



KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA



**GERMAS**  
Gerakan Masyarakat  
Hidup Sehat



# LAPORAN KINERJA KEMENTERIAN KESEHATAN TAHUN 2018



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA  
Kata Pengantar**



Puji dan syukur kami panjatkan kepada Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahNya sehingga Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2018 dapat diselesaikan pada waktunya.

Laporan Kinerja (LKj) Kementerian Kesehatan merupakan bagian dari pelaksanaan transparansi dan akuntabilitas kinerja dalam kerangka *good governance* dan pertanggungjawaban atas kinerja pencapaian sasaran strategis serta pelaksanaan amanat dari Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah, Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

Rencana Strategis Kementerian Kesehatan memuat 12 (dua belas) sasaran strategis yang pencapaiannya didukung oleh rencana kerja, rencana kerja dan anggaran, serta Indikator Kinerja Utama (IKU) dan target kinerja sebagaimana dituangkan dalam Perjanjian Kinerja.

Laporan Kinerja ini menyajikan capaian kinerja yang dicapai oleh Kementerian Kesehatan selama Tahun 2018 dengan membandingkannya terhadap target kinerja yang telah diperjanjikan untuk Tahun 2018. Capaian kinerja pada tahun 2018 menjadi bahan evaluasi guna terus meningkatkan kinerja kami ke depan.

Seluruh kebijakan, program dan kegiatan tahun 2018 telah berhasil dilaksanakan dengan baik serta tujuan, sasaran strategis, dan indikator kinerjanya telah berhasil dicapai. Diharapkan laporan kinerja ini dapat memberikan manfaat dan informasi atas pencapaian kinerja Kementerian Kesehatan.

Kami mengapresiasi kinerja seluruh jajaran di Kementerian Kesehatan yang telah berkontribusi untuk organisasi ini, namun masih terdapat bagian-bagian yang perlu ditingkatkan. Oleh karena itu, kami mendorong agar seluruh pejabat dan pegawai bersama-sama untuk terus-menerus mengupayakan perbaikan bagi Kementerian Kesehatan dan bagi Indonesia.

Akhir kata, semoga Laporan Kinerja ini dapat bermanfaat sebagai bentuk pertanggungjawaban Kementerian Kesehatan dan umpan balik bagi organisasi untuk mendorong peningkatan kinerja.

Februari 2019  
Menteri Kesehatan,



**Prof. Dr. dr. Nila Farid Moeloek, Sp.M (K)**



PERNYATAAN TELAH DIREVIU  
ATAS LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH  
KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
TAHUN ANGGARAN 2018

Kami telah mereviu Laporan Kinerja instansi pemerintah Kementerian Kesehatan RI untuk Tahun Anggaran 2018 sesuai Pedoman Reviu atas Laporan Kinerja. Substansi informasi yang dimuat dalam Laporan Kinerja menjadi tanggung jawab manajemen Kementerian Kesehatan RI.

Reviu bertujuan untuk memberikan keyakinan terbatas laporan kinerja telah disajikan secara akurat, andal, dan valid.

Berdasarkan reviu kami, tidak terdapat kondisi atau hal-hal yang menimbulkan perbedaan dalam meyakini keandalan informasi yang disajikan di dalam laporan kinerja ini.

Jakarta, 14 Februari 2019  
Inspektur Jenderal,  
  
**drg. Murti Utami, M.P.H.**  
NIP. 196605081992032003



## IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2018 merupakan sarana untuk menyampaikan pertanggungjawaban kinerja Menteri Kesehatan beserta jajarannya kepada Presiden Republik Indonesia dan seluruh pemangku kepentingan, baik yang terkait langsung maupun tidak langsung. Selain itu Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan merupakan wujud dari pertanggungjawaban atas kinerja pencapaian visi dan misi yang dijabarkan dalam tujuan/sasaran strategis. Tujuan/sasaran strategis tersebut mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019 dan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019.

Dari 36 Indikator Kinerja pada 12 Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan yang dijanjikan oleh Menteri Kesehatan pada dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2018, terdapat 32 Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang memiliki kinerja sesuai atau melebihi target yaitu:

1. Persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan tercapai 98,64% dari target 82% atau 120,29% dari yang ditargetkan
2. Persentase ibu hamil kurang energi kronik tercapai 17,3% dari target 19,7% atau 113,87% dari yang ditargetkan
3. Persentase kab/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan tercapai 57,8% dari target 35% atau 165,14% dari yang ditargetkan
4. Persentase cakupan keberhasilan pengobatan pasien TB/Succes Rate (SR) tercapai 89,3% dari target 89% atau 100,3% dari yang ditargetkan
5. Prevalensi HIV tercapai 0,33% dari target <0,5% atau 134% dari yang ditargetkan
6. Jumlah kabupaten/kota mencapai eliminasi malaria tercapai 285 dari target 285 atau 100% dari yang ditargetkan
7. Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi filariasis tercapai 38 dari target 24 atau 158,33% dari yang ditargetkan
8. Penurunan kasus Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) tertentu tercapai 39,4% dari target 30% atau 131,33% dari yang ditargetkan
9. Kab/Kota yang mampu melaksanakan kesiapsiagaan dalam penanggulangan kedaruratan kesehatan masyarakat yang berpotensi wabah tercapai 84% dari target 82% atau 102,44% dari yang ditargetkan
10. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) minimal 50% sekolah tercapai 42,4% dari target 40% atau 106,00% dari yang ditargetkan
11. Jumlah kabupaten/kota yang memiliki Puskesmas yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa tercapai 247 dari target 230 atau 107,39% dari yang ditargetkan
12. Jumlah kecamatan yang memiliki minimal 1 Puskesmas yang terakreditasi tercapai 5.385 dari target 4.900 atau 109,9% dari yang ditargetkan
13. Jumlah kabupaten/kota yang memiliki minimal 1 RSUD yang terakreditasi tercapai 440 dari target 434 atau 101,4% dari yang ditargetkan
14. Persentase Puskesmas dengan ketersediaan obat dan vaksin esensial tercapai 92,83% dari target 90% atau 103,14% dari yang ditargetkan
15. Jumlah bahan baku sediaan farmasi yang siap diproduksi di dalam negeri dan jumlah jenis/varian alat kesehatan yang diproduksi di dalam negeri (kumulatif)

- tercapai 54 dari target 51 atau 105,88% dari yang ditargetkan dengan rincian, jumlah realisasi bahan baku sediaan farmasi tercapai 33 dari target 30 atau 110,00% dari yang ditargetkan, dan jumlah realisasi jenis/varian alat kesehatan tercapai 21 dari target 21 atau 100% dari yang ditargetkan
16. Persentase produk alat kesehatan dan PKRT di peredaran yang memenuhi syarat tercapai 98,63% dari target 86% atau 114,69% dari yang ditargetkan
  17. Persentase RS kabupaten/kota kelas C yang memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis penunjang tercapai 61,63% dari target 50% atau 123,26% dari yang ditargetkan
  18. Jumlah SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya tercapai 101.728 dari target 44.850 atau 226,82% dari yang ditargetkan
  19. Jumlah kementerian lain yang mendukung pembangunan kesehatan tercapai 44,11% dari target 40% atau 110,28% dari yang ditargetkan
  20. Jumlah provinsi dan kabupaten/kota yang menyampaikan laporan capaian SPM tercapai 425 dari target 386 atau 110,10% dari yang ditargetkan
  21. Jumlah dunia usaha yang memanfaatkan CSR untuk program kesehatan tercapai 16 dari target 16 atau 100% dari yang ditargetkan
  22. Jumlah organisasi kemasyarakatan yang memanfaatkan sumber dayanya untuk mendukung kesehatan tercapai 12 dari target 12 atau 100% dari yang ditargetkan
  23. Jumlah kesepakatan kerjasama luar negeri di bidang kesehatan yang diimplementasikan tercapai 7 dari target 7 atau 100% dari yang ditargetkan
  24. Jumlah provinsi yang memiliki rencana lima tahun dan anggaran kesehatan terintegrasi dari berbagai sumber tercapai 30 dari target 30 atau 100% dari yang ditargetkan
  25. Jumlah rekomendasi monitoring evaluasi terpadu tercapai 34 dari target 34 atau 100% dari yang ditargetkan
  26. Jumlah hasil Riset Kesehatan Nasional (Riskesnas) bidang kesehatan dan gizi masyarakat tercapai 1 dari target 1 atau 100% dari yang ditargetkan
  27. Jumlah rekomendasi dan kebijakan berbasis penelitian dan pengembangan kesehatan yang diadvokasikan ke pengelola program kesehatan dan atau pemangku kepentingan tercapai 42 dari target 24 atau 175% dari yang ditargetkan
  28. Jumlah hasil penelitian yang didaftarkan HKI tercapai 9 dari target 5 atau 180,00% dari yang ditargetkan
  29. Persentase satuan kerja yang dilakukan audit memiliki temuan kerugian negara  $\leq 1\%$  tercapai 98,24 % dari target 97% atau 101,28% dari yang ditargetkan
  30. Persentase Pejabat Pimpinan Tinggi, Administrator dan Pengawas di lingkungan Kementerian Kesehatan yang kompetensinya sesuai persyaratan jabatan tercapai 86,75% dari target 85% atau 102,06% dari yang ditargetkan
  31. Persentase pegawai Kementerian Kesehatan dengan nilai kinerja minimal baik tercapai 99,80% dari target 91% atau 109,67% dari yang ditargetkan
  32. Jumlah kabupaten/kota dengan jaringan komunikasi data untuk pelaksanaan e-kesehatan tercapai 212 dari target 206 atau 102,91% dari yang ditargetkan

Terdapat 4 (empat) Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang memiliki kinerja belum mencapai target 100%, yaitu:

1. Jumlah provinsi dengan eliminasi kusta tercapai 24 dari target 26 atau 92,31% dari yang ditargetkan
2. Jumlah Puskesmas yang minimal memiliki 5 jenis tenaga kesehatan tercapai 4.029 dari target 4.200 atau 95,93% dari yang ditargetkan
3. Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan pemetaan keluarga sehat tercapai 479 dari target 514 atau 93,19% dari yang ditargetkan
4. Jumlah kabupaten/kota yang melaporkan data kesehatan prioritas secara lengkap tercapai 359 dari target 412 atau 87,14% dari yang ditargetkan

Untuk kinerja keuangan pada tahun 2018, realisasi anggaran menggunakan *online monitoring* SPAN untuk semua jenis belanja mencapai 92,4% atau sebesar Rp 57.098.062.569.015 dari total pagu sebesar Rp 61.817.085.108.000. Total anggaran tersebut bersumber dari Rupiah Murni, Pinjaman Luar Negeri, Penerimaan Negara Bukan Pajak, Badan Layanan Umum, Hibah Luar Negeri dan Hibah Langsung Luar Negeri

## DAFTAR ISI

### KATA PENGANTAR

### PERNYATAAN TELAH DIREVIU

### IKHTISAR EKSEKUTIF

<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>i</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR GRAFIK .....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>x</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
<b>A. Latar belakang.....</b>	<b>1</b>
<b>B. Tugas, Fungsi dan Struktur Organisasi.....</b>	<b>2</b>
<b>C. Isu Strategis .....</b>	<b>3</b>
<b>D. Sistematika Laporan Kinerja.....</b>	<b>6</b>
<b>BAB II PERENCANAAN KINERJA.....</b>	<b>8</b>
<b>A. Rencana Strategis Kementerian kesehatan Tahun 2015-2019.....</b>	<b>8</b>
<b>B. Perjanjian Kinerja Tahun 2018.....</b>	<b>16</b>
<b>BAB III AKUNTABILITAS KINERJA.....</b>	<b>20</b>
<b>A. Capaian Kinerja Organisasi.....</b>	<b>20</b>
1) Sasaran Strategis 1: Meningkatnya Kesehatan Masyarakat.....	20
2). Sasaran Strategis 2: Meningkatnya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.....	39
3) Sasaran Strategis 3: Meningkatnya Akses dan Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan.....	89



4) Sasaran Strategis 4: Meningkatnya Akses, Kemandirian, dan Mutu Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan.....	105
5) Sasaran Strategis 5: Meningkatnya Jumlah, Jenis, Kualitas, dan Pemerataan Tenaga Kesehatan.....	118
6) Sasaran Strategis 6: Meningkatnya Sinergitas antar Kementerian/Lembaga.....	142
7). Sasaran Strategis 7: Meningkatnya Daya Guna Kemitraan Dalam dan Luar Negeri.....	146
8). Sasaran Strategis 8: Meningkatnya Integrasi Perencanaan, Bimbingan Teknis, dan Pemantauan Evaluasi.....	163
9). Sasaran Strategis 9: Meningkatnya Efektivitas Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.....	166
10). Sasaran Strategis 10: Meningkatnya Tata Kelola Kepemerintahan yang Baik dan Bersih.....	173
11). Sasaran Strategis 11: Meningkatnya Kompetensi dan Kinerja Aparatur Kementerian Kesehatan.....	178
12). Sasaran Strategis 12: Meningkatnya Sistem Informasi Kesehatan Integrasi.....	182
<b>B. Realisasi Anggaran .....</b>	<b>190</b>
<b>C. Capaian Kinerja Lainnya .....</b>	<b>193</b>
<b>D. Penghargaan/prestasi yang dicapai oleh Kementerian Kesehatan Tahun 2018..</b>	<b>209</b>
<b>BAB IV PENUTUP.....</b>	<b>221</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Perjanjian Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2018.....	16
Tabel 3.1	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 1: Meningkatnya Kesehatan Masyarakat .....	20
Tabel 3.2	Realisasi Per Propinsi Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan tahun 2018.....	34
Tabel 3.3	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 2: Meningkatnya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit .....	40
Tabel 3.4	Estimasi Beban TB tahun 2018.....	42
Tabel 3.5	Jumlah Kab/Kota dengan Eliminasi Malaria sampai tahun 2018.....	52
Tabel 3.6	Kabupaten/Kota dengan Eliminasi Filariasis Tahun 2018.....	67
Tabel 3.7	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 3: Meningkatnya Akses dan Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan.....	90
Tabel 3.8	Pencapaian Kecamatan yang Memiliki Minimal 1 Puskesmas yang Tersertifikasi Akreditasi.....	91
Tabel 3.9	Daftar Puskesmas yang mendapatkan penghargaan Inovasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien.....	93
Tabel 3.10	Pencapaian Kabupaten/Kota yang Memiliki Minimal 1 RSUD yang Tersertifikasi Akreditasi Nasional .....	100
Tabel 3.11	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 4: Meningkatnya Akses, Kemandirian, dan Mutu Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan.....	105
Tabel 3.12	Realisasi dan Capaian Indikator Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat dan Vaksin Esensial Tahun 2018.....	105
Tabel 3.13	Puskesmas dengan Ketersediaan Obat dan Vaksin Esensial Tahun 2018 per Item Obat.....	109
Tabel 3.14	Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah Bahan Baku Sediaan Farmasi yang Siap Diproduksi di Dalam Negeri dan Jumlah Jenis/varian Alat Kesehatan yang Diproduksi di Dalam Negeri (Kumulatif) Tahun 2018.....	111
Tabel 3.15	Daftar Nama Bahan Baku Sediaan Farmasi yang Siap Diproduksi di Dalam Negeri Tahun 2015-2018.....	112
Tabel 3.16	Daftar Nama Alat Kesehatan yang Diproduksi di Dalam Negeri Tahun 2015-2018.....	114
Tabel 3.17	Realisasi dan Capaian Indikator Persentase Produk Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT) di Peredaran yang Memenuhi Syarat Tahun 2018.....	117
Tabel 3.18	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 5: Meningkatnya Jumlah, Jenis, Kualitas, dan Pemerataan Tenaga Kesehatan.....	118
Tabel 3.19	Jenis Rumpun Tenaga Kesehatan .....	122
Tabel 3.20	Perbandingan Capaian Indikator Kedua Tahun 2016 – 2018.....	129
Tabel 3.21	Distribusi Penempatan WKS TA 2018.....	132
Tabel 3.22	Komposit Kenaikan Capaian Indikator Ketiga 2017-2018.....	134
Tabel 3.23	Rincian Capaian Indikator Pelatihan Teknis Dan Fungsional Terakreditasi.....	136

Tabel 3.24	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 6: Meningkatnya Sinergitas antar Kementerian/Lembaga.....	143
Tabel 3.25	Daftar Kementerian Mendukung Pembangunan Kesehatan.....	143
Tabel 3.26	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 7: Meningkatnya Daya Guna Kemitraan Dalam dan Luar Negeri.....	146
Grafik 3.27	Capaian Target Kinerja Tahun 2015 – 2019 Kegiatan Peningkatan Kerja Sama Luar Negeri.....	161
Tabel 3.28	Capaian Kinerja Kerja Sama Luar Negeri, Tahun 2018.....	161
Tabel 3.29	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 8: Meningkatnya Integrasi Perencanaan, Bimbingan Teknis, dan Pemantauan Evaluasi.....	163
Tabel 3.30	Perbandingan Target dan Realisasi Capaian (%) 2016 sd 2018 dan target 2019.....	164
Tabel 3.31	Target dan Realisasi Indikator Jumlah Rekomendasi Monitoring Evaluasi Terpadu Tahun 2016-2018.....	166
Tabel 3.32	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 9: Meningkatnya Efektivitas Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.....	166
Tabel 3.33	Capaian Kinerja Indikator Jumlah Hasil Riset Kesehatan Nasional (Riskesmas) Bidang Kesehatan dan Gizi Masyarakat.....	167
Tabel 3.34	Capaian Kinerja Indikator Hasil Rekomendasi Kebijakan Tahun 2018.....	169
Tabel 3.35	Capaian Indikator Jumlah Penelitian yang Didaftarkan HKI Tahun 2018..	171
Tabel 3.36	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 10: Meningkatnya Tata Kelola Pemerintahan yang Baik dan Bersih.....	174
Tabel 3.37	Realisasi dan Capaian Indikator Meningkatnya Tata Kelola Pemerintahan yang Baik dan Bersih Tahun 2017-2018.....	175
Tabel 3.38	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 11: Meningkatnya Kompetensi dan Kinerja Aparatur Kementerian Kesehatan.....	178
Tabel 3.39	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 12: Meningkatnya Sistem Informasi Kesehatan Integrasi.....	182
Tabel 3.40	Alokasi dan Realisasi Anggaran Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2018.....	190
Tabel 3.41	Jumlah Alokasi dan Realisasi Belanja Tahun 2018.....	191
Tabel 3.42	Jumlah Alokasi dan Realisasi Belanja Berdasarkan Kewenangan Tahun 2018.....	192
Tabel 3.43	Upaya Penanggulangan Krisis Kesehatan Tahun 2018.....	198
Tabel 3.44	Progress Capaian PBI Tahun 2018.....	208
Tabel 3.45	Realisasi Anggaran PBI-JKN Tahun 2018.....	208

## DAFTAR GRAFIK

Grafik 3.1	Target, Cakupan, dan Capaian Kinerja Renstra Indikator Persalinan di Fasyankes Tahun 2017 dan 2018.....	22
Grafik 3.2	Target dan Cakupan Persalinan di Fasilitas Kesehatan menurut Renstra 2015-2019 dengan Target Jangka Menengah.....	22
Grafik 3.3	Cakupan Kabupaten/Kota melaporkan Indikator Pelayanan persalinan di fasyankes Tahun 2018 Berdasarkan Provinsi.....	23
Grafik 3.4	Persentase Target dan Cakupan Program Persalinan di Fasilitas Kesehatan menurut Renstra 2015-2019 Per Propinsi .....	24
Grafik 3.5	Target, Cakupan, dan Capaian Kinerja Renstra Indikator ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK) Tahun 2017 dan 2018.....	30
Grafik 3.6	Perbandingan Persentase Ibu Hamil Kekurangan Energi Kronis (KEK) Tahun 2018 dengan Target Jangka Menengah.....	30
Grafik 3.7	Rata-rata Konsumsi Kalori per Kapita per Hari Tahun 2013-2016.....	31
Grafik 3.8	Rata-rata Konsumsi Protein per Kapita per Hari Tahun 2013-2016.....	31
Grafik 3.9	Realisasi Tahun 2018 dan Target Jangka Menengah Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan.....	34
Grafik 3.10	Realisasi Per Propinsi Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2018.....	35
Grafik 3.11	Target dan Realisasi indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2015- 2018 .....	36
Grafik 3.12	Target dan Capaian Kinerja Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2015-2018.....	36
Grafik 3.13	Target dan Capaian Persentase Cakupan Angka Keberhasilan Pengobatan TB Tahun 2015 – 2019.....	41
Grafik 3.14	Target dan Realisasi Prevalensi HIV Tahun 2018 (%) .....	46
Grafik 3.15	Target dan Realisasi Prevalensi HIV Tahun 2015-2018 (%).....	46
Grafik 3.16	Jumlah Kasus HIV dan Kasus AIDS Tahun 2015 – September 2018.....	47
Grafik 3.17	Capaian Eliminasi Malaria di Indonesia tahun 2015-2018.....	53
Grafik 3.18	Proporsi Kasus Malaria Vivax di wilayah SEARO.....	54
Grafik 3.19	Target dan Capaian Jumlah Provinsi dengan eliminasi kusta Tahun 2014-2018.....	59
Grafik 3.20	Proporsi Penemuan Kasus Kusta Baru Tanpa Cacat Tahun 2014-2018..	61
Grafik 3.21	Jumlah Kabupaten/kota dengan Eliminasi Filariasis Tahun 2015-2018..	66
Grafik 3.22	Persentase Penurunan Kasus Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) Tahun 2015-2018.....	72
Grafik 3.23	Perbandingan Kasus PD3I tertentu Tahun 2013 dan Tahun 2018.....	73
Grafik 3.24	Target dan Capaian Kab/Kota Yang Mempunyai Kebijakan Kesiapsiagaan Dalam Penanggulangan KKM Tahun 2015-2018.....	76
Grafik 3.25	Persentase Kab/Kota yang mempunyai kebijakan kesiapsiagaan dalam penanggulangan KKM Tahun 2015-2018.....	77
Grafik 3.26	Persentase Kab/Kota yang melaksanakan kebijakan KTR minimal di 50% sekolah Tahun 2018.....	81
Grafik 3.27	Persentase Kab/Kota yang melaksanakan kebijakan KTR Per Provinsi	

	di Indonesia Tahun 2015 – 2018.....	82
Grafik 3.28	Target dan Realisasi Kab/Kota yang melaksanakan KTR minimal 50% Sekolah Tahun 2015-2018.....	82
Grafik 3.29	Target dan Realisasi Jumlah Kab/Kota yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa/napza Tahun 2015-2018.....	88
Grafik 3.30	Distribusi Jumlah Kabupaten/Kota yang Memiliki Minimal 1 RSUD Terakreditasi Berdasarkan Provinsi Tahun 2018.....	100
Grafik 3.31	Tingkat Kelulusan Akreditasi 628 RSUD Tahun 2018.....	101
Grafik 3.32	Tingkat Kelulusan Akreditasi RS di Indonesia Tahun 2018.....	101
Grafik 3.33	Target dan Realisasi Indikator Persentase Ketersediaan Obat dan Vaksin di Puskesmas Tahun 2015-2019.....	106
Grafik 3.34	Target dan Realisasi Indikator Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat dan Vaksin Esensial Tahun 2017-2019.....	107
Grafik 3.35	Puskesmas dengan Ketersediaan Obat dan Vaksin Esensial Tahun 2018 per Provinsi .....	108
Grafik 3.36	Target dan Realisasi Indikator Jumlah Bahan Baku Obat dan Obat Tradisional serta Alat Kesehatan (Alkes) yang Diproduksi di Dalam Negeri (Kumulatif) Tahun 2015-2019.....	111
Grafik 3.37	Target dan Realisasi Indikator Jumlah Bahan Baku Sediaan Farmasi yang Siap Diproduksi di Dalam Negeri dan Jumlah Jenis/varian Alat Kesehatan yang Diproduksi di Dalam Negeri (Kumulatif) Tahun 2015-2019.....	112
Grafik 3.38	Pertumbuhan Industri Alat Kesehatan dalam negeri per 31 Desember 2018.....	114
Grafik 3.39	Target dan Realisasi Indikator Persentase Produk Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT) di Peredaran yang Memenuhi Syarat Tahun 2015-2019.....	117
Grafik 3.40	Target, Capaian dan Proyeksi Capaian Indikator Jumlah Puskesmas yang Minimal Memiliki 5 (lima) Jenis Tenaga Kesehatan tahun 2015-2019.....	120
Grafik 3.41	Target dan Capaian Indikator Persentase RS Kabupaten/Kota kelas C yang Memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis penunjang per Tahun .....	130
Grafik 3.42	Target dan Capaian Indikator Jumlah SDM Kesehatan yang Ditingkatkan Kompetensinya per Tahun .....	135
Grafik 3.43	Target dan Capaian Indikator Jumlah Dunia Usaha yang Memanfaatkan CSR nya untuk Program Kesehatan Tahun 2015-2019..	147
Grafik 3.44	Target dan Capaian Indikator Jumlah Organisasi Kemasyarakatan Yang Memanfaatkan Sumber Dayanya untuk Mendukung Kesehatan 2015-2019.....	153
Grafik 3.45	Target Kinerja dan Realisasi Kinerja sesuai Renstra Kementerian Kesehatan 2015 – 2019.....	161
Grafik 3.46	Perbandingan Realisasi Kinerja Tahun 2018 dengan Target Jangka Menengah Renstra 2015-2019.....	168
Grafik 3.47	Perbandingan Realisasi Kinerja Tahun 2018 dengan Target Jangka Menengah Renstra 2015-2019.....	170

Grafik 3.48	Perbandingan Realisasi Kinerja Tahun 2018 dengan Target Jangka Menengah Renstra 2015-2019.....	172
Grafik 3.49	Perbandingan Realisasi Kinerja s.d Tahun 2017 dengan Target Jangka Menengah Renstra 2015 – 2019.....	175
Grafik 3.50	Persentase pejabat struktural di lingkungan Kementerian Kesehatan yang kompetensinya sesuai persyaratan jabatan.....	180
Grafik 3.51	Persentase Pegawai Kementerian Kesehatan dengan Nilai Kinerja Minimal Baik Tahun 2015-2019.....	181
Grafik 3.52	Capaian Indikator Jumlah Kabupaten Kota yang Melaporkan Data Kesehatan Prioritas Tahun 2018.....	184
Grafik 3.53	Alokasi dan Realisasi Kementerian Kesehatan Menurut Jenis Belanja Tahun Anggaran 2018.....	191
Grafik 3.54	Alokasi dan Realisasi Anggaran Kementerian Kesehatan Menurut Jenis Kewenangan Tahun Anggaran 2018.....	192



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Bagan Struktur Organisasi Kementerian Kesehatan.....	2
Gambar 2.1	Peta Strategi Kementerian Kesehatan.....	8
Gambar 3.1	Peta Realisasi Per Propinsi Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2018.....	35
Gambar 3.2	Peringatan Hari TB Sedunia Tahun 2018.....	44
Gambar 3.3	Roadshow Hari AIDS Sedunia Tahun 2018.....	49
Gambar 3.4	Pertemuan Sosialisasi Layanan Kesehatan Pemerintah dan Swasta dalam layanan Pengendalian Malaria (PPM-Public Private Mix).....	56
Gambar 3.5	Komitmen Bersama Eliminasi Malaria.....	57
Gambar 3.6	Peta Eliminasi Kusta Tingkat Provinsi di Indonesia Tahun 2016 – 2018...	60
Gambar 3.7	Pertemuan Akselerasi Eliminasi Kusta.....	63
Gambar 3.8	Pelaksanaan Pencanangan Bulan Eliminasi Kaki Gajah (Belkaga) Tingkat Nasional Tahun 2018 di Kab. Sorong.....	68
Gambar 3.9	Pemberian Serifikat Eliminasi Filariasis oleh Ibu Menteri Kesehatan RI.	69
Gambar 3.10	Pemberian penghargaan Bupati/Walikota dalam acara HTTS.....	85
Gambar 3.11	Kegiatan Peningkatan Kemampuan Teknis Surveior Akreditasi FKTP Tahun 2018.....	92
Gambar 3.12	Kegiatan Raker Komisi di Makassar tanggal 28 November-1 Desember 2018.....	93
Gambar 3.13	Pelaksanaan Bimbingan Teknis Persiapan Akreditasi Puskesmas di Kabupaten Banggai Laut Provinsi Sulawesi Tengah.....	94
Gambar 3.14	Pelaksanaan Bimtek Mutu dan Keselamatan Pasien di Kab. Sorong Selatan Propinsi Papua Barat.....	95
Gambar 3.15	Peserta Monev Percepatan Pelaksanaan Akreditasi RS Wilayah Tengah foto bersama Dirjen Yankes.....	99
Gambar 3.16	Penyerahan Sertifikat Akreditasi Internasional JCI di RSUD dr. Soetomo Surabaya.....	99
Gambar 3.17	Pemenuhan SDM Kesehatan 2015-2018 Melalui Indikator Puskesmas Yang Minimal Memiliki 5 (lima) Jenis Tenaga .....	120
Gambar 3.18	Supporting Aplikasi Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SI SDMK) Terhadap Pencapaian IKU Program PPSPDMK.....	121
Gambar 3.19	Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan.....	125
Gambar 3.20	Tim Nusantara Sehat.....	126
Gambar 3.21	Penugasan Khusus Bagi Calon Dokter Residen.....	130
Gambar 3.22	Wajib Kerja Dokter Spesialis .....	132
Gambar 3.23	Pembekalan Wajib Kerja Dokter Spesialis Angkatan ke-Lima .....	133
Gambar 3.24	Penandatanganan MOU Wajib Kerja Dokter Spesialis Dan Pembekalan Peserta WKDS.....	133
Gambar 3.25	Peserta Penerima Bantuan Profesi Kesehatan.....	139
Gambar 3.26	Asesmen Calon Peserta RPL.....	141
Gambar 3.27	Tampilan salah Satu Laporan Capaian SPM Kabupaten/Kota pada Aplikasi Komunikasi Data.....	145
Gambar 3.28	Dokumentasi Kegiatan yang dilakukan Oleh Organisasi Kemasyarakatan yang Bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan.	160
Gambar 3.29	Kegiatan Riskesdas Tahun 2018.....	168

Gambar 3.30	Tampilan Muka Aplikasi SIKDA Akses Puskesmas.....	186
Gambar 3.31	Pojok Informasi Keluarga Sehat pada Website Kementerian Kesehatan.....	188
Gambar 3.32	Website Informasi Program Keluarga Sehat dengan Pendekatan Keluarga.....	189
Gambar 3.33	Registrasi PDLN Secara Online.....	193
Gambar 3.34	Sertifikat ISO 9001-2015 Perpustakaan Kementerian Kesehatan.....	199
Gambar 3.35	Pelayanan Informasi Publik.....	200
Gambar 3.36	Ruang Informasi Publik.....	201
Gambar 3.37	Ruang Unit Layanan Terpadu (ULT) .....	202
Gambar 3.38	Dashboard Aplikasi Telemedicine.....	204
Gambar 3.39	Implementasi Telemedicine di Puskesmas.....	204
Gambar 3.40	Penghargaan Pengelolaan Kepegawaian Terbaik Kategori Besar.....	209
Gambar 3.41	Penghargaan Media Kom.....	210
Gambar 3.42	Penghargaan Mediakom dari InMA.....	210
Gambar 3.43	Penghargaan WTP.....	211
Gambar 3.44	Penghargaan pelayanan Haji.....	211
Gambar 3.45	Penghargaan Penyelenggaraan Haji .....	212
Gambar 3.46	Penghargaan dari Arab Saudi .....	212
Gambar 3.47	Penghargaan dari KASN.....	213
Gambar 3.48	Penghargaan dari KIP.....	213
Gambar 3.49	Penghargaan dari Kementerian PAN dan RB.....	214
Gambar 3.50	Penghargaan dari KPK.....	214
Gambar 3.51	Penghargaan dari KPK.....	215
Gambar 3.52	Penghargaan dari IT WORKS 1.....	215
Gambar 3.53	Penghargaan dari IT WORKS 2.....	216
Gambar 3.54	Penghargaan IT WORKS 3.....	216
Gambar 3.55	Penghargaan MURI.....	217
Gambar 3.56	Penghargaan MURI 2.....	217
Gambar 3.57	Penghargaan PR INDONESIA AWARD .....	218
Gambar 3.58	Penghargaan Kearsipan .....	218
Gambar 3.59	Penghargaan Maturitas SPIP dan Kapabilitas APIp dari BPKP.....	219
Gambar 3.60	Penghargaan Kementerian Negara/Lembaga dengan Kinerja Pengelolaan Anggaran terbaik T.A 2018.....	220

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- |            |   |
|------------|---|
| Lampiran 1 | Judul Rekomendasi Kebijakan yang telah di advokasikan pada Tahun 2018 |
| Lampiran 2 | Capaian Indikator Jumlah Penelitian yang Didaftarkan HKI tahun 2018   |

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Kementerian Kesehatan dibentuk dalam rangka membantu Presiden Republik Indonesia dalam menyelenggarakan pemerintahan Negara di bidang kesehatan. Dalam Peraturan Presiden Nomor 35 tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan dinyatakan bahwa tugas kepada Kementerian Kesehatan adalah menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang kesehatan untuk membantu Presiden dalam menyelenggarakan pemerintahan negara. Dalam pelaksanaan tugas tersebut, sebagai bagian dari pemerintahan Republik Indonesia, Kementerian Kesehatan dituntut untuk menyelenggarakannya sesuai prinsip-prinsip *good governance*. Sesuai Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme, salah satu azas penyelenggaraan *good governance* adalah azas akuntabilitas. Azas ini bermakna bahwa setiap kegiatan dan hasil akhir dari penyelenggara negara harus dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat atau rakyat sebagai pemegang kedaulatan tertinggi negara sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Salah satu wujud akuntabilitas tersebut adalah melalui penyusunan Laporan Kinerja.

Penyelenggaraan urusan pemerintahan dibidang kesehatan di tengah tantangan pembangunan kesehatan yang semakin kompleks, tantangan tersebut diantaranya semakin meningkatnya kebutuhan masyarakat pada pelayanan kesehatan yang bermutu, beban ganda penyakit (disatu sisi, angka kesakitan penyakit infeksi masih tinggi namun di sisi lain penyakit tidak menular mengalami peningkatan yang cukup bermakna), disparitas status kesehatan antar wilayah cukup besar, terutama di wilayah timur (daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan/DTPK), peningkatan kebutuhan distribusi obat yang bermutu dan terjangkau, jumlah SDM Kesehatan kurang disertai kebutuhan yang tidak merata, adanya potensi masalah kesehatan akibat bencana dan perubahan iklim, serta integrasi pembangunan infrastruktur kesehatan yang melibatkan lintas sektor di lingkungan pemerintah, Pusat-Daerah dan Swasta.

Laporan kinerja ini disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban Kementerian Kesehatan atas pelaksanaan tugas dan fungsi selama Tahun 2018. Di samping merupakan pelaksanaan amanat peraturan perundang-undangan terkait, yakni Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah, Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, serta Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja, dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Pemerintah. Laporan Kinerja ini juga sekaligus menjadi alat atau bahan evaluasi guna peningkatan kinerja Kementerian Kesehatan di masa depan.

## B. Tugas, Fungsi, dan Struktur Organisasi

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tugas Kementerian Kesehatan adalah menyelenggarakan urusan di bidang kesehatan dalam pemerintahan untuk membantu Presiden dalam menyelenggarakan pemerintahan negara. Dalam melaksanakan tugas tersebut, Kementerian Kesehatan mempunyai fungsi: 1) perumusan, penetapan, dan pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan, dan kefarmasian dan alat kesehatan; 2) koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan, dan pemberian dukungan administrasi kepada seluruh unsur organisasi di lingkungan Kementerian Kesehatan; 3) pengelolaan barang milik negara yang menjadi tanggung jawab Kementerian Kesehatan; 4) pelaksanaan penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan; 5) pelaksanaan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia di bidang kesehatan serta pengelolaan tenaga kesehatan; 6) pelaksanaan bimbingan teknis dan supervisi atas pelaksanaan urusan Kementerian Kesehatan di daerah; 7) pengawasan atas pelaksanaan tugas di lingkungan Kementerian Kesehatan; dan 8) pelaksanaan dukungan substantif kepada seluruh unsur organisasi di lingkungan Kementerian Kesehatan.

Dalam melaksanakan tugas dan fungsi tersebut, Menteri Kesehatan dibantu oleh 8 unit eselon I, 4 Staf Ahli, dan 5 Pusat. Selain itu, Menteri Kesehatan juga mengelola dukungan administrasi pada Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) yang dijalankan oleh Sekretariat KKI. Bagan struktur organisasi Kementerian Kesehatan dapat dilihat pada gambar berikut:

**Gambar 1.1**  
**Bagan Struktur Organisasi Kementerian Kesehatan**



Struktur organisasi Kementerian Kesehatan sebagaimana tergambar di atas didukung oleh sumber daya manusia sebanyak 50.420 orang pegawai yang memiliki kompetensi di bidang kesehatan maupun bidang lain yang diperlukan seperti ekonomi, manajemen, keuangan, hukum, dan sebagainya. Pegawai tersebut ditempatkan di seluruh unit eselon I baik di kantor pusat maupun daerah. Selanjutnya pegawai Kementerian Kesehatan tersebar ke dalam Unit Eselon I sebagai berikut: 1) Sekretariat Jenderal sebanyak 1.061 orang; 2) Inspektorat Jenderal sebanyak 287 orang; 3) Ditjen Pelayanan Kesehatan sebanyak 32.977 orang; 4) Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit sebanyak 4.421 orang; 5) Ditjen Kesehatan Masyarakat sebanyak 537 orang; 6) Ditjen Kefarmasian dan Alat Kesehatan sebanyak 243 orang; 7) Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan sebanyak 1.279 orang; dan 8) Badan PPSDM Kesehatan sebanyak 9.615 orang.

### C. Isu Strategis

Dalam pelaksanaan rencana kerja Kementerian Kesehatan, terdapat beberapa isu strategis atau permasalahan yang perlu mendapat perhatian, yaitu:

**Perkembangan Penduduk.** Pertumbuhan penduduk Indonesia ditandai dengan adanya *window opportunity* di mana rasio ketergantungannya positif, yaitu jumlah penduduk usia produktif lebih banyak dari pada yang usia non-produktif, yang puncaknya terjadi sekitar tahun 2030. Jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2017 adalah 261.890.900 orang. Dengan laju pertumbuhan sebesar 1,19% pertahun, maka jumlah penduduk pada tahun 2019 diperkirakan naik menjadi 268.074.600 orang.

Jumlah wanita usia subur akan meningkat dari tahun 2015 yang diperkirakan sebanyak 68,1 juta menjadi 71,2 juta pada tahun 2019. Dari jumlah tersebut, diperkirakan ada 5 juta ibu hamil setiap tahun. Angka ini merupakan estimasi jumlah persalinan dan jumlah bayi lahir, yang juga menjadi petunjuk beban pelayanan ANC, persalinan, dan neonatus/bayi. Penduduk usia kerja yang meningkat dari 120,3 juta pada tahun 2015 menjadi 127,3 juta pada tahun 2019. Penduduk berusia di atas 60 tahun meningkat, yang pada tahun 2015 sebesar 21,6 juta naik menjadi 25,9 juta pada tahun 2019. Jumlah lansia di Indonesia saat ini lebih besar dibanding penduduk benua Australia yakni sekitar 19 juta. Implikasi kenaikan penduduk lansia ini terhadap sistem kesehatan adalah (1) meningkatnya kebutuhan pelayanan sekunder dan tersier, (2) meningkatnya kebutuhan pelayanan *home care* dan (3) meningkatnya biaya kesehatan. Konsekuensi logisnya adalah pemerintah harus juga menyediakan fasilitas yang ramah lansia dan menyediakan fasilitas untuk kaum *disable* mengingat tingginya proporsi disabilitas pada kelompok umur ini.

Masalah penduduk miskin yang sulit berkurang akan masih menjadi masalah penting. Secara kuantitas jumlah penduduk miskin bertambah, dan ini menyebabkan permasalahan biaya yang harus ditanggung pemerintah bagi mereka. Tahun 2014 pemerintah harus memberikan uang premium jaminan kesehatan sebanyak 86,4 juta orang miskin dan mendekati miskin. Data BPS menunjukkan bahwa ternyata selama tahun 2013 telah terjadi kenaikan indeks kedalaman kemiskinan dari 1,75% menjadi 1,89% dan indeks keparahan kemiskinan dari 0,43% menjadi 0,48%. Hal ini berarti



tingkat kemiskinan penduduk Indonesia semakin parah, sebab semakin menjauhi garis kemiskinan, dan ketimpangan pengeluaran penduduk antara yang miskin dan yang tidak miskin pun semakin melebar.

Tingkat pendidikan penduduk merupakan salah satu indikator yang menentukan Indeks Pembangunan Manusia. Di samping kesehatan, pendidikan memegang porsi yang besar bagi terwujudnya kualitas SDM Indonesia. Namun demikian, walaupun rata-rata lama sekolah dari tahun ke tahun semakin meningkat, tetapi angka ini belum memenuhi tujuan program wajib belajar 9 tahun. Menurut perhitungan Susenas Triwulan I tahun 2013, rata-rata lama sekolah penduduk usia 15 tahun ke atas di Indonesia adalah 8,14 tahun. Keadaan tersebut erat kaitannya dengan Angka Partisipasi Sekolah (APS), yakni persentase jumlah murid sekolah di berbagai jenjang pendidikan terhadap penduduk kelompok usia sekolah yang sesuai.

**Disparitas Status Kesehatan.** Meskipun secara nasional kualitas kesehatan masyarakat telah meningkat, akan tetapi disparitas status kesehatan antar tingkat sosial ekonomi, antar kawasan, dan antar perkotaan-pedesaan masih cukup tinggi. Angka kematian bayi dan angka kematian balita pada golongan termiskin hampir empat kali lebih tinggi dari golongan terkaya. Selain itu, angka kematian bayi dan angka kematian ibu melahirkan lebih tinggi di daerah pedesaan, di kawasan timur Indonesia, serta pada penduduk dengan tingkat pendidikan rendah. Persentase anak balita yang berstatus gizi kurang dan buruk di daerah pedesaan lebih tinggi dibandingkan daerah perkotaan.

**Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS)** adalah suatu tindakan yang sistematis dan terencana yang dilakukan secara bersama-sama oleh seluruh komponen bangsa dengan kesadaran, kemauan dan kemampuan berperilaku sehat untuk meningkatkan kualitas hidup. Gernas ini dilaksanakan melalui tatanan terendah di masyarakat yaitu keluarga melalui pendekatan keluarga. Tujuan dari Gerakan Masyarakat Hidup Sehat adalah perubahan perilaku masyarakat menuju hidup sehat, sehingga pada akhirnya akan berdampak pada kesehatan. Dengan kondisi sehat, produktivitas masyarakat meningkat. Perilaku hidup sehat ditunjukkan dengan menciptakan lingkungan yang bersih. Dengan berperilaku hidup sehat, biaya yang dikeluarkan masyarakat untuk berobat berkurang. Seluruh lapisan masyarakat harus terlibat dalam Gernas termasuk akademisi (universitas), dunia usaha (Swasta), organisasi masyarakat (Karang Taruna, PKK, dsb), organisasi profesi sehingga dapat menggerakkan institusi dan organisasi masing-masing untuk berperilaku sehat. Pemerintah pusat dan pemerintah daerah menyiapkan sarana dan prasarana seperti : kurikulum pendidikan, Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), fasilitas olah raga, sayur dan buah, ikan, fasilitas kesehatan, transportasi, Kawasan Tanpa Rokok (KTR), taman untuk beraktivitas warga, dukungan iklan layanan masyarakat, *car free day*, air bersih, uji emisi kendaraan bermotor, keamanan pangan, pengawasan terhadap iklan yang berdampak buruk terhadap kesehatan (rokok, makanan tinggi gula, garam, lemak) dsb, menjadi tugas bersama pemerintah dan masyarakat untuk memantau dan mengevaluasi pelaksanaannya.

**Disparitas Status Kesehatan Antar Wilayah.** Beberapa data kesenjangan bidang kesehatan dapat dilihat pada hasil Riskesdas 2013. Proporsi bayi lahir pendek, terendah di Provinsi Bali (9,6%) dan tertinggi di Provinsi NTT (28,7%) atau tiga kali lipat dibandingkan yang terendah. Kesenjangan yang cukup memprihatinkan terlihat pada bentuk partisipasi masyarakat di bidang kesehatan, antara lain adalah keteraturan penimbangan balita (penimbangan balita >4 kali ditimbang dalam 6 bulan terakhir). Keteraturan penimbangan balita terendah di Provinsi Sumatera Utara (hanya 12,5%) dan tertinggi 6 kali lipat di Provinsi DI Yogyakarta (79,0%). Ini menunjukkan kesenjangan aktivitas Posyandu antar provinsi yang lebar. Dibandingkan tahun 2007, kesenjangan ini lebih lebar, ini berarti selain aktivitas Posyandu makin menurun, variasi antar provinsi juga semakin lebar.

**Diberlakukannya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).** Menurut peta jalan menuju Jaminan Kesehatan Nasional ditargetkan pada tahun 2019 semua penduduk Indonesia telah tercakup dalam JKN (*Universal Health Coverage - UHC*). Diberlakukannya JKN ini jelas menuntut dilakukannya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan, baik pada fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, serta perbaikan sistem rujukan pelayanan kesehatan. Untuk mengendalikan beban anggaran negara yang diperlukan dalam JKN memerlukan dukungan dari upaya kesehatan masyarakat yang bersifat promotif dan preventif agar masyarakat tetap sehat dan tidak mudah jatuh sakit. Perkembangan kepesertaan JKN ternyata cukup baik.

**Kesetaraan Gender.** Kualitas SDM perempuan harus tetap perlu ditingkatkan, terutama dalam hal: (1) perempuan akan menjadi mitra kerja aktif bagi laki-laki dalam mengatasi masalah-masalah sosial, ekonomi, dan politik; dan (2) perempuan turut mempengaruhi kualitas generasi penerus karena fungsi reproduksi perempuan berperan dalam mengembangkan SDM di masa mendatang. Indeks Peningkatan IPG pada hakikatnya disebabkan oleh peningkatan dari beberapa indikator komponen IPG, yaitu kesehatan, pendidikan, dan kelayakan hidup.

**Berlakunya Undang-Undang Tentang Desa.** Pada bulan Januari 2014 telah disahkan UU Nomor 6 tahun 2014 tentang Desa. Sejak itu, maka setiap desa dari 77.548 desa yang ada, akan mendapat dana alokasi yang cukup besar setiap tahun. Dengan simulasi APBN 2015 misalnya, ke desa akan mengalir rata-rata Rp 1 Miliar. Kucuran dana sebesar ini akan sangat besar artinya bagi pemberdayaan masyarakat desa. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dan pengembangan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) akan lebih mungkin diupayakan di tingkat rumah tangga di desa, karena cukup tersedianya sarana-sarana yang menjadi faktor pemungkinnya (*enabling factors*).

**Menguatnya Peran Provinsi.** Dengan diberlakukannya UU Nomor 23 tahun 2014 sebagai pengganti UU Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, Provinsi selain berstatus sebagai daerah juga merupakan wilayah administratif yang menjadi wilayah kerja bagi gubernur sebagai wakil Pemerintah Pusat. Standar Pelayanan

Minimal (SPM) bidang Kesehatan yang telah diatur oleh Menteri Kesehatan, maka UU Nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah yang baru ini telah memberikan peran yang cukup kuat bagi provinsi untuk mengendalikan daerah-daerah kabupaten dan kota di wilayahnya. Pengawasan pelaksanaan SPM bidang Kesehatan dapat diserahkan sepenuhnya kepada provinsi oleh Kementerian Kesehatan, karena provinsi telah diberi kewenangan untuk memberikan sanksi bagi Kabupaten/Kota berkaitan dengan pelaksanaan SPM.

**Berlakunya Peraturan Tentang Sistem Informasi Kesehatan.** Pada tahun 2014 juga diberlakukan Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 46 tentang Sistem Informasi Kesehatan (SIK). PP ini dimaksudkan untuk memperkuat tata kelola data dan informasi dalam sistem informasi kesehatan terintegrasi, PP ini salah satunya mensyaratkan agar data kesehatan terbuka untuk diakses oleh unit kerja instansi Pemerintah dan Pemerintah Daerah yang mengelola SIK sesuai dengan kewenangan masing-masing.

#### **Dilaksanakannya Masyarakat Ekonomi ASEAN (MEA)**

Pemberlakuan ASEAN Community yang mencakup total populasi lebih dari 560 juta jiwa, akan memberikan peluang (akses pasar) sekaligus tantangan tersendiri bagi Indonesia. Implementasi ASEAN Economic Community, yang mencakup liberalisasi perdagangan barang dan jasa serta investasi sektor kesehatan. Perlu dilakukan upaya meningkatkan daya saing (*competitiveness*) dari fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan dalam negeri. Pembenahan fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan yang ada, baik dari segi sumber daya manusia, peralatan, sarana dan prasarannya, maupun dari segi manajemennya perlu digalakkan. Akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, dan lain-lain) harus dilakukan secara serius, terencana, dan dalam tempo yang tidak terlalu lama.

Hal ini berkaitan dengan perjanjian pengakuan bersama (*Mutual Recognition Agreement - MRA*) tentang jenis-jenis profesi yang menjadi cakupan dari mobilitas. Dalam MRA tersebut, selain insinyur, akuntan, dan lain-lain, juga tercakup tenaga medis/dokter, dokter gigi, dan perawat. Tidak tertutup kemungkinan di masa mendatang, akan dicakupi pula jenis-jenis tenaga kesehatan lain.

Betapa pun, daya saing tenaga kesehatan dalam negeri juga harus ditingkatkan. Institusi-institusi pendidikan tenaga kesehatan harus ditingkatkan kualitasnya melalui pembenahan dan akreditasi.

#### **D. Sistematika Laporan Kinerja**

##### **1. Bab I Pendahuluan**

Pada bab ini disajikan penjelasan umum organisasi, dengan penekanan kepada aspek strategis organisasi serta permasalahan utama (*strategic issue*) yang sedang dihadapi organisasi.

##### **2. Bab II Perencanaan Kinerja**

Bab ini menguraikan ringkasan/ikhtisar perjanjian kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2018.

3. Bab III Akuntabilitas Kinerja

a. Capaian Kinerja Organisasi

Sub bab ini menyajikan capaian kinerja organisasi untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis organisasi sesuai dengan hasil pengukuran kinerja organisasi.

b. Realisasi Anggaran

Sub bab ini menguraikan tentang realisasi anggaran yang digunakan dan telah digunakan untuk mewujudkan kinerja organisasi sesuai dengan dokumen Perjanjian Kinerja.

4. Bab IV Penutup

Bab ini menguraikan simpulan umum atas capaian kinerja organisasi serta langkah di masa mendatang yang akan dilakukan organisasi untuk meningkatkan kinerjanya.

## BAB II PERENCANAAN KINERJA

### A. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019

Kementerian Kesehatan telah menetapkan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019, dan dengan ditetapkannya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan pada tanggal 29 September 2015, berdampak pada terjadinya perubahan nomenklatur dan atau perubahan posisi sejumlah unit kerja

Sebagai langkah penyesuaian, Kementerian Kesehatan telah melakukan perubahan atau revisi dokumen Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 guna menyesuaikan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tersebut. Perubahan yang dilakukan tidak bersifat fundamental dan berskala makro namun lebih pada penyesuaian nomenklatur dan kedudukan indikator-indikator kinerja dalam Renstra agar lebih selaras dengan struktur organisasi yang baru.

Dengan tetap memperhatikan visi dan misi Presiden, Kementerian Kesehatan kemudian menetapkan dua tujuan Kementerian Kesehatan pada Tahun 2015-2019, yaitu: 1) Meningkatnya status kesehatan masyarakat; dan 2) Meningkatnya daya tanggap (*responsiveness*) dan perlindungan masyarakat terhadap risiko sosial dan finansial di bidang kesehatan. Kedua tujuan indikator Kementerian Kesehatan bersifat dampak (*impact* atau *outcome*).

Dalam rangka mencapai tujuan Kementerian Kesehatan, telah ditetapkan strategi Kementerian Kesehatan seperti dalam gambar berikut:

Gambar 2.1  
Peta Strategi Kementerian Kesehatan



Strategi Kementerian Kesehatan disusun sebagai jalinan strategi dan tahapan-tahapan pencapaian tujuan Kementerian Kesehatan baik yang tertuang dalam Tujuan Satu (T1) maupun Tujuan Dua (T2). Kedua tujuan tersebut diarahkan dalam rangka pencapaian visi dan misi Presiden.

Guna mencapai kedua tujuan tersebut, ditetapkanlah 12 Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan yang harus diwujudkan sebagai arah dan prioritas strategis dalam lima tahun mendatang. Kedua belas Sasaran Strategis tersebut membentuk suatu hipotesis jalinan sebab-akibat untuk mewujudkan tercapainya T1 dan T2.

Dua belas Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan dikelompokkan menjadi tiga bagian, yaitu: 1) Kelompok Sasaran Strategis pada aspek *input* (organisasi, sumber daya manusia, dan manajemen); 2) Kelompok Sasaran Strategis pada aspek penguatan kelembagaan; dan 3) Kelompok Sasaran Strategis pada aspek upaya *strategic*.

A. Kelompok Sasaran Strategis (SS) pada aspek *input* adalah sebagai berikut:

1. SS1: Meningkatkan Tata Kelola Kepemerintahan yang Baik dan Bersih  
Strategi untuk meningkatkan tata kelola pemerintah yang baik dan bersih meliputi:
  - a. Mendorong pengelolaan keuangan yang efektif, efisien, ekonomis dan ketaatan pada peraturan perundang-undangan.
  - b. Meningkatkan transparansi dan akuntabilitas dengan memperhatikan rasa keadilan dan kepatutan.
  - c. Mewujudkan pengawasan yang bermutu untuk menghasilkan Laporan Hasil Pengawasan (LHP) sesuai dengan kebutuhan pemangku kepentingan.
  - d. Mewujudkan tata kelola manajemen Inspektorat Jenderal yang transparan dan akuntabel.
2. SS2: Meningkatkan Kompetensi dan Kinerja Aparatur Kementerian Kesehatan  
Strategi ini akan dilakukan melalui berbagai upaya, antara lain:
  - a. Menyusun standar kompetensi jabatan Pimpinan Tinggi, Administrator, Pengawas, dan Jabatan Fungsional
  - b. Mengembangkan sistem kaderisasi secara terbuka di *internal* Kementerian Kesehatan, misalnya dengan lelang jabatan untuk Jabatan Pimpinan Tinggi.
  - c. Menyusun bezeeting kebutuhan SDM Aparatur Kesehatan yang sesuai jabatan.
3. SS3: Meningkatkan Sistem Informasi Kesehatan Terintegrasi  
Strategi ini akan dilakukan melalui berbagai upaya antara lain:
  - a. Menata data transaksi di fasilitas pelayanan kesehatan
  - b. Mengoptimalkan aliran data dan mengembangkan bank data.
  - c. Mengembangkan “*real time monitoring*” untuk seluruh Indikator Kinerja Program (IKP) dan Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) Kementerian Kesehatan.



- d. Meningkatkan kemampuan SDM pengelola informasi di tingkat kab/kota dan provinsi sehingga profil kesehatan bisa terbit setiap bulan April.
- B. Kelompok Sasaran Strategis (SS) pada aspek penguatan kelembagaan:
  4. SS4: Meningkatkan Sinergitas Antar Kementerian/Lembaga  
Strategi ini akan dilakukan melalui berbagai upaya antara lain:
    - a. Menyusun rencana aksi nasional program prioritas pembangunan kesehatan.
    - b. Membuat forum komunikasi untuk menjamin sinergi antar Kementerian/Lembaga (K/L).
    - c. Meningkatkan advokasi dengan lintas sektor untuk melaksanakan SPM di daerah.
    - d. Melakukan monitoring pelaksanaan SPM di daerah.
  5. SS5: Meningkatkan Daya Guna Kemitraan (Dalam dan Luar Negeri)  
Strategi ini akan dilakukan melalui berbagai upaya antara lain:
    - a. Menyusun *roadmap* kerjasama dalam dan luar negeri.
    - b. Membuat aturan kerja sama yang mengisi *roadmap* yang sudah disusun.
    - c. Membuat forum komunikasi antar *stakeholders* untuk mengetahui efektivitas kemitraan baik dengan institusi dalam maupun luar negeri.
  6. SS6: Meningkatkan Integrasi Perencanaan, Bimbingan Teknis dan Pemantauan Evaluasi  
Strategi ini akan dilakukan melalui berbagai upaya antara lain:
    - a. Penetapan fokus dan lokus pembangunan kesehatan.
    - b. Penyediaan kebijakan teknis integrasi perencanaan dan monitoring dan evaluasi terpadu.
    - c. Peningkatan kompetensi perencana dan pengevaluasi Pusat dan Daerah.
    - d. Pendampingan perencanaan kesehatan di daerah.
    - e. Peningkatan kualitas dan pemanfaatan hasil monitoring dan evaluasi terpadu.
  7. SS7: Meningkatkan Efektivitas Penelitian dan Pengembangan Kesehatan  
Strategi ini akan dilakukan melalui berbagai upaya antara lain:
    - a. Memperluas kerjasama penelitian dalam lingkup nasional dan internasional yang melibatkan Kementerian/Lembaga lain, perguruan tinggi dan pemerintah daerah dengan perjanjian kerjasama yang saling menguntungkan dan percepatan proses alih teknologi.
    - b. Memperkuat jejaring penelitian dan jejaring laboratorium dalam mendukung upaya penelitian dan sistem pelayanan kesehatan nasional.
    - c. Aktif membangun aliansi mitra *strategic* dengan Kementerian/Lembaga Non Kementerian, Pemda, dunia usaha dan akademisi.
    - d. Meningkatkan diseminasi dan advokasi pemanfaatan hasil penelitian dan pengembangan untuk kebutuhan program dan kebijakan kesehatan.
    - e. Melaksanakan penelitian dan pengembangan mengacu pada Kebijakan Kementerian Kesehatan dan Rencana Kebijakan Prioritas Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Tahun 2015-2019.

- f. Pengembangan sarana, prasarana, sumber daya dan regulasi dalam pelaksanaan penelitian dan pengembangan.

C. Kelompok Sasaran Strategis (SS) pada aspek upaya *strategic*

8. SS8: Meningkatkan Kesehatan Masyarakat

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

- a. Melaksanakan penyuluhan kesehatan, advokasi dan menggalang kemitraan dengan berbagai pelaku pembangunan termasuk pemerintah daerah.
- b. Melaksanakan pemberdayaan masyarakat dan meningkatkan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan.
- c. Meningkatkan jumlah dan kemampuan tenaga penyuluh kesehatan masyarakat/dan tenaga kesehatan lainnya dalam hal promosi kesehatan.
- d. Mengembangkan metode dan teknologi promosi kesehatan yang sejalan dengan perubahan dinamis masyarakat.
- e. Meningkatnya kesehatan lingkungan, strateginya adalah:
  - Penyusunan regulasi daerah dalam bentuk peraturan Gubernur, Walikota/Bupati yang dapat menggerakkan sektor lain di daerah untuk berperan aktif dalam pelaksanaan kegiatan penyehatan lingkungan seperti peningkatan ketersediaan sanitasi dan air minum layak serta tatanan kawasan sehat.
  - Meningkatkan pemanfaatan teknologi tepat guna sesuai dengan kemampuan dan kondisi permasalahan kesehatan lingkungan di masing-masing daerah.
  - Meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam wirausaha sanitasi.
  - Penguatan POKJA Air Minum dan Penyehatan Lingkungan (AMPL) melalui pertemuan jejaring AMPL, Pembagian peran SKPD dalam mendukung peningkatan akses air minum dan sanitasi.
  - Peningkatan peran Puskesmas dalam pencapaian kecamatan/kabupaten Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) minimal satu Puskesmas memiliki satu Desa SBS.
  - Meningkatkan peran daerah potensial yang melaksanakan strategi adaptasi dampak kesehatan akibat perubahan iklim.

9. SS9: Meningkatkan Pengendalian Penyakit

- 1) Untuk mengendalikan penyakit menular maka strategi yang dilakukan melalui:
  - a. Perluasan cakupan akses masyarakat (termasuk skrining cepat bila ada dugaan potensi meningkatnya kejadian penyakit menular seperti *Mass Blood Survey* untuk malaria) dalam memperoleh pelayanan kesehatan terkait penyakit menular terutama di daerah-daerah yang berada di perbatasan, kepulauan dan terpencil untuk menjamin upaya memutus mata rantai penularan.

