

DIREKTORAT KESEHATAN KELUARGA

# LAKIP

---

DIREKTORAT  
KESEHATAN KELUARGA  
TA 2017

## KATA PENGANTAR

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

Penyusunan LAKIP TA 2017 ini sebagai sarana untuk mengkomunikasikan hasil kegiatan yang telah dilakukan oleh Direktorat Kesehatan Keluarga sesuai dengan tugas pokok dan fungsi institusi selama tahun 2017. Laporan kinerja ini diharapkan akan bermanfaat dalam memberikan masukan didalam pengambilan kebijakan dan penyempurnaan penyusunan rencana kerja tahun mendatang dengan memperhatikan kekurangan-kekurangan yang ada.

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

Jakarta, Januari 2018

**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 didasarkan pada siklus hidup mulai dari periode Ibu hamil (berserta janin yang berada didalam kandungan) sampai periode lansia.

Secara umum, capaian kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga terkategori "baik". Semua indikator dapat mencapai target yang telah ditetapkan kecuali pada indikator "Buku KIA yang dicetak dan didistribusikan" (realisasi sebesar 2,5 juta buku dari target 5 juta buku). Indikator ini tidak mencapai target disebabkan karena tidak terlaksananya proses lelang di awal tahun (terjadi gagal lelang), sehingga dilaksanakan di akhir tahun dengan peningkatan pagu anggaran per unit dan penurunan volume (kebijakan efisiensi)

Capaian kinerja anggaran juga terkategori baik. Serapan DIPA setelah penambahan PHLN diakhir tahun mencapai 96,83%. Serapan total alokasi dana dekonsentrasi sebesar 91,84% dengan serapan tertinggi sebesar 99,97% (Sulawesi Utara) dan serapan terendah 65,05% (Kalimantan Utara).

Tantangan kedepan adalah disparitas dan kualitas cakupan di 34 provinsi. Penguatan sistem informasi, dan pengelolaan program masih harus dilakukan dan diperluas sampai level Kab./kota. Melalui hal ini diharapkan kualitas cakupan dapat semakin baik dan disparitas semakin sempit.

## DAFTAR ISI

### Contents

KATA PENGANTAR .....	i
IKHTISAR EKSEKUTIF .....	iii
DAFTAR ISI .....	iv
BAB I. PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tugas dan Fungsi Direktorat Kesehatan Keluarga .....	3
C. Struktur Organisasi Direktorat Kesehatan Keluarga .....	4
D. Isu dan Sasaran Strategis Kesehatan Keluarga .....	5
Tujuan .....	6
Sasaran Strategis .....	7
E. Strategi Operasional .....	10
F. Sistematika Laporan .....	11
BAB II. PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA .....	13
A. Perencanaan Kinerja .....	13
B. Perjanjian Kinerja .....	18
BAB III. AKUNTABILITAS KINERJA .....	20
A. Pengukuran Kinerja Dan Analisis Pencapaian Kinerja .....	20
1. Jumlah buku saku tentang kesehatan reproduksi yang dicetak dan didistribusikan ke KUA .....	24
2. Persalinan di Fasilitas Kesehatan .....	26
3. Kunjungan Neonatal Pertama (KN1) .....	34
4. Ibu Hamil Mendapat Pelayanan Antenatal (K4) .....	43
5. Puskesmas Yang Melakukan Orientasi Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi (P4K) .....	52

6. Puskesmas yang melaksanakan kelas ibu hamil.....	59
7. Indikator Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Kesehatan Peserta Didik .....	63
8. Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Kesehatan Peserta Didik Kelas 1 .....	70
9. Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Peserta Didik Kelas 7 & 10 .....	75
10. Indikator Puskesmas Melaksanakan Kegiatan Kesehatan Remaja.....	81
11. Persentase Lanjut Usia yang Dilayani .....	85
12. Jumlah Buku KIA yang di Cetak dan di Distribusikan .	89
B. Realisasi Anggaran.....	96
BAB IV. PENUTUP .....	102
Kesimpulan .....	102
Masalah Prioritas Dan Rencana Tindak Lanjut.....	103

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Mengacu pada Permenkes No 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, Direktorat Kesehatan Keluarga merupakan direktorat yang melaksanakan tugas dalam bidang kesehatan maternal-neonatal, balita dan anak prasekolah, usia sekolah dan remaja, usia reproduksi dan keluarga berencana dan lanjut usia. Melihat hal diatas maka kegiatan di Direktorat Kesehatan Keluarga dalam lingkup Renstra 2015-2019, merupakan penggabungan tujuan dan sasaran dari program kesehatan ibu, anak dan lansia. Isu strategis kegiatan kesehatan keluarga mengarah kepada pencapaian target pembangunan kesehatan nasional dan global yaitu upaya penurunan AKI dan AKB.

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

pelaksanaan perencanaan strategis, pengukuran dan evaluasi kinerja serta pelaporannya.

Penyusunan LAKIP Direktorat Kesehatan Keluarga TA 2017 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 2017. 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

Dan penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga mengacu pada Permenpan No. 53 tahun 2014 sebagai bentuk pelaporan kinerja dan pertanggungjawaban untuk menilai keberhasilan dan kegagalan organisasi (Direktorat Kesehatan Keluarga) dalam mencapai sasaran program yang wajib dipenuhi, sebagaimana yang terdapat dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019 dan dokumen Penetapan Kinerja.

## **Maksud dan Tujuan**

Maksud penyusunan LAKIP Kesehatan Keluarga Tahun 2017 adalah sebagai pelaporan kinerja dan bentuk pertanggungjawaban untuk menilai keberhasilan dan kegagalan organisasi (Direktorat Kesehatan Keluarga) dalam mencapai sasaran program yang wajib dipenuhi, sebagaimana yang terdapat dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019 dan dokumen Penetapan Kinerja Tahun 2017.

### **Tujuan :**

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

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

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2015 Tentang Organisasi Dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 157, Direktorat Kesehatan Keluarga menyelenggarakan fungsi:

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

berencana, dan lanjut usia, serta perlindungan kesehatan keluarga;

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

### **C. Struktur Organisasi Direktorat Kesehatan Keluarga**

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

## Gambar 1. Struktur Organisasi Direktorat Kesehatan Keluarga



### D. Isu dan Sasaran Strategis Kesehatan Keluarga

#### Isu Strategis

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

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

Untuk AKB dapat dikatakan penurunan *on the track*, data

terakhir SDKI 2012 menunjukkan angka 32 per 1.000 KH (SDKI 2012). Bila dilihat periode kematian bayi (terbanyak pada periode neonatal) penurunan kematian neonatal cenderung stagnan dalam 10 tahun terakhir dari 20 per 1000 KH (SDKI 2002-2003) menjadi 19 per 1000 KH (SDKI 2012).

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

Penyebab utama kematian ibu yaitu hipertensi dalam kehamilan dan perdarahan *post partum*, dapat diminimalisir apabila kualitas *Antenatal Care* dilaksanakan dengan baik. Dan untuk menjamin kualitas kesehatan ibu dan janin maka kelas ibu hamil dan P4K merupakan kegiatan yang perlu di giatkan di masyarakat. Ditingkat hulu, penjangkaran kesehatan peserta didik dan pelayanan kesehatan peduli remaja merupakan skrining awal untuk menjamin kualitas ibu dan janin didalam kandungan serta bayi yang dilahirkan.

### **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 100.00 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)

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

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

### **Sasaran Strategis**

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

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

Dan sesuai Renstra Revisi 1 yang dikeluarkan pada tanggal 29 Agustus 2017, hal diatas direvisi menjadi kegiatan pembinaan

kesehatan keluarga dengan sasaran strategis, “meningkatkan 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 Gotong-royong”. Upaya untuk mewujudkan visi ini adalah melalui 7 misi pembangunan yaitu:

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

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

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

**Kebijakan:**

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

1. intervensi komprehensif (*six building block*),
2. integratif promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif;
3. paripurna,
4. berjenjang mulai dari masyarakat, fasyankes tingkat pertama dan rujukan
5. fokus pada kelompok sasaran sesuai kelompok umur (*life cycle*), daerah populasi tinggi, DTPK, jumlah kasus kematian ibu, bayi tertinggi, gizi buruk dan stunting
6. kemitraan antar pelaku sesuai strata kewenangan (provinsi, kabupaten/kota, swasta)

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

1. Setiap Intervensi Promosi Kesehatan dalam siklus hidup, berdasarkan pada strategi promosi kesehatan, yaitu :
  - a. Pemenuhan kebijakan yang mendukung intervensi tersebut, baik berupa regulasi maupun dukungan sumber daya (dana, sarana prasarana, dan tenaga) dari pemerintah daerah maupun lintas sektoral,
  - b. Pelaksanaan kampanye atau KIE secara masif dalam upaya meningkatkan perhatian dan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan,
  - c. Pemberdayaan masyarakat melalui penguatan UKBM, serta
  - d. Adanya dukungan Mitra baik NGO, dunia usaha, institusi pendidikan, OP dan potensi lainnya.
2. Penguatan program dengan melihat dan mempertimbangkan fungsi dan kewenangan di masing-masing level (pusat dan daerah)

3. Pelaksanaan sinkronisasi, dan pengintegrasian program dan kegiatan di lingkup Dinkes Provinsi dan kab/kota menyesuaikan dengan SOTK baru
4. Penyesuaian indikator dan target dengan arah pembangunan jangka menengah (RPJMN dan Renstra), lengkap dengan definisi operasional, cara pengukuran, waktu pengukuran hingga format pelaporan
5. Penetapan kebijakan untuk daerah secara berimbang melalui breakdown target indikator secara berjenjang (nasional, provinsi, kabupaten/kota, Puskesmas)
6. Sosialisasi indikator program kesehatan masyarakat secara berjenjang di internal dan eksternal lingkup kesehatan untuk mendapatkan komitmen pelaksanaan dan tercapainya target indikator.
7. Penentuan kegiatan unggulan berdayaungkit tinggi, efisien dan efektif
8. Melakukan pengawalan/pendampingan secara intensif dan berjenjang pada daerah yang menjadi locus minoritas masalah. Pelaksanaan penanggung jawab pembina wilayah dalam melakukan pendampingan/supervisi.
9. Laporkan hasil kegiatan secara berkala dan tepat (tepat waktu, tepat sasaran, tepat sesuai standar)

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

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

- Kata Pengantar
- Ikhtisar Eksekutif

- Daftar Isi

- Bab I Pendahuluan

Menjelaskan uraian singkat mengenai latar belakang, maksud dan tujuan penyusunan LAKIP serta penjelasan umum organisasi (termasuk didalamnya tugas dan fungsi Direktorat Kesehatan Keluarga), dengan penekanan kepada aspek strategis organisasi serta permasalahan utama (*strategic issued*) yang sedang dihadapi organisasi.

- Bab II Perencanaan dan Perjanjian Kinerja

Pada bab ini diuraikan ringkasan/ ikhtisar perjanjian kinerja tahun 2014

- Bab III Akuntabilitas Kinerja

Menjelaskan pencapaian sasaran kinerja dengan mengungkapkan dan menyajikan hasil-hasil yang telah dicapai, sebagai pertanggungjawaban kinerja. Analisis tentang keberhasilan dan kegagalan capaian sasaran kinerja terkait dengan sumber daya (tenaga dan biaya) yang digunakan, realiasi anggaran.

- Bab IV Penutup

Berisi kesimpulan umum atas capaian kinerja organisasi serta langkah dimasa mendatang yang akan dilakukan organisasi untuk meningkatkan kinerjanya.

- Lampiran

## **BAB II**

### **PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA**

#### **A. Perencanaan Kinerja**

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 didalam pencapaian di akhir RPJMN. RKP ini juga diturunkan dalam dokumen di tingkat kementerian kesehatan yang dikenal dengan Renja K/L. dan direktorat kesehatan keluarga kemudian membuat turunannya dalam dokumen Rencana Kerja Tahunan (RKT) sebagai dokumen perencanaan kegiatan pada tahun berjalan dalam rangka menjamin keselarasan kebijakan presiden sebagai pemegang mandat rakyat.

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

Melihat alur perencanaan diatas, maka setiap terjadi perubahan kebijakan presiden maka harus di implementasikan sampai tingkat terbawah didalam struktur organisasi pemerintah.

Pada tahun 2017 terjadi perubahan konsep kebijakan perencanaan. Perubahan berupa penajaman kebijakan didalam penyusunan RKP. Penyusunan RKP dilaksanakan dengan pendekatan Holistik-tematik, integrative dan spasial, serta kebijakan anggaran **“money follow program”**. Implementasi kebijakan ini berupa, alokasi anggaran tidak didasarkan pada tugas dan fungsi organisasi, tetapi mengacu kepada kontribusi atas program prioritas nasional yang berlaku pada tahun 2017. Terkait penentuan program dan kegiatan juga berlaku batasan bahwa di tahun 2017 kegiatan diarahkan untuk langsung dapat dirasakan manfaatnya oleh masyarakat.

### **Indikator Kinerja**

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

Dengan adanya kebijakan baru pada tahun 2017, sebagaimana telah disampaikan diatas, memiliki imbas munculnya variabel-variabel penilaian kinerja selain dari variabel-variabel yang sudah ada (RPJMN, Renstra, dll). Variabel-variabel ini muncul karena dipandang sangat strategis didalam mendukung tema prioritas nasional tahun 2017. Variabel-variabel tersebut antara lain :

1. **Buku Kesehatan Reproduksi Calon Pengantin** yang diukur keberhasilannya dengan indikator, "*Jumlah buku saku tentang kesehatan reproduksi yang dicetak dan didistribusikan ke KUA*", kegiatan ini muncul untuk mendukung kegiatan prioritas yang diadakan Kementerian Agama yaitu kursus calon pengantin sebagai bentuk upaya penurunan kematian ibu dan bayi yang terfokus pada periode masa sebelum hamil.
2. **Buku KIA** (Kesehatan Ibu dan Anak) yang diukur keberhasilannya melalui indikator, "*Jumlah Buku KIA yang dicetak dan distribusikan*". Kegiatan ini dimunculkan karena dipandang memiliki daya ungkit yang tinggi dalam menjaga kelangsungan dan kualitas hidup ibu dan balita.
3. Terkait **penjaringan kesehatan** dimintakan untuk pelaksanaan penjaringan bagi peserta didik kelas 1, 7 & 10.  
Munculnya kegiatan ini adalah sebagai bentuk upaya menjangkau seluruh sasaran pada periode anak usia sekolah
4. Pelaksanaan **persalinan di faskes** yang kemudian diukur dalam indikator, "*Persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan*". Dalam rangka percepatan penurunan AKI, maka diharapkan seluruh ibu hamil terakses pada pelayanan persalinan yang sesuai standar (*Total coverage* atau cakupan 100%).

Pada kenyataannya, Target "*total coverage*" atau cakupan 100% dirasakan merupakan hal yang sulit untuk dicapai pada tahun 2017, oleh karena itu sesuai hasil pembahasan pada trilateral meeting ditentukan target variabel pada

dokumen RKP 2017 ditingkatkan sebesar 2 poin menjadi 81% dari target RPJMN untuk tahun 2017 sebesar 79%. Peningkatan 2 poin ini didasarkan perhitungan logis pada rata-rata peningkatan indikator sebesar 2 poin pada tahun-tahun sebelumnya dan konsekuensi logis penajaman arah kegiatan yang berimplikasi pada pem-fokusan sumber daya.

Dengan telah ditetapkannya target 81% pada dokumen RKP maka indikator kinerja Direktorat Juga ditingkatkan menjadi 81% sebagai bentuk dukungan dan penyelarasan kebijakan presiden pada tahun 2017.

5. **Pelayanan lanjut usia** yang kemudian di ukur dalam indikator, "*Persentase usia lanjut (Usila) yang dilayani*". Lansia sampai saat ini masih belum menjadi prioritas nasional walaupun ditingkat global sudah menjadi isu strategis. Dengan kondisi ini, maka kegiatan masuk kedalam prioritas bidang, dimana walaupun tidak masuk kedalam prioritas nasional tetapi tetap harus di laksanakan kegiatannya sebagai kesatuan siklus hidup dan bentuk komitmen Indonesia di tingkat global

Kelima indikator di atas kemudian dimasukkan kedalam butir perjanjian kinerja, bersama dengan indikator yang sudah tercantum di Renstra yaitu Kunjungan Neonatal Pertama dan Kunjungan Antenatal sebanyak 4 kali

**Tabel 1. Indikator Kesehatan Keluarga pada Renstra Kementerian Kesehatan RI 2015– 2019 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 didik kelas I	50%	55%	60%	65%	70%
		Persentase Puskesmas yang melaksanakan penjangkaran kesehatan untuk peserta didik kelas VII dan X	30%	40%	50%	55%	60%
		Persentase Puskesmas yang menyelenggarakan kegiatan kesehatan remaja	25%	30%	35%	40%	45%
Pembinaan Kesehatan Ibu dan Reproduksi	Meningkatnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi	Persentase Puskesmas yang melaksanakan kelas ibu hamil	78%	81%	84%	87%	90%
		Persentase Puskesmas yang melakukan orientasi Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)	77%	83%	88%	95%	100%
		Persentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan <i>antenatal</i> minimal 4 kali (K4)	72%	74%	76%	78%	80%

Renstra 2015 – 2019 Revisi 1							
Kegiatan	Sasaran	Indikator	Target / tahun				
			2015	2016	2017	2018	2019
<b>Pembinaan Kesehatan Keluarga</b>	meningkatnya 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 yang menyelenggarakan kegiatan kesehatan remaja	25%	30%	35%	40%	45%
		Persentase Puskesmas yang melaksanakan kelas ibu hamil	78%	81%	84%	87%	90%
		Persentase Puskesmas yang melakukan orientasi Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)	77%	83%	88%	95%	100%
		Persentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan <i>antenatal</i> minimal 4 kali (K4)	72%	74%	76%	78%	80%

## B. Perjanjian Kinerja

Merujuk pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara (Permenpan) No. 53 Tahun 2014 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, telah ditetapkan target kinerja berupa kesepakatan dalam pencapaian target tahun 2017.

