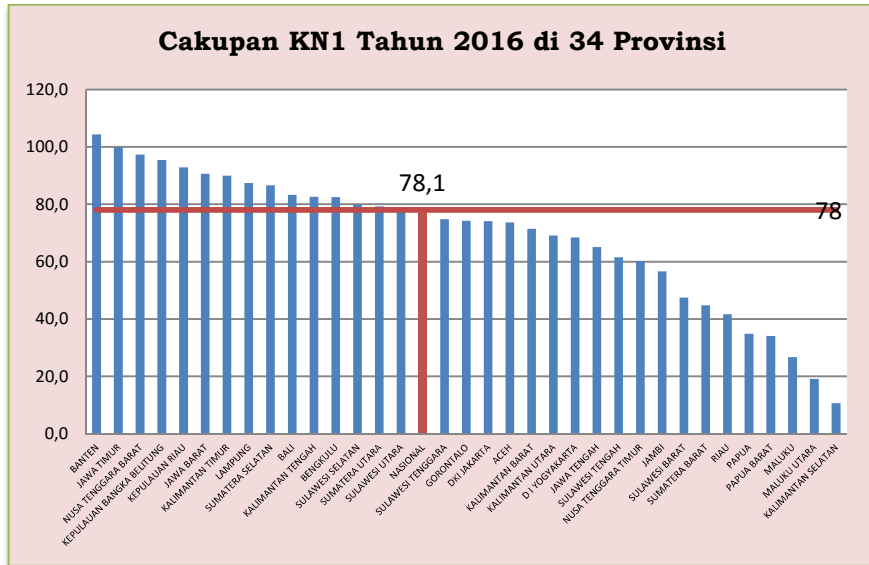
Sumber : Data evaluasi direktorat kesehatan keluarga

Tren cakupan KN1 sejak tahun 2010 cenderung meningkat, namun bila melihat cakupan pada grafik diatas mengesankan terjadi penurunan pada tahun 2016. Kesan penurunan ini disebabkan karena data yang belum masuk secara keseluruhan, sebagaimana yang terjadi pada cakupan persalinan di fasilitas kesehatan.

Bila disandingkan dengan target di akhir tahun 2019 sebesar 90 % maka terdapat gap sebesar 12 poin (satuan persen) yang harus dicapai. Dan bila dilihat pada midterm Renstra 2015-2019 (target 2017 sebesar 81%) maka terdapat gap sebesar 3 Poin (dengan satuan persen).

Hasil capaian nasional bila di breakdown per provinsi maka masih terdapat disparitas cakupan KN1. Disparitas terbesar (3 Provinsi dengan cakupan KN1 terkecil) antara lain Maluku, Maluku utara dan Kalimantan selatan. Terdapat 15 Provinsi yang telah mencapai target nasional sebesar 78%, dan 19 provinsi masih belum mencapai target nasional. Banten mendapatkan cakupan lebih dari 100% dikarenakan data sasaran BPS lebih rendah dibandingkan dengan data sasaran di provinsi Banten

**Grafik 8. Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama (KN1) di 34 Provinsi Tahun 2016**



Sumber : Data evaluasi direktorat kesehatan keluarga tahun 2016

Dari 19 provinsi yang belum mencapai target, terdapat 8 Provinsi yang perlu mendapat perhatian di tahun 2017 yaitu Sulawesi Barat, Sumatera Barat, Riau, Papua, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara, Kalimantan Selatan karena didalam mencapai target nasional memiliki capaian kinerja dibawah 60%. Terkait provinsi Sumatera Barat terkendala didalam pengiriman laporan, adapun didalam pelaksanaannya diperkirakan lebih tinggi cakupannya dibandingkan dengan data yang telah dikirimkan.

Adapun DI Yogyakarta masih belum mencapai target disebabkan perbedaan data sasaran provinsi dengan data sasaran yang dikeluarkan BPS-Pusdatin cukup besar dimana data sasaran dari provinsi DIY jauh lebih rendah dibandingkan dengan data sasaran BPS- Pusdatin yang



berakibat teradap penurunan secara signifikan pada cakupan DIY.

**Tabel Capaian Kinerja Provinsi yang berada dibawah target Nasional**

| Provinsi            | Cakupan | Capaian Kinerja |
|---------------------|---------|-----------------|
| Sulawesi Tenggara   | 74.7    | 95.8            |
| Gorontalo           | 74.2    | 95.1            |
| Dki Jakarta         | 74.1    | 95.0            |
| Aceh                | 73.7    | 94.5            |
| Kalimantan Barat    | 71.4    | 91.5            |
| Kalimantan Utara    | 69.1    | 88.5            |
| D I Yogyakarta      | 68.4    | 87.7            |
| Jawa Tengah         | 65.1    | 83.5            |
| Sulawesi Tengah     | 61.5    | 78.9            |
| Nusa Tenggara Timur | 60.2    | 77.2            |
| Jambi               | 56.6    | 72.6            |
| Sulawesi Barat      | 47.4    | 60.8            |
| Sumatera Barat      | 44.8    | 57.4            |
| Riau                | 41.6    | 53.4            |
| Papua               | 34.9    | 44.7            |
| Papua Barat         | 34.1    | 43.7            |
| Maluku              | 26.7    | 34.2            |
| Maluku Utara        | 19.2    | 24.6            |
| Kalimantan Selatan  | 10.7    | 13.7            |

**Faktor Pendukung**

Kunjungan neonatal pertama didaerah terutama dilakukan oleh bidan. Kementerian kesehatan RI (Pusat) di era desentralisasi membagi wewenangnya dengan daerah. Kerjasama pusat dan daerah memiliki peran yang sangat besar didalam menjamin setiap bayi yang baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Peran Direktorat Kesehatan Keluarga (pusat) sesuai permenkes 64



tahun 2015 adalah menetapkan kebijakan dan melakukan advokasi, bimtek, monev. Kegiatan yang dilakukan pusat menghasilkan output salah satunya adalah pedoman yang kemudian menjadi dasar pelaksanaan dan perlindungan nakes dalam melakukan pelayanan.

Dilihat dari perannya maka Faktor Pendukung yang harus didapatkan dan menjadi tanggung jawab pusat untuk mencapai target Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama antara lain :

1. Penyediaan aspek legal, aspek legal ini sangat penting didalam pelaksanaan pelayanan. Aspek legal yang telah dipenuhi antara lain pedoman Neonatal Esensial yang menjadi dasar/ standar pelayanan kesehatan bayi baru lahir yang didalamnya termasuk adalah kunjungan neonatal.

Selain telah menerbitkan pedoman, aspek legal lain yang telah berhasil dicapai adalah masuknya KN1 menjadi isu strategis di bidang kesehatan (muncul di RPJMN dan Resntra 2015-2019). Dengan telah masuknya KN 1 menjadi isu strategis maka perencanaan dan anggaran untuk mendukung kegiatan ini menjadi lebih kuat

2. Diperolehnya dukungan dari organisasi profesi dan lintas program dalam penggerakan anggotanya untuk melaksanakan KN 1. Dukungan ini dapat diperoleh melalui advokasi dan sosialisasi yang dilakukan direktorat anak terhadap



organisasi profesi, dan pelibatan organisasi profesi terkait didalam kegiatan.

3. Terdapatnya pedoman di instansi pelayanan kesehatan. Di awal distribusi ini dilakukan di pusat untuk kemudian di advokasi ke daerah untuk menyelenggarakan secara mandiri. Dengan telah semakin tersebar dan terdistribusinya buku saku pelayanan neonatal esensial maka cakupan dapat tercapai (menjadi faktor pendukung tercapainya indikator KN1). Buku ini menjadi pedoman sekaligus suatu bentuk perlindungan terhadap nakes didalam melaksanakan Kunjungan Neonatal Pertama.

### **Faktor penghambat**

Untuk mencapai keberhasilan indikator Cakupan KN 1, membutuhkan dukungan dari berbagai sektor antara lain, pendidikan (Riskesmas 2013 : Semakin rendah Pendidikan maka kecendrungan KN1 juga rendah, kemiskinan (Riskesmas 2013 : Kemiskinan berbanding lurus dengan pencapaian Cakupan KN1), geografis (terkait akses), budaya. Dukungan tersebut untuk saat ini masih belum optimal.

Secara nasional, hambatan ini dapat terjadi di semua kab./kota atau puskesmas. Faktor Penghambat Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama antara lain :

1. Belum semua daerah dan lintas sektor/lintas program terkait memberikan dukungan secara optimal



2. Masalah jumlah distribusi dan kualitas SDM kesehatan yang masih juga belum merata, sehingga belum semua nakes dapat memberi pelayanan Kunjungan Neonatal sesuai standar, antara lain dikarenakan oleh alasan akses geografis, masalah



ketersediaan logistik terutama untuk layanan neonatal esensial (menjaga bayi tetap hangat, pemeriksaan bayi baru lahir, pemberian injeksi vit k1, salep mata dan hepatitis B 0) masih belum optimal,

3. kurang lengkapnya peralatan,
4. kurangnya kepatuhan petugas dalam menjalankan pelayanan sesuai pedoman,
5. masih banyaknya persalinan meski ditolong oleh nakes tetapi tetap dilakukan di rumah (bukan di faskes),
6. masalah koordinasi dan integrasi lintas program dan lintas sektor yang belum harmonis,
7. masih kurangnya pemberdayaan keluarga/masyarakat terhadap penggunaan buku KIA dan
8. sistem pencatatan dan pelaporan yang belum sesuai seperti yang diharapkan misalnya penolong persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan tidak mencatat dengan benar pelayanan yang telah diberikan dan juga belum dipakainya form Manajemen Terpadu Bayi Muda pada kunjungan neonatal merupakan kendala dalam pencapaian KN1.

## Upaya mencapai target KN 1



Upaya peningkatan kuantitas dan kualitas pelaksanaan KN 1 diintegrasikan dan menjadi satu kesatuan dengan kegiatan upaya mendorong persalinan di fasilitas kesehatan. Melalui persalinan di fasilitas kesehatan maka diharapkan bayi yang dilahirkan juga akan mendapatkan pelayanan sesuai standar.

Selain kegiatan yang telah diintegrasikan beberapa kegiatan terkait kunjungan neonatal ini antara lain :

- b. Sosialisasi kepada masyarakat saat event nasional sebagai contoh adalah saat Perayaan Hari Anak Nasional Tahun 2016
- c. Evaluasi pelaksanaan kunjungan neonatal dalam kaitannya dengan penurunan AKB. Untuk menambah jumlah SDM kesehatan yang memahami kunjungan neonatal maka dilaksanakan juga orientasi tim pengkaji AMP, Orientasi Skrining Bayi Baru Lahir, dan Orientasi Tenaga Kesehatan dalam Surveilans Kelainan Bawaan Berbasis RS di Jakarta.

### 3. Ibu Hamil Mendapat Pelayanan Antenatal (K4)



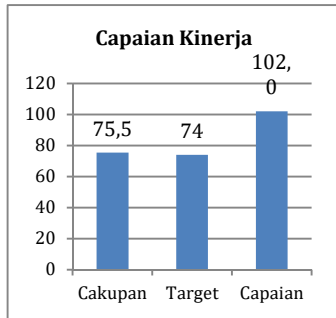
Indikator ini memperlihatkan akses pelayanan kesehatan terhadap ibu hamil dan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan minimal 4 kali, sesuai dengan ketetapan

waktu kunjungan. Disamping itu, indikator ini menggambarkan tingkat perlindungan ibu hamil di suatu wilayah, melalui kegiatan ini diharapkan ibu hamil dapat dideteksi secara dini adanya masalah atau gangguan atau kelainan dalam kehamilannya dan dilakukan penanganan secara cepat dan tepat.