- b. Untuk meningkatkan mutu penyelenggaraan penanggulangan penyakit menular dibutuhkan strategi *innovative* dengan memberikan otoritas pada petugas kesehatan masyarakat (Public Health Officer), terutama hak akses pengamatan faktor risiko dan penyakit dan penentuan langkah penanggulangannya.
  - c. Mendorong keterlibatan masyarakat dalam membantu upaya pengendalian penyakit melalui *community base surveillance* berbasis masyarakat untuk melakukan pengamatan terhadap hal-hal yang dapat menyebabkan masalah kesehatan dan melaporkannya kepada petugas kesehatan agar dapat dilakukan respon dini sehingga permasalahan kesehatan tidak terjadi.
  - d. Meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan dalam pengendalian penyakit menular seperti tenaga epidemiologi, sanitasi dan laboratorium.
  - e. Peningkatan peran daerah khususnya kabupaten/kota yang menjadi daerah pintu masuk negara dalam mendukung implementasi pelaksanaan *International Health Regulation (IHR)* untuk upaya cegah tangkal terhadap masuk dan keluarnya penyakit yang berpotensi menimbulkan kedaruratan kesehatan masyarakat.
  - f. Menjamin ketersediaan obat dan vaksin serta alat diagnostik cepat untuk pengendalian penyakit menular secara cepat.
- 2) Untuk pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular maka strategi nasional pencegahan dan pengendalian PTM di Indonesia, terdiri dari 4 pilar, yaitu:
- a. Meningkatkan Advokasi dan Kemitraan dalam upaya meningkatnya komitmen politik dan berfungsinya mekanisme koordinasi lintas kementerian yang secara efektif dapat menjamin tersedianya sumber daya yang cukup bagi pelaksanaan program secara berkesinambungan
  - b. Meningkatkan Promosi Kesehatan dan Penurunan Faktor Risiko dengan menumbuhkan budaya perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) pada komunitas melalui penerapan perilaku “CERDIK” yang merupakan akronim dari “Cek kesehatan secara berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin aktifitas fisik, Diet sehat dengan kalori seimbang, Istirahat yang cukup dan Kelola stres”, dan meningkatkan Upaya-upaya kesehatan berbasis masyarakat seperti Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) PTM untuk mengendalikan faktor-faktor risiko PTM
  - c. Memperkuat Sistem Pelayanan Kesehatan secara efektif dalam pengendalian penyakit kronik melalui deteksi dini, diagnosa dini serta pengobatan dini, termasuk penguatan tata-laksana faktor risiko memperkuat penanganan kegawat-daruratan dan kasus-kasus yang perlu dirujuk dengan sinkronisasi sesuai pola pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
  - d. Memperkuat Surveilans, Monitoring dan Evaluasi serta Riset bidang PTM dalam peningkatan ketersediaan data faktor risiko dan determinan lain PTM, angka morbiditas dan mortalitas, serta

penguatan sistem monitoring untuk mengevaluasi kemajuan program dan kegiatan PPTM. Riset kebijakan dan kesehatan masyarakat dalam bidang PTM amat dibutuhkan untuk menilai bagaimana dampak dari berbagai kegiatan yang dirancang, mulai dari advokasi, kemitraan, promosi kesehatan dan penguatan sistem layanan kesehatan primer terhadap berbagai indikator antara sebelum mengukur *outcome* seperti penurunan prevalensi merokok di kalangan penduduk usia 15-18 tahun

- 3) Untuk mendukung upaya pencegahan dan pengendalian penyakit menular dan tidak menular juga dilakukan dukungan laboratorium dalam sistem surveilans nasional dan pelaksanaan pengendalian penyakit melalui pemeriksaan kesehatan terhadap orang, barang dan alat angkut di Pelabuhan Bandara Lintas Batas

10. SS10: Meningkatkan Akses dan Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan

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

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

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

- a. Mewujudkan ketepatan alokasi anggaran dalam rangka pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan di RS yang sesuai standar.
- b. Mewujudkan penjaminan akses dan mutu pelayanan kesehatan rujukan melalui akreditasi minimal satu RS Pemerintah di tiap kabupaten atau kota,
- c. Mewujudkan penerapan sistem manajemen kinerja RS sehingga terjamin implementasi *Patient Safety*, standar pelayanan kedokteran dan standar pelayanan keperawatan.

- d. Mewujudkan penguatan mutu advokasi, pembinaan dan pengawasan untuk percepatan mutu pelayanan kesehatan serta mendorong RSUD menjadi BLUD.
  - e. Optimalisasi peran UPT vertikal dalam mengampu Fasyankes daerah.
  - f. Mewujudkan berbagai layanan unggulan (penanganan kasus tersier) pada Rumah Sakit rujukan nasional secara terintegrasi dalam *academic health system*.
  - g. Mewujudkan penguatan sistem rujukan dengan mengembangkan sistem regionalisasi rujukan pada tiap provinsi (satu rumah sakit rujukan regional untuk beberapa kabupaten/kota) dan system rujukan nasional (satu Rumah Sakit rujukan nasional untuk beberapa provinsi).
  - h. Mewujudkan kemitraan yang berdaya guna tinggi melalui program *sister hospital*, kemitraan dengan pihak swasta, dan lain-lain.
  - i. Mewujudkan sistem kolaborasi pendidikan tenaga kesehatan.
11. SS11: Meningkatkan Jumlah, Jenis, Kualitas dan Pemerataan Tenaga Kesehatan
- Strategi ini akan dilakukan melalui berbagai upaya antara lain:
- a. Penugasan khusus tenaga kesehatan berbasis tim (*Team Based*)/Nusantara Sehat.
  - b. Penugasan khusus tenaga kesehatan secara perseorangan dan calon dokter spesialis (residen).
  - c. Wajib Kerja dokter spesialis.
  - d. Peningkatan distribusi tenaga yang terintegrasi, mengikat dan lokal spesifik.
  - e. Pengembangan insentif baik material dan non material untuk tenaga kesehatan dan SDM Kesehatan.
  - f. Peningkatan produksi SDM Kesehatan yang bermutu.
  - g. Penerapan mekanisme registrasi dan lisensi tenaga dengan uji kompetensi pada seluruh tenaga kesehatan.
  - h. Peningkatan mutu pelatihan melalui akreditasi pelatihan.
  - i. Pengendalian peserta pendidikan dan hasil pendidikan.
  - j. Peningkatan pendidikan dan pelatihan jarak jauh.
  - k. Peningkatan pelatihan yang berbasis kompetensi dan persyaratan jabatan.
  - l. Pengembangan sistem kinerja.
  - m. Penataan SDM Aparatur Kesehatan sesuai dengan jabatan
12. SS12: Meningkatkan Akses, Kemandirian dan Mutu Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan.
- Untuk meningkatkan akses, kemandirian, dan mutu sediaan farmasi dan alat kesehatan dibutuhkan komitmen yang tinggi. Strategi yang perlu dilakukan dari berbagai upaya antara lain:
- a. Regulasi perusahaan farmasi memproduksi bahan baku dan obat tradisional dan menggunakannya dalam produksi obat dan obat tradisional dalam negeri, serta bentuk insentif bagi percepatan kemandirian nasional.

- b. Regulasi penguatan kelembagaan dan sistem pengawasan *pre* dan *post market* alat kesehatan.
- c. Pokja *Academy Business Government and Community* (ABGC) dalam pengembangan dan produksi bahan baku obat, obat tradisional dan alat kesehatan dalam negeri.
- d. Regulasi penguatan penggunaan dan pembinaan industri alat kesehatan dalam negeri.
- e. Meningkatkan kesadaran dan kepedulian masyarakat dan tenaga kesehatan tentang pentingnya kemandirian bahan baku obat, obat tradisional dan alat kesehatan dalam negeri yang berkualitas dan terjangkau.
- f. Mewujudkan Instalasi Farmasi Pusat sebagai *center of excellence* manajemen pengelolaan obat, vaksin dan perbekkes di sektor publik.
- g. Memperkuat tata laksana HTA dan pelaksanaannya dalam seleksi obat dan alat kesehatan untuk program pemerintah maupun manfaat paket JKN.
- h. Percepatan tersedianya produk generik bagi obat-obat yang baru habis masa patennya.
- i. Membangun sistem informasi dan jaringan informasi terintegrasi di bidang kefarmasian dan alat kesehatan.
- j. Menjadikan tenaga kefarmasian sebagai tenaga kesehatan strategis berbasis tim.
- k. Meningkatkan mutu pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat rasional melalui penguatan manajerial, regulasi, edukasi serta sistem monitoring dan evaluasi.
- l. Menjalankan program promotif preventif yang berdasarkan pemberdayaan masyarakat, termasuk yang ditujukan untuk meningkatkan penggunaan obat rasional di masyarakat, dan melibatkan lintas sektor.
- m. *Law enforcement* pengawasan alat kesehatan dan PKRT.

Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan akan dicapai melalui 9 (sembilan) program, yaitu:

- 1. Program Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya;
- 2. Program Penguatan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS);
- 3. Program Peningkatan Pengawasan dan Akuntabilitas Aparatur Kementerian Kesehatan;
- 4. Program Penelitian dan Pengembangan Kesehatan;
- 5. Program Kesehatan Masyarakat;
- 6. Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit;
- 7. Program Pelayanan Kesehatan;
- 8. Program Kefarmasian dan Alat Kesehatan;
- 9. Program Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.

Setiap Unit Eselon I akan bertanggung jawab terhadap satu program tersebut, kecuali Sekretariat Jenderal yang akan melaksanakan dua program. Pembagian tanggung jawab pelaksanaan program untuk setiap eselon I adalah sebagai berikut:



1. Sekretariat Jenderal bertanggung jawab terhadap pelaksanaan Program Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya serta Program Penguatan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)/Kartu Indonesia Sehat (KIS);
2. Inspektorat Jenderal bertanggung jawab terhadap pelaksanaan Program Peningkatan Pengawasan dan Akuntabilitas Aparatur Kementerian Kesehatan;
3. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan Program Penelitian dan Pengembangan Kesehatan;
4. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat bertanggung jawab terhadap pelaksanaan Program Kesehatan Masyarakat. ;
5. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit bertanggung jawab terhadap pelaksanaan Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit;
6. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan;
7. Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan Program Kefarmasian dan Alat Kesehatan;
8. Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan Program Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.

## **B. Perjanjian Kinerja Tahun 2018**

Perjanjian Kinerja merupakan amanat dari Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) dan sesuai dengan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Dokumen Perjanjian Kinerja merupakan dokumen yang berisikan penugasan dari pimpinan instansi yang lebih tinggi kepada pimpinan instansi yang lebih rendah untuk melaksanakan program/kegiatan yang disertai dengan indikator kinerja.

Penjabaran Renstra Kementerian Kesehatan ke dalam Perjanjian Kinerja Tahun 2018 sesuai dengan indikator pada Renstra revisi 1 yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK. 01.07/Menkes/422/2017 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. Adapun rincian indikator dan targetnya adalah sebagai berikut:

**Tabel 2.1.**  
**Perjanjian Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2018**

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
1	Meningkatnya Kesehatan Masyarakat	1	Persentase persalinan di fasilitas kesehatan	82%
		2	Persentase ibu hamil kurang energi	19,7%

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
			kronik	
		3	Persentase Kab/Kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan	35%
2	Meningkatnya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	1	Persentase cakupan keberhasilan pengobatan pasien TB/Succes Rate (SR)	89%
		2	Prevalensi HIV	<0,5%
		3	Jumlah kabupaten/kota mencapai eliminasi malaria	285
		4	Jumlah provinsi dengan eliminasi kusta	26
		5	Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi filariasis	24
		6	Penurunan kasus Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) tertentu	30%
		7	Kab/Kota yang mampu melaksanakan kesiapsiagaan dalam penanggulangan kedaruratan kesehatan masyarakat yang berpotensi wabah	82%
		8	Persentase kab/kota yang melaksanakan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) minimal 50% sekolah	40%
		9	Jumlah kabupaten/kota yang memiliki Puskesmas yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa	230
3	Meningkatnya akses dan Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan	1	Jumlah Kecamatan yang memiliki minimal 1 puskesmas yang terakreditasi	4.900
		2	Jumlah kab/kota yang memiliki minimal 1 RSUD yang terakreditasi	434
4	Meningkatnya akses, kemandirian, dan mutu sediaan farmasi dan alat kesehatan	1	Persentase Puskesmas dengan ketersediaan obat dan vaksin esensial	90%
		2	Jumlah bahan baku sediaan farmasi yang siap diproduksi di dalam negeri dan jumlah jenis/varian alat kesehatan yang diproduksi di dalam negeri (kumulatif): a. Target bahan baku sediaan farmasi	30

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
			b. Target alat kesehatan	21
		3	Persentase produk alat kesehatan dan PKRT di peredaran yang memenuhi syarat	86%
5	Meningkatnya Jumlah, Jenis, Kualitas dan Pemerataan Tenaga Kesehatan	1	Jumlah Puskesmas yang minimal memiliki 5 jenis tenaga kesehatan	4.200
		2	Persentase RS kab/kota kelas C yang memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis penunjang	50%
		3	Jumlah SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya	44.850
6	Meningkatnya sinergitas antar Kementerian/Lembaga	1	Jumlah kementerian lain yang mendukung pembangunan kesehatan	40%
		2	Jumlah provinsi dan kabupaten/kota yang menyampaikan laporan capaian SPM	386
7	Meningkatnya daya guna kemitraan dalam dan luar negeri	1	Jumlah dunia usaha yang memanfaatkan CSR untuk program kesehatan	16
		2	Jumlah organisasi kemasyarakatan yang memanfaatkan sumber dayanya untuk mendukung kesehatan	12
		3	Jumlah kesepakatan kerjasama luar negeri di bidang kesehatan yang diimplementasikan	7
8	Meningkatnya integrasi perencanaan, bimbingan teknis dan pemantauan-evaluasi	1	Jumlah provinsi yang memiliki rencana lima tahun dan anggaran kesehatan terintegrasi dari berbagai sumber	30
		2	Jumlah rekomendasi monitoring evaluasi terpadu	34
9	Meningkatnya efektivitas penelitian dan pengembangan kesehatan	1	Jumlah hasil Riset Kesehatan Nasional (Riskesnas) bidang kesehatan dan gizi masyarakat	1
		2	Jumlah rekomendasi dan kebijakan berbasis penelitian dan pengembangan kesehatan yang diadvokasikan ke pengelola program kesehatan dan atau pemangku kepentingan	24
		3	Jumlah hasil penelitian yang	5

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
			didaftarkan HKI	
10	Meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih	Persentase satuan kerja yang dilakukan audit memiliki temuan kerugian Negara $\leq 1\%$		97%
11	Meningkatnya kompetensi dan kinerja aparatur Kementerian Kesehatan	1	Persentase pejabat Pimpinan Tinggi, Administrator dan Pengawas di lingkungan kementerian Kesehatan yang kompetensinya sesuai persyaratan jabatan	85%
		2	Persentase pegawai Kementerian Kesehatan dengan nilai kinerja minimal baik	91%
12	Meningkatnya sistem informasi kesehatan terintegrasi	1	Jumlah kabupaten/kota yang melaporkan data kesehatan prioritas	412
		2	Jumlah kabupaten/kota dengan jaringan komunikasi data untuk untuk pelaksanaan e-kesehatan	206
		3	Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan pemetaan keluarga sehat	514

Jumlah anggaran yang dialokasikan pada Tahun 2018 sebesar Rp. 59.097.729.214.000 (Lima Puluh Sembilan Triliun Sembilan Puluh Tujuh Milyar Tujuh Ratus Dua Puluh Sembilan Juta Dua Ratus Empat Belas Ribu Rupiah).

### **BAB III**

#### **AKUNTABILITAS KINERJA**

##### **A. Capaian Kinerja Organisasi**

Tahun 2018 merupakan tahun ke empat dalam pelaksanaan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019. Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan antara realisasi kinerja dengan target kinerja dari masing-masing indikator kinerja yang telah ditetapkan dalam perjanjian kinerja. Melalui pengukuran kinerja diperoleh gambaran pencapaian masing-masing indikator sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan kegiatan di masa yang akan datang agar setiap kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasil guna dan berdaya guna. Capaian kinerja Kementerian Kesehatan pada tahun 2018 akan diuraikan menurut Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan. Sebagaimana disebutkan dalam Renstra Kemenkes Tahun 2015-2019 dan Revisinya sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/422/2017 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. Terdapat 12 Sasaran Strategis yang akan dicapai oleh Kementerian Kesehatan dalam kurun waktu lima tahun. Uraian capaian kedua belas Sasaran Strategis tersebut adalah sebagai berikut:

##### **1) Sasaran Strategis 1: Meningkatnya Kesehatan Masyarakat**

Tujuan pembangunan kesehatan pada tahun 2015-2019 yaitu meningkatkan status kesehatan masyarakat. Dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang ditandai dengan menurunnya angka kematian ibu, angka kematian bayi, prevalensi kekurangan gizi dan prevalensi stunting, Kementerian Kesehatan telah menetapkan langkah-langkah yang selanjutnya dirumuskan menjadi indikator - indikator yang relevan dalam mengukur capaian kinerjanya sebagai berikut:

1. Persentase persalinan di fasilitas kesehatan
2. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK)
3. Persentase kab/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan

Adapun uraian target dan realisasi IKU pada Sasaran Strategis 1 sebagai berikut:

**Tabel 3.1.**  
**Capaian IKU pada Sasaran Strategis 1:**  
**Meningkatnya Kesehatan Masyarakat**

<b>SS1: Meningkatnya Kesehatan Masyarakat</b>				
<b>Indikator Kinerja</b>		<b>Target</b>	<b>Realisasi</b>	<b>% Realisasi</b>
1a.	Persentase persalinan di fasilitas kesehatan	82%	98,64%	120,29%
1b.	Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK)	19,7%	17,3%	113,87%
1c.	Persentase kab/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan	35%	57,8%	165,14%

Cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan menggambarkan akses ibu hamil terhadap pelayanan persalinan sesuai standar yang dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan (PF). Indikator PF menjadi penting karena penyebab kematian ibu di Indonesia sebagian besar disebabkan oleh karena perdarahan dan infeksi pada saat persalinan, yang seharusnya dapat dicegah bila ibu mendapatkan pelayanan persalinan sesuai dengan standar di fasilitas pelayanan kesehatan.

Cakupan ibu hamil Kurang energi Kronik (KEK) menggambarkan permasalahan gizi ibu hamil yang disebabkan karena kekurangan asupan makanan dalam waktu yang cukup lama, dan dapat berdampak terhadap kesehatan dan keselamatan ibu dan bayi serta kualitas bayi yang dilahirkan.

Cakupan kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan menggambarkan bahwa kontribusi lingkungan yang sehat sebagai faktor determinan terbesar dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sesuai dengan teori Bloom.

Uraian tentang ketiga IKU tersebut adalah sebagai berikut:

**a. Persentase persalinan di fasilitas kesehatan**

Persalinan di fasilitas kesehatan merupakan indikator di Renstra 2015–2019. Pada Renstra sebelumnya lebih dikenal dengan "persalinan oleh nakes" (Pn). Perubahan indikator ini dilakukan sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan bagi ibu dan bayi baru lahir dalam kerangka penurunan AKI dan AKB. Apabila setiap ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan, maka ketika terjadi komplikasi dan atau kegawatdaruratan maternal neonatal dapat segera ditangani oleh tim yang kompeten dengan fasilitas medis yang sesuai dengan standar. Dengan komitmen ini maka akses ibu hamil dan bersalin terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu menjadi sasaran penting dalam mencapai sasaran Renstra "meningkatnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi". Dengan tujuan akhir adalah setiap ibu bersalin mendapat pelayanan sesuai standar sehingga kematian ibu dapat diturunkan.

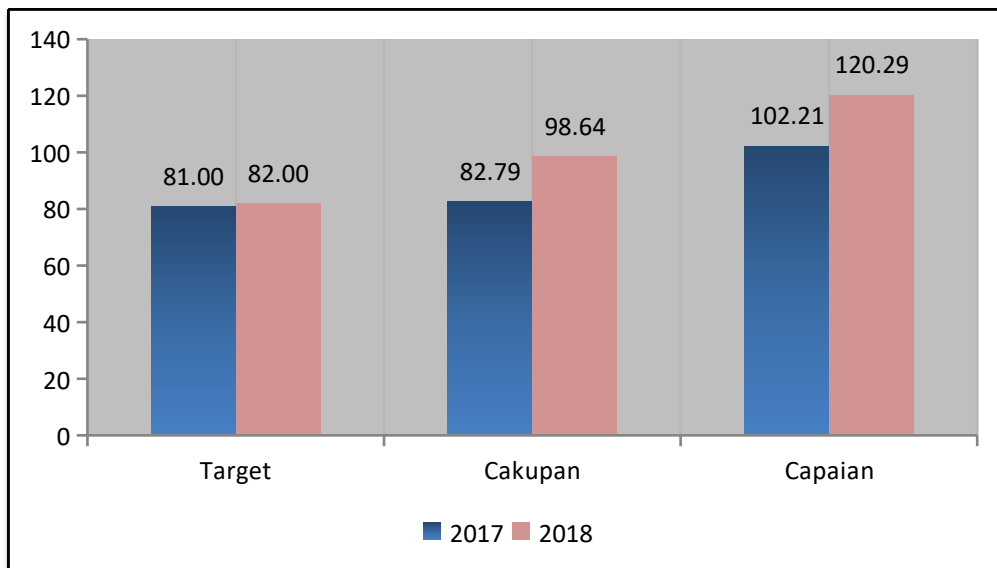
Pertolongan persalinan merupakan proses pelayanan persalinan yang dimulai pada kala I sampai dengan kala IV persalinan. Capaian program persalinan di fasyankes (PF) diukur dari jumlah ibu bersalin yang mendapatkan pertolongan sesuai standar oleh tenaga Kesehatan di fasilitas kesehatan dibandingkan dengan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

Pada tahun 2017 hasil midterm reuiu Renstra Kementerian Kesehatan yaitu indikator dan target pada Renstra tidak boleh berubah tetapi definisi operasional berubah sesuai dengan tupoksi Kementerian Kesehatan. Perubahan terjadi pada indikator PF dengan definisi operasioanal jumlah kab/kota yang melaporkan pelaksanaan pelayanan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan tepat waktu.

Berdasarkan data laporan rutin komdat kesehatan keluarga, cakupan kabupaten/kota yang melaporkan pelaksanaan pelayanan di fasilitas kesehatan tepat waktu adalah 98.64%, yang berarti 507 kabupaten kota dari telah melaporkan pelaksanaan pelayanan persalinan di fasilitas kesehatan tepat waktu (target 82%

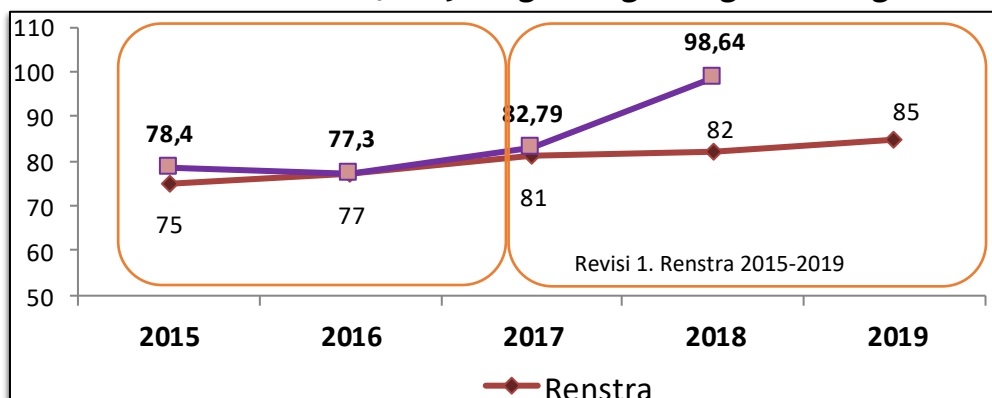
kabupaten kota atau 421 dari 514 kabupaten/kota). Pada Tahun 2017 cakupan PF 82,79% dari target 81% sehingga capaian kinerja sebesar 102,21%. Pada Tahun 2018 cakupan PF 98,64% dari target 82% sehingga capaian kinerja sebesar 120,29% seperti tergambar dalam grafik 1. Selama dua tahun berturut-turut capaian kinerja indikator persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan (PF) lebih dari 100%.

**Grafik 3.1. Target, Cakupan, dan Capaian Kinerja Renstra Indikator Persalinan di Fasyankes Tahun 2017 dan 2018**



Sementara, kecenderungan cakupan indikator Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dapat dilihat dalam grafik berikut.

**Grafik 3.2. Target dan Cakupan Kinerja Persalinan di Fasilitas Kesehatan menurut Renstra 2015-2019 dengan Target Jangka Menengah**

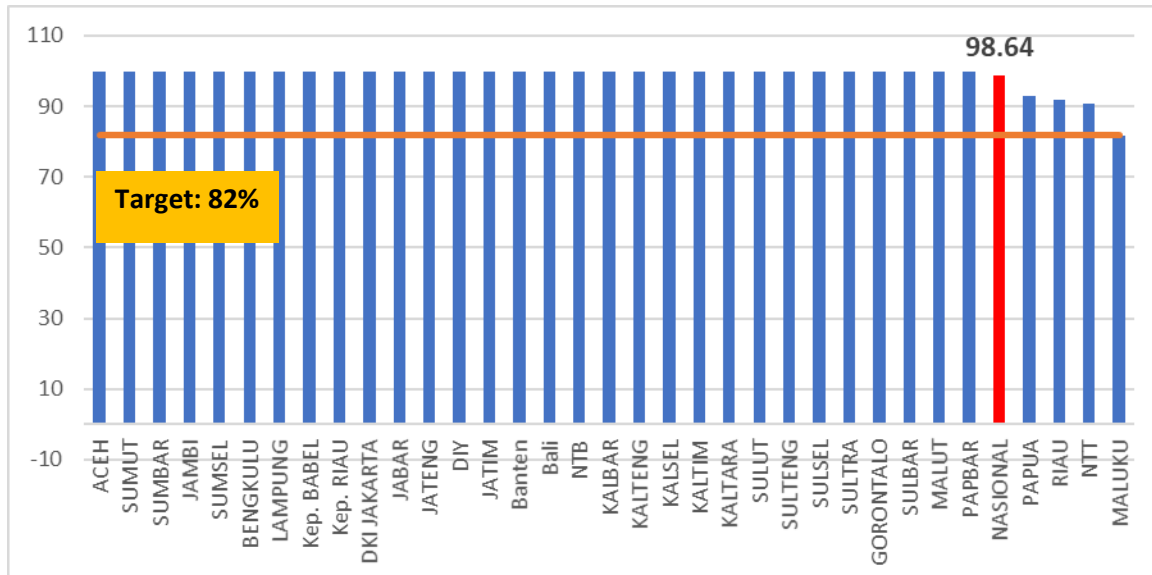


Sumber: Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2018

Meskipun secara Nasional target Renstra Kementerian Kesehatan telah melampaui target, masih ada provinsi yang belum mencapai target kinerja tahun 2018, seperti terlihat dalam grafik berikut.



**Grafik 3.3 Cakupan Kabupaten/Kota Melaporkan Indikator Pelayanan Persalinan di Fasyankes Tahun 2018 Berdasarkan Provinsi**



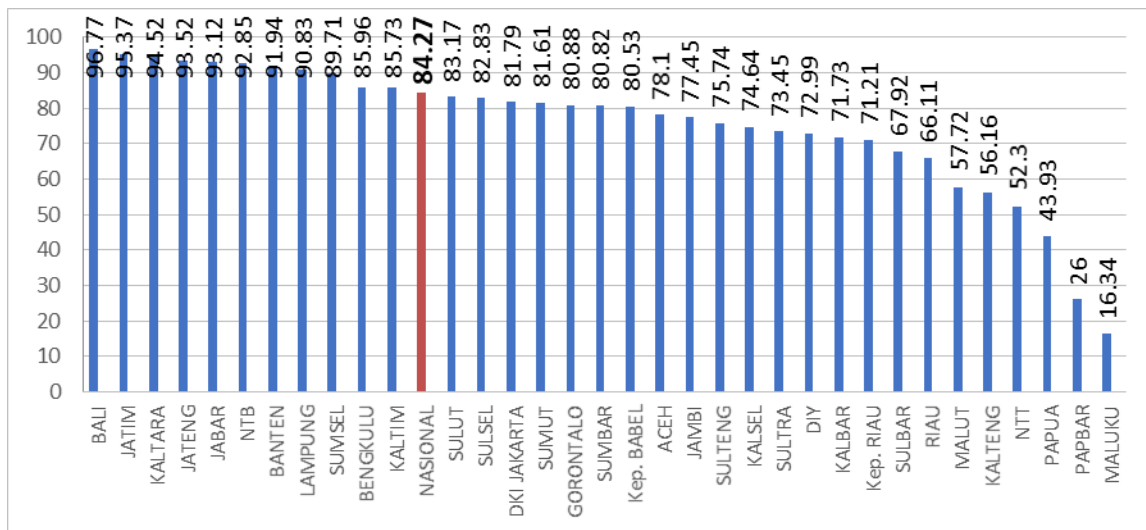
**Sumber: Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2018**

Berdasarkan grafik di atas dapat dilihat bahwa terdapat empat provinsi memiliki cakupan kabupaten/kota yang melaporkan indikator persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan tepat waktu di bawah cakupan Nasional, yaitu Papua, Riau, NTT, dan Maluku. Dari empat provinsi tersebut, Provinsi Maluku memiliki cakupan lebih rendah dari target tahun 2018 (81,82%).

Cakupan program persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan Rischesdas menunjukkan kecenderungan peningkatan dari tahun ke tahun. Berdasarkan data Rischesdas 2007, cakupan persalinan di fasilitas kesehatan menunjukkan angka sebesar 41,6%, tahun 2010 sebesar 56,8%, pada tahun 2013 sebesar 70,4% dan pada tahun 2018 sebesar 79,3%. Sementara berdasarkan data rutin komdat Direktorat Kesehatan Keluarga, cakupan program PF tahun 2018 (cut off 16 Januari 2019) adalah 84,27% dengan rincian masing-masing provinsi sesuai dengan grafik berikut.



**Grafik 3.4. Persentase Target dan Cakupan Program Persalinan di Fasilitas Kesehatan menurut Renstra 2015-2019 Per Provinsi**



**Sumber: Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2018**

Di sisi lain, meskipun secara nasional trend cakupan PF menunjukkan kecenderungan yang meningkat, masih terdapat kesenjangan capaian antar wilayah di Indonesia. Grafik di atas menggambarkan disparitas cakupan PF di 34 provinsi di Indonesia. Bila dibandingkan dengan target nasional sebesar 82%, maka masih ada 21 provinsi yang belum mencapai target yang memerlukan pendekatan khusus dalam upaya memperbaiki cakupan program.

Keberhasilan pencapaian indikator pelayanan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan tidak terlepas dari penguatan manajemen data dan program kesehatan keluarga, yang antara lain:

1. Penguatan manajemen data kesehatan keluarga  
Untuk meningkatkan manajemen data kesehatan keluarga, dilaksanakan sosialisasi dan peningkatan kapasitas pengelola program kesehatan keluarga. Kegiatan ini dilakukan secara terintegrasi dengan berbagai kegiatan di lingkup Direktorat Kesehatan Keluarga.
2. Supervisi Fasilitatif kesehatan keluarga  
Melalui kegiatan supervisi fasilitatif kesehatan keluarga, dapat diketahui permasalahan yang terjadi di tingkat provinsi, maupun kabupaten/kota dan puskesmas dalam pelaksanaan program kesehatan keluarga, termasuk dalam hal pencatatan dan pelaporan, sehingga dapat secara langsung didiskusikan solusi untuk memecahkan masalah tersebut.

Sementara itu, untuk meningkatkan cakupan program PF dilakukan kegiatan yang akan meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi. Kegiatan yang dilakukan dalam mendukung persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan antara lain sebagai berikut:

1. Puskesmas 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, berdiskusi 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.

2. Puskesmas yang melakukan orientasi Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

Orientasi P4K menitikberatkan pada kegiatan monitoring terhadap ibu hamil dan bersalin. Pemantauan dan pengawasan yang menjadi salah satu upaya deteksi dini, menghindari risiko kesehatan pada ibu hamil dan bersalin yang dilakukan diseluruh Indonesia dalam ruang lingkup kerja Puskesmas setempat serta menyediakan akses dan pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang sekaligus merupakan kegiatan yang membangun potensi masyarakat khususnya kepedulian masyarakat untuk persiapan dan tindakan dalam menyelamatkan ibu dan bayi baru lahir.

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

3. Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal minimal 4 kali (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 (10 T) 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 skrining terhadap Hepatitis B, Sifilis, HIV, Malaria, TBC, tata laksana kasus, dan temu wicara/ konseling termasuk P4K serta KB PP.

Melalui 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.

4. Dukungan regulasi pelayanan KIA dan persalinan di Fasyankes oleh Pemerintah Daerah.
5. Dukungan lintas program, lintas sektor, dan organisasi profesi dalam pelayanan KIA yang komprehensif.
6. Peningkatan akses persalinan di fasyankes baik melalui JKN, BOK maupun melalui Jampersal (Rumah Tunggu Kelahiran (RTK), transportasi rujukan dan pembiayaan persalinan).
7. Dukungan dalam pemenuhan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang Kesehatan.
8. Intervensi kesehatan yang komprehensif yang dilaksanakan mulai dari masa remaja dan calon pengantin, dan terintegrasi dalam kerangka upaya penurunan stunting.

Selain hal-hal yang menjadi faktor keberhasilan, masih terdapat beberapa hal yang dapat menjadi faktor penghambat persalinan di fasilitas, seperti hal berikut:

1. Masih adanya kesenjangan cakupan antar provinsi, dimana ada Provinsi yang cakupannya sangat rendah dan ada provinsi yang cakupannya lebih dari target bahkan lebih dari 100%.
2. Belum meratanya ketersediaan tenaga kesehatan terutama di daerah-daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan.
3. Perbedaan kondisi geografis, terutama di daerah-daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan yang menyebabkan sulitnya akses ke fasilitas pelayanan kesehatan.
4. Budaya di kelompok masyarakat tertentu, yang menyebabkan ibu hamil lebih memilih untuk bersalin di rumah atau di polindes.
5. Tingkat pendidikan ibu yang masih rendah dan masih rendahnya peran perempuan dalam pengambilan keputusan.
6. Masih kuatnya pengaruh budaya di tingkat masyarakat yang tidak sesuai dengan paradigma kesehatan.
7. Belum tersedia analisis kualitatif dari pelayanan persalinan dengan *outcome* kematian ibu
8. Belum samanya persepsi tentang Definisi Operasional Persalinan di Fasyankes tentang poskesdes dan polindes

Terdapat beberapa hal yang dapat menjadi faktor penghambat pencapaian kinerja indikator pelayanan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan, antara lain:

1. Kesenjangan antar provinsi dalam pelaporan cakupan, yang salah satunya disebabkan oleh kondisi geografis yang menjadi hambatan bagi kabupaten/kota dalam melaporkan cakupannya
2. Kurangnya kepatuhan tenaga kesehatan dalam melaporkan cakupan pelayanan tepat pada waktunya.

Sementara, capaian beberapa hal yang dapat menghambat pencapaian program persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan, antara lain seperti hal berikut:

1. Belum meratanya ketersediaan tenaga kesehatan terutama di daerah-daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan.
2. Perbedaan kondisi geografis, terutama di daerah-daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan yang menyebabkan sulitnya akses ke fasilitas pelayanan kesehatan.
3. Masih adanya populasi ibu hamil yang belum memiliki jaminan kesehatan, sehingga
4. Budaya di kelompok masyarakat tertentu, yang menyebabkan ibu hamil lebih memilih untuk bersalin di rumah atau di polindes.
5. Tingkat pendidikan ibu yang masih rendah dan masih rendahnya peran perempuan dalam pengambilan keputusan.
6. Masih kuatnya pengaruh budaya di tingkat masyarakat yang tidak sesuai dengan paradigma kesehatan.
7. Belum tersedia analisis kualitatif dari pelayanan persalinan dengan outcome kematian ibu
8. Belum samanya persepsi tentang Definisi Operasional Persalinan di Fasyankes tentang poskesdes dan polindes

Beberapa alternatif solusi untuk meningkatkan cakupan kabupaten/kota yang melaporkan pelayanan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan, antara lain:

1. Meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan dalam manajemen data kesehatan keluarga, termasuk dalam pelaporan berjenjang.
2. Meningkatkan kesadaran Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Provinsi pentingnya data untuk analisis program kesehatan keluarga.

Beberapa upaya dilakukan untuk mengatasi hambatan dalam pencapaian cakupan persalinan di fasilitas kesehatan yang diantaranya adalah:

1. Untuk daerah-daerah dengan kondisi geografis sulit yang menyebabkan akses ke fasilitas pelayanan kesehatan menjadi kendala, diterapkan program Kemitraan Bidan dan Dukun serta Rumah Tunggu Kelahiran. Para Dukun diupayakan bermitra dengan Bidan, sehingga tidak ada lagi persalinan oleh dukun. Apabila dukun mendapat kasus ibu hamil yang akan bersalin, maka wajib dirujuk ke bidan. Selain itu, untuk mempermudah akses terhadap fasilitas kesehatan, pemerintah mendorong penyediaan Rumah Tunggu Kelahiran yang dapat dimanfaatkan oleh ibu hamil dan keluarga selama menunggu proses persalinan berlangsung sebelum ke fasilitas kesehatan.
2. Untuk meningkatkan akses ibu bersalin ke fasilitas pelayanan kesehatan, pemerintah juga melakukan penguatan pemanfaatan dana Jampersal di kabupaten/kota. Pada tahun 2017 telah di gelontorkan dana dari pusat melalui mekanisme DAK non fisik yaitu Jaminan Persalinan (Jampersal) dengan ruang lingkup kegiatan transportasi rujukan dan sewa serta operasional Rumah Tunggu Kelahiran (RTK). Pada tahun 2018, Jampersal masih tetap diberikan dengan penambahan ruang lingkup pembiayaan persalinan di fasilitas kesehatan bagi ibu bersalin miskin yang tidak mempunyai jaminan persalinan (JKN/KIS, dll).

3. Meningkatkan pengetahuan, peran, dan dukungan keluarga dan masyarakat melalui kegiatan kelas ibu hamil dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K).
4. Distribusi buku KIA dan pemanfaatannya, sebagai sarana pencatatan pelayanan kesehatan dan media kie kesehatan ibu dan anak untuk ibu dan keluarga sampai ke masyarakat.
5. Audit Maternal dan Perinatal dan Surveilans Kematian Ibu
6. Meningkatkan kerja sama lintas sektor. Salah satu contohnya adalah kerja sama dengan Kementerian Agama dalam meningkatkan pengetahuan calon pengantin tentang kesehatan reproduksi untuk mendorong calon pengantin memeriksakan kesehatannya ke fasilitas kesehatan.
7. Meningkatkan dukungan Pemda dalam pencapaian SPM Bidang Kesehatan
8. Pengembangan model Sekolah Sehat dalam UKS
9. Penguatan Promosi dan advokasi persalinan di fasyankes di setiap level pemerintahan daerah
10. Integrasi dan sinkronisasi dalam upaya pencegahan stunting dan penguatan akreditasi fasyankes

**b. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK)**

Status gizi adalah aspek penting untuk menentukan apakah seorang ibu yang sedang hamil dapat melewati masa kehamilannya dengan baik dan tanpa ada gangguan apapun. Status gizi ibu hamil haruslah normal, karena ketika ibu hamil tersebut mengalami gizi kurang atau gizi berlebih akan banyak komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan dan berdampak pada kesehatan janin yang dikandungnya. Salah satu permasalahan gizi ibu hamil adalah kekurangan energi kronik (KEK).

Kekurangan energi kronik (KEK) adalah masalah gizi yang disebabkan karena kekurangan asupan makanan dalam waktu yang cukup lama, yaitu hitungan tahun. Berdasarkan Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2016, gambaran asupan makanan ibu hamil di Indonesia masih memprihatinkan, dimana proporsi ibu hamil dengan tingkat kecukupan energi kurang dari 70% angka kecukupan energi (AKE) sekira 53,9%, yang artinya lebih dari separuh ibu hamil di Indonesia mengalami kekurangan energi. Sementara proporsi ibu hamil dengan tingkat kecukupan protein kurang dari 80% angka kecukupan protein (AKP) juga cukup tinggi, yaitu sekira 51,9%, yang berarti separuh ibu hamil di Indonesia mengalami defisit protein. Kurangnya asupan energi yang berasal dari zat gizi makro (karbohidrat, protein dan lemak) maupun zat gizi mikro terutama vitamin A, vitamin D, asam folat, zat besi, seng, kalsium dan iodium serta zat gizi mikro lain pada wanita usia subur yang berkelanjutan (remaja sampai masa kehamilan), mengakibatkan terjadinya kurang energi kronik (KEK) pada masa kehamilan, yang diawali dengan kejadian 'risiko' KEK dan ditandai oleh rendahnya cadangan energi dalam jangka waktu cukup lama yang diukur dengan lingkaran lengan atas (LiLA).

Ibu hamil dengan masalah gizi dan kesehatan berdampak terhadap kesehatan dan keselamatan ibu dan bayi serta kualitas bayi yang dilahirkan. Kondisi ibu hamil

KEK berisiko menurunkan kekuatan otot yang membantu proses persalinan sehingga dapat mengakibatkan terjadinya kematian janin (keguguran), prematur, lahir cacat, bayi berat lahir rendah (BBLR) bahkan kematian bayi. Ibu hamil dengan risiko KEK dapat mengganggu tumbuh kembang janin yaitu pertumbuhan fisik (stunting), otak dan metabolisme yang menyebabkan penyakit menular di usia dewasa.

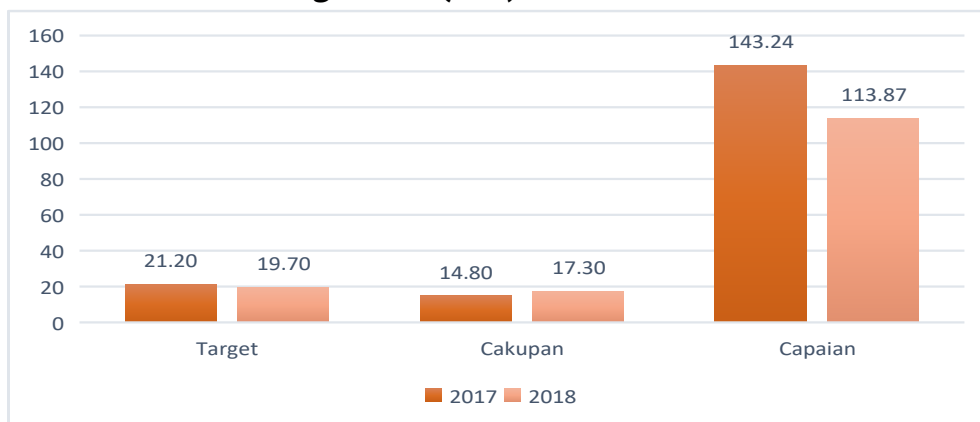
Masalah ibu hamil KEK merupakan salah satu fokus perhatian dan menjadi salah satu indikator kinerja program Kementerian Kesehatan, karena berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, prevalensi risiko KEK pada ibu hamil (15-49 tahun) masih cukup tinggi yaitu sebesar 24,2%. Prevalensi tertinggi ditemukan pada usia remaja (15-19 tahun) sebesar 38,5% dibandingkan dengan kelompok lebih tua (20-24 tahun) sebesar 30,1%. Indikator persentase ibu hamil KEK diharapkan turun sebesar 1,5% setiap tahunnya. Pada awal periode di tahun 2015, persentase ibu hamil KEK ditargetkan tidak melebihi 24,2%, dan diharapkan di akhir periode pada tahun 2019, maksimal ibu hamil dengan risiko KEK adalah sebesar 18,2%. Dasar penetapan persentase bumil KEK mengacu kepada hasil Riskesdas tahun 2013. Dengan ditetapkannya target tersebut, maka diharapkan persentase ibu hamil KEK menurun setiap tahunnya.

Dikarenakan indikator ini adalah indikator outcome, maka data hanya dapat diperoleh melalui survei yang dilakukan setiap tahun, dengan definisi operasional proporsi ibu hamil yang diukur lingkar lengan atasnya (LiLA) menggunakan pita LiLA dengan hasil ukur kurang dari 23,5 cm terhadap jumlah ibu hamil yang diukur LiLA-nya pada periode tertentu dikali 100%. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, menunjukkan persentase ibu hamil dengan risiko KEK sebesar 17,3%, dimana angka tersebut sudah lebih rendah dibandingkan dengan target tahun 2018 yang telah ditetapkan, bahkan target akhir Renstra Kemenkes periode 2014-2019. Hasil ini menjadi gambaran status gizi ibu hamil yang sesuai dengan harapan.

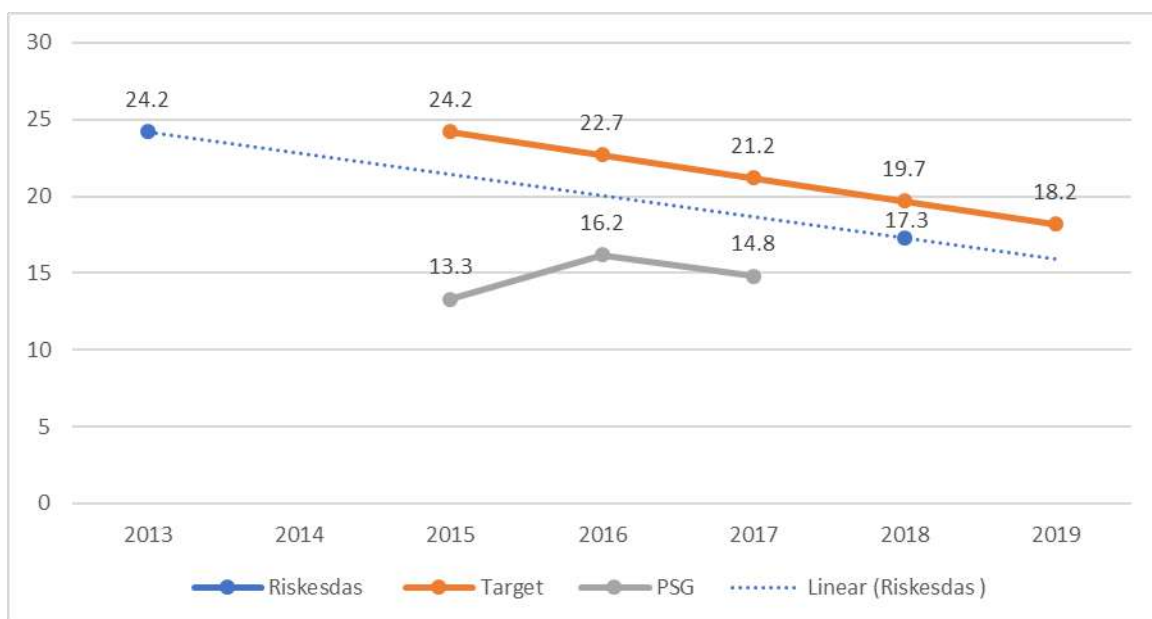
Jika melihat grafik. 5, terlihat bahwa persentase ibu hamil KEK diperoleh dari 2 survei yang berbeda. Dikarenakan Riskesdas hanya dilakukan lima tahun sekali, maka ketersediaan data pada tahun 2015-2017 diperoleh melalui survei Pemantauan Status Gizi (PSG) yang dilakukan oleh Direktorat Gizi Masyarakat yang bekerjasama dengan Poltekkes jurusan gizi di seluruh Indonesia. Jika membandingkan capaian di tahun 2017 dan tahun 2018, terlihat peningkatan persentase ibu hamil KEK sebesar 2,5%. Persentase yang fluktuatif ini tergambar sejak awal periode tahun 2015. Akan tetapi secara keseluruhan, persentase ibu hamil KEK yang diperoleh baik melalui PSG tahun 2015-2017 maupun Riskesdas 2018, selalu lebih baik dari target yang ditetapkan setiap tahunnya.



**Grafik 3.5. Target, Cakupan, dan Capaian Kinerja Renstra Indikator Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK) Tahun 2017 dan 2018**



**Grafik 3.6. Perbandingan Persentase Ibu Hamil Kekurangan Energi Kronis (KEK) Tahun 2018 dengan Target Jangka Menengah**



Sumber data: Pemantauan Status Gizi (PSG) Tahun 2015, 2016 dan 2017

Menurut Badan Kesehatan Dunia (WHO, 2010), batas ambang masalah kesehatan masyarakat untuk ibu hamil dengan risiko KEK adalah <5%, sementara hasil Riskesdas 2018 menunjukkan angka 17,3% untuk prevalensi ibu hamil KEK, dan lebih tinggi dari tahun 2017 (14,8%). Hal ini menunjukkan bahwa Indonesia masih mempunyai masalah kesehatan masyarakat kategori sedang (10-19%) untuk masalah ibu hamil dengan risiko KEK. Beberapa hal yang dapat mempengaruhi kondisi ini adalah:

1. Lebih dari setengah jumlah ibu hamil di Indonesia masih mengalami defisit konsumsi energi. Hal ini tergambarkan dari hasil Survei Diet Total (SDT) tahun 2014, yang menunjukkan sebanyak 52,2% ibu hamil dengan tingkat kecukupan energi <70% angka yang dianjurkan. Data ini diperkuat dengan hasil PSG (2016),



dimana sebanyak 53,9% ibu hamil dengan tingkat kecukupan energi <70% angka yang dianjurkan.

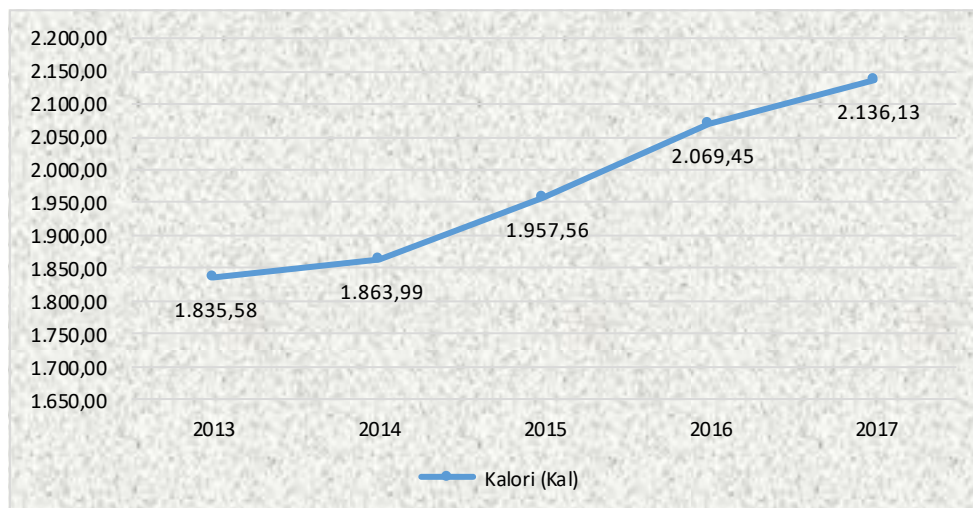
2. Kegiatan pemberian makanan tambahan (MT) bagi ibu hamil KEK yang belum mencapai target di tahun 2018, yaitu sebesar 68,9% dari target 80%. (Laporan rutin Dit. Gizi Masyarakat per 25 Januari 2019).

Sementara itu, secara program kegiatan, keberhasilan pemerintah sehingga persentase ibu hamil KEK selalu di bawah target yang ditetapkan didukung melalui:

**1) Rata-rata Konsumsi Kalori dan Protein per Kapita per Hari**

Berdasarkan hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS), rata-rata konsumsi kalori dan protein per kapita per hari menunjukkan peningkatan setiap tahunnya. Pada tahun 2013, konsumsi kalori per kapita per hari sebesar 1.835,58 Kal, meningkat menjadi 2.136,13 Kal pada tahun 2017.

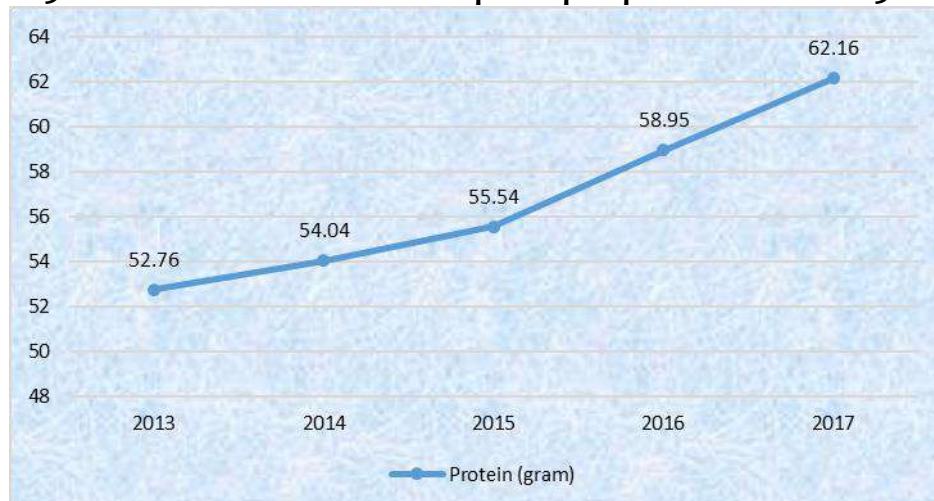
**Grafik 3.7.Rata-rata Konsumsi Kalori per Kapita per Hari Tahun 2013-2017**



Sumber data: Badan Pusat Statistik (BPS)

Begitupun konsumsi protein per kapita per hari, tahun 2013 sebesar 52,76 gram, dan meningkat di tahun 2017 menjadi 62,16 gram.

**Grafik 3.8.Rata-rata Konsumsi Protein per Kapita per Hari Tahun 2013-2017**



Sumber data: Badan Pusat Statistik (BPS)

Unicef (1998) mengungkapkan bahwa status gizi seseorang dipengaruhi langsung oleh asupan makanan dan penyakit infeksi. Fakta bahwa konsumsi kalori dan protein per kapita per hari meningkat sejak tahun 2013, secara langsung berpengaruh juga kepada status gizi masyarakat termasuk ibu hamil.

Peningkatan konsumsi kalori dan protein per kapita per hari masyarakat Indonesia, didukung juga dengan meningkatnya rata-rata pengeluaran per kapita sebulan untuk kelompok barang makanan. Pada tahun 2013, pengeluaran untuk kelompok barang makanan sebesar 48,9% per bulan, dan meningkat menjadi 50,8% per bulan di tahun 2017 (BPS, 2018).

## **2) Kegiatan kelas ibu hamil**

Kelas Ibu Hamil ini merupakan sarana untuk belajar bersama tentang kesehatan bagi ibu hamil, dalam bentuk tatap muka dalam kelompok. Melalui kelas ibu hamil diharapkan terjadi peningkatan pengetahuan, perubahan sikap dan perilaku ibu dalam hal kehamilan. Dalam kegiatan ini pengetahuan tentang gizi dan konseling dapat diberikan untuk ibu hamil terutama ibu hamil yang berisiko.

Data laporan rutin Direktorat Kesehatan Keluarga menunjukkan, puskesmas yang menyelenggarakan kelas ibu hamil meningkat setiap tahunnya. Pada tahun 2017, sebesar 92,98% puskesmas sudah melaksanakan kelas ibu hamil dan meningkat menjadi 95,03% di tahun 2018. Sehingga dapat diasumsikan bahwa semakin banyak ibu hamil yang meningkat pengetahuan gizinya. (Laporan rutin Dit. Kesga per tanggal 25 Januari 2019)

## **3) Penyelenggaraan kegiatan pelayanan antenatal di puskesmas (ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal minimal 4 kali)**

Kegiatan ini merupakan 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. Melalui kegiatan ini diharapkan ibu hamil dapat dideteksi secara dini adanya masalah, 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, salah satunya adalah nilai status gizi dengan cara mengukur LiLA. Pada tahun 2017, sebanyak 86,35% sudah mendapatkan pelayanan antenatal minimal 4 kali selama masa kehamilannya, dan meningkat menjadi 87,05% di tahun 2018. (Laporan rutin Dit. Kesga per tanggal 25 Januari 2019).

## **4) Gerakan Pekerja Perempuan Sehat Produktif (GP2SP)**

GP2SP merupakan upaya pemerintah, masyarakat maupun pengusaha untuk menggalang dan berperan serta, guna meningkatkan kepedulian dalam upaya memperbaiki kesehatan dan status gizi pekerja perempuan, sehingga dapat meningkatkan produktivitas kerja dan meningkatkan kualitas generasi penerus. Kegiatan utama GP2SP diantaranya adalah perusahaan menyediakan ruang ASI, mengadakan kelas ibu hamil, cek kesehatan secara berkala dan memperhatikan gizi pekerja hamil dan menyusui di tempat kerja. Pada tahun 2018, dari 3.041 perusahaan

dengan pekerja perempuan lebih dari 100 orang, sudah sekitar 448 (14,7%), naik sekitar 2% dari tahun sebelumnya, perusahaan yang sudah melaksanakan GP2SP.

Beberapa alternatif solusi untuk meningkatkan dalam pencapaian kinerja antara lain :

1. Konseling ibu tentang gizi seimbang bagi ibu hamil yang terintegrasi di kelas ibu.
2. Penyuluhan tentang MT untuk ibu hamil KEK, dengan memanfaatkan pangan lokal, sehingga tidak bergantung kepada pangan jadi atau pangan pabrikan.
3. Pendidikan gizi seimbang dan konsumsi tablet tambah darah bagi remaja putri, dalam rangka meningkatkan status kesehatan remaja putri yang merupakan calon ibu.

### **c. Persentase kab/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan**

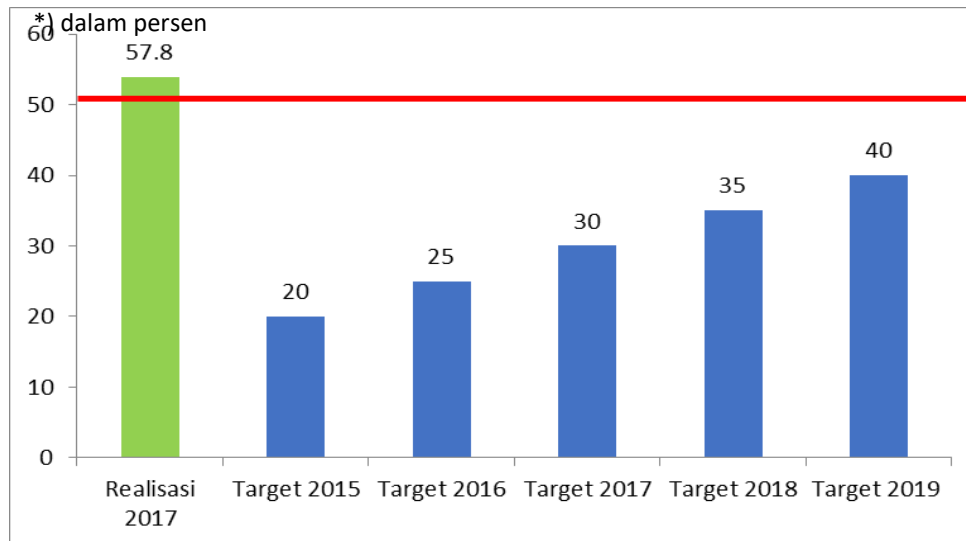
Indikator Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan yang dihasilkan dari perhitungan ke-enam indikator kinerja dengan kriteria minimal memenuhi 4 dari 6 indikator yaitu:

1. Memiliki Desa/kel melaksanakan STBM minimal 20%
2. Menyelenggarakan kab/kota sehat
3. Melakukan pengawasan kualitas air minum minimal 30%
4. TPM memenuhi syarat kesehatan minimal 8 %
5. TTU memenuhi syarat kesehatan minimal 30%
6. RS melaksanakan pengelolaan limbah medis minimal 10%

Kabupaten/Kota dinyatakan memenuhi kualitas kesehatan lingkungan jika memenuhi minimal 4 kriteria dari 6 kriteria tersebut diatas. Justifikasi penetapan target dan kriteria tersebut berdasarkan analisa data realisasi indikator pada tahun 2013 yang dilakukan di tahun 2014. Berdasarkan data pada tahun tersebut, target tahun 2015 ditetapkan sebesar 20% dengan peningkatan 5% setiap tahunnya sampai akhir tahun 2019 sebesar 40%. Sedangkan untuk kriteria minimal yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan berdasarkan data analisa tersebut, hanya terdapat 2 kab/kota saja yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan jika ditetapkan keenam kriteria. Kemudian dilakukan analisis kembali untuk mendapatkan jumlah kab/kota yang lebih besar yang dapat memenuhi kriteria yang ditetapkan. Jika ditetapkan 2 kriteria maka terdapat 130 kab/kota yang memenuhi kriteria. Sedangkan jika ditetapkan 3 kriteria maka terdapat 119 kab/kota yang dapat memenuhi kriteria. Penetapan 2 dan 3 kriteria diasumsikan belum memenuhi seluruh aspek kesehatan lingkungan. Sehingga kemudian dilakukan perhitungan 4 kriteria maka terdapat 76 kabupaten/kota yang memenuhi kriteria dan dianggap sesuai untuk dijadikan data dasar untuk tahun 2015.

