



DIREKTORAT KESEHATAN KELUARGA

# LAPORAN KINERJA TAHUN 2018

KEMENTERIAN KESEHATAN



## KATA PENGANTAR

Laporan Akuntabilitas Kinerja (LAKIP) merupakan laporan kinerja tahunan yang berisi pertanggungjawaban kinerja suatu instansi dalam mencapai tujuan/sasaran strategis instansi tersebut. Sesuai dengan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara no. 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja, dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah, maka Direktorat Kesehatan Keluarga sebagai unit Satuan Kerja di Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan memiliki kewajiban untuk menyampaikan LAKIP.

LAKIP Direktorat Kesehatan Keluarga TA 2018 ini disusun sebagai pertanggungjawaban kinerja direktorat sesuai dengan tugas pokok dan fungsi institusi selama tahun 2018. Laporan kinerja ini diharapkan dapat bermanfaat dalam pengambilan kebijakan dan penyempurnaan penyusunan rencana kerja tahun yang akan datang.

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

Jakarta, Januari 2019

**Direktur Kesehatan Keluarga**



**dr. Eni Gustina, MPH**

**NIP: 196308201994122003**

## **IKHTISAR EKSEKUTIF**

Direktorat Kesehatan Keluarga mulai menjalankan tugas pokok dan fungsinya pada tahun 2016. Ruang lingkup sasaran kegiatan berdasarkan pada siklus hidup mulai dari periode kehamilan (ibu hamil beserta janinnya), persalinan, bayi baru lahir, balita, usia sekolah dan remaja, usia reproduksi, sampai periode lanjut usia.

Secara umum, capaian kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga terkategori "baik". Semua indikator dapat mencapai target yang telah ditetapkan kecuali pada indikator Puskesmas yang melaksanakan orientasi Program Persiapan Persalinan dan Pencegahan Kehamilan (P4K) yang salah satunya diakibatkan oleh kekurangpahaman tenaga kesehatan di puskesmas tentang pentingnya upaya berkelanjutan dalam peningkatan kesadaran masyarakat akan pentingnya program P4K untuk meningkatkan kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

Capaian kinerja anggaran juga terkategori baik. Serapan DIPA setelah penambahan PHLN diakhir tahun mencapai 93,56%. Serapan total alokasi dana dekonsentrasi sebesar 91,84% dengan serapan tertinggi sebesar 99,99% (Sulawesi Utara) dan serapan terendah 75,99% (Maluku).

Tantangan yang masih dihadapi adalah masih terjadinya kesenjangan cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan di 34 provinsi. Upaya pembinaan, monitoring dan supervisi fasilitatif berjenjang dan berkelanjutan termasuk dalam hal pencatatan dan pelaporan program diharapkan dapat meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan terkait kesehatan keluarga.

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR</b> .....	Error! Bookmark not defined.
<b>IKHTISAR EKSEKUTIF</b> .....	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>iv</b>
<b>BAB I</b> .....	<b>1</b>
<b>PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
Latar Belakang .....	1
<i>Maksud dan Tujuan</i> .....	3
<i>Tujuan:</i> .....	3
Tugas dan Fungsi Direktorat Kesehatan Keluarga .....	3
<i>Struktur Organisasi Direktorat Kesehatan Keluarga</i> .....	4
<i>Isu dan Sasaran Strategis Kesehatan Keluarga</i> .....	5
<i>Isu Strategis</i> .....	5
<i>Tujuan</i> .....	7
<i>Sasaran Strategis</i> .....	8
<i>Visi Misi</i> .....	8
<i>Kebijakan:</i> .....	10
Strategi Operasional .....	10
Sistematika Laporan.....	12
<b>BAB II</b> .....	<b>14</b>
<b>PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA</b> .....	<b>14</b>
A. Perencanaan Kinerja .....	14
<i>Indikator Kinerja</i> .....	15
<i>Perjanjian Kinerja</i> .....	20
<b>BAB III</b> .....	<b>23</b>
<b>AKUNTABILITAS KINERJA</b> .....	<b>23</b>
A. <i>Pengukuran Kinerja Dan Analisis Pencapaian Kinerja</i> .....	23
<i>Evaluasi Dan Analisa Capaian Kinerja</i> .....	26
B. Realisasi Anggaran .....	93
<b>BAB IV</b> .....	<b>100</b>

<b>PENUTUP .....</b>	<b>100</b>
Kesimpulan .....	100
<i>Masalah Prioritas Dan Rencana Tindak Lanjut .....</i>	<i>101</i>

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **Latar Belakang**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan 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 anak prasekolah, usia sekolah dan remaja, usia reproduksi dan keluarga berencana dan lanjut usia. Sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya, maka sesuai dengan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019, kegiatan Direktorat Kesehatan Keluarga mengacu pada tujuan dan sasaran dari program kesehatan ibu, anak dan lansia. Sedangkan 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 Undang Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggara Negara Yang Bersih dan Bebas dari KKN dengan mempertimbangkan azas yang terdapat di dalamnya. Landasan formal dalam penyelenggaraan pelayanan publik mengacu pada Azas-Azas Umum Pemerintahan Yang Baik yang merupakan penerapan Azas Akuntabilitas, Direktorat Kesehatan Keluarga menjalankan Instruksi Presiden Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP). Substansi dari sistem AKIP dilaksanakan melalui penyusunan dan pelaksanaan

perencanaan strategis, pengukuran dan evaluasi kinerja serta pelaporannya.

Penyusunan LAKIP Direktorat Kesehatan Keluarga TA 2018 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 dan Perjanjian Kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga TA 2018. Pelaksanaan SAKIP di Direktorat Kesehatan Keluarga mengacu pada :

1. UU No. 28 / 1999: Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari KKN
2. UU No. 17 / 2003: Keuangan Negara
3. UU No. 1 / 2004: Perbendaharaan Negara
4. PP No. 8 / 2006: Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah
5. Perpres No.29/2014: Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah

Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga mengacu pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara 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**

Maksud penyusunan LAKIP Kesehatan Keluarga Tahun 2018 adalah sebagai pelaporan kinerja dan bentuk pertanggungjawaban untuk menilai keberhasilan dan kegagalan organisasi (Direktorat Kesehatan Keluarga) dalam mencapai sasaran program yang wajib dipenuhi, sebagaimana telah ditetapkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019 dan dokumen Penetapan Kinerja Tahun 2018.

### **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.

## **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.

### ***Struktur Organisasi Direktorat Kesehatan Keluarga***

Direktorat kesehatan keluarga dipimpin oleh Direktur yang membawahi lima Sub Direktorat dan satu Sub Bagian Tata Usaha dan rumpun Jabatan Fungsional.

**Gambar 1 Struktur Organisasi Direktorat Kesehatan Keluarga**



***Isu dan Sasaran Strategis Kesehatan Keluarga***

**Isu Strategis**

Berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2017 tentang Rencana Kerja Pemerintah (RKP) Tahun 2018 Pembangunan kesehatan ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat, meningkatkan pemerataan akses pelayanan kesehatan, dan meningkatkan perlindungan finansial. Salah satu tantangan utama pada tahun 2018 adalah peningkatan kesehatan ibu dan anak.

Kementerian Kesehatan dengan visi, misi, dan sasaran strategisnya mendukung komitmen bersama pemerintah Indonesia di dalam prioritas pembangunan kesehatan yang salah satunya bertujuan untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Sasaran RPJMN 2015-2019 adalah untuk mencapai AKI sebesar 306 per 100.000 KH dan AKB 24 per 1000 KB pada tahun 2019.

Secara umum, Angka Kematian Ibu di Indonesia menunjukkan

penurunan dari 390 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1991 (SDKI 1991) menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup (SUPAS 2015). Dengan data ini, maka sasaran RPJMN 2015-2019 telah tercapai. Meskipun demikian, angka ini masih jauh dari target Sustainable Development Goals (SDGs) yang harus dicapai pada tahun 2030 sebesar 70 per 100.000 kelahiran hidup.

Sementara itu, Angka Kematian Bayi di Indonesia pun sudah mengalami penurunan dari 68 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1991 (SDKI 1991) menjadi 24 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2017 (SDKI 2017). Dengan kecenderungan penurunan seperti pada saat ini, penurunan AKB dapat dikatakan *on the track*. Di sisi lain, penurunan Angka Kematian Neonatal dapat dikatakan stagnan. Walaupun menurun dari 32 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1991 (SDKI 1991) menjadi 20 per 1.000 kelahiran hidup (SDKI 2003), tapi dalam jangka waktu sepuluh tahun berikutnya kondisi ini tidak banyak berubah, hanya turun menjadi 19 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI 2007). Kemudian turun menjadi 15 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2017 (SDKI 2017).

Pengukuran angka kematian tidak dapat dilakukan setiap tahun, maka monitoring dan evaluasi upaya penurunan AKI dan AKB dilakukan melalui indikator antara persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan dan pelayanan kunjungan neonatal pertama. Berdasarkan kajian pelayanan kesehatan ibu tahun 2014, penyebab utama kematian ibu adalah hipertensi dalam kehamilan dan perdarahan *post partum*. Sementara, penyebab kematian anak adalah kelainan pada masa neonatus. Hal ini dapat diminimalisir apabila pelayanan kesehatan kehamilan, persalinan, dan bayi baru lahir dilaksanakan dengan berkualitas.

Di tingkat masyarakat, pembinaan kesehatan ibu dan anak dilaksanakan dengan pemberdayaan masyarakat melalui kegiatan kelas ibu hamil dan P4K. Sementara itu, intervensi yang lebih awal dilaksanakan melalui penjangkaran kesehatan peserta didik dan pelayanan kesehatan peduli remaja yang merupakan penapisan dan pelayanan kesehatan awal untuk menjamin kualitas ibu dan bayi.

### **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 (diakhir tahun 2019)
2. Menurunnya angka kematian bayi dari 32 menjadi 24 per 1.000 kelahiran hidup (diakhir tahun 2019)

Untuk mencapai tujuan tersebut telah ditetapkan strategi nasional dan arah kebijakan nasional 2015-2019 yang kemudian juga menjadi tujuan 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**

Untuk mencapai tujuan tersebut, 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.

Sesuai Renstra Revisi 1 yang dikeluarkan pada tanggal 29 Agustus 2017, hal di atas direvisi menjadi kegiatan pembinaan kesehatan keluarga dengan sasaran strategis, “meningkatnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan keluarga”.

## **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 Gotongroyong”. Upaya untuk mewujudkan visi ini adalah melalui 7 misi pembangunan yaitu:

1. Terwujudnya keamanan nasional yang mampu menjaga kedaulatan wilayah, menopangkemandirian ekonomi dengan mengamankan sumber daya maritim dan mencerminkan kepribadian Indonesia sebagai negara kepulauan.
2. Mewujudkan masyarakat maju, berkesinambungan dan demokratis berlandaskan negara hukum.

3. Mewujudkan politik luar negeri bebas dan aktif serta memperkuat jati diri sebagai negara maritim.
4. Mewujudkan kualitas hidup manusia Indonesia yang tinggi, maju dan sejahtera.
5. Mewujudkan bangsa yang berdaya saing.
6. Mewujudkan Indonesia menjadi negara maritim yang mandiri, maju, kuat dan berbasiskan kepentingan nasional, serta
7. Mewujudkan masyarakat yang berkepribadian dalam kebudayaan.

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

1. Menghadirkan kembali negara untuk melindungi segenap bangsa dan memberikan rasa aman pada seluruh warga Negara.
2. Membuat pemerintah tidak absen dengan membangun tata kelola pemerintahan yang bersih, efektif, demokratis dan terpercaya.
3. Membangun Indonesia dari pinggiran dengan memperkuat daerah-daerah dan desa dalam kerangka negara kesatuan.
4. Menolak negara lemah dengan melakukan reformasi sistem dan penegakan hukum yang bebas korupsi, bermartabat dan terpercaya.
5. Meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia.
6. Meningkatkan produktifitas rakyat dan daya saing di pasar Internasional.

7. Mewujudkan kemandirian ekonomi dengan menggerakkan sektor-sektor strategis ekonomi domestik.
8. Melakukan revolusi karakter bangsa.
9. Memperteguh ke-Bhineka-an dan memperkuat restorasi sosial Indonesia.

**Kebijakan:**

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

1. Intervensi *health system* yang 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)

**Strategi Operasional**

1. 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. Integrasi dan sinkronisasi 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 penentuan 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 berdaya ungkit 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)

### **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**

Secara normatif, 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 (terjadi revisi Renstra pada bulan agustus 2017- Kepmenkes HK.01.07/Menkes/422/2017), yang merupakan penjabaran dari RPJMN 2015-2019. Dokumen Renstra kemudian dijabarkan kedalam Rencana Aksi Kegiatan Kesehatan Keluarga 2016-2019.

Perencanaan pertahun yang dikenal dengan RKP (Rencana Kerja Pemerintah) merupakan pentahapan pencapaian tujuan RPJMN. RKP ini juga diturunkan dalam dokumen di tingkat kementerian kesehatan yang dikenal dengan Renja K/L. Selanjutnya, Direktorat Kesehatan Keluarga membuat turunannya dalam dokumen Rencana Kerja Tahunan (RKT). Dokumen ini merupakan dokumen perencanaan kegiatan pada tahun berjalan yang disusun untuk menjamin keselarasan kebijakan presiden sebagai pemegang mandat rakyat.

Kegiatan-kegiatan untuk mencapai tujuan dan sasaran diatas, disepakati dalam dokumen Perjanjian Kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga kepada Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan RI.

## **Indikator Kinerja**

Evaluasi terhadap keberhasilan upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan keluarga akan dilakukan melalui indikator yang mengacu pada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019 dan penjabaran RPJMN pertahun (RKP) yang diturunkan dalam Renja K/L.

Sebagai salah satu program prioritas, dalam RKP 2018, peningkatan kesehatan ibu dan anak diukur melalui indikator sebagai berikut:

### 1. Persalinan di fasilitas kesehatan

Untuk menjamin persalinan sesuai standar, setiap persalinan diharapkan dapat dilakukan di fasilitas kesehatan. Sesuai dengan RKP 2018, pada tahun 2018 target persentase persalinan di fasilitas kesehatan (PF) adalah 82%.

### 2. Kunjungan antenatal (K4)

Salah satu upaya menjamin kesehatan ibu hamil dan janin di dalam kandungan adalah melalui pemeriksaan kehamilan secara berkala. Pemeriksaan ini bertujuan untuk menjaga kesehatan ibu dan janin, serta deteksi dini komplikasi pada kehamilan dan persalinan, sehingga dapat dilakukan tatalaksana yang efektif.

### 3. Kunjungan Neonatal Pertama (KN 1)

Kematian pada bayi paling banyak terjadi pada masa neonatal. Karena itu, salah satu upaya penurunan kematian bayi adalah dengan melaksanakan kunjungan neonatal pertama (pelayanan kesehatan sesuai standar pada masa 6-48 jam setelah lahir).

**Tabel 1. Sasaran Pembangunan Tahun 2018 (RKP 2018)**

Indikator	2014 <i>Baseline</i>	2015	2016	2017	2018	Sasaran Akhir RPJMN 2019	
1	Meningkatnya Status Kesehatan Ibu, Anak, dan Gizi Masyarakat						
a	Persentase Persalinan di fasilitas kesehatan (%)	70,4 (2013)	75	77	81	82	85
b	Persentase kunjungan antenatal (K4) (%)	70,4 (2013)	72	74	76	78	80
c	Persentase kunjungan neonatal pertama (KN1) (%)	71,3 (2013)	75	78	81	85	90

Sementara itu, berdasarkan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019, Pembinaan Kesehatan Keluarga yang merupakan tugas Direktorat Kesehatan Keluarga, memiliki indikator pencapaian sasaran Persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan. Untuk mencapai hasil tersebut maka dilakukan kegiatan Pembinaan Kesehatan Keluarga yang memiliki sasaran meningkatnya akses dan kualitas upaya kesehatan keluarga. Adapun indikator pencapaian sasaran tersebut adalah sebagai berikut:

1. Persentase Kunjungan Neonatal Pertama (KN1)
2. Persentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal ke 4 (K4)
3. Persentase Puskesmas yang melaksanakan penjangkaran kesehatan untuk peserta didik kelas 1
4. Persentase Puskesmas yang melaksanakan penjangkaran kesehatan untuk peserta didik kelas 7 dan 10
5. Persentase Puskesmas yang menyelenggarakan kegiatan Kesehatan Remaja
6. Persentase Puskesmas yang melaksanakan kelas ibu hamil
7. Persentase Puskesmas yang melakukan orientasi Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

**Tabel 2. Indikator Kesehatan Keluarga pada Renstra Kementerian Kesehatan dan Revisi 1 Renstra Kementerian Kesehatan**

Renstra 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	50%	55%	60%	65%	70%

		didik kelas I					
		Persentase Puskesmas yang melaksanakan penjarangan kesehatan untuk peserta didik kelas VII dan X	<b>30%</b>	<b>40%</b>	<b>50%</b>	<b>55%</b>	<b>60%</b>
		Persentase Puskesmas yang menyelenggarakan kegiatan kesehatan remaja	<b>25%</b>	<b>30%</b>	<b>35%</b>	<b>40%</b>	<b>45%</b>
Pembinaan Kesehatan Ibu dan Reproduksi	Meningkatnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi	Persentase Puskesmas yang melaksanakan kelas ibu hamil	<b>78%</b>	<b>81%</b>	<b>84%</b>	<b>87%</b>	<b>90%</b>
		Persentase Puskesmas yang melakukan orientasi Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)	<b>77%</b>	<b>83%</b>	<b>88%</b>	<b>95%</b>	<b>100%</b>

		Persentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan <i>antenatal</i> minimal 4 kali (K4)	72%	74%	76%	78%	80%
<b>Renstra 2015 – 2019 Revisi 1</b>							
Kegiatan	Sasaran	Indikator	Target / tahun				
			2015	2016	2017	2018	2019
<b>Pembinaan Kesehatan Keluarga</b>	meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan Keluarga	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	25%	30%	35%	40%	45%



		yang menyelenggarakan kegiatan kesehatan remaja					
		Persentase Puskesmas yang melaksanakan kelas ibu hamil	<b>78%</b>	<b>81%</b>	<b>84%</b>	<b>87%</b>	<b>90%</b>
		Persentase Puskesmas yang melakukan orientasi Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)	<b>77%</b>	<b>83%</b>	<b>88%</b>	<b>95%</b>	<b>100%</b>
		Persentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan <i>antenatal</i> minimal 4 kali (K4)	<b>72%</b>	<b>74%</b>	<b>76%</b>	<b>78%</b>	<b>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 2018.