Pada saat ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan, tenaga kesehatan memberikan pelayanan antenatal secara lengkap yang terdiri dari : timbang badan dan ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, nilai status gizi (ukur LiLA), ukur tinggi fundus uteri, tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin, skrining status imunisasi TT dan bila perlu pemberian imunisasi TT, pemberian tablet besi (90 tablet selama kehamilan), test lab sederhana (Golongan Darah, Hb, Glukoprotein Urin) dan atau berdasarkan indikasi (HBsAg, Sifilis, HIV, Malaria, TBC), tata laksana kasus, dan temu wicara / konseling termasuk P4K serta KB PP. Pada konseling yang aktif dan efektif, diharapkan ibu hamil dapat melakukan perencanaan kehamilan dan persalinannya dengan baik serta memantapkan keputusan ibu hamil dan keluarganya untuk melahirkan ditolong tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan.

Cakupan K4 dihitung dengan membagi jumlah absolut ibu hamil yang memenuhi kunjungan antenatal sebanyak 4 kali dan jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah yang kemudian ditampilkan dalam bentuk persentase.

### **Analisa Capaian Kinerja**

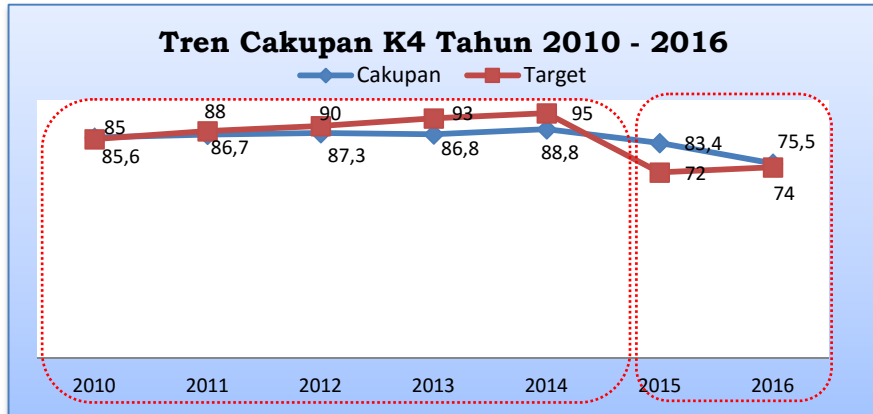


Pada tahun 2016, capaian kinerja indikator ini adalah sebesar 102% yang dihasilkan dari pencapaian cakupan K4 sebesar 75.5% dari target sebesar 74%. Dengan cakupan tersebut maka sebanyak 4.041.778 ibu hamil telah

mendapatkan kunjungan antenatal sebanyak 4 kali.

Bila melihat tren cakupan ini pada beberapa tahun sebelumnya, maka kunjungan antenatal (K4) menunjukkan tren peningkatan walaupun belum mencapai target. Tidak tercapainya target 2010-2014 disebabkan penetapan target yang terlalu tinggi, sementara hasil dari SDKI dan Riskesdas 2007 – 2013, menunjukkan kenaikan K4 hanya sekitar 1-3% per tahun. Dari data tersebut ditentukan base line pada tahun 2015 sebesar 72% dan target sampai 2019 sebesar 80%.

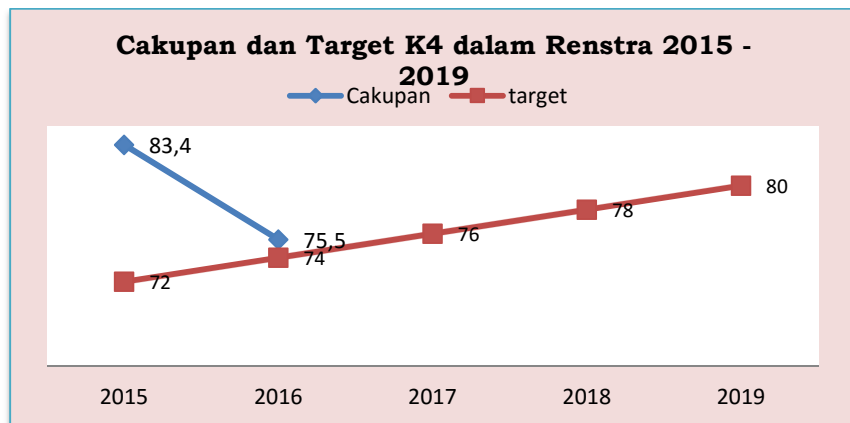
**Grafik 8. Tren Cakupan K4 2010 - 2016**



Sumber : Data evaluasi direktorat kesehatan keluarga tahun 2016

Kesan penurunan target pada tahun 2015 sebagaimana tampak pada grafik di atas, bukanlah suatu penurunan, akan tetapi merupakan peningkatan kualitas dari pelayanan K4. Dapat dikatakan bahwa indikator K4 pada tahun 2010 – 2014 adalah indikator yang berbeda dengan tahun 2015 – 2019, dari yang awalnya hanya melihat frekuensi kunjungan pelayanan antenatal minimal 4 kali selama hamil menjadi disempurnakan dengan tambahan standar pelayanan 10 T yang dilakukan.

**Grafik 9. Tren Cakupan K4 dan Renstra 2015 - 2019**



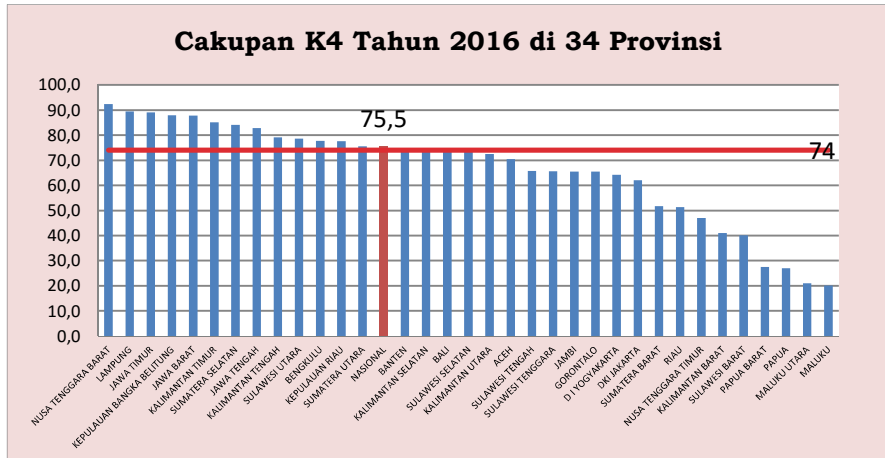
Sumber : Data evaluasi direktorat kesehatan keluarga tahun 2016

Mengacu pada dokumen Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019, dan perjanjian kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga tahun 2016. Terlihat pada grafik diatas bahwa cakupan K4 pada tahun 2016 sudah mencapai target tahun 2016 (74%). Namun bila dilihat tren cakupan terjadi penurunan dibandingkan tahun 2015 sebesar 8 poin. Penurunan cakupan ini terjadi karena data yang masuk sampai bulan desember masih 40%, adapun masih banyak provinsi yang masih memberikan data sampai bulan November. Diperkirakan bila data desember 2016 telah masuk akan meningkatkan cakupan. Penurunan ini juga terjadi dikarenakan setelah proses validasi yang dilakukan Direktorat Kesehatan Keluarga ternyata beberapa data belum masuk criteria yang diharapkan sehingga data K4 belum bisa dimasukan. Bila melihat target akhir Renstra di tahun 2019 (80%), dibutuhkan upaya untuk meningkatkan cakupan K4 sebesar 5 poin, dan sebanyak 1 poin bila mengejar target midterm Renstra (2017).

Bila dilihat cakupan per provinsi (grafik dibawah) terdapat 18 provinsi yang masih dibawah target nasional dengan 3 provinsi dengan cakupan terkecil, yaitu Papua, Maluku Utara dan Maluku.



**Grafik 10. Cakupan K4 tahun 2016 di 34 Provinsi**



Sumber : Data evaluasi direktorat kesehatan keluarga tahun 2016

Bila ditelaah dari sisi capaian maka terdapat 3 provinsi yang telah mencapai capaian kinerja terhadap target nasional di atas 90% (Sulawesi Selatan, Kalimantan Utara, dan Aceh).

**Tabel Capaian Kinerja Provinsi yang berada dibawah target Nasional**

| No. | Provinsi            | Cakupan | Capaian |
|-----|---------------------|---------|---------|
| 1   | Sulawesi selatan    | 73.7    | 99.5    |
| 2   | Kalimantan utara    | 72.5    | 98.0    |
| 3   | Aceh                | 70.5    | 95.3    |
| 4   | Sulawesi tengah     | 65.7    | 88.8    |
| 5   | Sulawesi tenggara   | 65.6    | 88.7    |
| 6   | Jambi               | 65.5    | 88.6    |
| 7   | Gorontalo           | 65.4    | 88.4    |
| 8   | D I Yogyakarta      | 64.2    | 86.7    |
| 9   | Dki Jakarta         | 62.0    | 83.8    |
| 10  | Sumatera barat      | 51.7    | 69.8    |
| 11  | Riau                | 51.4    | 69.4    |
| 12  | Nusa tenggara timur | 47.1    | 63.6    |
| 13  | Kalimantan barat    | 41.0    | 55.5    |
| 14  | Sulawesi barat      | 40.2    | 54.3    |
| 15  | Papua barat         | 27.5    | 37.2    |

|    |              |      |      |
|----|--------------|------|------|
| 16 | Papua        | 27.0 | 36.6 |
| 17 | Maluku utara | 21.0 | 28.4 |
| 18 | Maluku       | 20.1 | 27.2 |

### **Faktor Pendukung**

1. Adanya peningkatan kapasitas, pelatihan untuk tenaga kesehatan dalam upaya peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan antenatal terpadu dan kelas ibu
2. Tersedianya NSPK kesehatan ibu , seperti Permenkes 97/2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual, Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu
3. Pelayanan antenatal sesuai standar minimal 4 kali selama kehamilan merupakan komponen dari Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kabupaten/Kota
4. Penyediaan alat deteksi risiko ibu hamil yang terdiri dari pemeriksaan Hb, tes kehamilan, golongan darah serta tes glukoproteinuria
5. Dukungan dana pelacakan ibu hamil, dan kegiatan luar gedung untuk pemeriksaan ibu hamil dari dana BOK, dll
6. Adanya surveilans melalui PWS KIA
7. Monitoring dan evaluasi secara berjenjang

## **Upaya / Kegiatan yang dilakukan untuk mencapai target K4**

Berbagai pengembangan program dan kegiatan telah dilakukan oleh Kementerian Kesehatan khususnya Direktorat Kesehatan Keluarga dalam rangka pencapaian target K4 tahun 2017 yaitu :

- 1) Peningkatan kualitas pelayanan antenatal
- 2) Peningkatan akses pelayanan antenatal

Dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan antenatal, Kementerian Kesehatan telah mengembangkan pelayanan antenatal terpadu dengan melibatkan program terkait (Gizi, imunisasi, penyakit menular, penyakit tidak menular, gangguan jiwa dan sebagainya). Melalui pelayanan antenatal terpadu tersebut diharapkan ibu hamil mendapatkan perlindungan secara menyeluruh, baik mengenai kehamilan dan komplikasi kehamilan, serta intervensi lain yang perlu diberikan selama proses kehamilan untuk kesehatan dan keselamatan ibu dan bayinya.