**Tabel 2. Perjanjian Kinerja yang ditandatangani Direktur Kesehatan Keluarga TA 2017**

<b>No.</b>	<b>Sasaran Program/ Kegiatan</b>	<b>Indikator Kinerja</b>	<b>Target</b>
1.	Penyusunan Regulasi dan Kebijakan Pembinaan Kesehatan Keluarga	1. Jumlah buku saku tentang kesehatan reproduksi yang dicetak dan didistribusikan ke KUA	23.000
2.	Sosialisasi/ Orientasi / Pelatihan Pembinaan Kesehatan Keluarga	2. Persentase sekolah yang mendapatkan pelayanan penjangkaran kesehatan bagi peserta didik kelas 1, 7 & 10	50%
3.	Koordinasi Peningkatan Kesehatan Keluarga	3. Persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan	81%
4.	Monev/ Bimtek/ Fasilitasi Pembinaan Kesehatan Keluarga	4. Persentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal minimal empat kali (K4)	85%
5.	Surveilans Kesehatan Keluarga	5. Persentase bayi baru lahir yang mendapatkan pelayanan kunjungan neonatal pertama (KN1)	81%
6.	Dukungan Administrasi Pembinaan Kesehatan Keluarga	6. Persentase usia lanjut (Usila) yang dilayani	15%
7.	Pengadaan Sarana Prasarana Pembinaan Kesehatan Keluarga	7. Jumlah Buku KIA yang dicetak dan didistribusikan	5.000.000

## BAB III

### AKUNTABILITAS KINERJA

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

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

Pengukuran kinerja program kesehatan keluarga yang mengarah pada "dampak" (AKI dan AKB) tidak dapat dilakukan pertahun karena diperlukan suatu metode khusus seperti survei atau penelitian yang membutuhkan sumber daya dan pembiayaan yang besar, hal ini ~~dimana~~ secara kebijakan anggaran tantangan ini tidak bisa dijawab hanya oleh Direktorat Kesehatan keluarga.

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

penetapan ulang terhadap indikator kinerja Kementerian Kesehatan – Direktorat Kesehatan Keluarga sesuai tugas pokok dan fungsi pemerintah di tingkat pusat.

Didalam capaian kinerja tahun 2017, Direktorat Kesehatan Keluarga telah berhasil mencapai target yang disepakati dengan Dirjen Kesehatan Masyarakat, (tertuang dalam dokumen perjanjian kinerja). Terkait dukungan dalam pencapaian Renstra Kementerian Kesehatan 2015 – 2019 di tahun 2017, Direktorat Kesehatan Keluarga juga berhasil mencapai target yang telah ditentukan sebagaimana digambarkan pada grafik dibawah.

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

**Grafik 1. Capaian Kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017 Berdasarkan Perjanjian Kinerja**



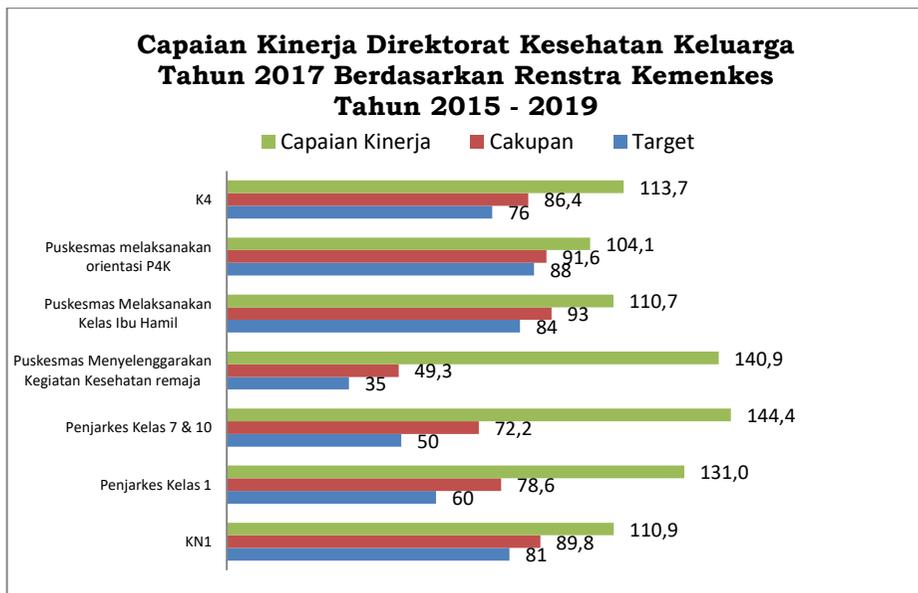
Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017

Pada tahun sebelumnya (Tahun 2016), permasalahan yang terjadi adalah disparitas cakupan yang terjadi karena daerah terekam belum melaporkan cakupannya. Beberapa permasalahan lainnya antara lain :

1. Kebijakan data 1 (satu) pintu yang belum terealisasi pada tahun 2016.
2. Indikator Kesehatan Keluarga masih belum tersosialisasikan secara menyeluruh di 514 kab./kota dan puskesmas

Secara umum, tindak lanjut telah dilakukan pada tahun 2017 berupa sosialisasi definisi operasional secara massif dengan cara menyisipkan pada setiap kegiatan. Adapun terkait kebijakan 1 pintu yang ternyata belum juga terealisasi pada tahun 2017 maka Direktorat Kesehatan Keluarga mengembangkan sistem informasi untuk menjamin ketersediaan data secara akuntabel.

**Grafik 2 : Capaian Kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017 Berdasarkan Renstra Kementerian Kesehatan 2015 – 2019**



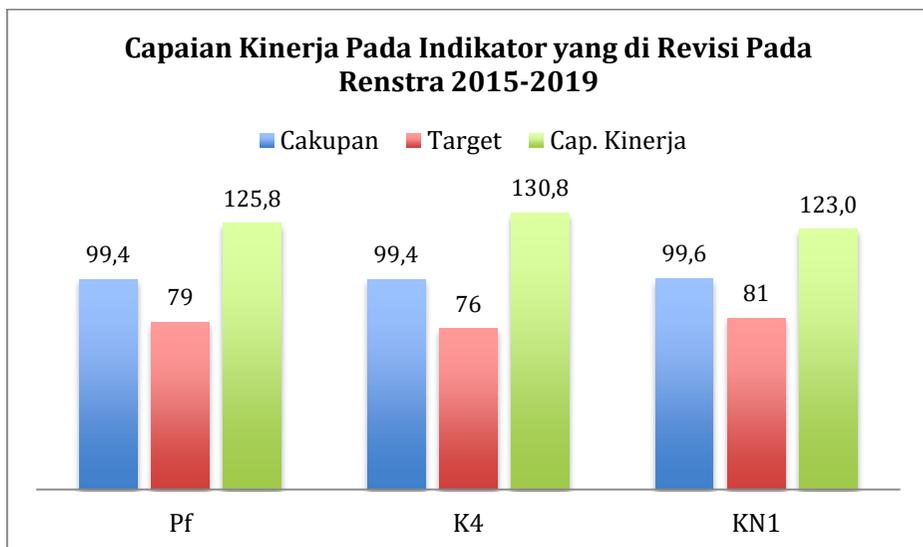
Sumber: Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017

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 di limpahkan kepada Direktorat Kesehatan Keluarga.

Terkait revisi 1 Renstra, terdapat perubahan cara penghitungan pada indikator Pf, K4, dan KN1 dari yang semula sasaran ibu bersalin, ibu hamil, dan bayi baru lahir, menjadi Kab./kota melaporkan. Perlu kami sampaikan juga gambaran pencapaian Capaian Kinerja Pada indikator yang mengalami revisi sebagai berikut.

**Grafik 3. Capaian Kinerja pada Indikator yang direvisi pada Renstra 2015-2019 Revisi 1**



*Sumber : data evaluasi kesehatan keluarga tahun 2017*

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

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

## 1. Jumlah buku saku tentang kesehatan reproduksi yang dicetak dan didistribusikan ke KUA



Calon pengantin (Catin), merupakan fase yang strategis didalam penurunan AKI dan AKB. Catin dengan status kesehatan yang baik akan mendukung kesehatan bagi ibu hamil dan anak yang didalam kandungan.

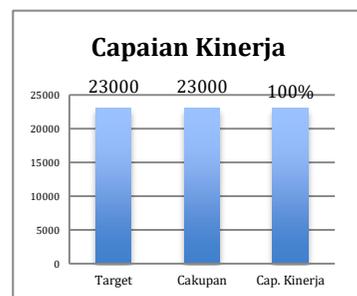
Sebagaimana telah disampaikan pada BAB sebelumnya bahwa kegiatan ini sebagai bentuk dukungan atas kegiatan prioritas Kemenag, didalam mendukung peningkatan kesehatan ibu dan anak, yang menjadikan kursus calon pengantin sebagai kegiatan prioritas di tahun 2017.

Dari sisi kesehatan, Direktorat Kesehatan Keluarga ikut berpartisipasi dengan mendukung dari sisi konten kesehatan didalam kursus bagi catin yang di wujudkan dengan membuat, mencetak dan mendistribusikan Buku Kesehatan Reproduksi Calon Pengantin (Kespro Catin) ke kantor KUA.

### Analisa Capaian Kinerja

Variabel ini baru muncul pada tahun 2017. Target sebesar 23000 didapatkan dari besaran jumlah kebutuhan buku ini untuk 34 provinsi. Dimana secara umum, setiap kab./kota mendapatkan sebanyak 3 buku.

Dari target 23.000 buku kespro catin, yang harus dicetak dan di distribusikan, Direktorat Kesehatan keluarga berhasil mencapai target tersebut. Capaian kinerja yang berhasil diraih



adalah sebesar 100 %.

Sebagai kegiatan yang hanya dilakukan pada tahun 2017, maka tidak kami laporkan terkait tren dari indikator kegiatan ini.

### **Faktor Pendukung**

Keberhasilan pencapaian indikator ini didukung oleh beberapa faktor yaitu :

1. Komitmen kebijakan anggaran. Kegiatan ini masuk didalam prioritas nasional dan setiap kegiatan prioritas nasional anggarannya dikunci sehingga tidak dapat di efisiensi. Kegiatan ini adalah contoh baik bahwa ke-”ajeg”-an perencanaan yang didukung komitmen anggaran adalah salah satu faktor kunci keberhasilan
2. Kesiapan dokumen perencanaan. Walaupun buku kespro catin merupakan kegiatan baru didalam prioritas nasional namun konten dari buku ini sudah siap sehingga membantu proses yang ada

### **Faktor Penghambat**

Kegiatan ini telah berhasil dilaksanakan dan mencapai target. Pembelajaran atas faktor penghambat yang mungkin dapat terjadi dan perlu dipertimbangkan adalah didalam penentuan harga barang yang dirasakan sesuai dan memastikan bahwa buku telah sampai kepada sasaran.

### **Upaya Pencapaian Indikator**

Beberapa upaya yang dilakukan untuk menjamin keberhasilan pencapaian target antara lain :

1. Membangun komunikasi dan konsultasi dengan pihak-pihak terkait (terutama adalah Inspektorat Jenderal, yang memiliki peran didalam pembinaan pelaksanaan kegiatan, didalam pelaksanaan perencanaan kegiatan)
2. Pelaksanaan monev, monev ini dilakukan untuk menjamin dan memastikan proses pengadaan agar sampai kepada sasaran

## 2. Persalinan di Fasilitas Kesehatan



Persalinan di fasilitas kesehatan merupakan indikator baru di Renstra 2015 – 2019. Pada Renstra sebelumnya lebih dikenal dengan "persalinan oleh nakes" (Pn). Perubahan indikator ini dilakukan

untuk menjawab kajian terkait upaya penurunan AKI dan AKB yang ternyata dirasakan masih kurang optimal (Kondisi di Indonesia dimana masih terdapat kepercayaan terhadap "dukun beranak", dan pola bersalin di rumah, menyebabkan bahwa persalinan oleh nakes yang diasumsikan akan memenuhi standar, baik secara kelayakan tempat, sarana prasarana, dll, ternyata menghasilkan dampak yang kurang cukup 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". Dan harapannya adalah setiap ibu bersalin mendapatkan pelayanan sesuai standar yang sehingga kematian ibu dan bayi dapat diturunkan.

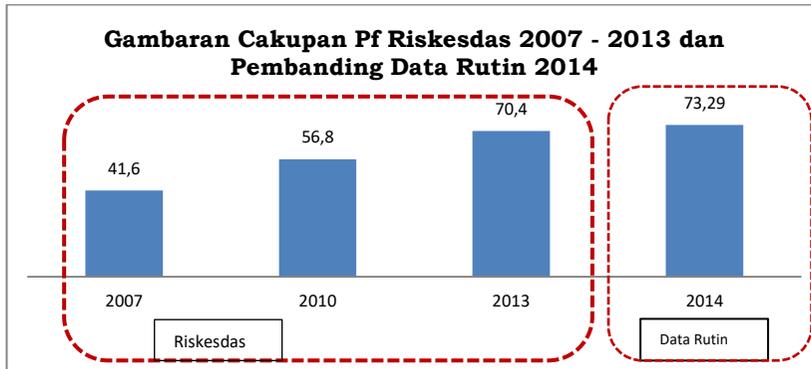


Pertolongan persalinan merupakan proses pelayanan persalinan yang dimulai pada kala I sampai dengan kala IV persalinan. Indikator PF diukur dari jumlah ibu bersalin yang mendapatkan pertolongan sesuai standar oleh tenaga Kesehatan di fasilitas kesehatan dibandingkan dengan jumlah sasaran ibu bersalin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

### **Analisa Capaian Kinerja**

Tren realisasi cakupan persalinan di fasilitas pelayanan Kesehatan berdasarkan Riskesdas menunjukkan kecenderungan peningkatan dari tahun ke tahun. Riskesdas tahun 2007 persalinan di faskes menunjukan angka sebesar 41,6%, tahun 2010 sebesar 56,8%, dan pada tahun 2013 sebesar 70,4%. Berdasarkan Data Rutin Direktorat Bina Kesehatan Ibu tahun 2014, realisasi cakupan PF sebesar 73,29% dengan rata-rata peningkatan sebesar 2 poin. Data tersebut, sebagaimana digambarkan pada grafik dibawah dijadikan dasar dalam penentuan target awal di tahun 2015.

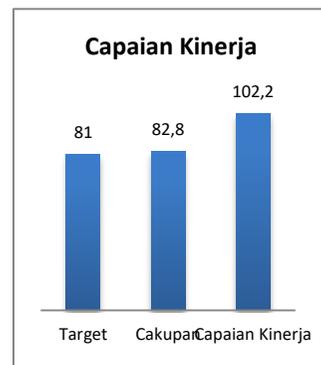
**Grafik 4. Gambaran Cakupan Pf Riskesdas 2007 – 2013 dan Pembanding Data Rutin 2014**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016

Pada tahun 2017, indikator Persalinan di Fasilitas Kesehatan berhasil mencapai target kinerja TA 2017 sebesar 81% ibu bersalin. Dengan cakupan sebesar 82.8 % tercatat sebanyak 4.204.473 ibu bersalin telah bersalin di fasilitas Kesehatan. Dengan cakupan tersebut, maka terhitung capaian kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga terkait indikator Pf adalah sebesar 102,2%.

Capaian kinerja provinsi dengan kab./kota yang melaporkan adalah sebesar 130,8% (511 Kab./kota telah melaporkan dari target 406 kab./kota yang diharapkan mampu melaporkan (cakupan kab./kota melaporkan 125,8% dari target 79%)).



**Grafik 5. Tren Cakupan Persalinan di Fasilitas Kesehatan, Target Renstra 2015-2019, dan Perjanjian Kinerja 2017**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017

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).