Cakupan indikator persentase kab/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan pada tahun 2017 sebesar 53,89% (277 kab/kota dari 514 kab/kota) memiliki target 30% (154 kab/kota dari 514 kab/kota) sehingga capaian kinerja nya sebesar 179,64%. Pada Tahun 2018, target indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan sebesar 35 % (180 kab/ kota dari 514 kab/ kota). Sedangkan realisasi indikator tersebut sebesar 57.8 % (297 kab/ kota). Itu berarti realisasi indikator tersebut sudah mencapai target indikator dengan capaian kinerja sebesar 165.14 %.

**Grafik 3.9. Realisasi Th 2018 dan Target Jangka Menengah Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan**

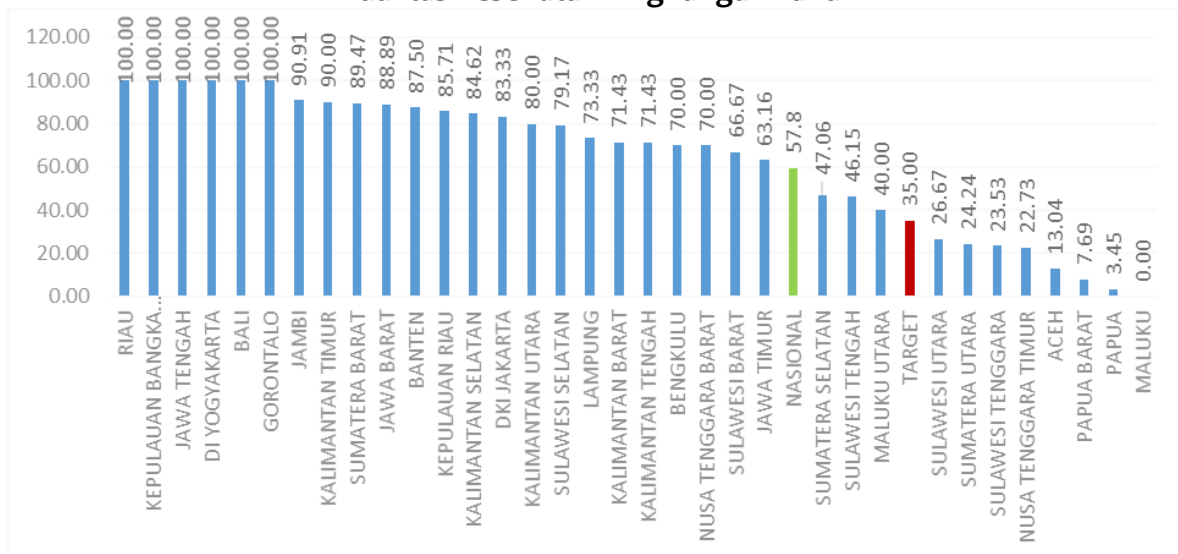


Jika menyandingkan realisasi 2018 dengan target jangka menengah 2015-2019 maka diketahui bahwa realisasi 2018 sudah melewati target 2015-2019.

**Tabel 3.2. Realisasi Per Propinsi Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan tahun 2018**

NO	LOKASI/ KAB/ KOTA	JML KAB/KOTA (VERSI PU SDATIN/	JUMLAH KAB/	%
1	ACEH	23	2	8.70
2	SUMATERA UTARA	33	10	30.30
3	SUMATERA BARAT	19	17	89.47
4	RIAU	12	12	100.00
5	JAMBI	11	11	100.00
6	SUMATERA SELATAN	17	6	35.29
7	BENGKULU	10	7	70.00
8	LAMPUNG	15	11	73.33
9	KEPULAUAN BANGKA BELITUNG	7	7	100.00
10	KEPULAUAN RIAU	7	6	85.71
11	DKI JAKARTA	6	5	83.33
12	JAWA BARAT	27	23	85.19
13	JAWA TENGAH	35	34	97.14
14	DI YOGYAKARTA	5	5	100.00
15	JAWA TIMUR	38	24	63.16
16	BANTEN	8	8	100.00
17	BALI	9	8	88.89
18	NU SA TENGGARA BARAT	10	9	90.00
19	NU SA TENGGARA TIMUR	22	3	13.64
20	KALIMANTAN BARAT	14	10	71.43
21	KALIMANTAN TENGAH	14	8	57.14
22	KALIMANTAN SELATAN	13	12	92.31
23	KALIMANTAN TIMUR	10	8	80.00
24	KALIMANTAN UTARA	5	4	80.00
25	SULAWESI UTARA	15	3	20.00
26	SULAWESI TENGAH	13	6	46.15
27	SULAWESI SELATAN	24	21	87.50
28	SULAWESI TENGGARA	17	3	17.65
29	GORONTALO	6	6	100.00
30	SULAWESI BARAT	6	3	50.00
31	MALUKU	11	0	0.00
32	MALUKU UTARA	10	3	30.00
33	PAPUA BARAT	13	1	7.69
34	PAPUA	29	1	3.45

**Grafik 10. Realisasi Per Propinsi Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2018**



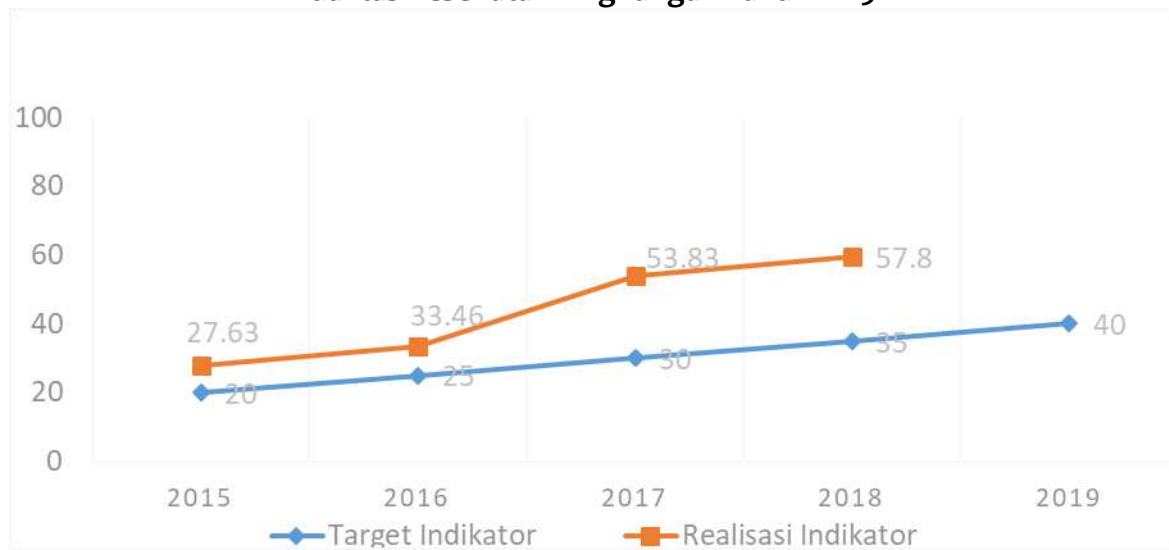
Pada tahun 2018, dari 514 kab/kota terdapat 297 kab/kota telah memenuhi kualitas kesling. Terdapat 17 propinsi (50%) yang berada di zona hijau (76-100% kab/kota di propinsi tersebut memenuhi kualitas kesling) yaitu Sumatera Barat, Riau, Jambi, Kep. Bangka Belitung, Kep. Riau, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Banten, Bali, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Kalimantan Utara, Sulawesi Selatan, Gorontalo). Terdapat 5 propinsi (14.70%) berada di zona kuning (51-75% kab/kota di propinsi tersebut memenuhi kualitas kesling) yaitu Bengkulu, Lampung, Jawa Timur, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah. 5 propinsi (14.70 %) berada di zona oranye (26-50 % kab/kota di propinsi tersebut memenuhi kualitas kesling) yaitu Sulawesi Barat, Sulawesi Utara, Maluku Utara, Sulawesi Tengah, Sumatera Selatan); dan terakhir 7 propinsi (20.58 %) masih berada di zona merah (0-25 % kab/kota di propinsi tersebut memenuhi kualitas kesling) yaitu Aceh, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Utara, Sulawesi Tenggara, Maluku, Papua Barat, Papua. Sumber data diperoleh dari Dashboard Kesling ([kesling.kemas.kemkes.go.id](http://kesling.kemas.kemkes.go.id)) Berbagai instrument pelaporan indikator baik secara manual maupun elektronik (online).

**Gambar 3.1. Peta Realisasi Per Propinsi Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2018**





**Grafik 3.11. Target dan Realisasi Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2015-2018**



Pada tahun 2018, target indikator Persentase Kab/Kota yang memenuhi kualitas lingkungan sebesar 35 % dan realisasi indikator tersebut sebesar 57,8 %. Itu berarti pada tahun 2018, realisasi indikator tersebut telah mencapai target indikator yang ditetapkan. Tahun 2017 target indikator tersebut sebesar 30% dan realisasinya sebesar 53,89%, hal ini menunjukkan realisasi telah mencapai target yang ditentukan. Tahun 2016 target indikator tersebut sebesar 25 % dan realisasinya sebesar 33,46 %, hal ini menunjukkan bahwa realisasi telah mencapai target yang ditentukan. Pada tahun 2015, target indikator tersebut sebesar 20 % dan realisasinya sebesar 27,63 %. Itu berarti pada tahun 2015, realisasi indikator tersebut juga telah mencapai target indikator yang ditetapkan. Jadi dapat disimpulkan bahwa trend realisasi indikator tersebut senantiasa mencapai target indikator setiap tahunnya.

**Grafik 3.12. Target dan Capaian Kinerja Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2015-2018**



Pada tahun 2018, capaian kinerja indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan sebesar 165.14 %. Pada Tahun 2017, capaian kinerja indikator tersebut sebesar 179.63 %. Pada tahun 2016, capaian kinerja indikator tersebut sebesar 133.85 %. Pada tahun 2015, capaian kinerja indikator tersebut sebesar 138.1 %. Jadi dapat disimpulkan bahwa trend capaian kinerja indikator tersebut di atas 100 % setiap tahunnya.

Analisis penyebab/ program/ kegiatan yang menunjang keberhasilan antara lain :

1. Sumber Daya Manusia

Peningkatan kapasitas sumber daya manusia (petugas dan masyarakat) baik di pusat maupun dekonsentrasi melalui kegiatan (a) Orientasi STBM stunting kepada TNI, PKK, MUI/Tokoh Agama, Pramuka dan Camat dan Kepala Puskesmas Sanitarian dan Petugas Gizi; (b) Sosialisasi Lima Pilar STBM ke Masyarakat di 7 lokasi percontohan; (c) Penyebarluasan informasi STBM melalui Pembuatan Video Lima Pilar STBM; (d) Pertemuan akselerasi pencapaian akses air minum dan sanitasi (Universal Akses 2019) di tiga regional; (e) Orientasi teknis petugas dalam pengawasan kualitas kesling dan Workshop Penyehatan Air, (f) Orientasi Penanggung Jawab dan Penjamah Makanan dalam Rangka Asian Games dan Orientasi Penjamah Pangan Kantin Kementerian dan Perguruan Tinggi, (g) Orientasi Pra Kedaruratan Kesehatan Lingkungan, (h) Orientasi investigasi KLB Penyakit bawaan pangan; (i) Orientasi pengawas internal (seluruh pelaku masyarakat sekolah SD,SMP /sederajat); (j) Orientasi PHAST Pasar, praktek implementasi pasar sehat di 150 lokasi pasar (k) Orientasi Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit.

2. Pembiayaan

Dalam rangka mendukung pelaksanaan kegiatan penyehatan lingkungan. pembiayaan berasal dari berbagai sumber baik pusat, dana dekon, Dana Alokasi Khusus Fisik dan Non Fisik.

3. Sistem dan Metode

Pengembangan Sistem dan Metode dilakukan melalui Penyusunan Norma Standar Prosedur dan Ketentuan dan Pengembangan Monitoring dan Evaluasi berbasis internet. Untuk penyusunan Norma Standar Prosedur dan Ketentuan berupa (a) Petunjuk Teknis Pengawasan Kualitas Air Minum dan Uji Coba Panduan Teknis Tata Cara PKAM, (b) Penyusunan petunjuk teknis KLB Keracunan Pangan dan Pedoman Kantin Sehat, (c) Review Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 519 tentang Penyelenggaraan Pasar Sehat (d) Penyusunan pedoman RPM Pengelolaan Limbah Medis Fasilitas Pelayanan Kesehatan Berbasis Wilayah (e) Review Kepmenkes 1204 tentang Persyaratan Kesling RS (f) Draft Kurikulum Pengelolaan Limbah Medis (g) Juknis Pengendalian Dampak Kesehatan Lingkungan akibat Penggunaan Merkuri pada Pertambangan Emas Skala Kecil dalam Metode Partisipatori (h) Kurikulum Modul Pelatihan Adaptasi Perubahan Iklim Bidang Kesehatan bagi Tenaga Kesehatan di Wilayah Kerjanya.

4. Sarana dan Prasarana

Percepatan program STBM melalui program Pamsimas di 365 Kabupaten dan Percepatan pencapaian akses sanitasi melalui Peningkatan Sarana Kesling di 250 desa lokus *Stunting* beserta Cetakan Jamban sebanyak 1.136 unit. Kemudian dialokasikan juga peralatan Sanitarian Kit sebanyak 842 unit, Kit Kesling Kab/Kota



sebanyak 123 unit, Alat Pembersih Pasar sebanyak 150 unit dan Kit partisipatori Kesling sebanyak 1.028 unit.

Namun demikian upaya-upaya tersebut belum sepenuhnya maksimal dan masih terdapat beberapa kendala seperti :

1. Sumber Daya Manusia  
Meskipun peningkatan kapasitas petugas kesling dan kader (masyarakat) telah dilakukan secara masif dan terstruktur. Orientasi dilakukan pada dari tingkat pusat, provinsi dan kabupaten yang melibatkan *stake holder* terkait. Namun kuantitas dan kualitas petugas kesehatan lingkungan dalam melaksanakan pembinaan dan pengawasan terkait kesling masih kurang hal ini serta mutasi petugas yang terjadi di daerah.
2. Sistem dan Metode  
Meskipun sebagian besar Sistem Monitoring dan Evaluasi Indikator Kesehatan Lingkungan telah berjalan dengan baik. Namun terdapat indikator yang masih menggunakan metode manual seperti Pengawasan Pasar dan Tempat-Tempat Umum, Pasar Sehat dan Kabupaten Kota Sehat yang memenuhi Syarat sehingga monitoringnya tidak secepat indikator lainnya. Selain itu, lemahnya jaringan internet di beberapa wilayah di Indonesia juga menyebabkan salah satu kendala.
3. Sarana dan Prasarana  
Peralatan yang diperlukan dalam pengawasan kesehatan lingkungan seperti Kit Kesling Kab/Kota, Sanitarian Kit dan Cetakan jamban telah dialokasikan ke daerah melalui anggaran pusat dan DAK. Namun, jumlah yang terdistribusi belum optimal. Cetakan Jamban yang telah terdistribusi sebesar 3.428 buah masih terdapat 6.577 yang belum memiliki Cetakan Jamban telah terdistribusi sebesar 2.192 unit dan 7.633 puskesmas yang belum memiliki Sanitarian Kit. Sementara itu, distribusi Kit Kesling Kab/Kota telah mencapai 139 unit dan masih ada 379 kab/kota yang belum memilikinya. Kemungkinan penggunaan dana DAK dalam memenuhi kebutuhan peralatan kesehatan lingkungan belum optimal. Selain itu alokasi Alat Pembersih Pasar sebanyak 150 unit belum memenuhi seluruh pasar yang telah dilakukan perbaikan oleh Kemendag sebagai basis data Pasar Sehat. Kemudian Kit partisipatori Kesling sebanyak 1.028 unit juga tidak mampu memenuhi kebutuhan seluruh puskesmas yang ada di Indonesia.

Alternatif solusi yang dilakukan meliputi :

1. Memaksimalkan pembinaan penyelenggaraan kesehatan lingkungan secara terintegrasi dan terfokus pada daerah sasaran yang aktif kepada seluruh pengelola kesehatan lingkungan di daerah dalam percepatan pencapaian target indikator kesehatan lingkungan.
2. Memaksimalkan komunikasi aktif baik melalui media elektronik maupun surat menyurat kepada seluruh pimpinan daerah dalam rangka implementasi serta monitoring evaluasi data dan pelaporan tepat waktu.
3. Memaksimalkan advokasi kepada pejabat daerah agar diperoleh dukungan terhadap pelaksanaan kegiatan kesling khususnya dalam hal pendanaan penyelenggaraan kesehatan lingkungan. Selain itu, agar diperoleh dukungan operasional berupa penyediaan jaringan internet yang lebih stabil. Diperlukan juga

- penyediaan fasilitas input offline pada aplikasi elektronik oleh Pusat, jika terjadi penurunan koneksi jaringan internet di daerah.
4. Pelaksanakan orientasi kesehatan lingkungan secara terintegrasi kepada seluruh pengelola kesehatan lingkungan (sanitarian) tingkat Puskemas dan Kabupaten/Kota untuk penyelenggaraan kesehatan lingkungan yang terstandar dan pelaporan tepat waktu melalui sistim monitoring elektronik.
  5. Melanjutkan pemberian sarana dan prasarana pengawasan kesehatan lingkungan sampai tingkat Puskesmas yang menjadi sasaran prioritas Kementerian Kesehatan (sasaran lokus Puskesmas untuk program Keluarga Sehat) dan pada puskesmas yang tersedia tenaga sanitarian aktif.
  6. Melanjutkan pendampingan dana dekon dan DAK yang optimal untuk percepatan capaian kesehatan lingkungan secara menyeluruh.
  7. Memperluas sosialisasi 5 pilar STBM kepada masyarakat di seluruh kab/kota.
  8. Melanjutkan kemitraan dengan Pramuka, PKK, TNI dan Tokoh Agama/Majelis Ulama Indonesia dalam pelaksanaan kegiatan kesling sampai dengan basis keluarga.
  9. Melanjutkan pelaksanaan berbagai penilaian untuk mendukung pelaksanaan kesling seperti penilaian kab/kota sehat, lingkungan bersih sehat, kantor sehat, sekolah sehat, kantin sehat, pelabuhan/bandara sehat, toilet sehat dll.

## **2). Sasaran Strategis 2: Meningkatnya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit**

Saat ini, Indonesia tengah menghadapi tantangan besar yakni masalah kesehatan *triple burden*, dimana angka kesakitan penyakit menular masih tinggi namun di sisi lain penyakit tidak menular mengalami peningkatan yang cukup bermakna dan penyakit penyakit yang seharusnya sudah teratasi muncul kembali. Data *Global Burden of Disease* 2010 dan *Health Sector Review* 2014 bahwa menyebutkan kematian yang diakibatkan PTM, yaitu stroke menduduki peringkat pertama. Padahal 30 tahun lalu, penyakit menular seperti infeksi saluran pernafasan atas (ISPA), tuberkulosis dan diare merupakan penyakit terbanyak dalam pelayanan kesehatan. Pergeseran pola penyakit ini, ditengarai disebabkan perubahan gaya hidup masyarakat. Guna menjawab tantangan permasalahan tersebut, maka Kementerian Kesehatan telah menetapkan langkah-langkah pencegahan dan pengendalian penyakit. Langkah-langkah pencegahan tersebut selanjutnya dirumuskan menjadi sejumlah indikator-indikator untuk mengukur capaian kinerjanya.

Dalam kaitan dengan Sasaran Strategis ini, Kementerian Kesehatan mengidentifikasi sembilan Indikator Kinerja Utama (IKU) dengan hasil capaiannya sebagaimana tergambar dalam tabel berikut:

**Tabel 3.3.**  
**Capaian IKU pada Sasaran Strategis 2:**  
**Meningkatnya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit**

<b>SS2: Meningkatnya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit</b>				
Indikator Kinerja		Target	Realisasi	% Realisasi
2a.	Persentase cakupan keberhasilan pengobatan pasien TB/Succes Rate (SR)	89%	89,3%	100,3%
2b.	Prevalensi HIV	<0,5%	0,33%	134%
2c.	Jumlah kabupaten/kota mencapai eliminasi malaria	285	285	100%
2d.	Jumlah provinsi dengan eliminasi kusta	26	24	92,31%
2e.	Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi Filariasis	24	38	158,33%
2f.	Penurunan kasus Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) tertentu	30%	39,4%	131,33%
2g.	Kab/Kota yang mampu melaksanakan kesiapsiagaan dalam penanggulangan kedaruratan kesehatan masyarakat yang berpotensi wabah	82%	84%	102,44%
2h.	Persentase kab/kota yang melaksanakan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) minimal 50% sekolah	40%	42,4%	106,00%
2i.	Jumlah kabupaten/kota yang memiliki Puskesmas yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa	230	247	107,39%

Uraian tentang kesembilan IKU tersebut adalah sebagai berikut:

**a. Persentase cakupan keberhasilan pengobatan pasien TB/Succes Rate**

Indikator persentase cakupan keberhasilan pengobatan TB/ Success Rate merupakan indikator yang memberikan gambaran kualitas pengobatan TB yaitu seberapa besar keberhasilan pengobatan pada pasien TB yang sudah mendapat pengobatan dan dilaporkan. Angka ini menggambarkan besaran pasien TB yang berhasil dalam pengobatannya baik dengan kategori sembuh maupun kategori pengobatan lengkap.

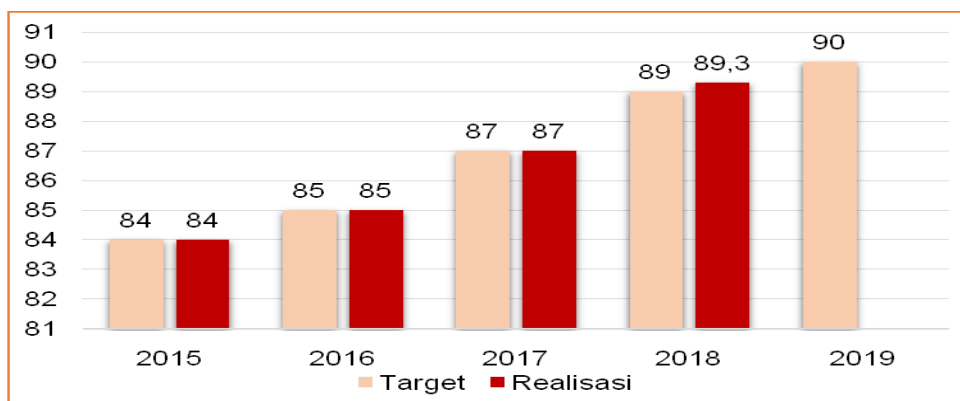
Persentase cakupan keberhasilan pengobatan TB adalah jumlah semua kasus TB yang sembuh dan pengobatan lengkap di antara semua kasus TB yang diobati dan dilaporkan dalam satu tahun.

Indikator ini dihitung berdasarkan rumus:

$$\begin{array}{l} \text{Persentase} \\ \text{cakupan} \\ \text{keberhasilan} \\ \text{pengobatan TB} \end{array} = \frac{\text{Jumlah semua kasus TB yang sembuh} \\ \text{dan pengobatan lengkap}}{\text{Jumlah semua kasus TB yang diobati dan} \\ \text{dilaporkan}} \times 100\%$$

Capaian indikator persentase cakupan keberhasilan pengobatan TB selama tahun 2015-2017 mencapai kinerja 100% dimana pada tahun 2015 sebesar 84% dari target 84%, tahun 2016 sebesar 85% dari target 85%, pada tahun 2017 sebesar 87% dari target 87%, sedangkan capaian tahun 2018 sebesar 89,3% dari target 89%. Capaian tahun 2018 telah mencapai target dan diproyeksikan semakin meningkat setelah laporan lengkap diterima dari Provinsi. Secara lengkap target dan capaian per tahun digambarkan dalam grafik berikut ini:

**Grafik 3.13 Target dan Capaian  
Persentase Cakupan Angka Keberhasilan Pengobatan TB  
Tahun 2015 – 2019**



Sumber data : Laporan Subdit TB per 21 Januari Tahun 2019

Bila dibandingkan dengan indikator RPJMN yakni Prevalensi Tuberkulosis (TB) dengan target sebesar 254 per 100.000 penduduk maka capaian tahun 2018 sebesar 250 per 100.000 penduduk dengan capaian kinerja sebesar 102%. Prevalensi TB dengan angka keberhasilan memiliki hubungan negatif yang artinya jika angka keberhasilan pengobatan semakin tinggi, maka prevalensi TB akan menurun dan sebaliknya angka keberhasilan pengobatan semakin tinggi berarti penderita TB yang sembuh semakin banyak dan kemungkinan untuk menularkan akan berkurang. Jika penularan berkurang maka jumlah penderita TB di populasi juga berkurang, dengan demikian prevalensi juga menurun.

Berdasarkan data Badan Kesehatan Dunia (World Health Organization/ WHO) yang dimuat pada *Global TB report 2018*, indikator yang dipakai dalam mencapai tujuan “*End the Global TB epidemic*” adalah jumlah kematian akibat TB per tahun, angka kejadian (*incidence rate*) per tahun serta persentase rumah tangga yang menanggung biaya pengobatan TB. Menurut laporan TB Global Report, 2018, angka kejadian (insidensi)

TB tahun 2017 adalah 319 per 100.000 (sekitar 842.000 pasien TB), dan 4% diantaranya dengan TB/HIV. Angka kematian TB adalah 40 per 100.000 penduduk dimana angka tersebut tidak termasuk angka kematian akibat TB/HIV. Secara lengkap terlihat dalam tabel berikut ini:

**Tabel 3.4**  
**Estimasi Beban TB tahun 2018**

ESTIMATES OF TB BURDEN, <sup>a</sup> 2017		
	NUMBER (THOUSANDS)	RATE (PER 100 000 POPULATION)
Mortality (excludes HIV+TB)	107 (100–114)	40 (38–43)
Mortality (HIV+TB only)	9.4 (5–15)	3.6 (1.9–5.8)
Incidence (includes HIV+TB)	842 (767–919)	319 (291–348)
Incidence (HIV+TB only)	36 (20–57)	14 (7.7–21)
Incidence (MDR/RR-TB) <sup>b</sup>	23 (16–31)	8.8 (6.2–12)

Sumber data : *Global TB Report Tahun 2018*

Indikator persentase cakupan keberhasilan pengobatan TB tahun 2018 mencapai target. Tercapainya target disebabkan karena berbagai ekspansi yang sudah dilaksanakan seperti ekspansi DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*), ekspansi laboratorium pemeriksaan TB, ekspansi fasilitas pelayanan TB RO sehingga mendukung meningkatnya kasus TB yang ditemukan dan diobati, peran pengawas menelan obat dan fasilitas layanan kesehatan yang semakin baik, serta telah dilaksanakannya *moping up*/ penysiran kasus ke RS yang ada di Provinsi dan Kabupaten/ Kota.

Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

- 1) Ekspansi laboratorium pemeriksaan TB. Pada tahun 2018 terdapat 7,372 laboratorium mikroskopis TB yang terdiri dari 6,036 PRM/PPM dan 1,336 RS/BKPM/BBKPM. Jumlah Laboratorium Rujukan Intermediate (LRI) sebanyak 159 di 25 provinsi (144 Kab/Kota), sedangkan 9 provinsi yang belum mempunyai LRI adalah Provinsi Kepri, Jambi, Bengkulu, Bali, Kalimantan Utara, Kalimantan Tengah, Gorontalo, Sulawesi Barat, Papua Barat). Jumlah Laboratorium Culture Drug Susceptibility Testing (CDST) di Indonesia sebanyak 19 laboratorium biakan di 11 provinsi, 11 laboratorium Drug Susceptibility Testing (DST) lini pertama di 8 provinsi, 9 laboratorium DST lini kedua di 6 provinsi. Sebanyak 792 Laboratorium TCM di 34 provinsi per Desember 2018, dengan utilisasi Test Cepat Molekuler (TCM) 2018 sebanyak 35%, serta sudah adanya *Second Line - Line Probe Assay* (LPA). LPA lini dua dapat mendeteksi secara cepat *mycobacterium tuberculosis* dan resistensi terhadap fluoroquinolon dan obat injeksi lini kedua. Sebanyak 7 laboratorium dinyatakan lulus LPA lini kedua yakni BBLK Surabaya, RSUP Persahabatan Lab Mikrobiologi FKUI, BBLK Palembang, HUMRC Makassar, BBLK Jawa Barat dan RSUP dr. Kariyadi.
- 2) Ekspansi fasilitas pelayanan TB resistensi obat. Indonesia memulai pengobatan pasien TB RO yang diawali di dua Rumah Sakit, yaitu RSUP Persahabatan Jakarta dan RSUD Dr. Soetomo Surabaya melalui KEPMENKES RI No.117/MENKES/SK/II/2009 sebagai acuan pelaksanaan TB RO. Perjalanan dari tahun ketahun, jumlah kasus TB

RO semakin meningkat. Dengan adanya peningkatan kasus TB RO di Indonesia, maka perluasan MPTRO harus ditingkatkan. Peningkatan akses sangat diperlukan untuk dapat memberikan pelayanan kepada seluruh pasien TB RO. Sampai dengan saat ini, fasilitas pelayanan kesehatan TB RO dilaksanakan di Fasyankes Rujukan TB RO yang ada di 34 Provinsi. Tingginya jumlah kasus yang ada dan terbatasnya layanan TB RO berpengaruh terhadap akses layanan juga berpengaruh terhadap keberhasilan pengobatan pasien TB RO. Untuk mendekatkan akses, meningkatkan cakupan layanan dan keberhasilan pengobatan pasien TB RO perlu dilakukan perluasan penyelenggara layanan. Untuk mendukung rencana ekspansi layanan TB RO, Kementerian Kesehatan telah menerbitkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. HK.01.07/MENKES/350/2017 tentang “Rumah Sakit dan Balai Kesehatan Pelaksana Layanan Tuberkulosis Resistan Obat”. Hingga Bulan September 2018 pelayanan TB RO sudah dilaksanakan di 171 RS/Balikes di 34 provinsi.

- 3) Pembentukan jejaring riset TB (JetSet TB). Pada bulan April 2017, telah dibentuk Jejaring Riset TB yang disebut dengan JETSET TB Indonesia, beranggotakan akademisi, profesi, dan peneliti di bidang TB. Dibentuknya JETSET TB ini bertujuan untuk membangun basis data penelitian TB yang aktual dan terkini, membangun kapasitas peneliti TB yang professional, membangun komunikasi efektif antar peneliti dan pengambil kebijakan dan membangun kemitraan strategis dengan Program TB di seluruh Indonesia. Pada Bulan November 2018 telah dilaksanakan Seminar Nasional yang diselenggarakan di Makasar bekerjasama dengan FK Universitas Hasanuddin.
- 4) Pelaksanaan *Moping Up*/penyisiran kasus ke rumah sakit-rumah sakit baik rumah sakit pemerintah maupun swasta.
- 5) Pengiriman umpan balik hasil entri SITT dan hasil penyisiran kasus ke rumah sakit yang ada di provinsi dan kabupaten/ kota.
- 6) Telah terbentuk 6 Koalisi Organisasi Profesi Indonesia (KOPI) TB Provinsi dan 16 KOPI TB Kabupaten/Kota (per Desember 2018)
- 7) Telah terselenggaranya *Implementing Organization Public Private Mix* (IOPPM) *Catalytic Funding* yang merupakan salah satu *Sub-Recipient* (SR) untuk dana *Catalytic Funding* dari The Global Fund. Tujuan dari IO PPM ini adalah menemukan *missing cases* pada fasilitas kesehatan non-NTP baik pemerintah maupun swasta melalui pendekatan komprehensif untuk melibatkan fasyankes non-NTP dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan TB dan notifikasi kasus TB melalui pendekatan *District-based Public-Private Mix* (DPPM). IO PPM akan menerapkan pendekatan melalui KOPI TB di 37 kab/kota. Pemilihan 37 kab/kota tersebut didasarkan pada beban TB tertinggi di Indonesia.
- 8) Kampanye TB melalui kegiatan Peringatan Hari TB Sedunia dengan tema ‘Peduli TBC, Indonesia Sehat’, diiringi dengan kegiatan deteksi dini pencegahan penularan TBC melalui penemuan secara aktif dan masif di seluruh Indonesia dengan kegiatan ketuk pintu dan kampanye Temukan Obati Sampai Sembuh Tuberculosis (TOSSTBC). Selain itu, gaung #TOSSTBC juga dikumandangkan di media sosial, lewat lokakarya *blogger* kesehatan untuk peduli TBC, tagar atau hastag TBC pada hari itu berhasil menjadi *trending topic* nasional.



**Gambar 3.2**  
**Peringatan Hari TB Sedunia Tahun 2018**



- 9) Forum Komunikasi Nasional untuk Pengelolaan Komunitas TB. Forum ini berfungsi sebagai forum komunikasi untuk berbagi informasi program saat ini antara Kementerian Kesehatan dan *Civil Society Organization* (CSO) dan juga untuk memperkuat komunikasi dan koordinasi di antara CSO untuk melakukan kegiatan pengendalian TB. Keberadaan forum akan membantu memperkuat koordinasi di antara pemangku kepentingan TB.
- 10) Akselerasi penemuan kasus melalui investigasi kontak bersama komunitas. Investigasi kontak merupakan kegiatan pelacakan dan investigasi yang ditujukan pada orang-orang yang kontak dengan pasien TBC untuk menemukan terduga TBC. Kegiatan ini dilakukan untuk menyelidiki minimal 20 kontak atau 4 rumah tetangga pasien TBC. Kontak yang terduga TBC akan dirujuk ke layanan untuk pemeriksaan lanjutan dan bila terdiagnosis TBC, akan diberikan pengobatan yang tepat dan sedini mungkin. Investigasi kontak mempunyai 2 fungsi yaitu meningkatkan penemuan kasus dan mencegah penularan TBC. Investigasi kontak di Indonesia dikembangkan dengan mencari kasus yang tertular maupun yang merupakan sumber penularan pada kasus TBC terkonfirmasi bakteriologis dan TBC pada anak. Lebih dari 20 CSO telah terlibat dalam deteksi kasus dan investigasi kontak. CSO termasuk Aisyiyah, yang merupakan bagian dari LKNU dan Organisasi Mantan Pasien TBC. CSO tersebut aktif terlibat dalam penanggulangan TBC di 191 Kabupaten/Kota di Indonesia yang menyumbang rujukan kasus TBC sebesar 44.000 kasus.

Meskipun indikator ini telah mencapai target tetapi dalam pelaksanaan mengalami kendala dan permasalahan antara lain:

- 1) Meningkatnya epidemi kasus TB resisten obat.
- 2) Belum semua kasus TB berhasil dijangkau.
- 3) Pendekatan yang terlalu sentralistik dan global.
- 4) Sebagian besar Kab/Kota belum mempunyai komitmen politik yang ditandai dengan adanya peraturan daerah dan peningkatan anggaran untuk P2TB.



- 5) Lemahnya aspek manajemen program.
- 6) Meskipun pendanaan pemerintah pusat meningkat, kontribusi anggaran dari provinsi dan kabupaten untuk pengendalian TB masih tetap minimal di kebanyakan daerah.
- 7) Banyak mitra pemain tetapi kurang terintegrasi menjadi kekuatan yang sinergis.

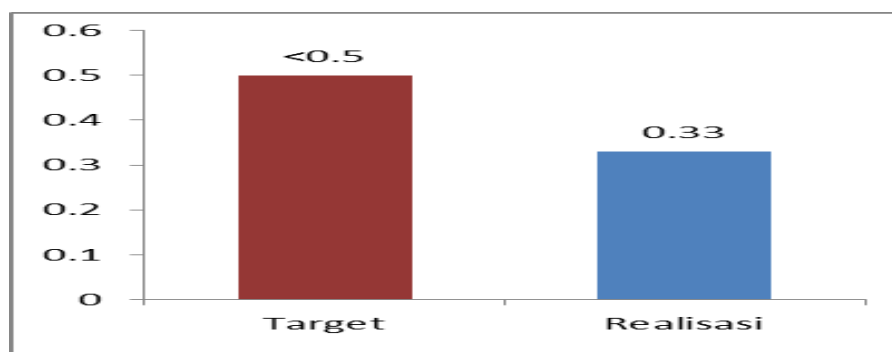
Sebagai upaya pemecahan masalah, Program TB melaksanakan kegiatan yang berdasarkan 6 strategi yaitu:

- 1) Penguatan Kepemimpinan Program TB di Kabupaten/Kota
  - Promosi: Advokasi, Komunikasi dan Mobilisasi Sosial
  - Regulasi dan peningkatan pembiayaan
  - Koordinasi dan sinergi program
- 2) Peningkatan Akses Layanan “TOSS-TB” yang Bermutu
  - Peningkatan jejaring layanan TB melalui PPM (public-private mix)
  - Penemuan aktif berbasis keluarga dan masyarakat
  - Peningkatan kolaborasi layanan melalui TB-HIV, TB-DM, MTBS, PAL, dan lain sebagainya
  - Inovasi diagnosis TB sesuai dengan alat / saran diagnostik yang baru
  - Kepatuhan dan Kelangsungan pengobatan pasien atau *Case holding*
  - Bekerjasama dengan asuransi kesehatan dalam rangka Cakupan Layanan Semesta (health universal coverage).
- 3) Pengendalian Faktor Risiko
  - Promosi lingkungan dan hidup sehat.
  - Penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi TB.
  - Pengobatan pencegahan dan imunisasi TB.
  - Memaksimalkan penemuan TB secara dini, mempertahankan cakupan dan keberhasilan pengobatan yang tinggi.
- 4) Peningkatan Kemitraan melalui Forum Koordinasi TB
  - Peningkatan kemitraan melalui forum koordinasi TB di pusat
  - Peningkatan kemitraan melalui forum koordinasi TB di daerah
- 5) Peningkatan Kemandirian Masyarakat dalam Penanggulangan TB
  - Peningkatan partisipasi pasien, mantan pasien, keluarga dan masyarakat.
  - Pelibatan peran masyarakat dalam promosi, penemuan kasus, dan dukungan pengobatan TB.
  - Pemberdayaan masyarakat melalui integrasi TB di upaya kesehatan berbasis keluarga dan masyarakat.
- 6) Penguatan Sistem kesehatan
  - Sumber Daya Manusia yang memadai dan kompeten.
  - Mengelola logistic secara efektif.
  - Meningkatkan pembiayaan, advokasi dan regulasi.
  - Memperkuat Sistem Informasi Startegis, surveilans proaktif termasuk kewajiban melaporkan (*mandatory notification*).
  - Jaringan dalam penelitian dan pengembangan inovasi program.

**b. Prevalensi HIV (persen) < 0,5 %**

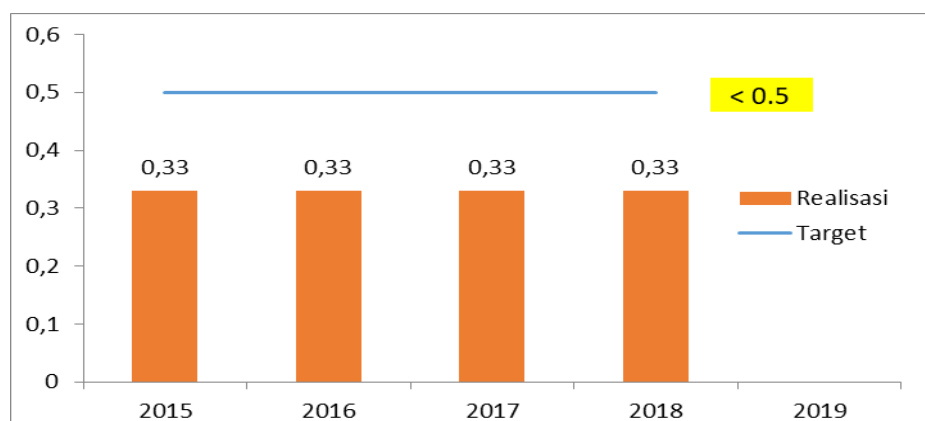
Definisi Prevalensi HIV adalah angka pada laporan terakhir estimasi dan proyeksi prevalensi HIV penduduk Indonesia 15-49 tahun, yang menunjukkan jumlah penduduk laki-laki dan perempuan usia 15-49 tahun yang terinfeksi HIV diantara seluruh penduduk usia 15-49 tahun. Formula perhitungan dengan mempergunakan perhitungan *mathematic modelling*, dimana Prevalensi HIV di Indonesia didapatkan melalui hasil perhitungan estimasi dan proyeksi atau pemodelan matematika. Dari hasil pemodelan terakhir di tahun 2018 (berdasarkan update data pemodelan 2016) diketahui bahwa prevalensi dalam populasi umum masih rendah. Namun dari hasil Surveilens Terpadu Biologi dan Perilaku (STBP) pada populasi berisiko tahun 2015 diketahui bahwa prevalensi HIV diatas 5%. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pola epidemi HIV AIDS di Indonesia masih terkonsentrasi pada kelompok-kelompok tertentu. Data Pemodelan akan diperbaharui pada STBP 2019.

**Grafik 3.14**  
**Target dan Realisasi Prevalensi HIV Tahun 2018 (%)**



Sumber data : Estimasi dan Proyeksi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 2015-2020

**Grafik 3.15**  
**Target dan Realisasi Prevalensi HIV Tahun 2015-2018 (%)**

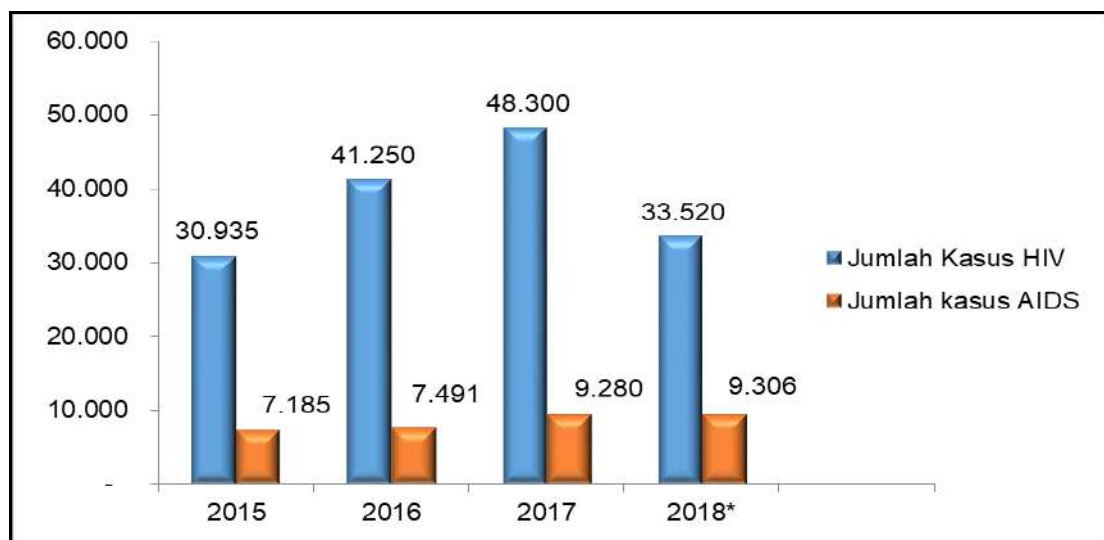


Sumber data : Estimasi dan Proyeksi HIV/AIDS di Indonesia Tahun 2015-2020

Perhitungan estimasi dan pemodelan matematika dilakukan dengan bantuan software AEM (*AIDS Epidemiology Modelling*) dan *Spectrum*. Semenjak tahun 2009 sampai 2016 telah dihasilkan 4 laporan estimasi dan pemodelan matematika yaitu laporan tahun

2009, 2012, 2014, dan 2016. Capaian prevalensi pada tahun 2015-2018 menggunakan laporan terbaru di tahun 2016 yaitu masing-masing 0.33%. Angka prevalensi HIV yang tetap tidak menggambarkan dari tahun ke tahun tidak semata-mata menggambarkan keberhasilan atau kegagalan pengendalian HIV AIDS di Indonesia. Peningkatan prevalensi HIV menunjukkan bahwa adanya upaya dalam penemuan kasus HIV dan meningkatkan jumlah orang yang mendapatkan pengobatan ARV.

**Grafik 3.16**  
**Jumlah Kasus HIV dan Kasus AIDS**  
**Tahun 2015 – September 2018**



Sumber data : Laporan rutin Subdit HIV Tahun 2018

Sejak HIV pertama kali ditemukan di Indonesia berbagai upaya telah dilakukan untuk menemukan orang dengan HIV AIDS (ODHA), memberikan pengobatan dan perawatan ODHA, dan mencegah penularan kepada orang yang belum terinfeksi. Berbagai kebijakan terus dikembangkan dan diperbaharui sesuai dengan perkembangan dan komitmen kebijakan global, tentunya dengan cara mengadaptasi kebijakan dan pedoman penanggulangan HIV yang sesuai dengan kondisi dan sumber daya di Indonesia. Selain menjadi indikator Renstra Kementerian Kesehatan, indikator prevalensi HIV juga merupakan indikator RPJMN sehingga perbandingan dengan indikator RPJMN tidak diperlukan lagi.

**Beberapa upaya yang menyebabkan keberhasilan pencapaian target antara lain:**

- 1) Upaya pencegahan yang telah dilaksanakan antara lain dengan mengedukasi masyarakat dengan cara memperbanyak jumlah dan memperluas jangkauan distribusi media KIE baik cetak maupun elektronik agar meningkatkan pengetahuan dan kepedulian masyarakat terhadap HIV AIDS. Selain itu terus dilakukannya distribusi kondom kepada populasi berisiko tinggi (seperti WPS, LSL, Penasun, dll) bekerja sama dengan LSM di seluruh Indonesia.
- 2) Peningkatan jumlah layanan HIV dari tahun ke tahun menunjukkan upaya yang tinggi dari Kementerian Kesehatan dalam memperluas dan meningkatkan akses pelayanan terhadap masyarakat yang membutuhkan. Selain itu pengembangan

Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) di beberapa kabupaten/kota di Indonesia serta penerapan SUFA (*Strategic Use of ARV*) dan TOP (Temukan, Obati, dan Pertahankan) dalam upaya pencegahan dan pengobatan dapat mendukung akselerasi upaya pencegahan dan penanggulangan HIV AIDS. Peningkatan sistem rujukan antar layanan termasuk pengembangan laboratorium pemeriksaan HIV (termasuk tes CD4 dan viral load).

- 3) Selain itu, telah diterbitkan surat edaran No. HK.02.02/1/ 1654 / 2018 tentang Penatalaksanaan orang dengan HIV-AIDS (ODHA) untuk eliminasi AIDS tahun 2030, maka semua orang dengan HIV-AIDS yang ditemukan, akan segera diobati dengan ARV tanpa menunggu hasil pemeriksaan CD4.
- 4) Pengembangan dan pemeliharaan sistem informasi online untuk pencatatan dan pelaporan program HIV AIDS juga merupakan suatu upaya penting sehingga keberhasilan dari kebijakan yang telah dilaksanakan dapat terukur dengan baik. Oleh karena itu fokus dalam monitoring dan evaluasi bukan hanya pada terlaksananya program tetapi juga pada berjalannya pencatatan dan pelaporan di setiap jenjang.

**Selain itu upaya lainnya yang dilaksanakan mencapai target indikator antara lain:**

- 1) Peningkatan cakupan tes HIV dan ODHA akses ARV.
- 2) Meningkatkan kerja sama lintas program dan lintas sektor dalam upaya pencegahan dan pengendalian penularan HIV.
- 3) Peningkatan pengetahuan komprehensif melalui media KIE cetak dan elektronik serta kampanye ABAT pada remaja.
- 4) Peningkatan jumlah outlet, distribusi, dan promosi penggunaan kondom.
- 5) Meningkatkan jumlah Puskesmas yang mampu melakukan inisiasi ART.
- 6) Peningkatan jumlah layanan Tes HIV dan layanan Infeksi Menular Seksual (IMS)
- 7) Meningkatkan kualitas layanan Layanan Alat Suntik Steril (LASS) dan Program Terapi Rumatan Metadon (PTRM).
- 8) Akselerasi peningkatan orang yang melakukan tes HIV antara lain melalui *mobile clinic*, serta memaksimalkan tes HIV atas inisiatif petugas kesehatan (TIPK).
- 9) Akselerasi peningkatan ODHA memakai ARV melalui kebijakan SUFA (*strategic use of ARV*), dengan memperluas inisiasi dini ART.
- 10) Peningkatan pencatatan dan pelaporan data program baik berbasis manual maupun elektronik.
- 11) Pelaksanaan kampanye HAS (Hari AIDS Sedunia) disertai dengan promosi tes HIV sebagai upaya pencegahan penularan sedini mungkin.

**Gambar 3.3**  
**Roadshow Hari AIDS Sedunia Tahun 2018**



Beberapa Kendala/Masalah yang dihadapi, antara lain:

**1. Masih tingginya penularan HIV dan IMS**

- Penularan HIV pada subpopulasi heteroseksual masih terus terjadi termasuk penularan pada subpopulasi homoseksual dan biseksual.
- Penularan IMS dan HIV pada populasi WPS, Waria belum berhasil dikendalikan. Hal ini berkorelasi kuat dengan rendahnya tingkat pemakaian kondom secara konsisten pada setiap kontak seks berisiko dan kesadaran untuk pemeriksaan dan pengobatan IMS yang benar.
- Penularan IMS dan HIV pada ibu-ibu rumah tangga dan anak-anak sudah menunjukkan kecenderungan meningkat, terutama di provinsi-provinsi berprevalensi HIV tinggi.

**2. Pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang HIV dan pencegahan penularannya masih perlu ditingkatkan**

- Masih banyak kelompok di masyarakat yang masih awam terhadap risiko penularan HIV, terutama masyarakat dengan keterbatasan sumber informasi dan juga pada populasi remaja.



- b) Belum terbangunnya kesadaran pada populasi berisiko untuk menolong diri sendiri dan bertanggung jawab pada anggota keluarga serta masyarakat dari risiko penularan HIV-AIDS dan IMS.
- c) Kesadaran masyarakat termasuk populasi berisiko untuk mengetahui status HIV nya masih relatif rendah.
- d) Masih tingginya stigma dan perlakuan diskriminatif masyarakat dan petugas kesehatan kepada ODHA.

**3. Terbatasnya ketersediaan layanan kesehatan komprehensif HIV-AIDS dan IMS**

- a) Masih terbatasnya jumlah tenaga kesehatan yang peduli, terlatih dan terampil dalam melaksanakan program pengendalian HIV AIDS dan IMS serta penyakit oportunistiknya jika dibandingkan dengan luas wilayah prioritas dan besarnya populasi berisiko.
- b) Jumlah dan kualitas fasilitas layanan kesehatan yang mampu memberikan layanan kesehatan komprehensif terkait masih perlu ditingkatkan untuk memenuhi kebutuhan.

**4. Hambatan dalam sistem pencatatan dan pelaporan serta monitoring dan evaluasi**

- a) Pencatatan dalam dokumen primer yaitu rekam medis belum mencerminkan Penyelenggaraan praktik kedokteran yang baik di Indonesia.
- b) Pelaporan pelayanan kesehatan promosi, pencegahan, pengobatan dan rehabilitasi terkait HIV dan IMS belum terintegrasi dalam sistem informasi fasilitas layanan kesehatan.
- c) Keterbatasan jumlah dan kapasitas SDM petugas pencatatan dan pelaporan program HIV AIDS dan IMS.
- d) Monitoring dan evaluasi yang tidak kontinyu akibat ketidak seragaman komitmen dan kemampuan pemerintah daerah dalam pembinaan, pengawasan dan penganggaran kesehatan menyulitkan pengambilan kebijakan yang tepat dalam pengendalian HIV AIDS dan IMS terutama dalam era desentralisasi.

Upaya Pemecahan Masalah yang dapat dilakukan antara lain:

- 1) Meningkatkan pemberdayaan masyarakat dalam penanggulangan HIV dan AIDS melalui kerjasama nasional, regional, dan global dalam aspek legal, organisasi, pembiayaan, fasilitas pelayanan kesehatan dan sumber daya manusia;
- 2) Meningkatkan advokasi, sosialisasi, dan mengembangkan kapasitas;
- 3) Meningkatkan upaya penanggulangan HIV dan AIDS yang merata, terjangkau, bermutu, dan berkeadilan serta berbasis bukti, dengan mengutamakan pada upaya preventif dan promotif;
- 4) Meningkatkan jangkauan pelayanan pada kelompok masyarakat berisiko tinggi, dengan berfokus pada daerah yang memiliki risiko tertinggi dan beban tertinggi;
- 5) Meningkatkan pembiayaan penanggulangan HIV dan AIDS melalui Adinkes (Asosiasi Dinas Kesehatan seluruh Indonesia);
- 6) Meningkatkan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia yang merata dan bermutu dalam penanggulangan HIV dan AIDS;
- 7) Meningkatkan ketersediaan, dan keterjangkauan pengobatan, pemeriksaan penunjang HIV dan AIDS serta menjamin keamanan, kemanfaatan, dan mutu

sediaan obat dan bahan/alat yang diperlukan dalam penanggulangan HIV dan AIDS;

- 8) Penguatan sistem logistik sebagai upaya perbaikan dalam mendistribusikan reagen dan obat HIV AIDS dan IMS sehingga tepat guna, serta mengurangi risiko kekosongan obat ataupun obat expired;
- 9) Revitalisasi pengendalian IMS di Puskesmas dan RS;
- 10) Penguatan surveilans IMS dan HIV di kabupaten/kota prioritas;
- 11) Peningkatan keterlibatan komunitas/LSM peduli AIDS, populasi kunci dan kader masyarakat dalam upaya penjangkauan;
- 12) Perluasan jangkauan pengobatan ARV sampai ke tingkat Puskesmas;
- 13) Perluasan kampanye tentang HIV dan AIDS, bahaya Napza, dan seks bebas di lingkungan pendidikan formal dan non-formal;
- 14) Meningkatkan peranan Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) dan keluarga sebagai petugas pendamping ODHA;
- 15) Memprioritaskan sumber daya pada di semua kabupaten/kota untuk meningkatkan cakupan program terutama tes dan pengobatan;
- 16) Meningkatkan sistem informasi data dan pemanfaatannya termasuk aplikasi sistem informasi logistik.

**c. Jumlah kabupaten/kota mencapai eliminasi malaria**

Tujuan program malaria di Indonesia adalah untuk mencapai eliminasi malaria yang ditegaskan melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor. 293/Menkes/SK/IV/2009 tanggal 28 April 2009 tentang Eliminasi Malaria di Indonesia dan Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor. 443.41/465/SJ tanggal 8 Februari 2010 kepada seluruh Gubernur dan Bupati /Walikota tentang Pedoman Pelaksanaan Program Eliminasi Malaria di Indonesia yang harus dicapai secara bertahap mulai dari tahun 2010 sampai seluruh wilayah Indonesia bebas malaria selambat-lambatnya tahun 2030. Hal tersebut juga telah disepakati oleh Presiden Republik Indonesia Joko Widodo bersama kepala negara lainnya di kawasan Asia-Pasifik dalam acara East Asia Summit yang ke-9 di Myanmar. Untuk mencapai tujuan tersebut Eliminasi malaria adalah suatu upaya untuk menghentikan penularan malaria setempat dalam satu wilayah geografi tertentu, dan bukan berarti tidak ada kasus malaria impor serta sudah tidak ada vektor di wilayah tersebut, sehingga tetap dibutuhkan kegiatan kewaspadaan untuk mencegah penularan kembali. Kabupaten/kota yang telah memenuhi persyaratan dasar eliminasi malaria harus mengirimkan surat pengajuan penilaian eliminasi kepada Subdit Malaria Ditjen P2P, kemudian tim penilai eliminasi yang terdiri dari Subdit Malaria dan para ahli malaria akan menilai kabupaten/kota tersebut menggunakan *tools* yang telah dibuat dengan beberapa hal yang menjadi pertimbangan yaitu:

1. Pelaksanaan penemuan dan tatalaksana kasus malaria
2. Pencegahan dan penanggulangan faktor risiko
3. Surveilans dan penanggulangan KLB
4. Peningkatan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE)
5. Peningkatan sumber daya manusia
6. Komitmen pemerintah daerah

Setelah dilakukan penilaian maka tim penilai akan mengajukan rekomendasi hasil penilaian tersebut di dalam rapat komisi eliminasi malaria, apabila disetujui maka



komisi akan mengusulkan kepada Menteri Kesehatan untuk diberikan sertifikat eliminasi malaria pada kabupaten tersebut.

Definisi operasional IKU adalah upaya untuk menghentikan penularan malaria setempat (*indigenous*) dalam satu wilayah geografis tertentu, dan bukan berarti tidak ada kasus malaria impor serta sudah tidak ada vektor malaria di wilayah tersebut sehingga tetap dibutuhkan kegiatan kewaspadaan untuk mencegah penularan kembali. Formula menghitung IKU ini adalah:

**Akumulasi jumlah kab/kota yang mencapai eliminasi malaria**

Capaian indikator kabupaten/kota yang telah mencapai eliminasi malaria pada tahun 2018 sebanyak 285 kabupaten/kota dari target yang ditentukan sebesar 285 kab/kota atau pencapaian kinerja sebesar 100%, seperti pada tabel berikut ini:

**Tabel 3.5**  
**Jumlah Kab/Kota dengan Eliminasi Malaria sampai tahun 2018**

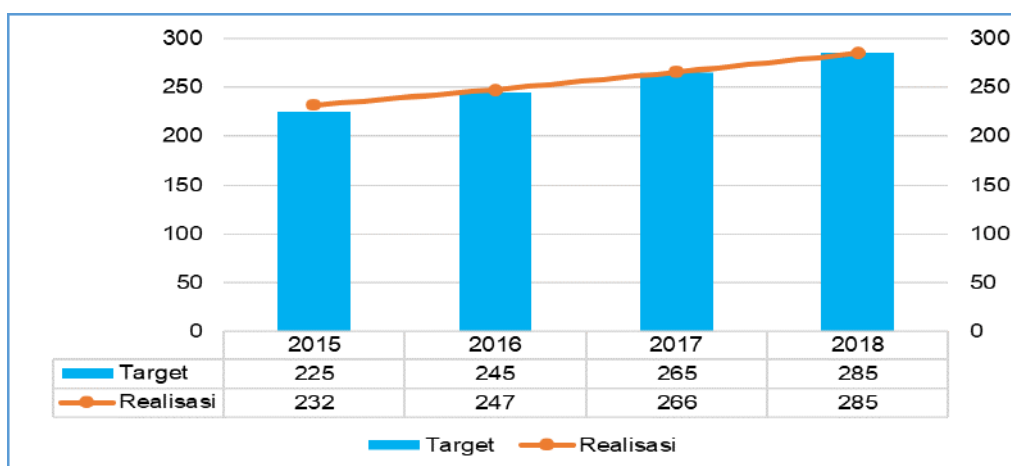
No	Kab/Kota	Jumlah Kab/Kota	Jumlah Kab/Kota Eliminasi	%
1	Aceh	23	19	83%
2	Sumatera Utara	33	21	64%
3	Sumatera Barat	19	16	84%
4	Riau	12	10	83,3%
5	Jambi	11	5	45,5%
6	Sumatera Selatan	17	8	47%
7	Bengkulu	10	3	30%
8	Lampung	15	10	66,7%
9	Bangka Belitung	7	5	71%
10	Kepulauan Riau	7	3	43%
11	DKI Jakarta	6	6	100%
12	Jawa Barat	27	23	85%
13	Jawa Tengah	35	30	85,7%
14	DI Yogyakarta	5	4	80%
15	Jawa Timur	38	38	100%
16	Banten	8	6	75%
17	Bali	9	9	100%
18	Nusa Tenggara Barat	10	3	30%
19	Nusa Tenggara Timur	22	0	0%
20	Kalimantan Barat	14	3	21,4%
21	Kalimantan Tengah	14	9	64,3%
22	Kalimantan Selatan	13	7	53,8%
23	Kalimantan Timur	10	3	30%
24	Kalimantan Utara	5	1	20%
25	Sulawesi Utara	15	6	40%
26	Sulawesi Tengah	13	4	30,8%

No	Kab/Kota	Jumlah Kab/Kota	Jumlah Kab/Kota Eliminasi	%
27	Sulawesi Selatan	24	19	79,2%
28	Sulawesi Tenggara	17	9	52,9%
29	Gorontalo	6	2	33%
30	Sulawesi Barat	6	3	50%
31	Maluku	11	0	0%
32	Maluku Utara	10	0	0%
33	Papua Barat	13	0	0%
34	Papua	29	0	0%
Indonesia		514	285	55,4%

Sumber data : Laporan rutin Subdit Malaria Tahun 2018

Berdasarkan tabel diatas diketahui sebanyak 55,4% kabupaten/kota di Indonesia telah mencapai eliminasi malaria dengan persentasi terbanyak pada Provinsi DKI Jakarta (100%), Bali (100%), dan Jawa Timur (100%) dimana seluruh kabupaten/kotanya telah bebas malaria, sedangkan di wilayah Kawasan Timur Indonesia (KTI) belum ada kabupaten/kota yang bebas malaria.