Disamping itu, dalam rangka meningkatkan akses pelayanan antenatal, Kementerian Kesehatan telah mengembangkan upaya pemberdayaan keluarga dan masyarakat melalui pendekatan Kelas Ibu Hamil (yang kemudian dimunculkan dalam bentuk kegiatan ToT fasilitator kelas ibu). Yang selanjutnya kegiatan tersebut diteruskan oleh provinsi, kabupaten/ kota dan puskesmas dalam bentuk kegiatan manajemen dan teknis pelayanan antenatal guna mempercepat pencapaian target K4. Dampak dari kegiatan tersebut diharapkan dapat semakin mendekatkan akses

pelayanan antenatal yang berkualitas kepada ibu hamil, keluarga dan masyarakat hingga ke pelosok desa.

### **Faktor penghambat**

1. Ibu hamil masih ada yang datang tidak pada di trimester 1 karena:
  - a. Pengetahuan ibu hamil dan keluarga yang kurang, partisipasi masih belum optimal
  - b. Faktor budaya setempat (belum ke tenaga kesehatan jika perut belum kelihatan besar, takut hamilnya tidak jadi disebabkan keguguran yang membuat malu)
  - c. Kondisi geografis yang sulit (daerah kepulauan dan pegunungan)
  - d. Kurangnya peran serta perangkat desa, tokoh masyarakat, dan tokoh agama dalam memberikan promosi kesehatan khususnya informasi pemeriksaan antenatal rutin ke tenaga kesehatan dan mendorong ibu hamil mengikuti kelas ibu hamil
  - e. keterjangkauan di daerah sulit dan terpencil untuk mengakses ke fasilitas dan tenaga kesehatan
2. Masih ada ibu hamil yang tidak tercatat pada kunjungan di trimester 3 (drop out) karena :
  - a. Ada budaya masyarakat pada saat menjelang persalinan pulang ke kampung halaman
  - b. Ada ibu hamil yang selalu berpindah-pindah tempat pelayanan dalam kunjungan antenatal (ibu hamil antenatal dari Bidan ke Dokter spesialis dan tidak kembali ke Bidan
  - c. Pencatatan dan pelaporan masih belum optimal

#### 4. Puskesmas Yang Melakukan Orientasi Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi (P4K)



Mengacu pada target kinerja dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019, salah satu program teknisnya adalah Program Bina Gizi dan KIA dengan sasaran

meningkatkan ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi seluruh masyarakat dengan indikator sasaran (Indikator Kinerja Utama/IKU) yaitu persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan dengan target sebesar 85%.

Untuk mencapai sasaran target tersebut diatas kegiatan yang dilakukan adalah pembinaan kesehatan ibu dan reproduksi dengan sasaran meningkatnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi. Terdapat tiga Indikator untuk pencapaian sasaran tersebut yaitu :

1. Pemeriksaan antenatal pada ibu hamil (K4)
2. persentase puskesmas yang melakukan orientasi program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) dengan target sebesar 100%
3. Kelas Ibu hamil

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) merupakan suatu program yang dijalankan untuk mencapai target penurunan AKI yaitu menekan angka kematian ibu melahirkan. Program ini menitikberatkan fokus totalitas monitoring terhadap ibu hamil dan bersalin.

Pemantauan dan pengawasan yang menjadi salah satu upaya deteksi dini, menghindari risiko kesehatan pada ibu hamil dan bersalin yang dilakukan diseluruh Indonesia dalam ruang lingkup kerja Puskesmas setempat serta menyediakan akses dan pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat



pertama yang sekaligus merupakan kegiatan yang membangun potensi masyarakat khususnya kepedulian masyarakat untuk persiapan dan tindakan dalam menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir.

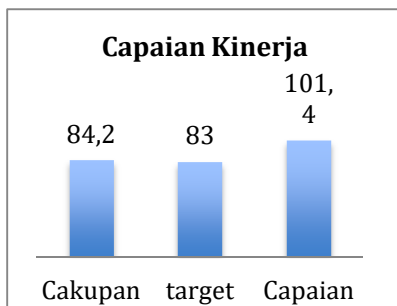
Dalam pelaksanaan P4K, bidan diharapkan berperan sebagai fasilitator dan dapat membangun komunikasi persuasif dan setara diwilayah kerjanya agar dapat terwujud kerjasama dengan ibu, keluarga dan masyarakat sehingga pada akhirnya dapat meningkatkan kepedulian masyarakat terhadap upaya peningkatan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

Indikator Puskesmas melaksanakan orientasi P4K menghitung Persentase Puskesmas yang melaksanakan Orientasi Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). adapun yang dimaksud orientasi tersebut adalah, Pertemuan yang diselenggarakan oleh Puskesmas dengan mengundang kader dan /atau bidan desa dari seluruh desa yang ada di wilayahnya dalam rangka pembekalan untuk meningkatkan peran aktif suami, keluarga ibu hamil, serta masyarakat dalam merencanakan persalinan

yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas.

Jumlah persentase didapatkan melalui membandingkan sasaran (jumlah) puskesmas di Kab./kota dan jumlah puskesmas yang telah melaksanakan orientasi tersebut.

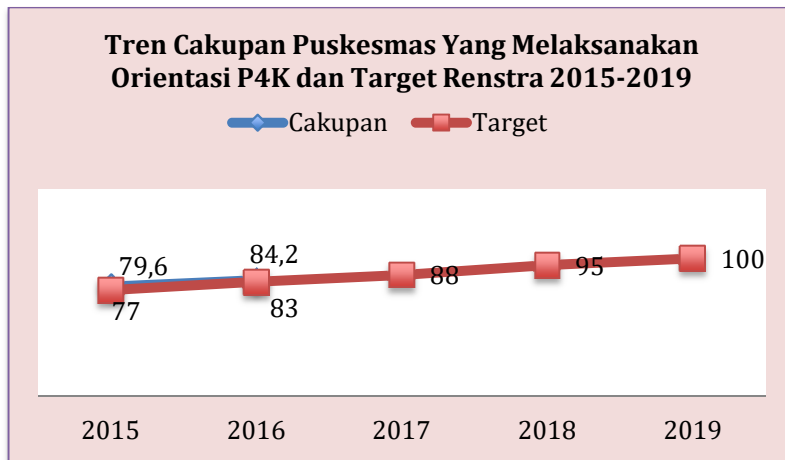
### **Analisa Cakupan**



Pada tahun 2016 cakupan ini sebesar 84% yang berarti 7969 puskesmas telah melaksanakan orientasi P4K. Dengan cakupan sebesar 84.2 %, capaian kinerja direktorat adalah sebesar 101,4%.

Bila dibandingkan tahun 2015 maka terjadi peningkatan sebesar 5 poin pada tahun 2016. Dan untuk mengejar target pada midterm Renstra di tahun 2017 sebesar 88% maka diperlukan upaya untuk meningkatkan cakupan sebesar 4 poin, dan 16 poin untuk mencapai target tahun 2019 sebesar 100%. Dengan gap sebesar 16 poin di tahun 2019 maka pada tahun 2018 dan 2019 diperlukan upaya lebih karena dengan upaya yang telah dilakukan dan mendapatkan peningkatan sebesar 5 poin, tidak akan cukup mengejar target 2018 dan 2019.

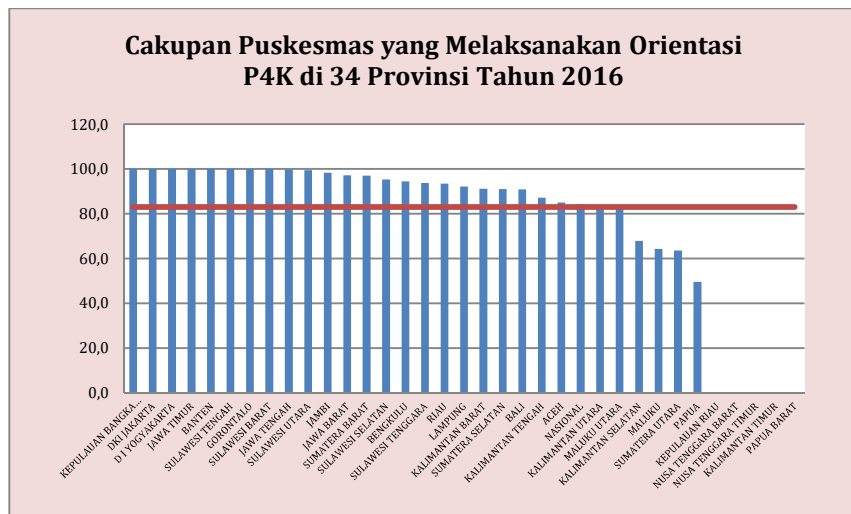
**Grafik 11. Tren Cakupan Puskesmas yang Melaksanakan Orientasi P4K dan Target Renstra 2015 - 2019**



sumber : data evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016

Bila dilihat cakupan indikator ini di 34 provinsi, 70% Provinsi (24 Provinsi) berhasil mencapai target di tahun 2016. Cakupan tertinggi sebesar 100% berhasil dicapai oleh 8 Provinsi.

**Grafik 12. Cakupan Puskesmas yang Melaksanakan Orientasi P4K di 34 provinsi Tahun 2016**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016.



Terdapat 10 provinsi belum mencapai target. Cakupan rata-rata dari provinsi-provinsi ini sebesar 32.8%, cakupan tertinggi sebesar 82,7% dan terendah sebesar 0%. Provinsi dengan cakupan 0% disebabkan kendala pada proses pencatatan dan pelaporan.

**Tabel Capaian Kinerja Provinsi yang berada dibawah target Nasional**

| <b>Provinsi</b>     | <b>Cakupan</b> | <b>Capaian</b> |
|---------------------|----------------|----------------|
| Kalimantan Selatan  | 67.8           | 81.7           |
| Maluku              | 64.3           | 77.4           |
| Sumatera Utara      | 63.6           | 76.6           |
| Papua               | 49.6           | 59.8           |
| Kepulauan Riau      | 0.0            | 0              |
| Nusa Tenggara Barat | 0.0            | 0              |
| Nusa Tenggara Timur | 0.0            | 0              |
| Kalimantan Timur    | 0.0            | 0              |
| Papua Barat         | 0.0            | 0              |

### **Faktor Pendukung**

Sejak diluncurkannya P4K pada tahun 2007 silam, keberhasilan dalam menekan angka kematian ibu cukup mengembirakan. Salah satu kunci dalam pelaksanaan operasional program adalah kemitraan baik dengan lintas program, lintas sektor maupun dengan organisasi masyarakat yang peduli KIA termasuk terintegrasinya dengan program lainnya di Kemenkes seperti program Desa Siaga. Hal ini menjadi faktor pendukung keberhasilan pencapaian cakupan

Satu upaya pendukung terlaksananya program P4K juga adalah kemampuan masyarakat untuk dapat mengenali Tanda Bahaya Kehamilan, Persalinan dan Nifas sehingga

dapat dengan cepat melaporkan kepada tenaga kesehatan atau Fasilitas Kesehatan terdekat. Untuk itu perlu dilakukan pembekalan tentang P4K baik bagi tenaga kesehatan maupun kader melalui kegiatan orientasi oleh Puskesmas di wilayahnya.