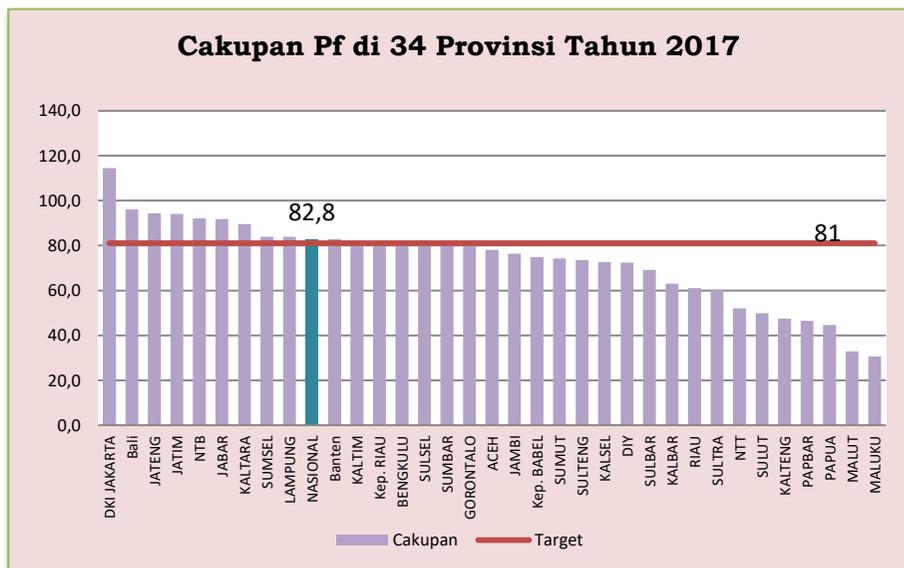
Kesan penurunan ini di sebabkan belum masuknya seluruh data daerah saat LAKIP disusun. Terdapat provinsi (kurang lebih 40%) yang mengirimkan data hanya sampai bulan november 2016, dan berdasarkan pemantauan kami di bulan maret 2016 Cakupan Pf mencapai 80.6%.

Tahun 2017, cakupan Pf meningkat menjadi 82.8%, dengan cakupan ini maka kecendrungan tren indikator pf sampai tahun 2017 adalah meningkat. Besarnya peningkatan pf dibandingkan pada tahun 2016 disebabkan telah terbentuknya sistem informasi yang dikembangkan oleh Direktorat Kesehatan Keluarga pada tahun 2017.

Bila dibandingkan dengan target Renstra untuk tahun 2017 sebesar 79%, maka Direktorat Kesehatan Keluarga juga telah berhasil mencapai target. Dan harus mengupayakan peningkatan sebesar 2,2 poin dari cakupan 2017 untuk mencapai target Renstra 2019 sebesar 85%. Adapun dari sisi keterkumpulan data maka terdapat 1 provinsi yang perlu dipantau untuk melaporkan cakupannya (Provinsi Papua Barat)

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%.

**Grafik 6. Cakupan Persalinan di Fasilitas Kesehatan (Pf) di 34 Provinsi Tahun 2017**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017

Dari grafik diatas tergambar bahwa cakupan Pf masih terjadi disparitas di 34 provinsi di Indonesia. Bila dibandingkan

dengan target nasional sebesar 81%, maka 14 provinsi telah mencapai target dan 20 Provinsi belum mencapai target nasional. Dari 20 provinsi yang belum mencapai target bila disandingkan dengan target nasional, maka terdapat 7 provinsi yang memiliki capaian kinerja diatas 90%, 3 provinsi dengan capaian kinerja 80% – 90%, 3 provinsi dengan capaian kinerja 70%-80%, dan 7 provinsi dengan capaian kinerja dibawah 70 %.

**tabel 1 Capaian Kinerja Provinsi Indikator Persalinan di Fasilitas Kesehatan terhadap target nasional Tahun 2017**

<b>Provinsi</b>	<b>Cakupan</b>	<b>Kinerja</b>
Sumbar	80.4	99.2
Gorontalo	80.3	99.2
Aceh	78.1	96.4
Jambi	76.4	94.3
Kep. BABEL	74.9	92.4
Sumut	74.3	91.7
Sulteng	73.6	90.8
Kalsel	72.7	89.7
DIY	72.4	89.4
Sulbar	69.2	85.4
Kalbar	63.0	77.8
Riau	61.0	75.3
Sultra	60.4	74.5
NTT	52.0	64.1
Sulut	49.9	61.6
Kalteng	47.4	58.5
Papbar	46.5	57.4
Papua	44.7	55.1
Malut	32.9	40.7
Maluku	30.7	37.8

### **Faktor Pendukung**

Faktor pendukung pencapaian indikator ditingkat nasional antara lain :

1. Dukungan regulasi pelayanan KIA oleh Pemda
2. Dukungan LP/LS dan organisasi profesi didalam pelayanan KIA
3. Variable penilaian Persalinan di fasilitas kesehatan telah dilaksanakan dilapangan walaupun dari sisi indikator Renstra, maka Pf masih tergolong baru. Hal ini merupakan pembelajaran yang baik, bahwa penetapan suatu kebijakan telah di uji coba akan sangat membantu didalam pelaksanaan kebijakan ketika telah ditetapkan
4. Sistem informasi pelaporan yang 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. Faktor geografis yang akan sangat mempengaruhi dari sisi pelayanan dan system pelaporan
2. Tingkat pendidikan ibu yang masih rendah
3. Dukungan Keluarga yang masih rendah

### **Upaya Pencapaian Indikator**

1. Untuk daerah-daerah dengan kondisi geografis sulit dimana akses ke fasilitas pelayanan kesehatan menjadi

kendala. Direktorat Kesehatan Keluarga menerapkan kebijakan melanjutkan pengembangan program Kemitraan Bidan dan Dukun serta Rumah Tunggu Kelahiran. Para Dukun diupayakan bermitra dengan Bidan dalam hal pengaturan hak dan kewajiban sehingga terdapat kejelasan peran dan tugas masing-masing pihak. Mendorong Pemeriksaan kehamilan dan pertolongan persalinan tidak lagi dikerjakan oleh Dukun, namun wajib dirujuk ke Bidan

2. Ketika ibu hamil yang di daerahnya tidak terdapat Bidan atau memang memiliki kondisi penyulit, maka pada saat menjelang hari taksiran persalinan diupayakan sudah berada di dekat fasilitas pelayanan kesehatan, yaitu dapat tinggal di Rumah Tunggu Kelahiran. Untuk itu pada tahun 2016 telah di gelontorkan dana dari pusat melalui mekanisme DAK yaitu jampersal dimana jampersal ini adalah upaya mendekatkan akses ibu hamil ke faskes melalui pembiayaan transportasi dan sewa RTK. 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.
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.

4. Penguatan system informasi dengan pembuatan komdat data kesehatan keluarga. Pembuatan system informasi ini sangat membantu didalam proses pengumpulan data pada tahun 2017, sehingga pada tanggal yang sama di tahun 2016, besar cakupan yang dapat diraih lebih besar.

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



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

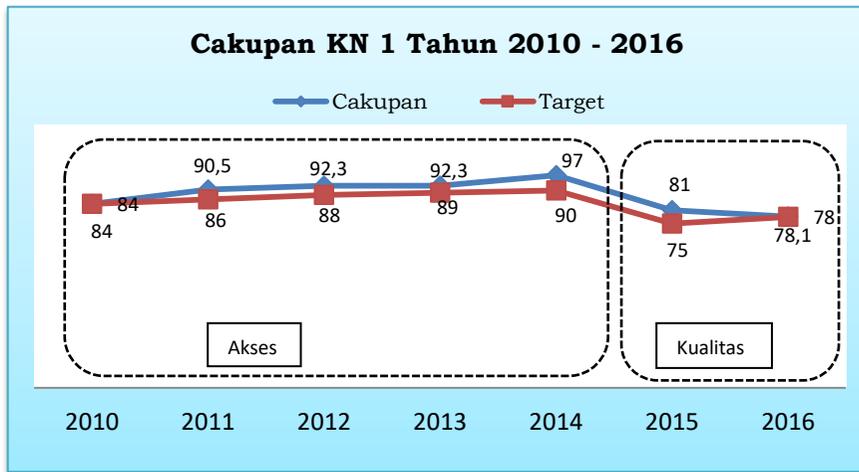
kematian pada periode neonatal yaitu 6 - 48 jam setelah lahir, dengan cara mendeteksi sedini mungkin permasalahan yang mungkin dihadapi bayi baru lahir, sekaligus memastikan pelayanan yang seharusnya didapatkan oleh bayi baru lahir yang diantaranya terdiri dari konseling perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, pemberian Vitamin K1 injeksi (bila belum diberikan) dan Hepatitis B 0 (nol) injeksi (bila belum diberikan). Kunjungan ini dilakukan dengan pendekatan MTBM (Manajemen Terpadu Bayi Muda).

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

## Analisa Capaian Kinerja

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

**Grafik 7. Cakupan KN 1 Tahun 2010-2016**



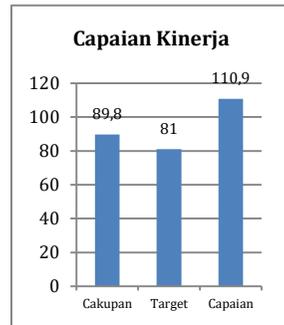
Sumber : Data evaluasi direktorat kesehatan keluarga tahun 2016

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

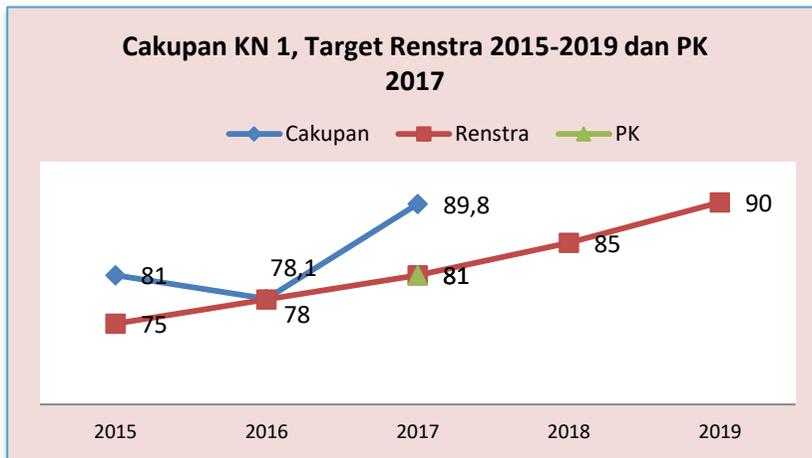
Perlu kami sampaikan bahwa KN1 pada Renstra 2014-2015 dengan Renstra 2015-2019 adalah hal yang berbeda, yang semula berfokus pada akses (Renstra 2014-2015) dan pada Renstra 2015-2019 difokuskan pada kualitas pelaksanaan KN1. Dapat dikatakan bahwa terjadi peningkatan hal yang ingin dicapai melalui kegiatan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

Target indikator kunjungan neonatal pertama (KN 1) tahun 2017 adalah 81%, hasil cakupan diakhir tahun 2017 sebesar 89,8% yang berarti sebanyak 4.344.773 Bayi Baru lahir, telah dilakukan kunjungan neonatal pertama. Dengan cakupan tersebut capaian kinerja direktorat adalah sebesar 110,9%.

Capaian kinerja provinsi dengan kab./kota yang melaporkan adalah sebesar 122% (512 Kab./kota telah melaporkan dari target 416 kab./kota yang diharapkan mampu melaporkan (Cakupan kab./kota melaporkan 99,6% dari target 81%)).



**Grafik 8. Cakupan KN1, Target Renstra 2015 – 2019, dan Perjanjian Kinerja 2017**



Sumber : Data evaluasi direktorat kesehatan keluarga Tahun 2017

Tren KN1 bila dilihat pada grafik diatas mengesankan terjadi penurunan pada tahun 2016. Kesan penurunan ini disebabkan karena data yang belum masuk secara keseluruhan, sebagaimana yang terjadi pada cakupan persalinan di fasilitas kesehatan, yang kemudian cakupan

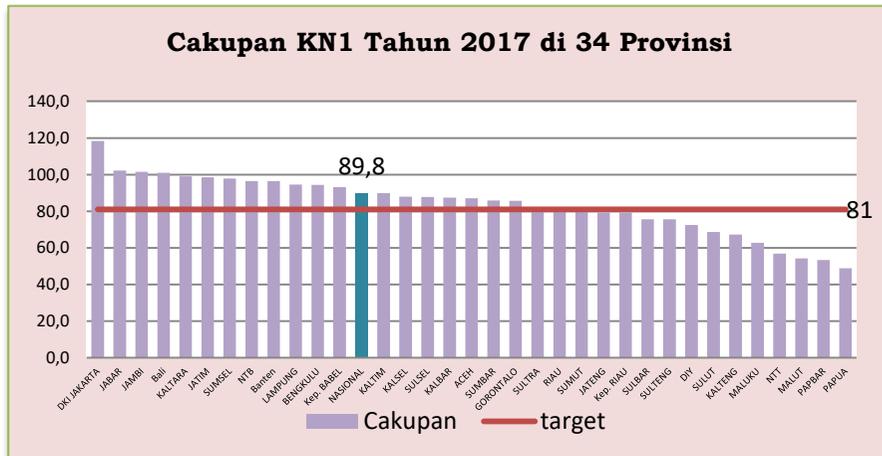
ini meningkat signifikan pada tahun 2017 yang disebabkan karena penguatan system informasi pelaporan.

Bila disandingkan dengan target di akhir tahun 2019 sebesar 90 % maka terdapat gap sebesar 0,2 poin (satuan persen) yang harus dicapai. Terhadap target tahun 2018 sebesar 85%, maka dengan apa yang telah dilakukan pada tahun 2017 seharusnya dapat tercapai.

Hasil capaian nasional bila di breakdown per provinsi maka masih terdapat disparitas cakupan KN1. Disparitas terbesar (3 Provinsi dengan cakupan KN1 terkecil) antara lain Maluku Utara, Papua Barat dan Papua. Terdapat 20 Provinsi yang telah mencapai target nasional sebesar 81%, dan 14 provinsi masih belum mencapai target nasional. DKI Jakarta, Jawa Barat, Jambi, dan Bali mendapatkan cakupan lebih dari 100% dikarenakan data proyeksi sasaran BPS lebih rendah dibandingkan dengan sasaran riil (hasil yang telah dilakukan oleh kedua provinsi tersebut).

Dari 14 provinsi yang belum mencapai target, terdapat 3 Provinsi yang perlu mendapat perhatian di tahun 2018 yaitu Maluku Utara, Papua Barat, dan Papua karena didalam mencapai target nasional memiliki capaian kinerja dibawah 70%, dan untuk Papua Barat juga perlu ditingkatkan dari sisi keterkumpulan data.

**Grafik 9. Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama (KN1) di 34 Provinsi Tahun 2017**



Sumber : Data evaluasi direktorat kesehatan keluarga tahun 2017

Adapun DI Yogyakarta masih belum mencapai target disebabkan perbedaan data sasaran provinsi dengan data sasaran proyeksi yang dikeluarkan BPS-Pusdatin cukup besar dimana data sasaran dari provinsi DIY jauh lebih rendah dibandingkan dengan data sasaran BPS- Pusdatin yang berakibat terhadap penurunan secara signifikan pada cakupan DIY.

**tabel 2 Capaian Kinerja Provinsi Indikator Kunjungan Neonatal Pertama terhadap target nasional Tahun 2017**

Provinsi	Cakupan	Capaian Kinerja
Riau	80.8	99.7
Sumut	80.4	99.2
Jateng	79.3	97.9
Kep. Riau	79.3	97.9
Sulbar	75.6	93.4
Sulteng	75.6	93.4
Diy	72.6	89.6
Sulut	68.7	84.8

Kalteng	67.3	83.1
Maluku	62.8	77.6
NTT	56.8	70.1
Malut	54.2	67.0
Papbar	53.4	65.9
Papua	48.9	60.4

### **Faktor Pendukung**

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

Peran Direktorat Kesehatan Keluarga (pusat) sesuai permenkes 64 tahun 2015 adalah menetapkan kebijakan dan melakukan advokasi, bimtek, monev. Kegiatan yang dilakukan pusat menghasilkan output salah satunya adalah pedoman yang kemudian menjadi dasar pelaksanaan dan perlindungan nakes dalam melakukan pelayanan.

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

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

lahir yang didalamnya termasuk adalah kunjungan neonatal.