**Grafik 3.17**  
**Capaian Eliminasi Malaria di Indonesia tahun 2015-2018**

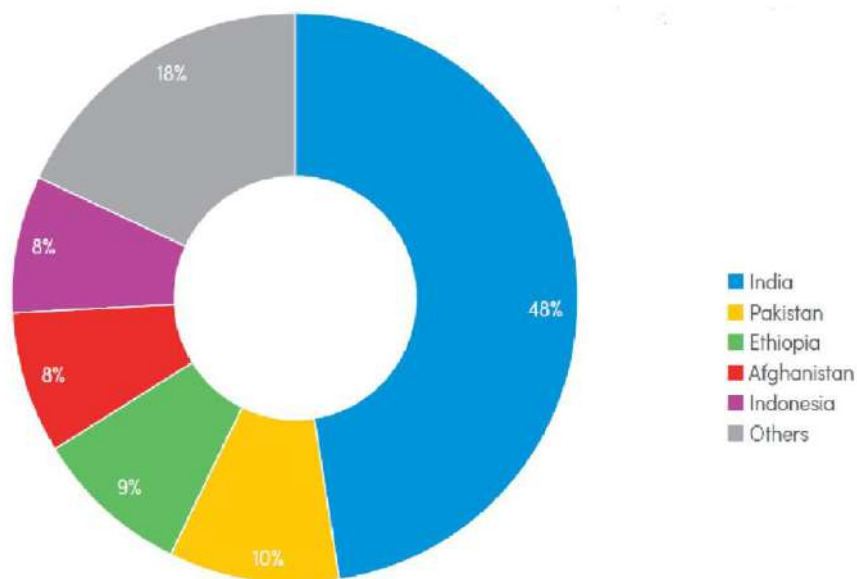


Sumber data : Laporan rutin Subdit Malaria Tahun 2018

Tren capaian eliminasi malaria dapat digambarkan pada grafik diatas dimana terjadi peningkatan capaian realisasi jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria selama tahun 2015-2018 yakni sebanyak 232 pada tahun 2015 meningkat menjadi 247 Kab/Kota pada tahun 2016, meningkat menjadi 266 Kab/Kota pada tahun 2017 dan 285 kab/kota pada tahun 2018. Peningkatan jumlah Kab/Kota yang mencapai eliminasi malaria di tahun 2018 berasal dari 19 Kab/Kota yakni 3 Kab/Kota di Provinsi Riau, 2 Kab/Kota di Provinsi Jambi, 3 Kab/Kota di Provinsi Lampung, 2 Kab/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, 3 Kab/Kota di Provinsi Kalimantan Tengah dan 1 Kab/Kota di Provinsi Jawa Tengah, Kalimantan Barat, Sulawesi Utara, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Selatan, dan Sulawesi Tengah.

Apabila dibandingkan dengan negara lainnya di South East Asian Regional Office (SEARO) maka Indonesia menyumbang 8% dari kasus malaria vivax di wilayah SEARO dimana penyumbang kasus terbanyak adalah India (48%) dan Pakistan (10%), seperti terlihat dalam diagram dibawah ini, oleh karena itu Indonesia berkomitmen mencapai eliminasi malaria pada tahun 2030.

**Grafik 3.18**  
**Proporsi Kasus Malaria Vivax di wilayah SEARO**



Sumber data : World Malaria Report 2018

Untuk mencapai target eliminasi malaria maka diperlukan indikator komposit untuk mendukung tercapainya cakupan yaitu persentase konfirmasi sediaan darah serta persentase pengobatan standar yang juga merupakan indikator Pemantauan Program Prioritas Janji Presiden tahun 2018 oleh KSP (Kantor Staf Presiden) yang dipantau setiap tiga bulan. Persentase pemeriksaan sediaan darah adalah persentasi suspek malaria yang dilakukan konfirmasi laboratorium baik menggunakan mikroskop maupun Rapid Diagnostik Test (RDT) dari semua suspek yang ditemukan. Capaian indikator KSP adalah sebagai berikut:

- Pada indikator Persentase suspek malaria yang dikonfirmasi laboratorium , dari target yang telah ditentukan sebesar 95%, telah tercapai sebesar 97,1% pada check point B12, dengan capaian kinerja sebesar 102%
- Pada indikator Persentase kasus positif yang di obati, dari target yang telah ditetapkan sebesar 90%, telah tercapai sebesar 95.6% pada check point B12, dengan capaian kinerja sebesar 106,2%

Selain menjadi indikator Renstra Kementerian Kesehatan, indikator jumlah Kab/Kota dengan eliminasi malaria juga merupakan indikator RPJMN sehingga pembandingan dengan indikator RPJMN tidak diperlukan lagi.

Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria pada tahun 2018 sebanyak 285 kabupaten/kota, jumlah tersebut telah mencapai target indikator RPJMN sebanyak 285 Kabupaten/kota. Beberapa hal yang mempengaruhi keberhasilan tersebut antara lain 1) Penemuan kasus malaria melalui kegiatan surveilan migrasi sebagai strategi penanggulangan malaria di daerah endemis rendah yang masih memiliki daerah reseptif (daerah yang masih ada vektor malaria dan memungkinkan adanya vektor malaria) untuk mencegah terjadinya penularan malaria, mobilisasi penduduk yang tinggi merupakan salah satu ancaman penularan malaria disuatu daerah, pencegahan penularan dengan melakukan pemeriksaan sediaan darah malaria pada pendatang dari daerah endemis malaria dilakukan dalam surveilans migrasi, kegiatan tersebut biasanya dilaksanakan oleh Juru Malaria Desa, 2) Penyelidikan epidemiologi setiap kasus malaria pada daerah yang telah mencapai endemis rendah, laporan mingguan SKDR (Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon KLB) melaporkan kasus malaria setiap minggu yang ditindaklanjuti dengan penyelidikan epidemiologi untuk setiap kasus, kegiatan tersebut bertujuan untuk menentukan asal penularan sehingga dapat melakukan upaya pencegahan yang sesuai, 3) Skirinig malaria pada bumil dilakukan di Kabupaten/Kota endemis sedang dan endemis rendah malaria yang masih memiliki desa atau puskesmas endemis tinggi dan sedang malaria. Ibu hamil merupakan salah satu populasi berisiko apabila tertular malaria, kegiatan ini bertujuan untuk mengurangi risiko penularan pada ibu hamil.

Beberapa upaya telah dilakukan untuk mencapai indikator tersebut, antara lain:

1) Diagnostik Malaria

Kebijakan pengendalian malaria terkini dalam rangka mendukung eliminasi malaria adalah bahwa diagnosis malaria harus terkonfirmasi melalui pemeriksaan laboratorium baik dengan mikroskop ataupun *Rapid Diagnostic Test* (RDT). Penegakkan diagnosa tersebut harus berkualitas dan bermutu sehingga dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat dan memberikan data yang tepat dan akurat. Berbagai kegiatan dalam rangka meningkatkan mutu diagnosis terus dilakukan. Kualitas pemeriksaan sediaan darah dipantau melalui mekanisme uji silang di tingkat kab/kota, provinsi dan pusat. Kualitas pelayanan laboratorium malaria sangat diperlukan dalam menegakan diagnosis dan sangat tergantung pada kompetensi dan kinerja petugas laboratorium di setiap jenjang fasilitas pelayanan kesehatan. Penguatan laboratorium pemeriksaan malaria yang berkualitas dilakukan melalui pengembangan jejaring dan pemantapan mutu laboratorium pemeriksa malaria mulai dari tingkat pelayanan seperti laboratorium Puskesmas, Rumah Sakit serta laboratorium kesehatan swasta sampai ke laboratorium rujukan uji silang di tingkat Kabupaten/Kota, Provinsi dan Pusat.

2) Tatalaksana Kasus Malaria

Kementerian Kesehatan telah merekomendasikan pengobatan malaria menggunakan obat pilihan yaitu kombinasi derivat artemisinin dengan obat anti malaria lainnya yang biasa disebut dengan *Artemisinin based Combination Therapy* (ACT). ACT merupakan obat yang paling efektif untuk membunuh parasit sedangkan obat lainnya seperti klorokuin telah resisten. Adapun penggunaan ACT harus berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium, hal tersebut merupakan salah

satu upaya mencegah terjadinya resistensi. Selain itu pencegahan resistensi dilakukan dengan surveilans efikasi obat malaria, pada tahun 2017 bekerjasama dengan BTKLPP dan lembaga Eijkman telah dilakukan workshop persiapan. Untuk mencapai eliminasi malaria, salah satu pilar yang penting adalah menjamin universal akses dalam pencegahan, diagnosis dan pengobatan. Oleh karena itu diperlukan keterlibatan semua sektor terkait termasuk swasta dalam bentuk jejaring kemitraan antara pemerintah dan swasta, dengan kendali dan dukungan pemerintah. Untuk itu pada tahun 2017 telah diterbitkan pedoman jejaring kemitraan pemerintah-swasta dalam layanan pengendalian malaria dan telah dilakukan sosialisasi tentang pedoman tersebut dan tahun 2018 sudah dilakukan sosialisasi ke seluruh provinsi di Indonesia dengan mengundang lintas sektor dan lintas program baik dari komisi ahli, organisasi profesi, TNI, RS pemerintah dan swasta.

**Gambar 3.4**  
**Pertemuan Sosialisasi Layanan Kesehatan Pemerintah dan Swasta dalam layanan Pengendalian Malaria (PPM-Public Private Mix)**



### 3) Surveilans Malaria

Surveilans merupakan kegiatan penting dalam upaya eliminasi, karena salah satu syarat eliminasi adalah pelaksanaan surveilans yang baik dimana surveilans diperlukan untuk mengidentifikasi daerah atau kelompok populasi yang berisiko malaria serta melakukan perencanaan sumber daya yang diperlukan untuk melakukan kegiatan pengendalian malaria. Kegiatan surveilans malaria dilaksanakan sesuai dengan tingkat endemisitas. Daerah yang telah masuk pada tahap eliminasi dan pemeliharaan harus melakukan penyelidikan epidemiologi terhadap setiap kasus positif malaria sebagai upaya kewaspadaan dini kejadian luar biasa malaria dengan melakukan pencegahan terjadinya penularan.

### 4) Pengendalian Vektor Malaria

Sampai saat ini nyamuk *Anopheles* telah dikonfirmasi menjadi vektor malaria di Indonesia sebanyak 25 jenis (species). Jenis intervensi pengendalian vektor malaria dapat dilakukan dengan berbagai cara antara lain memakai kelambu berinsektisida (LLINs = Long lasting insecticide nets), melakukan penyemprotan dinding rumah



dengan insektisida (IRS = *Indoor Residual Spraying*), melakukan *larviciding*, melakukan penebaran ikan pemakan larva, dan pengelolaan lingkungan. Pemakaian kelambu berinsektisida merupakan salah satu strategi untuk mengurangi faktor resiko penularan malaria. Kelambu dibagikan kepada penduduk yang tinggal di daerah endemis tinggi malaria (API > 5 per 1000), dengan target minimal 80% penduduk di daerah tersebut mendapatkan 2 buah kelambu per keluarga. Sedangkan di daerah endemis sedang (API 1-5 per 1000) kelambu dibagikan hanya kepada kelompok risiko tinggi yaitu penduduk di daerah fokus.

5) Promosi, Advokasi dan kemitraan dalam upaya pengendalian malaria

Sosialisasi pentingnya upaya pengendalian malaria merupakan hal yang penting dengan sasaran meliputi pengambil kebijakan, pelaksana teknis dan masyarakat luas. Komunikasi, Informasi dan edukasi (KIE) kepada masyarakat luas dilakukan dengan membuat Iklan Layanan Masyarakat (ILM) mengenai Malaria. Salah satu kegiatan adalah pembentukan malaria center di 5 wilayah regional di Papua yaitu regional wilayah adat mamta di Keerom, regional saereri di Serui, regional lapago di Timika, regional mapago di Jayawijaya, dan regional animha di Boven Digoel. Berikut adalah salah satu hasil deklarasi kesepakatan pembentukan malaria center di wilayah Papua:

**Gambar 3.5**  
**Komitmen Bersama Eliminasi Malaria**

<h2 style="margin: 0;">DEKLARASI ANIM HA</h2> <p style="margin: 10px 0;"><b>KOMITMEN BERSAMA UNTUK ELIMINASI MALARIA DI PAPUA</b></p>	<p>Kedua, memasukkan indikator tentang eliminasi malaria pada RPJMD dan mengalokasikan anggaran setiap tahunnya yang bersumber dari APBD, dan sumber dana lainnya di setiap SKPD termasuk penggunaan dana desa untuk memastikan seluruh kegiatan utama dan operasional dalam penanggulangan malaria berjalan dengan baik.</p> <p>Ketiga, Membentuk Malaria Center diwilayah masing-masing untuk menghipnotis dan menggabungkan potensi lintas sektoral Pemerintah Daerah, stakeholder/mitra pembangunan, dunia usaha/swasta dan masyarakat dalam penanggulangan malaria sesuai dengan tugas dan kewenangan masing-masing. Malaria Center mempunyai fungsi koordinasi, monitoring dan evaluasi terhadap upaya penanggulangan malaria.</p> <p>Keempat, Percepatan penanggulangan malaria di lakukan di seluruh wilayah mulai tingkat keluarga, kampung, distrik dan kabupaten/kota yang berfokus pada kampung bebas penularan malaria.</p> <p>Kelima Mengajak Segenap Unsor Pemerintah Daerah, Mitra, Dunia Usaha/Swasta dan Masyarakat untuk bergabung bersama kami dalam penanggulangan malaria untuk mencapai Papua Bebas Malaria</p> <p>Deklarasi ini diprakarsai Pemerintah Provinsi Papua bersama Pemerintah Kabupaten Boven Digoel, Pemerintah Kabupaten Merauke, Pemerintah Kabupaten Asmat, Pemerintah Kabupaten Mappi pada hari Jumat tanggal Dua Puluh Delapan bulan September tahun Dua Ribu Delapan Belas (28-9-2018) di Tanah Merah, Papua.</p>
---	---

Kegiatan pencegahan dan pengendalian malaria di Indonesia telah mencapai target-target yang ditetapkan, namun masih terdapat permasalahan yang menjadi tantangan seperti:

- Disparitas angka kejadian malaria antara wilayah Kawasan Timur Indonesia khususnya Papua dengan wilayah lainnya.
- Akses dan cakupan layanan baik Rumah Sakit, klinik, DPS pada remote area masih belum memadai.
- Pengendalian resistensi Obat Anti Malaria (OAM) dengan prinsip *one gate policy*, *reserve drug policy* dan *free market control* belum optimal.



- Rujukan layanan dan jejaring tatalaksana belum optimal.
- Manajemen ketersediaan OAM belum optimal.
- Pengawasan penggunaan kelambu masih kurang adekuat, daerah belum melakukan pengawasan penggunaan kelambu.
- Migrasi penduduk mempengaruhi potensi penyebaran malaria.
- Didalam daerah endemis rendah banyak terdapat daerah fokus malaria yang sulit (tambang liar, *illegal logging*, perkebunan *illegal*, tambak terbenkelay)
- Ketepatan dan kelengkapan pelaporan yang belum optimal
- Belum semua daerah pembebasan dan pemeliharaan mempunyai pemetaan daerah fokus

Beberapa permasalahan yang disebutkan diatas memerlukan pemecahan masalah sehingga kegiatan dapat berjalan efektif dan efisien dan indikator dapat dicapai. Berikut ini beberapa pemecahan masalah yang dilakukan:

- 1) Peningkatan akses layanan malaria yang bermutu.
  - Desentralisasi pelaksanaan program oleh Kab/kota.
  - Integrasi kedalam layanan kesehatan primer.
  - Penemuan dini dengan konfirmasi dan pengobatan yang tepat sesuai dengan standar dan pemantauan kepatuhan minum obat.
  - Penerapan sistem jejaring *public-private mix* layanan malaria.
- 2) Pencegahan dan pengendalian vektor terpadu.
- 3) Intervensi kombinasi (LLIN, IRS, Larvasida, pengelolaan lingkungan, personal protection, profilaksis) dengan berbasis bukti melalui pendekatan kolaboratif.
- 4) Pemantauan efektifitas dan resistensi OAM.
- 5) Penguatan surveilans termasuk surveilans migrasi, Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (SKD-KLB) dan penanggulangan KLB.
- 6) Tersedianya payung hukum untuk deteksi dini dan pengobatan bagi daerah sulit berupa Permenkes No 41/2018.
- 7) Surat edaran Menteri Kesehatan tahun 2018 kepada seluruh Bupati dan Lintas Kementerian tentang percepatan eliminasi malaria.
- 8) Sosialisasi penggunaan dana yang bisa dimanfaatkan untuk penyelidikan epidemiologi diantaranya dana Dekon, DAK non fisik, Global Fund, dana desa, dan dana kapitasi. Terdapat tenaga pendamping dari UNICEF dan WHO untuk Dinas Kesehatan Kab/kota dalam mempercepat penurunan kasus dan mempercepat eliminasi malaria.
- 9) Kab/kota endemis tinggi sebagian besar berada di Kawasan Timur Indonesia.
- 10) Masih terdapat 153 kab/kota yg API < 1/1000 penduduk yang belum dapat dinilai menjadi kab/kota eliminasi malaria.
- 11) Surveilans kasus malaria dan surveilans vektor belum berjalan optimal.
- 12) Peningkatan akses layanan malaria pada daerah sulit dan populasi khusus seperti penambang ilegal, pekerja pembalakan liar, perkebunan ilegal dan suku asli yang hidup di hutan.
- 13) Menjaga daerah yang telah mendapat sertifikat tidak terjadi penularan kembali.
- 14) Pengembangan SISMAL V2 online dan sosialisasi sampai tingkat fasyankes.
- 15) Pelatihan Penyelidikan Epidemiologi termasuk pelatihan pemetaan GIS, Pengembangan pemetaan fokus di aplikasi SISMAL V2.

- 16) Membuat surat edaran menteri untuk Bupati di wilayah-wilayah tersebut, membuat permodelan penanggulangan malaria di daerah *outdoor transmission* dengan adanya *mobile migrant population*.

**d. Jumlah Provinsi dengan eliminasi kusta**

Eliminasi merupakan upaya pengurangan terhadap penyakit secara berkesinambungan di wilayah tertentu sehingga angka kesakitan penyakit tersebut dapat ditekan serendah mungkin agar tidak menjadi masalah kesehatan di wilayah yang bersangkutan. Eliminasi kusta berarti angka prevalensi  $<1/10.000$  penduduk. Secara nasional, Indonesia telah mencapai eliminasi sejak tahun 2000, sedangkan eliminasi tingkat Provinsi ditargetkan dapat dicapai pada tahun 2019.

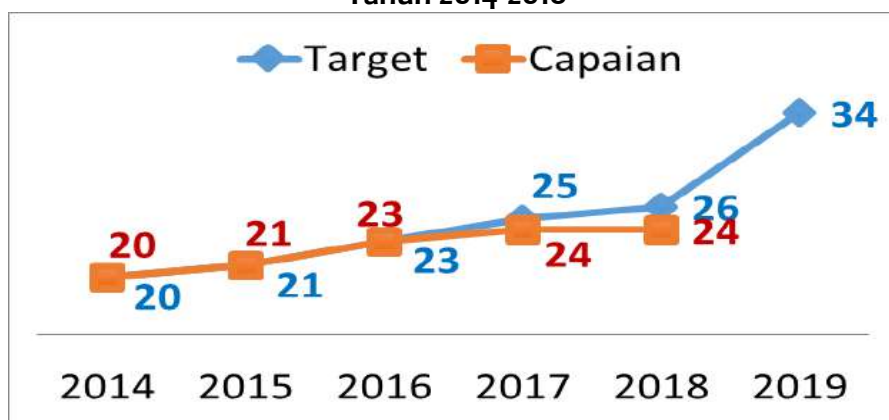
Definisi operasional indikator ini adalah Jumlah Provinsi dengan eliminasi kusta adalah jumlah provinsi yang mempunyai angka prevalensi kurang dari 1 kasus per 10.000 penduduk pada tahun tertentu.

Indikator ini dihitung dengan formula sebagai berikut:

**Akumulasi jumlah Provinsi yang telah mencapai eliminasi kusta (angka prevalensi  $<1/10.000$  penduduk) pada tahun tertentu.**

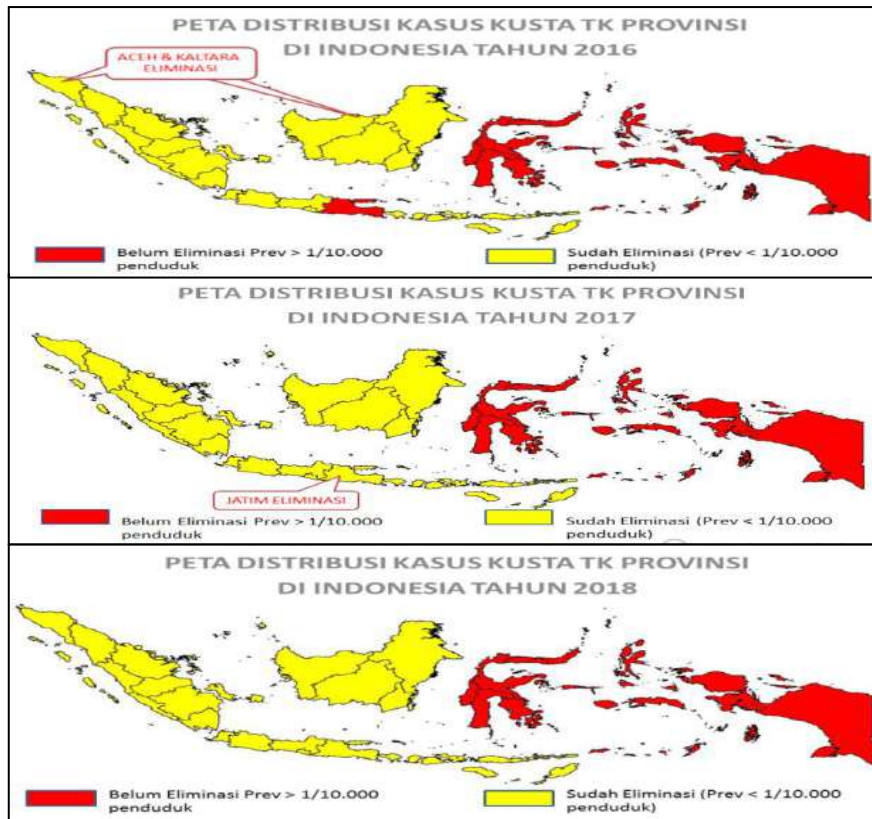
Target indikator Provinsi dengan eliminasi kusta yang ditetapkan pada tahun 2018 adalah sebanyak 26 provinsi. Hingga triwulan III tahun 2018, pencapaian target sebanyak 24 provinsi dengan capaian kinerja sebesar 92,3%. Salah satu provinsi memiliki prevalensi 0,96 per 10.000 penduduk, namun belum dilakukan finalisasi data sehingga perlu dilakukan monitoring triwulan IV dan review status eliminasi kusta lebih lanjut. Secara lengkap terlihat dalam grafik berikut ini:

**Grafik 3.19**  
**Target dan Capaian Jumlah Provinsi dengan eliminasi kusta**  
**Tahun 2014-2018**



Sumber data : Laporan rutin Subdit PTML Tahun 2018

**Gambar 3.6**  
**Peta Eliminasi Kusta Tingkat Provinsi di Indonesia**  
**Tahun 2016 – 2018**



Sumber data : Laporan rutin Subdit PTML Tahun 2018

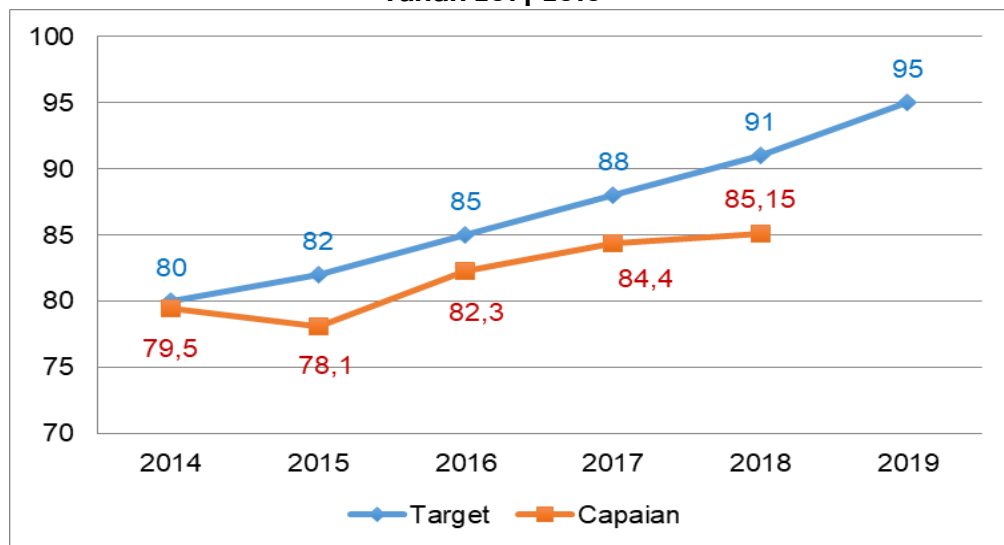
Dari peta diatas terlihat bahwa tidak ada penambahan pencapaian status eliminasi tingkat provinsi tahun 2018 dibanding dengan pencapaian tahun 2017 dan terdapat 10 provinsi yang belum mencapai eliminasi kusta yakni Provinsi Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Gorontalo, Sulawesi Barat, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Selatan, Maluku, Maluku Utara, Papua, dan Papua Barat.

Indonesia telah mencapai eliminasi kusta tingkat nasional pada tahun 2000, sesuai target Eliminasi Kusta global yang diamanatkan *World Health Assembly* (WHA) tahun 1991. Angka prevalensi kusta di Indonesia telah menurun dari 5,2 per 10.000 penduduk pada tahun 1981 menjadi 0,9 per 10.000 penduduk pada tahun 2000. Namun sejak tahun 2001 hingga sekarang, situasi epidemiologi kusta di Indonesia statis dengan angka penemuan kasus baru berada pada kisaran 17.000-20.000 kasus per tahunnya.

Laporan WHO dalam *Weekly Epidemiological Record* Tahun 2018 menyatakan bahwa Indonesia menempati peringkat ketiga dunia penyumbang kasus kusta baru terbanyak, dengan kasus baru pada tahun 2017 mencapai 15.910 kasus baru. Total kasus kusta di dunia mencapai 210.671 kasus. penyumbang terbesar berasal dari India (126.164 kasus) dan Brazil (26.875 kasus).

Karena indikator Provinsi dengan eliminasi kusta merupakan indikator yang dinilai berdasarkan data tahunan, maka digunakan indikator komposit lain yang dapat dievaluasi setiap triwulan. Salah satunya adalah indikator dalam Renstra yakni Proporsi penemuan kasus kusta baru tanpa cacat. Pencapaian indikator tersebut memiliki kecenderungan meningkat dari tahun ke tahun. Dengan pencapaian untuk tahun 2014 sebesar 79,5% meningkat hingga 85,15% pada triwulan III tahun 2018.

**Grafik 3.20**  
**Proporsi Penemuan Kasus Kusta Baru Tanpa Cacat**  
**Tahun 2014-2018**



Sumber data : Laporan rutin Subdit PTML Tahun 2018

Indikator turunan tersebut dipilih karena mendukung pencapaian indikator provinsi dengan eliminasi kusta. Proporsi cakupan penemuan kasus baru tanpa cacat mengindikasikan kegiatan penemuan kasus dilakukan secara dini, sehingga penderita kusta yang ditemukan mendapatkan pengobatan secara tepat dan mata rantai penularan dapat terputus. Hal tersebut berdampak pada tercapainya status eliminasi di tingkat provinsi maupun kabupaten.

Selain menjadi indikator Renstra Kementerian Kesehatan, indikator jumlah Provinsi dengan eliminasi kusta juga merupakan indikator RPJMN sehingga pembandingan dengan indikator RPJMN tidak diperlukan lagi.

Beberapa hal yang menyebabkan kegagalan diantaranya dari surveilans yang dilakukan, ditemukan transmisi kusta yang masih tinggi di kabupaten/kota kantong kusta (ditandai dengan tingginya proporsi kasus anak di antara kasus baru). Karenanya sebagai upaya memutuskan transmisi tersebut, diperlukan upaya yang komprehensif dan berkesinambungan. Dengan adanya peningkatan sumber daya khususnya dari Pemerintah Pusat (Pro PN) melalui kegiatan intensifikasi penemuan kasus kusta secara aktif yang berkelanjutan dalam beberapa tahun terakhir, terjadi peningkatan penemuan kasus baru yang selama ini tersembunyi di masyarakat. Dengan demikian,

status eliminasi belum tercapai maksimal. Untuk itu, diperlukan upaya yang konsisten hingga beberapa tahun ke depan, sehingga seluruh sumber transmisi dapat ditemukan, trend penemuan kasus baru mengalami penurunan secara signifikan pada tahun-tahun selanjutnya, dan status eliminasi dapat tercapai.

Selain itu, tingginya angka prevalensi dipengaruhi oleh jumlah kasus yang masih terdaftar mendapatkan pengobatan di akhir tahun. Banyaknya kasus yang tidak menyelesaikan pengobatan secara tepat waktu (pasien PB seharusnya menghabiskan 6 blister dalam waktu 6 bulan, pasien MB seharusnya menghabiskan 12 blister dalam waktu 12 bulan), turut mempengaruhi peningkatan jumlah kasus terdaftar di akhir tahun yang berakibat pada tingginya prevalensi dan tidak tercapainya status eliminasi.

#### **Upaya yang Dilaksanakan Mencapai Target Indikator**

- 1) Advokasi dan sosialisasi bagi LP/LS serta pelatihan singkat bagi petugas dalam rangka intensifikasi penemuan kasus kusta dan frambusia di kabupaten/kota endemis Kegiatan ini dilaksanakan pada 9 kabupaten/kota regional Maluku – Maluku Utara, 12 kabupaten/kota regional Papua – Papua Barat, dan 53 kabupaten/kota selain regional tersebut. Kegiatan ini diselenggarakan dengan mengundang lintas program dan lintas sektor serta stakeholder terkait lainnya. Adanya kegiatan advokasi dan sosialisasi tersebut diharapkan dapat memperkuat komitmen LS/LP setempat dalam kegiatan penemuan kasus kusta dan frambusia, baik melalui dukungan politik maupun dengan pengalokasian sumber daya. Sedangkan pelatihan singkat bagi petugas diharapkan dapat me-refresh pengetahuan dan keterampilan petugas dalam mendeteksi dan melakukan manajemen kasus.
- 2) Intensifikasi Penemuan Kasus Kusta dan Frambusia (*Intensified Case Finding/ ICF*). Pelaksanaan intensifikasi penemuan kasus kusta dan frambusia dilaksanakan menggunakan 2 metode, yaitu metode skrining bercak/koreng di 16 kabupaten/kota endemis di regional Papua/Papua Barat; serta metode pendekatan keluarga menggunakan bantuan format bercak pada 6 kabupaten/kota endemis di regional Maluku – Maluku Utara, serta 48 kabupaten/kota selain regional tersebut. Pada daerah di regional non Papua, kegiatan tersebut dilaksanakan menggunakan bantuan format penemuan bercak. Setiap keluarga akan melakukan skrining terhadap anggota keluarganya sendiri menggunakan format penemuan bercak yang dibagikan oleh kader. Format tersebut diisi oleh kepala keluarga dan akan dipilah oleh kader dan petugas kesehatan. Suspek yang ditemukan kemudian diperiksa dan konfirmasi diagnosis oleh tenaga kesehatan terlatih. Metode ini diharapkan dapat memperluas cakupan penemuan kasus di masyarakat. Di beberapa wilayah, kegiatan ini diintegrasikan dengan kegiatan PIS-PK.
- 3) Pelatihan Nasional Pemegang Program P2 Kusta dan Frambusia terakreditasi yang diselenggarakan sebanyak 3 batch.
- 4) Finalisasi draft Permenkes Penanggulangan Kusta sekaligus revisi pedoman nasional sebagai lampiran Permenkes diselenggarakan sebagai upaya memperkuat payung hukum pengendalian kusta di Indonesia.



- 5) Pengawasan Penyusunan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK Kusta) yang diinisiasi oleh Persatuan Dokter Kulit dan Kelamin Indonesia (PERDOSKI) dan melibatkan organisasi profesi terkait lain.
- 6) Menyelenggarakan Kegiatan Gerakan Masyarakat Kampanye Eliminasi Kusta dan Frambusia bersama anggota DPR RI Komisi IX yang membawahi bidang kesehatan. Kegiatan ini dilaksanakan pada 11 kabupaten/kota terpilih dengan tujuan melakukan advokasi dan sosialisasi program kusta kepada pimpinan setempat serta Lintas Program dan Lintas Sektor untuk mendapatkan dukungan kebijakan dan kemitraan daerah.
- 7) Advokasi ke provinsi dan kabupaten/kota Endemis bersama dengan kunjungan *Goodwill Ambassador WHO* untuk kusta, Yohei Sasakawa, dalam rangka meningkatkan komitmen dan kesadaran pemangku kepentingan terhadap program kusta, serta partisipasi masyarakat dan OYPMK dalam pencarian kasus kusta.
- 8) Menyelenggarakan Pertemuan Evaluasi Program dan Validasi Data Kohort Nasional P2 Kusta dan Frambusia yang bertujuan melakukan monitoring dan evaluasi program yang dilaksanakan oleh provinsi dan kabupaten/kota di Indonesia serta melakukan validasi dan finalisasi data tahun 2017.
- 9) Menyelenggarakan Pertemuan Akselerasi Eliminasi Kusta dan Frambusia yang bertujuan untuk menyamakan pandangan tentang perlunya upaya akselerasi dalam pencapaian target serta identifikasi kekuatan, peluang, hambatan serta tantangan dalam program P2 kusta di wilayah masing-masing.

**Gambar 3.7**  
**Pertemuan Akselerasi Eliminasi Kusta**



- 10) Menyelenggarakan kegiatan validasi data pada 2 provinsi yang belum mencapai eliminasi kusta. Tujuan kegiatan tersebut adalah meningkatkan kemampuan pengelola program kabupaten/kota dalam pencatatan dan pelaporan program serta melakukan pembersihan (*cleaning*) register terhadap data P2 kusta provinsi dan kabupaten/kota



- 11) Melaksanakan persiapan dan pelaksanaan kegiatan Pengobatan Pencegahan Kusta terhadap Kelompok Berisiko di 3 pulau di kabupaten Sumenep dan melaksanakan evaluasi kegiatan tersebut di Kabupaten Sampang sebagai kabupaten yang telah melaksanakan kegiatan pengobatan pencegahan kusta dalam beberapa tahun terakhir.
- 12) Mengembangkan kegiatan inovasi seperti perluasan sasaran pengobatan pencegahan kusta (kemoprofilaksis), pengembangan pelatihan *e-learning*, pilot pengembangan kemoprofilaksis plus pemeriksaan serologi, pengembangan *skin-apps*, dan lain-lain.

Kendala/masalah yang dihadapi dalam pencapaian target adalah:

- 1) Sebagian besar daerah kantong kusta berada di lokasi yang sulit dijangkau, menyebabkan sulitnya pencarian kasus dan akses masyarakat menuju pelayanan kesehatan
- 2) Sebagian besar wilayah kantong kusta tidak mendapat dukungan lintas program dan sektor dalam program
- 3) Angka mutasi petugas kesehatan yg cukup tinggi menyebabkan program pencegahan dan pengendalian kusta di daerah berjalan kurang maksimal.
- 4) Masih adanya stigma, baik *self-stigma* pada penderita kusta maupun stigma pada masyarakat dan keluarga penderita akibat kurangnya pengetahuan dan pemahaman terhadap penyakit kusta. Hal tersebut dapat menghambat penemuan kasus dan menghambat penderita untuk mencari pengobatan sedini mungkin.
- 5) Belum maksimalnya kemitraan dengan organisasi profesi, RS dan praktek dokter swasta dalam menciptakan pelayanan kusta yang komprehensif dan terstandar
- 6) Pada beberapa daerah endemis rendah, rendahnya kesadaran dan pengetahuan tentang kusta pada petugas dan masyarakat, serta surveilans tidak berjalan dengan adekuat, mengakibatkan terjadinya keterlambatan penemuan kasus.
- 7) Masih tingginya transmisi kusta di masyarakat.
- 8) Data final program P2 Kusta tahun 2018 belum tersedia dan penilaian status eliminasi kusta belum dapat dilakukan karena laporan dari provinsi belum lengkap.

Upaya Pemecahan Masalah yang dilakukan adalah

- 1) Mempererat integrasi program dengan penyakit lain, misalnya kusta-frambusia, kusta-filariasis, kusta-ispa, dan lain-lain.
- 2) Meningkatkan kegiatan advokasi dan sosialisasi program terhadap pemangku kepentingan terkait agar dapat meningkatkan komitmen dalam pencapaian eliminasi kusta.
- 3) Memperkuat jejaring kemitraan dengan lintas program, lintas sektor, organisasi profesi agar memperoleh dukungan dalam pelaksanaan program sesuai dengan tupoksi masing-masing
- 4) Memperluas cakupan kegiatan pelaksanaan intensifikasi penemuan kasus kusta secara aktif.
- 5) Menganggarkan dan melaksanakan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan secara rutin.

- 6) Meningkatkan kegiatan promosi serta penyebaran media KIE kepada penderita, keluarga penderita, dan masyarakat dalam rangka menurunkan stigma kusta di masyarakat.
- 7) Mengawal finalisasi Permenkes Penanggulangan Kusta dan PNPK Kusta
- 8) Mengawal penyusunan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) oleh Organisasi Profesi terkait.
- 9) Mendorong daerah endemis rendah agar terus melakukan pengamatan kasus kusta secara aktif dengan tetap memperhatikan kejadian kasus kusta pada anak dan kasus cacat.
- 10) Melaksanakan pengembangan kegiatan inovasi seperti perluasan sasaran pengobatan pencegahan kusta (kemoprofilaksis), pengembangan pelatihan *e-learning*, pilot pengembangan kemoprofilaksis plus pemeriksaan serologi, pengembangan *skin-apps*, dan lain-lain.

**e. Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi Filariasis**

Sebagai bagian dari masyarakat dunia, Indonesia ikut serta dalam Kesepakatan Global yang ditetapkan oleh WHO untuk mengeliminasi Filariasis. Pemberian obat pencegahan massal (POPM) Filariasis adalah kegiatan utama dari program eliminasi Filariasis untuk mencapai goal eliminasi Filariasis dengan tujuan memutuskan rantai penularan filariasis. Indonesia telah menetapkan sebanyak 236 kabupaten/kota dari total 514 kabupaten/kota adalah daerah endemis filariasis. Sesuai dengan Permenkes No. 94 Tahun 2014 yang dimaksud dengan kabupaten/kota dengan eliminasi Filariasis adalah kabupaten/kota yang berdasarkan hasil survei ulang evaluasi kedua menunjukkan tidak terjadi penularan sehingga dapat dinyatakan sebagai wilayah eliminasi Filariasis.

Dalam pengendalian Filariasis, sebelum suatu kabupaten/kota dinilai tingkat transmisi filariasisnya, kabupaten/kota tersebut harus telah selesai melaksanakan Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Filariasis pada seluruh penduduk sasaran di kabupaten/kota tersebut selama minimal 5 tahun berturut-turut dengan cakupan pengobatan minimal 65% dari total jumlah penduduk. Kemudian setelah 6 bulan dari pelaksanaan POPM Filariasis Tahun ke-5, maka dilaksanakan survei evaluasi prevalensi mikrofilaria. Jika hasil survei menunjukkan prevalensi angka mikrofilaria <1% pada kabupaten/kota tersebut maka dilaksanakan survei evaluasi penularan (Transmission Assessment Survey/TAS) Filariasis. Jika kabupaten/kota tersebut berhasil lulus dalam survei evaluasi penilaian filariasis tahap ke dua maka daerah tersebut dinilai berhasil mencapai eliminasi filariasis.

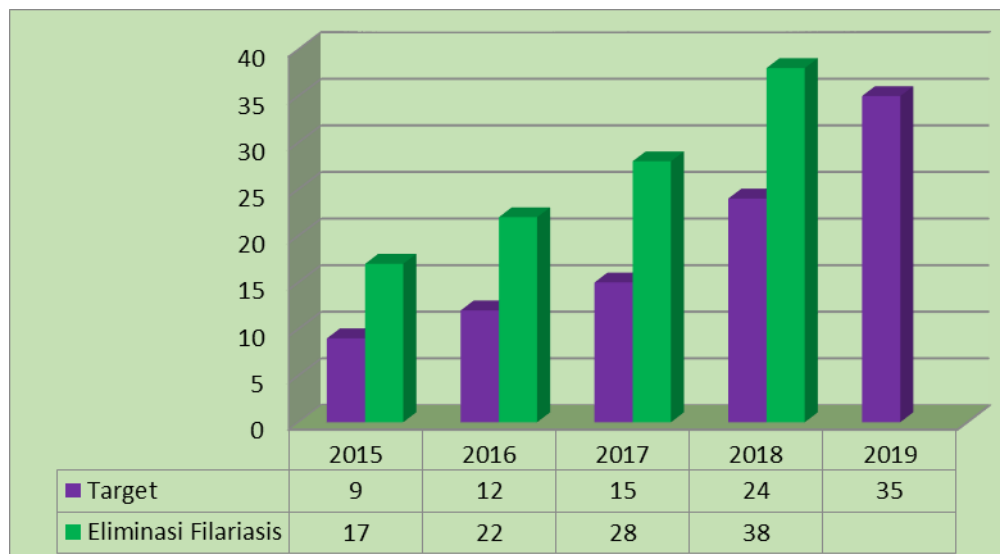
Definisi operasional Indikator jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi Filariasis dihitung dari jumlah akumulasi kab/kota yang berhasil lulus dalam survei evaluasi penilaian penularan filariasis tahap kedua.

Indikator jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi Filariasis dihitung dengan formula:

### Akumulasi jumlah kab/kota dengan eliminasi filariasis

Pada tahun 2018 dari target jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi filariasis sebanyak 24 kabupaten/kota, telah berhasil tercapai sebanyak 38 kabupaten/kota atau dengan pencapaian kinerja sebesar 158,3% seperti yang terlihat dalam grafik dibawah ini.

**Grafik 3.21**  
**Jumlah Kabupaten/kota dengan Eliminasi Filariasis**  
**Tahun 2015-2018**



Sumber data : Laporan Subdit Filariasis dan Kecacingan Tahun 2018

Pada grafik di atas, tampak terjadi peningkatan jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi filariasis dari tahun 2015-2018. Hal ini menunjukkan semakin meningkatnya komitmen kabupaten/kota dalam melaksanakan program pengendalian Filariasis melalui Pemberian Obat Pencegahan Massal Filariasis selama minimal 5 tahun berturut-turut sehingga angka target jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi filariasis dapat tercapai.

Dalam pengendalian Filariasis, sebelum suatu kabupaten/kota dinilai dapat mencapai eliminasi filariasis, kabupaten/kota tersebut harus melaksanakan Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Filariasis pada seluruh penduduk sasaran di kabupaten/kota tersebut usia 2-70 tahun selama minimal 5 tahun berturut-turut dengan cakupan pengobatan minimal 65% dari total jumlah penduduk. Kemudian dilaksanakan survey evaluasi penularan filariasis untuk menilai apakah masih terjadi penularan pada daerah tersebut. jika hasil survei menunjukkan tidak terjadi penularan maka POPM Filariasis tetap dihentikan dan dilakukan survey ulang penularan filariasis kembali setelah 2 (dua) tahun berikutnya. Berdasarkan uraian tersebut, keberhasilan penurunan angka mikrofilaria sangat bergantung pada partisipasi masyarakat untuk

minum obat filariasis. Adapun kabupaten/kota dengan eliminasi filariasis tahun 2018 adalah sebagai berikut:

**Tabel 3.6**  
**Kabupaten/Kota dengan Eliminasi Filariasis Tahun 2018**

Provinsi	Kabupaten/Kota
Jambi	1. Tanjung Jabung Barat
Banten	2. Tangerang
	3. Tangerang Selatan
	4. Kota Serang
Jawa Barat	5. Bandung
	6. Bekasi
	7. Kota Depok
	8. Kota Bogor
	9. Kota Bekasi
Papua	10. Merauke
	11. Jayapura
Riau	12. Pelalawan
	13. Kota Dumai
	14. Kuantan Singingi
Sumatera Utara	15. Labuhan Batu
	16. Deli Serdang
Gorontalo	17. Gorontalo
	18. Gorontalo Utara
	19. Kota Gorontalo
	20. Pohuwato
Maluku Utara	21. Kota Tidore Kepulauan
Nusa Tenggara Timur	22. Alor
	23. Rote Ndao
Sulawesi Barat	24. Polewali Mandar
Sulawesi Tengah	25. Parigi Moutong
Sulawesi Tenggara	26. Buton
	27. Bombana
	28. Kolaka Utara
Kepulauan Bangka Belitung	29. Belitung
	30. Bangka Barat
Kalimantan Tengah	31. Kotawaringin Barat
Kalimantan Selatan	32. Hulu Sungai Utara
Sulawesi Selatan	33. Luwuk Timur
	34. Enrekang
Sumatera Barat	35. Lima Puluh Kota
	36. Kota Bukittinggi
	37. Agam
	38. Pesisir Selatan

Sumber data : Laporan Subdit Filariasis dan Kecacingan Tahun 2018

Selain menjadi indikator Renstra Kementerian Kesehatan, indikator jumlah Kabupaten/kota dengan Eliminasi Filariasis juga merupakan indikator RPJMN sehingga perbandingan dengan indikator RPJMN tidak diperlukan lagi.

Target indikator jumlah Kab/Kota dengan eliminasi Filariasis telah tercapai. Hal ini dipengaruhi oleh meningkatnya komitmen pemerintah daerah dan partisipasi masyarakat dalam penanggulangan Filariasis melalui Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Filariasis sehingga dapat memutus rantai penularan. Sebelum tahun 2015 cakupan POPM Filariasis di beberapa kabupaten/kota sangat rendah. Upaya percepatan eliminasi Filariasis ini dimulai dengan Pencanangan Bulan Eliminasi Kaki Gajah (BELKAGA) pada tanggal 1 Oktober 2015 oleh Menteri Kesehatan RI di Cibinong Kabupaten Bogor. Dengan pencanangan tersebut, maka menjadikan bulan Oktober tahun 2015-2019 sebagai bulan pelaksanaan eliminasi kaki gajah, dengan harapan bahwa adanya bulan POPM Filariasis tersebut akan memacu seluruh lapisan masyarakat dari pusat hingga daerah bergerak dengan serempak mendukung POMP Filariasis di wilayahnya, seiring dengan pemahaman yang semakin tinggi terhadap pentingnya program pengendalian filariasis di Indonesia. Upaya tersebut sesuai dengan hasil penelitian para ahli yang menunjukkan bahwa cakupan minum obat yang efektif dapat menurunkan angka mikrofilaria. Selain itu, pembangunan fisik dan perkembangan di daerah-daerah endemis juga semakin meningkat sehingga mengurangi tempat-tempat perindukan nyamuk vektor filariasis.

#### **Upaya yang Dilaksanakan Mencapai Target Indikator**

##### **1. Bulan Eliminasi Kaki Gajah (Belkaga)**

Salah satu upaya strategis yang dilakukan untuk meningkatkan cakupan pemberian obat massal pencegahan (POPM) filariasis adalah dengan menjadikan bulan Oktober sebagai “Bulan Eliminasi Kaki Gajah (BELKAGA)”. Bulan Eliminasi Kaki Gajah dilaksanakan pada Bulan Oktober. Dengan adanya program Belkaga diharapkan seluruh lapisan masyarakat dari pusat hingga daerah bergerak dengan serempak mendukung POMP Filariasis di wilayahnya, seiring dengan pemahaman masyarakat yang semakin tinggi terhadap pentingnya program pengendalian filariasis di Indonesia. Pada tahun 2018 telah dilaksanakan pencanangan Belkaga Tingkat Nasional oleh Menteri Kesehatan RI di Kab. Sorong Papua Barat pada tanggal 15 Oktober 2018.

**Gambar 3.8**  
**Pelaksanaan Pencanangan Bulan Eliminasi Kaki Gajah (Belkaga) Tingkat Nasional Tahun 2018 di Kab. Sorong**





**Gambar 3.9**  
**Pemberian Serifikat Eliminasi Filariasis**  
**oleh Ibu Menteri Kesehatan RI**



2. Advokasi dan sosialisasi Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Filariasis secara Intensif.

Sosialisasi POPM Filariasis secara aktif dan intensif dilaksanakan kepada Lintas Sektor dan Lintas Program terkait serta seluruh lapisan masyarakat untuk meningkatkan cakupan dalam minum obat pencegahan Filariasis. Penyebarluasan informasi kepada masyarakat dilaksanakan melalui media cetak (leaflet, spanduk, banner) maupun media elektronik (Iklan Layanan Masyarakat) baik di radio maupun televisi.

3. Monitoring dan Evaluasi dalam rangka Eliminasi Filariasis.

Kegiatan monitoring dan evaluasi dilaksanakan untuk memantau proses pada tahap persiapan dan pemberian obat pencegahan massal filariasis serta mengevaluasi hambatan dan tantangan dalam pengendalian Filariasis. Kegiatan ini juga bertujuan untuk melihat apakah angka mikrofilaria pada kabupaten/kota endemis filariasis berhasil diturunkan menjadi  $< 1\%$  setelah POPM Filariasis selama 5 tahun. Kegiatan ini dilaksanakan melalui:

- Bimbingan teknis dalam rangka penanggulangan filariasis
- Koordinasi National Task Force Filariasis (NTF) dan Komite Ahli Pengobatan Filariasis (KAPFI)
- Survey cakupan pasca POPM filariasis
- Survei evaluasi prevalensi mikrofilaria

4. Peningkatan kapasitas petugas laboratorium dan pengelola filariasis melalui pelatihan mikroskopis filariasis dan pelatihan survey evaluasi penularan (Transmission Assessment Survey/TAS) Filariasis

5. Surveilans Pasca POPM Filariasis

Surveilans merupakan tahap yang paling penting dalam melaksanakan eliminasi filariasis. Setelah dilaksanakan POPM Filariasis selama 5 tahun pada kabupaten/kota endemis filariasis dievaluasi melalui survei evaluasi penularan filariasis untuk melihat apakah masih terjadi penularan pada daerah tersebut serta menentukan



apakah suatu kabupaten/kota dapat menghentikan kegiatan POPM Filariasis atau masih harus melanjutkan kegiatan POPM Filariasis sebelum ditetapkan sebagai daerah eliminasi filariasis

Kendala/Masalah yang dihadapi, antara lain:

- 1) Kurangnya partisipasi masyarakat dalam minum obat sehingga cakupan POPM Filariasis masih dibawah target (< 65%).
- 2) Kondisi geografis beberapa wilayah di Indonesia yang sulit terjangkau, sementara kegiatan POPM Filariasis dilaksanakan untuk seluruh penduduk usia 2 – 70 tahun di kabupaten/kota endemis filariasis, dimana beberapa daerah tersebut merupakan daerah terpencil dan kepulauan yang sulit aksesnya, sehingga pelaksanaan POPM Filariasis di daerah tersebut sulit menjangkau seluruh sasaran, terutama di desa - desa terpencil.
- 3) Adanya kejadian ikutan pasca POPM yang terjadi di masyarakat dapat menurunkan angka partisipasi minum obat pada waktu POPM Filariasis.
- 4) Keterlambatan distribusi obat ke kabupaten/kota sehingga pelaksanaan POPM mundur dari waktu yang telah ditentukan.

Upaya Pemecahan Masalah yang dilakukan antara lain:

- 1) Advokasi dan Sosialisasi kepada Lintas Program, Lintas Sektor dan masyarakat pentingnya cakupan POPM Filariasis >65% untuk dapat memutuskan rantai penularan Filariasis. Serta pelaksanaan sweeping setelah pelaksanaan POPM filariasis
- 2) Melakukan edukasi dan penyampaian informasi kepada masyarakat umum melalui berbagai media yang efektif dengan menggunakan pendekatan kearifan lokal
- 3) Advokasi kepada pemerintah daerah untuk meningkatkan komitmen dalam menjangkau daerah-daerah sulit dalam pelaksanaan POPM Filariasis, serta Mengoptimalkan mobilisasi tenaga kesehatan yang ada untuk menjangkau daerah-daerah sulit dan terpencil.
- 4) Konsolidasi dan Penguatan jejaring Komisi Ahli penanggulangan kejadian ikutan pasca POPM Filariasis baik di tingkat Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota untuk mengantisipasi kejadian ikutan yang terjadi selama pelaksanaan POPM Filariasis

#### **f. Penurunan kasus Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) tertentu**

Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) merupakan salah satu perhatian dunia dan memiliki target capaian global yang wajib diikuti oleh semua negara. Pencegahan PD3I secara khusus adalah dengan pemberian imunisasi dimana imunisasi merupakan salah satu intervensi kesehatan masyarakat yang terbukti sangat cost efektif. Imunisasi yang merupakan program prioritas nasional saat ini adalah imunisasi untuk mencegah PD3I tertentu yaitu Tuberculosis, Hepatitis B, Polio, Difteri, Pertusis, Tetanus, Hemophilus Influenza Type B, Campak, dan Rubela, yang beberapa diantaranya sering menyebabkan kejadian luar biasa (KLB) di beberapa daerah. Untuk mengukur beban penyakit, mendeteksi wabah dan mengevaluasi dampak imunisasi terhadap PD3I diperlukan suatu surveilans berkualitas berupa pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap data dan informasi serta kondisi yang

mempengaruhi PD3I, sehingga dapat mengarahkan tindakan pengendalian dan penanggulangan PD3I secara efektif dan efisien.

Komitmen global penurunan PD3I telah diikuti oleh semua negara dunia termasuk Indonesia yakni Eradikasi Polio (ERAPO), Eliminasi Campak dan Pengendalian Rubela/*Congenital Rubella Syndrome* (CRS) serta Eliminasi Tetanus Maternal Neonatal. Eradikasi polio ditetapkan sebagai salah satu resolusi dalam sidang WHA Mei 1988 untuk dicapai secara global pada tahun 2020. Pada tanggal 27 Maret 2014 Regio Asia Tenggara telah tersertifikasi bebas poliomyelitis dimana Indonesia termasuk salah satu negara yang menerima sertifikat tersebut. Sejalan dengan target global, walaupun telah tersertifikasi bebas poliomyelitis, Indonesia harus tetap melakukan upaya untuk memastikan setiap wilayahnya bebas dari keberadaan virus polio, baik virus polio liar maupun virus polio yang berasal dari vaksin. Upaya tersebut yaitu pemberian imunisasi polio secara rutin dengan cakupan tinggi dan merata, pemberian imunisasi polio tambahan (PIN, Sub PIN, *Mopping-up*) pada populasi berisiko tinggi, surveilans AFP (*Acute Flaccid Paralysis*) yang berkualitas, dan pengamanan virus polio di laboratorium (*Laboratory Containment*).

Komitmen global lain yang harus diikuti oleh semua negara dunia, termasuk Indonesia, yaitu eliminasi campak dan pengendalian rubela/CRS pada tahun 2020. Pemerintah Indonesia telah menetapkan beberapa strategi untuk mencapai komitmen global tersebut antara lain penguatan imunisasi rutin campak dosis pertama dan dosis kedua secara tinggi ( $\geq 95\%$ ) dan merata, melakukan kampanye dan introduksi imunisasi MR secara bertahap pada tahun 2017-2018, meningkatkan surveilans campak yang berkualitas, melakukan penyelidikan epidemiologi KLB campak secara menyeluruh, mengembangkan surveilans CRS sentinel di 13 RS di 10 provinsi dan melakukan konfirmasi laboratorium campak 100% secara bertahap terhadap kasus campak klinis.

Eliminasi Tetanus Maternal Neonatal juga menjadi komitmen global dimana pada tahun 2016 Indonesia telah divalidasi oleh Tim WHO dan Unicef dan dinyatakan sudah Eliminasi Tetanus Maternal Neonatal. Walaupun telah menerima sertifikat tersebut, Indonesia tetap harus mempertahankan jumlah kasus tetanus maternal neonatal  $<1/1000$  kelahiran hidup. Upaya yang dilakukan merupakan integrasi program KIA, imunisasi dan surveilans yaitu dengan meningkatkan cakupan *Ante Natal Care* (ANC), Kunjungan Neonatal (KN), persalinan steril, meningkatkan cakupan imunisasi tetanus toxoid, serta meningkatkan surveilans TN yang berkualitas.

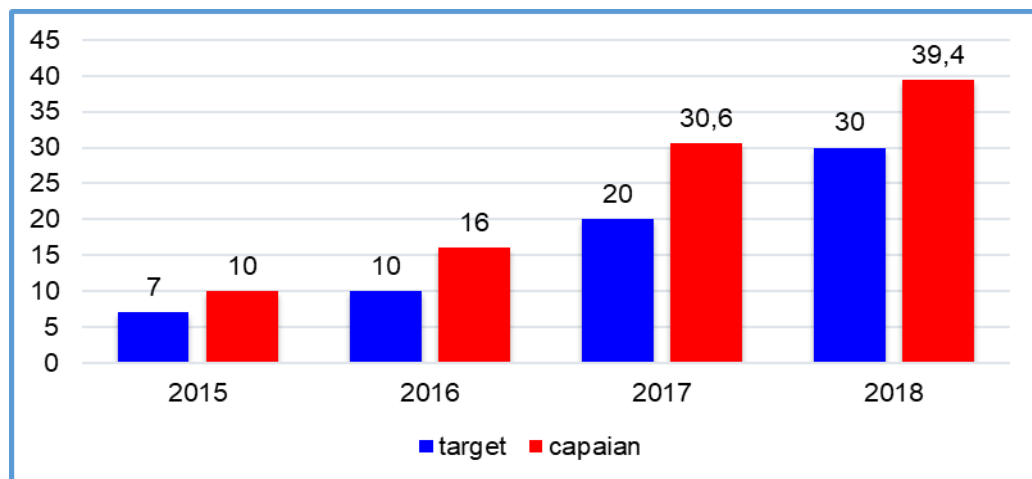
Defenisi operasional Penurunan kasus penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) tertentu adalah penurunan kasus PD3I tertentu di seluruh provinsi dalam satu tahun dari baseline data tahun 2013, dinyatakan dalam persen. Yang dimaksud dengan PD3I tertentu yaitu Difteri, Campak Klinis, Tetanus Neonatorum dan Pertusis..

Adapun formula untuk menghitung indikator ini adalah:

(Jumlah kasus PD3I tertentu pada baseline) - (jumlah kasus PD3I tertentu pada tahun berjalan)	X 100%
Jumlah kasus PD3I tertentu pada baseline tahun 2013	

Pada tahun 2018 tercatat jumlah kasus PD3I tertentu yakni difteri, campak, TN dan pertusis sebesar 10.342 kasus. Terjadi penurunan kasus sebesar 6.713 kasus dengan presentase penurunan sebesar 39,4% pada tahun 2018 dibandingkan angka kasus tahun 2013. Pada grafik dibawah ini terlihat bahwa selama tahun 2015 – 2018 maka capaian kinerja melebihi target yang ditetapkan.

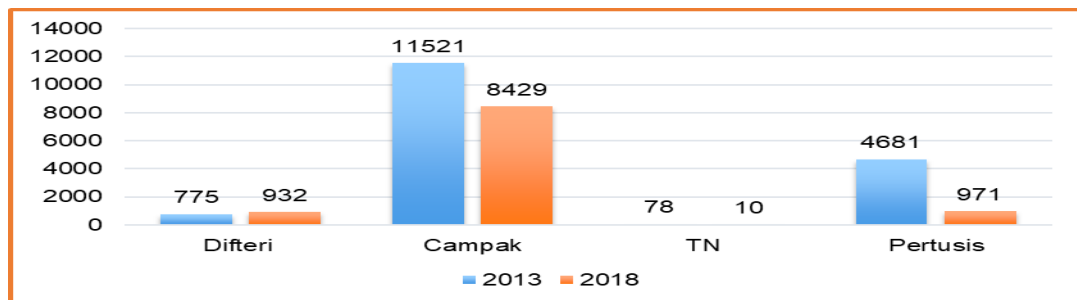
**Grafik 3.22**  
**Persentase Penurunan Kasus Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) Tahun 2015-2018**



Sumber data : Laporan Subdit Surveilans Tahun 2018

Pencapaian kinerja yang baik ini antara lain didukung dengan adanya penguatan imunisasi rutin dengan cakupan tinggi dan merata, melakukan penguatan jejaring kerja surveilans PD3I dengan klinisi dan laboratorium dengan workshop maupun pertemuan untuk membahas perkembangan terkini PD3I, peningkatan kapasitas petugas surveilans PD3I dan evaluasi pelaksanaan program surveilans PD3I di daerah dengan melakukan monitoring, pertemuan evaluasi nasional dan melakukan feedback kinerja ke provinsi. Bila dilihat pada jumlah kasus PD3I per jenis penyakit, maka sebagian besar jenis penyakit PD3I mengalami penurunan dibandingkan dengan data kasus tahun 2013 seperti dalam grafik berikut ini:

**Grafik 3.23**  
**Perbandingan Kasus PD3I tertentu Tahun 2013 dan Tahun 2018**



Sumber data : Laporan Subdit Surveilans Tahun 2018

Pada grafik diatas, terdapat satu penyakit yang menunjukkan tren meningkat yaitu penyakit difteri, peningkatan ini disebabkan oleh penyelidikan epidemiologi (PE) kasus difteri yang belum optimal, belum semua hasil PE dilakukan analisa sehingga sasaran umur dan luas wilayah ORI tidak diketahui, pemberian antibiotika profilaksis terhadap kasus kontak difteri dilaksanakan, tidak sesuai SOP serta tidak dilakukan pemantauan minum obat (PMO), beberapa Kabupaten/Kota tidak melakukan ORI saat terjadi KLB dan masih ditemukan adanya pelaksanaan manajemen vaksin yang tidak sesuai standar seperti masih terdapat bunga es, vaksin sensitif dingin diletakan di dekat evaporator serta vaksin tidak tersusun dengan baik.