### **Upaya / Kegiatan yang dilakukan untuk mencapai target P4K**

Untuk mencapai target, hal utama yang telah dilakukan adalah mensosialisasikan terkait indikator ini. Karena terkait



Kesehatan ibu sangatlah terkait dengan program lainnya, maka bentuk sosialisasi diintegrasikan dengan program lainnya. Sosialisasi tingkat daerah terkait P4K dalam bentuk pertemuan koordinasi LP/LS yang didalamnya disampaikan juga pesan-pesan terkait P4K.

### **Faktor penghambat**

Seiring dengan berjalannya waktu, pelaksanaan P4K dilapangan masih mengalami kendala atau hambatan, seperti pergantian petugas Puskesmas yang paham P4K, Disamping itu masalah pendanaan masih menjadi kendala dalam keberhasilan pengembangan P4K sampai saat ini maka pengembangan pola kegiatan perlu dilakukan melalui kegiatan orientasi program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) dan sekaligus Pengenalan Tanda Bahaya Kehamilan, Persalinan dan Nifas secara berjenjang. Terkait dengan perubahan SOTK dan perubahan

kebijakan terkait data juga merupakan hambatan terjadinya ganggunag pada aliran data ke pusat.

## 5. Puskesmas yang melaksanakan kelas ibu hamil



Kelas Ibu Hamil ini merupakan sarana untuk belajar bersama tentang kesehatan bagi ibu hamil, dalam bentuk tatap muka dalam

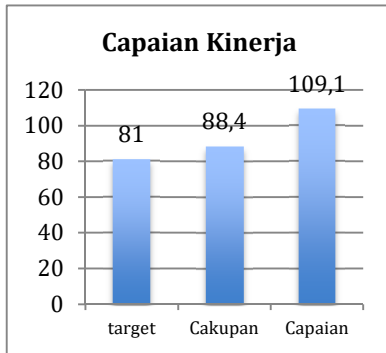
kelompok yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu-ibu mengenai kehamilan, persalinan, nifas, KB pasca persalinan, pencegahan komplikasi, perawatan bayi baru lahir dan aktivitas fisik/ senam ibu hamil.

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

Cakupan ini di dapatkan dengan menghitung puskesmas yang telah melaksanakan dibandingkan dengan seluruh puskesmas di wilayah kab./kota. Puskesmas dikatakan telah

melaksanakam bila telah melakukan kelas ibu hamil sebanyak 4 kali.

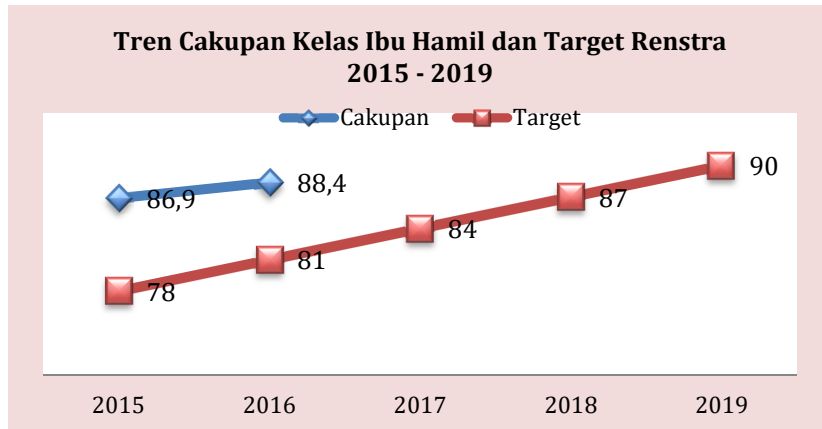
### **Analisa Cakupan**



Indikator ini berhasil diperoleh cakupan sebesar 88,4%. Dengan cakupan tersebut, maka sebanyak 8.363 puskesmas sudah melaksanakan kelas ibu hamil dan menghasilkan capaian kinerja Direktorat sebesar 109,1%.

Besar peningkatan cakupan ini dibandingkan tahun 2015 adalah sebesar 1,5 poin. Walaupun peningkatan hanya sebesar 1,5 poin namun karena capaian pada tahun 2015 sudah cukup tinggi yaitu sebesar 86,9% (dari target 78), maka capaian di tahun 2016 dapat dikatakan masih aman. Begitu juga dengan perkiraan pada midterm Renstra yang jatuh pada tahun 2017, dengan upaya yang sama diperkirakan masih aman. Bila kondisi normal, dengan peningkatan sebesar 1.5 poin pada tahun 2016, maka target di tahun 2019 sebesar 90% (dengan gap sebesar 1.6 poin) diperkirakan dapat tercapai.

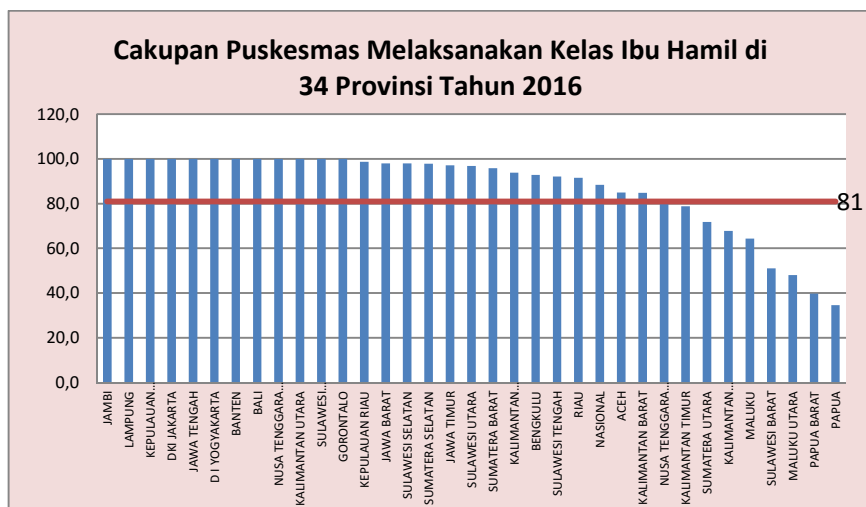
**Grafik 13. Tren Cakupan Kelas Ibu Hamil dan Target Renstra 2015 – 2019.**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016

Tingginya cakupan ini di tahun 2016 tergambar juga dengan tingginya cakupan di 34 Provinsi. Tergambar pada grafik dibawah, 12 provinsi telah mencapai target dan memiliki cakupan 100%, dan 11 provinsi memiliki cakupan diatas 90%.

**Grafik 14. Cakupan Puskesmas Melaksanakan Kelas Ibu Hamil di 34 provinsi Tahun 2016**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016

Walaupun demikian masih terdapat juga provinsi yang belum mencapai target nasional sebesar 81%. Tergambar bahwa 8 provinsi masih belum mencapai target nasional. Gambaran capaian kinerja terhadap target nasional tergambar pada table dibawah.

**Tabel Provinsi yang Cakupannya berada dibawah target nasional**

| <b>Provinsi</b>    | <b>Cakupan</b> | <b>Capaian</b> |
|--------------------|----------------|----------------|
| Kalimantan Timur   | 78.7           | 97.2           |
| Sumatera Utara     | 71.8           | 88.6           |
| Kalimantan Selatan | 67.8           | 83.7           |
| Maluku             | 64.3           | 79.4           |
| Sulawesi Barat     | 51.1           | 63.0           |
| Maluku Utara       | 48.0           | 59.3           |
| Papua Barat        | 39.7           | 49.1           |
| Papua              | 34.6           | 42.7           |

**Faktor Pendukung**

1. Semua provinsi sudah memiliki trainer pelatihan Kelas Ibu melalui pelaksanaan TOT Kelas Ibu bagi seluruh provinsi pada tahun 2015.
2. Semua provinsi memiliki dukungan dana dekonsetrasi untuk melaksanakan pengembangan kelas ibu melalui pelatihan fasilitator kelas Ibu di tahun 2015 dan pengadaan paket kelas Ibu hamil.

**Upaya / Kegiatan Yang Dilakukan Untuk Mencapai Target Indikator**

Untuk menjamin pencapaian indikator ini beberapa upaya yang dilakukan antara lain melalui kegiatan sosialisasi atas indikator puskesmas melaksanakan kelas ibu. Disisi input

pusat juga melakukan kegiatan pelatihan bagi pelatih didalam pelaksanaan kelas ibu hamil (fasilitator kelas ibu)

### **Faktor penghambat**

1. Belum semua bidan yang sudah terlatih kelas ibu hamil
2. Belum semua bidan yang dilatih mau melaksanakan kelas ibu hamil
3. Masih terbatasnya ketersediaan paket kelas ibu hamil, khususnya bagi bidan desa
4. Belum optimalnya sistem pencatatan dan pelaporan pelaksanaan kelas ibu hamil sehingga belum diperoleh mapping yang lengkap
5. Beberapa Kelas ibu Hamil yang dibentuk, pelaksanaannya tidak sesuai dengan konsep
6. Pelaksanaan masih sangat tergantung keberadaan dana BOK
7. Belum terlihat peran suami dalam mengikuti kelas ibu hamil
8. Pelaksanaan masih baru dikembangkan di tingkat Puskesmas, belum sampai tingkat desa, karena kelas ibu merupakan strategi untuk meningkatkan cakupan yang sarasanya banyak berada di desa sehingga perlu diperluas.

## 6. Indikator Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Kesehatan Peserta Didik



Penjaringan kesehatan peserta didik merupakan serangkaian kegiatan pemeriksaan kesehatan yang dilakukan terhadap peserta didik untuk memilah siswa yang mempunyai masalah

kesehatan agar segera mendapatkan penanganan sedini mungkin. Kegiatan penjaringan kesehatan siswa terdiri dari pemeriksaan kesehatan, pemeriksaan kebersihan perorangan (rambut, kulit dan kuku), pemeriksaan status gizi melalui pengukuran antropometri, pemeriksaan ketajaman indera (penglihatan dan pendengaran), pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut, pemeriksaan laboratorium untuk anemia dan kecacingan, pengukuran kebugaran jasmani dan deteksi dini masalah mental emosional.

Kegiatan penjaringan kesehatan peserta didik ini telah lama di lakukan, dan pada Renstra sebelumnya yang menjadi perhatian (menjadi indikator) adalah penjaringan peserta didik kelas 1. Cakupan penjaringan pada Resntra 2010-2014 hampir belum pernah mencapai target sampai akhir tahun 2014, walaupun secara trend telah terjadi perbaikan pada tahun 2014.

Didasari tidak tercapainya indikator penjaringan kelas 1 maka dipandang perlu untuk melihat kepada proses sebelumnya sehingga dapat di jaminkan bahwa proses





pelaksanaan penjarangan telah berjalan dengan baik yang pada akhirnya diharapkan setiap peserta didik dapat dilakukan pemeriksaan kesehatan.