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

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



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

4. Sistem informasi dan pelaporan yang baik
5. Upaya untuk menjangkau pelayanan ibu bersalin dan bayi baru lahir sesuai standar melalui Jampersal (karena ibu bersalin dalam kegiatannya integrasi dengan bayi baru lahir)

### **Faktor penghambat**

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

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

1. Kurangnya pengetahuan terkait pelayanan Kesehatan bayi baru lahir
2. Belum optimalnya peran keluarga/masyarakat terhadap penggunaan buku KIA dan
3. Jumlah distribusi dan kualitas SDM kesehatan yang masih juga belum merata, sehingga belum semua nakes dapat memberi pelayanan Kunjungan Neonatal sesuai standar, antara lain dikarenakan oleh alasan akses geografis, masalah ketersediaan logistik terutama untuk layanan



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



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

### **Upaya Pencapaian Indikator**

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

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

1. Sosialisasi kepada masyarakat saat event nasional sebagai contoh adalah saat Perayaan Hari Anak Nasional Tahun 2017



2. Evaluasi pelaksanaan kunjungan neonatal dalam kaitannya dengan penurunan AKB. Untuk menambah jumlah SDM kesehatan yang memahami kunjungan neonatal maka dilaksanakan juga orientasi tim pengkaji AMP, Orientasi Skrining Bayi Baru Lahir, dan Orientasi Tenaga Kesehatan dalam Surveilans Kelainan Bawaan Berbasis RS di Jakarta.
3. Sosialisasi dan advokasi pemanfaatan DAK Fisik dan Non Fisik
4. Penguatan sistem informasi pelaporan

#### **4. Ibu Hamil Mendapat Pelayanan Antenatal (K4)**



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

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

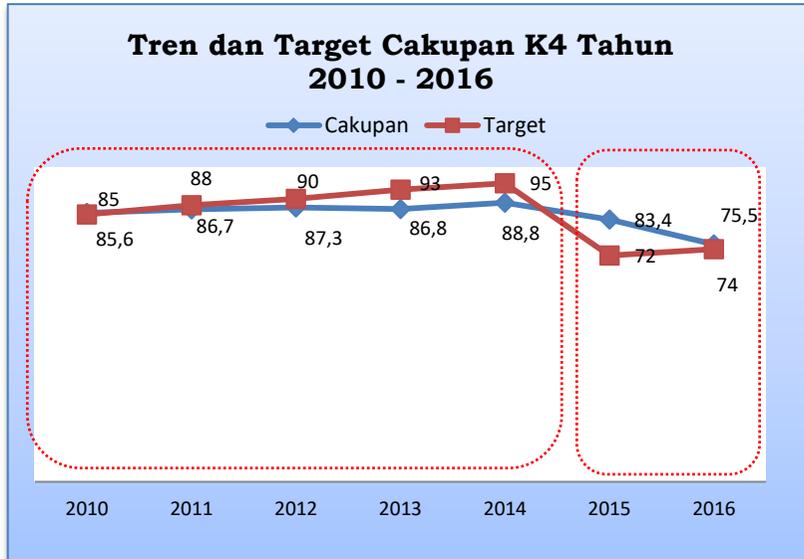
Cakupan K4 dihitung dengan membagi jumlah absolut ibu hamil yang memenuhi kunjungan antenatal sebanyak 4 kali dan jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah yang kemudian ditampilkan dalam bentuk persentase.

### **Analisa Capaian Kinerja**

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

pada tahun 2015 sebesar 72% dan target sampai 2019 sebesar 80%.

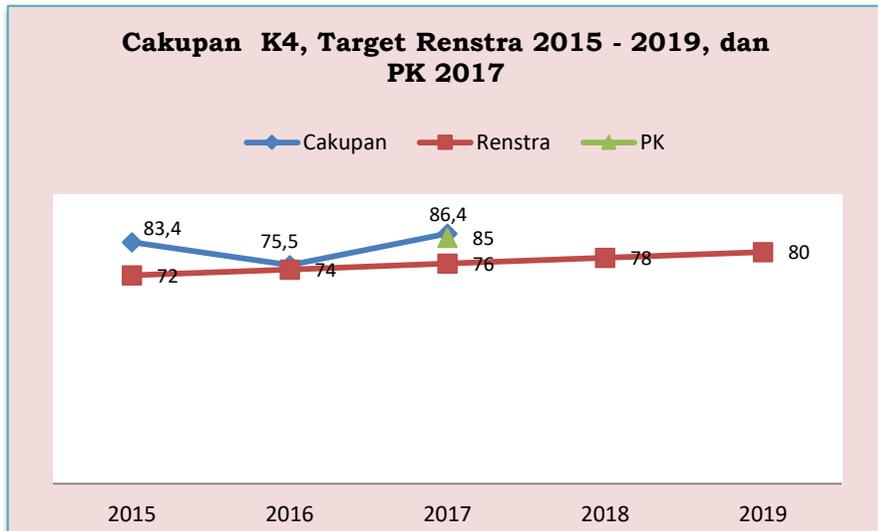
**Grafik 10. Tren Cakupan K4 2010 - 2016**



*Sumber : Data evaluasi direktorat kesehatan keluarga tahun 2016*

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

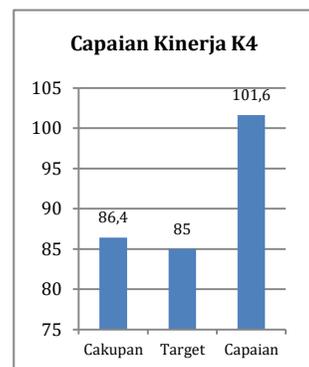
**Grafik 11. Cakupan K4, Target Renstra 2015 – 2019, dan Perjanjian Kinerja Tahun 2017**



Sumber : Data evaluasi direktorat kesehatan keluarga tahun 2017

Mengacu pada dokumen Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019, dan perjanjian kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga tahun 2017. Terlihat pada grafik diatas bahwa cakupan K4 pada tahun 2017 sudah mencapai target tahun 2017. Capaian kinerja indikator ini adalah sebesar 102% yang dihasilkan dari cakupan K4 sebesar 86,4% dan target sebesar 85%. Dengan cakupan tersebut maka sebanyak 4.596.717 ibu hamil telah mendapatkan kunjungan antenatal sebanyak 4 kali.

Capaian kinerja provinsi dengan kab./kota yang melaporkan adalah sebesar 130,8% (511 Kab./kota telah melaporkan dari target 391 kab./kota





Dari sisi capaian kinerja provinsi yang belum mencapai target nasional maka terdapat 9 provinsi yang telah mencapai capaian kinerja terhadap target nasional di atas 90%, 4 provinsi yang berhasil mencapai kinerja 80 – 90%, 1 provinsi berada di nilai 70 – 80% dan 6 Provinsi memiliki capaian kinerja < 70%.

**Tabel 3 Capaian Kinerja Provinsi Indikator K4 terhadap target nasional Tahun 2017**

PROVINSI	CAKUPAN	CAPAIAN KINERJA
Kalbar	84.4	99.3
Kalteng	83.9	98.7
Kaltim	83.7	98.5
Gorontalo	82.3	96.9
Sulsel	81.3	95.6
Riau	79.2	93.2
Aceh	79.0	92.9
Kalsel	78.0	91.8
Sumut	76.9	90.5
Sulteng	75.5	88.8
Sumbar	74.1	87.2
DIY	73.0	85.9
Sultra	72.5	85.3
Sulbar	67.8	79.7

Maluku	58.6	69.0
Malut	55.4	65.2
Sulut	51.6	60.7
Ntt	47.6	56.0
Papua	43.8	51.6
Papbar	23.2	27.3

### **Faktor Pendukung**

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

6. Adanya surveilans melalui PWS KIA

7. Monitoring dan evaluasi secara berjenjang

### **Upaya Pencapaian Indikator**

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

1) Peningkatan kualitas pelayanan antenatal

2) Peningkatan akses pelayanan antenatal

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

Penyiapan ibu hamil juga dilakukan sejak masa sebelum hamil yaitu masa “calon pengantin”. Advokasi dan orientasi dilakukan kepada penyuluh pernikahan untuk menyampaikan muatan kesehatan dimana salah satunya adalah kesehatan masa kehamilan yang diharapkan setiap ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan ketika hamil.

Buku KIA sebagai kegiatan untuk menjamin kualitas pelayanan ibu dan anak juga digalakan melalui sosialisasi

kepada organisasi profesi, Rumah sakit, Pengelola Program, perguruan tinggi.

Dalam rangka meningkatkan akses pelayanan antenatal, Kementerian Kesehatan telah mengembangkan upaya pemberdayaan keluarga dan masyarakat melalui pendekatan Kelas Ibu Hamil. Dampak dari kegiatan tersebut diharapkan dapat semakin mendekatkan akses pelayanan antenatal yang berkualitas kepada ibu hamil, keluarga dan masyarakat hingga ke pelosok desa.

### **Faktor penghambat**

1. Ibu hamil masih ada yang datang tidak pada di trimester 1 karena:
  - a. Pengetahuan ibu hamil dan keluarga yang kurang, partisipasi masih belum optimal
  - b. Faktor budaya setempat (belum ke tenaga kesehatan jika perut belum kelihatan besar, takut hamilnya tidak jadi disebabkan keguguran yang membuat malu)
  - c. Kondisi geografis yang sulit (daerah kepulauan dan pegunungan)
  - d. Kurangnya peran serta perangkat desa, tokoh masyarakat, dan tokoh agama dalam memberikan promosi kesehatan khususnya informasi pemeriksaan antenatal rutin ke tenaga kesehatan dan mendorong ibu hamil mengikuti kelas ibu hamil
  - e. keterjangkauan di daerah sulit dan terpencil untuk mengakses ke fasilitas dan tenaga kesehatan

3. Masih ada ibu hamil yang tidak tercatat pada kunjungan di trimester 3 (drop out) karena :
  - a. Ada budaya masyarakat pada saat menjelang persalinan pulang ke kampung halaman
  - b. Ada ibu hamil yang selalu berpindah-pindah tempat pelayanan dalam kunjungan antenatal (ibu hamil antenatal dari Bidan ke Dokter spesialis dan tidak kembali ke Bidan
  - c. Pencatatan dan pelaporan masih belum optimal

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



Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) merupakan suatu program yang dijalankan untuk mencapai target penurunan AKI yaitu menekan angka kematian ibu melahirkan. Program ini menitikberatkan fokus totalitas monitoring terhadap ibu hamil dan bersalin. Pemantauan dan pengawasan yang menjadi salah satu upaya deteksi dini, menghindari risiko kesehatan pada ibu hamil dan bersalin yang dilakukan diseluruh Indonesia dalam ruang lingkup kerja Puskesmas setempat serta menyediakan akses dan pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang sekaligus merupakan kegiatan yang membangun potensi

masyarakat khususnya kepedulian masyarakat untuk persiapan dan tindakan dalam menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir.

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

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

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

### **Analisa Cakupan**

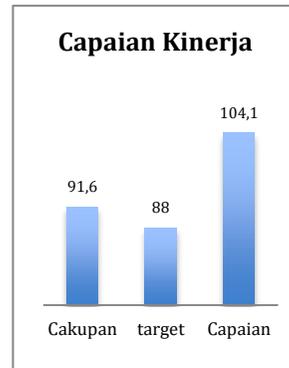
Pada tahun 2017 cakupan ini sebesar 91,6% yang berarti 9069 puskesmas telah melaksanakan orientasi P4K. Dengan cakupan sebesar 91,6% dan target sebesar 88%, maka

capaian kinerja direktorat terhadap indikator ini adalah sebesar 104,1%. Data ini dikumpulkan 93,58% kab./kota (481 Kab./kota).

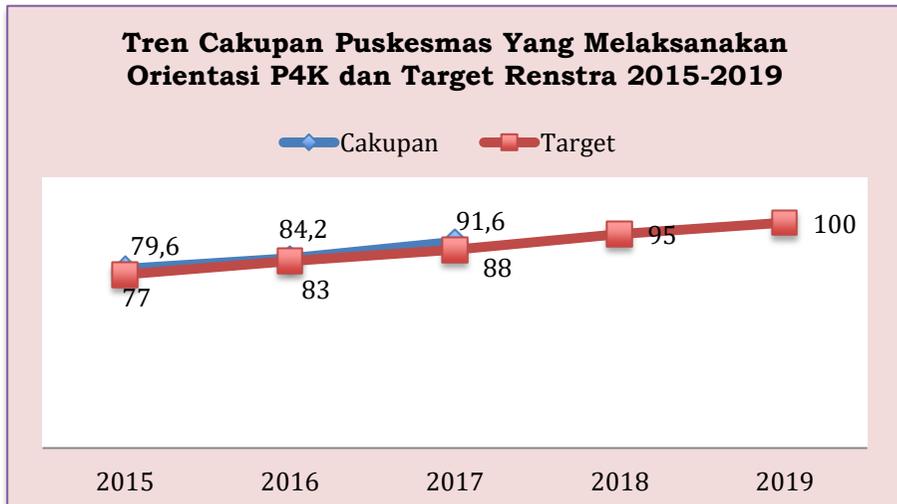
Tren cakupan indikator Orientasi P4K cenderung meningkat. Terjadi peningkatan sebesar 4,6 poin pada tahun 2016 dan meningkat lagi

sebanyak 7,4 poin pada tahun 2017 yang merupakan kondisi mid term dari Renstra 2015-2019.

Dari 3 periode ini didapatkan rata-rata peningkatan indikator adalah sebesar 6 poin. Dengan kondisi ini, maka walaupun terdapat gap sebesar 7 poin antara target 2017 dan 2018, diperkirakan target 2018 masih dapat tercapai dengan dasar bahwa kebutuhan untuk mencapai target 2018 adalah meningkatkan cakupan sebesar 3,4 poin. Tantangan terbesar adalah mencapai target 2019 bahkan dengan rata-rata yang ada, tantangan ini harus dijawab dengan menjangkau puskesmas-puskesmas DTPK yang harus dimulai sejak tahun 2018.



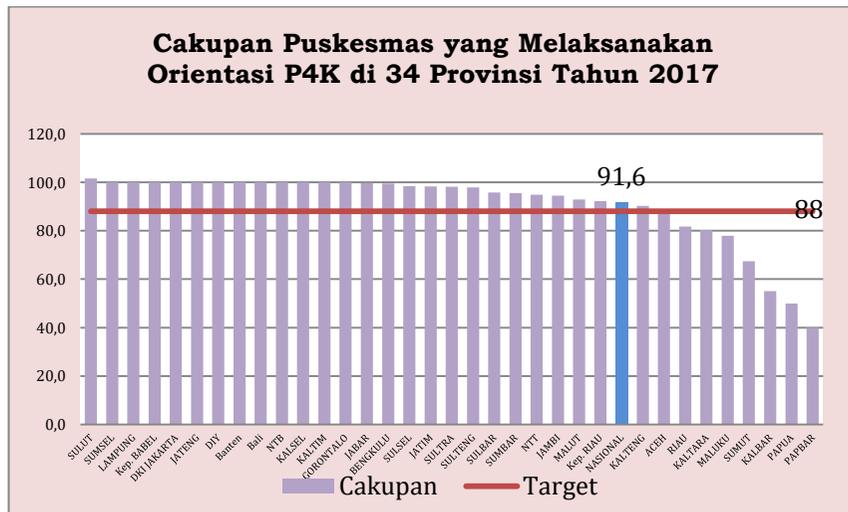
**Grafik 13. Tren Cakupan Puskesmas yang Melaksanakan Orientasi P4K dan Target Renstra 2015 -2019**



sumber : data evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017

Bila dilihat cakupan indikator ini di 34 provinsi sebagian besar provinsi berhasil mencapai target 2017. Tiga belas (13) provinsi berhasil mencapai cakupan 100 %. Terdapat 8 Provinsi yang belum mencapai target di tahun 2017. 8 provinsi ini merupakan tantangan terbesar dalam mencapai target 2019 sebesar 100%. Terutama pada provinsi yang berada di 3 terbawah yaitu Kalimantan Barat, Papua, dan Papua Barat, dimana ketiga provinsi ini memiliki daerah DTPK yang cukup banyak.

**Grafik 14. Cakupan Puskesmas yang Melaksanakan Orientasi P4K di 34 provinsi Tahun 2017**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017

Tabel dibawah adalah gambaran capaian kinerja dari 8 provinsi yang masih belum mencapai target. Tabel ini disampaikan untuk memberikan gambaran peran provinsi dalam mencapai target nasional di tahun berjalan (2017) dan terutama sebagai peringatan dalam pencapaian target nasional di tahun 2019

**tabel 4. Capaian Kinerja Provinsi Indikator Puskesmas Melaksanakan Orientasi P4K terhadap target nasional Tahun 2017**

Provinsi	Cakupan	Capaian Kinerja
Aceh	87.6	99.6
Riau	81.7	92.8
Kaltara	80.4	91.3
Maluku	77.9	88.5

Sumut	67.4	76.6
Kalbar	55.0	62.5
Papua	49.9	56.7
Papbar	40.0	45.5

### **Faktor Pendukung**

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

Satu upaya pendukung terlaksananya program P4K juga adalah kemampuan masyarakat untuk dapat mengenali Tanda Bahaya Kehamilan, Persalinan dan Nifas sehingga dapat dengan cepat melaporkan kepada tenaga kesehatan atau Fasilitas Kesehatan terdekat. Untuk itu perlu dilakukan pembekalan tentang P4K baik bagi tenaga kesehatan maupun kader melalui kegiatan orientasi oleh Puskesmas di wilayahnya.