Berdasarkan indikator-indikator di atas, maka disusunlah Perjanjian Kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga tahun 2018. Berdasarkan dokumen tersebut, Pengukuran kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga tahun 2018 dilaksanakan melalui pelaksanaan program sebagai berikut:

1. Pelayanan kesehatan neonatal pertama
2. Pelayanan antenatal ke empat
3. Penjaringan kesehatan untuk peserta didik kelas 1, 7, dan 10
4. Pelayanan kesehatan remaja
5. Pelaksanaan kelas ibu hamil
6. Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

**Tabel 3. Perjanjian Kinerja yang ditandatangani Direktur Kesehatan Keluarga TA 2018**

No.	Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
1.	Meningkatnya akses dan kualitas upaya kesehatan keluarga	1. Persentase kunjungan neonatal pertama (KN1) 2. Persentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal ke empat (K4) 3. Persentase Puskesmas yang melaksanakan	85%  78%  65%

		penjaringan kesehatan untuk peserta didik kelas 1	55%
		4. Persentase Puskesmas yang melaksanakan penjaringan kesehatan untuk peserta didik kelas 7 dan 10	40%
		5. Persentase Puskesmas yang menyelenggarakan kegiatan kesehatan remaja	87%
		6. Persentase Puskesmas yang melaksanakan kelas ibu hamil	95%
		7. Persentase Puskesmas yang melaksanakan Orientasi Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)	

## **BAB III**

### **AKUNTABILITAS KINERJA**

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

Pengukuran kinerja yang dilakukan melalui evaluasi pencapaian indikator kinerja bertujuan untuk memastikan akuntabilitas kinerja. Indikator kinerja diukur melalui pencapaian indikator kesehatan keluarga, realisasi kegiatan dan anggaran, serta analisis faktor pendukung dan kendala dalam pelaksanaan program dan kegiatan.

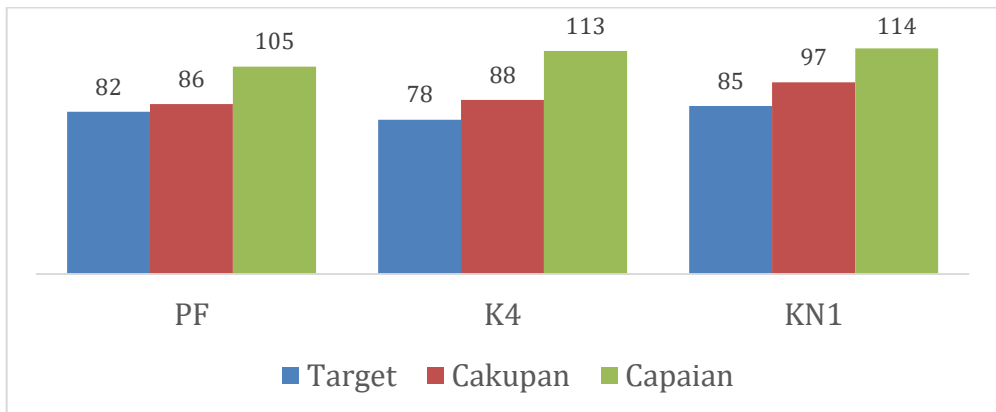
Pengukuran kinerja program kesehatan keluarga yang mengarah pada "dampak" (AKI dan AKB) tidak dapat dilakukan setiap tahun karena diperlukan metode khusus melalui pelaksanaan survei atau penelitian yang membutuhkan sumber daya dan pembiayaan yang besar.

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 diukur adalah indikator yang bersifat output, *end user*, langsung kepada masyarakat. Karena itu, pengukuran kinerja sebagai dasar penilaian keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan program/kegiatan di tingkat pusat/Kementerian Kesehatan RI merupakan data pencapaian kinerja propinsi, kabupaten/kota bahkan hingga fasilitas kesehatan di tingkat dasar. Pengukuran ini membutuhkan mekanisme evaluasi dan pelaporan yang terintegrasi antara pusat dan daerah serta lintas program.

Di dalam capaian kinerja tahun 2018, Direktorat Kesehatan Keluarga telah berhasil mencapai target RKP 2018 maupun target yang disepakati dengan Dirjen Kesehatan Masyarakat yang tertuang dalam dokumen perjanjian kinerja. Pencapaian indikator-indikator tersebut dapat dilihat dalam grafik-grafik di bawah ini

**Capaian kinerja dihitung dengan membandingkan cakupan yang berhasil didapatkan dengan target yang ditentukan dan ditampilkan dalam satuan persentase**

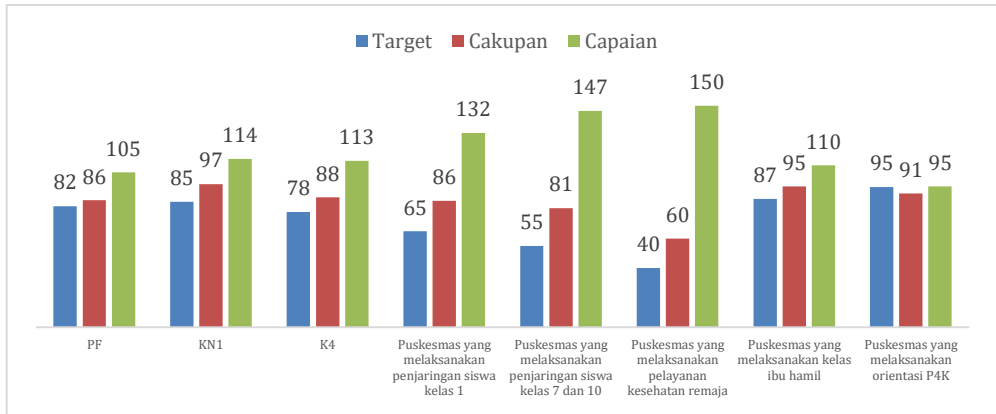
**Grafik 1 Capaian Kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga Berdasarkan RKP Tahun 2018**



Sumber: Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2018

Sementara itu, capaian kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga berdasarkan Perjanjian Kinerja Tahun 2018 dapat dilihat dalam grafik berikut.

**Grafik 2 Pencapaian Kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga Berdasarkan Renstra Kementerian Kesehatan dan Perjanjian Kinerja 2018**



Sumber: Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2018

Seperti pada tahun sebelumnya (Tahun 2017), disparitas cakupan antar wilayah masih menjadi permasalahan dalam pencapaian kinerja. Disparitas ini antara lain disebabkan oleh permasalahan dalam pencatatan dan pelaporan, yang antara lain:

1. Kebijakan data 1 (satu) pintu yang belum terealisasi
2. Indikator Kesehatan Keluarga masih belum tersosialisasikan secara menyeluruh di 514 kab/kota dan puskesmas

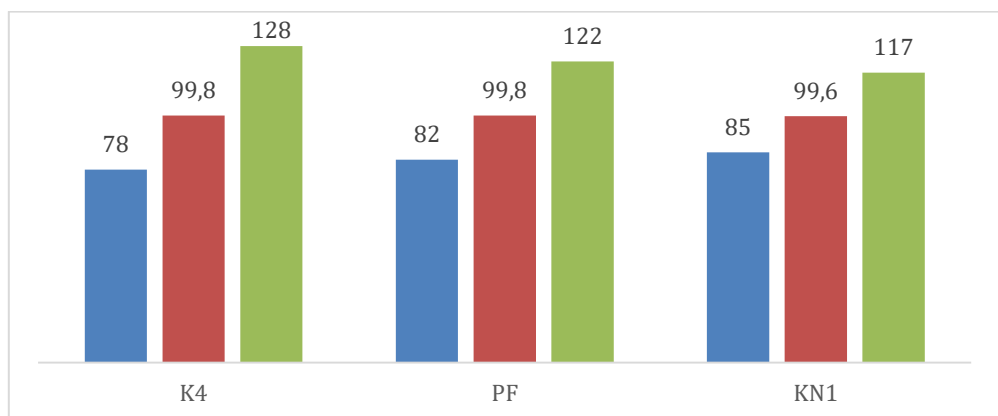
Secara umum, tindak lanjut telah dilakukan pada tahun 2018 berupa sosialisasi kebijakan data kesehatan keluarga pada berbagai kesempatan. Adapun terkait kebijakan 1 pintu yang ternyata belum juga terealisasi pada tahun 2018 maka Direktorat Kesehatan Keluarga mengembangkan sistem informasi untuk menjamin ketersediaan data secara akuntabel.

Upaya diatas, memiliki dampak yang signifikan pada pencapaian kinerja. Dapat dilihat pada grafik 2, tergambar capaian kinerja

Direktorat Kesehatan Keluarga sebesar 100 % untuk semua indikator yang dilimpahkan kepada Direktorat Kesehatan Keluarga.

Pada tahun 2017 dilaksanakan Revisi 1 terhadap Renstra Kementerian Kesehatan. Dalam revisi tersebut, terdapat perubahan cara penghitungan pada indikator PF, K4, dan KN1 dari yang semula sasaran ibu bersalin, ibu hamil, dan bayi baru lahir, menjadi kabupaten/kota yang melaporkan. Capaian Kinerja berdasarkan perubahan tersebut dapat dilihat pada grafik berikut.

**Grafik 3 Capaian Kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga Berdasarkan Renstra Kementerian Kesehatan Revisi 1**



*Sumber : data evaluasi kesehatan keluarga tahun 2018*

### **Evaluasi Dan Analisa Capaian Kinerja**

Berikut adalah gambaran pencapaian per indikator program kesehatan keluarga dengan informasi perbandingan data capaian, keberhasilan/kegagalan, hambatan/kendala dan

permasalahan yang dihadapi serta upaya yang akan dilakukan sebagai pemecahan masalah.

#### **a) Persalinan di Fasilitas Kesehatan**

Persalinan di fasilitas kesehatan merupakan indikator baru di Renstra 2015–2019. Indikator ini merupakan

pengembangan dari indikator "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 mendorong 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". Dengan melakukan



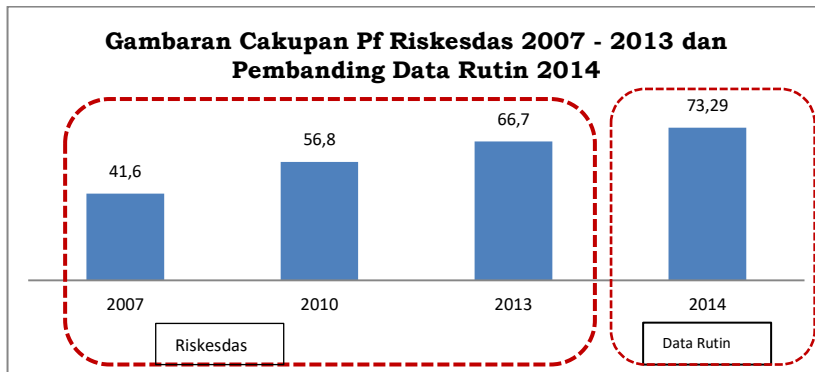
persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan, diharapkan setiap ibu bersalin mendapatkan pelayanan sesuai standar yang sehingga kematian ibu dan bayi dapat diturunkan.

Pertolongan persalinan merupakan proses pelayanan persalinan yang dimulai pada kala I sampai dengan kala IV persalinan. Penghitungan capaian indikator PF dilakukan dengan membagi jumlah ibu bersalin yang mendapatkan pertolongan sesuai standar oleh tenaga Kesehatan di fasilitas kesehatan 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 66,7%%. Berdasarkan Data Rutin Direktorat Bina Kesehatan Ibu tahun 2014, realisasi cakupan PF sebesar 73,29% dengan rata-rata peningkatan sebesar 2 poin. Data tersebut, sebagaimana digambarkan pada grafik dibawah dijadikan dasar dalam penentuan target awal di tahun 2015.

**Grafik 4 Gambaran Cakupan PF Riskesdas 2007-2013 dan  
Pembanding Data Rutin 2014**

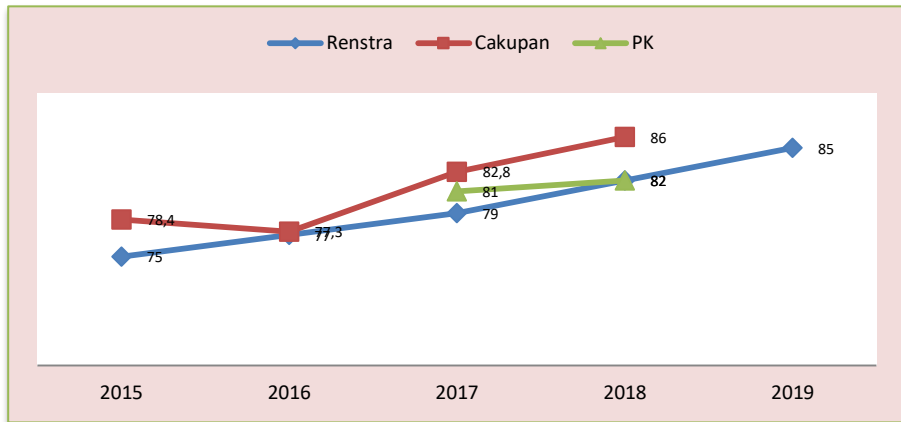


*Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016*

Pada tahun 2018, indikator Persalinan di Fasilitas Kesehatan berhasil mencapai target kinerja tahun 2018 sebesar 82% ibu bersalin. Dengan cakupan sebesar 84.27% tercatat sebanyak 4.249.836 ibu bersalin telah bersalin di fasilitas Kesehatan. Dengan cakupan tersebut, maka terhitung capaian kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga terkait indikator PF adalah sebesar 102.8%.

Sebanyak 98.64% kabupaten/kota telah melaporkan capaian PF, sehingga capaian kinerja provinsi dengan kabupaten/kota yang melaporkan adalah sebesar 120% (507 kabupaten/kota telah melaporkan dari target 421 kabupaten/kota yang ditargetkan untuk melaporkan).

**Grafik 5 Kecenderungan Cakupan Persalinan di Fasilitas Kesehatan dibandingkan dengan Target Renstra dan Perjanjian Kinerja**



*Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2018*

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, dan berdasarkan pemantauan kami di bulan maret 2016 Cakupan PF mencapai 80.6%.

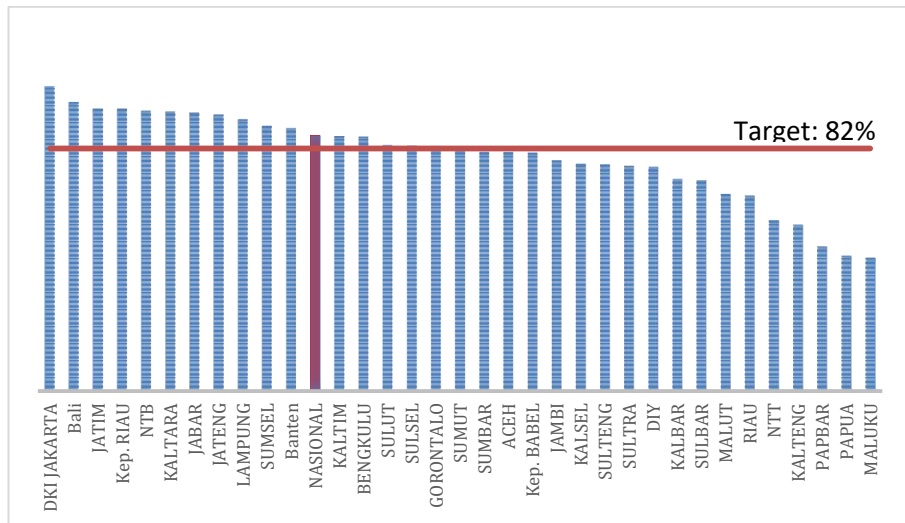
Tahun 2017, cakupan PF meningkat menjadi 82.8%, dan tahun 2018 menjadi 86.28%. Dengan cakupan ini maka kecendrungan indikator PF sampai tahun 2018 adalah meningkat. Besarnya peningkatan PF dibandingkan pada tahun 2016 salah satunya karena telah terbentuknya sistem informasi yang dikembangkan oleh Direktorat Kesehatan

Keluarga sejak tahun 2017 dan pembinaan manajemen data kesehatan keluarga yang dilakukan dalam berbagai kesempatan.