Jika dibandingkan dengan indikator dalam RPJMN yakni persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap pada bayi, maka capaian indikator ini masih sangat rendah yakni 38,7% (data per 31 Desember 2018) dengan kelengkapan laporan < 50%, data ini masih terus bergerak dan akan divalidasi sehingga menghasilkan data yang lengkap dan valid pada bulan Maret 2019. Indikator persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap akan berkontribusi langsung pada penurunan kasus PD3I.

Capaian indikator persentase penurunan kasus PD3I pada tahun 2018 melebihi target yang ditetapkan antara lain didukung oleh upaya penguatan imunisasi, penguatan surveilans AFP dan PD3I lainnya, penguatan jejaring dan koordinasi mekanisme kerja antar lintas program dan lintas sektor, peningkatan kapasitas petugas surveilans dan evaluasi pelaksanaan program surveilans AFP dan PD3I lainnya di daerah dengan melakukan monitoring, pertemuan evaluasi dan melakukan umpan balik kinerja.

Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

- 1) Melakukan penguatan imunisasi rutin dengan cakupan tinggi dan merata;
- 2) Meningkatkan jangkauan pelayanan imunisasi dengan melibatkan fasilitas pelayanan swasta dan organisasi profesi;
- 3) Meningkatkan tingkat perlindungan/imunitas di masyarakat dengan melakukan *Back Log Fighting* (BLF) dan *Crash Program* pada desa yang sudah 2 atau 3 tahun berturut-turut tidak UCI;
- 4) Meningkatkan kinerja surveilans AFP dan PD3I lainnya yang berkualitas;
- 5) Meningkatkan komitmen dan kapasitas petugas imunisasi dan surveilans PD3I;

- 6) Melakukan penguatan jejaring kerja surveilans PD3I dengan klinisi dan laboratorium;
- 7) Meningkatkan komitmen *stakeholder* dalam kesinambungan penganggaran;
- 8) Meningkatkan penguatan jejaring koordinasi surveilans AFP dan PD3I lainnya dengan Komite Ahli Eradikasi Polio, Komite Ahli Surveilans AFP dan Komite Ahli Verifikasi Eliminasi Campak dan Pengendalian Rubela/CRS dalam mendapatkan rekomendasi untuk pencapaian indikator;
- 9) Mengembangkan sistem pencatatan dan pelaporan kasus AFP & PD3I berbasis web;
- 10) Monitoring dan evaluasi surveilans AFP dan PD3I lainnya;
- 11) Melakukan umpan balik ke provinsi yang ditujukan ke Gubernur dan ditembuskan ke Kepala Dinas Kesehatan Provinsi.

Kendala/masalah yang dihadapi dalam mencapai indikator adalah:

- 1) Cakupan imunisasi yang belum tinggi dan merata di semua wilayah;
- 2) Kondisi geografis di beberapa daerah sulit di jangkau sehingga petugas mengalami kesulitan saat melakukan imunisasi dan penyelidikan epidemiologi (PE) saat terjadi KLB;
- 3) Terdapatnya kampanye negatif imunisasi di beberapa daerah;
- 4) Fasyankes swasta belum terlibat dalam sistem pelaporan kasus AFP & PD3I lainnya;
- 5) Penggantian petugas yang tinggi sehingga banyak petugas yang belum terlatih;
- 6) Sebagian besar petugas surveilans PD3I memiliki tugas rangkap sehingga tidak fokus pada fungsinya;
- 7) Kurangnya komitmen dan dukungan pemerintah daerah baik provinsi dan kab/kota untuk program surveilans PD3I, sehingga penganggaran tidak berkelanjutan;
- 8) Penanggulangan KLB tidak tuntas dan efektif baik di tingkat provinsi maupun kab/kota sehingga kasus PD3I tetap ada.

Upaya Pemecahan Masalah yang dilakukan, antara lain:

- 1) Melakukan penguatan kembali (revitalisasi) komitmen dan advokasi Pemerintah Daerah untuk dukungan anggaran dan operasional surveilans PD3I;
- 2) Menghimbau Kepala Dinas dan jajarannya ikut memantau dan memperkuat kemajuan pencapaian target program PD3I di wilayahnya;
- 3) Memberikan umpan balik rutin secara berjenjang dan memantau tindak lanjutnya;
- 4) Mengusulkan kegiatan surveilans PD3I untuk daerah melalui dana dekon dan DAK/BOK;
- 5) Melibatkan fasilitas pelayanan kesehatan swasta dalam penemuan kasus AFP dan PD3I lainnya, serta mengaktifkan Surveilans Aktif RS (SARS) dan *Hospital Record Review* (HRR);
- 6) Meningkatkan peran jejaring organisasi profesi dalam imunisasi dan penemuan kasus;
- 7) Mengadakan pertemuan validasi data di setiap tingkat;
- 8) Melakukan pelatihan penanggulangan KLB dan analisa data kepada petugas surveilans PD3I;

- 9) Melakukan peningkatan kapasitas petugas laboratorium;
- 10) Melakukan pengkajian efektifitas penanggulangan KLB.

**g. Persentase kab/kota yang mempunyai kebijakan kesiapsiagaan dalam penanggulangan kedaruratan kesehatan masyarakat yang berpotensi wabah**

Pada era globalisasi di mana lalu lintas orang, barang, dan alat angkut begitu pesat dan berlangsung dalam hitungan jam, risiko persebaran penyakit menjadi semakin besar, baik pada lintas wilayah regional sampai pada lintas internasional. Kejadian penyakit yang menjadi perhatian internasional (dikenal dengan istilah PHEIC; *Public Health Emergency of International Concern*) semakin meningkat dan berimplikasi bukan hanya pada aspek kesehatan, namun juga aspek sosial, ekonomi, politik dan pertahanan keamanan. Setiap negara diharapkan mempunyai kemampuan dalam sistem kesehatannya untuk mampu melakukan pencegahan, pendeteksian, melakukan tindakan penanggulangan dan melaporkan suatu kejadian yang berpotensi kedaruratan kesehatan masyarakat.

International Health Regulations (2005) yang diberlakukan Tahun 2007 merupakan Regulasi Kesehatan Internasional yang disetujui oleh 194 negara anggota WHO dalam sidang World Health Assembly (WHA) ke-58 sebagai bentuk komitmen, tanggung jawab dan upaya bersama dalam mencegah penyebaran penyakit lintas negara. IHR (2005) bertujuan mencegah, melindungi dan mengendalikan penyebaran penyakit lintas negara dengan melakukan tindakan sesuai dengan risiko kesehatan yang dihadapi tanpa menimbulkan gangguan yang berarti bagi lalu lintas dan perdagangan internasional. Dalam regulasi internasional ini setiap negara berkewajiban untuk meningkatkan kapasitas inti untuk mencapai tujuan IHR (2005).

Indonesia secara bertahap telah mengembangkan kapasitas inti tersebut dan berdasarkan penilaian telah Implementasi penuh IHR (2005). Regulasi ini merupakan modal utama untuk mengembangkan jejaring dan kerjasama internasional dalam menghadapi dan menanggulangi potensi terjadinya Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia (KKM-MD) atau Public Health Emergency of International Concern (PHEIC). Dalam upaya mempertahankan dan meningkatkan upaya cegah tangkal dalam rangka perlindungan Indonesia dan dunia terhadap Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia (KKM-MD) melalui koordinasi, integrasi, sinkronisasi lintas sektor yang telah dilakukan dapat tetap terjaga dan mempertahankan kemampuan dalam hal deteksi, verifikasi, penilaian, pelaporan dan penanggulangan potensi terjadinya KKM-MD.

Wilayah kabupaten/kota sebagai bagian dari negara harus mempunyai kapasitas dalam surveilans, deteksi dini dan respon sebagai jaminan kapasitas suatu negara dalam kesiapsiagaan menghadapi kedaruratan kesehatan masyarakat (KKM). Kesiapsiagaan tersebut dituangkan dalam bentuk dokumen kebijakan yang merupakan kesepakatan bersama seluruh lintas sektor yang ada di suatu wilayah dalam penanggulangan KKM yang berpotensi terjadi di wilayahnya. Dokumen tersebut dinamakan dokumen rencana kontinjensi.



Penyusunan rencana kontinjensi melibatkan seluruh lintas sektor yang ada di suatu wilayah dalam memberikan input untuk mendapatkan dokumen yang adekuat dan dapat diandalkan. Penetapan KKM yang potensial terjadi disepakati bersama, begitu pula dengan pembagian peran, tugas dan fungsi. Melalui proses penyusunan inilah didapatkan komitmen bersama untuk menjamin kesiapsiagaan dalam menghadapi KKM. Finalisasi dari dokumen ini adalah dengan ditandatanganinya dokumen rencana kontinjensi oleh Bupati/ Walikota.

Definisi operasional IKU ini adalah Kab/kota yang memiliki pintu masuk internasional dalam hal ini pelabuhan, bandar udara dan PLBDN melakukan kesiapsiagaan terhadap potensi kedaruratan kesehatan masyarakat yang disebabkan oleh penyakit, bahan kimia, radio nuklir dan keamanan pangan.

Upaya kesiapsiagaan tersebut termasuk menyusun dokumen kebijakan bersama lintas program dan lintas sektor terkait (satuan ker ja perangkat daerah) untuk penanggulangan kedaruratan kesehatan masyarakat yang berpotensi wabah.

Untuk menghitung indikator ini digunakan formulasi sebagai berikut:

Jumlah Kabupaten/Kota yang mempunyai kebijakan kesiapsiagaan dalam penanggulangan kedaruratan kesehatan masyarakat yang berpotensi wabah	X 100%
Jumlah Kabupaten/Kota yang memiliki pintu masuk internasional (pada saat baseline)	

Indikator ini merupakan indikator Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2015 – 2019. Pada tahun 2018, persentase kabupaten/kota dengan pintu masuk internasional yang memiliki dokumen rencana kontinjensi penanggulangan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat (KKM) telah mencapai 84% dari target 82% sehingga pencapaian sebesar 102%. Terjadi peningkatan bila dibandingkan dengan capaian tahun 2017 yakni dari 66% menjadi 84% seperti dalam tabel berikut ini:

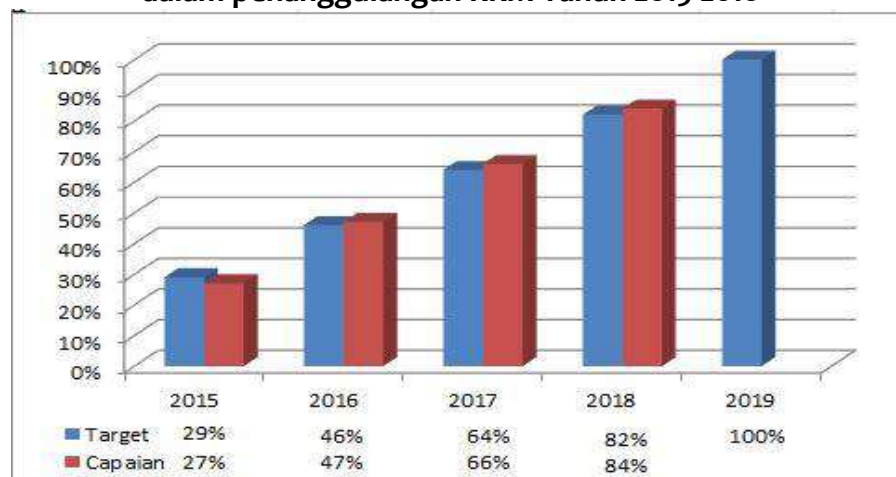
**Tabel 3.24**  
**Target dan Capaian Kab/Kota Yang Mempunyai Kebijakan Kesiapsiagaan Dalam Penanggulangan KKM Tahun 2015-2018**



Sumber data : Laporan rutin Subdit Karantina Kesehatan Tahun 2018

Bila melihat tren capaian Kab/Kota yang mempunyai kebijakan kesiapsiagaan dalam penanggulangan KKM telah tercapai selama 2 tahun berturut-turut maka diproyeksikan target pada akhir tahun 2019 akan dapat tercapai.

**Grafik 3.25**  
**Persentase Kab/Kota yang mempunyai kebijakan kesiapsiagaan dalam penanggulangan KKM Tahun 2015-2018**



Sumber data : Laporan rutin Subdit Karantina Kesehatan Tahun 2018

Sampai dengan tahun 2018 tercapai 90 kab/kota yang menyusun dokumen rencana kontinjensi. Beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan pencapaian target indikator antara lain:

- Persiapan pelaksanaan kegiatan dengan melakukan komunikasi dan koordinasi baik verbal maupun surat kepada propinsi/kabupaten/kota sasaran penyusunan dokumen.
- Pelaksanaan sosialisasi dan advokasi dengan melibatkan Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) dan lintas sektor.
- Pelaksanaan workshop dan penyusunan dokumen rencana kontinjensi di kabupaten/kota dengan anggaran bersumber dari pusat dan dana dekonsentrasi.
- Adanya rambu petunjuk perencanaan sehingga Dinas Kesehatan Provinsi dapat menyusun anggaran kegiatan terkait kebijakan kesiapsiagaan penanggulangan KKM di wilayah.
- Pelaksanaan pertemuan koordinasi penyelenggaraan kekarantina kesehatan di wilayah yang menjadi forum diskusi dan koordinasi serta memfasilitasi komunikasi dan diseminasi informasi kepada kabupaten/kota sasaran yang akan melakukan penyusunan

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target indikator

- Advokasi dan sosialisasi regulasi kesehatan internasional atau *International Health Regulations* (2005) termasuk kapasitas inti IHR dan paket aksi keamanan kesehatan global.
- Penilaian pencapaian kapasitas inti IHR di pintu masuk negara, wilayah dan nasional dengan melibatkan lintas sektor terkait

- Sosialisasi dan advokasi kesiapsiagaan dan kewaspadaan terhadap faktor risiko kedaruratan kesehatan masyarakat dengan melibatkan Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) dan lintas sector.
- Melaksanakan workshop penyusunan rencana kontinjensi mencakup konsep pedoman penyusunan renkon, identifikasi potensi KKM, pengumpulan data dasar dan membangun komitmen lintas sectoral.
- Melaksanakan kegiatan penyusunan rencana kontinjensi KKM dengan melibatkan seluruh lintas sektoral pemerintah daerah yang terkait dengan kesiapsiagaan, respon dan koordinasi penanggulangan kedaruratan kesehatan masyarakat.
- Pelaksanaan Pertemuan Koordinasi Penyelenggaraan Kekarantinaan Kesehatan di Wilayah mengundang seluruh kabupaten/kota sasaran yang akan menyusun dokumen dengan metode pemaparan materi, tanya jawab dan *Focus Group Discussion (FGD)*
- Review dan update dokumen kebijakan yang telah disusun di kabupaten/kota.

Kendala/Masalah yang Dihadapi antara lain:

- Masih adanya pemahaman SKPD di daerah bahwa penyusunan rencana kontinjensi merupakan tanggung jawab instansi kesehatan saja.
- Dokumen rencana kontinjensi wilayah belum menjadi prioritas dibandingkan program lainnya sehingga di beberapa daerah dengan mekanisme dana dekonsentrasi melakukan pemotongan anggaran penyusunan rencana kontinjensi yang menyebabkan rangkaian kegiatan penyusunan rencana kontinjensi tidak berjalan sesuai jadwal/rencana dan berdampak pada kualitas penyusunan dokumen renkon.
- Terdapat kesulitan dalam penentuan jadwal pelaksanaan kegiatan di daerah karena berbenturan dengan kegiatan lain.

Beberapa upaya Pemecahan Masalah adalah:

- 1) Mengintensifkan kegiatan sosialisasi kebijakan kesiapsiagaan terhadap kedaruratan kesehatan masyarakat kepada pemerintah daerah sasaran untuk menyamakan pemahaman dan rencana tindak lanjut pelaksanaan kegiatan pembuatan dokumen rencana kontingensi. Hal ini dapat meningkatkan komitmen daerah dalam melaksanakan program yang disepakati.
- 2) Mendorong kabupaten/kota sasaran untuk menyelesaikan hambatan administrasi agar kegiatan dapat terlaksana sesuai dengan rencana yang telah disepakati baik melalui mekanisme pembiayaan dekonsentrasi maupun pusat
- 3) Memaksimalkan potensi sumber daya manusia untuk memenuhi permintaan narasumber dari berbagai daerah untuk memfasilitasi pembentukan dokumen rencana kontingensi.
- 4) Mengoptimalkan potensi daerah dalam kesiapsiagaan kedaruratan khususnya kedaruratan bencana alam untuk memperkaya dan memperkuat substansi kedaruratan kesehatan masyarakat.
- 5) Menyesuaikan metode penyusunan dokumen dengan waktu yang tersedia termasuk design kegiatan yang interaktif (diskusi, table top, simulasi) dan penyusunan draft awal sebelum pertemuan.

**h. Persentase kab/kota yang melaksanakan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) minimal 50% sekolah**

Merokok merupakan salah satu faktor risiko bersama (*Common Risk Factor*) yang dapat menyebabkan Penyakit Tidak Menular (PTM) dan faktor risiko yang dapat dimodifikasi. Sehingga dengan menurunkan prevalensi merokok diharapkan dapat menurunkan angka prevalensi PTM. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 dan 2013, menunjukkan bahwa telah terjadi peningkatan secara bermakna penyebab kematian dan kesakitan akibat PTM, di antaranya adalah prevalensi penyakit stroke meningkat dari 8.3 per mil pada tahun 2007 menjadi 12.1 per mil pada tahun 2013. Riskesdas Tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi jantung pada semua golongan umur sebesar 1,5%, prevalensi Diabetes Melitus pada penduduk umur  $\geq 15$  tahun meningkat 6,9% pada tahun 2013 menjadi 8,5% pada tahun 2018 dan prevalensi hipertensi hasil pengukuran pada penduduk umur  $\geq 18$  tahun meningkat dari 25,8% menjadi 34,1%. Selain itu, analisis awal *Sample Registration Survey* 2014 yang diselenggarakan oleh Badan Litbangkes menunjukkan pola yang serupa yaitu penyebab kematian tertinggi didominasi oleh Stroke (21%), Penyakit Jantung (12.9%), Diabetes Melitus (6.7%) dan Hipertensi dengan komplikasinya (5.3%).

Konsumsi produk tembakau terbukti sebagai faktor risiko utama PTM utama seperti penyakit jantung dan pembuluh darah, penyakit paru, kanker dan lain-lain. Data GATS 2011 menunjukkan prevalensi merokok orang dewasa Indonesia sebesar 34,8% terbagi atas 67,4% laki-laki, dan 4,5% perempuan (GATS 2011). Data Riskesdas menunjukkan terjadinya peningkatan prevalensi perokok usia 15 tahun ke atas dari 34,2% pada 2007 menjadi 36,3% pada 2013. Proporsi perokok wanita lebih rendah dibandingkan pria, tapi terdapat peningkatan dari 5,2% pada 2007 menjadi 6,7% pada 2013. Diperkirakan pada tahun 2013 terdapat 6,3 juta wanita Indonesia usia 15 tahun ke atas yang merokok. Sementara di kalangan anak remaja laki-laki 15-19 tahun kenaikan terlihat lebih besar dibandingkan dengan kenaikan pada dewasa yaitu dari 37,3% laki-laki tahun 2013 (RISKESDAS, 2013) menjadi 54,8% laki-laki pada tahun 2016 (Sirkesnas). Proporsi kelompok rentan yang terkena paparan asap rokok orang lain (AROL) di rumah terbanyak pada usia balita (0-4 tahun) mencapai 56%. Sedangkan anak berusia (5-9 tahun) mayoritas terpapar oleh asap rokok orang lain (AROL) di luar rumah, yaitu mencapai 57,4% (Riskesdas, 2013). Prevalensi merokok penduduk umur 10-18 tahun menunjukkan kenaikan yakni 7,2% (Riskesdas 2013), menjadi 8,8% (Sirkesnas 2017) dan meningkat menjadi 9,1% (Riskesdas 2018)

Hasil kajian Badan Litbangkes tahun 2013 tentang dampak buruk akibat tembakau dan merokok pada kesehatan masyarakat di Indonesia tampak jelas. Hasil kajian ini menunjukkan terjadi kenaikan kematian prematur akibat penyakit terkait tembakau dari 190.260 di tahun 2010 menjadi 240.618 kematian di tahun 2013 dan juga kenaikan penderita penyakit akibat konsumsi rokok dari 384.058 orang di tahun 2010 menjadi 962.403 orang pada tahun 2013 yang menyebabkan peningkatan biaya perawatan kesehatan yang terlihat jelas dengan peningkatan kebutuhan dana yang harus dikeluarkan oleh BPJS. Konsumsi rokok yang semakin meningkat tajam terutama di kalangan kelompok rentan (anak, ibu hamil dan penduduk miskin), akan

meningkatkan angka kesakitan dan kematian terkait penyakit akibat konsumsi rokok. Berdasarkan Sirkesnas tahun 2016 yang dilakukan oleh Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan terjadi peningkatan prevalensi perokok penduduk usia  $\leq 18$  tahun sebesar 8,8%, yang seharusnya turun menjadi 6,4% (2016) dari 7,2% (2013).

Sekitar 78% perokok mengaku mulai merokok sebelum umur 19 tahun dan sepertiga dari siswa sekolah mengaku mencoba menghisap rokok pertama kali sebelum umur 10 tahun. Selain itu Indonesia sebagai negara dijuluki “baby Smoker” karena memiliki 239.000 perokok anak dibawah 10 tahun (GYTS 2014). Oleh karena itu untuk menggambarkan pengendalian PTM dan faktor risikonya disusun indikator ini yang dapat menggambarkan tingkat keparahan kondisi konsumsi rokok dimasyarakat, karena anak merupakan kelompok masyarakat yang rentan untuk mencontoh perilaku orang dewasa dan gencarnya paparan iklan produk di sekitarnya. Selain itu, timbulnya penyakit dampak rokok akan semakin cepat dengan semakin mudanya seseorang memulai kebiasaan merokok dan terkena paparan asap rokok.

Beberapa definisi terkait indikator ini adalah:

- Kabupaten/Kota yang melaksanakan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) minimal 50% sekolah adalah kabupaten/kota yang telah melaksanakan kebijakan KTR yang dinilai dari telah menerapkan KTR paling sedikit di 50% sekolah/ madrasah sesuai dengan peraturan perundangan yang mengatur tentang Kawasan Tanpa Rokok.
- Sekolah yang dimaksud adalah sekolah dan madrasah di level Sekolah Dasar dan sederajatnya, Sekolah Menengah Pertama dan sederajatnya, Sekolah Menengah Atas dan sederajatnya, baik negeri maupun swasta termasuk pondok pesantren dan sekolah berasrama.
- Ruang lingkup kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) terdapat 7 tatanan termasuk di tatanan sekolah yang diatur dalam peraturan perundangan Kawasan Tanpa Rokok yang telah melakukan penerapan *enforcement* sesuai kriteria yaitu ditemukan tanda dilarang merokok di semua pintu masuk; diseluruh lingkungan sekolah Tidak ditemukan orang merokok; Tidak ditemukan ruang khusus merokok; Tidak tercium bau asap rokok; Tidak ditemukan asbak dan korek api; Tidak ditemukan puntung rokok; Tidak ditemukan penjualan rokok termasuk kantin sekolah, tempat tunggu penjemput; dan Tidak ditemukan indikasi kerjasama dengan Industri tembakau dalam bentuk sponsor, promosi, iklan rokok (misalnya: serbet, tatakan gelas, asbak, poster, spanduk, billboard dan lainnya).

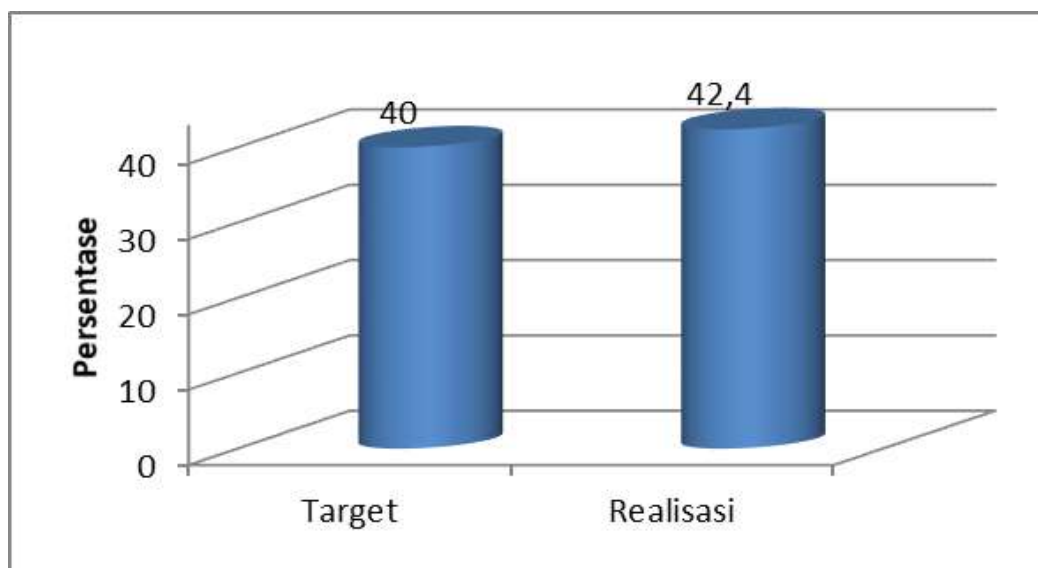
Persentase Kabupaten/Kota yang melaksanakan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) minimal 50% sekolah adalah kabupaten/kota yang telah melaksanakan kebijakan KTR yang dinilai dari minimal telah menerapkan KTR di 50% sekolah/ madrasah sesuai dengan peraturan perundangan yang mengatur tentang Kawasan Tanpa Rokok dibagi dengan jumlah kab/kota di Indonesia.

Adapun formula untuk menghitung indikator ini adalah:

$$\frac{\text{Jumlah Kabupaten/Kota yang melaksanakan kebijakan KTR minimal di 50\% sekolah}}{\text{Jumlah Kabupaten/Kota di Indonesia}} \times 100\%$$

Sampai dengan tahun 2018 terdapat 340 kab/kota (67,5%) yang telah memiliki peraturan mengenai KTR. Sebanyak 200 kab/kota (38,9%) dalam bentuk Perda KTR dan 127 kab/kota (24,7%) dalam bentuk peraturan Bupati atau Walikota. Masih ada 174 (33,%) kab/kota baik yang belum memiliki peraturan ataupun masih dalam bentuk surat edaran dan surat keputusan. Pencapaian Persentase Kabupaten/Kota yang melaksanakan kebijakan KTR minimal 50% sekolah, mencapai target yang diharapkan. Dari target 40%, realisasi sebesar 42,4% atau sebanyak 218 kab/kota dari 514 kab/kota, sehingga pencapaian sebesar 106%.

**Grafik 3.26**  
**Persentase Kab/Kota yang melaksanakan kebijakan KTR**  
**minimal di 50% sekolah Tahun 2018**

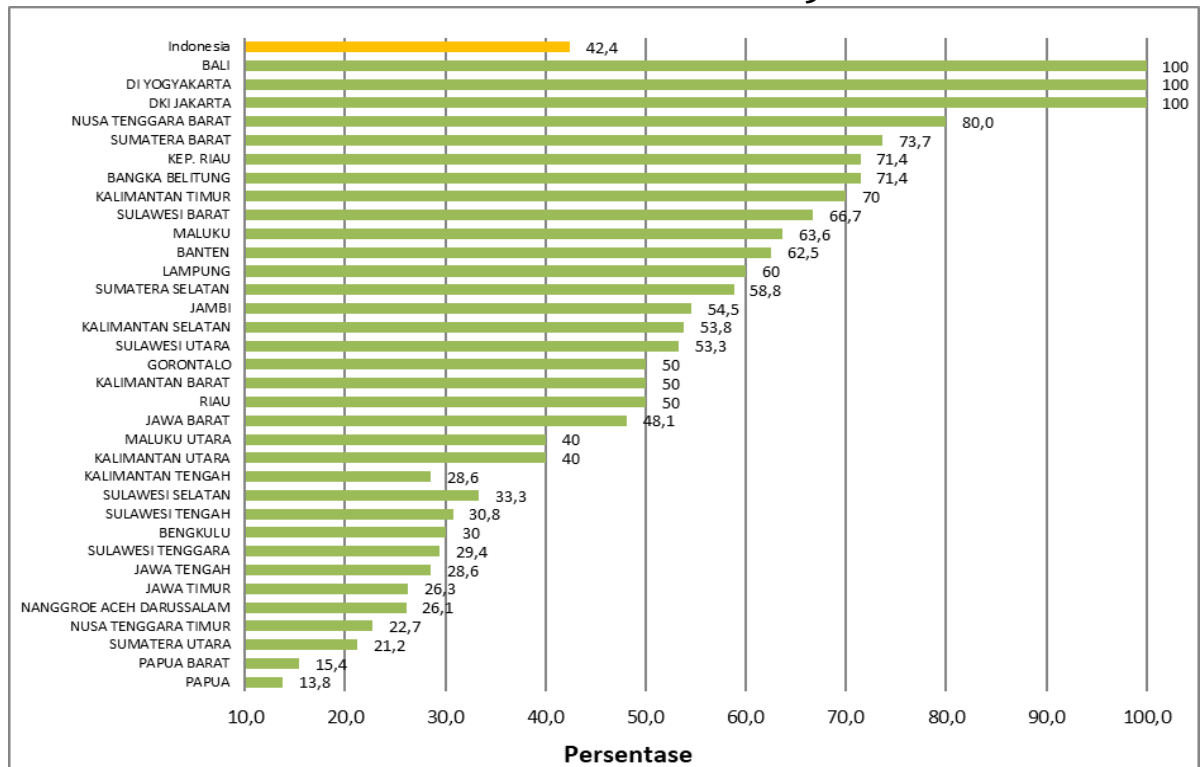


Sumber data : Laporan Subdit Penyakit Paru Kronik dan Gangguan Imunologi Tahun 2018

Sampai dengan tahun 2018 persentase kabupaten/kota yang melaksanakan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) minimal di 50% sekolah yang ada di wilayahnya, berdasarkan provinsi paling tinggi ada di Provinsi Bali (100%), DI Yogyakarta (100%), dan DKI Jakarta (100%), sedangkan yang terendah ada di Provinsi Papua (13,8%).



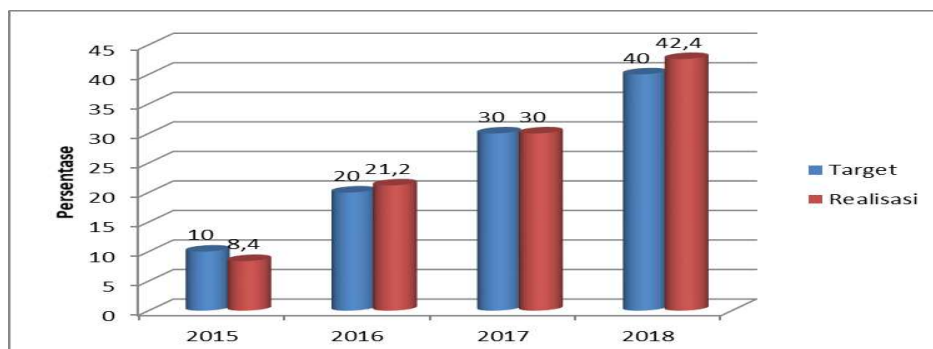
**Grafik 3.27**  
**Persentase Kab/Kota yang melaksanakan kebijakan KTR**  
**Per Provinsi di Indonesia Tahun 2015 – 2018**



Sumber data : Laporan rutin Subdit PKGI Tahun 2018

Pencapaian kinerja tahun 2015 – 2018, terjadi peningkatan kab/kota yang telah melaksanakan Kawasan Tanpa Rokok pada 50% sekolah. Bila dilihat trend peningkatan dari tahun 2015 target kinerja sebesar 10%, realisasi sebesar 8,37% (43 kab/kota), tahun 2016 dari target 20%, realisasi sebesar 21,2% atau sebanyak 109 kab/kota, sehingga pencapaian sebesar 105,8%. Pada tahun 2017 target 30%, realisasi 30% atau 154 kab/kota yang telah melaksanakan kebijakan KTR pada 50% sekolah. Pada tahun 2018, sebanyak 42,4% Kab/Kota telah melaksanakan kebijakan KTR dari target 40%, sehingga capaian kinerja sebesar 106%.

**Grafik 3.28**  
**Target dan Realisasi Kab/Kota yang melaksanakan KTR**  
**minimal 50% Sekolah Tahun 2015-2018**



Bila dibandingkan dengan indikator RPJMN yakni prevalensi merokok penduduk usia  $\leq 18$  tahun dengan target tahun 2018 sebesar 5,6% maka Prevalensi merokok penduduk umur 10-18 tahun menunjukkan kenaikan yakni 7,2% (Riskesdas 2013), menjadi 8,8% (Sirkesnas 2017) dan meningkat menjadi 9,1% (Riskesdas 2018). Peningkatan prevalensi merokok pada usia  $\leq 18$  tahun disebabkan masih minimnya Kab/Kota yang melaksanakan KTR minimal di 50% sekolah (42,4%)

Persentase kab/kota yang telah melaksanakan kebijakan KTR pada 50% sekolah mencapai target yang telah ditetapkan telah mencapai target (106%). Hal ini didukung adanya upaya-upaya yang telah dilakukan antara lain advokasi dan sosialisasi "Bupati/walikota kepada Bupati/Walikota" terkait perda KTR, Advokasi dan sosialisasi penerapan aturan KTR dilingkungan sekolah, peningkatan kapasitas SDM dalam penyusunan Perda KTR di daerah (Dinkes, Bagian Hukum, Disdik, Akademisi), Peningkatan kapasitas SDM dalam penegakan kebijakan KTR yang telah ditetapkan, melaksanakan monitoring/ review implementasi di daerah yang telah mempunyai kebijakan KTR penerapan aturan KTR dilingkungan sekolah oleh Dinkes dan Satgas KTR Kab/Kota, Layanan UBM (Upaya Berhenti Merokok) di Fasyankes dan Layanan Quitline dinomor 08001776565 kepada seluruh masyarakat, dan penghargaan kepada daerah yang telah mempunyai kebijakan dan melakukan implementasi KTR.

Upaya dan kegiatan yang telah dilaksanakan dalam Persentase Kabupaten/Kota yang melaksanakan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) minimal 50% sekolah adalah sebagai berikut:

- Advokasi dan sosialisasi terhadap pemangku kebijakan baik pusat maupun daerah yang belum memiliki kebijakan KTR dan mendorong terbitnya peraturan KTR di kab/kota dan juga implementasinya dalam melindungi perokok pemula dan masyarakat dari bahaya merokok oleh Ketua Aliansi Bupati Walikota Peduli KTR dan PTM ke Kabupaten Brebes, Kabupaten Pekalongan, Kabupaten Solok, dan Kabupaten Tangerang.
- Melaksanakan Review Implementasi Kawasan Tanpa Rokok di Daerah yang telah memiliki Peraturan KTR sekaligus screening/Deteksi Dini dan Konseling Upaya Berhenti merokok di Sekolah meliputi: 78 kabupaten/kota dengan 3 SMP terpilih di masing-masing kabupaten/kota. Kawasan tanpa rokok merupakan tanggung jawab seluruh komponen bangsa, baik individu, masyarakat, parlemen, maupun pemerintah, untuk melindungi generasi sekarang maupun yang akan datang. Komitmen bersama dari lintas sektor dan berbagai elemen akan sangat berpengaruh terhadap keberhasilan kawasan tanpa rokok. Kegiatan review implementasi kebijakan KTR perlu dilaksanakan secara rutin dan bersinergi bersama SKPD lainnya. Jumlah kabupaten/ kota yang sudah mengimplementasikan KTR di 50% sekolah yaitu sebesar 42,4 % (218 Kabupaten/Kota).
- Peningkatan kapasitas Tenaga Kesehatan dan Pendidikan Dalam Upaya Implementasi KTR di Sekolah dilaksanakan secara bertahap dan berjenjang, melalui TOT yang dilaksanakan di Pusat dan pelatihan yang dilakukan daerah melalui dana Dekonsentrasi.

- Penyebaran Informasi dan edukasi kepada masyarakat melalui media cetak dan elektronik. Salah satu upaya yang telah dilaksanakan adalah penayangan iklan layanan masyarakat mengenai dampak rokok dengan tujuan memberikan pemahaman dan kesadaran masyarakat akan penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) akibat dampak rokok. ILM ini ditayangkan di TV Nasional (TVRI), TV Daerah, dan TV Swasta.
- Penyediaan Layanan Quitline (Layanan Konsultasi Upaya Berhenti Merokok melalui telepon tidak berbayar). Kegiatan layanan Quitline merupakan layanan langsung kepada masyarakat yang ingin berhenti merokok melalui Toll Free 0800 177 6565. Total Klien yang memanfaatkan layanan Quitline selama 2018 ini berjumlah 16.836 penelpon atau rata-rata 1.530 klien/bulan. Penyebaran program ini pun terus meluas dimana rata-rata klien penelpon mewakili 20 propinsi setiap bulannya, bahkan pada bulan November 2018 asal penelpon telah mencapai 29 propinsi atau sekitar 85% dari total propinsi yang ada di Indonesia. Usia klien yang menelpon ke Layanan Quitline UBM selama tahun 2018 ini terbanyak di usia 25 -29 thn (39%) dan 20-24 thn (32%). Atau total 71 % usia penelpon adalah 20 – 30 thn. Ini menjadi indikasi bahwa kesadaran untuk berhenti merokok di kelompok usia produktif semakin meningkat. Penyebaran informasi upaya berhenti merokok juga dilaksanakan melalui media sosial baik melalui facebook, Instagram, Path dan juga Tweeter.

*Facebook* : Layanan Upaya Berhenti Merokok dengan jumlah teman 1.568 teman dengan rata-rata 10 orang memberikan like setiap bulannya

*Istagram* : Media Sosial Instagram Layanan UBM diikuti 617 follower atau rata-rata 10 pengikut baru setiap bulannya

*Tweeter* : Diikuti 301 pengikut selama selama Tahun 2018 dan semakin meningkat setiap bulannya

- Gerakan Masyarakat dalam pengendalian tembakau. Kegiatan ini bertujuan meningkatkan awareness masyarakat akan Bahaya Dampak Tembakau, dengan memperingati Hari Tanpa Tembakau Sedunia yang jatuh pada tanggal 31 Mei 2018, dengan tema Rokok penyebab sakit Jantung dan melukai hati keluarga dan sub tema Rokok penyebab penyakit jantung dan penyakit tidak menular lainnya yang memiskinkan keluarga. Kegiatan dilaksanakan di Auditorium Balai Kota Kediri Jawa Timur dan Auditorium Siwabessy, Kemenkes Jakarta dengan pelantikan dan pengukuhan Satgas kampung rumah bebas asap rokok di kelurahan kampung dalam kota kediri, menyaksikan launching perubahan PHW oleh Ibu Menkes dan penayangan ILM melalui video conference oleh Ibu Menkes di 5 lokasi (Palangkaraya, Kebumen, Pringsewu, Kediri, Pangkal Pinang, kunjungan ke kampung rumah bebas asap rokok di kelurahan kampung dalam kota kediri, pemberian penghargaan kepada sekolah yang telah implementasi KTR, Pemberian piagam penghargaan KTR kepada Gubernur dan Bupati Walikota yang telah memiliki Peraturan Daerah dan telah mengimplementasi KTR antara lain Piagam Parama, Parahita, dan Paramesti, serta pemberian piagam penghargaan KTR kepada Gubernur dan Bupati Walikota yang telah memiliki Peraturan Daerah dan telah mengimplementasi KTR serta melarang adanya iklan rokok media luar ruang.

Lomba cipta Video pendek dalam rangka peringatan HTTS 2018 yang diikuti 29 peserta tingkat SMP dan SMA sederajat. Pemenang ada 6 orang, berasal dari SMAN 11 Yogyakarta, SMK Umar Fatah Rembang, SMAS Lentera Harapan Curug, SMAN 8 Kota Bekasi, SMK Batik Surakarta, SMKN 1 Kediri.

**Gambar 3.10**  
**Pemberian penghargaan Bupati/Walikota dalam acara HTTS**



- Penyediaan sarana dan prasana dalam upaya pengendalian konsumsi rokok berupa alat screening untuk melihat kadar CO dalam pernapasan  
Pengadaan alat bertujuan Sebagai alat dalam memonitor paparan faktor risiko akibat rokok pada perokok aktif, pasif, serta memfasilitasi upaya masyarakat yang ingin berhenti merokok, meningkatkan penemuan faktor risiko dan kasus pada skrining perilaku merokok di Sekolah, Sebagai Tool atau Alat untuk mengukur paparan faktor risiko penyakit kronik melalui deteksi dini di masyarakat, Sebagai standarisasi peralatan di daerah dan Sebagai sarana pelatihan bagi petugas di provinsi, kabupaten / kota dan puskesmas

Kendala/Masalah yang dihadapi antara lain:

- 1) Belum semua Kementerian dan Lembaga yang memiliki komitmen untuk mengendalikan konsumsi produk tembakau
- 2) Kegiatan advokasi dan sosialisasi di daerah dalam pengendalian konsumsi tembakau pada Kab/Kota belum optimal.
- 3) Belum semua sekolah mengetahui dan menerapkan Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan no 64 tahun 2015
- 4) Belum optimalnya koordinasi antara Lintas Program dan Lintas Sektor di tingkat Kab/Kota dalam upaya pengendalian konsumsi rokok.
- 5) Daerah yang memiliki kebijakan KTR di daerah masih terbatasnya jumlahnya, dan penerapan kebijakan di daerah yang telah memiliki kebijakan KTR belum optimal.
- 6) Sistem pencatatan pelaporan melalui Surveilans berbasis web PTM belum optimal.

- 7) Penganggaran daerah yang belum optimal dalam memfasilitasi kegiatan-kegiatan terkait pengendalian konsumsi rokok
- 8) Masih rendahnya pemahaman dan kesadaran masyarakat akan bahaya konsumsi rokok.
- 9) Penetapan dan implementasi kebijakan KTR belum menjadi prioritas daerah
- 10) Masih banyak pimpinan daerah yang mengandalkan CSR Perusahaan Rokok untuk menopang keuangan daerah yang menyebabkan adanya benturan kepentingan

Upaya Pemecahan Masalah yang dilakukan adalah:

- 1) Optimalisasi dukungan komitmen lintas sektor dan lintas program melalui upaya advokasi dan sosialisasi pengendalian tembakau serta mendorong pengembangan regulasi Kawasan Tanpa Rokok di berbagai tingkat pemerintahan yang didukung oleh semua pihak terkait dan masyarakat.
- 2) Untuk memaksimalkan Penerapan Kebijakan KTR di daerah dengan upaya sebagai berikut:
  - a. Optimalisasi dukungan stakeholder dan mitra kesehatan dalam rangka mencapai Implementasi Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) termasuk melaksanakan kebijakan KTR.
  - b. Mendorong penegakan hukum (law enforcement) secara konsisten sesuai dengan ketentuan peraturan yang berlaku.
  - c. Mengoptimalkan upaya advokasi dan sosialisasi melalui dukungan Audiensi dari Tim Aliansi Bupati/Walikota peduli Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan PTM kepada Bupati dan Walikota di Indonesia. Pertemuan ini bertujuan memberi dukungan dan membangun komitmen yang kuat dari masing-masing Bupati dan SKPD, termasuk pengaturan tentang iklan rokok yang sangat masif di kabupaten dan kota.
  - d. Peningkatan kapasitas sumber daya manusia dalam penegakan Kebijakan KTR yang telah ditetapkan.
  - e. Membangun komitmen masyarakat untuk menerapkan KTR di rumah tangga, RT/RW, Kelurahan/desa, dan Kecamatan melalui pemicuan/ FGD partisipatori.
- 3) Meningkatkan penganggaran yang belum optimal dalam memfasilitasi kegiatan yang termasuk dalam indikator prioritas dalam pengendalian konsumsi tembakau, melalui APBN, APBD, Anggaran Dana Desa dan Dana Pajak Rokok, dan sumber penganggaran lainnya.
- 4) Mengoptimalkan sistem pencatatan pelaporan melalui Surveilans berbasis web PTM dalam pengendalian tembakau, seperti:
  - a. Tersedianya data perokok dari masyarakat melalui kegiatan POSBINDU PTM.
  - b. Tersedianya data perokok dan keluarga yang mempunyai anggota yang merokok melalui PIS-PK dan data kunjungan di FKTP
  - c. Tersedianya data perilaku merokok pada anak usia remaja, melalui kegiatan skrining merokok pada anak usia sekolah
  - d. Tersedianya data perokok yang sudah dilakukan layanan berhenti merokok (UBM) di FKTP
  - e. Tersedianya data implementasi KTR di sekolah dan tatanan yang sudah ditetapkan



- 5) Meningkatkan pemahaman dan kesadaran masyarakat akan bahaya konsumsi rokok, melalui:
  - a. Berbagai media Komunikasi-Informasi-Edukasi (KIE) dan berkoordinasi dengan seluruh stakeholder dan mitra kesehatan.
  - b. Mengoptimalkan dukungan masyarakat, lintas program dan lintas sektor untuk kegiatan promotif dan preventif
  - c. Optimalisasi dukungan stakeholder dan mitra kesehatan dalam rangka Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) dalam bentuk melaksanakan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok
  - d. Melakukan sosialisasi dan optimalisasi layanan konseling berhenti merokok di FKTP dan melalui telepon (QUITLINE) di telepon tanpa bayar 0-800-177-6565.
- i. **Jumlah kabupaten/kota yang memiliki Puskesmas yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa**

Prevalensi masalah kesehatan jiwa di Indonesia berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 cukup besar. Gangguan mental emosional (gejala-gejala depresi dan ansietas) usia  $\geq 15$  tahun sebesar 6% atau lebih dari 10 juta jiwa; sedangkan gangguan jiwa berat (psikosis) sebesar 1,7 per 1000 penduduk. Dengan jumlah penduduk sebesar 422 juta jiwa pada tahun 2013, maka diperkirakan lebih dari 400.000 orang menderita gangguan jiwa berat (psikosis). Sementara itu menurut WHO kesenjangan pengobatan gangguan jiwa di Negara-negara dengan penghasilan rendah-menengah termasuk Indonesia masih tinggi, yaitu  $>85\%$ . Hal ini berarti kurang dari 15% penderita gangguan jiwa mendapatkan layanan kesehatan jiwa yang dibutuhkan. Melalui estimasi sederhana tentang utilisasi layanan baik di tingkat primer maupun sekunder-tercier menunjukkan bahwa ternyata memang cakupan layanan kesehatan jiwa di Indonesia masih rendah yaitu  $<10\%$  (tahun 2013), dan tingkat kekambuhan pasien masih cukup tinggi pasca perawatan di Rumah Sakit.

Untuk itu diperlukan upaya kesehatan jiwa di Puskesmas untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan jiwa, baik upaya-upaya pencegahan maupun deteksi dan tata laksana secara dini. Agar mutu layanan terjaga, maka dalam kriteria indikator tercantum bahwa tenaga kesehatan puskesmas terlatih.

Defenisi operasional jumlah Kab/Kota yang memiliki Puskesmas yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa dan/atau Napza adalah Kab/Kota yang memiliki minimal 1 puskesmas di wilayahnya dengan kriteria:

- Memiliki minimal 2 (dua) tenaga kesehatan terlatih kesehatan jiwa(dokter dan perawat), minimal 30 jam pelatihan
- Melaksanakan upaya promotif kesehatan jiwa dan preventif terkait kesehatan jiwa secara berkala dan terintegrasi dengan program kesehatan puskesmas lainnya
- Melaksanakan deteksi dini, penegakan diagnosis, penatalaksanaan awal dan pengelolaan rujukan balik kasus gangguan jiwa.

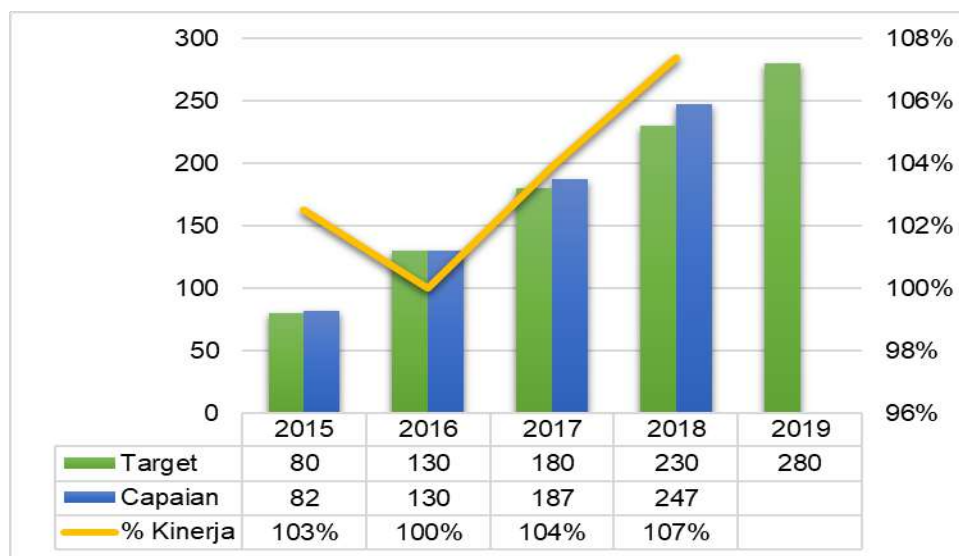
Oleh karena itu formula untuk menghitung indikator ini adalah:



Jumlah kumulatif kabupaten/kota yang memiliki puskesmas dengan upaya kesehatan jiwa sesuai dengan kriteria.

Capaian indikator untuk Jumlah Kabupaten/Kota yang memiliki Puskesmas yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa tahun 2018 seperti terlihat pada tabel di bawah ini:

**Grafik 3.29**  
**Target dan Realisasi Jumlah Kab/Kota yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa/napza Tahun 2015-2018**



Sumber data : Laporan Subdit Dewasa dan Lansia Tahun 2018

Keberhasilan capaian indikator Jumlah Kab/Kota yang memiliki Puskesmas yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa sebanyak 247 kab/kota dari target 230 Kab/Kota, antara lain disebabkan oleh beberapa upaya dan strategi antara lain:

- 1) Melakukan advokasi dan sosialisasi Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa kepada Pemda.
- 2) Melakukan evaluasi Program P2 masalah kesehatan jiwa.
- 3) Melakukan pelatihan melalui dana dekonsentrasi dan dana pusat.
- 4) Melakukan supervisi program dan pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas.
- 5) Adanya MOU dengan pemda tentang program keswa.

Upaya Kementerian Kesehatan dalam mencapai indikator melalui:

- 1) Melakukan kegiatan evaluasi program pencegahan dan pengendalian masalah kesehatan jiwa dengan melibatkan lintas program, sektor dan Pemerintah Daerah.
- 2) Mengalokasikan anggaran dekosentrasi pelatihan tenaga kesehatan dalam deteksi dini dan penatalaksanaan gangguan jiwa di FKTP.
- 3) Supervisi program dan pelayanan kesehatan jiwa di Puskesmas dilaksanakan di 13 Provinsi.
- 4) Penyusunan media KIE lembar balik dan leaflet Pencegahan dan Pengendalian masalah keswa.

- 5) Pelatihan TOT untuk relawan keswa dan TOT Deteksi Dini dan Penatalaksanaan Gangguan Jiwa bagi dokter dan perawat.
- 6) Sosialisasi kepada masyarakat tentang pemasangan ODGJ.
- 7) Sosialisasi kesehatan jiwa lansia terintegrasi dan sosialisasi Pedoman Demensia.

Sedangkan upaya yang dilakukan daerah adalah:

- 1) Melakukan advokasi dan sosialisasi lintas sektor dan lintas program melalui pertemuan-pertemuan di daerah dan melibatkan pusat sebagai pembicara.
- 2) Melakukan koordinasi dan konsultasi tentang P2 masalah kesehatan jiwa.
- 3) Melakukan pelatihan terakreditasi modul deteksi dini dan penatalaksanaan gangguan jiwa di puskesmas baik menggunakan dana dekonsentrasi ataupun dari APBD.

Kendala/masalah yang dihadapi yang dihadapi antara lain:

- 1) Tbatasnya jumlah tenaga kesehatan terlatih bidang keswa.
- 2) Belum optimalnya koordinasi dengan lintas program dan lintas sektor terkait bidang keswa.
- 3) Belum semuanya pemegang program terpapar tentang upaya pencegahan dan pengendalian masalah kesehatan jiwa.
- 4) Belum optimalnya komitmen daerah terhadap masalah kesehatan jiwa.
- 5) Masih kurangnya ketersediaan obat-obat keswa di Puskesmas.

Beberapa Upaya Pemecahan Masalah adalah:

- 1) Melakukan pelatihan kepada tenaga kesehatan untuk bidang kesehatan jiwa baik melalui dana dekonsentrasi atau dana pusat.
- 2) Meningkatkan koordinasi dengan lintas sektor dan lintas program terkait bidang keswa.
- 3) Melakukan advokasi dan sosialisasi tentang masalah kesehatan jiwa pada lintas sektor dan lintas program.
- 4) Melakukan kerja sama dengan Ditjen Farmakologi untuk penyediaan obat-obat kesehatan jiwa.

### **3) Sasaran Strategis 3: Meningkatnya Akses dan Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan**

H.L Blum, seorang ahli kesehatan, pada tahun 1978 menyatakan bahwa terdapat 4 (empat) determinan yang menjadi penentu status kesehatan masyarakat. Keempat determinan tersebut diantaranya faktor perilaku/gaya hidup, faktor lingkungan (sosial, ekonomi, budaya), faktor pelayanan kesehatan (jenis, cakupan pelayanan, dan kualitas), dan faktor genetik. Teori ini sampai saat ini masih cukup relevan dipakai untuk mewujudkan dan meningkatkan status kesehatan masyarakat.

Dalam upaya meningkatkan status kesehatan masyarakat, Kementerian Kesehatan melakukan pembinaan pelayanan kesehatan dengan tujuan untuk meningkatkan akses fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang berkualitas bagi masyarakat, yang diwujudkan dalam sasaran strategis “Meningkatnya Akses dan Mutu Fasilitas Pelayanan

Kesehatan”. Sebagai outcome terhadap sasaran strategis ini adalah akreditasi fasyankes primer (puskesmas) dan rujukan (rumah sakit).

Dalam kaitan dengan Sasaran Strategis ini, Kementerian Kesehatan mengidentifikasi dua Indikator Kinerja Utama (IKU) dengan hasil capaiannya sebagaimana tergambar dalam tabel berikut:

**Tabel 3.7**  
**Capaian IKU pada Sasaran Strategis 3:**  
**Meningkatnya Akses dan Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan**

<b>SS2: Meningkatnya Akses dan Mutu Fasilitas Pelayanan Kesehatan</b>				
Indikator Kinerja		Target	Realisasi	% Realisasi
3a.	Jumlah kecamatan yang memiliki minimal 1 Puskesmas terakreditasi	4.900	5.385	109,90%
3b.	Jumlah kab/kota yang memiliki minimal 1 RSUD terakreditasi	434	440	101,38%

Uraian tentang kedua IKU tersebut adalah sebagai berikut:

**a. Jumlah kecamatan yang memiliki minimal 1 Puskesmas terakreditasi**

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas menyatakan Puskesmas harus didirikan di setiap kecamatan. Namun demikian, pada satu kecamatan dapat didirikan lebih dari satu Puskesmas dengan memperhatikan kebutuhan pelayanan, jumlah penduduk dan aksesibilitas. Peraturan tersebut menyatakan pula bahwa dalam upaya peningkatan mutu pelayanan, Puskesmas wajib diakreditasi secara berkala paling sedikit tiga tahun sekali oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Dengan demikian semakin banyak Puskesmas terakreditasi maka akan lebih menjamin terjadinya peningkatan mutu pelayanan di Puskesmas. IKU ini bertujuan untuk mengetahui peningkatan mutu pelayanan di Puskesmas. Semakin banyak kecamatan yang memiliki minimal satu Puskesmas terakreditasi maka semakin meningkat akses dan mutu pelayanan kesehatan tingkat pertama. IKU ini akan dianggap semakin baik bila realisasinya lebih besar atau lebih tinggi dari yang ditargetkan.

Yang dimaksud kecamatan yang memiliki satu Puskesmas yang tersertifikasi akreditasi yaitu kecamatan yang memiliki minimal satu Puskesmas yang telah memiliki sertifikat akreditasi yang dikeluarkan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi atau Komisi Akreditasi FKTP sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Adapun formula untuk menghitung capaian IKU tersebut adalah:

Jumlah kecamatan yang memiliki minimal 1 Puskesmas terakreditasi dihitung dengan menjumlahkan seluruh kecamatan yang memiliki minimal 1 Puskesmas yang terakreditasi (kumulatif). Sedangkan cara mengukur adalah dengan dibuktikan adanya sertifikat akreditasi untuk Puskesmas yang dikeluarkan oleh Komisi Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

Pada tahun 2018 realisasi kecamatan yang memiliki minimal 1 Puskesmas tersertifikasi akreditasi sebanyak 5385 Kecamatan-7518 Puskesmas (sumber data dari laporan Komisi Akreditasi per 31 Desember 2018). Sesuai Tabel 3.8 menunjukkan bahwa apaian melampaui dari target tahun 2018.

Berikut tabel yang menggambarkan perbandingan antara target dan realisasi indikator jumlah kecamatan yang memiliki minimal satu puskesmas tersertifikasi akreditasi sejak tahun 2015 sampai dengan tahun 2018:

**Tabel 3.8. Pencapaian Kecamatan yang Memiliki Minimal 1 Puskesmas yang Tersertifikasi Akreditasi**

Indikator	2015		2016		2017		2018		2019
	T	R	T	R	T	R	T	R	T
Jumlah kecamatan yang memiliki minimal 1 Puskesmas yang tersertifikasi akreditasi	350	93 (26,6%)	700	1.308 (186,85%)	2.800	3.447 (123,11%)	4.900	5.385 (109,9%)	5.600

Dari tabel tersebut menunjukkan bahwa baik target Renstra Kemenkes 2015-2019 maupun target RPJMN 2015-2019 masih *on the track* sesuai target yang telah ditetapkan. Diharapkan sampai dengan akhir tahun 2019, seluruh target capaian indikator Jumlah Kecamatan yang Memiliki Minimal Satu Puskesmas Tersertifikasi Akreditasi dapat tercapai seluruhnya.

Adapun tabel 3.9 berikut menggambarkan distribusi capaian Akreditasi Puskesmas per provinsi secara kumulatif selama periode tahun 2015-2018 dengan total 7.518 Puskesmas tersebar di 5.385 kecamatan, dan di 499 kab/kota dan 34 provinsi.

target kinerja indikator pertama ini adalah:

- a) Dukungan pelaksanaan Akreditasi Puskesmas melalui Dana Alokasi Khusus Non Fisik untuk akreditasi Puskesmas Tahun Anggaran 2018 sebesar Rp. 721,763,900,000,- untuk 449 Kabupaten/Kota (2.981 pkm).

- b) Dukungan pelaksanaan Akreditasi Puskesmas melalui Dana Dekonsentrasi tahun 2018 untuk kegiatan Pelatihan Pendamping Akreditasi FKTP dan Workshop Teknis Akreditasi FKTP sebesar Rp. 8,849,126,000,- di 18 Provinsi.
- c) Penyediaan minimal 1 (satu) Tim Surveior per Provinsi. Sampai saat ini sudah tersedia 867 Surveior (289 Tim) yang tersebar di 34 provinsi. Penyediaan calon surveior tahun 2018 melalui Kegiatan Peningkatan Teknis Calon Surveior FKTP sebanyak 7 angkatan.