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

Kesehatan ibu sangat terkait dengan program-program lainnya, untuk mencapai target, hal utama yang dibutuhkan adalah pemahaman LP/LS dan nakes 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 koordinasi LP/LS tingkat kecamatan.

P4K juga sangat terkait dengan Buku KIA, oleh karena itu penguatan Buku KIA merupakan upaya penting dalam mendukung pelaksanaan kegiatan P4K (didalam Buku KIA terdapat stiker P4K sebagai salah satu komponen penting dalam P4K, selain informasi yang tercantum dalam Buku KIA.

### **Faktor penghambat**

Pelaksanaan P4K dilapangan masih mengalami kendala atau hambatan, beberapa kendala antara lain :

1. Pemahaman petugas dan masyarakat terkait P4K
2. Komitmen anggaran dalam pelaksanaan P4K.
3. Sistem informasi pelaporan cakupan
4. Belum optimalnya monitoring yang berkelanjutan

## 6. Puskesmas yang melaksanakan kelas ibu hamil

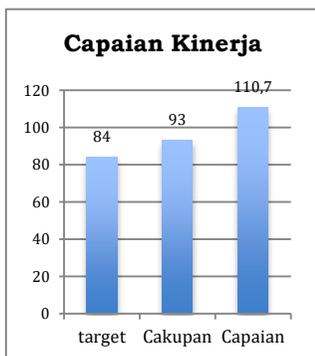


Kelas Ibu Hamil ini merupakan sarana untuk belajar bersama tentang kesehatan bagi ibu hamil, dalam bentuk tatap muka dalam kelompok yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu-ibu mengenai kehamilan, persalinan, nifas, KB pasca persalinan, pencegahan komplikasi, perawatan bayi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

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

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 kab./kota.

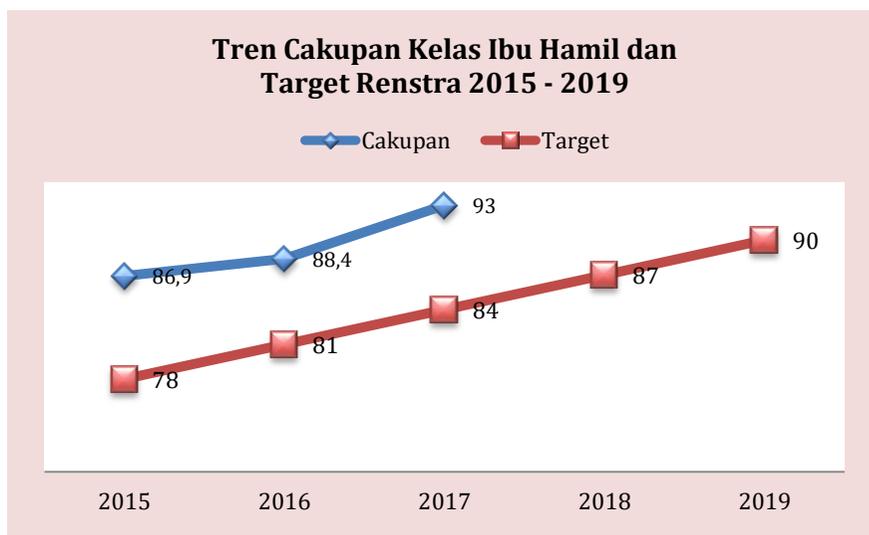
## Analisa Cakupan



Cakupan indikator pada akhir 2017 sebesar 93,0%. Dengan cakupan tersebut, maka sebanyak 9.203 puskesmas sudah melaksanakan kelas ibu hamil dan menghasilkan capaian kinerja sebesar 110,7%.

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. Dengan cakupan saat ini (tahun 2017) sebesar 93 %, maka indikator ini telah berhasil mencapai target bahkan untuk target diakhir Renstra (tahun 2019).

**Grafik 15. Tren Cakupan Kelas Ibu Hamil dan Target Renstra 2015 – 2019.**

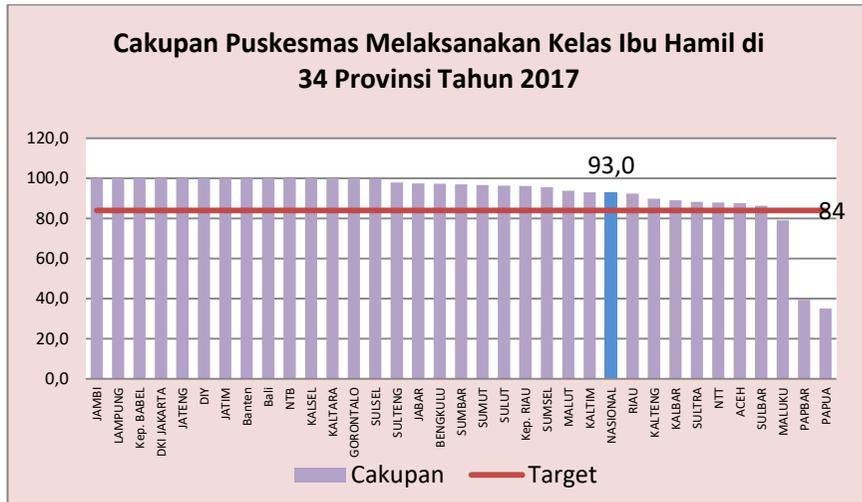


Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017

Tingginya cakupan ini di tahun 2017 terlihat hampir merata di 34 Provinsi. Tergambar pada grafik dibawah, 13 provinsi

telah mencapai cakupan 100%, 13 provinsi memiliki cakupan diatas 90%, dan 6 provinsi telah berhasil mencapai cakupan 84 – 90%. Hanya 3 provinsi yang belum mencapai target 84%.

**Grafik 16. Cakupan Puskesmas Melaksanakan Kelas Ibu Hamil/ kelas ibu di 34 provinsi Tahun 2016**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017

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

**tabel 5. Capaian Kinerja Provinsi Indikator Puskesmas Melaksanakan Kelas Ibu Hamil/ kelas ibu terhadap target nasional Tahun 2017**

Provinsi	Cakupan	Capaian Kinerja
MALUKU	78.9	94.0
PAPBAR	39.3	46.8
PAPUA	35.1	41.8

### **Faktor Pendukung**

1. Semua provinsi sudah memiliki trainer pelatihan Kelas Ibu hamil/ kelas ibu melalui pelaksanaan TOT Kelas Ibu bagi seluruh provinsi pada tahun 2015.
2. Adanya DAK Nonfisik (BOK Puskesmas) yang dapat digunakan untuk kegiatan promotif preventive (salah satunya adalah pelaksanaan kelas ibu hamil/ kelas ibu.
3. Paket kelas ibu sudah didistribusikan untuk mendukung pelaksanaan kelas ibu walaupun belum semua daerah memiliki

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

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

Kegiatan lain didalam mendukung pelaksanaan kelas ibu di tahun 2017 antara lain :

1. Penguatan sistem pelaporan
2. Sosialisasi terkait kelas ibu (diintegrasikan dengan kegiatan Kesehatan keluarga lainnya)
3. pengadaan dan distribusi paket kelas ibu untuk daerah yang belum memiliki paket kelas ibu.
4. Penguatan pemanfaatan penggunaan Buku KIA melalui pendampingan mahasiswa dan kader

## **Faktor penghambat**

1. Letak geografis desa yang sulit dijangkau
2. Belum optimalnya sistem pencatatan dan pelaporan pelaksanaan kelas ibu hamil sehingga belum diperoleh mapping yang lengkap
3. Pelaksanaan masih sangat tergantung keberadaan dana BOK

## **7. Indikator Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Kesehatan Peserta Didik**



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

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

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



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

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

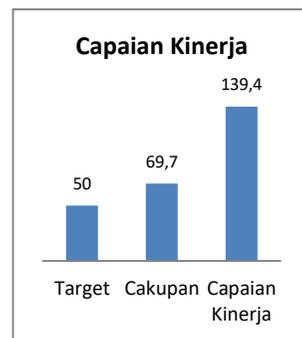
kemudian menjadi nomenklatur indikator di renstra 2015 – 2019.

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

### **Analisis capaian Kinerja**

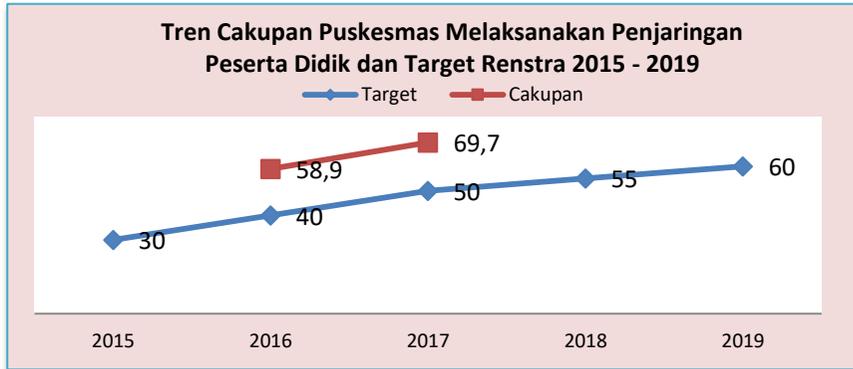
Cakupan indikator ini pada tahun 2017 adalah sebesar 69,7% (6.904 puskesmas dari 9.898 puskesmas) dari target sebesar 50%. Dari cakupan ini maka capaian kinerja atas indikator ini adalah sebesar 139,4%.

Grafik di bawah menggambarkan gambaran tren indikator puskesmas melaksanakan penjangkaran kesehatan peserta didik tahun 2016 dan 2017 disandingkan dengan pencapaian diakhir tahun 2019 (2015 berbeda definisi operasional sehingga data tidak dimasukkan). Dibandingkan



dengan tahun 2016, Indikator mengalami peningkatan cakupan pada tahun 2017. Dan dengan capaian saat ini (2017) diperkirakan target 2019 dapat dicapai.

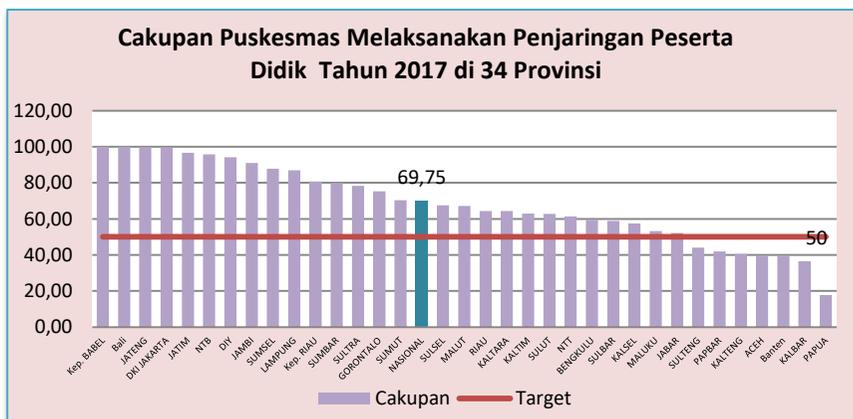
**Grafik 17. Tren Cakupan Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Peserta Didik dan Target Renstra 2015 -2019**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017

Bila dilihat kondisi di 34 provinsi, maka 27 provinsi telah berhasil mencapai target nasional, sebanyak 7 provinsi yang belum mencapai target nasional dan 2 provinsi telah memiliki cakupan 100%.

**Grafik 18. Cakupan Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Peserta Didik Tahun 2017 di 34 Provinsi**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017

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

**tabel 6 Capaian Kinerja Provinsi Indikator Penjaringan Peserta Didik terhadap target nasional Tahun 2017**

<b>Provinsi</b>	<b>Cakupan</b>	<b>Capaian Kinerja</b>
Sulteng	44.04	88.1
Papbar	42.00	84.0
Kalteng	40.51	81.0
Aceh	39.71	79.4
Banten	39.41	78.8
Kalbar	36.55	73.1
Papua	17.81	35.6

### **Faktor Pendukung**

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

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

- 1) pemahaman terhadap indikator, yang merupakan upaya untuk memantau puskesmas yang telah secara paripurna melakukan penjangkauan kepada setiap tingkatan peserta didik yang secara prioritas adalah kelas 1, kelas 7 dan 10.
- 2) Sarana didalam pelaksanaan penjangkauan sudah banyak terdapat di puskesmas.
- 3) Adanya dukungan dalam menjangkau sekolah melalui dana BOK
- 4) Penjangkauan dari sisi implementasi sudah dilaksanakan sejak lama (walaupun dimasa lalu masih belum mencapai target)

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

Upaya untuk mencapai indikator ini tergambar pada upaya untuk mencapai indikator puskesmas melaksanakan penjangkauan peserta didik kelas 1, dan indikator puskesmas melaksanakan penjangkauan peserta didik kelas 7 & 10.

Secara umum, beberapa upaya yang dilakukan antara lain :

1. Mensosialisasikan indikator, merupakan upaya penting yang telah dilakukan pada tahun 2016 yang kemudian tetap dilanjutkan pada tahun 2017.
2. Penguatan melalui organisasi pramuka juga menjadi upaya yang diharapkan mampu mensosialisasikan kesehatan anak usia sekolah di usia sebayanya.
3. Pelatihan dan orientasi upaya kesehatan anak usia sekolah.



## **Faktor Penghambat**

Faktor penghambat terkait indikator ini adalah pemahaman dari pengelola program tentang indikator yang tergolong baru (muncul di tahun 2016). Penekanan indikator ini adalah, Penjaringan peserta didik yang dimaksud adalah menghitung puskesmas yang melaksanakan penjaringan peserta didik kelas 1, 7 dan 10. Adapun faktor lain secara spesifik dibahas pada indikator puskesmas melaksanakan penjaringan peserta didik kelas 1, dan indikator puskesmas melaksanakan penjaringan peserta didik kelas 7 & 10.

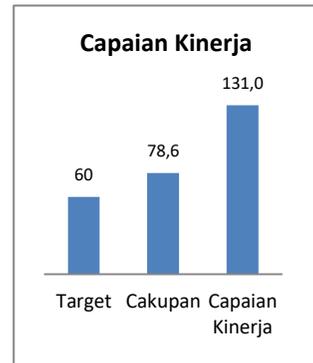
## **8. Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Kesehatan Peserta Didik Kelas 1**

Indikator puskesmas melaksanakan penjaringan kesehatan peserta didik kelas 1 tahun 2017 menggambarkan jumlah puskesmas yang melaksanakan kegiatan penjaringan kesehatan bagi peserta kelas 1 jenjang sekolah dasar/ madrasah selama tahun ajaran 2016/2017.

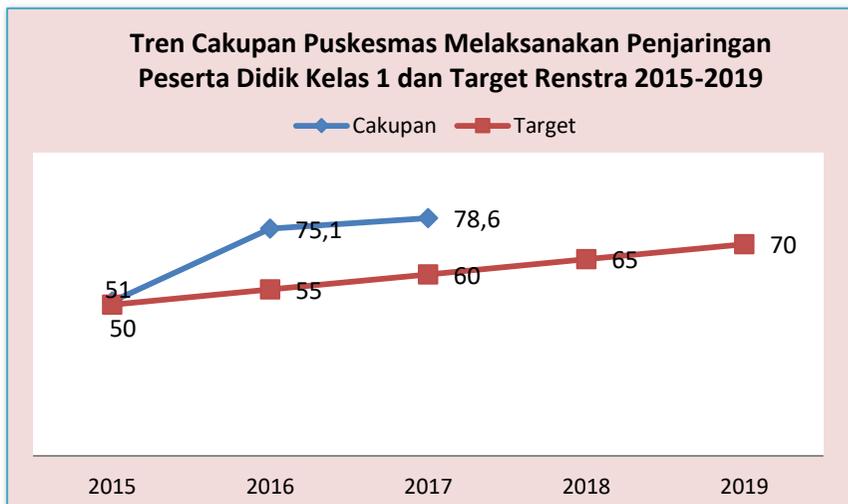


### **Analisa Cakupan**

Cakupan indikator puskesmas melaksanakan penjaringan peserta didik kelas 1 berhasil mencapai target nasional sebesar 60%. Dengan cakupan sebesar 78,6% (7.780 puskesmas), menghasilkan capaian kinerja sebesar 131 %. Data cakupan berhasil dikumpulkan dari 444 Kab./kota di Indonesia (86,4% Kab./kota).