Bila dibandingkan dengan target Renstra untuk tahun 2018 sebesar 82%, maka Direktorat Kesehatan Keluarga juga telah berhasil mencapai target. Dengan pengalaman tren yang terus meningkat (berdasarkan hasil Riskesdas, dan cakupan diatas), maka dapat dikatakan cakupan Pf, “on the track”, dan diperkirakan mampu mencapai target di akhir Renstra 2015-2019 sebesar 85%.

Meskipun demikian, masih terdapat provinsi yang perlu dibina untuk dapat meningkatkan cakupan PF di wilayah nya, termasuk dalam hal pencatatan dan pelaporan. Cakupan PF berdasarkan provinsi dapat dilihat dalam grafik berikut.

**Grafik 6 Cakupan Persalinan di Fasilitas Kesehatan berdasarkan Provinsi Tahun 2018**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2018

Grafik di atas menggambarkan disparitas cakupan PF di 34 provinsi di Indonesia. Bila dibandingkan dengan target nasional sebesar 82%, maka 17 provinsi telah mencapai target dan 17 Provinsi belum mencapai target nasional. Dari 17 provinsi yang belum mencapai target bila disandingkan dengan target nasional, maka terdapat 8 (delapan) provinsi yang memiliki capaian kinerja diatas 90%, 4 (empat) provinsi dengan capaian kinerja 80% – 90%, 1 (satu) provinsi dengan capaian kinerja 70%-80%, dan 4 (empat) provinsi dengan capaian kinerja dibawah 70 %.

**Tabel 4 Capaian Indikator PF berdasarkan Provinsi**

<b>No</b>	<b>Provinsi</b>	<b>Cakupan</b>	<b>Capaian Kinerja</b>
1	DKI Jakarta	102.98	125.59
2	Bali	97.73	119.18
3	Jawa Timur	95.56	116.54
4	Kep. Riau	95.48	116.44
5	NTB	94.76	115.56
6	Kalimantan Utara	94.52	115.27
7	Jawa Barat	94.18	114.85
8	Jawa Tengah	93.52	114.05
9	Lampung	91.89	112.06
10	Sumatera Selatan	89.72	109.41
11	Banten	88.9	108.41
12	Kalimantan Timur	86.18	105.10
13	Bengkulu	85.96	104.83
14	Sulawesi Utara	83.17	101.43
15	Sulawesi Selatan	82.96	101.17
16	Gorontalo	82.81	100.99
17	Sumatera Utara	82.56	100.68
18	Sumatera Barat	80.89	98.65

19	Aceh	80.83	98.57
20	Kep. BABEL	80.56	98.24
21	Jambi	78.02	95.15
22	Kalimantan Selatan	76.92	93.80
23	Sulawesi Tengah	76.66	93.49
24	Sulawesi Tenggara	76.18	92.90
25	DI Yogyakarta	75.88	92.54
26	Kalimantan Barat	71.73	87.48
27	Sulawesi Barat	71.33	86.99
28	Maluku Utara	66.6	81.22
29	Riau	66.08	80.59
30	NTT	57.8	70.49
31	Kalimantan Tengah	56.24	68.59
32	Papua Barat	48.91	59.65
33	Papua	45.69	55.72
34	Maluku	45.18	55.10
<b>NASIONAL</b>		<b>86.28</b>	<b>105.22</b>

### **Faktor Pendukung**

Faktor yang mendukung pencapaian indikator di tingkat nasional antara lain :

1. Dukungan regulasi dan ketersediaan NSPK pelayanan kesehatan ibu dan anak
2. Dukungan lintas program dan lintas sektor, termasuk organisasi profesi di dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak
3. Telah dilaksanakannya variabel penilaian pelayanan persalinan di fasilitas kesehatan

4. Keberlanjutan pelayanan kesehatan ibu dan anak sejak masa kehamilan, yang mendukung persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan
5. Sistem informasi pelaporan pelayanan kesehatan ibu dan anak yang relatif sudah berjalan baik

### **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. Dukungan dan komitmen pemangku kepentingan yang masih berbeda-beda di setiap daerahnya
2. Faktor geografis, ekonomi dan sosial budaya yang berpengaruh dari sisi pelayanan
3. Kapasitas tenaga kesehatan dan pengelola program dalam pelaporan data belum optimal
4. Tingkat pengetahuan ibu, keluarga dan masyarakat yang masih rendah
5. Penyerapan Dana Alokasi Khusus (DAK) non Fisik Jampersal belum maksimal

### **Upaya Pencapaian Indikator**

1. Untuk daerah-daerah dengan kondisi geografis sulit dan memiliki hambatan akses ke fasilitas pelayanan kesehatan,

Direktorat Kesehatan Keluarga melanjutkan kebijakan pengembangan program Kemitraan Bidan dan Dukun serta Rumah Tunggu Kelahiran. Dukun bersalin didorong untuk menjalin kemitraan Bidan, sehingga terdapat kejelasan



peran dan tugas masing-masing pihak dalam pelayanan pada masa kehamilan dan pertolongan persalinan, sehingga dapat mendukung pelayanan kesehatan pada masa kehamilan dan pertolongan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan.

2. Ibu hamil yang memiliki kendala akses, pada saat menjelang hari taksiran persalinan diupayakan sudah berada di dekat fasilitas pelayanan kesehatan. Untuk itu, Direktorat Kesehatan Keluarga mendorong penyediaan Rumah Tunggu Kelahiran sebagai tempat tinggal sementara bagi ibu hamil. Sejak tahun 2016 telah diluncurkan dana jampersal dari pusat melalui mekanisme DAK yang salah satu komponennya dapat dimanfaatkan dalam mendukung upaya mendekatkan akses ibu hamil ke faskes melalui pembiayaan transportasi dan sewa RTK. Dan pada tahun 2017 ruang lingkup jampersal ini diperluas dengan penambahan menu pembiayaan persalinan bagi bumil miskin dan tidak mampu yang belum memiliki jaminan kesehatan apapun. Peningkatan pemanfaatan dana jampersal akan sangat mendukung upaya pencapaian indikator di tahun mendatang.



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 dan Paket Kelas Ibu ke kabupaten/kota terpilih.
4. Penguatan dan peningkatan pemanfaatan sistem informasi dan pelaporan komdat data kesehatan keluarga. Pembentukan sistem informasi ini sangat membantu pelaksanaan pelaporan program.

### **Solusi Pencapaian Indikator**

Upaya yang dapat dilakukan meningkatkan pencapaian indikator pada tahun mendatang, antara lain sebagai berikut:

1. Optimalisasi penggunaan DAK Non Fisik Jampersal melalui sosialisasi Juknis DAK Non Fisik Jampersal Tahun 2019
2. Peningkatan kompetensi tenaga kesehatan dalam penatalaksanaan kegawatdaruratan maternal dan neonatal di FKTP dan FKTRL
3. Advokasi kepada pemangku kepentingan daerah mengenai upaya penurunan kematian Ibu dan Bayi baru lahir melalui Persalinan di Fasyankes
4. Peningkatan kapasitas pengelola program dan nakes dalam pelaporan data

5. Peningkatan pengetahuan ibu, keluarga dan masyarakat mengenai upaya penyelamatan Ibu dan BBL melalui persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan
6. Intervensi pada keluarag melalui kegiatan Program Indonesia Sehat melalui Pendekatan Keluarga (PIS-PK)

**b) *Kunjungan Neonatal Pertama (KN1)***

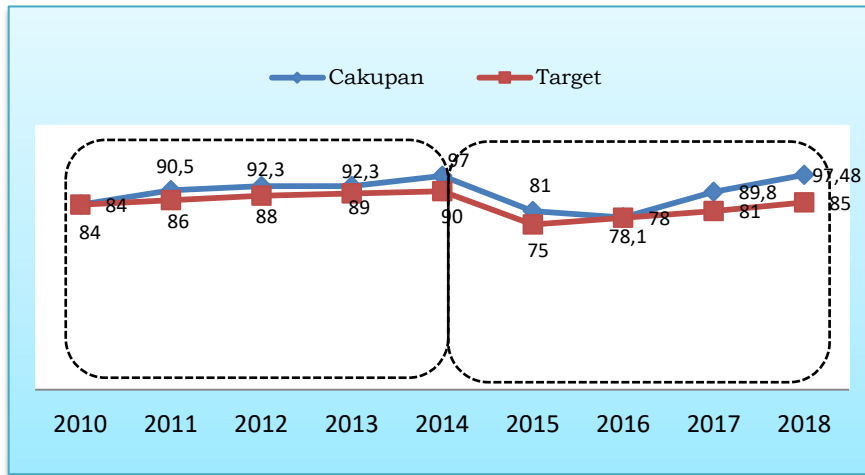
Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama atau yang dikenal dengan sebutan dengan KN1, merupakan indikator yang menggambarkan upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi kematian pada periode neonatal yaitu 6 - 48 jam setelah lahir, dengan cara mendeteksi sedini mungkin masalah kesehatan yang dapat menyebabkan kematian bayi baru lahir. Selain itu, upaya ini juga bertujuan untuk memastikan pelayanan yang seharusnya diperoleh bayi baru lahir, yang diantaranya adalah konseling perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, pemberian Vitamin K1 injeksi (bila belum diberikan) dan Hepatitis B0 (nol) injeksi (bila belum dberikan). Kunjungan ini dilakukan dengan pendekatan MTBM (Manajemen Terpadu Bayi Muda).

Perhitungan cakupan ini dilakukan dengan cara membagi jumlah bayi baru lahir yang mendapatkan kunjungan neonatal pertama dengan jumlah seluruh bayi baru lahir di wilyah kerja, dikali seratus persen.

**Analisa Capaian Kinerja**

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

**Grafik 7 Cakupan Indikator KN1 2010-2016**



*Sumber : Data evaluasi direktorat kesehatan keluarga tahun 2018*

Target Indikator KN1 pada awal Renstra 2015-2019 adalah sebesar 75 % (2015), penentuan target ini dibuat berdasarkan data riskesdas tahun 2013 yang mengungkap cakupan KN1 sebesar 73% dan besar peningkatan rata-rata KN1 sebesar 2 poin sehingga ditentukan target KN1 sebesar 75%.

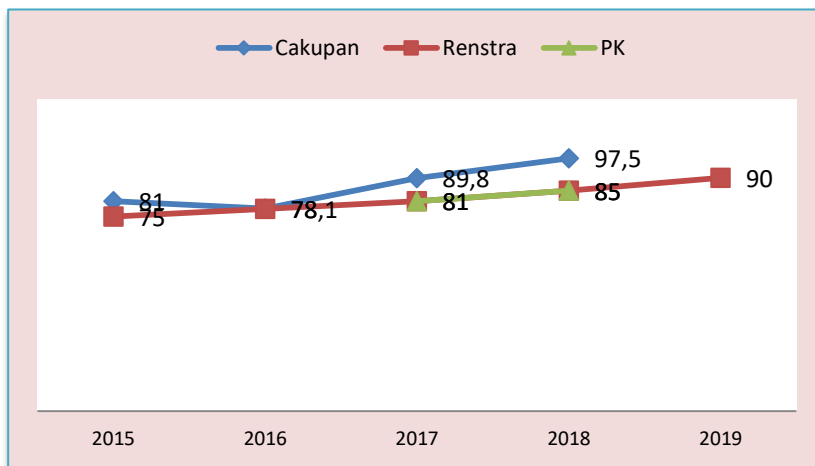
Terdapat perbedaan KN1 pada Renstra 2014-2015 dengan Renstra 2015-2019. Pada Renstra 2014-2015, focus pelaksanaan KN1 adalah pada akses terhadap pelayanan KN1, sedangkan Renstra 2015-2019 lebih menitikberatkan pada kualitas pelayanan KN1. Dapat dikatakan bahwa terjadi peningkatan tujuan yang ingin dicapai melalui kegiatan KN1.

Target indikator kunjungan neonatal pertama (KN 1) tahun 2018 adalah 85%, hasil cakupan diakhir tahun 2018 sebesar 97,5% yang berarti sebanyak 4.683.022 bayi baru lahir, telah mendapatkan pelayanan kunjungan neonatal pertama.

Cakupan tersebut menunjukkan capaian kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga sebesar 115%.

Capaian kinerja provinsi dengan kabupaten/kota yang melaporkan adalah sebesar 115% (505 kabupaten/kota telah melaporkan dari target 437 kabupaten/kota yang diharapkan mampu melaporkan (Cakupan kabupaten/kota melaporkan 98,25% dari target 85%)).

### **Grafik 8 Perbandingan Kecenderungan Cakupan KN1 dengan Target Renstra dan Perjanjian Kinerja**

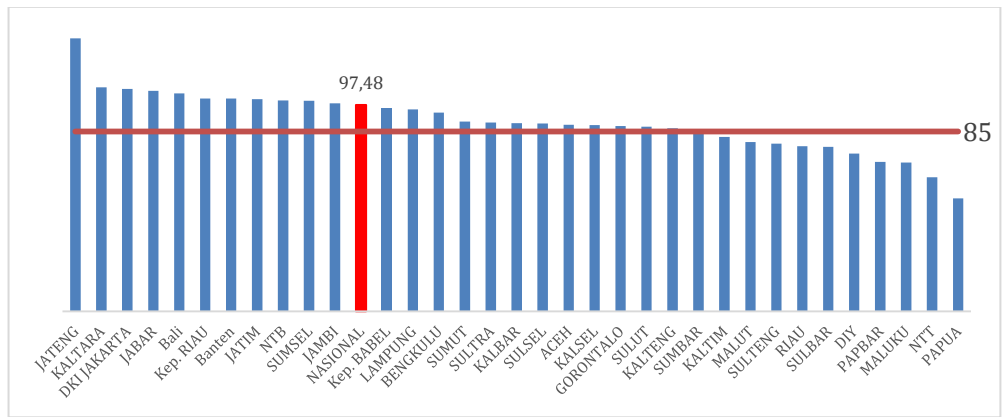


*Sumber : Data evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2018*

Grafik di atas menggambarkan kecenderungan cakupan indikator KN1. Berdasarkan grafik tersebut, terlihat adanya kesan penurunan cakupan KN1 pada tahun 2016. Hal ini disebabkan karena data yang belum masuk secara keseluruhan, sebagaimana yang terjadi pada cakupan persalinan di fasilitas kesehatan. Kemudian, pada tahun-tahun berikutnya terlihat adanya kecenderungan kenaikan cakupan.

Meskipun secara nasional cakupan KN1 telah menggambarkan pencapaian target kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga, bila dilihat capaian per provinsi, masih terlihat gap cakupan antar wilayah, seperti yang terlihat pada grafik berikut.

**Grafik 9 Cakupan Pelayanan KN1 Tahun 2018 Berdasarkan Provinsi**



*Sumber: Data evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2018*

Berdasarkan grafik di atas terdapat 24 provinsi yang telah mencapai target nasional sebesar 85%, dan sepuluh provinsi masih belum mencapai target nasional. Terdapat delapan provinsi yang memiliki cakupan lebih dari 100% dikarenakan data proyeksi sasaran BPS lebih rendah dibandingkan dengan sasaran riil (hasil yang telah dilakukan oleh kedua provinsi tersebut).

Dari sepuluh provinsi yang belum mencapai target, Provinsi Papua perlu mendapat perhatian khusus karena memiliki capaian kinerja dibawah 70%.

Provinsi DI Yogyakarta belum mencapai target, disebabkan adanya perbedaan data sasaran provinsi dengan data sasaran proyeksi yang dikeluarkan BPS-Pusdatin yang cukup besar. Berdasarkan data sasaran Provinsi DIY jauh lebih rendah dibandingkan dengan data sasaran BPS-Pusdatin sehingga berakibat rendahnya cakupan program di Provinsi DIY. Capaian kinerja masing-masing provinsi berdasarkan target nasional tahun 2018 dapat dilihat pada table berikut.