**Gambar 3.11 Kegiatan Peningkatan Kemampuan Teknis Surveior Akreditasi FKTP Tahun 2018**



- d) Penyediaan minimal 1 (satu) Tim Pendamping Akreditasi di setiap Kab/kota. Saat ini sudah tersedia Tim pendamping Akreditasi sebanyak 1405 Tim yang tersebar di 514 Kab/Kota di 34 provinsi. Bagi Kabupaten/Kota yang belum memiliki Tim Pendamping Akreditasi terlatih akan dipenuhi di 2019.
- e) Penyusunan pedoman penyelenggaraan akreditasi Puskesmas yaitu Review Standard dan Instrumen Akreditasi FKTP sesuai Permenkes No. 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi FKTP yang sudah digunakan selama 4 (empat) tahun. Review ini dibutuhkan untuk mengakomodir adanya perubahan kebijakan, masukan dari hasil survei, masukan dari lintas program lintas sektor dan hasil kajian dari Badan Litbangkes tahun 2017. Diharapkan hasil review standar dan instrument ini dapat menjadi acuan dalam pelaksanaan akreditasi serta menjamin mutu layanan kesehatan.
- f) Pengembangan sistem pencatatan pelaporan pelaksanaan akreditasi FKTP yang real time berbasis internet (website) melalui WebSite SIAF <https://siaf.kemkes.go.id> untuk percepatan sehingga penugasan dan laporan survei melalui aplikasi.
- g) Dukungan Operasional Komisi Akreditasi FKTP
  - Rapat Koordinasi Komisi Akreditasi FKTP dalam rangka pembahasan hasil survei akreditasi FKTP dan penetapan status akreditasi FKTP.
  - Rapat kerja Komisi dalam rangka evaluasi teknis penyelenggaraan akreditasi di Bogor tanggal 23-26 Mei 2018 dan Makassar tanggal 28 November – 1 Desember 2018 Tahun 2018 yang menyusun rencana perbaikan menuju independensi Komisi Akreditasi FKTP



**Gambar 3.12 Kegiatan Raker Komisi di Makassar  
tanggal 28 November – 1 Desember 2018**



- Penyelenggaraan Lomba Inovasi Penerapan Budaya Mutu dan Keselamatan Pasien di Puskesmas rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional (HKN) ke 53 tahun 2017 dan untuk menjamin kesinambungan perbaikan mutu dan kinerja Puskesmas sebagai garda terdepan dalam upaya pelayanan kesehatan tingkat primer. Kegiatan ini merupakan salah satu bentuk penghargaan yang diberikan secara institusi kepada Puskesmas.

Berdasarkan hasil verifikasi lapangan FKTP yang berhasil meraih penghargaan FKTP Berprestasi yaitu :

**Tabel 3.9 Daftar Puskesmas yang mendapatkan penghargaan Inovasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien**

Pemenang FKTP Berprestasi untuk kategori kawasan perkotaan yaitu :

No.	PROVINSI	KAB/KOTA	PUSKESMAS
1.	DKI Jakarta	Jakarta Utara	Kecamatan Koja
2.	Jawa Tengah	Brebes	Banjarharjo
3.	Kalimantan Timur	Balikpapan	Baru Tengah



Pemenang FKTP Berprestasi untuk kategori pedesaan yaitu :

NO	PROVINSI	KAB/KOTA	PUSKESMAS
1.	Jawa Tengah	Wonosobo	Kaliwiro
2.	Kalimantan Tengah	Kotawaringin Barat	Semanggang
3.	Bangka Belitung	Bangka Barat	Jebus

Pemenang FKTP Berprestasi kategori kawasan terpencil/ sangat terpencil yaitu :

NO	PROVINSI	KAB/KOTA	PUSKESMAS
1.	Riau	Siak	Sungai Apit
2.	Jawa Barat	Garut	Pendeuy
3.	Sulawesi Tengah	Parigi Moutong	Balinggi

Pemenang FKTP Berprestasi tahun 2018 untuk klinik pratama yaitu :

NO	PROVINSI	KAB/KOTA	KLINIK PRATAMA
1.	DKI Jakarta	Jakarta Pusat	St. Carolus Paseban
2.	Jawa Timur	Jember	Rolas Medika
3.	DI. Yogyakarta	Yogyakarta	Firdaus
4.	Jawa Tengah	Kudus	Cahaya Husada

- Bimbingan Teknis oleh Komisi dan Subdit Mutu dan Akreditasi ke Kabupaten/kota dalam rangka persiapan akreditasi Puskesmas. Bimtek ini dimaksudkan untuk membantu daerah dalam mempersiapkan dan mempercepat kesiapan Puskesmas dalam pelaksanaan akreditasi agar tidak terjadi penumpukan pengusulan survei di akhir tahun

**Gambar 3.13 Pelaksanaan Bimbingan teknis persiapan akreditasi Puskesmas. Di kabupaten Banggai Laut Provinsi Sulawesi Tengah**



- g) Bimtek Pelaksanaan Mutu dan Keselamatan Pasien di FKTP dalam rangka percepatan akreditasi dan pelaksanaan keselamatan pasien di Puskesmas dalam rangka peningkatan mutu pelayanan.

**Gambar 3.14 Pelaksanaan Bimtek Mutu dan Keselamatan Pasien Di Kab Sorong Selatan Propinsi Papua Barat**



Beberapa permasalahan yang dihadapi dalam penyelenggaran akreditasi Puskesmas, antara lain sebagai berikut:

1. Faktor Sumber Dana

Keterlambatan pencairan anggaran akreditasi Puskesmas (DAK Non Fisik), sebagian besar dicairkan pada pertengahan tahun sehingga berpengaruh pada persiapan akreditasi yang pada gilirannya menyebabkan satker baru dapat mengusulkan survei di akhir tahun.

2. Faktor SDM dan Jaringan Internet

- Tenaga pendamping akreditasi di kab/kota yang sudah terlatih dimutasi/alih fungsi/tugas.
- Karena pengusulan survei menumpuk diakhir tahun sehingga menyebabkan ketidakseimbangan antara ketersediaan surveior dengan permintaan survei.
- Meskipun sudah disediakan aplikasi sistem pengusulan berbasis internet (WebSite SIAF: <https://siaf.kemkes.go.id>), namun daerah belum konsisten mengisi dokumen yang harus diupload karena belum siapnya tenaga Puskesmas.

3. Faktor Waktu persiapan Puskesmas

- Komitmen bersama antara propinsi dan kabupaten dalam menyusun Roadmap kesiapan FKTP yang akan diakreditasi. Agar Roadmap yang disampaikan ke Kemenkes tidak banyak berubah dan survei tidak menumpuk diakhir tahun.
- Waktu persiapan akreditasi (pendampingan) dan waktu survei dilaksanakan pada tahun yang sama, sehingga mempengaruhi kesiapan Puskesmas yang pada gilirannya diusulkan survei pada akhir tahun dan terjadi penumpukan jumlah Puskesmas yang dilakukan survei akreditasi.

4. Tingkat Kelulusan akreditasi Puskesmas

Tingkat kelulusan akreditasi masih didominasi tingkat dasar dan madya berdasarkan data survei tahun 2016 - 2018.

5. Belum optimalnya pembinaan akreditasi pasca Survei hal ini dibuktikan belum optimalnya pelaksanaan tindak lanjut rekomendasi hasil survei

Usulan Pemecahan Masalah yang dapat dilakukan adalah:

1. Masalah Dana

- Berkoordinasi dengan Kemendagri untuk menghimbau Bupati/Walikota agar mempercepat pencairan dana DAK Non Fisik.
- Diusulkan dana DAK Non Fisik bidang kesehatan terpisah dari sektor non kesehatan
- Merubah menu DAK Non Fisik untuk akreditasi Puskesmas (Permenkes 61 tahun 2017 tentang Juknis DAK)

2. Masalah faktor SDM dan Jaringan Internet :

- Menghimbau kepada Dinkes Kabupaten/Kota agar mempercepat akreditasi Puskesmas melalui SE Dirjen Pelayanan Kesehatan
- Menghimbau kepada Dinkes Kabupaten/Kota agar menyediakan akses internet dan menyediakan tenaga khusus yang kompeten terkait dengan teknologi informasi
- Menambah tenaga surveior sesuai dengan kebutuhan

3. Masalah faktor waktu persiapan Puskesmas

- Permintaan roadmap usulan akreditasi ke propinsi tahun 2019-2020.
- Untuk menghindari penumpukan usulan survei di akhir tahun, maka pada tahun anggaran 2018 dilakukan hal perubahan menu DAK Non Fisk untuk akreditasi menjadi 5 menu, yaitu :
  - Menu Workshop Pendukung Akreditasi Puskesmas
  - Menu Survei akreditasi Puskesmas
  - Menu Re Akreditasi Puskesmas
  - Menu Pendampingan Pra Akreditasi
  - Menu Pendampingan Pasca Akreditasi

4. Masalah Tingkat kelulusan akreditasi Puskesmas

Untuk meningkatkan kelulusan akreditasi maka dilakukan hal-hal sebagai berikut, antara lain:

- Bimtek kepada daerah yang memiliki kompetensi masih kurang terhadap akreditasi Puskesmas.
- Membuat SE Dirjen Yankes untuk mempercepat akreditasi dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas.
- DAK non fisik TA 2018 dapat digunakan untuk workshop pendukung peningkatan mutu (audit internal dan rtm serta manajemen resiko dan keselamatan pasien).
- Dana dekonsentrasi, untuk tahun 2018 untuk Workshop teknis percepatan akreditasi FKTP dan peningkatan teknis kemampuan pendamping
- Pada tahun 2018 dilakukan Standarisasi honor surveior (Permenkes 61 tahun 2017 tentang Juknis DAK).

Belum optimalnya pembinaan akreditasi pasca Survei karena pendampingan dilakukan hanya oleh pendamping, sehingga pada tahun 2019 Direktorat Mutu dan Akreditasi menyusun Pedoman Tim Pembina Cluster Binaan agar pendampingan dilakukan terintegrasi dengan seluruh program.

Sarana

- Implementasi aplikasi SIAF berbasis web pada tahun 2018 dengan pengembangan penugasan dan laporan survei melalui aplikasi.

#### **Efisiensi Sumber Daya**

- a) Kebijakan honor surveior akreditasi FKTP sebesar 3 jam per hari sebelumnya 4 jam .
- b) Membagi regionalisasi surveior sehingga surveior hanya bertugas. diregionalnya, diharapkan dapat mengurangi besaran biaya.
- c) Menugaskan surveior untuk melaksanakan survei dua puskesmas yang lokasinya berdekatan secara berturut turut (maraton) untuk menghemat waktu, tenaga dan biaya.
- d) Penyediaan sistem pencatatan pelaporan pelaksanaan akreditasi FKTP yang real time berbasis internet (website) melalui WebSite SIAF  
<https://siaf.kemkes.go.id>

Terlampauinya target tahun anggaran 2018 hal ini menunjukkan adanya efisiensi dalam penggunaan anggaran tahun 2018.

#### **b. Jumlah kab/kota yang memiliki minimal 1 RSUD terakreditasi**

RSUD adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit yang penyelenggaraannya dilaksanakan oleh pemerintah daerah (kabupaten, kota atau provinsi).

Yang dimaksud kabupaten/kota yang memiliki minimal 1 RSUD yang tersertifikasi akreditasi nasional yaitu kabupaten/kota yang memiliki minimal satu RSUD yang telah memiliki sertifikat akreditasi yang dikeluarkan oleh Lembaga independen penyelenggara akreditasi atau Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) versi 2012 atau Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi I baik lulus perdana, dasar, madya, utama atau paripurna sesuai dengan peraturan yang berlaku.

IKU ini bertujuan untuk mengetahui peningkatan mutu pelayanan di RSUD. Semakin banyak kabupaten yang memiliki minimal satu RSUD terakreditasi maka semakin meningkat akses dan mutu pelayanan kesehatan tingkat lanjutan. IKU ini akan dianggap semakin baik bila realisasinya lebih besar atau lebih tinggi dari yang ditargetkan

Jumlah kab/kota yang memiliki minimal 1 RSUD terakreditasi dihitung dengan menjumlahkan kabupaten/kota yang memiliki minimal 1 RSUD yang tersertifikasi akreditasi nasional. Sedangkan cara pengukuran hasil adalah dengan dibuktikan adanya sertifikat akreditasi rumah sakit dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit.

**Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target**

- a. Melakukan kegiatan Pendampingan Akreditasi Internasional (JCI) pada Rumah Sakit Pemerintah di 9 rumah sakit yaitu :
  1. RSUP dr. Wahidin Sudiro Husodo Makasar (Lulus JCI)
  2. RSUP dr. Kariadi Semarang (Lulus JCI)
  3. RSUP Prof. Dr. RD Kandou Manado (Lulus JCI)
  4. RSUP H. Adam Malik Medan (Lulus JCI 8 Januari 2019)
  5. RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung (persiapan triennial survei JCI)
  6. RSUP Persahabatan Jakarta (persiapan survei JCI)
  7. RSUD dr. Soetomo Surabaya (Lulus JCI)
  8. RSUD dr. AW Sjahrane Samarinda (persiapan survei JCI)
  9. RSUD Zainoel Abidin Banda Aceh (persiapan survei JCI)
- b. Melakukan kegiatan Pendampingan Akreditasi Nasional pada RS Pemerintah bersama tim dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dan RS yang sudah terakreditasi Paripurna dan JCI pada 42 RS Pemerintah yang terdiri dari 27 RSUD, 2 RS Jiwa, 1 RS Kusta dan 12 RS TNI/POLRI.
- c. Melakukan Workshop Peningkatan Kapasitas SDM Dinkes sebagai Tim Pendamping Akreditasi RS untuk Regional Barat, Tengah dan Timur dengan masing-masing 40 peserta.
- d. Melakukan Workshop Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di Wilayah Barat sebanyak 31 orang dari 15 RS, Wilayah Tengah sebanyak 40 orang dari 20 RS dan Wilayah Timur dengan 34 orang dari 17 RS.
- e. Melakukan Monitoring dan Evaluasi Percepatan Pelaksanaan Akreditasi RS di 3 Wilayah, yaitu Wilayah Barat sebanyak 37 RS, Wilayah Tengah sebanyak 48 RS dan Wilayah Timur sebanyak 35 RS. Output kegiatan ini adalah pernyataan komitmen RS untuk terakreditasi pada tahun 2018 dan diketahui Dinas Kesehatan Kab/Kota.
- f. Melakukan pendampingan evaluasi dalam persiapan akreditasi di beberapa RS.
- g. Melakukan koordinasi lintas program dan lintas sektor terkait dengan mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan rujukan dengan unit kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan, KARS, PERSI, ARSADA, Kemenhan, Pusat Kesehatan TNI, Pusat Kedokteran dan Kesehatan POLRI, RS UPT vertikal Kementerian Kesehatan dan RS lain yang sudah terakreditasi nasional dan internasional.
- h. Mengalokasikan Dana Alokasi Khusus (DAK) Non Fisik akreditasi rumah sakit tahun 2018 sebesar Rp 50.521.890.000,- untuk 84 RS untuk melaksanakan workshop, bimbingan, survei simulasi dan survei akreditasi.
- i. Mengalokasikan dana Dekonsentrasi untuk Workshop Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1 tahun 2018 sebesar Rp 3.508.580.000,- untuk 17 Dinas Kesehatan Propinsi.
- j. Penyusunan regulasi di bidang mutu pelayanan rumah sakit antara lain:
  - i. Pengukuran Mutu Pelayanan di RS dengan menyusun Indikator Mutu di Pelayanan Kesehatan Rujukan, serta telah dilakukan uji coba di beberapa rumah sakit sehingga didapatkan 12 indikator mutu pelayanan kesehatan di



rumah sakit yang bersifat wajib dan akan ditetapkan sebagai indikator mutu nasional.

- ii. Pedoman Penyelenggaraan Komite Mutu di Rumah Sakit, yang akan digunakan sebagai acuan bagi RS dalam penyelenggaraan Komite Mutu, baik bentuk organisasi, tugas dan fungsi serta pembinaan dan pengawasan, sehingga RS dapat melaksanakan peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara berkesinambungan (*continuous quality improvement*).
- iii. Pedoman Monitoring dan Evaluasi Mutu Pelayanan di Rumah Sakit, yang akan digunakan sebagai acuan bagi Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota maupun RS dalam melaksanakan monitoring dan evaluasi pelayanan di RS.

**Gambar 3.15 Peserta Monev Percepatan Pelaksanaan Akreditasi RS Wilayah Tengah foto bersama Dirjen Yankes**



**Gambar 3.16 Penyerahan Sertifikat Akreditasi Internasional JCI di RSUD dr. Soetomo Surabaya**





Upaya yang telah dilaksanakan untuk mencapai target kinerja jumlah Kabupaten/Kota yang memiliki minimal 1 RSUD tersertifikasi akreditasi nasional pada tahun 2015-2018 adalah sebagaimana tabel di bawah ini :

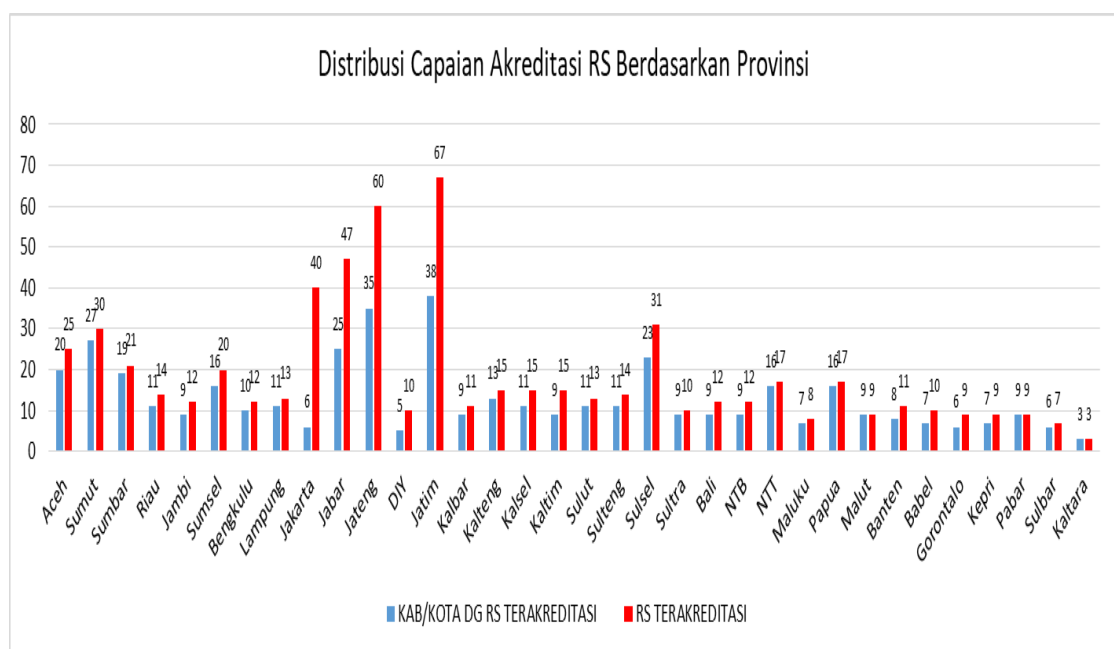
**Tabel 3.10. Pencapaian Kabupaten/Kota yang Memiliki Minimal 1 RSUD yang Tersertifikasi Akreditasi Nasional**

Indikator	2015		2016		2017		2018		2019
	T	R	T	R	T	R	T	R	T
Kabupaten/kota yang memiliki minimal 1 RSUD yang tersertifikasi akreditasi nasional	94	50 (53,2%)	190	201 (105,8%)	287	331 (115,3%)	434	440 (101,4%)	481

Pada tahun 2018, pencapaian indikator sebanyak 440 kabupaten/kota yang memiliki minimal 1 RSUD yang tersertifikasi akreditasi nasional. Data capaian berasal dari laporan Komisi Akreditasi Rumah Sakit per 31 Desember 2018. Analisis pencapaian tahun 2018 adalah sebagai berikut:

1. Pencapaian tahun 2018 sebanyak 440 kab/kota apabila dibandingkan dengan target tahun 2018 (434 kab/kota), maka persentase capaiannya sebesar 101,4%.
2. Jika dibandingkan dengan pencapaian tahun 2017 (331 kab/kota), maka pencapaian tahun 2018 meningkat sebesar 133%.
3. Jika dibandingkan dengan target akhir jangka menengah (481 kab/kota), maka telah mencapai 91,5%, namun masih perlu upaya yang keras untuk mencapainya.

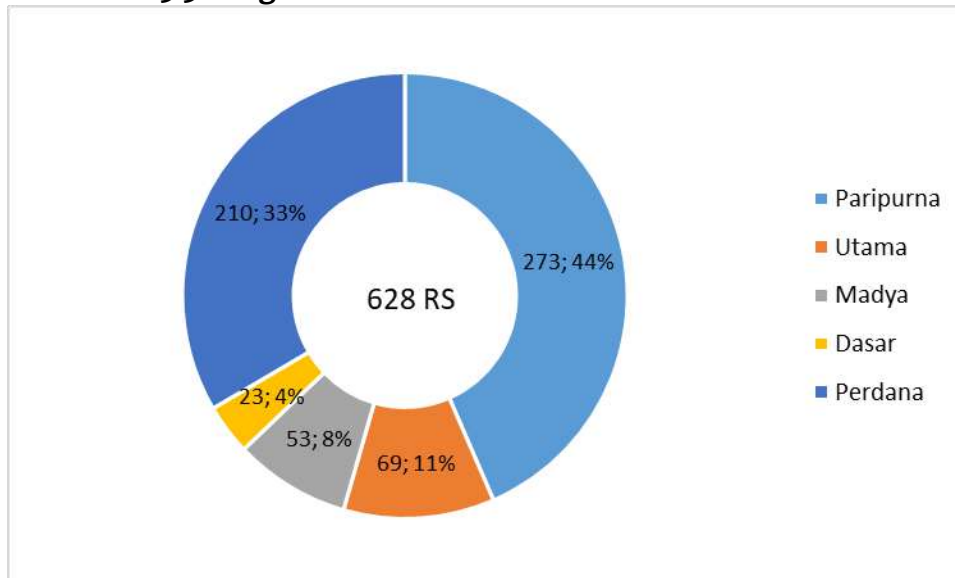
**Grafik 3.30 Distribusi Jumlah Kabupaten/Kota yang Memiliki Minimal 1 RSUD Terakreditasi Berdasarkan Provinsi Tahun 2018**



Sumber : KARS tanggal 31 Desember 2018

Berdasarkan tabel di atas, maka pada tahun 2018 terdapat 628 RSUD yang telah terakreditasi di 440 Kab/Kota. Adapun tingkat kelulusannya bervariasi, yaitu 210 RS lulus perdana (33,4%), 23 RS lulus dasar (3,7%), 53 RS lulus madya (8,4%), 69 RS lulus utama (11%) dan 273 RS lulus paripurna (43,5%). Adapun proporsi tingkat kelulusan akreditasi dapat dilihat dalam grafik 3.32 berikut ini:

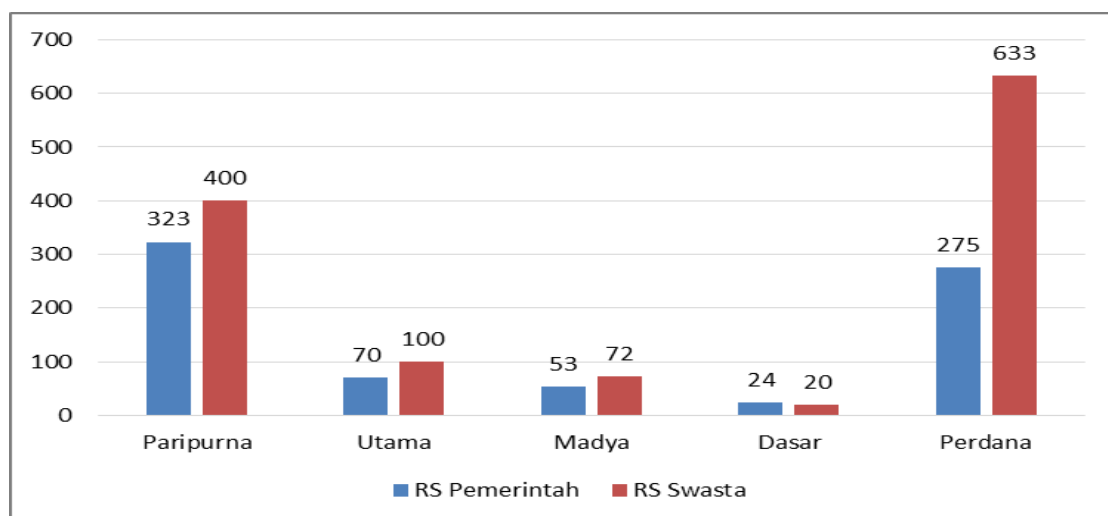
**Grafik 3.31 Tingkat Kelulusan Akreditasi 628 RSUD Tahun 2018**



Sumber : KARS tanggal 31 Desember 2018

Pada tahun 2018 di Indonesia terdapat 1.970 rumah sakit baik milik pemerintah maupun swasta yang sudah terakreditasi nasional versi 2012 atau SNARS Edisi 1, yang terdiri dari 745 RS Pemerintah (37,8%) dan 1225 RS swasta (62,2%). Adapun proporsi tingkat kelulusan dapat dilihat dalam grafik sebagai berikut:

**Grafik 3.32 Tingkat Kelulusan Akreditasi RS di Indonesia Tahun 2018**



Sumber : KARS tanggal 31 Desember 2018

Pencapaian kinerja pada tahun 2018 tercapai yaitu 440 Kab/Kota memiliki minimal 1 RSUD tersertifikasi akreditasi nasional. Hal ini antara lain disebabkan oleh adanya peluang implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 99 Tahun 2015 tentang Perubahan Atas Permenkes Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, di mana RS yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus memenuhi syarat antara lain terakreditasi paling lambat akhir tahun 2018.

Di samping itu, terdapat informasi KARS bahwa survei akreditasi program khusus paling lambat tahun 2018, sehingga hal ini merupakan peluang bagi RS untuk dapat terakreditasi. Survei akreditasi program khusus adalah survei akreditasi yang dapat diikuti oleh RS kelas C atau kelas D dengan jumlah tempat tidur kurang dari 120 dan tidak ada pelayanan subspesialis. Adapun standar yang dinilai adalah 4 dari 16 standar dalam SNARS edisi 1 yaitu Sasaran Keselamatan Pasien (SKP), Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), Kompetensi dan Kewenangan Staf (KKS), serta Hak Pasien dan Keluarga (HPK).

Ditetapkannya Surat Edaran Ketua Eksekutif KARS Nomor 3674/SE/KARS/XI/2018 tentang Persyaratan Mutlak untuk Akreditasi RS merupakan peluang bagi RS untuk menyelesaikan Izin Pengelolaan Air Limbah (IPAL) atau Izin Pembuangan Limbah Cair (IPLC) dalam waktu paling lambat satu tahun setelah survei akreditasi RS.

#### **Beberapa Permasalahan dalam pencapaian target adalah:**

##### **Faktor Anggaran**

- Belum semua Pemerintah Daerah mengalokasikan anggaran yang mendukung pelaksanaan akreditasi RSUD di wilayah kerjanya.
- Keterlambatan pencairan anggaran DAK Non Fisik di Pemerintah Daerah.
- Adanya pemotongan APBD untuk pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan, sehingga belum mendukung persiapan akreditasi RS.

##### **Faktor Waktu**

- Proses akreditasi merupakan rangkaian yang panjang dan memakan waktu yang lama, mulai dari pelatihan atau workshop sampai survei akreditasi agar dapat mengimplementasikan standar akreditasi dengan baik. Namun banyak RS yang mempersiapkan akreditasi dalam waktu kurang dari satu tahun, sehingga persiapan survei menjadi kurang optimal.
- Pelaksanaan persiapan akreditasi yang menunggu pencairan anggaran menyebabkan penumpukan jadwal workshop dan bimbingan pada Triwulan II-IV, sedangkan survei simulasi dan survei akreditasi pada akhir tahun, sedangkan jumlah SDM pembimbing atau survei terbatas, maka RS masuk dalam daftar tunggu untuk difasilitasi narasumber atau survei dari KARS. Hal ini juga dapat disebabkan oleh batas waktu penggunaan anggaran hingga akhir tahun 2018.

##### **SDM**

- Komitmen pemerintah daerah yang masih kurang di beberapa daerah, sehingga belum mendukung persyaratan pelaksanaan akreditasi antara lain penunjukan direktur rumah sakit yang bukan tenaga medis, sehingga struktur organisasi RS

tidak sesuai dengan UU Nomor 44 tahun 2009 dan Perpres Nomor 77 tahun 2015 tentang Organisasi Rumah Sakit.

- Komitmen Pimpinan RS dan pegawai yang kurang sehingga tidak terlibat aktif dalam kegiatan persiapan akreditasi dan kurang mendukung kegiatan akreditasi.
- Ketersediaan SDM tenaga kesehatan yang masih belum memenuhi kebutuhan pegawai sesuai dengan kelas RS.
- Kurangnya kesadaran pimpinan dan staf RS tentang budaya kerja dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada peningkatan mutu pelayanan sesuai dengan standar akreditasi.
- Pelatihan SDM dalam memenuhi persyaratan akreditasi yang masih kurang, misalnya pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD), Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), Sasaran Keselamatan Pasien (SKP), Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP), Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO), Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) rumah sakit sesuai dengan standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK).
- Mutasi pegawai yang sudah terlatih akreditasi sehingga tidak dapat berperan optimal dalam akreditasi.
- Kemampuan tenaga dinas kesehatan provinsi dalam persiapan akreditasi belum cukup untuk mendorong dinkes dalam menjalankan fungsi pembinaan dan pengawasan sesuai Permenkes Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi RS.

#### **Sarana dan Prasarana**

1. Masih banyak RS yang akan diakreditasi namun belum memiliki sarana, prasarana dan alat kesehatan sesuai dengan standar misalnya RS belum memiliki IPAL/IPLC yang menjadi persyaratan mutlak bagi akreditasi RS.
2. Dampak bencana dan kondisi keamanan di daerah sehingga berpengaruh terhadap kondisi sarana, prasarana dan alat kesehatan maupun operasional RS.

#### **Upaya Pemecahan Masalah yang dilakukan antara lain:**

##### **Anggaran**

- 1) Menyediakan alokasi DAK Non Fisik akreditasi RS pada tahun 2018.
- 2) Melakukan advokasi kepada pemerintah daerah untuk menyediakan dana akreditasi rumah sakit bersumber APBD atau BLUD.
- 3) Melakukan advokasi kepada RS agar berkoordinasi dengan Dinas Keuangan Daerah sehingga pencairan DAK Nonfisik dapat dilaksanakan lebih awal.

##### **Waktu**

- 1) Melakukan advokasi kepada RS agar melakukan persiapan akreditasi lebih awal sehingga RS dapat memahami dan mengimplementasikan SNARS edisi 1 dengan baik.
- 2) Melakukan koordinasi dengan KARS untuk memfasilitasi survei akreditasi RS sesuai jadwal yang diusulkan Kementerian Kesehatan berdasar pernyataan komitmen akreditasi RS.
- 3) Melakukan advokasi kepada RS untuk mengutamakan jadwal survei akreditasi daripada survei simulasi karena penumpukan jadwal survei dan keterbatasan jumlah survei di akhir tahun.

- 4) Melakukan himbauan kepada RS UPT Vertikal Kementerian Kesehatan agar mendukung penugasan staf oleh KARS sebagai surveior akreditasi RS.

#### **SDM**

- 1) Melakukan advokasi kepada Pemerintah Daerah dan RS agar melaksanakan percepatan akreditasi dan pemenuhan syarat mutlak akreditasi RS sesuai Surat Edaran Dirjen Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/VI/2953/2018 tanggal 25 Juni 2018 tentang Proses Percepatan Akreditasi RS.
- 2) Melakukan advokasi kepada RS untuk melakukan pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan sesuai dengan kelas RS melalui BKD, kerja sama dengan RS terdekat atau Program Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS) Kementerian Kesehatan.
- 3) Melakukan advokasi kepada RS untuk menyusun anggaran pelatihan SDM sesuai Standar Nasional Akreditasi RS.
- 4) Melakukan advokasi kepada RS agar tidak melakukan mutasi pegawai yang telah mengikuti pelatihan untuk mendukung akreditasi RS.
- 5) Melakukan sosialisasi transformasi budaya kerja untuk meningkatkan budaya mutu dan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan.
- 6) Berkoordinasi dengan RS yang telah terakreditasi paripurna dan/atau internasional JCI sebagai tim pendamping akreditasi yang dapat memberikan bimbingan kepada RS yang membutuhkan sesuai dengan penugasan Kemenkes.
- 7) Peningkatan kapasitas SDM Dinas Kesehatan Propinsi sebagai Tim Pendamping Akreditasi RS sehingga dapat menjalankan fungsi dalam persiapan dan pembinaan akreditasi RS.

#### **Sarana dan prasarana**

1. Mengalokasikan anggaran DAK Fisik 2018 untuk RSUD dalam pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan sesuai standar kelas RS.
2. Berkoordinasi dengan KARS agar izin IPAL bukan sebagai syarat mutlak survei akreditasi RS karena sistem Perizinan Berusaha Terintegrasi secara elektronik belum berjalan dengan baik.
3. Melakukan advokasi kepada RS yang mengalami dampak bencana dan kondisi keamanan agar dapat melaksanakan persiapan akreditasi seoptimal mungkin pasca tanggap darurat atau situasi kondusif.

#### **Efisiensi Sumber Daya**

Dalam pelaksanaan akreditasi rumah sakit, terdapat beberapa hal yang dilakukan untuk efisiensi sumber daya antara lain :

1. Menugaskan tim pendamping akreditasi yang berasal dari daerah atau provinsi yang sama, sehingga penggunaan anggaran menjadi lebih rendah (efisien).
2. Melakukan koordinasi dengan KARS untuk melaksanakan pelatihan surveior internal RS sehingga dapat berperan dalam persiapan akreditasi RS.
3. Melakukan koordinasi dengan KARS untuk melaksanakan workshop SNARS dengan anggaran *Corporate Social Responsibility* (CSR) KARS untuk memfasilitasi persiapan akreditasi RS terutama di Provinsi Papua.

**4) Sasaran Strategis 4: Meningkatnya Akses, Kemandirian, dan Mutu Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan**

Dalam Sistem Kesehatan Nasional, sediaan farmasi dan alat kesehatan merupakan salah satu subsistem dalam kelompok komponen pengelolaan kesehatan di samping komponen upaya kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat. Dengan demikian sediaan farmasi dan alat kesehatan memiliki peran strategis untuk berjalannya pengelolaan kesehatan nasional.

Dalam kaitan dengan Sasaran Strategis ini, Kementerian Kesehatan mengidentifikasi tiga Indikator Kinerja Utama (IKU) sesuai dengan Rencana Strategis awal berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/Menkes/52/2015 adalah sebagai berikut:

1. Persentase ketersediaan obat dan vaksin di Puskesmas
2. Jumlah bahan baku obat dan obat tradisional serta alat kesehatan (Alkes) yang diproduksi di dalam negeri (kumulatif)
3. Persentase produk alat kesehatan dan PKRT di peredaran yang memenuhi syarat

Setelah dilakukan Revisi Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 IKU sasaran strategis sebagai berikut:

**Tabel 3.11**  
**Capaian IKU pada Sasaran Strategis 4:**  
**Meningkatnya Akses, Kemandirian, dan Mutu Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan**

<b>SS4: Meningkatnya Akses, Kemandirian, dan Mutu Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan</b>				
<b>Indikator Kinerja</b>		<b>Target</b>	<b>Realisasi</b>	<b>% Realisasi</b>
4a.	Persentase Puskesmas dengan ketersediaan obat dan vaksin esensial	90%	92,83%	103,14%
4b.	Jumlah bahan baku sediaan farmasi yang siap diproduksi di dalam negeri dan jumlah jenis/varian alat kesehatan yang diproduksi di dalam negeri (kumulatif):			
	a. Target bahan baku sediaan farmasi	30	33	110,00%
	b. Target alat kesehatan	21	21	100%
4c.	Persentase produk alat kesehatan dan PKRT di peredaran yang memenuhi syarat	86%	98,63%	114,69%

Uraian tentang ketiga IKU tersebut adalah sebagai berikut:



**a. Persentase Puskesmas dengan ketersediaan obat dan vaksin esensial**

Indikator Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat dan Vaksin Esensial merupakan indikator pada Revisi Renstra tahun 2017 sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia HK.01.07/Menkes/422/2017.

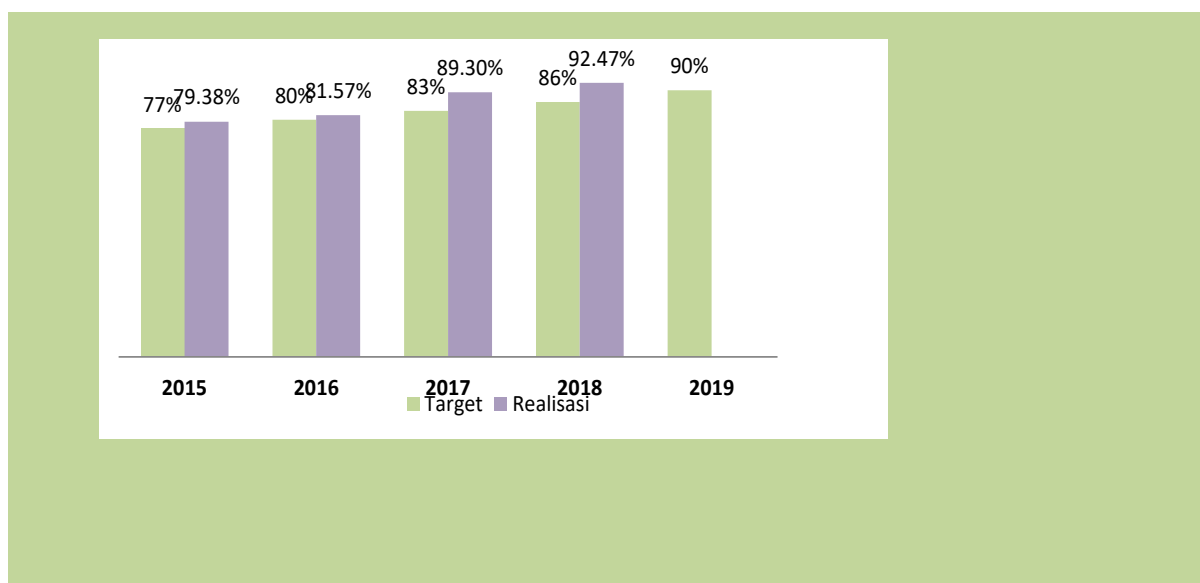
Indikator Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat dan Vaksin Esensial bertujuan untuk memantau ketersediaan obat dan vaksin esensial di Puskesmas. IKU akan dianggap semakin baik bila realisasinya lebih besar atau lebih tinggi dari yang ditargetkan.

Persentase Puskesmas dengan ketersediaan obat dan vaksin esensial dihitung dengan formulasi sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah Puskesmas yang memiliki obat dan vaksin esensial}}{\text{Jumlah Puskesmas di Indonesia yang melapor}} \times 100\%$$

Indikator Puskesmas dengan Ketersediaan Obat dan Vaksin Esensial merupakan indikator pada Revisi Renstra tahun 2018 sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia HK.01.07/Menkes/422/2017 yang mulai berlaku pada 29 Agustus 2017. Indikator sebelumnya adalah persentase ketersediaan obat dan vaksin di Puskesmas memiliki target pada tahun 2015 sebesar 77%, dengan capaian sebesar 79,38%. Pada tahun 2016 memiliki target sebesar 80% dengan capaian sebesar 81,57%. Pada tahun 2017, memiliki target sebesar 83% dan capaian sebesar 89,30%. Sementara pada tahun 2018, memiliki target sebesar 86% dan capaian sebesar 92,47%.

**Grafik 3.33 Target dan Realisasi Indikator Persentase Ketersediaan Obat dan Vaksin di Puskesmas Tahun 2015-2019**

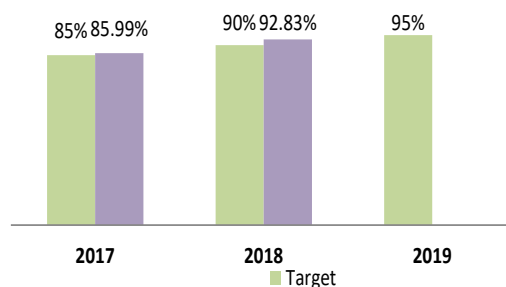


Pada Revisi Renstra, realisasi indikator persentase Puskesmas dengan ketersediaan obat dan vaksin esensial tahun 2018 sebesar 92,83%, melebihi target yang telah ditetapkan dalam Renstra Kemenkes Tahun 2015-2019 yaitu sebesar 90% dengan capaian sebesar 103,14%. Realisasi indikator di tahun ketiga Renstra menunjukkan hal yang positif dan diharapkan dapat mencapai target indikator akhir tahun Renstra 2015-2019 yakni sebesar 95%.

**Tabel 3.12 Realisasi dan Capaian Indikator Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat dan Vaksin Esensial Tahun 2018**

Indikator Kinerja	Target 2018	Realisasi 2018	Capaian 2018
Persentase Puskesmas dengan ketersediaan obat dan vaksin esensial	90%	92,83%	103,14%

**Grafik 3.34 Target dan Realisasi Indikator Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat dan Vaksin Esensial Tahun 2017-2019**



Hasil tersebut diperoleh dari periode pelaporan bulan November dimana jumlah Puskesmas yang melapor sebanyak 9.227 Puskesmas dari 9.884 Puskesmas di Indonesia (93,35%), dengan jumlah Puskesmas yang memiliki 80% obat dan vaksin esensial sebanyak 8.565 Puskesmas.

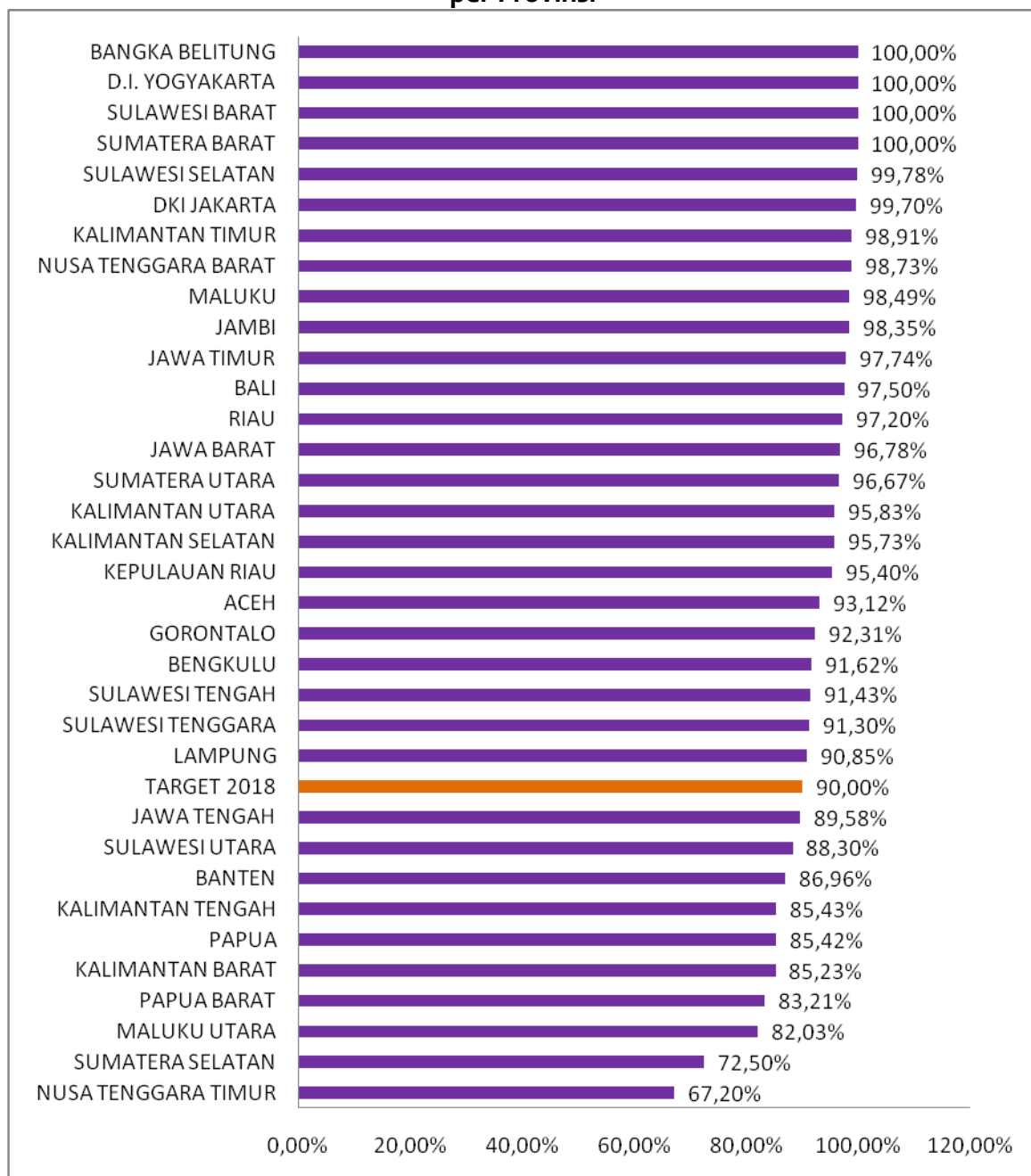
Dibentuknya tim penanggungjawab pengumpulan data indikator kinerja tata kelola obat publik dan perbekalan kesehatan merupakan salah satu upaya yang meningkatkan ketaatan pelaporan data lebih optimal sehingga pencapaian output menjadi maksimal. Selain itu koordinasi intensif dengan stakeholder terkait terutama untuk penyediaan obat, vaksin dan perbekkes sehingga semua paket yang direncanakan dapat direalisasikan.

Jumlah Puskesmas yang melapor mengalami peningkatan yang signifikan bila dibandingkan tahun 2015, 2016 dan 2017 yaitu sebanyak 1.013 Puskesmas, 1.133 Puskesmas dan 8.472 Puskesmas. Hal ini dikarenakan di tahun 2015 dan 2016 jumlah

Puskesmas yang menjadi target merupakan sampel yang ditetapkan berdasarkan metode *proportional random sampling* berbasis Provinsi sesuai jumlah Puskesmas dan rasio Puskesmas Perawatan dan Non perawatan. Sedangkan di tahun 2017 dan 2018 jumlah Puskesmas yang menjadi target adalah seluruh Puskesmas di Indonesia.

Capaian tertinggi persentase Puskesmas dengan ketersediaan obat dan vaksin esensial pada tahun 2018 yakni sebesar 100% dan dicapai oleh 4 Provinsi, yaitu Sumatera Barat, Kepulauan Bangka Belitung, DI. Yogyakarta, dan Sulawesi Barat. Sedangkan Provinsi dengan persentase Puskesmas dengan ketersediaan obat dan vaksin esensial terendah adalah Nusa Tenggara Timur dengan capaian sebesar 67,20%.

**Grafik.3.35 Puskesmas dengan Ketersediaan Obat dan Vaksin Esensial Tahun 2018 per Provinsi**



Pemantauan dilakukan terhadap 20 item obat dan vaksin yang dianggap esensial dan harus tersedia di pelayanan kesehatan dasar. Evaluasi terhadap tata laksana indikator kinerja dilaksanakan setiap tahun dan berdasarkan hasil evaluasi tersebut dilakukan revisi terhadap 20 item obat indikator yang dipantau, yang dapat dilihat pada tabel 11. Revisi tersebut tidak mengganti jenis obat akan tetapi menambahkan alternatif jenis obat yang memiliki khasiat yang sama yang dilaporkan banyak digunakan di Puskesmas.

**Tabel 3.14. Puskesmas dengan Ketersediaan Obat dan Vaksin Esensial Tahun 2018 per Item Obat**

NO	NAMA OBAT		BENTUK SEDIAAN
	Sebelum Revisi	Sesudah Revisi	
1	Albendazol	Albendazol	Tablet
2	Amoxicillin 500 mg	Amoxicillin 500 mg	Tablet
3	Amoxicillin	Amoxicillin	Syrup
4	Deksametason	Deksametason 0,5 mg	Tablet
5	Diazepam 5 mg/mL	Diazepam 5 mg/mL	Injeksi
6	Epinefrin (Adrenalin) 0,1% (sebagai HCL)	Epinefrin (Adrenalin) 0,1% (sebagai HCL)	Injeksi
7	Fitomenadion (Vitamin K)	Fitomenadion (Vitamin K)	Injeksi
8	Furosemid 40 mg	Furosemid 40 mg/Hidroklorotiazid (HCT)	Tablet
9	Garam oralit	Garam oralit	Serbuk
10	Glibenklamid	Glibenklamid/Metformin	Tablet
11	Kaptopril	Kaptopril	Tablet
12	Magnesium Sulfat 20 %	Magnesium Sulfat 20 %	Injeksi
13	Metilergometrin Maleat 0,200 mg-1 ml	Metilergometrin Maleat 0,200 mg-1 ml	Injeksi
14	Obat Anti Tuberculosis dewasa	Obat Anti Tuberculosis dewasa	Tablet
15	Oksitosin	Oksitosin	Injeksi
16	Parasetamol 500 mg	Parasetamol 500 mg	Tablet
17	Tablet Tambah Darah	Tablet Tambah Darah	Tablet
18	Vaksin BCG	Vaksin BCG	Injeksi
19	Vaksin TT	Vaksin Td	Injeksi
20	Vaksin DPT/ DPT-HB/ DPT-HB-Hib	Vaksin DPT/ DPT-HB/ DPT-HB-Hib	Injeksi

Terdapat beberapa permasalahan yang dialami dalam pencapaian indikator kinerja persentase Puskesmas dengan ketersediaan obat dan vaksin esensial tahun 2018, yaitu sebagai berikut:

1. Masih ada keterlambatan pelaporan data ketersediaan obat indikator yang dikirim secara berjenjang dari Provinsi, Kabupaten/Kota dan Puskesmas. Ada beberapa laporan yang dikirimkan melewati tanggal yang telah ditetapkan maka laporan tersebut tidak dimasukkan ke dalam perhitungan sehingga mempengaruhi hasil capaian kinerja.
2. Masih ada Puskesmas yang tidak melaporkan data ketersediaan obat indikator tetapi jumlahnya semakin berkurang
3. Masih ada penyedia yang tidak memenuhi komitmen terhadap penyediaan obat yang dibeli melalui e-katalog (e-purchasing).

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi permasalahan tersebut di atas antara lain sebagai berikut:

1. Selalu melakukan sosialisasi langkah-langkah strategis pengumpulan data indikator Puskesmas dengan ketersediaan obat dan vaksin esensial.
2. Mengirimkan umpan balik berupa surat pemberitahuan mengenai pelaporan data dan hasil evaluasi capaian indikator kinerja kepada Kepala Daerah guna menginformasikan ketaatan pelaporan dan manfaat hasil laporan bagi daerah.
3. Evaluasi secara berkala terhadap penyedia e-katalog obat yang digunakan sebagai referensi penetapan penyedia e-katalog selanjutnya.
4. Penetapan kriteria pemenang lelang harga obat e-katalog perlu diperketat dan mempertimbangkan track record pemenuhan komitmennya

**b. Jumlah Bahan Baku Sediaan Farmasi yang Siap Diproduksi di Dalam Negeri dan Jumlah Jenis/Varian Alat Kesehatan yang Diproduksi di Dalam Negeri (Kumulatif)**

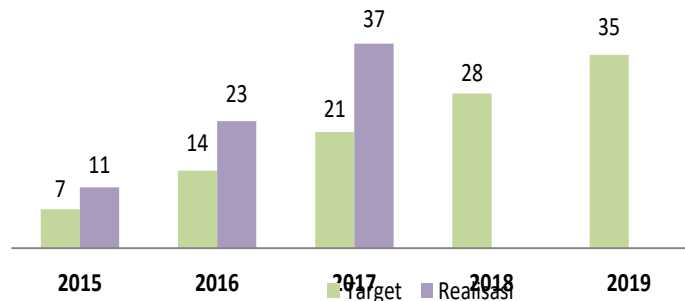
Obat dan alat kesehatan memiliki kontribusi cukup besar dalam pembiayaan kesehatan. Karena itu, Kementerian Kesehatan mengambil kebijakan untuk mendorong agar bahan baku sediaan farmasi dan alat kesehatan dapat diproduksi di dalam negeri.

Diharapkan dengan melakukan produksi di dalam negeri, harga obat dan alat kesehatan dapat ditekan sekaligus mengurangi ketergantungan pada luar negeri. IKU ini bertujuan untuk mengetahui kemajuan atau perkembangan produksi sediaan farmasi dan alat kesehatan di dalam negeri. IKU akan dianggap semakin baik bila realisasinya lebih besar atau lebih tinggi dari yang ditargetkan.

Pada Revisi Renstra tahun 2017 sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia HK.01.07/Menkes/422/2017 yang mulai berlaku pada 29 Agustus 2017 terjadi perubahan nomenklatur dan target capaian indikator jumlah bahan baku sediaan farmasi yang siap diproduksi di dalam negeri dan jumlah jenis/varian alat kesehatan yang diproduksi di dalam negeri (kumulatif).

Indikator sebelumnya adalah jumlah bahan baku obat dan obat tradisional serta alat kesehatan (Alkes) yang diproduksi di dalam negeri (kumulatif) dengan target pada tahun 2015 sebesar 7 jenis dan capaian sebesar 11 jenis, sedangkan target 2016 sebesar 14 jenis dan capaian sebesar 23 jenis.

**Grafik 3.36 Target dan Realisasi Indikator Jumlah Bahan Baku Obat dan Obat Tradisional serta Alat Kesehatan (Alkes) yang Diproduksi di Dalam Negeri (Kumulatif) Tahun 2015-2019**



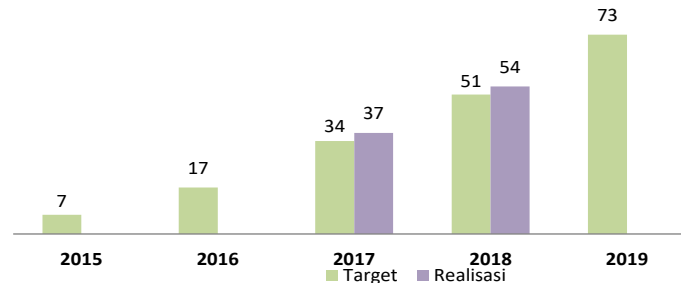
Pada tahun 2017, terjadi revisi renstra yang menyatakan bahwa target indikator jumlah bahan baku sediaan farmasi yang siap diproduksi di dalam negeri dan jumlah jenis/varian alat kesehatan yang diproduksi di dalam negeri (kumulatif) ditetapkan sebanyak 34 jenis dan tercapai sebanyak 37 jenis dengan rincian jumlah realisasi bahan baku sediaan farmasi sebesar 23 jenis dan jumlah target alat kesehatan sebesar 14 jenis. Pada tahun 2018, target indikator jumlah bahan baku sediaan farmasi yang siap diproduksi di dalam negeri dan jumlah jenis/varian alat kesehatan yang diproduksi di dalam negeri (kumulatif) ditetapkan sebanyak 51 jenis dan tercapai sebanyak 54 jenis dengan rincian jumlah realisasi bahan baku sediaan farmasi sebesar 33 jenis dan jumlah target alat kesehatan sebesar 21 jenis sebagaimana dijelaskan dalam Tabel 10 dan Grafik 5 dibawah ini.

**Tabel 3.14 Target, Realisasi dan Capaian Indikator Jumlah Bahan Baku Sediaan Farmasi yang Siap Diproduksi di Dalam Negeri dan Jumlah Jenis/Varian Alat Kesehatan yang Diproduksi di Dalam Negeri (Kumulatif) Tahun 2018**

Indikator Kinerja	Target 2018	Realisasi 2018	Capaian 2018
Jumlah bahan baku sediaan farmasi yang siap diproduksi di dalam negeri dan jumlah jenis/varian alat kesehatan yang diproduksi di dalam negeri (kumulatif)	51	54	105,88%
- Bahan Baku Sediaan Farmasi	30	33	110,00%
- Jenis Alat Kesehatan	21	21	100,00%



**Grafik 3.37 Target dan Realisasi Indikator Jumlah Bahan Baku Sediaan Farmasi yang Siap Diproduksi di Dalam Negeri dan Jumlah Jenis/Varian Alat Kesehatan yang Diproduksi di Dalam Negeri (Kumulatif) Tahun 2015-2019**



Target pencapaian kinerja untuk indikator jumlah bahan baku sediaan farmasi yang siap diproduksi di dalam negeri (kumulatif) tahun 2018 ditetapkan sejumlah 30 (tiga puluh) jenis. Adapun capaian jumlah bahan baku sediaan farmasi yang siap diproduksi di dalam negeri tahun 2018 adalah sejumlah 10 jenis. Dikarenakan pengukuran indikator ini dilakukan secara kumulatif, maka jumlah bahan baku sediaan farmasi yang siap diproduksi di dalam negeri tahun 2018 adalah sejumlah 33 jenis atau mencapai 110% dari target yang ditetapkan untuk tahun 2018 sejumlah 30 jenis. Jumlah 33 jenis tersebut terdiri dari capaian tahun 2015 sejumlah 8 jenis, tahun 2016 sejumlah 8 jenis, tahun 2017 sejumlah 7 jenis dan tahun 2018 sejumlah 10 jenis.

**Tabel 3.15 Daftar Nama Bahan Baku Sediaan Farmasi yang Siap Diproduksi di Dalam Negeri Tahun 2015-2018**

NO	BAHAN BAKU SEDIAAN FARMASI
<b>Tahun 2015</b>	
1	Ekstrak Terstandar Daun Kepel ( <i>Stelechocarpus burahol</i> (Bl.) Hook.f. & Th)
2	Ekstrak Umbi Bengkoang ( <i>Pachyrrhizus erosus</i> L.)
3	Ekstrak Aktif Terstandar Daun Mimba ( <i>Azadirachta indica</i> )
4	Ekstrak Biji Klabet ( <i>Trigonella foenum-graecum</i> L.)
5	Pemanis Alami Glikosida Steviol
6	Ekstrak Terstandar <i>Strobilanthes crispus</i> L.
7	Ekstrak Terstandar Kelopak Bunga Rosela ( <i>Hibiscus sabdariffa</i> L.)
8	Karagenan <i>Pharmaceutical Grade</i>
<b>Tahun 2016</b>	
9	Kristal PGV-6
10	Kristal HGV-6
11	Kristal GVT-6
12	Fraksi Gel dan Fraksi Antraknon Terstandar Daun Lidah Buaya ( <i>Aloe vera</i> L.)
13	Ekstrak Terstandar Daun Sendok ( <i>Plantago major</i> )
14	Fraksi Polisakarida Buah Mengkudu ( <i>Morinda citrifolia</i> L.)

15	<i>Phlobaphene</i>
16	Fraksi Bioaktif Biji Pala ( <i>Myristica fragrans</i> Houtt)
Tahun 2017	
17	Ekstrak Kayu Manis ( <i>Cinnamomum burmanii</i> )
18	Asam Mefenamat
19	Kombinasi Ekstrak Air Tempuyung ( <i>Sonchus arvensis</i> ) dan Keji Beling ( <i>Strobilanthes crispus</i> )
20	Amilum Sagu ( <i>Metroxylon</i> SP) Terpregelatinasi
21	Fraksi Aktif Terstandar Herba Kumis Kucing ( <i>Orthosiphon arisatus</i> (Blume))
22	Parasetamol
23	Ekstrak Terstandar Daun Pepaya ( <i>Carica papaya</i> )
Tahun 2018	
24	Sefalosporin C
25	1,3 bis (para hidroksifenil) urea/HP 2009
26	Fraksi Antosianin Daun Ubi Ungu ( <i>Ipomoea batatas</i> L)
27	Ekstrak Daun Belimbing Manis ( <i>Averrhoa carambola</i> L)
28	Fraksi Aktif dari Umbi Tanaman Talas ( <i>Collocasia esculenta</i> )
29	Kuersetin Kalium Bisulfat dari Daun Beluntas ( <i>Pluchea indica</i> (L.) Less)
30	Nobiletin dari Herba Bandotan ( <i>Ageratum conyzoides</i> L.)
31	Isolat Phylantin dari Tanaman Meniran ( <i>Phyllanthus niruri</i> )
32	Isolat Hypophylantin dari Tanaman Meniran ( <i>Phyllanthus niruri</i> )
33	Isolat 6-Gingerol dari Rimpang Jahe ( <i>Zingiber officinale</i> )

Salah satu indikator kinerja kegiatan Direktorat Penilaian Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga adalah alat kesehatan yang diproduksi di dalam negeri. Capaian sasaran kegiatan diukur dengan indikator kinerja kegiatan jumlah jenis/varian alat kesehatan yang diproduksi di dalam negeri. Untuk mencapai sasaran kegiatan tersebut dilakukan melalui berbagai upaya yaitu; 1) menyelenggarakan berbagai pertemuan dan *Focus Discuccion Group* (FGD). Kegiatan tersebut bertujuan untuk mendorong hilirisasi hasil riset alat kesehatan dengan mempertemukan antara regulator, industri alat kesehatan dalam negeri, akademisi/peneliti dan stekholder terkait; 2) Melaksanakan survei dan pemetaan kemampuan industri alat kesehatan dalam negeri dengan mendata kebutuhan alat kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan, dari keseluruhan kebutuhan alat kesehatan tersebut berapa yang sudah dipenuhi oleh indusri dalam negeri; 3) Mengoptimalkan penggunaan aplikasi sistem informasi alat kesehatan produksi dalam negeri ([sisprokal.kemkes.go.id](http://sisprokal.kemkes.go.id)); 4) Workshop peningkatan kemanfaatan alat kesehatan dalam negeri kepada tenaga kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan; 5) Edukasi penggunaan alat kesehatan dan PKRT yang baik dan benar kepada masyarakat dan pameran alat kesehatan produksi dalam negeri, serta 6) Pameran dilaksanakan bersamaan dengan rapat kerja kesehatan nasional (rakerkesnas) dan pameran pembangunan kesehatan dalam rangka hari kesehatan nasional ke-54.