**Grafik 19. Tren Cakupan Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Peserta Didik Kelas 1 dan Target Renstra 2015 -2019**

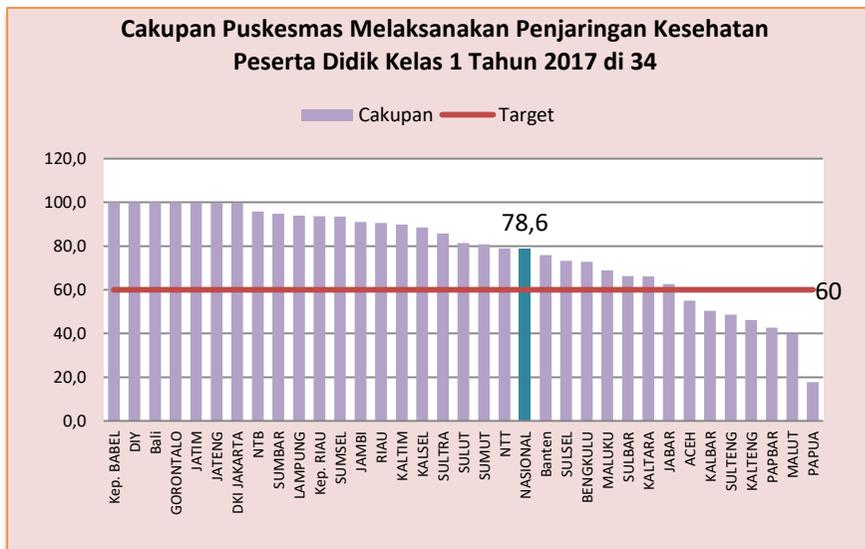


Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017

Sebagian besar provinsi berhasil mencapai target nasional. Dari 34 provinsi, sebanyak 27 provinsi memenuhi target nasional, dan terdapat 7 provinsi yang belum mencapai target. Disparitas cakupan yang cukup tinggi terjadi di Maluku Utara dan Papua, walaupun pada kedua provinsi tersebut telah terjadi peningkatan dibandingkan tahun sebelumnya.

Terdapat kesamaan pada provinsi yang berhasil mencapai target 100%, yaitu memiliki kebijakan daerah yang mendukung 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, dll.

**Grafik 20. Puskesmas melaksanakan penjangkauan kesehatan peserta didik kelas 1 tahun 2017 di 34 Provinsi**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017

Adapun kondisi capaian kinerja dari 7 provinsi yang belum mencapai target dapat dilihat melalui table dibawah.

**tabel 7 Capaian Kinerja Provinsi Indikator Penjaringan Peserta Didik Kelas 1 terhadap target nasional Tahun 2017**

<b>Provinsi</b>	<b>Cakupan</b>	<b>Capaian Kinerja</b>
Aceh	55.0	91.7
Kalbar	50.4	84.0
Sulteng	48.7	81.2
Kalteng	46.2	76.9
Papbar	42.7	71.1
Malut	39.8	66.4
Papua	17.8	29.7

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

**Upaya / Kegiatan yang dilakukan untuk mencapai target penjaringan kesehatan bagi peserta didik kelas 1 pada tahun 2017**

1. Penguatan koordinasi Tim Pembina UKS/M Pusat dan daerah melalui Pertemuan Evaluasi Akselerasi UKS/M.

2. Bimbingan Teknis dan Supervisi Pembinaan dan Pelaksanaan UKS di daerah melalui kegiatan Lomba Sekolah Sehat 2017
3. Peningkatan kapasitas petugas puskesmas melalui Pelatihan terintegrasi pelayanan kesehatan usia sekolah dan remaja bagi tenaga kesehatan di 9 provinsi focus
4. Penyediaan sarana penjangkaran kesehatan melalui Pengadaan UKS Kit bagi Puskesmas. UKS Kit berisi peralatan kesehatan yang diperlukan bagi petugas Puskesmas untuk melaksanakan penjangkaran kesehatan di sekolah.

#### **Faktor Pendukung**

1. Aspek legal yang memadai

Masuknya penjangkaran kesehatan dalam RPJMN, Renstra dan SPM Bidang Kesehatan Kab/Kota sebagai salah satu indikator, menjadikan penjangkaran kesehatan merupakan kegiatan prioritas dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Hal tersebut mendorong daerah untuk membuat kebijakan-kebijakan daerah yang mendukung pelaksanaan penjangkaran kesehatan, serta mendukung Puskesmas dalam menjalankan kegiatan-kegiatan lainnya terkait kesehatan usia sekolah di wilayah kerja.

2. Tersedianya biaya operasional

Adanya APBN Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) yang dialokasikan untuk seluruh puskesmas, sangat mendukung Petugas Puskesmas dalam melaksanakan kegiatan penjangkaran kesehatan karenabiaya

transportasi dari puskesmas ke sekolah dapat diakomodir melalui APBN BOK tersebut.

### **Faktor penghambat**

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

## **9. Puskesmas Melaksanakan Penjangkaran Peserta Didik Kelas 7 & 10**



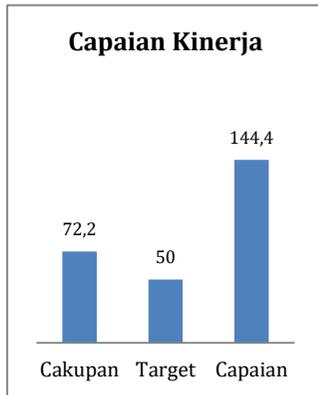
Indikator puskesmas melaksanakan penjangkaran kesehatan peserta didik kelas 7 dan 10 merupakan jumlah/cakupan puskesmas melaksanakan kegiatan

penjangkaran kesehatan bagi peserta didik pada entry level SMP dan SMA setingkat/kelas 7 dan 10 pada tahun ajaran 2016/2017.

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

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

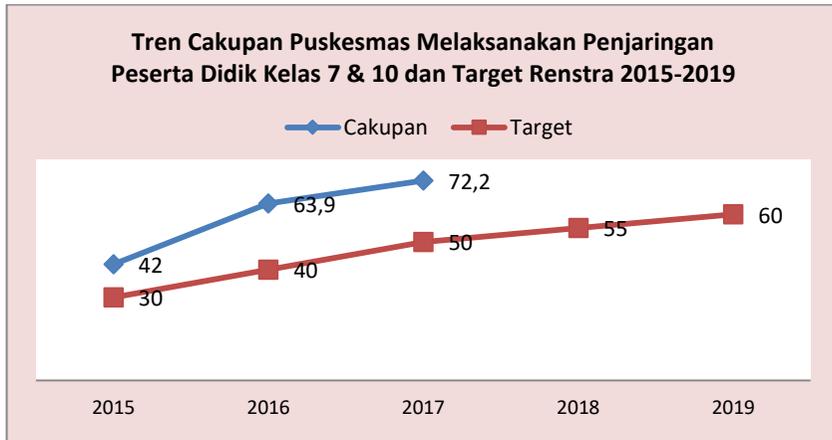
### **Analisa Cakupan**



Cakupan indikator ini berhasil mencapai target nasional tahun 2017 sebesar 50%. Sebanyak 7.141 puskesmas telah melaksanakan penjangkaran peserta didik kelas 7 & 10, sehingga menghasilkan cakupan sebesar 72,2%. (data didapatkan dari 418 Kab./kota)

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 tahun 2016 ke 2017. Dengan kondisi cakupan saat ini, sudah tercapai target akhir Renstra (tahun 2019) sebesar 60%. Bila tidak ada perubahan/ kondisi yang berbeda jauh dengan tahun 2017, di proyeksikan target indikator ini di tahun 2019 akan tercapai. Tantangan ke depan terkait pelaksanaan kegiatan adalah memperkecil disparitas yang terjadi di daerah.

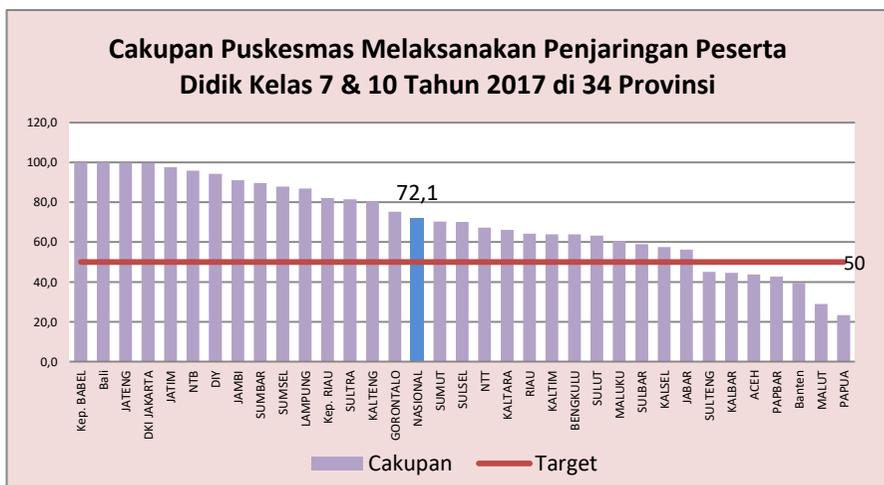
**Grafik 21. Cakupan puskesmas melaksanakan penjarangan peserta didik kelas 7 & 10 tahun 2017**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017

Bila dilihat di 34 provinsi, indikator ini memiliki disparitas yang cukup tinggi. Dua puluh tujuh (27) Provinsi telah berhasil mencapai target nasional sebesar 50%. Cakupan tertinggi sebesar 100% (sebanyak 2 Provinsi) dan cakupan terendah sebesar 23,4% (Papua).

**Grafik 22. Cakupan Puskesmas Melaksanakan Penjarangan Peserta Didik kelas 7 & 10 Tahun 2017 di 34 Provinsi**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017

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

**tabel 8. Capaian Kinerja Provinsi Indikator Penjaringan Peserta Didik Kelas 7 & 10 terhadap target nasional Tahun 2017**

<b>PROVINSI</b>	<b>CAKUPAN</b>	<b>CAP. KINERJA</b>
SULTENG	45.1	90.2
KALBAR	44.5	89.1
ACEH	43.8	87.6
PAPBAR	42.7	85.3
Banten	39.4	78.8
MALUT	28.9	57.8
PAPUA	23.4	46.8

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 penjaringan kesehatan dan kegiatan UKS lainnya, dukungan pembiayaan daerah bagi Puskesmas dalam menjalankan kegiatan penjaringan kesehatan, kondisi geografis, sarana prasarana (jalan, transportasi) terbangun yang lebih baik sehingga lebih memudahkan Puskesmas dalam menjangkau ke sekolah di wilayah kerja.

Sedangkan pada provinsi yang belum mencapai target nasional, hal ini disebabkan karena belum tersosialisasinya dengan baik mengenai indikator puskesmas melaksanakan

penjaringan kesehatan kelas 7 dan 10 serta perundang-undangan yang mendukung program ini menjadi program prioritas nasional dan daerah, mekanisme sistem pencatatan dan pelaporan yang masih belum optimal, pembagian tugas dan wewenang terkait UKS baik tingkat provinsi/kab/kota/Puskesmas, kondisi geografis dan dukungan pendanaan bagi puskesmas dalam menjangkau daerah sulit

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

1. Penguatan koordinasi Tim Pembina UKS/M Pusat dan daerah melalui Pertemuan Evaluasi Akselerasi UKS/M
2. Bimbingan Teknis dan Supervisi Pembinaan dan Pelaksanaan UKS di daerah melalui kegiatan Lomba Sekolah Sehat 2017
3. Pelatihan terintegrasi pelayanan kesehatan usia sekolah dan remaja bagi tenaga kesehatan di 9 provinsi focus
4. Pengadaan UKS Kit bagi Puskesmas. UKS Kit berisi peralatan kesehatan yang diperlukan bagi petugas Puskesmas untuk melaksanakan penjaringan kesehatan di sekolah.

### **Faktor Pendukung**

1. Faktor legal aspek yang memadai

Terbitnya RPJMN, Renstra dan SPM Bidang Kesehatan Kab/Kota yang mencantumkan kegiatan penjaringan kesehatan sebagai salah satu indikator pencapaian dengan kata lain menjadikan penjaringan 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 Renstra 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.

## 10. Indikator Puskesmas Melaksanakan Kegiatan Kesehatan Remaja



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

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

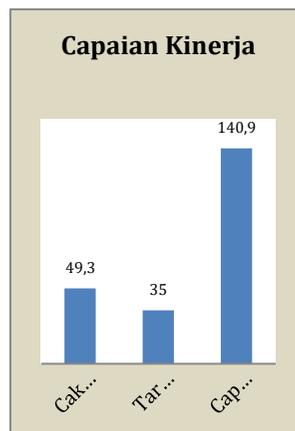
PKPR ditujukan untuk semua remaja (10-19 tahun) baik di sekolah maupun di luar sekolah, seperti kelompok remaja masjid, gereja, karang taruna, pramuka, dll. Pelayanan kesehatan remaja dapat pula diperluas pada kelompok remaja yang tidak terorganisir, misalnya anak jalanan, jermal-jermal, atau pekerja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

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

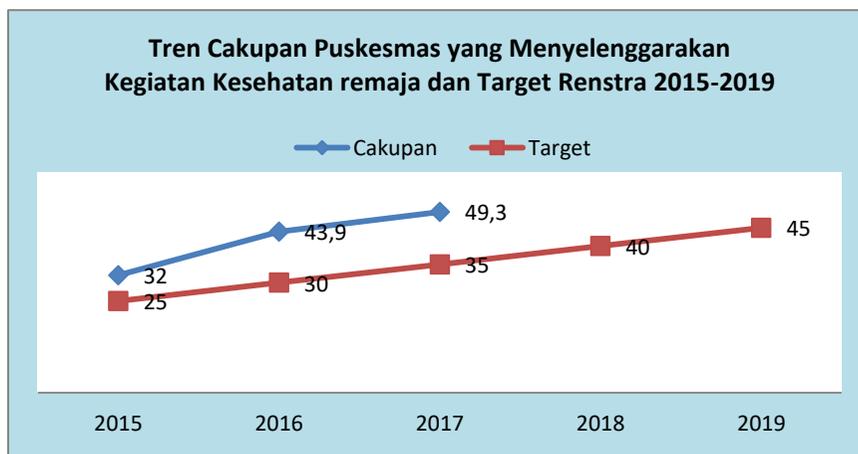
Tahun 2015, puskesmas PKPR masuk kedalam indikator Renstra sebagai bentuk penanganan di hulu dalam upaya penurunan AKI dan AKB.

## Analisa Capaian Kinerja

Indikator puskesmas melaksanakan kegiatan kesehatan remaja berhasil mencapai target tahun 2017 sebesar 35% dengan cakupan sebesar 49,3%. Dengan cakupan ini, sebanyak 4877 puskesmas telah melaksanakan kegiatan kesehatan remaja. Capaian kinerja yang diraih sebesar 140,9% (data dikumpulkan dari 404 Kab./kota).



**Grafik 23. Tren Cakupan Puskesmas yang Menyelenggarakan Kegiatan Kesehatan Remaja dan Target Renstra 2015-2019.**

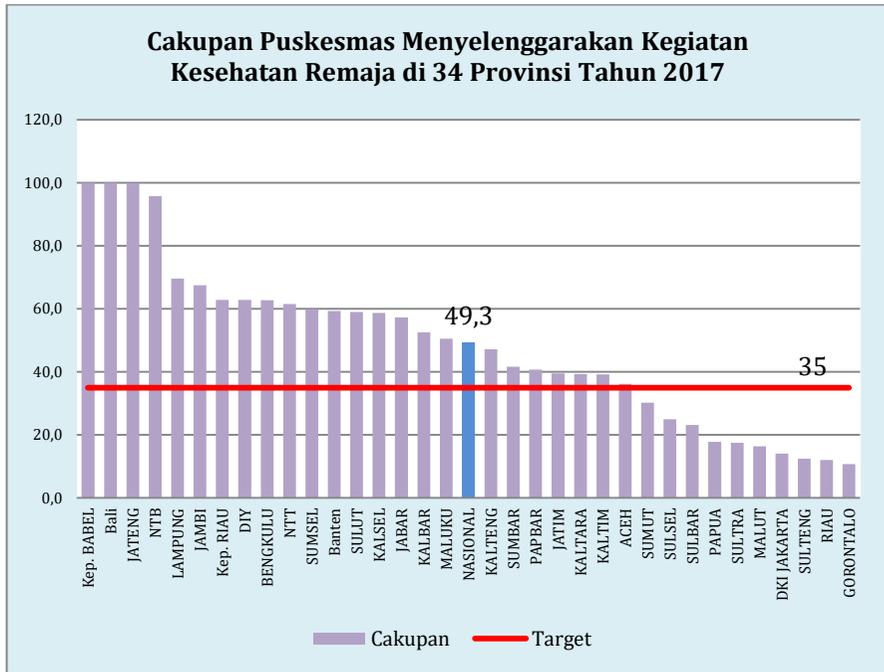


Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017

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 %. Bila melihat besar peningkatan pada tahun 2017 (5,4 poin), cakupan indikator ini terlihat mulai

mencapai tahap pendataran cakupan, walaupun begitu, target 2019 sebesar 45% seharusnya dapat dicapai dengan upaya yang telah dilakukan sampai tahun 2017

**Grafik 24. Cakupan Puskesmas Menyelenggarakan Kegiatan Kesehatan Remaja Tahun 2017 di 34 Provinsi**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017

Berhasil tercapainya target 2017, masih menyisakan tantangan adanya disparitas didalam pencapaian target nasional di 34 provinsi. Sebanyak 24 Provinsi telah berhasil mencapai target nasional, dan 10 provinsi masih belum mencapai target nasional. Secara rata-rata, cakupan di 34 provinsi adalah sebesar 48,4% dengan cakupan tertinggi sebesar 100% (berhasil dicapai oleh 2 Provinsi) dan cakupan terendah sebesar 10,8% (Provinsi Maluku Utara).