**Tabel 5 Capaian Kinerja Provinsi berdasarkan Target Nasional Indikator KN1 Tahun 2018**

No	Provinsi	Cakupan	Capaian
1	Jawa Tengah	128,93	151,68
2	Kalimantan Utara	105,83	124,51
3	DKI Jakarta	105,04	123,58
4	Jawa Barat	104,15	122,53
5	Bali	102,92	121,08
6	Kep. Riau	100,62	118,38
7	Banten	100,57	118,32
8	Jawa Timur	100,21	117,89
9	NTB	99,59	117,16
10	Sumatera Selatan	99,55	117,12
11	Jambi	98,29	115,64
12	Kep. Bangka Belitung	95,91	112,84
13	Lampung	95,39	112,22
14	Bengkulu	93,86	110,42
15	Sumatera Utara	89,67	105,49
16	Sulawesi Tenggara	89,21	104,95
17	Kalimantan Barat	88,96	104,66
18	Sulawesi Selatan	88,8	104,47
19	Aceh	88,2	103,76
20	Kalimantan Selatan	87,99	103,52
21	Gorontalo	87,63	103,09

22	Sulawesi Selatan	87,26	102,66
23	Kalimantan Tengah	86,46	101,72
24	Sumatera Barat	85,48	100,56
25	Kalimantan Timur	82,36	96,89
26	Maluku Utara	80,03	94,15
27	Sulawesi Tengah	79,32	93,32
28	Riau	78,06	91,84
29	Sulawesi Barat	77,7	91,41
30	DI Yogyakarta	74,54	87,69
31	Papua Barat	70,65	83,12
32	Maluku	70,3	82,71
33	NTT	63,36	74,54
34	Papua	53,37	62,79
NASIONAL		97,48	114,68

### **Faktor Pendukung**

Pelayanan Kunjungan Neonatal Pertama (KN1) di daerah terutama dilakukan oleh bidan. Kementerian kesehatan RI di era desentralisasi membagi wewenangnya dengan daerah. Kerjasama pusat dan daerah memiliki peran yang sangat besar dalam menjamin setiap bayi yang baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Peran Direktorat Kesehatan Keluarga sesuai Permenkes no 64 tahun 2015 adalah menetapkan kebijakan dan melakukan advokasi, bimbingan teknis, monitoring, dan evaluasi. Kegiatan yang dilakukan pusat diantaranya menghasilkan output pedoman yang kemudian menjadi dasar pelaksanaan dan perlindungan bagi tenaga kesehatan 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 NSPK sebagai salah satu aspek legal yang memiliki peran penting dalam pelaksanaan pelayanan. NSPK yang telah tersedia salah satunya adalah pedoman Neonatal Esensial yang menjadi dasar/standar pelayanan kesehatan bayi baru lahir yang di dalamnya termasuk kunjungan neonatal.

Selain penyediaan 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 KN1. Dukungan ini diperoleh melalui advokasi dan sosialisasi yang dilakukan terhadap organisasi profesi, dan pelibatan organisasi profesi terkait di dalam berbagai 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.



4. Pemanfaatan sistem informasi dan pelaporan berjenjang terintegrasi
5. Pembiayaan pelayanan kesehatan ibu bersalin dan bayi baru lahir sesuai standar melalui Jampersal (karena ibu bersalin dalam kegiatannya integrasi dengan bayi baru lahir).

### **Faktor penghambat**

Keberhasilan pencapaian indikator Cakupan KN1 membutuhkan dukungan dari berbagai sektor antara lain, pendidikan (Riskesdas 2013: Semakin rendah Pendidikan maka kecendrungan KN1 juga rendah), kemiskinan (Riskesdas 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 kabupaten/kota atau puskesmas. Faktor Penghambat Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama antara lain:

1. Kurangnya pengetahuan masyarakat terkait pelayanan Kesehatan bayi baru lahir
2. Belum optimalnya peran keluarga/masyarakat terhadap penggunaan buku KIA sebagai sarana KIE dan pencatatan pelayanan kesehatan ibu dan balita
3. Jumlah distribusi dan kualitas SDM kesehatan yang masih juga belum merata, sehingga belum semua nakes dapat memberi pelayanan Kunjungan Neonatal sesuai standar,

4. Ketersediaan alat kesehatan dan logistik dalam pelayanan neonatal esensial (menjaga bayi tetap hangat, pemeriksaan bayi baru lahir, pemberian injeksi vit k1, salep mata dan hepatitis B 0) masih belum optimal,
5. Kurangnya kepatuhan petugas dalam menjalankan pelayanan sesuai pedoman,
6. Masih adanya persalinan yang tidak dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan, sehingga menghilangkan kesempatan bayi baru lahir dalam mendapatkan pelayanan sesuai standar
7. 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

### **Upaya Pencapaian Indikator**

Upaya peningkatan cakupan dan kualitas pelaksanaan KN1 diintegrasikan dengan kegiatan upaya peningkatan cakupan dan kualitas persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan. Melalui persalinan di fasilitas pelayanan 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:

1. Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam pelayanan neonatal yang dilaksanakan secara berkelanjutan.
2. Evaluasi pelaksanaan pelayanan kunjungan neonatal dalam kaitannya dengan penurunan AKB.
3. Sosialisasi dan advokasi pemanfaatan DAK Fisik dan Non Fisik dalam kaitannya dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan ibu dan anak, khususnya bayi baru lahir.
4. Penguatan dan peningkatan pemanfaatan sistem informasi pelaporan

**Solusi Pencapaian Indikator:**

1. Sosialisasi dan Advokasi peningkatan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan
2. Optimalisasi penggunaan dana DAK non Fisik (BOK, Jampersal) untuk peningkatan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan, kunjungan rumah, dan lain -lain
3. Peningkatan kompetensi tenaga kesehatan melalui pelatihan penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal dan orientasi pelayanan kesehatan maternal dan neonatal
4. Penguatan sarana dan prasarana fasyankes yang mampu menangani persalinan dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir
5. Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dan pengelola program KIA dalam pelaporan dan analisis data

6. Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bayi baru lahir melalui pemeriksaan hipotiroid kongenital
7. Peningkatan pengetahuan ibu, keluarga dan masyarakat melalui Pemanfaatan buku KIA, Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), pelaksanaan Kelas Ibu, dan kegiatan pemberdayaan masyarakat lainnya

**c) Ibu Hamil Mendapat Pelayanan Antenatal (K4)**

Indikator ini memperlihatkan akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan dan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan minimal 4 kali sepanjang masa kehamilan (1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua, dan dua kali pada trimester ketiga kehamilan). Dengan pelayanan antenatal ini diharapkan ibu hamil mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar dan dapat dilakukan deteksi dini terhadap komplikasi dalam kehamilannya sehingga dapat dilakukan penanganan secara cepat dan tepat.

Pada saat ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan, tenaga kesehatan memberikan pelayanan antenatal secara lengkap (10T) yang terdiri dari:

1. Penimbangan berat badan badan
2. Pengukuran tinggi badan
3. Pengukuran tekanan darah
4. Penilaian status gizi melalui pengukuran lingkaran lengan atas (LiLA)
5. Pengukuran tinggi fundus uteri, penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin

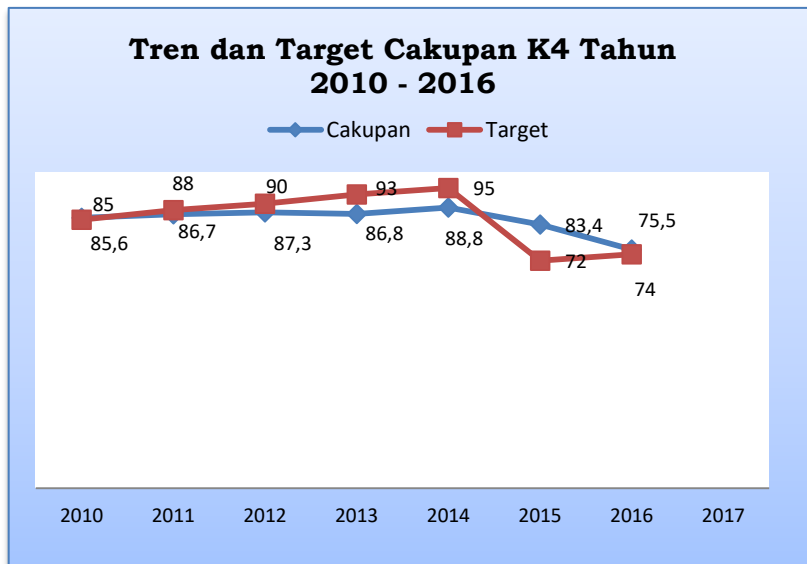
6. Skrining status imunisasi TT dan pemberian imunisasi TT sesuai status imunisasi ibu.
7. Pemberian tablet besi (90 tablet selama kehamilan)
8. Pemeriksaan test lab sederhana (Golongan Darah, Hb, Glukoprotein Urin) dan atau berdasarkan indikasi (HBsAg, Sifilis, HIV, Malaria, TBC),
9. Tata laksana kasus
10. 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 mendorong 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, dikali seratus persen.

### **Analisa Capaian Kinerja**

Bila melihat kecenderungan 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. Berdasarkan data Riskesdas, ditentukan base line pada tahun 2015 sebesar 72% dan target sampai 2019 sebesar 80%.

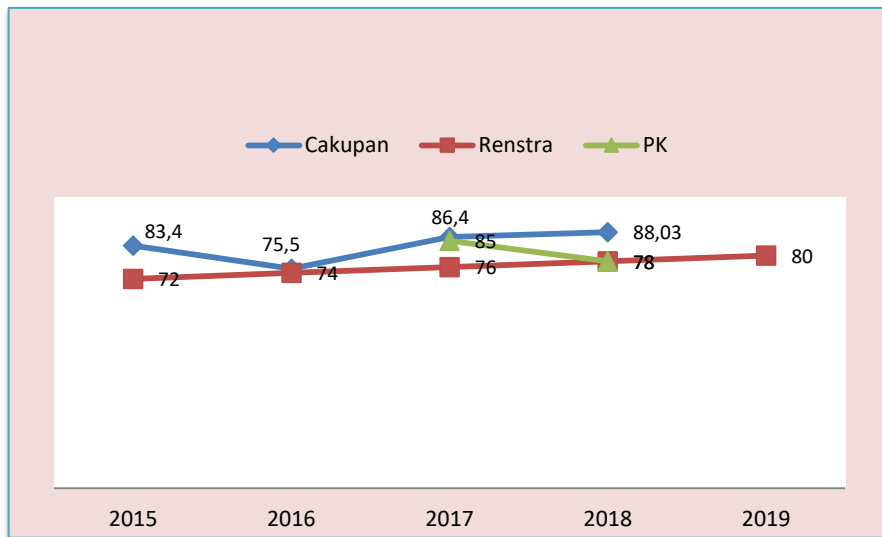
**Grafik 10 Kecenderungan Pencapaian Indikator K4 2010-2016**



*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 11 Perbandingan Kecenderungan Cakupan K4 dengan Target Renstra dan Perjanjian Kinerja**



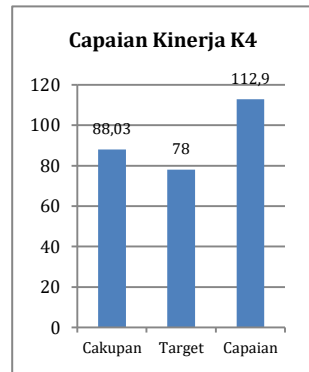
*Sumber : Data evaluasi direktorat kesehatan keluarga tahun 2018*

Grafik di atas mengacu pada dokumen Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019, dan perjanjian kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga tahun 2018. Berdasarkan grafik tersebut terlihat bahwa cakupan K4 pada tahun 2018 sudah melampaui target. Bila dilihat tren cakupan, terjadi penurunan pada tahun 2016 sebesar 7,9 poin. Penurunan cakupan ini terjadi karena data yang masuk saat penyusunan laporan belum seluruhnya masuk sampai bulan desember (masih 40%). Adapun pada akhir maret 2016 cakupan K4 mencapai 85,4%. Data cakupan ini kemudian menjadi dasar penetapan target pada RKP tahun 2017 sebesar 85% yang kemudian masuk kedalam perjanjian kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga. Sementara, target perjanjian kinerja tahun 2018 didasarkan pada target Renstra Kementerian Kesehatan, sebesar 78%.

Capaian kinerja indikator ini adalah sebesar 112.9% yang dihasilkan dari cakupan K4 sebesar 88,03% dan target sebesar 78%. Dengan cakupan tersebut maka sebanyak 4.650.937 ibu hamil telah mendapatkan kunjungan antenatal sebanyak 4 kali.

**Grafik 12 Capaian Kinerja  
Direktorat Kesehatan  
Keluarga Terhadap Indikator  
K4 Tahun 2018**

Capaian kinerja provinsi dengan kabupaten/kota yang melaporkan adalah sebesar 126,4% (507 kabupaten/kota telah melaporkan dari target 401 kabupaten/kota yang diharapkan mampu melaporkan (Cakupan kabupaten/kota melaporkan 98.64%)).

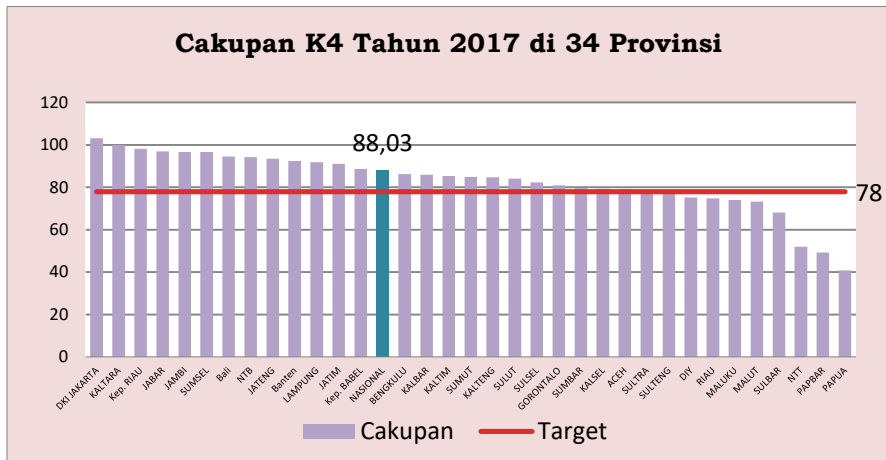


Disandingkan dengan target akhir Renstra 2015-2019 sebesar 80%, maka dengan cakupan saat ini diperkirakan akan dapat tercapai.

Bila dilihat cakupan per provinsi (grafik dibawah) terdapat delapan provinsi yang masih dibawah target nasional dengan 3 provinsi dengan cakupan terkecil, yaitu NTT, Papua, dan Papua Barat



**Grafik 13. Cakupan Indikator K4 Tahun 2018 Berdasarkan Provinsi**



Sumber : Data evaluasi direktorat kesehatan keluarga tahun 2018

Dari sisi capaian kinerja provinsi, terdapat sembilan provinsi yang belum mencapai target nasional. Di antara sembilan provinsi tersebut, lima provinsi (Sulawesi Tengah, DI Yogyakarta, Riau, Maluku, dan Maluku Utara) telah mencapai capaian kinerja terhadap target nasional di atas 90%, satu provinsi (Sulawesi Barat) telah mencapai kinerja 80 – 90%, sementara tiga provinsi lainnya (NTT, Papua Barat, dan Papua) memiliki capaian kinerja < 70%.

**Tabel 6 Capaian Kinerja Provinsi Indikator K4 terhadap target nasional Tahun 2017**

NO	PROVINSI	CAKUPAN	CAPAIAN KINERJA
1	DKI Jakarta	103.17	132.27
2	Kalimantan Utara	99.92	128.10
3	Kep. Riau	98.19	125.88
4	Jawa Barat	97.02	124.38
5	Jambi	96.66	123.92

6	Sumatera Selatan	96.61	123.86
7	Bali	94.49	121.14
8	NTB	94.23	120.81
9	Jawa Tengah	93.48	119.85
10	Banten	92.44	118.51
11	Lampung	91.88	117.79
12	Jawa Timur	91.1	116.79
13	Kep. Babel	88.65	113.65
14	Bengkulu	86.25	110.58
15	Kalimantan Barat	85.94	110.18
16	Kalimantan Timur	85.38	109.46
17	Sumatera Utara	84.84	108.77
18	Kalimantan Tengah	84.79	108.71
19	Sulawesi Utara	84.18	107.92
20	Sulawesi Selatan	82.28	105.49
21	Gorontalo	80.89	103.71
22	Sumatera Barat	79.53	101.96
23	Kalimantan Selatan	79.32	101.69
24	Aceh	79.14	101.46
25	Sulawesi Tenggara	78.48	100.62
26	Sulawesi Tengah	77.87	99.83
27	DI Yogyakarta	75.26	96.49
28	Riau	74.81	95.91
29	Maluku	74.04	94.92
30	Maluku Utara	73.26	93.92
31	Sulawesi Barat	68.13	87.35
32	NTT	52.01	66.68
33	Papua Barat	49.3	63.21
34	Papua	40.74	52.23
<b>NASIONAL</b>		<b>88.03</b>	<b>112.86</b>

## **Faktor Pendukung**

Beberapa faktor yang mendukung pencapaian target indikator K4 antara lain:

1. Adanya kegiatan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam upaya peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan antenatal terpadu dan kelas ibu.
2. Ketersediaan regulasi terkait kesehatan ibu, yang antara lain Permenkes no. 97 Tahun 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 salah satu indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kabupaten/Kota.
4. Tersedianya alat kesehatan pendukung pelayanan antenatal, antara lain alat deteksi risiko kehamilan yang terdiri dari pemeriksaan Hb, tes kehamilan, golongan darah serta tes glukoproteinuria
5. Ketersediaan dana yang dapat digunakan untuk kegiatan peningkatan cakupan K4, seperti pelacakan ibu hamil, dan kegiatan luar gedung untuk pemeriksaan ibu hamil dari dana BOK
6. Dilaksanakannya kegiatan surveilans terkait kesehatan ibu dan anak melalui PWS KIA
7. Monitoring dan evaluasi secara berjenjang dan berkelanjutan

## **Upaya Pencapaian Indikator**

Berbagai pengembangan program dan kegiatan telah dilakukan oleh Direktorat Kesehatan Keluarga dalam rangka pencapaian target K4 tahun 2018 melalui upaya peningkatan akses dan kualitas pelayanan antenatal.