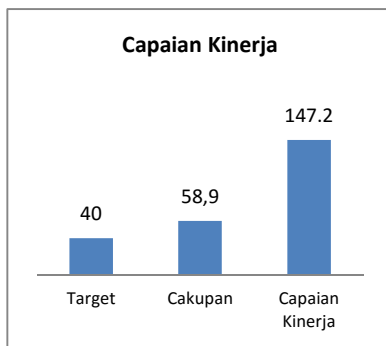
Proses yang pada akhirnya di tetapkan sebagai indikator adalah proses pelaksanaan penjarangan oleh puskesmas. Sehingga dimunculkan indikator puskesmas melaksanakan penjarangan peserta didik. Puskesmas dikatakan telah melaksanakan penjarangan bila seluruh sekolah di wilayah kerjanya telah dilakukan penjarangan kesehatan. Melalui hal ini diharapkan akan terpetakan oleh pemangku kebijakan, puskesmas-puskesmas yang mengalami kendala dan perlu dijadikan fokus intervensi.

Nomenklatur Puskesmas penjarangan peserta didik tercantum didalam matriks RPJMN. Indikator ini dimunculkan untuk menjawab kebijakan intervensi dari hulu dalam upaya penurunan AKI dan AKB. Sehingga, pada awalnya (tahun 2015) cakupan Puskesmas Penjarangan Kesehatan Peserta Didik ini didefinisikan/ menysasar pada sasaran peserta didik kelas 7 & 10. Adapun penjarangan peserta didik kelas 1 tetap dipertahankan dengan nomenklatur indikator puskesmas melaksanakan penjarangan peserta didik kelas 1. Sehingga terdapat 2 nomenklatur puskesmas penjarangan yaitu yang menysasar sasaran peserta didik kelas 1 dan kemudian yang menysasar sasaran peserta didik kelas 7 & 10. Dan hal ini kemudian menjadi nomenklatur indikator di renstra 2015 – 2019.

Pada perjalanannya dipandang perlu untuk melihat puskesmas yang secara total melihat penjangrian yang menyasar 2 sasaran tersebut, sehingga pada tahun 2016 hal ini dimasukkan kedalam perjanjian kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga. Dan Puskesmas melaksanakan penjangrian peserta didik di artikan sebagai puskesmas yang telah melakukan penjangrian kepada seluruh sekolah yang memiliki sasaran peserta didik kelas 1 dan peserta didik kelas 7 &10. Dapat dikatakan indikator ini baru dimunculkan pada tahun 2016 karena definisi yang berbeda.



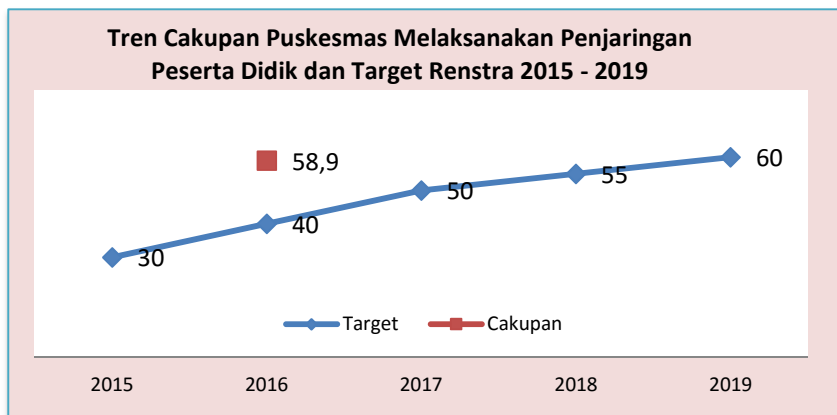
### Analisis capaian Kinerja



Cakupan indikator ini pada tahun 2016 adalah sebesar 58.9% dari target sebesar 40%. Dari cakupan ini maka capaian kinerja atas indikator ini adalah sebesar 147%. Dengan telah cakupan sebesar 58.9% berarti sebanyak 5.582 puskesmas dari 9.463 puskesmas telah melaksanakan penjangrian. Sasaran 9.463 ini mengakomodir kondisi di DKI dimana terdapat nomenklatur puskesmas kelurahan, dimana puskesmas ini sebetulnya tidak masuk kepada definisi puskesmas sebagaimana dalam aturan. Namun karena adanya nomenklatur “puskesmas” maka tercatat sebagai sasaran puskesmas di Pusdatin dengan total puskesmas 9731.

Grafik di bawah menggambarkan gambaran indikator puskesmas melaksanakan penjangkaran kesehatan peserta didik tahun 2016 disandingkan dengan pencapaian diakhir tahun 2019. Dengan capaian yang ada saat ini dapat dikatakan upaya untuk mencapai target 2019 sebesar 60 % adalah meningkatkan cakupan sebanyak 2 poin. Bila jumlah puskesmas yang disepakati adalah 9436 puskesmas dengan target cakupan sebesar 60 % (5.662 puskesmas) maka diperlukan upaya untuk peningkatan di 80 puskesmas. Bila dibandingkan dengan target midterm (2017) sebesar 50% maka dengan upaya yang dilakukan saat ini seharusnya target 2017 dapat tercapai.

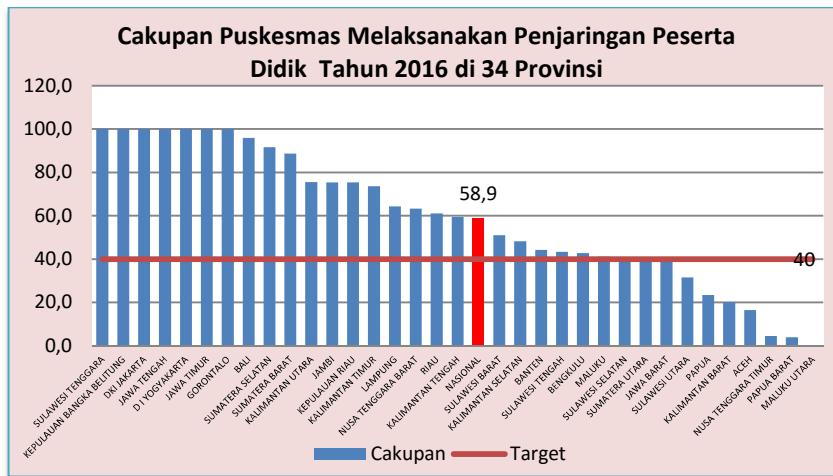
**Grafik 15. Tren Cakupan Puskesmas Melaksanakan Penjangkaran Peserta Didik dan Target Renstra 2015 -2019**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016

Bila dilihat kondisi di 34 provinsi, maka 27 provinsi telah berhasil mencapai target nasional, dan sebanyak 7 provinsi yang belum mencapai target nasional. Tergambar 7 provinsi telah memiliki cakupan 100%.

**Grafik 16. Cakupan Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Peserta Didik Tahun 2016 di 34 Provinsi**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016

Adapun capaian kinerja provinsi terhadap target nasional yang belum mencapai target tergambar pada tabel dibawah.

| Provinsi            | Cakupan | Capaian |
|---------------------|---------|---------|
| Sulawesi Utara      | 31.6    | 78.9    |
| Papua               | 23.4    | 58.5    |
| Kalimantan Barat    | 20.2    | 50.4    |
| Aceh                | 16.5    | 41.3    |
| Nusa Tenggara Timur | 4.6     | 11.5    |
| Papua Barat         | 4.0     | 9.9     |
| Maluku Utara        | 0.0     | 0.0     |

**Faktor Pendukung**

Sebagaimana telah disampaikan diatas bahwa indikator ini merupakan indikator yang menghitung puskesmas yang telah melaksanakan penjaringan peserta didik kelas 1, kelas 7 dan 10, maka faktor pendukung terkait indikator ini kan disampaikan lebih rinci pada indikator puskesmas melaksanakan penjaringan peserta didik kelas 1, dan

indikator puskesmas melaksanakan penjarangan peserta didik kelas 7 & 10.

Adapun secara umum, faktor pendukung keberhasilan tercapainya indikator ini adalah pemahaman terhadap indikator ini yang merupakan upaya untuk memantau puskesmas yang telah secara paripurna melakukan penjarangan kepada setiap tingkatan peserta didik yang secara prioritas adalah kelas 1, kelas 7 dan 10.

### **Upaya Yang Dilakukan Untuk Mencapai Indikator**

Upaya untuk mencapai indikator ini tergambar pada upaya untuk mencapai indikator puskesmas melaksanakan penjarangan peserta didik kelas 1, dan indikator puskesmas melaksanakan penjarangan peserta didik kelas 7 & 10. Dan secara umum upaya mensosialisasikan indikator ini merupakan upaya penting yang telah dilakukan pada tahun 2016.

### **Faktor Penghambat**

Faktor penghambat penting terkait indikator ini adalah pemahaman dari pengelola terkait indikator baru ini yang menghitung penjarangan peserta didik kelas 1, 7 dan 10. Adapun faktor lain secara spesifik dibahas pada indikator puskesmas melaksanakan penjarangan peserta didik kelas 1, dan indikator puskesmas melaksanakan penjarangan peserta didik kelas 7 & 10.

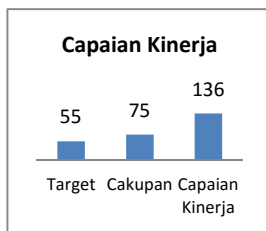
## 7. Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Kesehatan Peserta Didik Kelas 1



Indikator puskesmas melaksanakan penjaringan kesehatan peserta didik kelas 1 tahun 2016 menggambarkan jumlah puskesmas yang melaksanakan kegiatan

penjaringan kesehatan bagi peserta kelas 1 jenjang sekolah dasar/ madrasah selama tahun ajaran 2015/2016.

### Analisa Cakupan



Indikator tersebut telah melampaui target nasional (55%), dengan cakupan sebesar 75,1%, menghasilkan capaian kinerja sebesar 136 %. Dengan cakupan sebesar 75% berarti sebanyak 7106

puskesmas sudah melaksanakan penjaringan peserta didik kelas 1.

### Grafik 17. Tren Cakupan Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Peserta Didik Kelas 1 dan Target Renstra 2015 -2019

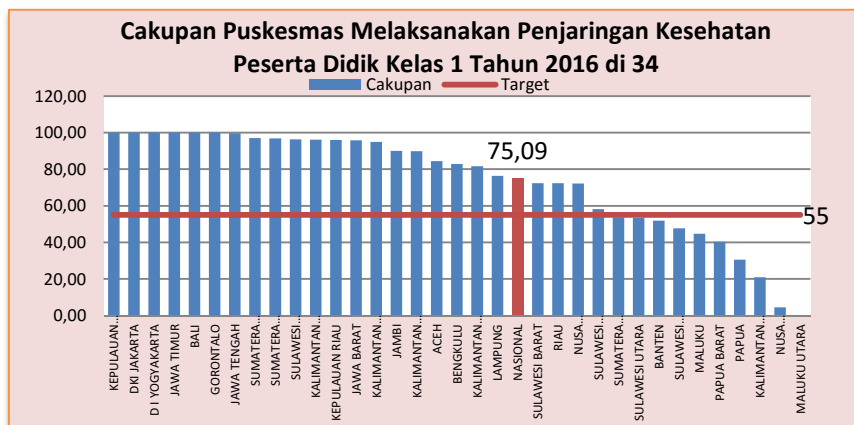


Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016

Dari 34 provinsi, sebanyak 24 provinsi memenuhi target nasional, sedangkan 10 provinsi lainnya belum mencapai target nasional. Masih terdapat disparitas cakupan indikator ini dengan rata-rata cakupan di 34 provinsi adalah 73,6. Terdapat 6 Provinsi yang berhasil mencapai cakupan 100%. Cakupan terendah indikator ini adalah sebesar 0 % (provinsi Maluku Utara).