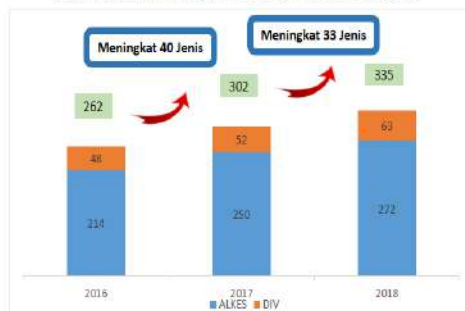
**Grafik 3.38 Pertumbuhan Industri Alat Kesehatan dalam Negeri per 31 Desember 2018**

**Pertumbuhan Industri Alat Kesehatan**  
Per 31 Desember 2018

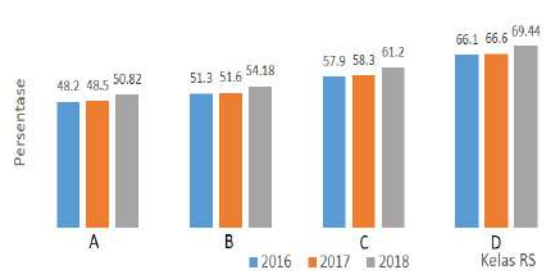
**Jumlah Industri Alkes Dalam Negeri**



**Jumlah Jenis Alat Kesehatan Yang Mampu Diproduksi Dalam Negeri**

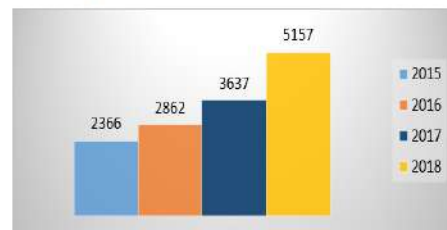


**Kemampuan Industri Alkes dalam Memenuhi Standar Peralatan Minimal Rumah Sakit\*)**



Kemampuan pemenuhan standar minimal Rumah Sakit ini dihitung berdasarkan jumlah item alat kesehatan yang ada dalam standar minimal RS, sesuai dengan Permenkes No 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.

**Jumlah Izin Edar Alkes Dalam Negeri**



Target pencapaian kinerja untuk indikator jumlah alat kesehatan yang siap diproduksi di dalam negeri (kumulatif) sampai dengan tahun 2018 ditetapkan sejumlah 21 jenis. Adapun capaian jumlah alat kesehatan yang diproduksi di dalam negeri tahun 2018 adalah sejumlah 7 (tujuh) jenis. Dikarenakan pengukuran indikator ini dilakukan secara kumulatif, maka jumlah alat kesehatan yang diproduksi di dalam negeri sampai dengan tahun 2018 adalah sejumlah 21 jenis atau mencapai 100% dari target yang ditetapkan untuk tahun 2018 sejumlah 21 jenis. Jumlah 21 jenis tersebut terdiri dari capaian tahun 2015 sejumlah 3 jenis, tahun 2016 sejumlah 4 jenis, tahun 2017 sejumlah 7 jenis dan tahun 2018 sejumlah 7 jenis.

**Tabel 3.16 Daftar Nama Alat Kesehatan yang Diproduksi di Dalam Negeri Tahun 2015-2018**

NO	ALAT KESEHATAN
<b>Tahun 2015</b>	
1.	Karixa Renograf
2.	Triton Synthetic-Biological Sutures
3.	Triton T-Skin Marker
<b>Tahun 2016</b>	
4.	DOMAS FLEXI-CORD Progressive
5.	ORTHINDO Pedide Screw Titanium
6.	ID BIOSENS Dengue NS1
7.	INA-SHUNT Semilunar Flushing Valve System

Tahun 2017	
8.	RENOMA Blood Lancet
9.	NPC Strip G
10.	ENESERS Anaesthesia Machine
11.	ONEMED Uro One Folley Catheter
12.	TESENA Electrocardiograph 12 Channel Telemetry
13.	ZENMED + Orthopedic Plate
14.	Paket Benang Bedah Triton
Tahun 2018	
15.	Heron V
16.	JMS Cell Washing
17.	REFOCARE Calcium Alginate Dressing
18.	CERASPON
19.	BUDI Pengukur Kadar Lemak Digital
20.	DERMATIX Ultra
21.	ZETTA TeleCTG

Terdapat beberapa permasalahan yang dialami dalam pencapaian indikator kinerja Jumlah bahan baku sediaan farmasi yang siap diproduksi di dalam negeri dan jumlah jenis/varian alat kesehatan yang diproduksi di dalam negeri (kumulatif) yaitu:

1. Belum maksimalnya instrumen monitoring dan evaluasi yang dapat mengetahui rencana industri farmasi dalam jangka panjang.
2. Kurangnya inovasi teknologi pada industri farmasi yang dapat mendukung produksi bahan baku obat.
3. Minimnya infrastruktur penelitian dan pengembangan bahan baku di Indonesia.
4. Kurangnya komitmen industri alkes dalam negeri untuk menjaga mutu produk dan memenuhi standar yang berlaku di Indonesia.
5. Belum optimalnya pengolahan data kapasitas produksi industri alat kesehatan dalam negeri dalam memenuhi kebutuhan fasilitas pelayanan kesehatan.

Upaya pemecahan masalah terhadap kendala yang dialami dalam pencapaian indikator kinerja Jumlah bahan baku sediaan farmasi yang siap diproduksi di dalam negeri dan jumlah jenis/varian alat kesehatan yang diproduksi di dalam negeri (kumulatif) adalah sebagai berikut:

1. Koordinasi antara Kementerian Kesehatan, perguruan tinggi/lembaga dan perusahaan terkait rancangan instrumen monitoring dan evaluasi rencana jangka panjang industri farmasi.
2. Merumuskan regulasi yang mendukung adanya perkembangan teknologi farmasi terkini untuk pengembangan industri farmasi.
3. Mendorong pengembangan infrastruktur penelitian bahan baku obat di Indonesia.
4. Menyelenggarakan kegiatan untuk meningkatkan pemahaman dalam menjaga mutu dan standar produk alat kesehatan yang berlaku di Indonesia.
5. Mengoptimalkan penggunaan Sistem Alat Kesehatan Produk Dalam Negeri Online (<http://sisprokal.kemkes.go.id>) dengan menyelenggarakan pertemuan pemutakhiran data kapasitas produksi alkes dalam negeri.

**c. Persentase produk alat kesehatan dan PKRT di peredaran yang memenuhi syarat**

Kementerian Kesehatan memiliki tanggung jawab untuk melakukan pengendalian pasca pemasaran (*post-market*) untuk memastikan bahwa alat kesehatan dan PKRT yang telah memiliki izin edar dapat terus menerus memenuhi persyaratan keamanan, mutu, manfaat, dan penandaan yang telah disetujui. Kegiatan yang dilakukan adalah dengan melakukan *sampling* produk alat kesehatan dan PKRT. Kegiatan *sampling* dilakukan dalam rangka pembinaan, pengendalian, dan pengawasan terhadap keamanan, mutu, dan manfaat alat kesehatan dan PKRT yang beredar di Indonesia. Indikator ini bertujuan untuk mengetahui tingkat keamanan mutu alat kesehatan dan PKRT yang beredar. Indikator ini akan dianggap semakin baik bila realisasinya lebih besar atau lebih tinggi dari yang ditargetkan.

Persentase produk alat kesehatan dan PKRT di peredaran yang memenuhi syarat dihitung dengan formulasi sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah sampel alat kesehatan dan PKRT yang diuji dan memenuhi syarat}}{\text{Jumlah sampel alat kesehatan dan PKRT yang diuji}} \times 100\%$$

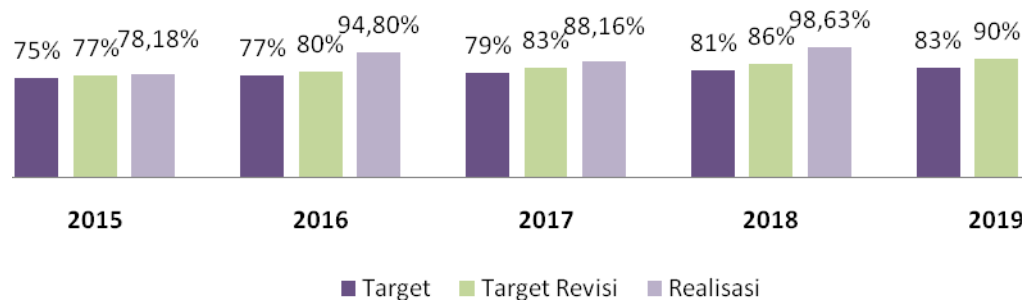
Kementerian Kesehatan melakukan upaya pengendalian *post-market* untuk memastikan bahwa alat kesehatan dan PKRT yang telah diberikan izin edar tersebut, secara terus menerus sesuai dengan persyaratan keamanan, mutu, manfaat dan penandaan yang telah disetujui.

Upaya kerjasama lintas sektor dilakukan secara berkesinambungan untuk memperkuat pengawasan produk alat kesehatan dan PKRT. Selain itu juga dilakukan pengawasan *post border* terhadap alat kesehatan dan PKRT serta peningkatan kompetensi sumber daya manusia di Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota. Salah satu kegiatan pengendalian *post-market* dilakukan melalui *sampling* produk alat kesehatan dan PKRT. *Sampling* alat kesehatan dan PKRT merupakan kegiatan dalam rangka pembinaan, pengendalian dan pengawasan terhadap keamanan, mutu dan manfaat alat kesehatan dan PKRT yang telah beredar di wilayah Indonesia.

Salah satu kegiatan pengendalian *post-market* dilakukan melalui *sampling* produk alat kesehatan dan PKRT. *Sampling* alat kesehatan dan PKRT merupakan kegiatan dalam rangka pembinaan, pengendalian dan pengawasan terhadap keamanan, mutu dan manfaat alat kesehatan dan PKRT yang telah beredar di wilayah Indonesia.

Indikator persentase produk alat kesehatan dan perbekalan kesehatan rumah tangga (PKRT) di peredaran yang memenuhi syarat mengalami perubahan target capaian indikator pada Revisi Renstra tahun 2017 sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia HK.01.07/Menkes/422/2017 yang mulai berlaku pada 29 Agustus 2017. Target dan capaian indikator produk alat kesehatan dan perbekalan kesehatan rumah tangga (PKRT) di peredaran yang memenuhi syarat sebelum revisi adalah sebagai berikut:

**Grafik 3.39 Target dan Realisasi Indikator Persentase Produk Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT) di Peredaran yang Memenuhi Syarat Tahun 2015-2019**



Pada tahun 2018 dilakukan pengambilan sampel alat kesehatan dan PKRT di 34 provinsi dan pengujian sampel dilakukan di beberapa laboratorium yaitu di Pusat Pemeriksaan Obat dan Makanan Nasional (PPOMN-BPOM), Laboratorium Balai Besar Pemeriksaan Obat dan Makanan (BBPOM) Provinsi DKI Jakarta, Balai Pengujian Mutu Produk Tanaman Kementerian Pertanian, IPB Culture Collection Departemen Biologi Fakultas Matematika dan IPA, Unit Layanan Pengujian Fakultas Farmasi Universitas Airlangga, Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan (BPFK), PT Sucofindo.

Produk yang disampling adalah produk yang berdasarkan analisa risiko, produk yang banyak dipakai oleh tenaga kesehatan dan masyarakat, produk yang banyak beredar dan memiliki dampak yang cukup luas pada masyarakat, produk yang memiliki riwayat Tidak Memenuhi Syarat (TMS) dan produk program pemerintah.

Jumlah sampel alat kesehatan yang memenuhi syarat terhadap parameter uji yang telah ditetapkan sebanyak 1.140 sampel dari 1.147 sampel yang telah memiliki sertifikat hasil uji. Sampel PKRT yang memenuhi syarat terhadap parameter uji sejumlah 870 sampel dari 891 sampel yang telah memiliki sertifikat hasil uji. Total sampel yang memenuhi syarat 2.010 dari total sampel sejumlah 2.038 sehingga persentase pencapaian indikator kinerja sebesar 98,63%, melebihi target yang telah ditetapkan dalam Renstra Kemenkes Tahun 2015-2019 yaitu sebesar 86% dengan capaian sebesar 114,69%. Realisasi indikator di tahun keempat Renstra perlu dipertahankan sehingga dapat mencapai target indikator akhir tahun Renstra 2015-2019 yakni sebesar 90%.

**Tabel 3.17 Realisasi dan Capaian Indikator Persentase Produk Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT) di Peredaran yang Memenuhi Syarat Tahun 2018**

Indikator Kinerja	Target 2018	Realisasi 2018	Capaian 2018
Persentase produk alat kesehatan dan PKRT di peredaran yang memenuhi syarat	86%	98,63%	114,69%



Terdapat beberapa permasalahan yang dialami dalam pencapaian indikator kinerja kegiatan persentase produk alat kesehatan dan PKRT yang memenuhi syarat yaitu:

1. Cakupan jenis produk yang disampling belum maksimal dikarenakan terbatasnya jumlah laboratorium pengujian alat kesehatan dan PKRT yang terakreditasi
2. Terbatasnya parameter uji dan jenis pengujian yang dapat dilakukan oleh laboratorium uji

Upaya pemecahan masalah terhadap kendala yang dialami adalah sebagai berikut:

1. Mengadvokasi laboratorium pemerintah atau swasta agar meningkatkan kemampuan dan mengakreditasikan parameter uji untuk produk alat kesehatan dan PKRT.
2. Mendorong pembentukan regulasi Unit Pelayanan Teknis (UPT) dibawah Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan.
3. Mendorong stake holder terkait untuk melakukan sampling terhadap mutu produk alat kesehatan dan PKRT serta mendorong investasi pembentukan laboratorium uji yang terakreditasi di Indonesia.

#### **5) Sasaran Strategis 5: Meningkatnya Jumlah, Jenis, Kualitas, dan Pemerataan Tenaga Kesehatan**

Tenaga kesehatan memiliki peran penting dalam rangka terselenggaranya pelayanan kesehatan masyarakat. Pemerintah terus mengupayakan pemenuhan dan pemerataan tenaga kesehatan guna memenuhi harapan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang bermutu.

Dalam kaitan dengan Sasaran Strategis ini, Kementerian Kesehatan mengidentifikasi tiga Indikator Kinerja Utama (IKU) dengan hasil capaiannya sebagaimana tergambar dalam tabel berikut:

**Tabel 3.18**  
**Capaian IKU pada Sasaran Strategis 5:**  
**Meningkatnya Jumlah, Jenis, Kualitas, dan Pemerataan Tenaga Kesehatan**

<b>SS5: Meningkatnya Jumlah, Jenis, Kualitas, dan Pemerataan Tenaga Kesehatan</b>				
<b>Indikator Kinerja</b>		<b>Target</b>	<b>Realisasi</b>	<b>% Realisasi</b>
5a.	Jumlah Puskesmas yang minimal memiliki 5 jenis tenaga kesehatan	4.200	4.029	95,93%
5b.	Persentase RS kabupaten/kota kelas C yang memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis penunjang	50%	61,63%	123,26%
5c.	Jumlah SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya	44.850	101.728	226,82%


Uraian tentang ketiga IKU tersebut adalah sebagai berikut:

**a. Jumlah Puskesmas yang minimal memiliki 5 jenis tenaga kesehatan**

Indikator ini merupakan Program Prioritas Nasional yang tertuang dalam target indikator RPJMN 2015-2019 dalam mendukung terwujudnya Program Indonesia Sehat dan GERMAS, serta merupakan gambaran terpenuhinya tenaga kesehatan khususnya tenaga kesehatan *promotive* dan *preventif* dalam rangka memperkuat pelayanan kesehatan, dimana Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan primer menjadi soko guru dari pelayanan kesehatan, bukan saja menjadi *gate keeper* untuk rujukan tetapi juga membina masyarakat umum untuk mempunyai kemampuan untuk hidup sehat.

IKU ini bertujuan untuk menjamin Puskesmas untuk memiliki sumber daya yang diperlukan guna melaksanakan fungsinya secara optimal. IKU akan dianggap semakin baik bila realisasinya lebih besar atau lebih tinggi dari yang ditargetkan.

Definsi Operasional dari indikator: Jumlah puskesmas yang telah memiliki tenaga sesuai standar ketenagaan berdasarkan PMK 75 tahun 2014 terutama untuk 5 jenis tenaga kesehatan *promotive* dan *preventif* yakni tenaga kesehatan lingkungan, tenaga kefarmasian, tenaga gizi, tenaga kesehatan masyarakat, dan tenaga ahli teknologi laboratorium medik (ATLM).



***Hasil evaluasi tahun 2018, sampai dengan akhir pelaksanaan tahun keempat pelaksanaan RPJMN 2015-2019 pencapaian indikator ini sudah tercapai 95,93% atau tercapai 4.029 Puskesmas dari target 4.200 Puskesmas dengan ketersediaan tenaga sesuai standar***

Apabila dilihat berdasarkan absolut target indikator 4.200 dengan capaian 4.029 (95,93%), angka capaian indikator ini memang belum tercapai 100%. Namun dengan ketercapaian 95,93% ini jika mengacu Peraturan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional RI No 1 Tahun 2017, capaian indikator ini sudah *On Track* menjamin ketercapaiannya hingga tahun 2019.

Sebagaimana dituangkan dalam Permenpan 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah, **analisa pengukuran kinerja dapat menggunakan standar Nasional dalam rangka memudahkan penilaian tingkat keberhasilan pelaksanaan program/kegiatan.** Standar Nasional yang digunakan sebagai notifikasi capaian kinerja Program/kegiatan PPSDM Kesehatan mengacu pada Peraturan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional RI No 1 Tahun 2017 tentang Pedoman Evaluasi Pembangunan Nasional. Dalam Peraturan Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional tersebut dinyatakan kriteria notifikasi yang dapat digunakan sebagai *cut off* mengukur keberhasilan capaian kinerja, dimana **Apabila target tercapai  $\geq 95\%$  maka indikator tersebut sudah kategori Sudah tercapai**

atau **On Track/On Trend dengan notifikasi HIJAU**. Berdasarkan hal tersebut maka indikator Jumlah Puskesmas yang minimal memiliki 5 (lima) jenis tenaga kesehatan sudah tercapai karena sudah tercapai 95,93% (dalam artian notifikasi **target tercapai  $\geq 95\%$** ).



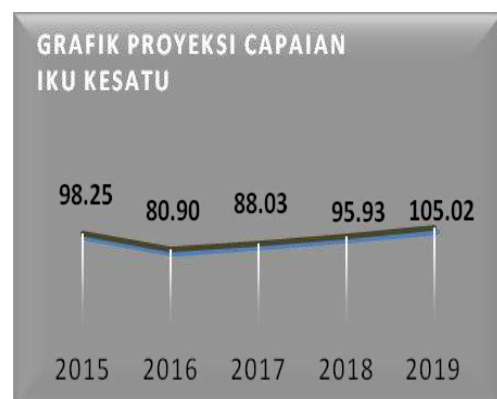
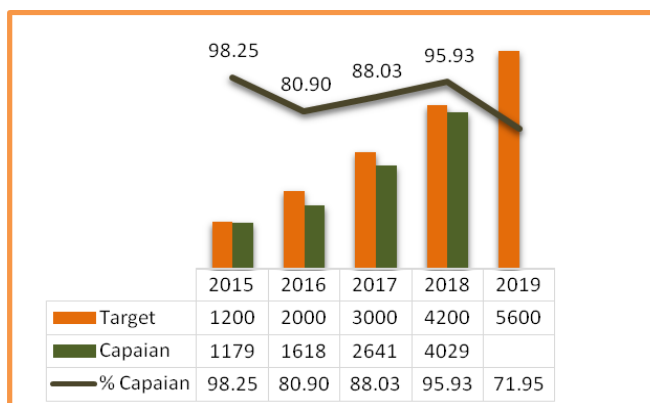
**Gambar 3.17 Pemenuhan SDM Kesehatan 2015-2018 Melalui Indikator Puskesmas Yang Minimal Memiliki 5 (lima) Jenis Tenaga Kesehatan**

2014 (baseline)	2015	2016	2017	2018
1.015	1.179	1.618	2.641	4.029

Jika dibandingkan antara capaian tahun 2018 dengan target tahun 2019 sebesar 5.600 puskesmas, maka indikator ini sudah tercapai sebesar 71,95 %. Apabila diproyeksikan antara target dan capaian tahun 2015 sampai dengan 2018, maka pada tahun 2019 dari target 5.600 Puskesmas (100%) akan tercapai 105,02% atau 5.881 Puskesmas terpenuhi sesuai standar. Artinya Badan PPSPDM Kesehatan harus **mencari strategi lain dari upaya yang sudah dilakukan saat ini**.

**Untuk melihat target dan capaian sampai tahun 2018 dan proyeksi capaian sampai tahun 2019 dapat dilihat pada grafik berikut:**

**Grafik 3.40 Target, Capaian dan Proyeksi Capaian Indikator Jumlah Puskesmas yang Minimal Memiliki 5 (lima) Jenis Tenaga Kesehatan tahun 2015-2019**



Angka capaian IKU kesatu ini diperoleh melalui proses pemutakhiran data PPSPDM Kesehatan di Provinsi, Kabupaten/Kota melalui dana dekonsentrasi. Penghitungan dan pengolahan data eksisting SDM Kesehatan sebelumnya dilakukan pemutakhiran data tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota, dimana data diinput oleh pengelola data dan informasi Provinsi, Kabupaten/Kota melalui **aplikasi Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SI SDMK)**. Data dan informasi tersebut kemudian di finalisasi pada pertemuan pengelola data PPSPDMK daerah dan institusi secara Nasional. Berikut tahapan dihasilkannya data eksisting SDM Kesehatan:

1. Pertemuan Pengelola data PPSPDMK Daerah dan institusi
2. Fasilitasi Pemetaan SDMK
3. Penyusunan Pedoman Pengelolaan data PPSPDM Kesehatan
4. Penyusunan dokumen deskripsi
5. Rapat koordinasi dan konsultasi data dan informasi

**Gambar 3.18 Supporting Aplikasi Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SI SDMK) Terhadap Pencapaian IKU Program PPSPDMK**



Latar belakang indikator kesatu sebagai indikator program PPSPDM Kesehatan sebagaimana diketahui Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya *promotif* dan *preventif* dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Artinya peranan Puskesmas sangatlah strategis sebagai *gate keeper* atau sebagai penyedia pelayanan kesehatan yang melakukan kontak pertama, sehingga membutuhkan ketersediaan tenaga kesehatan yang memadai, khususnya 5 (lima) jenis tenaga kesehatan promotif dan preventif yakni tenaga kesehatan lingkungan, tenaga kefarmasian, tenaga gizi, tenaga kesehatan masyarakat dan tenaga ahli teknologi laboratorium medik (ATLM) di Puskesmas menjadi target utama dalam pencapaian indikator kinerja Badan PPSPDM Kesehatan.

Berbagai studi menunjukkan bahwa tenaga kesehatan merupakan kunci utama dalam keberhasilan pencapaian tujuan pembangunan kesehatan. Tenaga kesehatan

memberikan kontribusi hingga 80% dalam keberhasilan pembangunan kesehatan. Kondisi tenaga kesehatan di Indonesia sebenarnya terus membaik dalam jumlah, kualitas dan penyebarannya, namun masih belum mampu memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan di seluruh wilayah terutama pada daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan. Guna mengatasi krisis tersebut, upaya program pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan perlu melibatkan semua komponen bangsa dalam mengatasi permasalahan tersebut.

Kondisi distribusi ketenagaan yang kurang merata tersebut ditambah dengan adanya Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang membutuhkan upaya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan, baik pada fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, serta perbaikan sistem rujukan pelayanan kesehatan. Dengan sistem JKN beban kerja tenaga kesehatan semakin meningkat dengan meningkatnya *demand* masyarakat terhadap layanan kesehatan, karena akses terhadap layanan yang makin baik. Masyarakat yang tadinya tidak bisa berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) karena keterbatasan biaya dengan adanya JKN menjadi bisa mengakses layanan. Harapannya melalui sistem JKN ini adalah beban rumah sakit akan berkurang, artinya sebagian besar pelayanan kesehatan diharapkan dapat diselesaikan di tingkat primer melalui pemenuhan SDM Kesehatan dan non Kesehatan melalui ketersediaan tenaga *promotive* dan *preventif*.

Adapun rincian per jenis tenaga sesuai dengan pengelompokkan dalam Undang-Undang Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 3.19 Jenis Rumpun Tenaga Kesehatan**

No	Rumpun Ketenagaan	Jumlah
1	Medis	110.040
2	Psikologi Klinis	782
3	Keperawatan	354.218
4	Kebidanan	217.726
5	Kefarmasian	65.153
6	Kesehatan Masyarakat	25.417
7	Kesehatan Lingkungan	15.340
8	Gizi	21.920
9	Keterapian Fisik	6.639
10	Keteknisian Medis	26.201
11	Teknik Biomedika	42.063
12	Tenaga Kesehatan Tradisional	989
13	Tenaga Penunjang Kesehatan	296.320
<b>TOTAL</b>		<b>1.182.808</b>

Sumber :Pemetaan Data SI DMK, Desember 2018



Hasil pemetaan data SDM Kesehatan yang memenuhi standar Permenkes 75 tahun

***Diharapkan melalui IKU kesatu ini jumlah dan jenis tenaga kesehatan promotif dan preventif dapat tersedia dan tersebar lebih merata di Puskesmas seluruh Indonesia***



2014 adalah 1.182.808 orang yang tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan. Dari 1.182.808 tenaga kesehatan tersebut sebanyak 300.551 orang bekerja di 10.017 puskesmas

yang terdiri dari tenaga promotif dan preventif yang tersedia dan tersebar di seluruh puskesmas di Indonesia. Diharapkan melalui IKU kesatu ini jumlah dan jenis tenaga kesehatan promotif dan preventif dapat tersedia dan tersebar lebih merata di Puskesmas seluruh Indonesia.

Standar Puskesmas Yang Minimal Memiliki 5 (lima) Jenis Tenaga Kesehatan ini mengacu Peraturan Menteri Kesehatan nomor 75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, pasal 16 disebutkan bahwa sumber daya manusia Puskesmas terdiri dari tenaga kesehatan dan non kesehatan.

Tenaga kesehatan yang dimaksud paling sedikit terdiri atas :

- a. dokter atau dokter layanan primer;
- b. dokter gigi;
- c. perawat;
- d. bidan;
- e. tenaga kesehatan masyarakat;
- f. tenaga kesehatan lingkungan;
- g. ahli teknologi laboratorium medik;
- h. tenaga gizi; dan
- i. tenaga kefarmasian.

Sebagaimana diketahui, desentralisasi telah mengakibatkan perubahan-perubahan mendasar dalam pelayanan kesehatan baik pada tingkat nasional, provinsi dan kabupaten/kota, sedangkan dalam UU nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah, urusan kesehatan merupakan urusan pemerintahan konkuren yang dibagi antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Provinsi, Kabupaten/Kota), serta merupakan urusan pemerintah yang wajib karena bersifat pelayanan dasar. Terkait SDM Kesehatan, dalam lampiran UU nomor 23 tahun 2014 disebutkan bahwa Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota wajib melakukan perencanaan dan pengembangan SDM Kesehatan untuk UKM dan UKP daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota. Pembagian urusan terkait SDM Kesehatan ini dijelaskan lebih lanjut dalam UU nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.

Dalam Undang Undang tersebut, disebutkan bahwa Pemerintah Daerah bersama dengan Pemerintah Pusat bertanggung jawab terhadap (a) pengaturan, pembinaan, pengawasan, dan peningkatan mutu Tenaga Kesehatan, (b) perencanaan, pengadaan, dan pendayagunaan Tenaga Kesehatan sesuai dengan kebutuhan; dan (c) perlindungan kepada Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik. Pada pasal 13, disebut bahwa



Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib memenuhi kebutuhan Tenaga Kesehatan, baik dalam jumlah, jenis, maupun dalam kompetensi secara merata untuk menjamin keberlangsungan pembangunan kesehatan.

Pembagian urusan terkait SDM Kesehatan ini juga dipertegas dalam Undang Undang nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. Dalam Undang Undang tersebut, disebutkan bahwa Pemerintah bersama Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap (a) pengaturan, pembinaan, pengawasan, dan peningkatan mutu Tenaga Kesehatan, (b) perencanaan, pengadaan, dan pendayagunaan Tenaga Kesehatan sesuai dengan kebutuhan; dan (c) perlindungan kepada Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik. Pada pasal 13, disebut bahwa Pemerintah dan Pemerintah Daerah wajib memenuhi kebutuhan Tenaga Kesehatan, baik dalam jumlah, jenis, maupun dalam kompetensi secara merata untuk menjamin keberlangsungan pembangunan kesehatan. Dengan demikian, antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah harus bekerja secara sinergis melaksanakan pembangunan kesehatan yang terencana, terpadu dan berkesinambungan dalam upaya mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Penyebab belum tercapainya indikator kesatu ini antara lain :

1. Upaya pemenuhan dan pemerataan tenaga kesehatan yang dilakukan masih merupakan upaya Pusat.
2. Dukungan Pemerintah Daerah pada program penugasan tenaga kesehatan (Nusantara Sehat), khususnya penugasan khusus yang berbasis tim dan individu yang kurang.
3. Masih lemahnya penguatan Norma Standard Prosedur dan Kriteria (NSPK) yang mengatur tentang tenaga Kesehatan Strategis
4. Regulasi penguatan SI SDMK yang masih kurang, dimana hasil pemetaan SDM Kesehatan di puskesmas yang belum terpenuhi belum menjadi dasar dalam usulan formasi kebutuhan tenaga kesehatan daerah.

***Menuju akhir periode RPJMN tahun 2019, percepatan pencapaian IKU kesatu dalam rangka pemenuhan SDM Kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan ini membutuhkan kerjasama, sinkronisasi, serta sinergis berkomitmen mengupayakan pemenuhan dan pemerataan tenaga kesehatan***

” Menuju akhir periode RPJMN tahun 2019, percepatan pencapaian IKU kesatu dalam rangka pemenuhan SDM Kesehatan di fasilitas

pelayanan kesehatan Pemerintah pusat dan daerah membutuhkan komitmen kerjasama, sinkronisasi, serta sinergis melaksanakan pembangunan kesehatan yang terencana, terpadu dan berkesinambungan dalam upaya pemenuhan dan pemerataan tenaga kesehatan serta mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Untuk mengatasi permasalahan tersebut diatas, Badan PPSDM Kesehatan telah melaksanakan beberapa upaya program inovasi diantaranya:

**1. Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan/ Nusantara Sehat Berbasis Tim (Team Based) dan Individu.**

**Program ini bertujuan memperkuat pelayanan kesehatan primer untuk mewujudkan Indonesia Sehat melalui peningkatan jumlah, distribusi, komposisi, dan mutu tenaga kesehatan.**



**Gambar 3.19 Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan**

Pada tahun 2018, jumlah tenaga kesehatan yang ditempatkan melalui tim Nusantara Sehat sebanyak 156 tim atau sebanyak 894 orang. Sedangkan penempatan tenaga kesehatan dalam rangka penugasan khusus individu di fasilitas pelayanan kesehatan adalah sebanyak 2.334 orang. Selama tahun 2015 – 2018 melalui program Nusantara Sehat team based sudah sebanyak 3.380 tenaga kesehatan yang ditempatkan di 29 Provinsi, 163 Kabupaten dan 475 Puskesmas. Sedangkan untuk penugasan khusus individu yang dimulai tahun 2017 – 2018 sudah di tempatkan 3.997 tenaga kesehatan di 29 Provinsi, 224 Kabupaten dan 1.250 Puskesmas.

**Penugasan Tenaga Kesehatan Secara Team Based (Nusantara Sehat) Minimal 5 Orang adalah Tenaga kesehatan dokter, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kefarmasian, tenaga kesmas, tenaga kesling, tenaga gizi, dan tenaga teknis laboratorium) yang mengikuti penugasan khusus berbasis tim (Tim Nusantara Sehat).**

**Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan Secara Individu adalah tenaga kesehatan (dokter, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kefarmasian, tenaga kesmas, tenaga kesling, tenaga gizi, dan tenaga teknis laboratorium) yang mengikuti penugasan khusus individu.**

Beberapa permasalahan pada pelaksanaan program penugasan khusus tenaga kesehatan, yang terjadi dalam rentang waktu tahun 2018 untuk antara lain :

- a. Lokus Nusantara Sehat Individu (NSI) tidak diminati/tidak dipilih peserta. Minat beberapa jenis tenaga kesehatan untuk mengikuti penugasan khusus tenaga kesehatan (tim dan individu) masih kurang terutama dokter dan dokter gigi termasuk tenaga kesling, tenaga ahli teknologi laboratorium medik (ATLM) dan tenaga gizi;

- b. Perubahan status keterpencilan Puskesmas, sehingga lokus penempatan kurang. Sasaran penempatan penugasan khusus tenaga kesehatan hanya di daerah terpencil perbatasan dan kepulauan sementara target indikator kesatu adalah jumlah puskesmas keseluruhan;
- c. Formasi penempatan tenaga di daerah pedesaan dan perkotaan belum dibuka karena menunggu izin prinsip dari SK Menkes untuk insentif peserta.

**Gambar 3.20 Tim Nusantara Sehat**



Upaya yang dilakukan Badan PPSPDM Kesehatan dalam mengatasi permasalahan tersebut adalah sebagai berikut :

1. Melakukan sosialisasi tentang Nusantara Sehat ke Mahasiswa Fakultas Kedokteran, Kedokteran Gigi, Jurusan Teknik Laboratorium Medik, Kefarmasian, Kesehatan Lingkungan, Gizi, Perwakilan Lintas sektor dan dokter pasca internsip.
  2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 16 Tahun 2017 tentang Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan Dalam Mendukung Program Nusantara Sehat direvisi menjadi Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2018 Tentang Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan Dalam Mendukung Program Nusantara Sehat.
  3. Untuk dapat melaksanakan amanah dari Permenkes ini diperlukan izin prinsip dalam hal pembayaran insentif sehingga tenaga kesehatan dapat ditempatkan di lokasi sesuai perubahan status puskesmas tersebut.
  4. Upaya pengusulan kenaikan insentif ke Kemenkeu;
  5. Evaluasi pelaksanaan rekrutmen dan menyusun profil ideal nakes sebagai dasar pelaksanaan rekrutmen;
  6. Desk dengan daerah untuk melakukan *up dating* status keterpencilan;
  7. Advokasi ke pemerintah daerah untuk pemenuhan tenaga kesehatan di wilayahnya sesuai dengan UU nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah, urusan kesehatan merupakan urusan pemerintahan konkuren yang dibagi antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Provinsi, Kabupaten/Kota), serta merupakan urusan pemerintah yang wajib karena bersifat pelayanan dasar.
- 2. Menyusun dan mempercepat Penerbitan Seluruh Norma Standar Prosedur Dan Kriteria (NSPK) Urusan Pemerintahan Yang Mengatur Tentang Penempatan SDM Kesehatan Strategis**

Seperti NSPK tentang penugasan khusus individual, dan NSPK lain yang dibutuhkan. Perlu dipikirkan pula upaya penguatan program Nusantara Sehat untuk meningkatkan motivasi tenaga kesehatan strategis misalnya dukungan peraturan kepegawaian yang memberikan jaminan karier bagi para tenaga kesehatan yang telah bersedia ditempatkan khususnya di DTPK.

Membuat regulasi yang memungkinkan daerah dapat memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan sesuai standar dengan skema penugasan khusus individu yang ada.

### **3. Penguatan Regulasi SI SDM**

Membuat regulasi yang menghubungkan *updating* SI SDM dengan usulan formasi kebutuhan tenaga kesehatan daerah. Informasi SDM Kesehatan Indonesia yang dimuat dalam web <http://sisdmk.bppsdmk.kemkes.go.id/> merupakan output Sistem Informasi SDM Kesehatan. Dinas Kesehatan Provinsi, Kabupaten/Kota melakukan input data SDM Kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan baik milik pemerintah maupun masyarakat (swasta) di wilayah kabupaten/kota dan provinsi. Hasil input data SDM Kesehatan kemudian diintegrasikan dengan **data** dari berbagai sistem informasi di lingkungan Badan PPSDM Kesehatan, Unit Utama Kementerian Kesehatan, dan stakeholder lintas program dan lintas sektor terkait. Data dan informasi yang disajikan diharapkan bermanfaat bagi pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan dan pembangunan kesehatan.

Adapun upaya Badan PPSDM Kesehatan yang akan dilakukan 2018-2019 dalam rangka pemenuhan tenaga kesehatan di pelayanan kesehatan adalah melalui program: Pendayagunaan lulusan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan.

Sebanyak 38 Politeknik Kesehatan (Poltekkes) Kementerian Kesehatan yang merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) Badan PPSDM Kesehatan, rata-rata kurang lebih 22.000 tenaga kesehatan per tahun diproduksi berbagai jurusan dan program studi yang ada.

Untuk tahun 2018, total jumlah lulusan tenaga kesehatan dari Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan adalah sebanyak 25.646 orang lulusan. Para lulusan Poltekkes Kemenkes ini diharapkan siap didayagunakan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan.

Agar berhasilnya pelaksanaan program Pendayagunaan lulusan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan ini diperlukan sinergi semua pihak sehingga permasalahan STR dan UKOM bukan sebagai hambatan dalam percepatan pendayagunaan lulusan.

Beberapa hal strategis yang perlu diupayakan kedepan sebagai berikut:

1. Memasukkan unsur pemenuhan 5 (lima) jenis tenaga kesehatan *promotif* dan *preventif* ke dalam 12 indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) Puskesmas di daerah, sehingga secara otomatis akan menjadi masukan strategis bagi Kepala

Daerah dalam penyusunan RPJMN. Hal ini sekaligus mendorong daerah untuk menjalankan fungsinya dalam UU. No. 23 tahun 2014 dalam pemenuhan 5 (lima) jenis tenaga kesehatan *promotif* dan *preventif* di seluruh wilayah nusantara.

2. Advokasi ke Pemerintah Daerah untuk mendorong dalam pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan dengan skema penugasan khusus dan mengusulkan formasi CPNS tenaga kesehatan *promotif* dan *preventif* di Puskesmas.
3. Pemanfaatan dan pendayagunaan lulusan Poltekkes dalam pemenuhan tenaga kesehatan tahun 2019, dalam bentuk program ikatan dinas untuk mengikuti program Nusantara Sehat dengan jangka waktu 1-2 tahun setelah setelah menyelesaikan pendidikan.

**b. Persentase RS kabupaten/kota kelas C yang memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis penunjang**

Sumber Daya Manusia di rumah sakit merupakan hal penting yang mendukung berkembangnya rumah sakit dan menjadi tolak ukur penting dalam penilaian pengembangan mutu pelayanan di rumah sakit, dengan dasar itulah indikator ini bertujuan untuk meningkatkan ketersediaan dan mutu SDM Kesehatan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan.

Persentase RS Kabupaten/Kota kelas C yang memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter Spesialis Penunjang.

Yang dimaksud empat dokter spesialis dasar adalah dokter spesialis obstetri dan ginekologi, dokter spesialis anak, dokter spesialis penyakit dalam, dan dokter spesialis bedah, sedangkan tiga dokter spesialis penunjang yaitu dokter spesialis radiologi, dokter spesialis anastesi, dan dokter spesialis patologi klinik.

Persentase RS kabupaten/kota kelas C yang memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis penunjang dengan formulasi sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah RS kabupaten/kota kelas C yang telah terpenuhi 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis penunjang}}{\text{Total jumlah RSUD kabupaten/kota kelas C}} \times 100\%$$

Angka capaian diperoleh dari menghitung jumlah rumah sakit kabupaten/kota kelas C yang terdata tahun 2018 adalah 344 rumah sakit. Dari total 344 rumah sakit kabupaten/kota kelas C, yang telah memiliki empat dokter spesialis dasar dan tiga spesialis penunjang sebanyak 212 rumah sakit atau tercapai sebanyak 61,63%. Sehingga persentase capaian dibandingkan target (50%) adalah 123,26% RS Kabupaten/Kota kelas C sudah memiliki dokter spesialis sesuai standar.

Berikut ilustrasi perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah RS kabupaten/kota kelas C yang telah terpenuhi 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis penunjang}}{\text{Total jumlah RSUD kabupaten/kota kelas C}} \times 100\%$$



**Perhitungan :**

$$\frac{212}{344} = 61,63\%$$

**Dibandingkan target tahun 2018 : 50%**

$$\frac{61,63\%}{50\%} = 123,26\%$$

Rincian kenaikan capaian tahun 2016 dan 2018 dapat dilihat pada tabel :

**Tabel 3.20 : Perbandingan Capaian Indikator Kedua Tahun 2016 – 2018**

NO	Keterangan	Tahun 2016	Tahun 2017	Tahun 2018
1	Total Jumlah RSUD Kab/Kota Kelas C	314	332	344
2	RS Kab/Kota Kelas C yang memiliki 4 Dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis penunjang	142	180	212
3	% Capaian	45,22 %	54,22 %	61,63%
4	Target Indikator	35 %	40 %	50%
5	% Capaian dari Target Indikator	129,20 %	135,55 %	123,26%

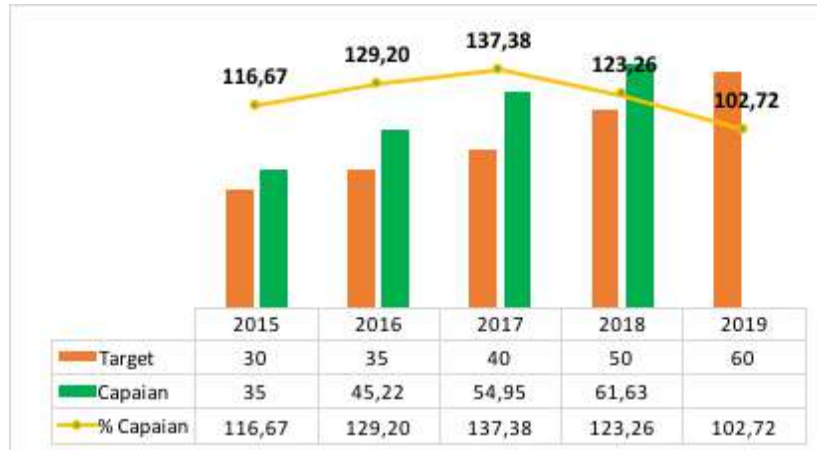
Capaian indikator kedua ini pada tahun 2018 secara persentase terlihat mengalami penurunan sebesar 12,29% dibandingkan persentase capaian tahun 2017, namun jika dihitung berdasar angka absolut dengan membandingkan peningkatan jumlah RS tipe C dengan penambahan jumlah RS kab/kota kelas C yang memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis penunjang, capaian indikator ini mengalami peningkatan dimana selama tahun 2018, jumlah RS tipe C bertambah sebanyak 12 RS, sedangkan RS tipe C yang sudah memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis penunjang bertambah sebanyak 32 RS. Walaupun secara persentase sudah tercapai, namun masih terdapat 132 RS yang belum terpenuhi tenaga dokter spesialis sesuai standar. Capaian IKU kedua ini salah satunya diperoleh melalui program wajib kerja dokter spesialis, melalui beberapa tahapan seleksi.

Jika angka capaian 2018 dibandingkan dengan target 2019 sebesar 60%, maka indikator ini sudah tercapai sebesar 102,72 %

**Untuk melihat target dan capaian sampai tahun 2018** dapat dilihat pada grafik berikut:



**Grafik 3.41 Target dan Capaian Indikator Persentase RS  
Kabupaten/Kota kelas C yang Memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3  
dokter spesialis penunjang per Tahun**



Sebagaimana ditetapkan dalam Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Rumah sakit merupakan fasilitas kesehatan rujukan utama bagi masyarakat yang ingin memperoleh pelayanan kesehatan baik untuk pengobatan maupun untuk pemulihan kesehatannya, apalagi perkembangan dunia kesehatan pada umumnya sudah banyak mengalami perubahan, terutama sejak adanya undang-undang kesehatan dan undang-undang rumah sakit tahun 2009. Sebagai pusat rujukan kesehatan utama, rumah sakit dituntut mampu memberikan pelayanan yang optimal bagi setiap kebutuhan pasiennya. Untuk menyikapi hal tersebut, seiring dengan persaingan yang semakin tajam karena perubahan teknologi dan lingkungan yang cepat dan drastis pada setiap aspek kehidupan manusia maka setiap rumah sakit membutuhkan sumber daya manusia yang mempunyai kompetensi agar dapat memberikan pelayanan yang prima dan bernilai.

Oleh karena itulah beberapa upaya dilakukan melalui program yang dijalankan oleh Badan PPSPDM Kesehatan dalam pencapaian IKU kedua ini sebagai berikut :

**1. Penugasan khusus bagi calon Dokter Spesialis (Residen)**



**Gambar 3.21 Penugasan Khusus Bagi  
Calon Dokter Residen**

Residen adalah dokter atau dokter gigi yang sedang menempuh pendidikan dokter spesialis atau dokter gigi spesialis. Untuk tahun 2018 ini, jumlah residen yang ditempatkan melalui

penugasan khusus sebanyak 490 orang atau 67,12%.

Keragaman kondisi geografis, sosial dan budaya, pemerintah memberikan perhatian khusus untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Penugasan khusus residen merupakan upaya terobosan pemerintah yang dilaksanakan dalam rangka pemenuhan kebutuhan fasilitas pelayanan kesehatan daerah terpencil, sangat terpencil, tertinggal, perbatasan, pulau-pulau kecil terluar, tidak diminati, daerah bermasalah kesehatan, rawan bencana/mengalami bencana dan konflik sosial, serta RS kelas C dan kelas D di Kabupaten/ Kota yang memerlukan pelayanan medik spesialis terutama untuk jenis tenaga Kesehatan tertentu dalam jangka waktu tertentu.

Penugasan khusus residen ini diatur dalam Permenkes No 80 Tahun 2015 tentang perubahan atas peraturan Menteri Kesehatan nomor 9 tahun 2013 tentang penugasan khusus tenaga kesehatan. Residen terdiri dari Residen Senior dan Residen Pasca Jenjang I. Residen Senior adalah dokter/dokter gigi yang sedang menempuh pendidikan spesialis yang khusus dan sudah memasuki tahap akhir pendidikan di rumah sakit pendidikan atau di rumah sakit lainnya yang ditunjuk oleh Kementerian Kesehatan.

Permasalahan yang dihadapi dalam pelaksanaan kegiatan pada tahun 2018 adalah sebagai berikut:

- a. Rumah sakit lokus yang direncanakan sebagai penempatan residen terisi WKDS. Adanya program Wajib Kerja Spesialis bagi Lulusan Pendidikan dokter spesialis, sehingga beberapa rumah sakit mengalihkan permohonan untuk penggunaan tenaga WKDS tersebut.
- b. Pembatalan penugasan setelah surat tugas dan SK Residen diterbitkan.

Upaya yang dilakukan dalam mengatasi permasalahan :

- a. Mengusulkan agar masa bakti penugasan khusus residen (jenjang I) digabungkan pelaksanaannya saat melaksanakan WKDS dengan ikatan dinas.
- b. Sosialisasi ke Fakultas Kedokteran.

## **2. Program Wajib Kerja Dokter Spesialis**

Wajib Kerja Dokter Spesialis atau Wajib Kerja Sarjana (WKDS) merupakan program pemenuhan kebutuhan dan peningkatan akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas di seluruh Indonesia. Pada tahun 2018, jumlah lulusan dokter spesialis yang mengikuti program ini mencapai 1.169 orang. Program Wajib Kerja Dokter Spesialis ini diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 4 tahun 2017 Wajib Kerja Dokter Spesialis.

Peserta yang mengikuti program Wajib Kerja Dokter Spesialis adalah dokter spesialis yang baru lulus pendidikan profesi program dokter spesialis dari Perguruan Tinggi Negeri di dalam negeri dan Perguruan Tinggi di Luar Negeri. Jangka waktu WKDS

peserta mandiri 1 (satu) tahun, peserta penerima beasiswa dan atau pendidikan sesuai ketentuan peraturan perundangan.



Gambar 3.9. Wajib Kerja Dokter Spesialis



**Gambar 3.22 Wajib Kerja Dokter Spesialis**

Dalam rangka pemenuhan kebutuhan tenaga dokter spesialis dan dokter gigi spesialis di Rumah Sakit, pemerintah memberikan bantuan biaya bagi dokter dan dokter gigi untuk mengikuti program pendidikan profesi kesehatan. Berdasarkan Permenkes nomor 44 tahun 2015 tentang Program Bantuan Pendidikan Dokter

Spesialis/Pendidikan Dokter Gigi Spesialis, perencanaan kebutuhan Program Bantuan PDS/PDGS mengutamakan pemenuhan 4 (empat) pelayanan medik spesialis dasar dan 4 (empat) pelayanan spesialis penunjang medik. Empat pelayanan medik spesialis dasar yang dimaksud meliputi Obstetri dan Ginekologi, Bedah, Anak dan Penyakit Dalam. Sementara empat spesialis penunjang yang dimaksud adalah Anestesi, Radiologi, Patologi Klinik, dan Rehabilitasi Medik. Sementara untuk program pendidikan dokter gigi spesialis, berdasarkan Surat Edaran Kepala Badan PPSPDMK, diprioritaskan untuk Bedah Mulut, Konservasi Gigi dan Penyakit Mulut. Setelah selesai masa pendidikan, mereka wajib mengikuti masa pengabdian yang lamanya telah diatur dalam Permenkes tersebut. Berikut tabel distribusi Penempatan WKS tahun 2018 :

**Tabel 3.22 Distribusi Penempatan WKS TA 2018**

JENIS SPESIALIS		PENEMPATAN WKDS
NO		
1	SpA	243
2	SpOG	286
3	SpPD	275
4	SpB	213
5	SpAn	152
JUMLAH		1.169

Sumber: Pusrengun, Januari 2019

**Gambar 3.23**  
**Pembekalan**  
**Wajib Kerja**  
**Dokter Spesialis**  
**Angkatan ke-Lima**



**Gambar 3.24**  
**Penandatanganan**  
**MOU Wajib Kerja**  
**Dokter Spesialis Dan**  
**Pembekalan Peserta**  
**WKDS**



Permasalahan program WKDS yang dihadapi pada tahun 2018 dapat dijabarkan sebagai berikut:

- Keterlambatan penerbitan ijazah profesi dokter spesialis karena harus menunggu wisuda, sehingga peserta tertunda dalam pengurusan STR dan mengakibatkan tertundanya keberangkatan peserta WKDS;
- Penyesuaian regulasi dalam bentuk revisi Permenkes nomor 69 Tahun 2016 masih dalam proses, hal ini menyebabkan belum dapat dilakukan penambahan jenis spesialis yang mengikuti program WKDS yaitu spesialis radiologi dan patologi klinik, sehingga pencapaian target tidak maksimal.

**Jumlah SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya pada tahun 2018 tercapai 226,82% atau sebesar 101.728 orang dari target 44.850 orang, artinya capaian IKU ketiga tahun 2018 On Track dengan kriteria notifikasi HIJAU**

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi permasalahan pada program WKDS sebagai berikut:

- Melakukan koordinasi dengan Kemenristek Dikti untuk percepatan penerbitan ijazah dan koordinasi dengan KKI untuk mempercepat penerbitan STR;
- Melakukan koordinasi dengan Biro Hukum, Kemenkes RI dan unit-unit terkait untuk percepatan revisi Perpres nomor 4 Tahun 2017 tentang Wajib Kerja Dokter Spesialis, Pemenkes nomor 10 Tahun 2016 tentang Komite Penempatan Dokter Spesialis dan Permenkes nomor 69 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Wajib Kerja Dokter Spesialis Dalam Rangka Pemenuhan Kebutuhan Pelayanan Spesialis di Indonesia.



- c. Melakukan koordinasi ke daerah dan semakin meningkatkan penilaian hasil rekomendasi visitasi; serta selalu mengklarifikasi kembali ke RS jika akan ditempatkan peserta WKDS.

Selain beberapa hal diatas, upaya lainnya yang dilakukan Badan PPSDM Kesehatan untuk meningkatkan kinerja pemenuhan tenaga kesehatan adalah:

- a. Melakukan *update* dan pengayaan modul pembelajaran secara terus menerus;
- b. Memantapkan program *e-learning* PPDS/PPDGS berbasis website yang telah dikembangkan sejak tahun 2014;
- c. Melakukan pemantauan atas program pembelajaran jarak jauh untuk mengetahui apakah telah tepat sasaran.

**c. Jumlah SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya**

Pemerintah telah mencanangkan Visi Indonesia 2025 yaitu menjadi negara maju pada tahun 2025. Namun pemerintah juga sepenuhnya menyadari bahwa kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) masih menjadi suatu tantangan dalam mewujudkan visi yang dimaksud. Para pakar di bidang SDM menyatakan bahwa kualitas SDM secara dominan ditentukan oleh kemudahan akses pada pendidikan dan fasilitas kesehatan yang berkualitas.

Definisi Operasional: Jumlah aparatur, tenaga pendidik dan kependidikan serta tenaga kesehatan non aparatur dan masyarakat yang telah ditingkatkan kemampuannya melalui Pendidikan dengan memperoleh ijazah dari program studi pada perguruan tinggi yang terakreditasi dan atau memperoleh sertifikat melalui pelatihan yang terakreditasi.

Jumlah SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya pada tahun 2018 tercapai 226,82% atau sebesar 101.728 orang dari target 44.850 orang, artinya capaian IKU ketiga tahun 2018 *On Track* dengan kriteria notifikasi HIJAU. Apabila dibandingkan dengan Tahun 2017, capaian 2018 jumlah SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya mengalami peningkatan sebanyak 36.155 orang. Sebagaimana dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

**Tabel 3.22 Komposit Kenaikan Capaian Indikator Ketiga 2017-2018**

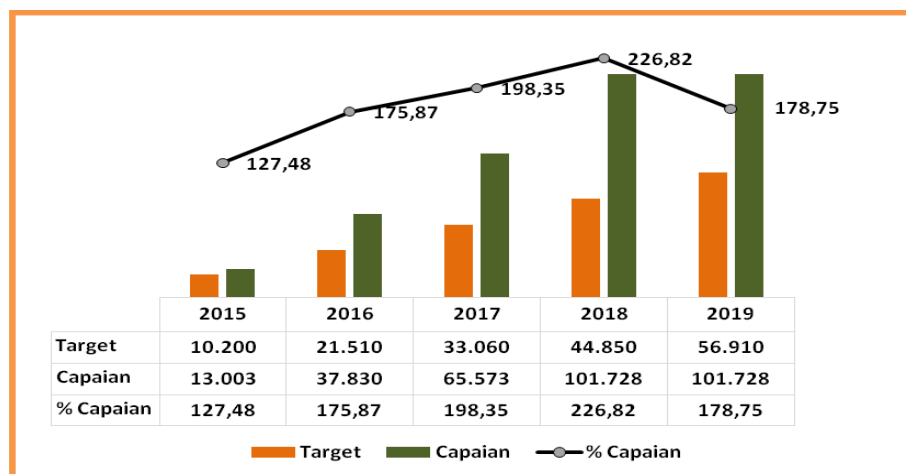
Sumber Data	Capaian		Kenaikan/ Penurunan
	Tahun 2017	Tahun 2018	
<b>Data Pelatihan SDM Kesehatan</b> Jumlah SDM Kesehatan yang mendapat sertifikat pada pelatihan teknis dan fungsional terakreditasi	43.691	66.792	23.101
<b>Data Puskesmas SDM</b> - Jumlah SDM Kesehatan penerima bantuan Pendidikan berkelanjutan (tugas belajar)	3.601	3.974	373

- Jumlah peserta penerima bantuan Pendidikan profesi kesehatan (PPDS/PPDGS)	2.893	2.572	(321)
<b>Data Pusat Pendidikan SDM Kesehatan</b>			
- Jumlah tenaga kesehatan yang belum DIII penerima program bantuan Pendidikan	15.388	28.390	13.002
<b>Total Keseluruhan</b>	<b>65.573</b>	<b>101.728</b>	<b>36.155</b>

Dari tabel diatas dapat dijabarkan kenaikan pada indikator ketiga dikarenakan terdapat kenaikan capaian pada indikator komposit dari masing-masing pusat di lingkungan Badan PPSDM Kesehatan.

Apabila dibandingkan dengan target tahun 2019 sebesar 56.910 orang, maka capaian kinerja indikator ini sudah melebihi target sebesar 178,75 %. Kenaikan angka capaian per indikator komposit dapat dilihat sebagaimana grafik berikut:

**Grafik 3.42 Target dan Capaian Indikator Jumlah SDM Kesehatan yang Ditingkatkan Kompetensinya per Tahun**



Sebagaimana diketahui bersama bahwa sumber daya manusia (SDM) memiliki peranan yang sangat penting sebagai pilar utama sekaligus penggerak roda dalam upaya mewujudkan tercapainya tujuan. Oleh karena itu peningkatan kompetensi SDM sangat diperlukan agar optimalnya pencapaian tujuan organisasi. Dalam Peraturan Presiden nomor 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, yang dimaksud dengan sumber daya manusia kesehatan (SDMK) adalah tenaga kesehatan (termasuk tenaga kesehatan strategis) dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan. Dalam Perpres tersebut disebutkan pula bahwa sumber daya manusia kesehatan baik tenaga kesehatan maupun tenaga pendukung/penunjang kesehatan wajib memiliki kompetensi untuk mengabdikan dirinya di bidang kesehatan. Angka capaian IKU ketiga merupakan komposit dari angka capaian indikator jumlah SDM Kesehatan yang mendapatkan sertifikat pada pelatihan teknis dan fungsional terakreditasi (orang), ditambah jumlah peserta penerima program bantuan



pendidikan kesehatan berkelanjutan (orang), ditambah jumlah peserta penerima bantuan profesi kesehatan (orang) dan jumlah tenaga kesehatan yang belum DIII penerima program bantuan Pendidikan.

**1. Jumlah SDM Kesehatan yang mendapatkan sertifikat pada pelatihan teknis dan fungsional terakreditasi**

Jumlah SDM Kesehatan yang mendapatkan sertifikat pada pelatihan teknis dan fungsional terakreditasi pada tahun 2018 adalah sebesar 66.792 orang.