Untuk meningkatkan akses pelayanan antenatal, Kementerian Kesehatan telah mengembangkan upaya pemberdayaan keluarga dan masyarakat melalui pendekatan Kelas Ibu Hamil. Pelaksanaan kegiatan tersebut diharapkan dapat meningkatkan kesadaran ibu hamil dan keluarganya untuk mendapatkan pelayanan antenatal. Selain itu, berbagai upaya yang memiliki keluarga sebagai sasaran pelaksanaan kegiatannya, seperti posyandu juga memiliki peranan penting untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan pada masa kehamilan.

Untuk meningkatkan 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.

Penyiapan ibu hamil juga dilakukan sejak masa sebelum hamil yaitu masa “calon pengantin”. Advokasi dan orientasi dilakukan kepada penyuluh pernikahan untuk

menyampaikan pesan kesehatan yang salah satunya adalah kesehatan pada masa kehamilan.

Upaya lainnya antara lain melalui peningkatan pemanfaatan buku KIA yang dilakukan untuk menjamin kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak. Selain melalui pengediaan buku KIA sesuai sasaran ibu hamil, peningkatan pemanfaatannya dilakukan melalui sosialisasi dan advokasi kepada organisasi profesi, Rumah sakit, Pengelola Program, perguruan tinggi.

### **Faktor penghambat**

Beberapa factor yang dapat menghambat pencapaian indikator K4 antara lain:

1. Masih ada Ibu hamil yang kontak pertamanya tidak dilakukan pada trimester 1, yang dapat disebabkan oleh:
  - a. Pengetahuan ibu hamil dan keluarga yang kurang
  - 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 dukungan lintas sektor, termasuk 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
2. Masih ada ibu hamil yang tidak tercatat pada kunjungan di trimester 3 (drop out) karena:

- a. Faktor budaya masyarakat yang mendorong ibu hamil untuk melaksanakan persalinan di kampung halamannya.
- 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

### **Solusi Pencapaian Indikator**

Untuk meningkatkan pencapaian indikator pada tahun mendatang diantaranya dilakukan melalui:

1. Peningkatan kompetensi tenaga kesehatan dalam pelayanan antenatal melalui orientasi pelayanan kesehatan maternal dan neonatal
2. Optimalisasi pemanfaatan Dana DAK Non Fisik (BOK) untuk pendataan ibu hamil, kunjungan rumah, dan pelayanan antenatal
3. Peningkatan sarana dan prasarana untuk mendukung pelayanan antenatal yang berkualitas
4. Penguatan integrasi dan sinkronisasi pencatatan dan pelaporan
5. Peningkatan pengetahuan ibu, keluarga dan masyarakat melalui pemanfaatan buku KIA, Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), Kelas Ibu Hamil dan kegiatan pemberdayaan masyarakat lainnya
6. Penguatan advokasi dan sosialisasi untuk pemangku kepentingan di daerah

***d) Indikator Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Kesehatan Peserta Didik Kelas 1***

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 dilakukan, dan juga menjadi indikator pada Renstra sebelumnya. Cakupan penjaringan pada Renstra 2010-2014 hampir belum pernah mencapai target sampai akhir tahun 2014, walaupun secara trend telah terjadi perbaikan pada tahun 2014.

Indikator puskesmas yang melakukan penjaringan peserta didik tercantum didalam matriks RPJMN. Indikator menjadi salah satu ukuran dalam menjawab kebijakan intervensi dari hulu dalam upaya penurunan AKI dan AKB. Sehingga, pada awalnya (tahun 2015) cakupan Puskesmas Penjaringan Kesehatan Peserta Didik ini didefinisikan/ menyasar pada sasaran peserta didik kelas 7&10. Adapun penjaringan peserta didik kelas 1 tetap dipertahankan dengan indikator puskesmas

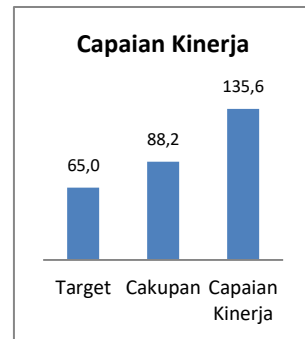
melaksanakan penjarangan peserta didik kelas 1. Sehingga terdapat dua indikator puskesmas penjarangan yaitu yang menysasar sasaran peserta didik kelas 1 dan kemudian yang menysasar sasaran peserta didik kelas 7 & 10. Dan hal ini kemudian menjadi indikator di renstra 2015 – 2019.

### **Analisis capaian Kinerja**

Cakupan indikator ini pada tahun 2018 adalah sebesar 88,32% (8.809 puskesmas dari 9.866 puskesmas) dari target sebesar 65%. Dari cakupan ini maka capaian kinerja atas indikator ini adalah sebesar 135,9%.

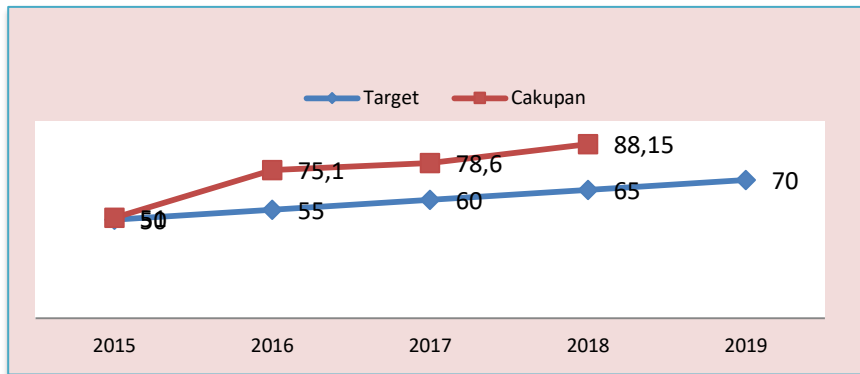
**Grafik 14 Capaian Kinerja**  
Direktorat Kesehatan  
Keluarga Terhadap Indikator  
Puskesmas Melakukan  
Penjarangan Peserta Didik  
Kelas 1

Grafik di bawah menggambarkan gambaran tren indikator puskesmas melaksanakan penjarangan kesehatan peserta didik kelas 1 tahun 2016-2018 disandingkan dengan pencapaian diakhir tahun 2019 (2015 berbeda definsi operasional sehingga data tidak dimasukan). Dibandingkan dengan tahun 2016, cakupan indikator mengalami peningkatan. Dan dengan capaian seperti saat ini, diperkirakan target 2019 dapat dicapai.





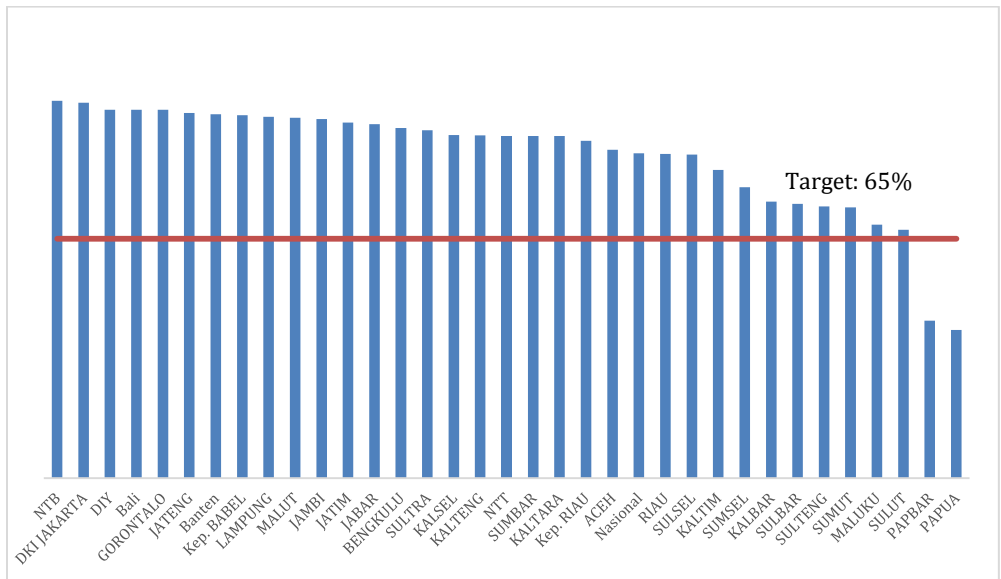
**Grafik 15 Kecenderungan Cakupan Puskesmas Melakukan Penjaringan Peserta Didik Kelas 1**



*Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2018*

Sementara, cakupan Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Peserta Didik Kelas 1 berdasarkan provinsi dapat dilihat pada grafik berikut.

**Grafik 16 Cakupan Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Peserta Didik Kelas 1 Tahun 2018 Berdasarkan Provinsi**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2018

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

**Tabel 7 Capaian Kinerja Provinsi Terhadap Indikator Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Kesehatan Peserta Didik Kelas 1**

NO	PROVINSI	CAKUPAN	CAPAIAN KINERJA
1	DKI Jakarta	101.87	156.72
2	NTB	101.8	156.62
3	Banten	100.84	155.14
4	Kep. Bangka Belitung	100	153.85
5	DI Yogyakarta	100	153.85
6	Bali	100	153.85
7	Gorontalo	100	153.85
8	Jawa Tengah	99.2	152.62
9	Lampung	98.01	150.78

10	Maluku Utara	97.76	150.40
11	Jambi	97.44	149.91
12	Jawa Timur	96.48	148.43
13	Jawa Barat	96.07	147.80
14	Bengkulu	95	146.15
15	Sulawesi Tenggara	94.37	145.18
16	Kalimantan Selatan	93.13	143.28
17	Kalimantan Tengah	93	143.08
18	NTT	92.86	142.86
19	Kalimantan Utara	92.86	142.86
20	Sumatera Barat	92.36	142.09
21	Kep. Riau	91.57	140.88
22	Aceh	89.08	137.05
23	Riau	87.96	135.32
24	Sulawesi Selatan	87.77	135.03
25	Kalimantan Timur	83.61	128.63
26	Sumatera Selatan	78.92	121.42
27	Kalimantan Barat	75	115.38
28	Sumatera Utara	74.78	115.05
29	Sulawesi Barat	74.47	114.57
30	Sulawesi Tengah	73.76	113.48
31	Maluku	68.75	105.77
32	Sulawesi Utara	67.36	103.63
33	Papua Barat	42.77	65.80
34	Papua	40.2	61.85
NASIONAL		<b>88.32</b>	135.88

Berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat bahwa 32 provinsi sudah mencapai target nasional untuk indikator Puskesmas

Melaksanakan penjarangan Kesehatan Peserta Didik Kelas 1. Sementara dua provinsi, yaitu Papua Barat dan Papua masih memiliki capaian kinerja di bawah 70%.

### **Faktor Pendukung**

Adapun secara umum, faktor pendukung keberhasilan tercapainya indikator ini adalah:

- 1) Masuknya penjarangan kesehatan dalam RPJMN, Renstra dan SPM Bidang Kesehatan Kab/Kota sebagai salah satu indikator, menjadikan penjarangan kesehatan merupakan kegiatan prioritas dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Hal tersebut mendorong daerah untuk membuat kebijakan-kebijakan daerah yang mendukung pelaksanaan penjarangan kesehatan, serta mendukung Puskesmas dalam menjalankan kegiatan-kegiatan lainnya terkait kesehatan usia sekolah di wilayah kerja.
- 2) Pemahaman terhadap indikator, yang merupakan upaya untuk memantau puskesmas yang telah melakukan penjarangan kepada peserta didik kelas 1.
- 3) Tersedianya sarana untuk melaksanakan penjarangan kesehatan peserta didik
- 4) Adanya dukungan dana BOK untuk pembiayaan kunjungan ke sekolah

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

Secara umum, beberapa upaya yang dilakukan antara lain:

1. Sosialisasi indikator yang dilaksanakan secara berkelanjutan

2. Penguatan melalui berbagai organisasi dan kelembagaan, seperti pramuka dan UKS juga menjadi upaya yang diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan mengenai kesehatan anak usia sekolah
3. Penguatan koordinasi Tim Pembina UKS/M Pusat dan daerah melalui Pertemuan Evaluasi Akselerasi UKS/M.
4. Bimbingan Teknis dan Supervisi Pembinaan dan Pelaksanaan UKS di daerah melalui kegiatan Lomba Sekolah Sehat 2018
5. Peningkatan kapasitas petugas puskesmas melalui Pelatihan terintegrasi pelayanan kesehatan usia sekolah dan remaja bagi tenaga kesehatan
6. Penyediaan sarana penjangkaran kesehatan melalui Pengadaan UKS Kit bagi Puskesmas. UKS Kit berisi peralatan kesehatan yang diperlukan bagi petugas Puskesmas untuk melaksanakan penjangkaran kesehatan di sekolah.

### **Faktor Penghambat**

Faktor yang menghambat pencapaian indikator penjangkaran anak usia sekolah kelas 1 antara lain

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

**e) Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Peserta Didik Kelas 7 & 10**

Indikator puskesmas melaksanakan penjaringan kesehatan peserta didik kelas 7 dan 10 merupakan jumlah/cakupan puskesmas yang melaksanakan kegiatan penjaringan kesehatan bagi peserta didik setingkat kelas 7 SMP dan kelas 10 SMA.

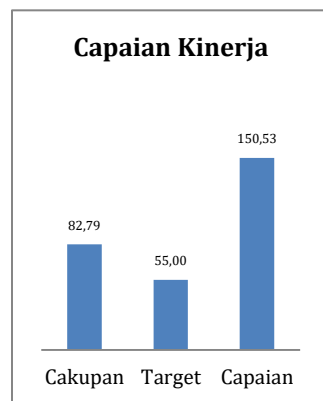
Indikator ini adalah indikator baru di Renstra 2015-2019, Walaupun pelayanan penjaringan peserta didik kelas 7 & 10 sudah dilaksanakan sejak lama. Masuknya pelayanan penjaringan peserta didik kelas 7 & 10 merupakan bentuk intervensi di hulu upaya penurunan AKI dan AKB.

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

**Analisa Cakupan**

Cakupan indikator ini berhasil mencapai target nasional tahun 2018 sebesar 55%. Sebanyak 8.257 puskesmas telah melaksanakan penjaringan peserta didik kelas 7 & 10, sehingga menghasilkan cakupan sebesar 88,32%.

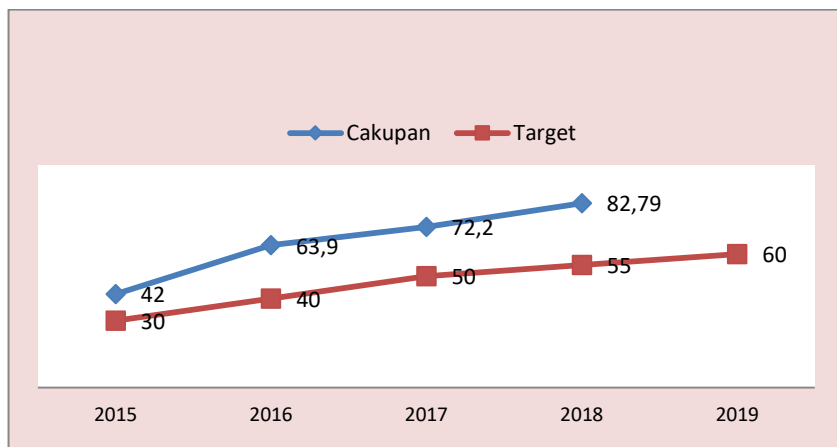
Capaian kinerja indikator ini terkategori sangat baik. terdapat peningkatan sebesar 22,3 poin dari tahun 2015 ke tahun 2016, dan kemudian meningkat sebesar 8,3 poin dari



Grafik 17 Capaian Kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga Terhadap Indikator Puskesmas Melakukan Penjaringan Peserta Didik Kelas 7&10

tahun 2016 ke 2017, dan 16,1 poin ke tahun 2018. Dengan kondisi cakupan saat ini, sudah tercapai target akhir Renstra (tahun 2019) sebesar 60%. Bila tidak ada perubahan/kondisi yang berbeda jauh dengan tahun 2018, diproyeksikan target indikator ini di tahun 2019 akan tercapai. Tantangan ke depan terkait pelaksanaan kegiatan adalah memperkecil disparitas cakupan antar wilayah.