Terdapat kesamaan upaya pada provinsi yang berhasil mencapai target 100% yaitu dalam hal adanya kebijakan daerah yang mendukung dalam pelaksanaan kegiatan melalui penerbitan Peraturan/Surat Edaran Gubernur terkait pelaksanaan penjaringan kesehatan dan kegiatan UKS lainnya, dukungan pembiayaan daerah bagi Puskesmas dalam menjalankan kegiatan penjaringan kesehatan, kondisi geografis, sarana prasarana (jalan, transportasi) terbangun yang lebih baik sehingga lebih memudahkan Puskesmas dalam menjangkau ke sekolah di wilayah kerja, dll.

**Grafik 18. Puskesmas melaksanakan penjaringan kesehatan peserta didik kelas 1 tahun 2016 di 34 Provinsi**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016

Dari 10 provinsi terdapat 4 provinsi yang memiliki capaian kinerja terhadap target nasional dibawah 60%. Gambaran capaian kinerja terhadap target nasional tergambar dalam tabel dibawah.

| <b>Provinsi</b>     | <b>Cakupan</b> | <b>Capaian</b> |
|---------------------|----------------|----------------|
| Sumatera Utara      | 53.59          | 97.4           |
| Sulawesi Utara      | 53.48          | 97.2           |
| Banten              | 51.93          | 94.4           |
| Sulawesi Selatan    | 47.77          | 86.8           |
| Maluku              | 44.72          | 81.3           |
| Papua Barat         | 40.40          | 73.4           |
| Papua               | 30.53          | 55.5           |
| Kalimantan Barat    | 21.01          | 38.2           |
| Nusa Tenggara Timur | 4.58           | 8.3            |
| Maluku Utara        | 0.00           | 0              |

Sedangkan provinsi dengan pencapaian cakupan puskesmas melaksanakan penjangkauan kesehatan bagi peserta didik kelas 1 terendah antara lain Kalimantan Selatan, Maluku Utara dan NTT masing-masing sebesar 0%.

Rendahnya cakupan provinsi diatas disebabkan karena belum tersosialisasinya dengan baik mengenai kebijakan kesehatan usia sekolah dan perundang-undangan yang mendukung program ini menjadi program prioritas nasional dan daerah, pembagian tugas dan wewenang terkait UKS baik tingkat provinsi/kab/kota/Puskesmas, mekanisme sistem pencatatan dan pelaporan yang masih belum optimal, kondisi geografis dan dukungan pendanaan bagi puskesmas dalam menjangkau daerah sulit



### **Upaya / Kegiatan yang dilakukan untuk mencapai target penjangkaran kesehatan bagi peserta didik kelas 1 pada tahun 2016**

1. Penguatan koordinasi Tim Pembina UKS/M Pusat dan daerah melalui Pertemuan Evaluasi Akselerasi UKS/M
2. Bimbingan Teknis dan Supervisi Pembinaan dan Pelaksanaan UKS di daerah melalui kegiatan Lomba Sekolah Sehat 2016
3. Peningkatan kapasitas petugas puskesmas melalui Pelatihan terintegrasi pelayanan kesehatan usia sekolah dan remaja bagi tenaga kesehatan di 9 provinsi focus
4. Penyediaan sarana penjangkaran kesehatan melalui Pengadaan UKS Kit bagi Puskesmas. Pada Tahun 2016 diadakan sebanyak 4110 UKS Kit yang diperuntukkan bagi Dinas Kesehatan Provinsi/Kab/Kota dan 2282 Puskesmas. UKS Kit berisi peralatan kesehatan yang diperlukan bagi petugas Puskesmas untuk melaksanakan penjangkaran kesehatan di sekolah.

### **Faktor Pendukung**

1. Aspek legal yang memadai  
Masuknya penjangkaran kesehatan dalam RPJMN, Renstra dan SPM Bidang Kesehatan Kab/Kota sebagai salah satu indicator, menjadikan penjangkaran kesehatan merupakan kegiatan prioritas dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Hal tersebut mendorong daerah untuk membuat kebijakan-kebijakan daerah yang mendukung pelaksanaan penjangkaran kesehatan, serta mendukung Puskesmas

dalam menjalankan kegiatan-kegiatan lainnya terkait kesehatan usia sekolah di wilayah kerja.

2. Tersedianya biaya operasional

Adanya APBN Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) yang dialokasikan untuk seluruh puskesmas, sangat mendukung Petugas Puskesmas dalam melaksanakan kegiatan penjangkaran kesehatan karenabiaya transportasi dari puskesmas ke sekolah dapat diakomodir melalui APBN BOK tersebut.

**Faktor penghambat**

1. Keterbatasan SDM Puskesmas dibandingkan dengan jumlah sekolah/peserta didik di wilayah kerja
2. Keterbatasan biaya pengadaan/pencetakan formulir penjangkaran kesehatan / Buku Rapor Kesehatanku
3. Kurangnya koordinasi/ komitmen Lintas Sektor TP UKS di Kab/Kota, Kecamatan, Puskesmas dan Sekolah dalam mendukung dan melaksanakan penjangkaran kesehatan

**8. Puskesmas Melaksanakan Penjangkaran Peserta Didik Kelas 7 & 10**



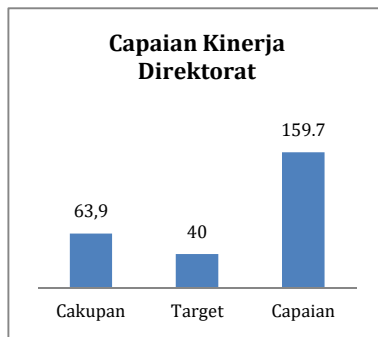
Indikator puskesmas melaksanakan penjangkaran kesehatan peserta didik kelas 7 dan 10 merupakan jumlah/cakupan puskesmas melaksanakan kegiatan

penjangkaran kesehatan bagi peserta didik pada entry level SMP dan SMA setingkat/kelas 7 dan 10 pada tahun ajaran 2015/2016.

Indikator ini adalah indikator baru di Renstra 2015-2019, Walaupun pelayanan penjangkaran peserta didik kelas 7 & 10 sudah dilaksanakan sejak lama. Masuknya pelayanan penjangkaran peserta didik kelas 7 & 10 merupakan bentuk intervensi di hulu didalam upaya penurunan AKI dan AKB.

Melalui pemeriksaan kesehatan ini diharapkan status kesehatan remaja dapat diketahui untuk kemudian dilakukan tindak lanjut atas permasalahan yang ditemui.

### **Analisa Cakupan**

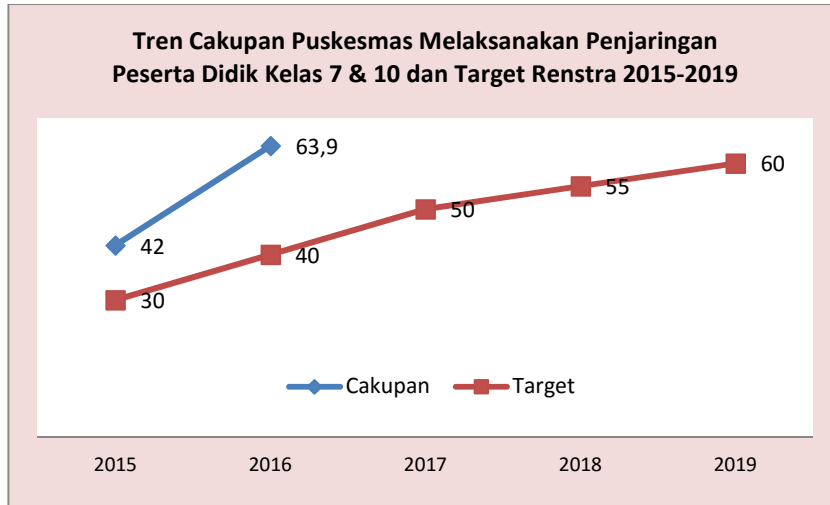


Indikator ini, di tahun 2016 dapat mencapai target renstra dengan pencapaian cakupan sebesar 63,9% dari target sebesar 40 %. Dengan capaian ini berarti 6055 puskesmas telah melaksanakan penjangkaran kelas

7 & 10. Capaian kinerja atas indikator ini dengan cakupan sebesar 63,9% adalah sebesar 159,7%.

Capaian kinerja indikator ini terkategori sangat baik. Bila dilihat tren cakupan indikator ini mengalami peningkatan sebesar 22,3 poin dibandingkan tahun 2015. Dengan mempertahankan cakupan ini maka seharusnya capaian kinerja indikator ini di tahun 2017 dapat kembali terkategori sangat baik, begitu juga bila dibandingkan dengan cakupan pada tahun 2019, maka indikator ini seharusnya dapat tercapai di akhir Renstra 2015-2019.

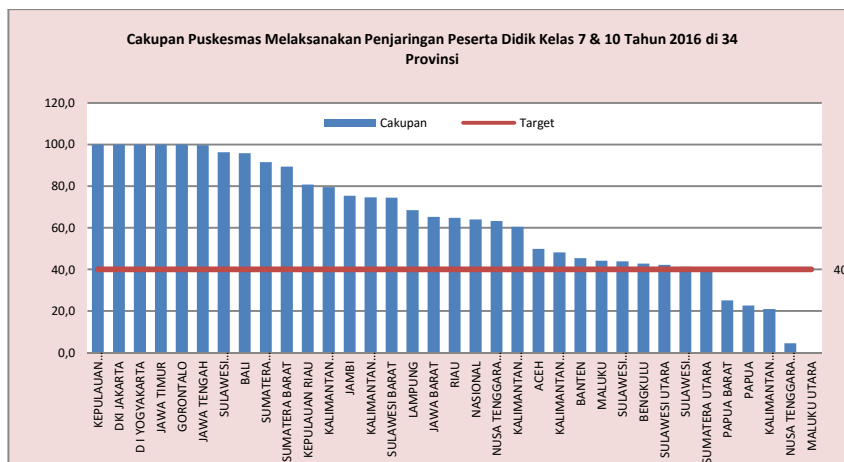
**Grafik 19. Cakupan puskesmas melaksanakan penjarangan peserta didik kelas 7 & 10 tahun 2016**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016

Bila dilihat di 34 provinsi indikator ini memiliki disparitas yang cukup tinggi. 29 Provinsi telah berhasil mencapai target nasional sebesar 40%. Rata-rata cakupan di 34 Provinsi adalah sebesar 63.3% dengan cakupan tertinggi sebesar 100% (sebanyak 5 Provinsi) dan cakupan terendah sebesar 0% (Maluku Utara).

**Grafik 20. Cakupan Puskesmas Melaksanakan Penjarangan Peserta Didik kelas 7 & 10 Tahun 2016 di 34 Provinsi**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016

Capaian kinerja terhadap target nasional pada provinsi yang tidak mencapai target nasional tergambar pada tabel dibawah.

| <b>Provinsi</b>     | <b>Cakupan</b> | <b>Capaian</b> |
|---------------------|----------------|----------------|
| Papua Barat         | 25.2           | 62.9           |
| Papua               | 22.6           | 56.6           |
| Kalimantan Barat    | 21.0           | 52.5           |
| Nusa Tenggara Timur | 4.6            | 11.5           |
| Maluku Utara        | 0.0            | 0.0            |

Pada provinsi yang berhasil mencapai target nasional, hal tersebut karena adanya kebijakan daerah yang mendukung dalam pelaksanaan kegiatan melalui penerbitan Peraturan/Surat Edaran Gubernur terkait pelaksanaan penjangkauan kesehatan dan kegiatan UKS lainnya, dukungan pembiayaan daerah bagi Puskesmas dalam menjalankan kegiatan penjangkauan kesehatan, kondisi geografis, sarana prasarana (jalan, transportasi) terbangun yang lebih baik sehingga lebih memudahkan Puskesmas dalam menjangkau ke sekolah di wilayah kerja.