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, tehnik konseling remaja maupun SN PKPR, kurang aktifnya puskesmas dalam mensosialisasikan PKPR pada remaja dan melakukan pembinaan bagi kader kesehatan remaja.

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

1. Pelatihan terintegrasi pelayanan kesehatan usia sekolah dan remaja bagi tenaga kesehatan di 9 provinsi focus. Pelatihan tentang PKPR bagi tenaga kesehatan di daerah juga diakomodir oleh APBN melalui dana dekon.
2. Penguatan melalui Pramuka (Saka Bhakti Husada). Pramuka diharapkan mampu menjadi promotor Kesehatan remaja dengan ikut juga mensosialisasikan PKPR

**Faktor Pendukung**

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**

1. Masih minimnya tenaga kesehatan yang berkompeten dalam memberikan pelayanan kesehatan remaja di Puskesmas khususnya dalam konseling dan tatalaksana medis
2. Kurang tersosialisasikannya program PKPR di tingkat remaja dan didaerah
3. Kurangnya evaluasi Puskesmas PKPR oleh Provinsi/Kab/Kota sesuai standar nasional PKPR.

## **11. Persentase Lanjut Usia yang Dilayani**

Keberhasilan pembangunan kesehatan di Indonesia, berdampak peningkatan Umur Harapan Hidup (UHH) yang menyebabkan terjadinya peningkatan jumlah Lansia.

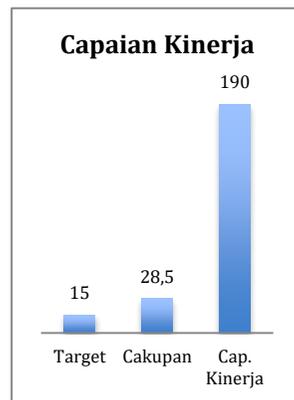
Seiring dengan bertambahnya jumlah Lanjut Usia (Lansia), kecenderungan untuk mengalami penyakit degeneratif makin meningkat yang mengakibatkan kebutuhan biaya kesehatan yang tinggi.

Untuk mengantisipasi keadaan tersebut perlu dilakukan upaya peningkatan pembinaan dan pelayanan kesehatan lanjut usia di Puskesmas, dengan melakukan upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative.

Dengan kondisi diatas maka dimunculkan variable persentase lanjut usia yang dilayani di tahun 2017. Definisi operasional dari varibel ini adalah Jumlah Lansia (usia  $\geq$  60 tahun) yang **mendapatkan pelayanan kesehatan** baik dalam gedung maupun di luar gedung di suatu wilayah kerja Puskesmas dalam kurun waktu 1 tahun, dibagi dengan Jumlah semua Lansia (usia  $\geq$  60 tahun) yang ada di wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun perhitungan dan dinyatakan dalam persentase (%).

### **Analisa Capaian Kinerja**

Capaian kinerja Direktorat atasIndikator ini sebesar 190% (Cakupan sebesar 28,5%, dari target sebesar 15%). Dengan cakupan ini, tercatat 6.731.298 lansia telah mendapatkan pelayanan dari total seluruh sasaran lansia yang berjumlah 23.658.214. Walaupun kinerja cakupan telah mencapai telah

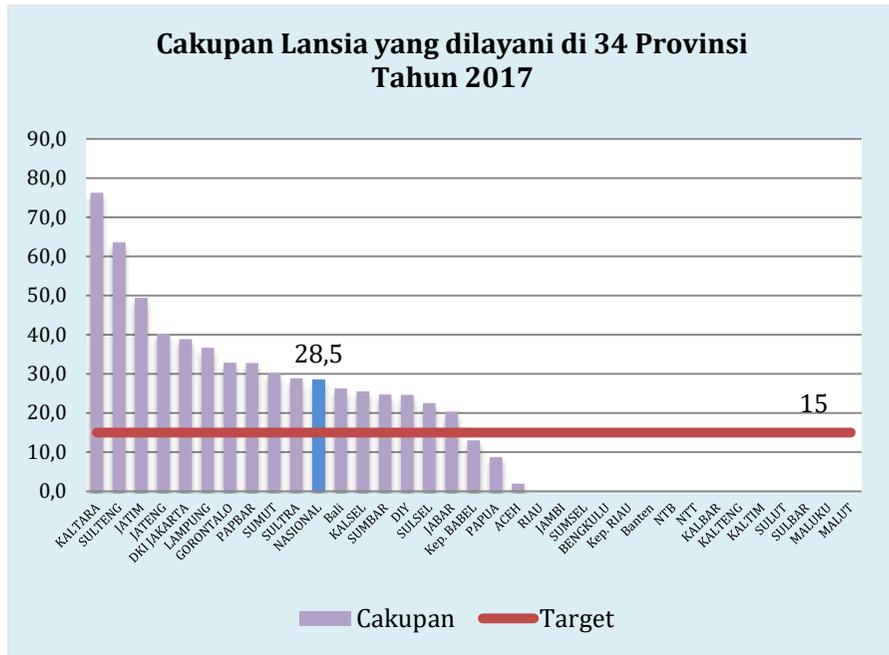


mencapai target namun bila melihat seluruh sasaran lansia maka masih banyak dari sasaran lansia yang seharusnya mendapatkan pelayanan.

Karena indikator ini merupakan indikator yang baru muncul pada tahun 2017 sebagai prioritas bidang maka kami tidak menampilkan tren dari capaian indikator ini.

Indikator yang dilaksanakan pada tahun 2017 ini juga akan dijadikan sarana advokasi terkait isu kesehatan lansia.

**Grafik 25. Cakupan Lansia yang Dilayani Tahun 2017 di 34 Provinsi**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017

Grafik diatas memperlihatkan kondisi cakupan lansia yang dilayani di 34 provinsi. Sebanyak 15 provinsi belum memiliki cakupan ini (belum melaporkan), yang mengindikasikan bahwa provinsi tersebut belum memiliki perhatian terkait kesehatan lansia. Tiga (3) provinsi masih belum mencapai target walaupun sudah mulai memiliki perhatian terhadap lansia (Babel, Papua, dan Aceh). Enam Belas (16) provinsi telah berhasil mencapai target sebesar 15%.

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

Melihat data yang ada, tantangan terkait kesehatan lansia adalah membangun kesadaran terkait kesehatan lansia. Kesadaran yang hendak dibangun antara lain :

1. bahwa jumlah lansia akan semakin meningkat seiring dengan semakin baiknya akses masyarakat terhadap kesehatan. kondisi ini berarti negara harus mulai membangun dan meningkatkan akses kesehatan bagi lansia.
2. Jumlah yang besar pada periode lansia dengan kondisi kesehatan yang buruk akan semakin membebani perekonomian negara. Melihat hal ini maka, penyiapan secara dini (dari hulu) yang seharusnya dimulai “saat ini” menjadi hal yang sangat penting, sehingga seseorang yang nanti sampai pada periode lansia dapat tetap bugar, sehat dan produktif.

Untuk mencapai hal diatas maka upaya yang telah dilakukan antara lain :

1. Menyusun pedoman terkait kesehatan lansia
2. Meningkatkan kapasitas SDM terkait kesehatan lansia yang dilakukan melalui kegiatan pelatihan
3. Sosialisasi kepada masyarakat dan stake holder mengenai kesehatan lansia.

## **Faktor Pendukung**

1. Komitmen dan kesadaran di tingkat global mengenai periode lansia. Komitmen di level global menjadi awal

yang baik dalam membantu pelaksanaan kegiatan di Indonesia, dimana fokus prioritas dan sasaran strategis pada periode lansia masih belum masuk kedalam dokumen perencanaan.

2. Hal lain yang diperlukan/ mendukung terlaksananya kegiatan kesehatan lansia antara lain :
  - a. Pemenuhan aspek legal (pedoman, NSPK, dll)
  - b. SDM kesehatan yang peduli atas kesehatan lansia
  - c. Dukungan masyarakat untuk membawa isu kesehatan lansia
  - d. Sarana dan prasarana di dalam pelayanan kesehatan lansia

### **Faktor penghambat**

Faktor penghambat utama didalam pencapaian sasaran kesehatan lansia adalah belum terbangunnya kesadaran mengenai kesehatan lansia dan potensi masalah yang akan ditimbulkan. Belum terbangunnya kesadaran ini menjadi penyebab belum masuknya lansia kedalam dokumen perencanaan strategis yang kemudian menjadi penghambat didalam pelaksanaan kegiatan didalam upaya peningkatan kesehatan lansia.

## **12. Jumlah Buku KIA yang di Cetak dan di Distribusikan**

Upaya menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKBA) sangat erat kaitannya dengan upaya meningkatkan derajat kesehatan ibu, perbaikan gizi balita, imunisasi, pemberantasan penyakit menular, pelayanan rujukan serta dukungan lintas sektor, organisasi profesi dan

Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM). Namun demikian upaya tersebut tidak akan berhasil tanpa melibatkan peran aktif keluarga dan masyarakat. Salah satu bentuk peran aktif keluarga dan masyarakat adalah pemanfaatan Buku KIA.

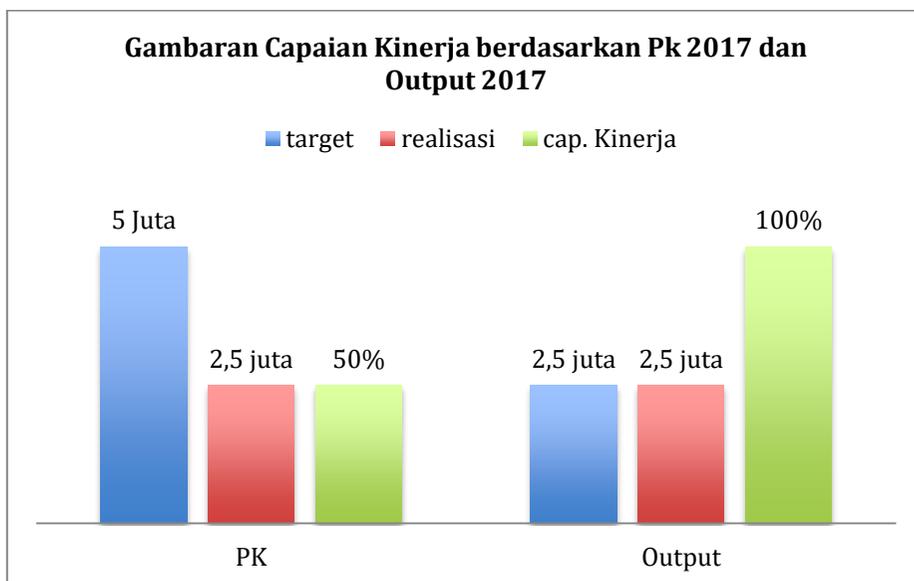
Terdapat 4 Keputusan Menteri Kesehatan yang terkait langsung dengan pemanfaatan buku KIA yaitu:

- a. Kepmenkes No: 284/Menkes/SK/III/2004 tentang Buku KIA; Buku KIA merupakan satu satunya alat pencatatan pelayanan kesehatan ibu dan anak sejak ibu hamil, melahirkan dan selama masa nifas hingga bayi yang dilahirkan berusia 5 tahun, termasuk pelayanan KB, imunisasi, gizi, dan tumbuh kembang anak.
- b. Permenkes No.25 tahun 2014 tentang Upaya Pelayanan Kesehatan Anak pada pasal 20 dan 27; Buku KIA sebagai media komunikasi dan edukasi mengenai pelayanan kesehatan Bayi Baru Lahir, Bayi, Anak Balita dan Pra Sekolah harus diberikan kepada orangtua.
- c. Permenkes No. 53 tahun 2014 tentang pelayanan kesehatan neonatus esensial pada pasal 7 dan 8; setiap fasilitas pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan menggunakan instrumen pencatatan untuk keluarga berupa Buku KIA.
- d. Permenkes No. 59 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan pada pasal 11 ayat 14 menyebutkan bahwa Buku KIA wajib dibawa oleh peserta Jaminan Kesehatan pada setiap kunjungan untuk mendapatkan pelayanan kebidanan, neonatal, dan Keluarga Berencana

## Analisa capaian Kinerja

Secara umum, capaian kinerja unit eselon 2 diukur berdasarkan perjanjian kinerja antara Direktur dengan Direktur Jenderal. Perjanjian kinerja merupakan pengejawantahan amanah eselon 1 kepada eselon 2. Perubahan kebijakan di atas unit eselon 2 (menteri dan Direktur Jenderal) secara langsung akan mempengaruhi kebijakan di unit eselon 2.

Capaian kinerja Direktorat Kesehatan Keluarga terhadap eselon 1 pada indikator ini (mengesankan kondisi indikator yang tidak tercapai dengan cakupan sebesar 50% bila disandingkan dengan perjanjian kinerja tahun 2017). Rendahnya capaian ini dikarenakan cakupan hanya dapat mencapai 2,5 juta dari 5 juta yang disepakati.



Bila dilihat dari sisi yang berbeda, Indikator ini juga dapat dikatakan berhasil/ tercapai secara mutlak walaupun buku yang berhasil dicetak dan didistribusikan sebanyak 2,5 juta buku. Hal ini disebabkan karena didalam perjalanan tahun

2017 terjadi revisi atas kebijakan terkait pencetakan dan pendistribusian buku KIA menjadi sebanyak 2,5 juta buku. Bila didasarkan pada revisi ini, dimana buku KIA yang dicetak dan didistribusikan menjadi sebesar 2,5 juta (target) dan realisasi sebesar 2,5 juta, maka capaian kinerja direktorat terkait indikator ini adalah sebesar 100%.

Terdapat 2 (dua) hal yang menjadi dasar pengurangan volume/ jumlah Buku KIA yang dicetak dan didistribusikan yaitu :

1. kebijakan efisiensi
2. Kebijakan terkait kondisi peningkatan harga kertas yang tidak dapat diprediksi.

Sesuai arahan menteri kesehatan melalui Inspektur Jenderal, secara formal, pengurangan jumlah buku KIA yang dicetak dan didistribusikan telah melalui prosedur yang benar dengan melakukan revisi berupa perubahan output (dengan mengurangi volume output pada dukungan sarana dan prasarana), telaah penurunan target terlampir.

Permasalahan yang terjadi adalah perubahan output ini tidak diiringi dengan perubahan perjanjian kerja yang menyebabkan kesan indikator ini tidak tercapai (bila mengacu pada perjanjian kinerja tahun 2017).

Dari sisi perencanaan, Buku KIA juga telah melalui proses perencanaan yang dibenarkan. Rencana pengadaan Buku KIA tahun 2017, sebanyak 5.000.000 buku, disusun berdasarkan usulan permintaan dari kabupaten/kota dan provinsi serta persediaan pusat sebanyak 2,5%. Penentuan HPS (Harga Perkiraan Sendiri) Buku KIA tahun 2017 dibuat berdasarkan harga satuan tahun 2016 (Rp. 4.826) yang dicetak sebanyak

4,85 juta buku. Sehingga dengan jumlah cetakan 5 juta buku, maka harga satuan Rp 5.000 per buku diperkirakan masih bisa dilaksanakan. Sebagai penguat penentuan harga HPS tahun 2017, Buku KIA juga telah terbukti dapat dilaksanakan yang tergambarkan dengan cakupan 94% (4.578.000 buku) sudah didistribusikan ke Puskesmas. Asumsi penambahan menjadi Rp. 5000 di tahun 2017 seharusnya tidak menjadi masalah.