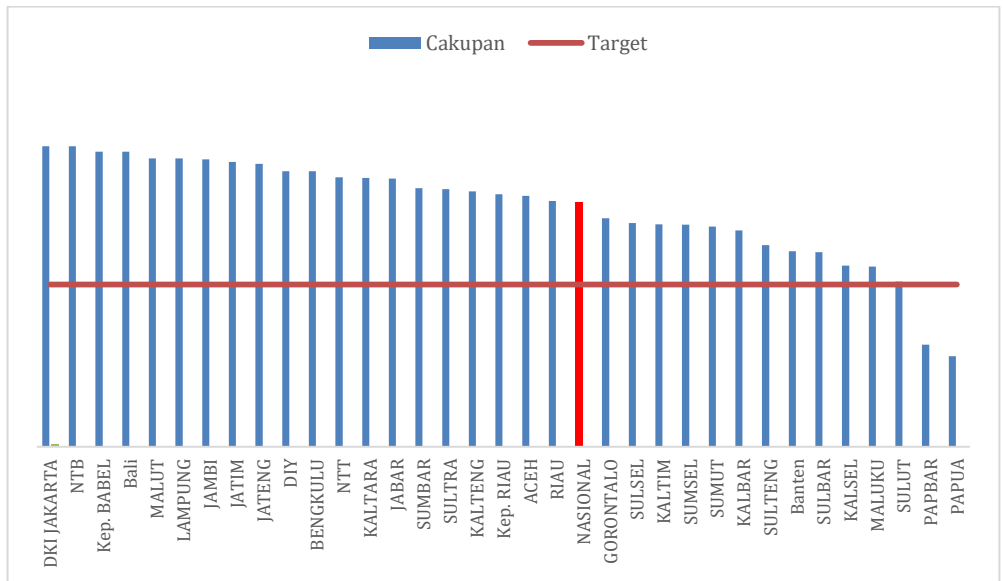
**Grafik 18 Kecenderungan Cakupan Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Peserta Didik Kelas 7&10 Tahun 2018**



*Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2018*

Distribusi cakupan indikator Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Peserta Didik kelas 7&10 di 34 provinsi menunjukkan disparitas antar wilayah yang cukup tinggi, seperti yang terlihat pada grafik berikut.

**Grafik 19 Cakupan Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Peserta Didik Kelas 7&10 Berdasarkan Provinsi**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2018

Sementara, capaian kinerja provinsi terhadap target nasional dapat dilihat dalam table berikut.

**Tabel 8 Capaian Kinerja Provinsi Terhadap Target Nasional Indikator Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Kesehatan Kelas 7&10**

NO	PROVINSI	CAKUPAN	CAPAIAN KINERJA
1	DKI Jakarta	101.87	185.22
2	NTB	101.8	185.09
3	Kep. Bangka Belitung	100	181.82
4	Bali	100	181.82
5	Maluku Utara	97.76	177.75
6	Lampung	97.68	177.60
7	Jambi	97.44	177.16
8	Jawa Timur	96.48	175.42
9	Jawa Tengah	95.91	174.38



10	DIY	93.39	169.80
11	Bengkulu	93.33	169.69
12	NTT	91.27	165.95
13	Kaltara	91.07	165.58
14	Jawa Barat	90.83	165.15
15	Sumatear Barat	87.64	159.35
16	Sulawesi Tenggara	87.32	158.76
17	Kalimantan Tengah	86.5	157.27
18	Kep. Riau	85.54	155.53
19	Aceh	85.06	154.65
20	Riau	83.33	151.51
21	Gorontalo	77.42	140.76
22	Sulawesi Selatan	75.76	137.75
23	Kalimantan Timur	75.41	137.11
24	Sumatera Selatan	75.3	136.91
25	Sumatera Utara	74.61	135.65
26	Kalimantan Barat	73.36	133.38
27	Sulawesi Tengah	68.32	124.22
28	Banten	66.24	120.44
29	Sulawesi Barat	65.96	119.93
30	Kalimantan Selatan	61.37	111.58
31	Maluku	61.06	111.02
32	Sulawesi Utara	55.96	101.75
33	Papua Barat	34.59	62.89
34	Papua	30.64	55.71
NASIONAL		82.79	150.53

Berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat bahwa 32 provinsi sudah mencapai target kinerja tahun 2018 dan dua provinsi lainnya belum (Papua, dan Papua Barat). Papua dan Papua Barat memiliki cakupan kinerja di bawah 70%. Sehingga

kedua provinsi tersebut perlu mendapat perhatian lebih di tahun 2019.

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
3. Pelatihan terintegrasi pelayanan kesehatan usia sekolah dan remaja bagi tenaga kesehatan
4. Pengadaan UKS Kit bagi Puskesmas. UKS Kit berisi peralatan kesehatan yang diperlukan bagi petugas Puskesmas untuk melaksanakan penjangkauan kesehatan di sekolah.

### **Faktor Pendukung**

1. Faktor legal aspek yang memadai

Terbitnya RPJMN, Renstra dan SPM Bidang Kesehatan Kab/Kota yang mencantumkan kegiatan penjangkauan kesehatan sebagai salah satu indikator pencapaian dengan kata lain menjadikan penjangkauan kesehatan merupakan kegiatan prioritas dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Walaupun yang tercantum pada SPM Bidang Kesehatan Kab/Kota hanya penjangkauan kesehatan kelas 7, hal tersebut cukup mendorong Puskesmas dalam menjalankan penjangkauan 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 Rensta bidang Kesehatan maka kegiatan tersebut dianggap sebagai prioritas pula dalam

pembiayaan operasional yang diakomodir melalui pendanaan APBN (BOK).

### **Faktor penghambat**

1. Masih kurangnya pemahaman 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.

### **f) Indikator Puskesmas Melaksanakan Kegiatan Kesehatan Remaja**

Sejak tahun 2003, model pelayanan kesehatan remaja yang disesuaikan dengan kebutuhan remaja diperkenalkan dengan sebutan Pelayanan Kesehatan peduli Remaja (PKPR), yaitu pelayanan kesehatan yang ditujukan dan dapat dijangkau remaja, 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 memiliki institusi khusus, misalnya anak jalanan, jermal-jermal, atau pekerja anak di daerah industri.

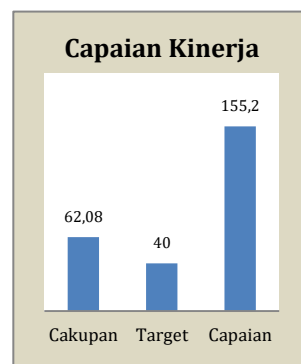
Berdasarkan SKDI 2012 hanya sebesar 2% perempuan dan 4,2% laki-laki yang mengetahui PKPR sebagai salah satu layanan kesehatan remaja, hal ini menunjukkan rendahnya akses remaja terhadap layanan PKPR. Sedangkan berdasarkan SDKI 2017, dari 12% perempuan dan 6% laki-laki yang mengetahui tempat diskusi kesehatan, 34% perempuan dan 33% laki-laki menyebutkan Puskesmas PKPR sebagai sumber informasi.

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

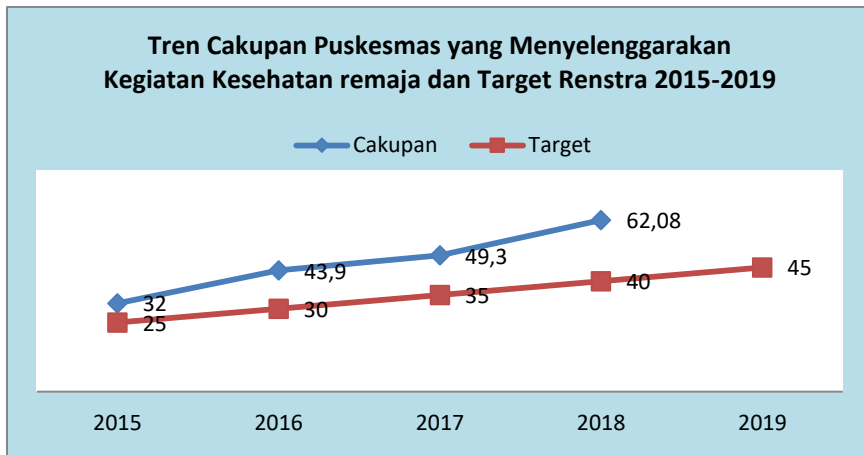
### **Analisa Capaian Kinerja**

Indikator puskesmas melaksanakan kegiatan kesehatan remaja berhasil mencapai target tahun 2018 sebesar 40% dengan cakupan sebesar 62,08%. Dengan cakupan ini, sebanyak 6204 puskesmas telah melaksanakan kegiatan kesehatan remaja. Capaian kinerja yang diraih sebesar 155,2%.

**Grafik 20. Grafik Capaian Kinerja Puskesmas yang Melaksanakan Kegiatan**



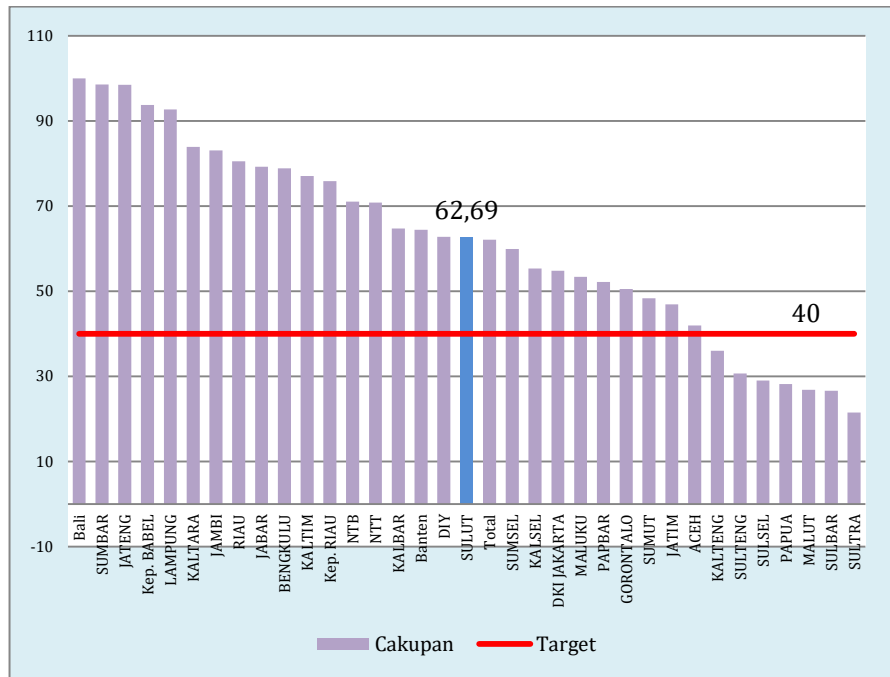
**Grafik 21 Tren Cakupan Puskesmas yang Menyelenggarakan Kegiatan Kesehatan Remaja dan target Renstra 2015-2019**



*Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2018*

Cakupan indikator puskesmas yang melaksanakan kegiatan kesehatan remaja mengalami tren peningkatan. Pada tahun 2016 cakupan meningkat sebesar 11,9 poin, dan pada tahun 2017 meningkat sebesar 5,4 poin. Rata-rata peningkatan pertahun sebesar 8,6 %. Kemudian, tahun 2018 meningkat sebesar 12,78%. Dengan melihat capaian tahun 2018, target 2019 sebesar 45% seharusnya dapat dicapai dengan upaya yang telah dilakukan sampai tahun 2018.

**Grafik 22. Cakupan Puskesmas yang Menyelenggarakan Kesehatan Remaja Berdasarkan Provinsi Tahun 2018**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2018

Berdasarkan grafik di atas, keberhasilan pencapaian target tahun 2018 masih menyisakan tantangan kesenjangan di antara 34 provinsi. Adapun capaian kinerja provinsi terhadap target nasional indikator Puskesmas yang Menyelenggarakan Kesehatan Remaja dapat dilihat dalam tabel berikut.

**Tabel 9. Capaian Kinerja Provinsi terhadap Target Nasional Indikator Puskesmas yang Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Remaja Tahun 2018**

NO	PROVINSI	CAKUPAN	CAPAIAN KINERJA
1	Bali	100	250
2	Sumatera Barat	98.55	246.375
3	Jawa Tengah	98.52	246.3

4	Kep. Bangka Belitung	93.75	234.375
5	Lampung	92.72	231.8
6	Kalimantan Utara	83.93	209.825
7	Jambi	83.08	207.7
8	Riau	80.56	201.4
9	Jawa Barat	79.23	198.075
10	Bengkulu	78.89	197.225
11	Kalimantan Timur	77.05	192.625
12	Kep. Riau	75.9	189.75
13	NTB	71.08	177.7
14	NTT	70.87	177.175
15	Kalimantan Barat	64.75	161.875
16	Banten	64.46	161.15
17	DI Yogyakarta	62.81	157.025
18	Sulawesi Utara	62.69	156.725
19	Sumatera Selatan	59.94	149.85
20	Kalimantan Selatan	55.36	138.4
21	DKI Jakarta	54.83	137.075
22	Maluku	53.37	133.425
23	Papua Barat	52.2	130.5
24	Gorontalo	50.54	126.35
25	Sumatera Utara	48.36	120.9
26	Jawa Timur	46.95	117.375
27	Aceh	41.95	104.875
28	Kalimantan Tengah	36	90
29	Sulawesi Tengah	30.69	76.725
30	Sulawesi Selatan	29.04	72.6
31	Papua	28.19	70.475
32	Maluku Utara	26.87	67.175
33	Sulawesi Barat	26.6	66.5
34	Sulawesi Tenggara	21.48	53.7
NASIONAL		62.08	155.2



Dari table di atas dapat dilihat bahwa 27 provinsi telah berhasil mencapai target nasional, dan 7 provinsi masih belum mencapai target nasional. Secara rata-rata, cakupan di 34 provinsi adalah sebesar 62,08% dengan cakupan tertinggi sebesar 100% di Provinsi Bali dan cakupan terendah sebesar 21,48% di Sulawesi Tenggara.

Keberhasilan pencapaian indikator karena PKPR telah tersosialisasi 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, teknik 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. Pelatihan tentang PKPR bagi tenaga kesehatan di daerah juga diakomodir oleh APBN melalui dana dekonsentrasi

2. Penguatan melalui Pramuka (Saka Bhakti Husada). Pramuka diharapkan mampu menjadi promotor Kesehatan remaja dengan ikut juga mensosialisasikan PKPR

### **Faktor Pendukung**

Beberapa faktor yang mendukung pencapaian target indikator Puskesmas yang Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Remaja antara lain adalah sebagai berikut:

1. Faktor legal aspek yang memadai  
Masuknya indikator Puskesmas yang menyelenggarakan kegiatan kesehatan remaja pada Renstra Kementerian 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**

Sementara, beberapa hal yang menghambat pencapaian indikator Puskesmas yang Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Remaja adalah sebagai berikut:

1. Pelayanan kesehatan remaja masih belum menjadi fokus pembangunan kesehatan di daerah, sehingga dukungan terhadap pengembangan program masih kurang.
2. Masih minimnya tenaga kesehatan yang berkompeten dalam memberikan pelayanan kesehatan remaja di Puskesmas khususnya dalam konseling dan tatalaksana medis
3. Kurang tersosialisasikannya program PKPR di tingkat remaja dan didaerah
4. Kurangnya evaluasi Puskesmas PKPR oleh Provinsi/Kab/Kota sesuai standar nasional PKPR.