Sedangkan pada provinsi yang belum mencapai target nasional, hal ini disebabkan karena belum tersosialisasinya dengan baik mengenai indikator puskesmas melaksanakan penjangkauan kesehatan kelas 7 dan 10 serta perundang-undangan yang mendukung program ini menjadi program prioritas nasional dan daerah, mekanisme sistem pencatatan dan pelaporan yang masih belum optimal, pembagian tugas dan wewenang terkait UKS baik tingkat provinsi/kab/kota/Puskesmas, kondisi geografis dan dukungan pendanaan bagi puskesmas dalam menjangkau daerah sulit

## **Upaya / Kegiatan yang dilakukan untuk mencapai target Indikator**

1. Penguatan koordinasi Tim Pembina UKS/M Pusat dan daerah melalui Pertemuan Evaluasi Akselerasi UKS/M
2. Bimbingan Teknis dan Supervisi Pembinaan dan Pelaksanaan UKS di daerah melalui kegiatan Lomba Sekolah Sehat 2016
3. Pelatihan terintegrasi pelayanan kesehatan usia sekolah dan remaja bagi tenaga kesehatan di 9 provinsi focus
4. Pengadaan UKS Kit bagi Puskesmas. Pada Tahun 2016 diadakan sebanyak 4110 UKS Kit yang diperuntukkan bagi Dinas Kesehatan Provinsi/Kab/Kota dan 2282 Puskesmas. UKS Kit berisi peralatan kesehatan yang diperlukan bagi petugas Puskesmas untuk melaksanakan penjangkaran kesehatan di sekolah.

## **Faktor Pendukung**

1. Faktor legal aspek yang memadai  
Terbitnya RPJMN, Renstra dan SPM Bidang Kesehatan Kab/Kota yang mencantumkan kegiatan penjangkaran kesehatan sebagai salah satu indikator pencapaian dengan kata lain menjadikan penjangkaran kesehatan merupakan kegiatan prioritas dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Walaupun yang tercantum pada SPM Bidang Kesehatan Kab/Kota hanya penjangkaran kesehatan kelas 7, hal tersebut cukup mendorong Puskesmas dalam menjalankan penjangkaran kesehatan di tingkat SMP dan SMA di wilayah kerja.

## 2. Pembiayaan Operasional

Petugas Puskesmas dalam melaksanakan kegiatan penjangkauan kesehatan memerlukan pembiayaan operasional (transportasi) untuk menjangkau sekolah-sekolah di wilayah kerja. Dengan masuknya penjangkauan kesehatan kelas 7 dan 10 sebagai salah satu indikator dalam RPJMN dan Renstra bidang Kesehatan maka kegiatan tersebut dianggap sebagai prioritas pula dalam pembiayaan operasional yang diakomodir melalui pendanaan APBN (BOK).

### **Faktor penghambat**

1. Masih kurangnya sosialisasi tentang indikator/pelaksanaan penjangkauan kesehatan kelas 7 dan 10 yang merupakan indikator yang baru dimasukkan dalam Renstra Kesehatan
2. Kurangnya koordinasi dan komitmen Lintas Sektor TP UKS di Kab/Kota, Kecamatan, Puskesmas dan Sekolah dalam mendukung dan melaksanakan penjangkauan kesehatan di SMP dan SMA setingkat
3. Keterbatasan biaya pengadaan/pencetakan formulir penjangkauan kesehatan / Buku Rapor Kesehatanku
4. Keterbatasan SDM Puskesmas dibandingkan dengan jumlah sekolah/peserta didik di wilayah kerja.

## 9. Indikator Puskesmas Melaksanakan Kegiatan Kesehatan Remaja



Sejak tahun 2003, model pelayanan kesehatan remaja yang memenuhi kebutuhan dan selera remaja diperkenalkan dengan sebutan Pelayanan Kesehatan

peduli Remaja (PKPR), yaitu pelayanan kesehatan yang ditujukan dan dapat dijangkau remaja, menyenangkan, menerima remaja dengan tangan terbuka, menghargai remaja, menjaga kerahasiaan, peka akan kebutuhan terkait dengan kesehatannya, serta efektif dan efisien dalam memenuhi kebutuhan tersebut.

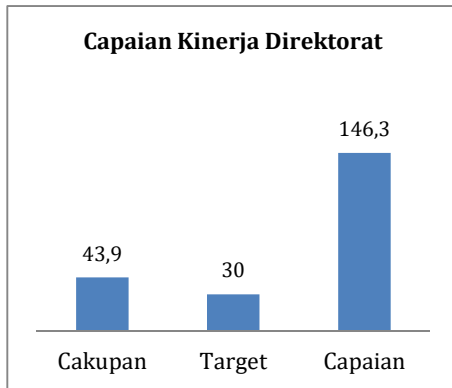
PKPR ditujukan untuk semua remaja (10-19 tahun) baik di sekolah maupun di luar sekolah, seperti kelompok remaja masjid, gereja, karang taruna, pramuka, dll. Pelayanan kesehatan remaja dapat pula diperluas pada kelompok remaja yang tidak terorganisir, misalnya anak jalanan, jermal-jermal, atau pekerja anak di daerah industri.

Berdasarkan SKDI 2012 hanya sebesar 2% perempuan dan 4,2% laki-laki yang mengetahui PKPR sebagai salah satu layanan kesehatan remaja, hal ini menunjukkan rendahnya akses remaja terhadap layanan PKPR.

Tahun 2015, puskesmas PKPR masuk kedalam indikator Renstra sebagai bentuk penanganan di hulu dalam upaya penurunan AKI dan AKB.



## Analisa Capaian Kinerja

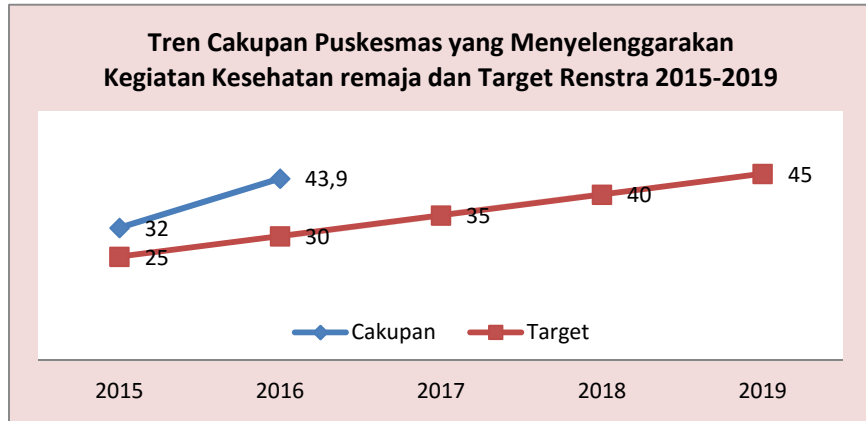


Indikator puskesmas melaksanakan kegiatan kesehatan remaja dapat mencapai target tahun 2016 dengan cakupan sebesar 43,9%. Dengan cakupan ini, berarti 4154 puskesmas telah melaksanakan

kegiatan kesehatan remaja di tahun 2016. Dengan cakupan sebesar 43,9% dan target sebesar 30%, Direktorat Kesehatan Keluarga mendapatkan nilai capaian kinerja sebesar 146,3%

Bila dilihat tren cakupan dan target, indikator ini juga menunjukkan tren yang baik dengan peningkatan cakupan sebesar 11,9 poin dibandingkan tahun 2015. Dengan upaya yang telah dilakukan pada tahun 2016 maka seharusnya capaian kinerja pada tahun 2017 juga mendapatkan kategori baik karena dengan cakupan 43,9%, cakupan ini tetap masih diatas target 2017 sebesar 35%. Adapun untuk mencapai target akhir Renstra di tahun 2019 diperlukan upaya untuk menaikkan sebesar 1,1 poin, untuk mencapai target sebesar 45%

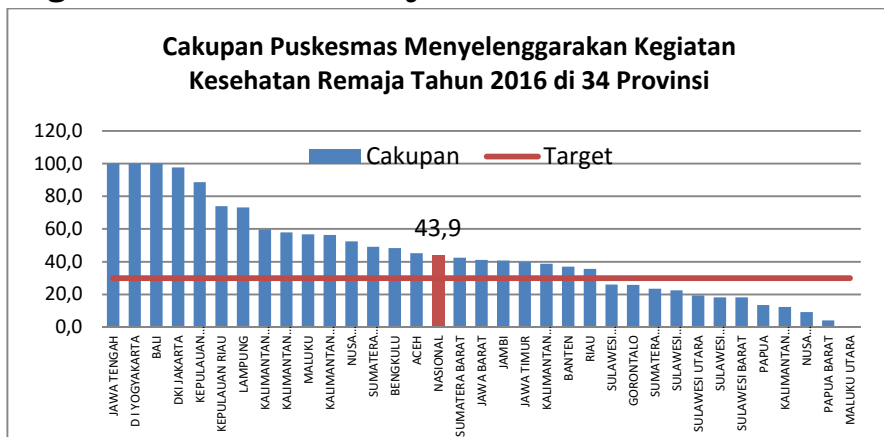
**Grafik 21. Tren Cakupan Puskesmas yang Menyelenggarakan Kegiatan Kesehatan remaja dan Target Renstra 2015 - 2019.**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016

Berhasil tercapainya target 2016, masih menyisakan tantangan adanya disparitas didalam pencapaian target nasional di 34 provinsi. Sebanyak 22 Provinsi telah berhasil mencapai target nasional, dan 12 provinsi masih belum mencapai target nasional. Secara rata-rata, cakupan di 34 provinsi adalah sebesar 44,9% dengan cakupan tertinggi sebesar 100% (berhasil dicapai oleh 3 Provinsi) dan cakupan terendah sebesar 0% (Provinsi Maluku Utara).

**Grafik 22. Cakupan Puskesmas Menyelenggarakan Kegiatan Kesehatan Remaja Tahun 2016 di 34 Provinsi**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016

Keberhasilan pencapaian indikator karena tersosialisasikannya PKPR secara menyeluruh di Puskesmas, telah terlatih/terorientasikannya tenaga kesehatan puskesmas mengenai PKPR dan SN PKPR, serta aktifnya pembinaan kader kesehatan remaja untuk meningkatkan kesadaran remaja tentang adanya pelayanan kesehatan yang dikhususkan bagi kelompok usia mereka.

Sedangkan provinsi dengan pencapaian cakupan puskesmas menyelenggarakan kegiatan kesehatan remaja terendah, disebabkan karena mekanisme sistem pencatatan dan pelaporan yang masih belum optimal, belum terlatih/terorientasikannya tenaga kesehatan Puskesmas mengenai puskesmas PKPR, manajemen PKPR, tehnik konseling remaja maupun SN PKPR, kurang aktifnya puskesmas dalam mensosialisasikan PKPR pada remaja dan melakukan pembinaan bagi kader kesehatan remaja.