Saat pelaksanaan kegiatan pengadaan Buku KIA 2017 terdapat kondisi diluar jangkauan Direktorat Kesehatan Keluarga. Buku KIA mengalami gagal lelang sebanyak 3 kali (Nota Dinas dari Ketua Pengelola Layanan Pengadaan No KN.01.01/LP/194/2017 tanggal 30 Mei 2017 tentang Laporan Hasil Lelang Pengadaan Buku KIA bahwa Proses lelang Buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) dinyatakan gagal sebanyak 3 (tiga) kali))

- a) Proses lelang pertama, buku KIA diumumkan melalui LPSE Kemenkes tanggal 27 April 2017 dinyatakan gagal karena hanya satu calon penyedia yang memasukkan penawaran dengan harga penawaran di atas HPS dan di atas PAGU
- b) Proses lelang kedua, buku KIA diumumkan melalui LPSE Kemenkes tanggal 08 Mei 2017 dinyatakan gagal dikarenakan hanya satu calon penyedia yang memasukkan penawaran dengan harga penawaran di atas HPS dan di atas PAGU yaitu sebesar Rp 27.000.000.000 (27 miliar) untuk 5.000.000 (5 juta) Buku KIA (harga satuan Rp. 5.400,-).
- c) Proses lelang ketiga, buku KIA (Lelang Ulang-2) diumumkan melalui LPSE Kemenkes tanggal 18 Mei 2017 dinyatakan

gagal dikarenakan tidak ada calon penyedia yang memasukkan penawaran.

Terjadinya kegagalan lelang buku KIA tahun 2017 karena adanya lonjakan peningkatan harga kertas di pasaran per April 2017 sebesar 4 – 5 %, yang menyebabkan peningkatan biaya cetakan.

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

Berbagai upaya dilakukan untuk memastikan pelaksanaan kegiatan ini yang antara lain :

1. Berkonsultasi dengan inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan RI
2. Berkonsultasi dengan Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan
3. Berkonsultasi dengan Biro Perencanaan dan Anggaran Kementerian Kesehatan RI.
4. Penurunan volume output

Dari konsultasi tersebut menghasilkan beberapa rekomendasi, yaitu :

1. Berdasarkan permasalahan di atas, telah dilakukan konsultasi dengan Inspektorat Jenderal (Itjen) pada hari Jumat tanggal 2 Juni 2017, dengan hasil sebagai berikut:
  - a) Alternatif 1 distribusi hanya sampai provinsi. Tetapi hal ini tidak disarankan karena menyebabkan tujuan program tidak tercapai. Ini akan menjadi temuan jika ada pemeriksaan
  - b) Alternatif 2 Revisi jumlah buku yang dicetak. Hal ini dapat dipertimbangkan, namun harus melalui

persetujuan Menteri Kesehatan dan memperhatikan jumlah permintaan buku dari daerah.

c) Alternatif 3 Penyesuaian Spesifikasi Buku KIA. Hal ini dapat dipertimbangkan juga, namun perlu diperhatikan kualitas cetakan.

2. Pengurangan volume karena efisiensi juga mempertimbangkan waktu yang tersisa. Saat ini tahun 2017 sudah berjalan 6 bulan dan jika dilakukan lelang ulang, maka kemungkinan buku KIA akan sampai ke Kabupaten/Kota bulan Oktober 2017 sehingga kebutuhan buku yang diperlukan hanya untuk 6 bulan (Oktober 2017 – Maret 2018) sampai terlaksananya pengadaan tahun depan. Sehingga, jumlah cetakan dapat dikurangi hingga 50%.
3. Harga cetak diperkirakan menjadi Rp 6.000 perbuku karena kenaikan harga kertas, peningkatan biaya distribusi dan pengurangan volume cetak.

### **Faktor Pengambat**

1. Terjadinya peningkatan harga barang secara insidental yang tidak dapat diprediksi sebelumnya.
2. Penjajagan proses penunjukan langsung yang telah diupayakan. Namun, dalam proses selanjutnya tidak direkomendasikan dengan dasar bahwa proses penunjukan langsung tidak dilaksanakan karena tidak sesuai dengan ketentuan dari pasal 38 ayat 1, Perpres RI No 54 tahun 2010 tentang Pengadaan Barang / Jasa Pemerintah.
3. Penambahan alokasi anggaran tidak dimungkinkan terutama dengan adanya kebijakan efisiensi pada tahun 2017 yang didasarkan pada Instruksi Presiden No 4 tahun

2017 tentang Efisiensi Belanja Barang Kementerian / Lembaga dalam pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2017 dan surat dari Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI No : PR.04.02 / I / 1979 / 2017, tentang Efisiensi Belanja Barang Kementerian Kesehatan RI Tahun Anggaran 2017.

### **Faktor Pendukung**

Buku KIA sebagai kegiatan yang sudah dibangun komitmennya sejak tahun 2009 merupakan nilai penting untuk menjamin keberlangsungan kegiatan

Selama ini Buku KIA berhasil dilaksanakan karena harga yang ditetapkan sesuai dengan perkiraan kenaikan berdasarkan tahun-tahun sebelumnya (stabilitas harga berpengaruh pada pelaksanaan kegiatan).

### **B. Realisasi Anggaran**

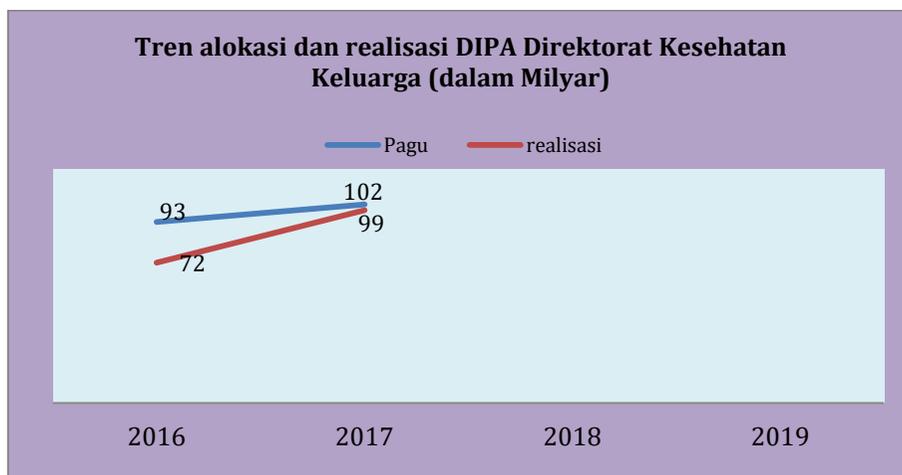
Pada tahun anggaran 2017, untuk mencapai tujuan dan target kegiatan, Direktorat Kesehatan Keluarga mendapatkan 2 (dua) sumber anggaran yaitu Anggaran Pendapatan Belanja Nasional (APBN) dan Pinjaman Hibah Luar Negeri (PHLN). Kedua sumber dana tersebut tertuang dalam DIPA Satker Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017.

Sepanjang tahun 2017, DIPA Direktorat Kesehatan Keluarga dilakukan revisi sebanyak 8 kali dengan perubahan pagu sebanyak 2 kali. Awal tahun, Direktorat Kesehatan Keluarga mendapatkan alokasi anggaran sebesar Rp. 117.394.500.000,-. Perubahan alokasi anggaran terjadi pada bulan agustus sebagai tindak lanjut Instruksi presiden republik indonesia nomor 4 tahun

2017 tentang efisiensi belanja barang kementerian/lembaga dalam pelaksanaan anggaran pendapatan dan belanja negara tahun anggaran 2017 yang menyisakan pagu menjadi sebesar Rp. 95.889.488.000,-. Pagu akhir 2017 sebesar Rp. 102.451.285.000,- berasal dari penambahan alokasi PHLN pada akhir tahun yang masuk kedalam DIPA Direktorat Kesehatan Keluarga.

Untuk mendukung pencapaian program di tingkat provinsi dan kab/kota, Direktorat Kesehatan Keluarga meluncurkan APBN melalui mekanisme dekonsentrasi ke 34 provinsi sebesar Rp. 60,755,647,000,-.

**Grafik 26. Tren Alokasi dan realisasi DIPA Direktorat Kesehatan Keluarga (dalam Milyar)**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017

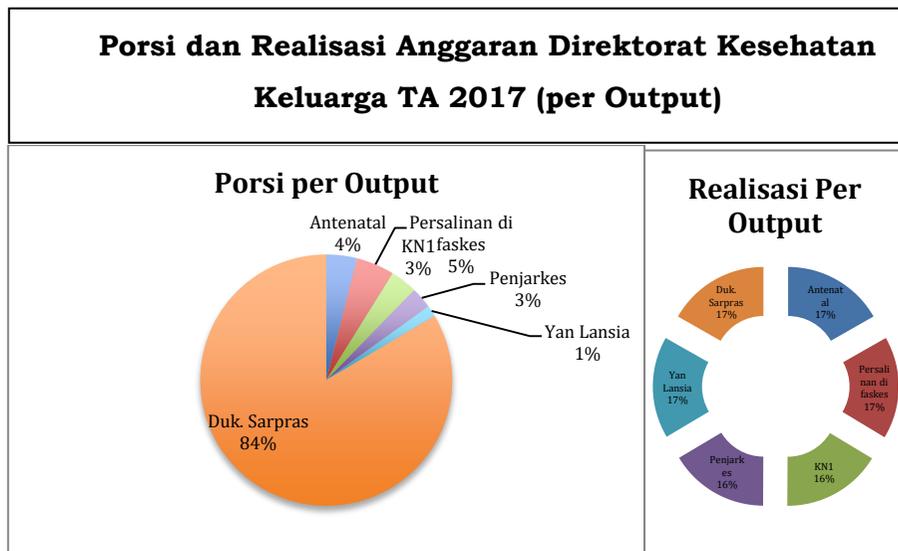
Anggaran terbagi atas 6 output-sasaran, yaitu :

1. Kabupaten/Kota Yang Mendapat Pembinaan Dalam Peningkatan Pelayanan Antenatal
2. Kabupaten/Kota Yang Mendapat Pembinaan Dalam Peningkatan Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan

3. Kabupaten/Kota Yang Mendapat Pembinaan Dalam Peningkatan Kunjungan Neonatal Pertama
4. Kabupaten/Kota Yang Mendapat Pembinaan Pelayanan Penjangkaran Kesehatan Bagi Peserta Didik Kelas 1, 7, dan 10
5. Kabupaten/Kota Yang Mendapat Pembinaan Peningkatan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia
6. Dukungan Sarana Dan Prasarana Pembinaan Kesehatan Keluarga.

Gambaran alokasi anggaran per output/ sasaran dalam perjanjian kinerja TA 2017 tanpa memasukan dana Hibah tergambar dalam grafik dibawah :

**Grafik 27. Pagu dan Realisasi Anggaran Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017 (per Output)**



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017

Adapun gambaran pencapaian realisasi anggaran Direktorat Kesehatan Keluarga tahun 2017 terdapat dalam tabel dibawah :

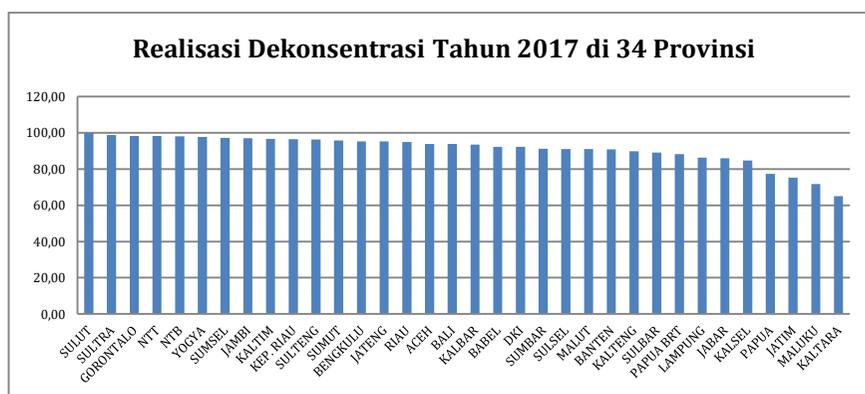
**tabel 9 Realisasi Anggaran Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017**

Alokasi	Pagu Akhir TA 2017 (Rp)	Realisasi (Rp)	%
APBN PUSAT	95,889,488,000	93,574,557,762	97.59
PHLN PUSAT	6.561.797.000	5,632,212,598	85,83%
<b>Total DIPA Pusat</b>	<b>102,451,285,000</b>	<b>99,206,770,360</b>	<b>96,83%</b>
Dekonsentrasi	60,755,647,000	55,799,630,336	91.84%
<b>APBN Total (Pusat + Dekon)</b>	<b>163,206,932,000</b>	<b>155,006,400,696</b>	<b>94.97%</b>

Sumber : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2017

Kinerja serapan anggaran Direktorat Kesehatan Keluarga terkategori baik. Direktorat Kesehatan Keluarga berhasil mencapai serapan 97,59% (tanpa PHLN). Dengan penambahan dana PHLN di akhir tahun, serapan turun sebesar 0,76 poin menjadi 96,83%. Serapan total alokasi dekonsentrasi di 34 provinsi 91,84% (gambaran di 34 provinsi tergambar dalam garfik dibawah

**Grafik 28. Realisasi Anggaran Dekonsentrasi Kesehatan Keluarga Tahun 2017 di 34 Provinsi**



Sumber : data evaluasi kesehatan keluarga tahun 2017.

Serapan di Dekonsentrasi juga terkategori baik. Sebanyak 24 provinsi berhasil mencapai serapan diatas 90% dengan serapan tertinggi sebesar 99,97% (Sulawesi Utara). Dan 10 provinsi berada dibawah 90% dengan serapan terendah sebesar 65,05% (Kalimantan Utara). 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. Memasukan definisi operasional didalam dokumen perencanaan dan sistem informasi sebagai pengingat terkait definisi operasional indikator.
3. Pelaksanaan Bimtek terpadu didalam proses konfirmasi dan validasi data.
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 indikator-indikator terkait kesehatan anak, ibu dan lansia.

Pada bulan Agustus terjadi Revisi 1 Renstra. Perubahan signifikan terjadi pada indikator Persalinan di faskes, Kunjungan Antenatal, dan Kunjungan Neonatal berupa perubahan cara penghitungan dimana yang di nilai adalah Kab./kota yang melaporkan, dari yang semula sasaran yang mendapatkan pelayanan.

Direktorat Kesehatan Keluarga berhasil mencapai hampir semua target indikator yang diperjanjikan pada dokumen perjanjian kinerja TA 2017 dan indikator Renstra 2015-2019 untuk tahun 2017. Indikator yang tidak tercapai adalah Jumlah Buku KIA yang dicetak dan distribusikan (sebanyak 5 juta), dimana hanya mampu terealisasi sebanyak 50% dari perencanaan awal.

Permasalahan didalam pencapaian target ditahun 2017 adalah penyesuaian dokumen perencanaan pasca efisiensi (dokumen perjanjian kinerja tahun 2017) dan proses pelaporan yang belum optimal.

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

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

### **1. Keselarasan dokumen perencanaan dengan perubahan kebijakan yang terjadi**

Pencapaian indikator Buku KIA yang dicetak dan didistribusikan menimbulkan celah terjadinya perbedaan persepsi terkait pengukuran kinerja. Kinerja eselon 2 sebagai bagian dari pelaksanaan tugas eselon 1 dan menteri dihadapkan pada perjanjian kinerja di awal tahun (menghasilkan capaian kinerja 50%) dan kebijakan setelahnya (berupa penurunan volume output (pengurangan jumlah buku menjadi sebanyak 2,5 juta).

Perubahan kebijakan ditengah tahun berjalan sebetulnya merupakan keniscayaan sebagai upaya untuk menghadapi permasalahan yang terjadi. Pengalaman pada tahun sebelumnya, Perubahan dilakukan sebagai upaya perbaikan, peningkatan efektifitas dan efisiensi, dan berbagai hal lainnya.

Kebijakan baru, hasil dari proses perubahan/ revisi, terkadang berbeda dengan kebijakan awal yang telah di tetapkan. Oleh karena itu, diperlukan upaya secara berkesinambungan untuk mengawasi keselarasan antara kebijakan dengan dokumen-dokumen yang ada sehingga azas akuntabilitas dan kepastian hukum dapat dilaksanakan dengan benar.

### **Rencana Tindak Lanjut**

Melihat permasalahan yang terjadi, dirasakan perlu untuk membentuk tim internal terkait penerapan azas akuntabilitas. Tim internal ini dalam implementasinya memiliki tugas :

- 1) Melakukan riviui internal di Direktorat Kesehatan Keluarga terkait penerapan azas akuntabilitas di Direktorat Kesehatan Keluarga.
- 2) Menjaga keselarasan kebijakan dengan dokumen perencanaan yang telah ditetapkan.
- 3) Melakukan upaya penerapan wilayah bebas korupsi di Direktorat Kesehatan Keluarga

## **2. Disparitas kualitas cakupan indikator kegiatan di daerah**

Disparitas cakupan secara umum masih nampak disemua indikator. Masih banyak Kab./kota yang belum secara optimal mampu melaporkan cakupannya. Kualitas dari pelaksanaan kegiatan juga masih perlu ditingkatkan.

### **Rencana Tindak Lanjut**

1. Melakukan Penguatan sistem informasi dalam mengumpulkan data cakupan
2. Melakukan supervisi fasilitatif kepada Kab./kota didalam pelaksanaan program.