### **Solusi Pencapaian Indikator**

Untuk meningkatkan pencapaian indikator Puskesmas yang Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Remaja, beberapa hal berikut dapat dilaksanakan:

1. Peningkatan pelaksanaan kegiatan pembinaan pelayanan kesehatan remaja di tingkat pusat dan daerah
2. Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam pelayanan kesehatan remaja
3. Advokasi dan sosialisasi pelaksanaan upaya kesehatan remaja sebagai salah satu upaya penurunan AKI
4. Advokasi dan sosialisasi pemanfaatan dana BOK untuk pelayanan kesehatan remaja di luar gedung

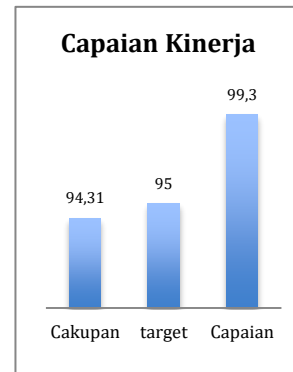
**g) Puskesmas Yang Melakukan Orientasi Program  
Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi  
(P4K)**

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) merupakan suatu program yang dijalankan untuk akselerasi penurunan AKI. Program ini menitikberatkan pada pemberdayaan masyarakat dalam pemantauan ibu hamil dan bersalin. Melalui kegiatan P4K ibu hamil, keluarga, dan masyarakat diharapkan dapat lebih berperan dalam perencanaan persalinan dan pemantauan ibu hamil untuk mencegah komplikasi pada kehamilan dan persalinana. Pemantauan ibu hamil menjadi salah satu upaya deteksi dini untuk menghindari risiko komplikasi pada ibu hamil dan bersalin. Orientasi program P4K ini dilakukan dalam ruang lingkup kerja Puskesmas untuk meningkatkan peran masyarakat dalam persiapan dan tindakan untuk menyelamatkan ibu hamil dan bayi baru lahir.

Dalam pelaksanaan P4K, bidan diharapkan berperan sebagai fasilitator dan dapat membangun komunikasi persuasif dan setara di wilayah kerjanya untuk membentuk kerjasama dengan ibu, keluarga dan masyarakat sehingga 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) di suatu kabupaten/kota. Orientasi dapat dilakukan dalam bentuk pertemuan yang diselenggarakan oleh puskesmas dengan mengundang kader dan/atau bidan desa yang ada di wilayah kerja puskesmas tersebut. Dengan orientasi ini,

diharapkan bidan desa/kader dapat berperan aktif untuk meningkatkan peran aktif suami, keluarga ibu hamil, serta masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas.



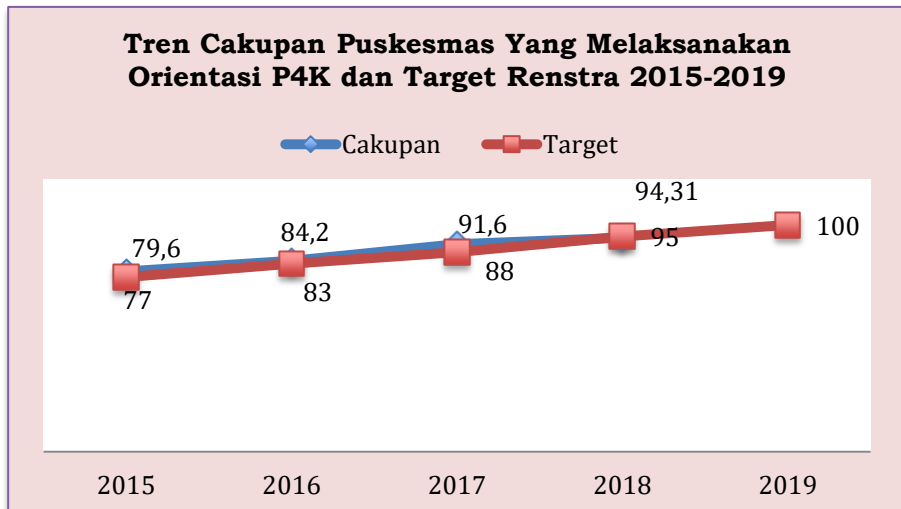
### **Analisa Cakupan**

Pada tahun 2018 cakupan ini sebesar 94,31% yang berarti 9424 puskesmas telah melaksanakan orientasi P4K. Dengan cakupan sebesar 94,31% dan target sebesar 95%, maka capaian kinerja direktorat terhadap indikator ini adalah sebesar 99,3%. Data ini dikumpulkan 95,33% kabupaten/kota (490 kabupaten/kota).

Cakupan indikator Orientasi P4K cenderung meningkat. Terjadi peningkatan sebesar 4,6 poin pada tahun 2016 dan meningkat lagi sebanyak 7,4 poin pada tahun 2017 yang merupakan kondisi mid term dari Renstra 2015-2019. Kemudian meningkat sebanyak 2,7 poin pada tahun 2018.

Dengan tidak tercapainya target tahun ini, maka tantangan untuk mencapai target pada tahun mendatang akan semakin berat.

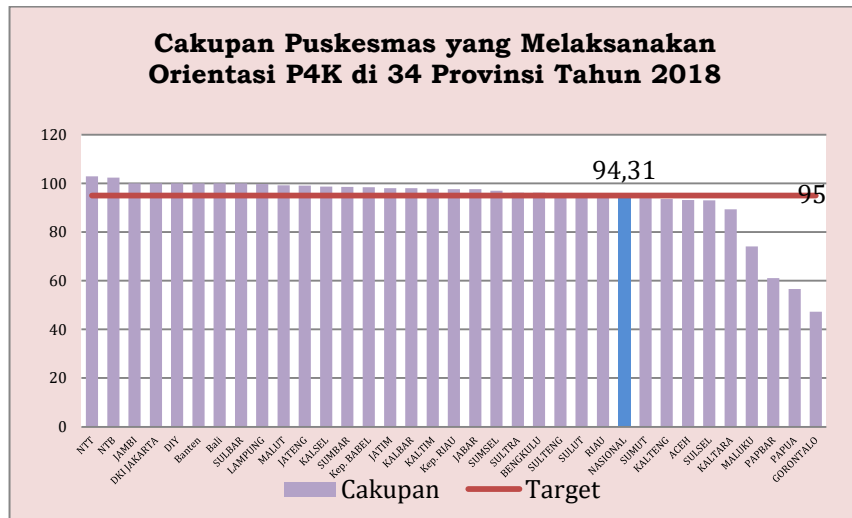
**Grafik 23. Grafik Cakupan Puskesmas yang Melaksanakan Orientasi P4K dan Target Renstra Tahun 2015-2018**



sumber : data evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2018

Bila dilihat cakupan indikator ini, dari 34 provinsi, 24 diantaranya berhasil mencapai target tahun 2018. Dari sepuluh provinsi yang belum mencapai target, lima diantaranya memiliki cakupan di atas 80%, tiga diantaranya antara 60-80%, dan dua diantaranya di bawah 60%

**Grafik 24 Cakupan Puskesmas yang Melaksanakan Orientasi P4K Berdasarkan Provinsi Tahun 2018**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017

Sementara itu, capaian kinerja provinsi terhadap target Nasional indikator Puskesmas yang Melaksanakan Orientasi P4K dapat dilihat dalam tabel berikut.

**Tabel 10 Capaian Kinerja Indikator Puskesmas Melaksanakan Orientasi P4K Berdasarkan provinsi Tahun 2018**

NO	PROVINSI	CAKUPAN	CAPAIAN KINERJA
1	NTT	102.89	108.31
2	NTB	102.41	107.80
3	Jambi	100	105.26
4	DKI Jakarta	100	105.26
5	DI Yogyakarta	100	105.26
6	Banten	100	105.26
7	Bali	100	105.26
8	Sulawesi Barat	100	105.26
9	Lampung	99.67	104.92
10	Maluku Utara	99.25	104.47

11	Jawa Tengah	99.09	104.31
12	Kalimantan Selatan	98.71	103.91
13	Sumatera Barat	98.55	103.74
14	Kep. Bangka Belitung	98.44	103.62
15	Jawa Timur	98.04	103.20
16	Kalimantan Barat	97.95	103.11
17	Kalimantan Timur	97.81	102.96
18	Kep. Riau	97.59	102.73
19	Jawa Barat	97.57	102.71
20	Sumatera Selatan	96.99	102.09
21	Sulawesi Tenggara	96.13	101.19
22	Bengkulu	96.11	101.17
23	Sulawesi Tengah	95.54	100.57
24	Sulawesi Utara	95.34	100.36
25	Riau	94.44	99.41
26	Sumatera Utara	93.98	98.93
27	Kalimantan Tengah	93.5	98.42
28	Aceh	93.1	98.00
29	Sulawesi Selatan	93.01	97.91
30	Kalimantan Utara	89.29	93.99
31	Maluku	74.04	77.94
32	Papua Barat	61.01	64.22
33	Papua	56.62	59.60
34	Gorontalo	47.31	49.80
	NASIONAL	94.31	99.27

### **Faktor Pendukung**

Sejak diluncurkannya pada tahun 2007, P4K banyak berperan dalam meningkatkan keterlibatan masyarakat terutama untuk perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi pada



kehamilan dan persalinan. Salah satu kunci dalam pelaksanaan operasional program adalah keterlibatan lintas program, lintas sektor maupun dengan organisasi masyarakat yang peduli KIA termasuk terintegrasinya dengan program kesehatan lainnya kes 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.

Keberhasilan pelaksanaan orientasi P4K juga didukung oleh ketersediaan dana dan perencanaan kegiatan Puskesmas yang baik.

#### **Upaya/Kegiatan yang dilakukan untuk mencapai target indikator Puskesmas yang Melaksanakan Orientasi P4K**

Kesehatan ibu sangat terkait dengan program-program lainnya, untuk mencapai target, hal utama yang dibutuhkan adalah pemahaman LP/LS dan tenaga kesehatan terkait kegiatan. Menjawab kebutuhan tersebut maka telah dilakukan kegiatan sosialisasi terkait P4K. Sosialisasi terkait P4K dilakukan dengan menyisipkan dan diintegrasikan dengan kegiatan lain terkait kesehatan ibu dan anak. Sosialisasi juga dilakukan

secara khusus dalam bentuk pertemuan kordinasi LP/LS tingkat kecamatan.

P4K juga sangat terkait dengan Buku KIA, oleh karena itu upaya penguatan pemanfaatan Buku KIA juga dapat dijadikan salah satu strategi untuk pelaksanaan orientasi P4K.

### **Faktor penghambat**

Hambatan dalam pencapaian indikator Puskesmas yang Melaksanakan Orientasi P4K antara lain adalah sebagai berikut:

1. Pemahaman tenaga kesehatan di Puskesmas terkait indikator Puskesmas yang Melaksanakan Orientasi P4K
2. Komitmen anggaran dalam pelaksanaan orientasi P4K
3. Kurangnya kesadaran tenaga kesehatan di Puskesmas untuk melaksanakan orientasi P4K yang berkelanjutan
4. Sistem informasi pelaporan cakupan
5. Belum optimalnya monitoring yang berkelanjutan

### **Solusi Pencapaian Indikator**

Untuk tahun 2019, 100% puskesmas ditargetkan untuk melaksanakan orientasi P4K. Untuk itu, diperlukan upaya yang lebih dalam mendorong pencapaian tersebut. Beberapa solusi untuk pencapaian indikator seperti berikut:

1. Sosialisasi dan advokasi P4K yang berjenjang dan berkelanjutan dari tingkat pusat sampai puskesma
2. Pendampingan perencanaan kegiatan orientasi P4K dengan memanfaatkan dana BOK
3. Monitoring dan evaluasi berjenjang dan berkelanjutan

#### ***h) 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 mengenai kehamilan, persalinan, nifas, KB pasca persalinan, pencegahan komplikasi, perawatan bayi baru lahir dan aktivitas fisik/senam ibu hamil.

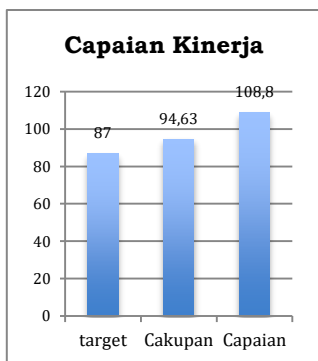
Kelas Ibu Hamil adalah kelompok belajar ibu hamil dengan jumlah peserta maksimal 10 orang. Kelas ibu hamil ini menjadi sarana untuk belajar bersama, berdiskusi dan tukar pengalaman tentang kesehatan Ibu dan anak (KIA) secara menyeluruh dan sistematis, serta dilaksanakan secara berkesinambungan. Kelas 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.

Indikator ini mengalami perubahan nomenklatur pada renstra revisi yaitu dari semula kelas ibu hamil menjadi kelas ibu. Cakupan ini di dapatkan dengan menghitung puskesmas yang telah melaksanakan kelas ibu hamil/ kelas ibu dibandingkan dengan seluruh puskesmas di wilayah kabupaten/kota.

## Analisa Cakupan

**Grafik 25** Capaian Kinerja Indikator Puskesmas yang Melaksanakan Kelas Ibu Hamil

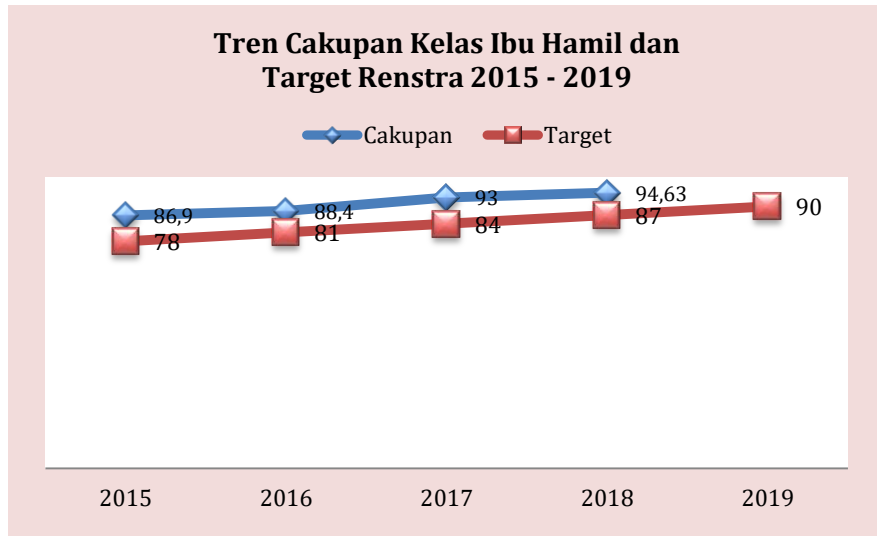
Cakupan indikator tahun 2018 sebesar 94,63%. Dengan cakupan tersebut, maka sebanyak 9.463 puskesmas sudah melaksanakan kelas ibu hamil dan menghasilkan capaian kinerja sebesar 108,8%.



Tren cakupan indikator ini terus meningkat. Dalam grafik terlihat peningkatan 1,5 poin dari 2015 ke 2016 kemudian meningkat lagi 4,6 poin dari 2016 ke 2017 dan 1,6 poin dari 2017 ke 2018. Dengan cakupan saat ini sebesar 94,63 %, maka

indikator ini telah berhasil melampaui target di akhir Renstra Tahun 2019, yaitu sebesar 90%.

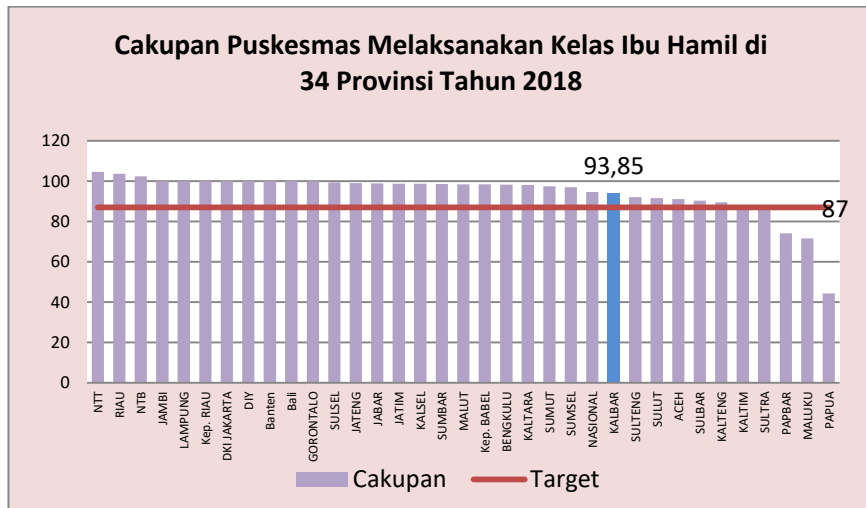
**Grafik 26 Kecenderungan Cakupan Puskesmas yang Melaksanakan Kelas Ibu Hamil dan Target Renstra 2015-2019**



*Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2018*

Tingginya cakupan ini di tahun 2018 terlihat hampir merata di 34 Provinsi. Tergambar pada grafik dibawah, hanya empat provinsi yang belum mencapai target tahun 2018, yaitu Sulawesi Tenggara, Papua Barat, Maluku, dan Papua.

**Grafik 27 Cakupan Puskesmas yang Melaksanakan Kelas Ibu Tahun 2018 Berdasarkan Provinsi**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2018

Disparitas yang cukup tinggi terlihat pada provinsi yang belum mencapai target. Tiga provinsi dengan cakupan terendah ini merupakan provinsi yang dikenal dengan letak geografis yang sulit dan merupakan daerah DTPK.