**Upaya / Kegiatan yang dilakukan untuk mencapai target Indikator**

1. Pelatihan terintegrasi pelayanan kesehatan usia sekolah dan remaja bagi tenaga kesehatan di 9 provinsi focus. Pelatihan tentang PKPR bagi tenaga kesehatan di daerah juga diakomodir oleh APBN melalui dana dekon
2. Penyusunan Pedoman Manajemen Terpadu Pelayanan Kesehatan Remaja Tingkat Rujukan sebagai pedoman bagi tenaga kesehatan di Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan remaja
3. Penyusunan Pedoman Konseling, Informasi dan Edukasi Kader Kesehatan Remaja

### **Faktor Pendukung**

1. Faktor legal aspek yang memadai  
Masuknya indikator Puskesmas yang menyelenggarakan kegiatan kesehatan remaja pada RPJMN dan Renstra Bidang Kesehatan Tahun 2015-2019 menjadi mendorong Puskesmas menjalankan berbagai pelayanan kesehatan remaja di Puskesmas
2. Adanya standarisasi nasional dalam menyelenggarakan Puskesmas PKPR
3. Pembiayaan kegiatan-kegiatan Puskesmas PKPR (pembinaan konselor sebaya) yang didukung oleh pendanaan APBN (BOK)
4. Sosialisasi PKPR melalui kegiatan-kegiatan pelatihan/orientasi bagi tenaga kesehatan baik di tingkat Pusat maupun daerah

### **Faktor penghambat**

1. Secara kuantitas, permasalahan pencapaian indikator disebabkan system pelaporan yang belum optimal
2. Kurang tersosialisasikannya program PKPR di tingkat remaja
3. Kompetensi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan remaja di Puskesmas khususnya dalam konseling dan tatalaksana medis
4. Kurangnya evaluasi Puskesmas PKPR oleh Provinsi/Kab/Kota sesuai standar nasional PKPR

## **B. Realisasi Anggaran**

Pada tahun anggaran 2016, untuk mencapai tujuan dan target kegiatan, Direktorat Kesehatan Keluarga mendapatkan 2 (dua) sumber anggaran yaitu Anggaran Pendapatan Belanja Nasional (APBN) dan Pinjaman Hibah Luar Negeri (PHLN). Kedua sumber dana tersebut tertuang dalam DIPA Satker Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016.

Di dalam perjalanan kegiatan tahun 2016 terjadi perubahan/ revisi DIPA sebanyak 9 kali, perubahan ini terjadi seiring dengan adanya kebijakan ditingkat nasional maupun internal direktorat.

Pada awal tahun 2016, Direktorat Keluarga mendapatkan alokasi anggaran sebesar Rp. 120.000.000.000,-. Kebijakan yang berpengaruh kepada perubahan didalam alokasi DIPA Direktorat Kesehatan Keluarga berasal dari kementerian keuangan dimana setiap unit di kemenkes diminta untuk efisiensi, Direktorat Kesehatan Keluarga melakukan efisiensi sebesar Rp. 40.000.000.000,- yang menjadikan perubahan DIPA menjadi Rp. 80.000.000.000,-.

Hasil efisiensi yang ada di kumpulkan di tingkat Direktorat Jenderal Kesehatan masyarakat sebagian dijadikan efisiensi dan sebagian di lakukan refocusing untuk kegiatan prioritas. Direktorat Kesehatan Keluarga mendapatkan dana refocusing sebesar Rp. 4.627.892.000,- sehingga DIPA menjadi Rp. 84.627.892.000,-.

Pada triwulan 3 terjadi efisiensi kembali dimana setiap unit diminta melakukan selfblocking, Direktorat Kesehatan Keluarga melakukan selfblocking sebesar 17.000.000.000,-. Sesuai kebijakan di kementerian keuangan, selfblocking yang ada tetap

berada/ tetap menjadi DIPA (tidak dihapus), sehingga DIPA tetap pada alokasi sebesar Rp. 84.627.892.000,- dengan kondisi dana sebesar 17 M tidak dapat digunakan (selfblocking).

Di bulan Desember dana PHLN masuk kedalam DIPA sebesar Rp. 8.552.538.000 (WHO 2.105.517.000,- UNICEF 4.555.689.000,- UNFPA 1.891.332.000,-) sehingga pada akhir tahun 2016 DIPA Kesehatan Keluarga (termasuk dana PHLN) sebesar Rp. 93.180.430.000.

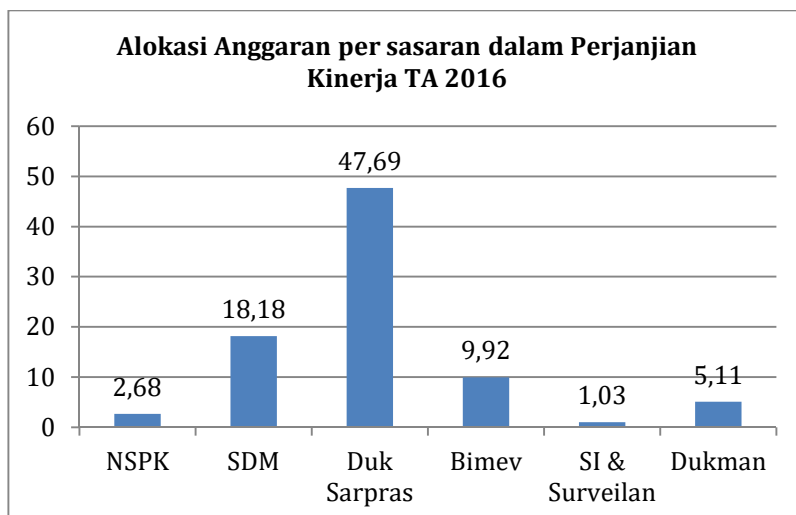
Untuk mendukung pencapaian program di tingkat provinsi dan kab/kota, Direktorat Kesehatan Keluarga meluncurkan APBN melalui mekanisme dekonsentrasi ke 34 provinsi sebesar Rp. 360.034.526.000,-.

Anggaran tersebut terbagi atas 5 output/ sasaran dalam perjanjian kinerja TA 2016, yaitu :

1. NSPK Pembinaan Kesehatan Keluarga
2. SDM Kesehatan yang ditingkatkan kapasitasnya dalam pembinaan Kesehatan Keluarga
3. Dukungan Sarana dan Prasarana Pembinaan Kesehatan Keluarga
4. Bimbingan Teknis dan Evaluasi pembinaan Kesehatan Keluarga
5. Sistem Informasi dan Surveilans Pembinaan Kesehatan Keluarga
6. Dukungan Layanan Manajemen

Gambaran alokasi anggaran per output/ sasaran dalam perjanjian kinerja TA 2016 tanpa memasukan dana Hibah tergambar dalam grafik dibawah :

**Grafik 23. Alokasi Anggaran per sasaran dalam Perjanjian Kinerja TA 2016**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016

Adapun gambaran pencapaian realisasi anggaran Direktorat Kesehatan Keluarga tahun 2016 terdapat dalam tabel dibawah :

**Tabel 3. Realisasi Anggaran Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016**

| Alokasi                               | Pagu Akhir Efisiensi dan Refokusing 2015 (Rp) | Realisasi (Rp)        | %             |
|---------------------------------------|---|-----------------------|---------------|
| APBN PUSAT                            | 84.627.892.000                                | 64.705.447.919        | 76,46%        |
| • <b>Self Blocking</b>                | <b>17.000.000.000</b>                         | <b>0</b>              | <b>0 %</b>    |
| • APBN tanpa SelfBlocking             | 67.627.892.000                                | 64.705.447.919        | 95,67%        |
| PHLN PUSAT (WHO + UNICEF)             | 8.552.538.000                                 | 7.344.943.498         | 85,88%        |
| <b>Total APBN</b>                     | <b>93.180.430.000</b>                         | <b>72.050.391.417</b> | <b>77,32%</b> |
| <b>Total APBN tanpa Self Blocking</b> | <b>76.180.430.000</b>                         | <b>72.050.391.417</b> | <b>94,58%</b> |

Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016

Tidak terserapnya anggaran sebesar 22,68% disebabkan karena kebijakan self blocking yang tidak dihapus dari DIPA oleh kementerian keuangan. Adapun bila self blocking tidak dimasukkan kedalam DIPA, capaian realisasi keuangan Direktorat Kesehatan Keluarga adalah sebesar 94,58%.

### **Pelaksanaan Efisiensi**

Didalam pelaksanaan upaya pencapaian kinerja, Direktorat Kesehatan Keluarga juga telah melaksanakan beberapa upaya efisiensi untuk mengefektifkan pelaksanaan kegiatan.

Beberapa upaya tersebut antara lain :

1. Melakukan pertemuan tingkat nasional secara terpadu. Beberapa pertemuan yang mengundang pengelola program yang sama, disatukan dalam satu pertemuan. Melalui keterpaduan ini cukup menghemat pengeluaran di sisi transportasi
2. Melakukan pelatihan terintegrasi. Kegiatan ini menggabungkan beberapa pelatihan yang ada menjadi 1 pelatihan. Melalui kegiatan ini, cukup mengefisienkan anggaran di sisi transportasi karena pengelola program tidak dipanggil berkali-kali.



## **BAB IV PENUTUP**

### **Kesimpulan**

Direktorat Kesehatan Keluarga sebagai Direktorat yang baru lahir dengan adanya permenkes 64 tahun 2015, telah melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan keluarga. Secara perencanaan, Program Kesehatan Keluarga, merupakan penjabaran visi, misi, dan sasaran strategis kementerian kesehatan. Mengacu pada dokumen Renstra 2015-2019, direktorat kesehatan keluarga bertanggung jawab atas indikator-indikator terkait kesehatan anak, ibu dan lansia.

Semua indikator yang diperjanjikan pada dokumen perjanjian kinerja TA 2016 dan indikator Renstra 2015-2019 untuk tahun 2016 berhasil mencapai target.

Permasalahan didalam pencapaian target ditahun 2016 terkait proses pelaporan yang belum optimal. Pelaporan yang belum optimal ini menyebabkan disparitas yang cukup tinggi di daerah.

## **Masalah Prioritas Dan Rencana Tindak Lanjut**

Berdasarkan capaian kinerja diatas, daftar masalah prioritas yang memerlukan tindak lanjut segera:

### **1. Disparitas Pencapaian Indikator**

Disparitas ini berupa, adanya provinsi yang datanya tidak masuk kepusat. Bila ditelusur lagi sampai tingkat kabupaten/ kota. Masih banyak kabupaten/ kota yang datanya belum masuk kepusat. Beberapa permasalahan yang terjadi antara lain :

1. Kebijakan data 1 (satu) pintu yang seharusnya sudah berjalan pada tahun 2016 ternyata belum dapat direalisasikan di kementerian kesehatan.
2. Indikator Kesehatan Keluarga masih belum tersosialisasikan secara menyeluruh di 514 kab./kota dan puskesmas

### **Rencana Tindak Lanjut**

1. Melakukan sosialisasi terkait indicator baru tingkat pusat
2. Perluasan kegiatan sosialisasi indicator sampai ke kab./kota melalui mekanisme dekonsentrasi
3. Mengawal kebijakan system informasi kesehatan dan komdat kemenkes sebagai mekanisme 1 pintu di tingkat pusat terkait pelaporan agar memasukan indkator baru.