**Tabel 11 Capaian Kinerja Provinsi terhadap Target Nasional Indikator Puskesmas yang Melaksanakan Kelas Ibu**

NO	PROVINSI	CAKUPAN	CAPAIAN KINERJA
1	NTT	104.72	120.37
2	Riau	103.7	119.20
3	NTB	102.41	117.71
4	Jambi	100	114.94
5	Lampung	100	114.94
6	Kep. Riau	100	114.94
7	DKI Jakarta	100	114.94
8	DI Yogyakarta	100	114.94
9	Banten	100	114.94

10	Bali	100	114.94
11	Gorontalo	100	114.94
12	Sulawesi Selatan	99.34	114.18
13	Jawa Tengah	99.09	113.90
14	Jawa Barat	98.88	113.66
15	Jawa Timur	98.76	113.52
16	Kalimantan Selatan	98.71	113.46
17	Sumatera Barat	98.55	113.28
18	Maluku Utara	98.51	113.23
19	Kep. Bangka Belitung	98.44	113.15
20	Bengkulu	98.33	113.02
21	Kalimantan Utara	98.21	112.89
22	Sumatera Utara	97.59	112.17
23	Sumatera Selatan	96.99	111.48
24	Kalimantan Barat	93.85	107.87
25	Sulawesi Tengah	92.08	105.84
26	Sulawesi Utara	91.71	105.41
27	Aceh	91.09	104.70
28	Sulawesi Barat	90.43	103.94
29	Kalimantan Tengah	89.5	102.87
30	Kalimantan Timur	87.98	101.13
31	Sulawesi Tenggara	86.97	99.97
32	Papua Barat	74.21	85.30
33	Maluku	71.63	82.33
34	Papua	44.36	50.99
	NASIONAL	94.63	108.77

## **Faktor Pendukung**

Beberapa factor yang menjadi pendukung pencapaian target indikator Puskesmas yang Melaksanakan Kelas Ibu Hamil adalah sebagai berikut:

1. Semua provinsi sudah memiliki pelatih untuk pelatihan Kelas Ibu hamil/kelas ibu melalui pelaksanaan TOT Kelas Ibu bagi seluruh provinsi pada tahun 2015.
2. Dukungan ketersediaan dana melalui DAK Nonfisik (BOK Puskesmas) yang dapat digunakan untuk kegiatan promotif preventive (salah satunya adalah pelaksanaan kelas ibu hamil/ kelas ibu.
3. Penyediaan Paket kelas ibu di tingkat pusat yang berkelanjutan untuk mendukung pelaksanaan kelas ibu
4. Dukungan lintas program dan lintas sektor terutama di tingkat Puskesmas yang mendukung penyelenggaraan kelas ibu.

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

Untuk menjamin pencapaian indikator ini beberapa upaya yang dilakukan antara lain melalui kegiatan berikut:

1. Sosialisasi dan advokasi atas indikator puskesmas melaksanakan kelas ibu.
2. Sosialisasi pelaksanaan kelas ibu yang terintegrasi dengan kegiatan kesehatan keluarga lainnya
3. Pengadaan dan distribusi paket kelas ibu
4. Pengadaan buku KIA
5. Penguatan pemanfaatan buku KIA melalui kegiatan pendampingan



## 6. Penguatan sistem pelaporan

### **Faktor penghambat**

Beberapa hal yang menjadi kendala dalam pencapaian target Puskesmas yang Melaksanakan Kelas Ibu adalah sebagai berikut:

1. Masalah geografis yang menjadi hambatan akses dalam pelaksanaan kelas ibu
2. Sulitnya menjangkau ibu bekerja untuk dapat mengikuti kelas ibu
3. Pelaksanaan kelas ibu sebagai salah satu bentuk pemberdayaan masyarakat masih sangat tergantung pada ketersediaan dana BOK
4. Belum optimalnya sistem pencatatan dan pelaporan pelaksanaan kelas ibu hamil sehingga belum diperoleh pemetaan yang komprehensif terkait pelaksanaan kelas ibu yang lengkap

### **Solusi untuk Pencapaian Indikator**

Beberapa hal yang dapat dilaksanakan untuk mengatasi hambatan dalam pencapaian indikator adalah sebagai berikut:

1. Sosialisasi dan advokasi pelaksanaan kelas ibu yang terintegrasi dengan kegiatan pemberdayaan masyarakat lainnya
2. Pengembangan pelaksanaan kelas ibu di tempat bekerja
3. Penguatan sistem pencatatan dan pelaporan dalam pelaksanaan kelas ibu

## **B. Realisasi Anggaran**

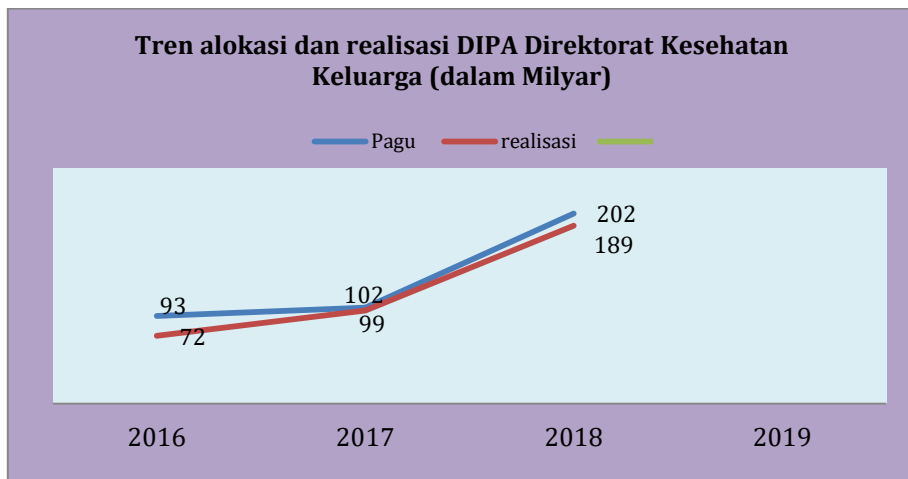
Untuk mencapai tujuan dan target kegiatan tahun anggaran 2018, Direktorat Kesehatan Keluarga mendapatkan 2 (dua) sumber anggaran yaitu Anggaran Pendapatan Belanja Nasional (APBN) dan Pinjaman Hibah Luar Negeri (PHLN). Kedua sumber dana tersebut tertuang dalam DIPA Satker Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2018.

Sepanjang tahun 2018, dilakukan sembilan kali revisi DIPA Direktorat Kesehatan Keluarga. Pada awal tahun 2018, Direktorat Kesehatan Keluarga mendapatkan alokasi anggaran sebesar Rp. 192.019.445.000,00. Pada akhir tahun 2018, Pagu akhir DIPA Direktorat Kesehatan Keluarga sebesar Rp. 201.970.071.000,00, yang berasal dari penambahan alokasi PHLN sebesar Rp. 9.950.626.000,00.

Untuk mendukung pencapaian program di tingkat provinsi dan kabupaten/kota, Direktorat Kesehatan Keluarga mengalokasikan dana APBN melalui mekanisme dekonsentrasi ke 34 provinsi sebesar Rp. 60,079,466,000,00.

Kecenderungan alokasi dan realisasi anggaran Satker Direktorat Kesehatan Keluarga dapat dilihat pada grafik berikut.

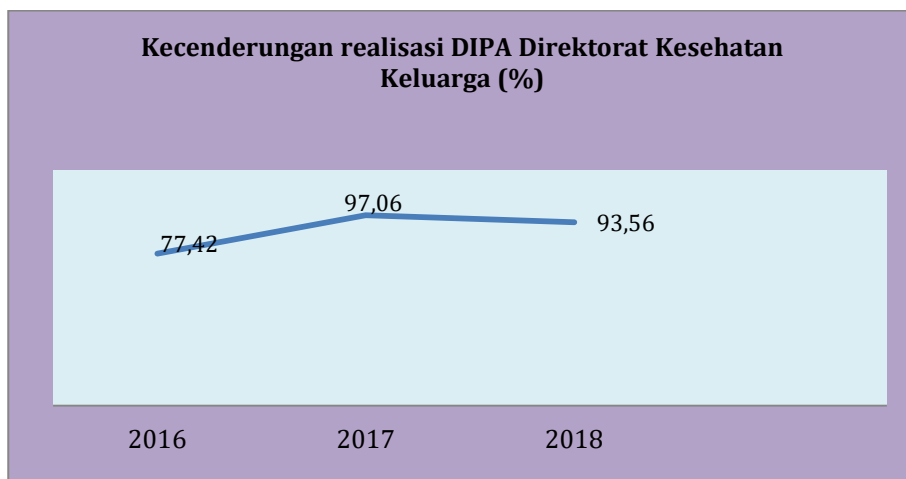
## Grafik 28 Kecenderungan Alokasi dan Realisasi Anggaran Kesehatan Keluarga



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2018

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat alokasi anggaran Direktorat Kesehatan Keluarga yang meningkat dari ke tahun ke tahun. Sementara, secara proporsi, realisasi anggaran tahun 2018 lebih rendah dari realisasi tahun 2017, seperti dapat dilihat dalam grafik berikut.

**Grafik 29 Kecenderungan Proporsi Realisasi Anggaran Direktorat Kesehatan Keluarga**



Adapun gambaran pencapaian realisasi anggaran Direktorat Kesehatan Keluarga tahun 2018 terdapat dalam tabel dibawah:

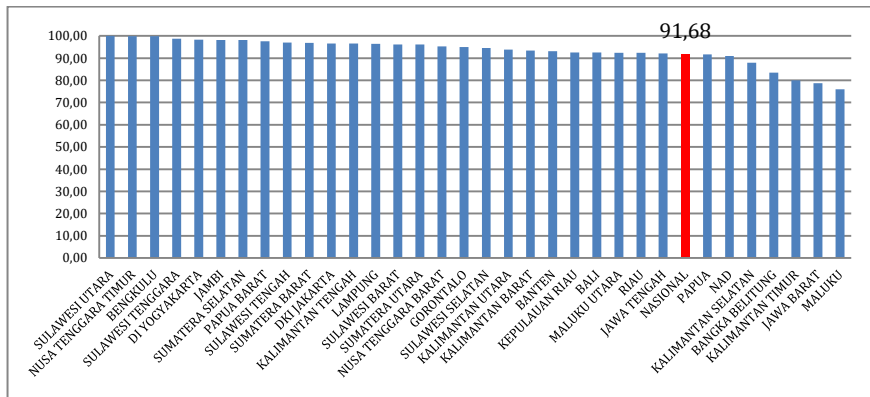
<b>PROGRAM, KEGIATAN, OUTPUT</b>	<b>PAGU DAN REALISASI</b>		<b>CAPAIAN KINERJA OUTPUT</b>	
	<b>PAGU DIPA</b>	<b>REALISASI</b>	<b>TARGET</b>	<b>REALISASI</b>
Reguler Third Country Training Program (TCTP) Maternal and Child Health Handbook	3,778,050	2,961,219	50	50
Pembinaan dalam Peningkatan Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan	34,968,300	29,969,812	34	34
Pembinaan dalam Peningkatan	35,379,134	34,808,238	34	34

Pelayanan Antenatal				
Pembinaan dalam Peningkatan Pelayanan Kunjungan Neonatal Pertama	8,268,462	7,544,536	34	34
Pembinaan Pelayanan Penjangkaran Kesehatan bagi Peserta Didik Kelas 1,7, dan 10	9,392,147	8,826,343	34	34
Pembinaan Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia	42,843,464	42,655,677	34	34
Layanan Internal (overhead)	7,261,048	7,166,911	1	1
Kabupaten/kota yang mendapat pembinaan dalam peningkatan pelayanan antenatal	13,236,687	12,135,395	350	350
Kabupaten/kota yang mendapat pembinaan dalam peningkatan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan	21,644,701	19,843,862	200	200
Kabupaten/kota yang mendapat pembinaan dalam peningkatan	11,746,560	10,769,246	300	300

kunjungan neonatal pertama				
Kabupaten/kota yang mendapat pembinaan dalam peningkatan pelayanan penjangkaran kesehatan bagi peserta didik kelas 1, 7, dan 10	7,623,368	6,989,104	250	250
Kabupaten/kota yang mendapat pembinaan dalam peningkatan pelayanan kesehatan lanjut usia	5,828,150	5,343,248	87	87

Kinerja serapan anggaran Direktorat Kesehatan Keluarga terkategori baik. Direktorat Kesehatan Keluarga berhasil mencapai serapan 93,56%. Sedangkan serapan total alokasi dekonsentrasi di 34 provinsi 91,84% (gambaran di 34 provinsi tergambar dalam garfik dibawah

**Grafik 30 Realisasi Anggaran Dekonsentrasi Kesehatan Keluarga Tahun 2018 Berdasarkan Provinsi**



Sumber : data evaluasi kesehatan keluarga tahun 2018.

Serapan dana dekonsentrasi juga terkategori baik. Sebanyak 29 provinsi berhasil mencapai serapan diatas 90%`dengan serapan tertinggi sebesar 99,99% (Sulawesi Utara). Dan lima provinsi berada dibawah 90% dengan serapan terendah sebesar 75,99% (Maluku). Salah satu kegiatan yang mengalami kendala dalam penyerapan adalah SHK yang disebabkan kesulitan didalam proses klaim.

### **Pelaksanaan Efisiensi dan Inovasi**

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

Beberapa upaya tersebut antara lain:

1. Membuat sistem informasi komunikasi data kesehatan keluarga dan grup komunikasi pengelola data ditingkat provinsi sehingga arus informasi data dapat lebih cepat (efisien)

2. Memasukkan definisi operasional didalam dokumen perencanaan dan sistem informasi sebagai pengingat terkait definisi operasional indikator.
3. Pelaksanaan Supervisi Fasilitatif program kesehatan keluarga
4. 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
5. 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.
6. Pelaksanaan pendampingan ibu hamil oleh mahasiswa dan kader. Merupakan bentuk inovasi dari sisi program dan dirasakan cukup efektif dan efisien didalam membentuk kerja sama LP/LS (pendidikan, masyarakat, Kementerian Kesehatan, dan pemerintah daerah.



## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **Kesimpulan**

Program Kesehatan Keluarga, merupakan penjabaran visi, misi, dan sasaran strategis kementerian kesehatan. Mengacu pada dokumen Renstra 2015-2019, direktorat kesehatan keluarga bertanggung jawab atas pencapaian indikator-indikator terkait kesehatan anak, ibu dan lansia.

Pada bulan Agustus tahun 2017 terjadi Revisi 1 Renstra Kementerian Kesehatan 2015-2019. Perubahan signifikan terjadi pada indikator Persalinan di faskes, Kunjungan Antenatal, dan Kunjungan Neonatal berupa perubahan cara penghitungan cakupan, yang semula melaporkan sasaran yang mendapatkan pelayanan menjadi kabupaten/kota yang melaporkan kegiatan pelayanan.

Direktorat Kesehatan Keluarga berhasil mencapai hampir semua target indikator yang diperjanjikan pada dokumen perjanjian kinerja TA 2018 dan indikator Renstra 2015-2019 untuk tahun 2018. Indikator yang tidak tercapai adalah Puskesmas yang Melaksanakan Orientasi P4K.

Permasalahan di dalam pencapaian target ditahun 2018 adalah kurangnya efektifnya pembinaan, monitoring, dan evaluasi yang seharusnya dilaksanakan secara berjenjang dan berkelanjutan dan proses pelaporan yang belum optimal.

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

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

### **1. Pencapaian target indikator Renstra 2015-2019**

Meskipun secara umum pencapaian indikator Renstra tahun 2018 sudah baik, untuk mencapai target pada tahun terakhir RPJMN memerlukan upaya yang lebih, khususnya pada indikator Puskesmas yang Melaksanakan Orientasi P4K yang tidak mencapai target 2018.

Perlu ditekankan juga bahwa pada tahun 2019 ini kabupaten/kota sudah harus mulai melaksanakan Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan, yang beberapa indikatornya sejalan dengan indikator RPJMN dan Renstra Kementerian Kesehatan 2015-2019.

### **Rencana Tindak Lanjut**

- 1) Meningkatkan peran Direktorat Kesehatan Keluarga dalam melaksanakan pembinaan, monitoring, dan evaluasi secara berkelanjutan
- 2) Meningkatkan advokasi dan sosialisasi kepada lintas program dan lintas sektor mengenai indikator kesehatan keluarga dan cara pencapaiannya
- 3) Mendorong integrasi program kesehatan keluarga dengan program kesehatan dan program pembangunan lainnya, sebagai salah satu cara untuk meningkatkan cakupan program

## **2. Disparitas cakupan dan kualitas pencapaian indikator di daerah**

Pada umumnya, pada semua indikator masih terlihat adanya kesenjangan pencapaian antar provinsi. Selain peningkatan cakupan pada daerah yang memiliki cakupan yang rendah, perlu dipastikan juga bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan diselenggarakan sesuai standar.

### **Rencana Tindak Lanjut**

1. Penguatan sistem informasi untuk menunjang pencatatan dan pelaporan
2. Melakukan pembinaan melalui supervisi fasilitatif kepada Dinas Kesehatan provinsi dan kabupaten/kota didalam pelaksanaan program.