Capaian diperoleh dengan menghi-tung jumlah sertifikat yang diter-bitkan untuk peserta pelatihan yang mengikuti pelatihan terakreditasi. Pelaksanaan pelatihan dilaksanakan dengan bersinergi dan bekerja sama dengan UPT di lingkungan Badan PPSDM Kesehatan yaitu 3 (tiga) Balai Besar Pelatihan Kesehatan yaitu BBPK Jakarta, BBPK Ciloto, BBPK Makassar dan 3 (tiga) Balai Pelatihan Kesehatan, Bapelkes Cikarang, Bapelkes Semarang dan Bapelkes Batam serta pelaksanaan pelatihan yang dilakukan dengan dana dekonsentrasi di 34 provinsi di Indonesia. Adapun jenis pelatihan sebagaimana yang diselenggarakan terdiri dari :

Pre service

- a. Prajabatan
- b. Pratugas

1) In Service

- a. Penjenjangan
- b. Manajemen
  - Manajemen Kesehatan
  - Manajemen non Kesehatan
- c. Teknis
  - Teknis Profesi Kesehatan
  - Teknis Program Kesehatan
  - Teknis Umum/ Administrasi dan Manajemen
- d. Fungsional Kesehatan

**Tabel 3.23. Rincian Capaian Indikator Pelatihan Teknis Dan Fungsional Terakreditasi**

No.	Penyelenggara Pelatihan	(Pelatihan Teknis dan Fungsional bagi SDM Kesehatan)
1	BBPK/BAPELKES	22,728
2	DINKES PROVINSI (DANA DEKON)	19,175
3	UNIT PROGRAM KEMENKES	11,483
4	SWASTA DAN RS	13,406
TOTAL		66,792

Permasalahan yang dihadapi sepanjang tahun 2018 diantaranya sebagai berikut :

- 1) Dinas Kesehatan Provinsi mempunyai program sendiri yang harus dijalankan sehingga melaksanakan program provinsi dahulu;

- 2) Kebijakan perubahan jenis pelatihan mengakibatkan perlu adanya revisi yang mengakibatkan pelaksanaan pelatihan tertunda menunggu revisi terbit atau adanya perubahan jenis pelatihan;
- 3) Adanya revisi target pelatihan yang membutuhkan proses sehingga pelaksanaan pelatihan baru selesai menjelang akhir tahun;
- 4) Koordinasi dan komunikasi antara Dinas Kesehatan provinsi dan Bapelkes daerah perlu lebih ditingkatkan;
- 5) Adanya perubahan metode dari pelatihan keluarga sehat ke pelatihan manajemen puskesmas sehingga harus dilakukan penjadwal ulang pelaksanaan pelatihan dan mundur dari jadwal sebelumnya.
- 6) Pelaksanaan pelatihan berbarengan dengan pelaksanaan akreditasi puskesmas sehingga ada beberapa peserta yang tidak dapat mengikuti pelatihan;

Sebagai upaya memastikan bahwa penyelenggaraan pelatihan sesuai dengan mutu dan standar yang telah ditetapkan dan sesuai dengan komponen akreditasi pelatihan, maka dilakukan monitoring dan evaluasi pelatihan, untuk pelatihan yang diselenggarakan oleh unit program, swasta, rumah sakit ataupun provinsi dengan dana dekonsentrasi. Evaluasi pasca pelatihan dilaksanakan untuk mengetahui sejauh mana manfaat pelatihan yang telah diselenggarakan. Kenaikan capaian indikator ini pada tahun 2018 dikarenakan telah tersusunnya kebijakan teknis terkait penyelenggaraan pelatihan seperti penyusunan Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria (NSPK) serta penyusunan kurikulum dan modul pelatihan sebagai upaya mendukung pencapaian indikator kinerja Puslat SDM Kesehatan, yang pada tahun 2018 telah disusun sebanyak 8 (delapan) NSPK. Sedangkan untuk kurikulum dan modul telah tersusun sebanyak 7 (tujuh) kurikulum dan 7 (tujuh) modul termasuk revisinya.

8 (delapan) NSPK dimaksud sebagai berikut :

1. Penyusunan Permenkes SK3APDN
2. Penyusunan Pedoman Pengembangan Widyaiswara
3. Penyusunan Naskah Soal Uji Komprehension Pelatihan Teknis Kesehatan
4. Penyusunan Pedoman Akreditasi Pelatihan
5. Penyusunan Pedoman Penyelenggaraan Pelatihan Sdm Kesehatan
6. Pedoman Penyusunan Pelatihan Jarak Jauh Berbasis Multi Media
7. Penyusunan Petunjuk Teknis Pelatihan Dasar CPNS
8. Penyusunan Petunjuk Teknis Pengampunan Akreditasi Institusi Unit Penyelenggara Pelatihan Bidang Kesehatan

Selain itu juga telah disusun kurikulum dan modul sebanyak 7 kurikulum dan 7 modul termasuk revisinya sebagai berikut :

1. Penyusunan kurikulum pelatihan TKHI
2. Penyusunan kurikulum pelatihan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut
3. Penyusunan kurikulum pelatihan CAPD (continuous ambulatory peritoneal disease)
4. Penyusunan kurikulum pelatihan bagi pelatih kader
5. Penyusunan kurikulum pelatihan kesehatan jabatan fungsional penata anestesi

6. Penyusunan kurikulum pelatihan kesehatan jabatan fungsional asisten penata anastesi
7. Penyusunan kurikulum pelatihan pengembangan kapasitas kadinkes.
8. Penyusunan modul pelatihan TKHI.
9. Penyusunan modul pelatihan peningkatan kapasitas kadinkes.
10. Penyusunan modul CAPD (continuous ambulatory peritoneal disease).
11. Penyusunan modul pelatihan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut.
12. Penyusunan modul pelatihan bagi pelatih kader.
13. Penyusunan modul pelatihan kesehatan jabatan fungsional penata anastesi.
14. Penyusunan modul pelatihan kesehatan jabatan asisten penata anastesi.

## **2. Jumlah SDM Kesehatan penerima bantuan pendidikan bantuan pendidikan berkelanjutan**

Pendidikan berkelanjutan SDM Kesehatan merupakan salah satu upaya dalam meningkatkan mutu SDM Kesehatan. Tujuan dari pendidikan berkelanjutan SDM Kesehatan adalah meningkatnya mutu dan profesionalisme tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pembangunan dan pelayanan kesehatan. Program tugas belajar Kementerian Kesehatan diselenggarakan dalam rangka menyediakan SDM Kesehatan yang mempunyai kompetensi yang dibutuhkan oleh pembangunan dan pelayanan kesehatan.

Jumlah SDM Kesehatan penerima bantuan pendidikan berkelanjutan berasal dari peserta lama (aktif) dan peserta baru. Peserta lama adalah peserta penerima bantuan pendidikan berkelanjutan yang belum menyelesaikan pendidikan dan masih mendapatkan bantuan pendidikan dari Kementerian Kesehatan. Sedangkan peserta baru adalah peserta penerima bantuan pendidikan tugas belajar SDM Kesehatan tahun 2018 yang ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan.

Pada tahun 2018, jumlah SDM Kesehatan penerima program bantuan pendidikan berkelanjutan tercapai 3.974 orang atau 135,68% dari target sebesar 2.929 orang. Perhitungan capaian kinerja sebanyak 3.974 orang tersebut terdiri dari peserta lama sebanyak 2.563 orang dan peserta baru sebanyak 1.411 orang, hal ini berdasarkan SK penetapan oleh Menteri Kesehatan tahun 2018.

Permasalahan yang dihadapi pada tahun 2018 adalah sebagai berikut :

- 1) Beberapa institusi pendidikan menetapkan persyaratan tertentu bagi calon peserta tubel yang akan mengikuti seleksi akademik, hal ini berpengaruh terhadap jumlah calon peserta tubel yang mendaftar.
- 2) Penetapan grading biaya pendidikan (uang kuliah tunggal) untuk peserta tugas belajar SDM Kesehatan oleh Perguruan Tinggi menggunakan grade tertinggi dan tidak sama besaran di setiap perguruan tinggi mengakibatkan perencanaan anggaran kurang adekuat.
- 3) Peserta mengundurkan diri sebagai peserta tubel setelah dinyatakan lulus akademik dengan alasan kesehatan 1 (satu) orang, bencana alam di Lombok dan Palu 2 (dua) orang.

Beberapa calon peserta tubel yang telah lulus akademik tidak dapat di SK tahun 2018 karena mengikuti program *double degree*, program *Australia Award Scholarship* sebanyak 5 (lima) orang.

Upaya yang telah dan akan dilakukan badan PPSDM Kesehatan diantaranya adalah:

- 1) Menginformasikan persyaratan sebagai peserta tugas belajar SDMK melalui Surat Edaran secara detail dan jelas.
- 2) Membuat perencanaan anggaran tugas belajar sesuai dengan besaran biaya Pendidikan yang telah ditetapkan institusi pendidikan.
- 3) Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penempatan paska tugas belajar di unit kerjanya sesuai dengan perjanjian pada saat akan mengikuti tugas belajar.

### **3. Jumlah peserta penerima bantuan pendidikan profesi kesehatan**

Bantuan pendidikan profesi kesehatan dalam hal ini bantuan pendidikan dokter spesialis/dokter gigi spesialis diselenggarakan dalam rangka memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan spesialistik di tanah air. Capaian indikator tahun 2018 sebesar 86,11% atau 2.572 orang dari target sebesar 2.987 orang penerima bantuan profesi kesehatan. Capaian kinerja ini merupakan peserta lama/lanjutan dan peserta baru penerima bantuan pendidikan dokter spesialis/dokter gigi spesialis angkatan X-XXI, peserta lama sebanyak 2.127 orang dan peserta baru berdasarkan SK penetapan oleh Menteri Kesehatan tahun 2018 sebanyak 445 orang.

**Gambar 3.25**  
**Peserta Penerima Bantuan Profesi Kesehatan**



Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan sekunder dan tersier di Rumah Sakit Rujukan Nasional, Rumah Sakit Rujukan Provinsi dan Rumah Sakit Rujukan Regional dibutuhkan tenaga dokter sub spesialis sesuai dengan kompetensi yang ditetapkan. Untuk memenuhi kebutuhan dokter sub spesialis tersebut, diperlukan pendidikan dokter sub spesialis yang saat ini masih terbatas di Indonesia yakni hanya diselenggarakan di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga dan Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya. Selain itu

untuk menyelesaikan Pendidikan dokter sub spesialis membutuhkan waktu cukup lama. Oleh sebab itu diperlukan pemenuhan kompetensi dokter spesialis melalui fellowship. Fellowship merupakan upaya pemenuhan kompetensi dokter spesialis yang diselenggarakan di Rumah Sakit tipe A dalam jangka waktu 6 bulan sampai 1 tahun oleh Kolegium dan Organisasi Profesi terkait.

Pada tahun 2018 Kementerian Kesehatan ikut berperan dalam penyusunan regulasi dan memfasilitasi pendanaan kegiatan *fellowship*, khususnya bagi peserta *fellowship* onkologi medik dan hematologi bagi dokter spesialis penyakit dalam serta konsultan bagi dokter spesialis jantung dan pembuluh darah. Selanjutnya di tahun mendatang akan dikembangkan kepada dokter spesialis lainnya.

Permasalahan yang dihadapi selama tahun 2018 adalah sebagai berikut :

- 1) Peserta lulus seleksi akademik kurang dari target yang ditetapkan. Tahun 2018 target peserta baru sebanyak 600 orang, namun yang lulus seleksi akademik sebanyak 445 orang. Hal tersebut dipengaruhi dengan masih rendahnya jumlah peserta bantuan PPDS/PPDGS yang berasal dari daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK), disebabkan oleh rendahnya tingkat kelulusan seleksi akademik dari calon peserta PPDS/PPDGS.
- 2) Kurangnya dukungan Pemerintah Daerah dalam penyiapan sarana prasarana di rumah sakit untuk penempatan kembali dokter spesialis dan tidak adanya formasi serta insentif bagi lulusan PPDS/PPDGS non PNS.
- 3) Rendahnya kepatuhan dokter spesialis/dokter gigi spesialis untuk ditempatkan di DTPK atau daerah yang kurang diminati.
- 4) Masih kurangnya kecukupan jumlah dokter spesialis sesuai dengan jenis klasifikasi Rumah Sakit.

Upaya yang dilakukan oleh Badan PPSPDM Kesehatan dalam mengatasi permasalahan adalah sebagai berikut :

- 1) Memperluas kegiatan pemantapan calon peserta PPDS/PDGS berasal dari daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK) seperti Maluku, Maluku Utara, NTT, Sulawesi Barat dan Sulawesi Tengah.
- 2) Peningkatan kemampuan calon peserta PPDS/PPDGS dari DTPK (Papua dan Papua Barat) melalui program pemantapan/peningkatan kompetensi bagi calon peserta PPDS/PPDGS.
- 3) Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penempatan paska tugas belajar di unit kerjanya.
- 4) Mendorong Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota untuk membuat perencanaan kebutuhan dokter spesialis di RS lebih optimal sesuai dengan jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.
- 5) Berkoordinasi dengan Pemerintah Daerah dalam hal regulasi penyiapan sarana dan prasarana di rumah sakit untuk penempatan lulusan PPDS/PPDGS.
- 6) Berkoordinasi dengan Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi dalam rangka meningkatkan jenjang karir bagi lulusan



PPDS/PPDGS non PNS dan mempercepat proses status kepegawaian menjadi PNS.

#### **4. Jumlah tenaga kesehatan yang belum DIII penerima program bantuan Pendidikan**

Tahun 2018 jumlah tenaga kesehatan yang belum D-III penerima program bantuan biaya pendidikan adalah sebanyak 28.390 atau tercapai 92,72% dari target sebesar 30.620 orang. Capaian sebesar 28.390 tenaga kesehatan yang dididik pada Poltekkes Kemenkes sebanyak 21,406 orang dan intitusi pendidikan swasta sebanyak 6.984 orang.

Program Percepatan Pendidikan dilaksanakan berdasarkan amanat Undang – Undang Nomor 36 tahun 2014 pasal 8 tenaga di bidang kesehatan adalah tenaga kesehatan dan asisten tenaga kesehatan. Dan dalam pasal 9 dijelaskan yang dimaksud dengan Tenaga kesehatan harus memiliki kualifikasi minimum diploma III, kecuali tenaga medis.

Kemudian dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 41 Tahun 2016, tentang Program Percepatan Peningkatan Kualifikasi Pendidikan Tenaga Kesehatan, serta telah terbitnya Permenristekdikti Nomor 26 tentang Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL), Badan PPSDM Kesehatan bersama Kemenristek Dikti telah mengembangkan Program Percepatan Pendidikan

Tenaga Kesehatan untuk Diploma III melalui RPL. Berdasarkan itulah Program RPL Khusus Tenaga Kesehatan jenjang Pendidikan Menengah dan Diploma I ke jenjang penyetaraan kualifikasi ke Diploma III diselenggarakan.

**Gambar 3.26**  
**Asesmen Calon Peserta RPL**





Jumlah peserta penerima bantuan Pendidikan diperoleh melalui Program Percepatan Peningkatan Kompetensi dan Kualifikasi Pendidikan Tenaga Kesehatan dari Pendidikan Menengah dan Diploma I Ke Diploma III.

Permasalahan yang dihadapi dalam pelaksanaan kegiatan ini yakni keterlambatan proses sosialisasi dari dinas kesehatan provinsi ke peserta yang menyebabkan terlambatnya proses assesment. Upaya kedepan yang dilakukan untuk mengatasi maslaah tersebut adalah penetapan kuota masing-masing institusi dilakukan seawall mungkin yaitu pada akhir bulan Januari 2019, agar dapat dilakukan sosialisasi ke peserta dan pada assesment dapat lebih awal dilakukan.

Pencapaian program ini dilakukan melalui beberapa upaya, diantaranya sebagai berikut :

1. Melakukan pendataan kembali di dinas kesehatan provinsi sebagai update data tenaga kesehatan yang akan dipergunakan sebagai dasar dalam penyusunan perencanaan kegiatan.
2. Tahap pengembangan, program dengan dilaksanakan sosialisasi melalui rapat rapat koordinasi dan workshop dengan melibatkan nara sumber dari Kemenkes, Kemenristek Dikti, Kementerian PAN RB, dan Badan Kepegawaian Negara dengan peserta dari Dinas Kesehatan Provinsi, Perguruan Tinggi Penyelenggara serta organisasi profesi.

Selain beberapa hal diatas, upaya lainnya yang dilakukan untuk keberhasilan tujuan program Percepatan Peningkatan Kompetensi dan Kualifikasi Pendidikan Tenaga Kesehatan Dari Pendidikan Menengah dan Diploma I Ke Diploma III adalah melakukan pemantauan atas program pembelajaran jarak jauh untuk mengetahui apakah telah tepat sasaran.

#### **6) Sasaran Strategis 6: Meningkatnya Sinergitas antar Kementerian/Lembaga**

Kementerian Kesehatan menyadari bahwa upaya mencapai tujuan pembangunan kesehatan akan sulit terlaksana tanpa adanya dukungan dari kementerian atau lembaga lainnya di pemerintahan. Untuk itu Kementerian Kesehatan menetapkan sasaran strategis: meningkatnya sinergitas antar kementerian/lembaga.

Dalam kaitan dengan Sasaran Strategis ini, Kementerian Kesehatan mengidentifikasi dua Indikator Kinerja Utama (IKU) dengan hasil capaiannya sebagaimana tergambar dalam tabel berikut:

**Tabel 3.24**  
**Capaian IKU pada Sasaran Strategis 6:**  
**Meningkatnya Sinergitas antar Kementerian/Lembaga**

<b>SS6: Meningkatnya Sinergitas antar Kementerian/Lembaga</b>				
<b>Indikator Kinerja</b>		<b>Target</b>	<b>Realisasi</b>	<b>% Realisasi</b>
6a.	Jumlah kementerian lain yang mendukung pembangunan kesehatan	40%	44,11%	110,28%
6b.	Jumlah provinsi dan kabupaten/kota yang menyampaikan laporan capaian SPM	386	425	110,10%

Uraian tentang kedua IKU tersebut adalah sebagai berikut:

**a. Jumlah kementerian lain yang mendukung pembangunan kesehatan**

Suatu kementerian dikategorikan mendukung pembangunan kesehatan bila kementerian tersebut telah menjalin suatu kerjasama yang dituangkan ke dalam dokumen tertulis. Dokumen tersebut dapat berupa Peraturan Presiden, Instruksi Presiden, Surat Keputusan Bersama (SKB), Surat Edaran Bersama (SEB), Nota Kesepahaman atau *Memorandum of Understanding* (MoU), Peraturan Menteri, dan sebagainya. IKU bertujuan untuk meningkatkan keterlibatan kementerian lain dalam program kesehatan sehingga sasaran pembangunan nasional di bidang kesehatan dapat tercapai. IKU akan dianggap semakin baik bila realisasinya lebih besar atau lebih tinggi dari yang ditargetkan.

Jumlah kementerian lain yang mendukung pembangunan kesehatan dihitung dengan formulasi sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah kementerian yang mendukung pembangunan kesehatan}}{\text{Jumlah seluruh Kementerian}} \times 100\%$$

Pada tahun 2018, dari total 34 kementerian, sebanyak 15 Kementerian yang telah mendukung pembangunan kesehatan pada tahun 2018. Jumlah Kementerian yang mendukung program pembangunan kesehatan pada tahun 2018 telah melebihi target.

**Tabel 3.25**  
**Daftar Kementerian Mendukung Pembangunan Kesehatan**

NO	KEMENTERIAN	DUKUNGAN PROGRAM PEMBANGUNAN KESEHATAN
1	Kementerian Dalam Negeri	Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan, Gerakan Masyarakat Sehat, Posbindu dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)
2	Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS)	Gerakan Masyarakat Sehat

3	Kementerian Keuangan	Dana Alokasi Khusus (DAK)bidang Kesehatan dan Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)
4	Kementerian Pertanian	Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)
5	Kementerian Desa, Perbatasan dan Daerah Tertinggal	Generasi Sehat Cerdas (Penanganan stunting di kawasan perdesaaan); Dana Desa ( pemanfaatan Dana Desa untuk membangun sarana sosial dasar di pedesaan, misal polindes,poskesdes,MCK,dll)
6	Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat	Peningkatan kualitas permukiman, sanitasi, akses air
7	Kementerian Perindustrian	Riset Tanaman Obat dan Jamu, Produksi dan Distribusi Farmasi
8	Kementerian Perdagangan	Produksi dan Distribusi Alat Kesehatan
9	Kementerian Sosial	Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Upaya yang telah dilakukan sebagai pendukung keberhasilan adalah menjalin komunikasi dengan humas/THP Kementerian. Meskipun mencapai target, dalam mencapai target ini masalah tetap ada salah satunya adanya menjalin komunikasi karena tidak semua kementerian merespon. Alternatif dari masalah yang dihadapi adalah dengan cara memanfaatkan pertemuan-pertemuan yang mengundang kementerian lain.

#### **a. Jumlah provinsi dan kabupaten/kota yang menyampaikan laporan capaian SPM**

Sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/422/2017 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019, indikator ini mengalami perubahan menjadi jumlah provinsi dan kabupaten/kota yang menyampaikan laporan capaian SPM.

Definisi operasional indikator ini yaitu provinsi dan kabupaten/kota dinyatakan melapor capaian SPM jika mengirimkan capaian SPM dengan keterisian variabel sekurang-kurangnya 70% dan pemantauannya dilakukan melalui aplikasi Komunikasi Data. Provinsi akan disertakan menjadi target setelah SPM provinsi ditetapkan. Target pada tahun 2017 yaitu 310 kabupaten/kota menyampaikan laporan capaian SPM.

Jumlah provinsi dan kabupaten/kota yang menyampaikan laporan capaian SPM dihitung dengan formulasi sebagai berikut:

Jumlah Provinsi dan Kabupaten/Kota yang menyampaikan laporan  
capaian SPM

SPM bidang kesehatan mulai tahun 2017 mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2016 tentang SPM Bidang Kesehatan yang memuat 12 jenis pelayanan

dasar yang harus dilakukan Pemerintah Kabupaten/Kota. Namun sehubungan penilaian SPM dilakukan setelah satu tahun berjalan, maka pada tahun 2017 menilai laporan capaian SPM tahun 2016 yang masih mengacu pada SK Menteri Kesehatan Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008. Indikator pelayanan yang dinilai berjumlah 18 indikator.

Sebelum dilakukan revisi Rencana strategis pengukuran capaian indikator ini menggunakan formula:

$$\frac{\text{kabupaten/kota yang mendapat predikat baik dalam pelaksanaan SPM}}{\text{Jumlah seluruh kabupaten/kota}} \times 100\%$$

Sampai dengan akhir tahun 2018 terdapat 425 kabupaten/kota yang menyampaikan laporan capaian SPM tahun 2017. Angka ini sudah mencapai target tahun 2018 dengan capaian sebesar 110,1%. Capaian ini menurun dibandingkan dengan tahun 2017. Gambar 3.24 memperlihatkan salah satu tampilan laporan capaian SPM kabupaten/kota.

**Gambar 3.27**  
**Tampilan salah Satu Laporan Capaian SPM Kabupaten/Kota**  
**pada Aplikasi Komunikasi Data**

LAPORAN DATA TAHUNAN		
Provinsi : JAWA		
Tahun : 2017		
NO	URUTAN	2017
<b>A Data SPM Realisasi - Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil</b>		
A1	Jumlah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan KIA di fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah dan swasta	06.415
<b>B Data SPM Sasaran - Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil</b>		
B1	Jumlah seluruh ibu hamil di wilayah kabupaten/kota berselaku dalam kurun waktu satu tahun yang valid	74.581
<b>C Data SPM Sasaran - Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin</b>		
C1	Jumlah seluruh ibu bersalin yang ada di wilayah kabupaten/kota tercatat dalam kurun waktu satu tahun	06.305
<b>D Data SPM Realisasi - Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin</b>		
D1	Jumlah ibu bersalin yang mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar di fasilitas kesehatan	61.288
<b>E Data SPM Realisasi - Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir</b>		
E1	Jumlah bayi baru lahir usia 0-29 hari yang mendapatkan pelayanan kesehatan bayi baru lahir sesuai dengan standar	62.857
<b>F Data SPM Sasaran - Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir</b>		
F1	Jumlah seluruh bayi baru lahir di wilayah kabupaten/kota tercatat dalam kurun waktu satu tahun	68.054
<b>G Data SPM Sasaran - Pelayanan Kesehatan Balita</b>		
G1	Jumlah balita 0-59 bulan yang ada di wilayah kota dalam kurun waktu satu tahun yang valid	322.676
<b>H Data SPM Realisasi - Pelayanan Kesehatan Balita</b>		
H1	Jumlah balita 0-59 bulan yang mendapat pelayanan kesehatan balita sesuai standar dalam kurun waktu satu tahun	206.896
<b>I Data SPM Realisasi - Pelayanan Kesehatan pada Usia Pendidikan Dasar</b>		
Kendati demikian, perlu diketahui bahwa di Kota Tangerang terdapat beberapa pelayanan kesehatan di wilayah persidhikatan		

Sumber : [www.komdat.kemkes.go.id](http://www.komdat.kemkes.go.id)

Capaian indikator yang melebihi 100% diantaranya disebabkan oleh:

1. Kesadaran dinas kesehatan kabupaten/kota semakin baik terhadap kewajiban Pemerintah Daerah dalam menyelenggarakan Standar Pelayanan Minimal.
2. Monitoring dan koordinasi bersama Kementerian Dalam Negeri dalam pemantauan pelaporan data SPM Bidang Kesehatan.
3. Arahan Menteri Kesehatan dalam Rakerkesnas 2017 agar program PIS-PK dan Germas mendukung pelaksanaan SPM di kabupaten/kota.
4. Belum adanya batas waktu pelaporan yang ditetapkan untuk pelaporan SPM Kesehatan, sehingga pelaporan data tetap ditunggu atau diterima hingga akhir tahun.

Namun dalam pelaksanaannya terdapat beberapa kendala, yaitu:

1. Adanya perubahan indikator SPM bidang kesehatan, sehingga beberapa daerah masih mengalami kesulitan dalam perhitungan indikator baru.
2. Aplikasi baru untuk pelaporan SPM belum menampilkan persentase capaian.

Solusi yang dilakukan untuk menjawab kendala yaitu:

1. Menjalin komunikasi dan diskusi aktif dengan pengelola SIK di tingkat provinsi melalui group komunikasi (*whatsapp*)
2. Memberikan umpan balik (*feedback*) terhadap data SPM yang telah dilaporkan.

Adapun rencana tindak lanjut agar indikator dapat tetap tercapai di tahun berikutnya yaitu:

1. Melakukan pendampingan dan bimbingan teknis dalam perhitungan dan penggunaan aplikasi SPM.
2. Melakukan sosialisasi indikator SPM baru.
3. Melakukan pengembangan (*update*) *dashboard* pelaporan SPM melalui Aplikasi Komunikasi Data.

#### 7). Sasaran Strategis 7: Meningkatnya Daya Guna Kemitraan Dalam dan Luar Negeri

Dalam kaitan dengan Sasaran Strategis ini, Kementerian Kesehatan mengidentifikasi tiga Indikator Kinerja Utama (IKU) dengan hasil capaiannya sebagaimana tergambar dalam tabel berikut:

**Tabel 3.26**  
**Capaian IKU pada Sasaran Strategis 7:**  
**Meningkatnya Daya Guna Kemitraan Dalam dan Luar Negeri**

SS7: Meningkatnya Daya Guna Kemitraan Dalam dan Luar Negeri				
Indikator Kinerja		Target	Realisasi	% Realisasi
7a.	Jumlah dunia usaha yang memanfaatkan CSR untuk program kesehatan	16	16	100%
7b.	Jumlah organisasi kemasyarakatan yang memanfaatkan sumber dayanya untuk mendukung kesehatan	12	12	100%
7c.	Jumlah kesepakatan kerjasama luar negeri di bidang kesehatan yang diimplementasikan	7	7	100%

Uraian tentang kedua IKU tersebut adalah sebagai berikut:

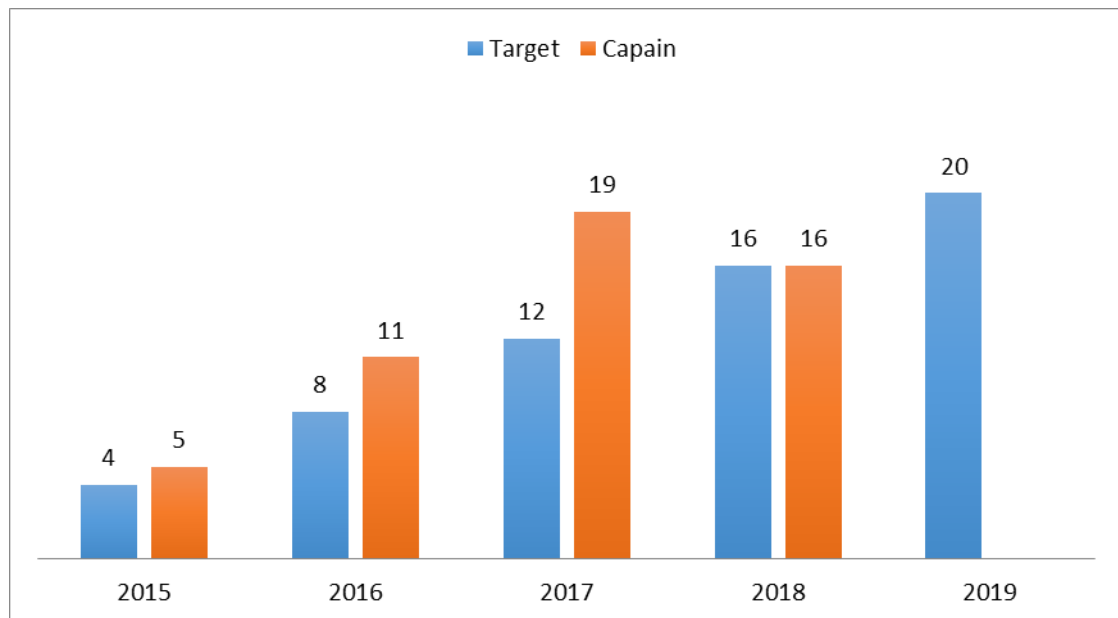
**a. Dunia usaha yang Memanfaatkan CSR nya untuk Program Kesehatan**

Pembangunan kesehatan tidak hanya menjadi tanggung jawab sektor kesehatan saja, Dunia usaha dan swasta memiliki kewajiban untuk turut serta dalam pembangunan kesehatan. Melihat peluang besar dukungan yang dapat

dioptimalkan melalui peran serta dunia usaha melalui program *Corporate Social Responsibility* (CSR)-nya Kementerian Kesehatan menggalang kemitraan dengan dunia usaha. Definisi operasional indikator Jumlah dunia usaha yang memanfaatkan CSR-nya untuk program kesehatan adalah jumlah dunia usaha yang telah melakukan Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Kementerian Kesehatan untuk memanfaatkan CSR-nya untuk program kesehatan.

Target capaian indikator Jumlah dunia usaha yang memanfaatkan CSR-nya Tahun 2015 sampai dengan Tahun 2019 bersifat absolut dengan kenaikan target capaiannya setiap tahun sebanyak 4 Dunia Usaha dengan perhitungan jumlah absolut dunia usaha yang telah melakukan Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Kementerian Kesehatan untuk memanfaatkan CSR-nya.

**Grafik 3.43 Target dan Capaian Indikator Jumlah Dunia Usaha yang Memanfaatkan CSR nya untuk Program Kesehatan Tahun 2015-2019**



Pada tahun 2017 Capaian jumlah dunia usaha yang memanfaatkan CSR-nya untuk program kesehatan pada tahun 2018 adalah 11 dunia usaha baru dan 5 dunia usaha tahun sebelumnya yang melanjutkan kerja sama dengan Kementerian Kesehatan (Conocophilips Ltd, Astra Internasional Tbk, BTPN Tbk, Biofarma, Roche).

Ada pun dunia usaha baru yang melakukan perjanjian kerja dengan Kementerian Kesehatan pada tahun 2018 antara lain:

1. PT. Mandiri

Bank Mandiri didirikan pada 2 Oktober 1998, sebagai bagian dari program restrukturisasi perbankan yang dilaksanakan oleh pemerintah Indonesia. Pada bulan Juli 1999, empat bank pemerintah -- yaitu Bank Bumi Daya, Bank Dagang Negara, Bank Ekspor Impor Indonesia dan Bank Pembangunan



Indonesia – dilebur menjadi Bank Mandiri, dimana masing-masing bank tersebut memiliki peran yang tak terpisahkan dalam pembangunan perekonomian Indonesia. Sampai dengan hari ini, Bank Mandiri meneruskan tradisi selama lebih dari 140 tahun memberikan kontribusi dalam dunia perbankan dan perekonomian Indonesia. Ruang lingkup kerja sama yang akan dilaksanakan pada tahun 2018 meliputi kegiatan :

- 1) Peningkatan kapasitas kesehatan bagi masyarakat
- 2) Stimulan dalam peningkatan kesehatan masyarakat
- 3) Edukasi kesehatan
- 4) Pemberdayaan masyarakat dalam kondisi tanggap darurat kesehatan

2. PT. Pertamina Bina Medika

PT. Pertamina Bina Medika sebagai Anak Perusahaan Pertamina yang bergerak dibidang industri jasa layanan kesehatan yang mengembangkan usaha di bidang bisnis industri layanan kesehatan. Pertamedika merupakan operator group rumah sakit BUMN berpengalaman dalam mengelola rumah sakit modern dengan standar pelayanan terakreditasi KARS, memiliki 14 rumah sakit dan 25 poliklinik yang tersebar di seluruh Indonesia. Dilengkapi dengan pelayanan kesehatan berbasis Managed Care yang dikelola oleh MPPK (Manajemen Pemeliharaan Pelayanan Kesehatan). Jaringan rujukan pasien MPPK bekerja sama dengan 120 RS yang tersebar di seluruh Indonesia. Pertamina Medika memberikan layanan kesehatan paripurna yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif bagi pekerja, keluarga dan pensiunan Pertamina, perusahaan perminyakan, swasta, BUMN dan masyarakat umum. Ruang lingkup kerja sama yang akan dilaksanakan pada tahun 2018 meliputi kegiatan : Upaya promotif dan preventif dalam peningkatan kesehatan Ibu, Anak Usia Sekolah, Remaja, dan Lansia.

3. PT. Merck Sharp Dohme Pharma Tbk

Dahulu PT. Schering-Plough Indonesia Tbk (SCPI) didirikan dengan nama PT Essex Indonesia pada 07 Maret 1972 dan mulai beroperasi secara komersial pada bulan Januari 1975. Pada tanggal 4 November 2009, Schering-Plough Corporation melakukan penggabungan usaha dengan Merck & Co., Inc. Efektif pada tanggal tersebut, SCPI menjadi tergabung dalam kelompok usaha Merck dan berubah nama menjadi PT. Merck Sharp Dohme Pharma Tbk. Ruang lingkup kegiatan perusahaan ini meliputi: pembuatan, pengemasan, pengembangan dan memasarkan produk farmasi untuk manusia dan hewan, produk kebersihan, kosmetik, keperluan rumah tangga dan sejenisnya; Distributor utama atas alat-alat kesehatan; Mengimpor bahan baku, barang jadi dan alat-alat kesehatan terkait; Menyediakan pemberian jasa konsultasi bisnis dan manajemen. Merck memiliki unit usaha Primary Care (menjual produk perawatan kulit, obat antibiotik, alergi, kardiovaskuler) dan Specialty Care (menjual produk hepatologi dan onkologi dan produk untuk mengatasi ketergantungan

opiat) serta Organon BioScience (OBS) (menjual produk kesehatan wanita, anestesi dan produk fertilitas).

Ruang lingkup kerja sama yang akan dilaksanakan pada tahun 2018 meliputi kegiatan:

1. Peningkatan kemampuan tenaga kesehatan dalam penanganan penyakit tidak menular
2. Edukasi masyarakat mengenai penyakit menular, penyakit tidak menular, dan Program Keluarga Berencana

4. PT. XL Axiata

XL memulai usaha sebagai perusahaan dagang dan jasa umum pada tanggal 6 Oktober 1989 dengan nama PT Grahametropolitan Lestari. Pada tahun 1996, XL memasuki sektor telekomunikasi setelah mendapatkan izin operasi GSM 900 dan secara resmi meluncurkan layanan GSM. Dengan demikian, XL menjadi perusahaan swasta pertama di Indonesia yang menyediakan layanan telepon seluler. PT. XL Axiata Tbk. (XL), di bawah kepemilikan Axiata Group Berhad, salah satu penyedia jasa seluler terbesar di Asia Pasifik, melalui perusahaan Indocel Holding Sdn Bhd, dengan saham 66.7% Emirates Telecommunications Corporation (Etisalat), penyedia jasa seluler terbesar di Timur Tengah dan Afrika, melalui Etisalat International Indonesia Ltd., dengan saham 13.3%; dan sebanyak 20% saham dimiliki oleh publik secara terbuka. XL Axiata mulai beroperasi secara komersial di tahun 1996, dan saat ini menjadi salah satu penyedia layanan telekomunikasi seluler terkemuka di Indonesia, dengan melayani hingga 42,1 juta pelanggan di seluruh tanah air pada akhir tahun 2015.

Ruang lingkup kerja sama yang akan dilaksanakan pada tahun 2018 meliputi kegiatan :

- 1) Peningkatan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.
- 2) Digitalisasi Informasi Kesehatan.

5. PT. Fonterra Brands

PT. Fonterra Brands Indonesia hadir di Indonesia pada tahun 1995 pada awalnya perusahaan ini bernama PT. New Zealand Milk Indonesia, pada tahun 2004 perusahaan ini berganti nama menjadi PT. Fonterra Brands Indonesia sampai sekarang. PT. Fonterra Brands Indonesia merupakan perusahaan susu multinasional yang berbasis di Selandia Baru dimana dinegara asalnya perusahaan ini bernama Fonterra Co-operative Group, perusahaan ini merupakan salah satu pelaku bisnis terdepan dalam industri susu yang beroperasi di lebih dari 40 negara dan produk dari Fonterra Co-operative Group dikenal sebagai salah satu produk susu terbaik diantara merk-merk susu lain di dunia. Di Asia, produk terdepan dari Fonterra Co-operative Group seperti CHESDALE, ANLENE, ANMUM, ANCHOR dan MAINLAND. Ruang lingkup kerja sama yang akan dilaksanakan pada tahun 2018 meliputi kegiatan:

- a. Edukasi dan Pemberdayaan Gaya Hidup Sehat dan Aktif
- b. Edukasi dan Pemberdayaan Kesehatan Ibu dan Anak

6. PT. Novo Nordisk

Novo Nordisk adalah perusahaan yang fokus pada diabetes. Produk terbesar perusahaan ini adalah insulin. Perusahaan ini beroperasi di 75 negara, termasuk negara-negara ASEAN, diantaranya Indonesia. Kantor perusahaan ini ada di Denmark dengan jumlah karyawan 40 ribu orang yang tersebar di seluruh dunia. Selain memproduksi insulin, perusahaan ini juga memproduksi hormon pertumbuhan dan terapi hemophilia.

Ruang lingkup kerja sama yang akan dilaksanakan pada tahun 2018 meliputi kegiatan :

- a) Program Kesehatan Masyarakat.
- b) Program Pengendalian PTM
- c) Pemberdayaan Masyarakat dalam penanganan pasca bencana

7. PT. Johnson and Johnson

Johnson & Johnson (JnJ) adalah perusahaan multinasional Amerika yang menjadi produsen peralatan medis, farmasi, dan barang konsumen dalam kemasan. Perusahaan yang berdiri sejak 1886 ini didirikan oleh tiga bersaudara Robert Wood Johnson, James Wood Johnson dan Edward Mead Johnson di New Brunswick, New Jersey, AS. Perusahaan ini bermarkas di New Brunswick, New Jersey dengan divisi konsumennya berlokasi di Skillman, New Jersey. Perusahaan ini membawahi 230 anak perusahaan dan beroperasi di 57 negara termasuk Indonesia.

Ruang lingkup kerja sama yang akan dilaksanakan pada tahun 2018 meliputi kegiatan : Edukasi gaya hidup sehat, Gizi seimbang, PHBS, Lingkungan sehat bagi masyarakat.

- a) Program Kesehatan Masyarakat.
- b) Program Pengendalian Penyakit Tidak Menular
- c) Program Pengendalian Penyakit Menular
- d) Pelayanan Kesehatan
- e) Pemberdayaan Masyarakat dalam Tanggap Darurat Bidang Kesehatan

8. PT. Media Televisi Indonesia (Metro TV)

Metro TV adalah televisi berita 24 jam pertama di Indonesia yang mulai mengudara pada tanggal 25 November 2000. Metro TV merupakan salah satu anak perusahaan dari Media Group. Konten yang utama stasiun TV adalah berita dan informasi yang dipancarkan ke seluruh pelosok Indonesia melalui 52 transmisi yang tersebar di seluruh penjuru Indonesia. Selain bermuatan berita, Metro TV juga menayangkan beragam program informasi mengenai kemajuan teknologi, kesehatan, pengetahuan umum, seni dan budaya guna mencerdaskan bangsa. Metro TV terdiri dari 70% berita (news), yang ditayangkan dalam 3 bahasa, yaitu Indonesia, Inggris, dan Mandarin, ditambah dengan 30% program non berita (non news) yang edukatif. Ruang lingkup kerja sama yang akan dilaksanakan pada tahun 2018 meliputi kegiatan : Publikasi dan sosialisasi program kesehatan antara lain berupa talkshow, documentaries, filler, advertorial, pemberitaan,

running text, event off air, dan iklan layanan masyarakat di Metro TV dan media lainnya yang berafiliasi Media Group.

9. PT. Gorry Gourmet Indonesia

Gorry Gourmet Indonesia terbentuk pada tahun 2014 dengan pemikiran bahwa tubuh yang sehat adalah harta yang tidak ternilai. Rutinitas yang sibuk dan kurangnya pemahaman akan pentingnya makanan sehat, membuat banyak orang mudah jatuh sakit bahkan di usia muda. Sulitnya meluangkan waktu untuk mempersiapkan makanan sehat di tengah kesibukan masyarakat, adalah salah satu kondisi yang mendorong lahirnya Gorry Gourmet. Perusahaan ini siap menyediakan makanan sehat yang lezat sesuai kebutuhan. Dengan ragam pilihan menu berkualitas, Gorry Gourmet menyediakan bekal sehat untuk keseharian masyarakat. Baik untuk mengatur tercapainya berat badan yang diinginkan, membentuk otot, atau menjaga asupan sehat. Tim chefs dan dokter gizi Gorry Gourmet menyusun berbagai menu sehat yang bercita rasa tinggi. Kebutuhan asupan makan yang unik dari setiap anggota keluarga pun kini mulai digarap, mulai dari anak-anak hingga orang dewasa dalam berbagai kondisi. Ruang lingkup kerja sama yang akan dilaksanakan pada tahun 2018 meliputi kegiatan :

- 1) Rekomendasi Makanan dan Minuman Sehat
- 2) Sosialisasi Makanan Sehat melalui aplikasi Gorrywell
- 3) Melakukan riset terkait manfaat aplikasi Gorrywell untuk kesehatan

10. PT. Darya Varia Laboratoria

PT Darya-Varia Laboratoria Tbk adalah perusahaan farmasi yang telah beroperasi sejak tahun 1976. Setelah menjadi perusahaan terbuka pada tahun 1994, Perseroan mengembangkan berbagai produk Obat Resep dan Consumer Health. Darya-Varia mengoperasikan dua fasilitas manufaktur di Gunung Putri dan Citeureup, Bogor, keduanya memiliki sertifikat Cara Pembuatan Obat yang Baik (CPOB) ASEAN.

Pabrik Darya-Varia memiliki spesialisasi dalam produksi kapsul gelatin lunak dan produk-produk cair, injeksi steril dan produk padat. Pada 2013, Perseroan memperoleh sertifikat halal untuk kapsul NATUR-E dan HOBAT, produk gelatin yang mengandung unsur hewani, merupakan sertifikasi halal produk suplemen yang pertama untuk perusahaan farmasi di Indonesia.. Ruang lingkup kerja sama yang akan dilaksanakan pada tahun 2018 meliputi kegiatan :

- 1) Peningkatan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.
- 2) Perbaikan Gizi
- 3) Peningkatan Kesehatan Ibu dan Balita

11. PT. Amerta Indah Otsuka

Di awal berdirinya pada tahun 1997, Otsuka merupakan perusahaan afiliasi dari Otsuka Pharmaceutical Co, Ltd Jepang yang memulai perjalanannya di Indonesia dengan nama PT Kapal Indah Otsuka. Perusahaan ini terbentuk

dari hasil investasi bersama antara Otsuka Pharmaceutical Jepang dan PT Kapal Api dengan Pocari Sweat sebagai produk pertamanya. Kemudian di tahun 1999, PT Kapal Indah Otsuka merubah namanya menjadi PT Amerta Indah Otsuka. Semakin berkembangnya perusahaan, pada tahun 2004 PT Amerta Indah Otsuka membuka pabrik pertamanya yang terletak di Sukabumi, Jawa Barat menyusul 6 tahun berikutnya pabrik Pocari Sweat di Kejayan, Pasuruan, Jawa Timur didirikan. Seiring dari kemajuan perusahaan, Otsuka berkomitmen untuk terus meningkatkan kualitas dengan mengimplementasikan Sistem Manajemen Mutu ISO 9001:2008, Sistem Keamanan Pangan ISO 22000 : 2005, dan Sistem Manajemen Lingkungan ISO 14001 : 2004.

Ruang lingkup kerja sama yang akan dilaksanakan pada tahun 2018 meliputi kegiatan :

1. Edukasi Demam Berdarah
2. Edukasi Diabetes Melitus
3. Edukasi Hidrasi bagi Calon Jemaah Haji
4. Pembudayaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)
5. Pembinaan Posyandu, penyehatan Lingkungan di Pasar Rakyat melalui Program Pasar Sejahtera (Fasilitasi perbaikan sarpras Pasar Rakyat dan Fasilitasi pemberdayaan dan edukasi komunitas Pasar Rakyat)

Langkah-langkah yang dilakukan untuk mencapai target tahun 2018

1. Mengidentifikasi perusahaan yang telah menjalin kerjasama dengan Kementerian Kesehatan dan Perusahaan yang memiliki interest terhadap kesehatan
2. Mereviu kerjasama yang telah habis masa berlakunya dan mendorong untuk membuat kerjasama baru serta mengembangkan ruang lingkup kerjasama untuk mendukung program kesehatan prioritas.
3. Memperkenalkan kepada dunia usaha potensial terkait program kesehatan prioritas yang bisa dilakukan dengan kemitraan melalui program CSR.
4. Pemantauan terhadap pelaksanaan CSR bidang Kesehatan untuk memastikan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan yang ditetapkan.

Keberhasilan dalam pencapaian indikator, disebabkan oleh:

1. Dukungan kesepakatan global dalam tujuan SDGs ke 17 yaitu memperkuat saran pelaksanaan dan merevitalisasi kemitraan global untuk pembangunan berkelanjutan.
2. Dukungan dari Forum Filantropi yang merupakan perhimpunan independen dan nirlaba yang dipercaya oleh pemerintah dan sektor usaha dalam menjalankan sosial-kemanusiaan dan lingkungan di Indonesia.
3. Dunia usaha yang bergerak dibidang farmasi cenderung ingin bekerjasama dengan Kementerian Kesehatan.
4. Undang-Undang No. 40 Tahun 2007 tentang Perseroan terbatas. Dalam pasal 74 ayat 1 s/d 3 bahwa Perseroan Terbatas yang menjalankan kegiatan usahanya di bidang dan/atau berkaitan dengan sumberdaya alam wajib melaksanakan

tanggung jawab sosial dan lingkungan dan merupakan kewajiban perseoran yang dianggarkan dan diperhitungkan sebagai biaya perseoran.

5. Peraturan Pemerintah No 47 tahun 2012 tentang tanggung jawab sosial dan lingkungan perseoran terbatas merupakan penjelasan dari Undang-Undang No. 40 tahun 2007, bahwa setiap perseoran mempunyai tanggung jawab sosial dan lingkungan baik di dalam maupun di luar lingkungan perseoran dengan memperhatikan kepatutan dan kewajaran.

#### Analisis hambatan pencapaian indikator

1. Keterbatasan sumber daya untuk membuat komitmen dengan dunia usaha untuk menggalang kemitraan melalui program CSR
2. Tidak semua Dunia Usaha tertarik untuk melakukan kerjasama jangka panjang dan berkelanjutan.

#### Alternatif solusi yang dilakukan

1. Meningkatkan kapasitas sumber daya dalam pengelolaan Kemitraan Kesehatan
2. Meningkatkan kepercayaan Dunia Usaha untuk mau melakukan kerjasama jangka panjang dan berkelanjutan

### **b. Jumlah Organisasi Kemasyarakatan yang Memanfaatkan Sumber Dayanya untuk Mendukung Kesehatan**

Organisasi kemasyarakatan merupakan kelompok potensial untuk meningkatkan perilaku sehat masyarakat karena mereka memiliki sumberdaya dan jaringan kerja dan keanggotaan hingga ke *grassroot*. Kementerian Kesehatan menggalang peran serta ormas baik ormas keagamaan, kepemudaan, dan wanita untuk meningkatkan jangkauan akses informasi kesehatan dan pemberdayaan program kesehatan prioritas terhadap masyarakat luas. Target capaian jumlah Organisasi Kemasyarakatan yang Memanfaatkan Sumber Dayanya untuk Mendukung Kesehatan Tahun 2015 sampai dengan Tahun 2019 bersifat progresif dengan kenaikan target capaiannya setiap tahun sebesar 3 Organisasi Kemasyarakatan.

**Grafik 3.44 Target dan Capaian Indikator Jumlah Organisasi Kemasyarakatan Yang Memanfaatkan Sumber Dayanya untuk Mendukung Kesehatan 2015-2019**





Pada tahun 2018 Capaian Organisasi Kemasyarakatan yang Memanfaatkan Sumber Dayanya untuk Mendukung Kesehatan adalah 12 (Dua Belas) ormas atau 100% dari target yang telah ditetapkan. Ada pun Organisasi Kemasyarakatan yang Memanfaatkan Sumber Dayanya untuk Mendukung Kesehatan tersebut antara lain :

1. Pergerakan Wanita Nasional Indonesia (PERWANAS)  
Pergerakan Wanita Nasional Indonesia adalah Organisasi mandiri yang didirikan di Jakarta pada tanggal 14 Januari 1951, dengan nama Wanita Demokrat Indonesia. Dalam Kongres V tanggal 16 Juli 1964 karena kondisi sosial politik saat itu, berubah nama menjadi Gerakan Wanita Marhaenis dan selanjutnya pada Kongres VI tanggal 3-7 Desember 1973, nama organisasi dirubah menjadi pergerakan wanita nasional indonesia, yang disingkat menjadi PERWANAS.  
Kongres Wanita Demokrat ke-III memutuskan untuk mendirikan Yayasan yang diberi nama Yayasan Dharma Bhakti, yayasan ini bergerak di bidang pendidikan, sosial dan keagamaan, dengan tujuan utama menopang dana untuk segala kegiatan Wanita Demokrat Indonesia. Sejak itu yayasan disertai mengelola aset Perwanas, berupa PAUD, TK, SD, SMP dan SMA serta Balai Pengobatan yang terletak di beberapa Propinsi di Indonesia. Ruang lingkup kerja sama yang dilaksanakan pada tahun 2018 adalah Pergerakan dan mobilisasi GERMAS dan Pencegahan Stunting di masyarakat
2. Persekutuan Gereja-Gereja Indonesia (PGI)  
PGI didirikan pada 25 Mei 1950. Sebelumnya, pada 6-13 November 1949 diadakan “Konferensi Persiapan Dewan Gereja-gereja di Indonesia”. Seperti diketahui sebelum Perang Dunia II telah diupayakan mendirikan suatu Dewan yang membawahi pekerjaan dan Zending; namun karena pecahnya PD II maksud tersebut diundur. Setelah PD II berdirilah tiga buah Dewan Daerah, yaitu “Dewan Permoesyawaratan Geredja-geredja di Indonesia, yang berpusat di Yogyakarta (Mei 1946); “Majelis Usaha Bersama Geredja-geredja di Indonesia bagian Timur”, berpusat di Makassar (Maret 1947) dan “Majelis Geredja-geredja bagi Sumatera” (awal 1949), di Medan. Ketiga dewan daerah ini didirikan dengan maksud membentuk satu Dewan Gereja-gereja di Indonesia, yang melingkupi ketiga dewan tersebut. Ruang lingkup kerja sama yang dilaksanakan pada tahun 2018 adalah : Orientasi & Implementasi GERMAS
3. Aliansi Pita Putih Indonesia (APPI)  
APPI dibentuk pada tahun 1999, menyusul terbentuknya The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood di Washington DC oleh Maternal and Neonatal Health/ MNH USAID dalam upaya menurunkan tingginya Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia akibat melahirkan tertinggi di Asean. Aliansi pita putih mempunyai makna bergabungnya lembaga-lembaga yang mempunyai visi dan misi yang sama kedalam satu perkumpulan. Aliansi pita putih dapat dibentuk dengan bergabungnya organisasi kemasyarakatan, lembaga-lembaga swadaya masyarakat, lembaga non pemerintah, dan juga perorangan atau individu serta pakar yang mempunyai visi dan misi

terhadap kesehatan dan keselamatan ibu hamil, melahirkan, nifas, bayi baru lahir dan anak. APPI saat ini sudah terbentuk di beberapa Provinsi antara lain, Jawa Barat, DKI Jakarta, Banten, Sumbar, Sumsel, Lampung, NTB, NTT, Sulsel, Kalsel, Bengkulu, Sulut, Jawa Timur, Riau, Jambi, Maluku, Kalimantan Timur, Kalimantan Barat, Bangka Belitung, Yogyakarta, Gorontalo, Sulawesi Tenggara, Kalimantan Tengah, Maluku, Maluku Utara, Ternate, Bali. Ruang lingkup kerja sama yang dilaksanakan pada tahun 2018 adalah Optimalisasi GERMAS & Pencegahan Stunting

4. AL-HIDAYAH

Pengajian Al-Hidayah adalah organisasi sosial kemasyarakatan. Didirikan di Jakarta pada tanggal 5 Oktober 1979. Pengajian Al – Hidayah beraqidah Islam, berasaskan Pancasila dan UUD 45 beserta Amandemennya. Pengajian Al-Hidayah bersifat sosial, keagamaan, kesetaraan dan kesejahteraan. Pengajian Al-Hidayah beranggotakan kaum perempuan Indonesia yang beragama Islam. Kedaulatan organisasi berada ditangan anggota dan dilaksanakan sepenuhnya oleh Mukhtamar. Mukhtamar dilaksanakan sekali dalam 5 tahun. Ruang lingkup kerja sama yang dilaksanakan pada tahun 2018 adalah Penggalangan dukungan pelaksanaan GERMAS, penurunan Stunting, eliminasi TBC, & peningkatan cakupan Imunisasi

5. Dewan Masjid Indonesia (DMI)

DMI adalah organisasi tingkat nasional dengan tujuan untuk mewujudkan fungsi masjid sebagai pusat ibadah, pengembangan masyarakat dan persatuan umat. Organisasi ini didirikan pada tahun 1972 dengan maksud untuk meningkatkan keimanan, ketaqwaan, akhlaq mulia dan kecerdasan umat serta tercapainya masyarakat adil makmur yang diridhai Allah SWT, dalam wilayah Negara Republik Indonesia. Ide dibentuknya Dewan Masjid Indonesia bermula dari pertemuan tokoh-tokoh Islam yang dihadiri oleh Bapak H. Rus'an dari Dirjen Bimas Islam dan Wakil Ketua Jakarta Pusat Bapak H. Edi Djajang Djaatmadja membentuk panitia untuk mendirikan Dewan Kemakmuran Masjid Seluruh Indonesia (DKMSI). Pada tanggal 16 Juni 1970 disusunlah formatur yang diketuai oleh KH. MS. Rahardjo Dikromo yang beranggotakan H. Sudirman, KH. MS. Rahardjo Dikromo, KH. Hasan Basri, KH. Muchtar Sanusi, KH. Hasyim Adnan, BA dan KH. Ichsan. Tepatnya pada tanggal 22 Juni 1972 rapat tim formatur memutuskan untuk mendirikan Dewan Masjid Indonesia. Ruang lingkup kerja sama yang dilaksanakan pada tahun 2018 adalah

- 1) Penggalangan komitmen pengurus DMI baik di provinsi/kab/kota, pengurus/takmir masjid di desa untuk menjadikan GERMAS sebagai program kesehatan berbasis masjid & rumah tangga
- 2) Peningkatan kapasitas SDM masjid untuk mendorong terwujudnya GERMAS berbasis masjid & rumah tangga
- 3) Peningkatan pemahaman jama'ah masjid untuk menerapkan GERMAS di lingkungan masjid & rumah tangga
- 4) Membangun GERMAS sebagai gerakan sosial berbasis masjid & rumah tangga

6. Jannur

Pesantren tumbuh berkembang dengan pesat di setiap daerah di Indonesia. Kendati demikian, tidak ada pesantren yang berdiri sendiri tanpa terkait dengan pesantren lainnya. Terutama dengan pesantren-pesantren yang sudah besar dan masyhur. Jejaring pesantren terbangun melalui beberapa saluran. Ada yang melalui hubungan kekeluargaan dimana anak dari seorang pimpinan pesantren juga menyebar ke daerah lain dengan mendirikan lembaga pesantren. Ada yang melalui hubungan perkawinan. Ada pula melalui hubungan keilmuan dimana santri terpilih ditugaskan untuk mendirikan pesantren di daerah yang diinginkan. Dari berbagai jalur inilah jaringan pesantren di seluruh nusantara berjalan. Kendati demikian, Jaringan pesantren yang telah dibangun tidak terbatas hanya pada wilayah Indonesia saja. Tetapi hingga ke luar negeri seperti negara tetangga (Malaysia dan Brunei Darussalam) ataupun negara-negara berlatar belakang Islam lainnya, bahkan di negara dimana islam menjadi minoritas, jalinan komunikasi jaringan pesantren tetap berjalan. Selama ini komunikasi jaringan pesantren nusantara yang bersifat informal hampir setiap waktu dilakukan. Perkembangan dunia baik lokal, nasional maupun global, informasi aktual serta beragam persoalan selalu dibicarakan dalam suasana dan bingkai kepesantren-an. Kegiatan keilmuan serta pelatihan berbasis kemampuan (skill) seperti pertanian, sipil dan pengobatan juga dilaksanakan. Ruang lingkup kerja sama yang dilaksanakan pada tahun 2018 adalah :

1. Advokasi kepada penentu kebijakan, baik dari ORMAS maupun pemerintahan
2. Optimalisasi GERMAS melalui peningkatan peranserta keompok masyarakat di kab/kota binaan lokus GERMAS
3. Peningkatan kapasitas bagi tokoh/kader/fasilitator dalam pencegahan Stunting, eliminasi TBC, & peningkatan cakupan Imunisasi.
4. Penggerakkan kelompok binaan dalam menjangkau sasaran

7. Parisada Hindu Dharma Indonesia (PHDI)

PHDI adalah majelis organisasi umat Hindu Indonesia yang mengurus kepentingan keagamaan maupun sosial. PHDI yang awalnya bernama Parisada Hindu Dharma Bali ini didirikan di pada tahun 1959 untuk memperjuangkan agar agama Hindu menjadi agama yang diakui di Indonesia. Pada tahun 1964, nama organisasi ini diubah menjadi Parisada Hindu Dharma Indonesia, yang mencerminkan upaya-upaya selanjutnya untuk mendefinisikan Hindu tidak hanya sebagai kepentingan Bali tetapi juga nasional. Pengurus Pusat PHDI berkedudukan di Jakarta. Ruang lingkup kegiatan melalui Peran Serta Organisasi Kemasyarakatan (Ormas) PHDI adalah dukungan terhadap pelaksanaan kegiatan Germas.

1. Peningkatan perilaku Aktifitas fisik dengan yoga
2. Peningkatan perilaku tidak merokok dengan PUTAR (Pura Tanpa Asap Rokok)
3. Pengembangan kegiatan deteksi dini penyakit melalui Posbindu PTM di Pura atau balai Banjar/Desa

4. Pencegahan Stunting pada usia remaja
8. Persekutuan Pelayanan Kristen untuk Kesehatan di Indonesia (Pelkesi)  
Pelkesi didirikan pada tanggal 17 September 1983 di Balige, Sumatera Utara, pada Pertemuan ke-3 Pimpinan Lembaga Pelayanan Kesehatan Kristen. Adapun pertemuan pertama dilaksanakan di Tomohon, Sulawesi Utara, pada tahun 1978 dilanjutkan oleh pertemuan ke-2 di Jakarta tahun 1980. Pelkesi adalah satu wadah persekutuan dari Lembaga-Lembaga dan Insan Kristen dalam bidang pelayanan dan pendidikan kesehatan se Indonesia, dalam usahanya mewujudkan cita-cita dan tugas panggilan gerejawi. Pembentukan Pelkesi dimaksudkan untuk mengajak Gereja-gereja di Indonesia untuk mengembangkan pelayanan kesehatan secara holistik meliputi fisik, sosial, ekonomi dan spiritual. Disamping memfasilitasi pengembangan kerjasama diantara lembaga pelayanan Kristen di bidang kesehatan. Ruang lingkup kegiatan melalui Peran Serta Organisasi Kemasyarakatan (Ormas) Pelkesi adalah Peningkatan GERMAS & Percepatan Pencegahan Stunting di Jemaat & Masyarakat Binaan Rumah Sakit Kristen Anggota PELKESI.
9. Persatuan Karya Dharma Kesehatan Indonesia (PERDHAKI)  
PERDHAKI didirikan tanggal 22 Juli 1972 dengan SK Menteri Kehakiman Nomor: Y.A.5/415/23 tanggal 6 Desember 1975. Kedudukan PERDHAKI berpusat di Jakarta dengan pengurus wilayah regional di beberapa wilayah di Indonesia. Visi PERDHAKI adalah terwujudnya persatuan dalam karya pelayanan kesehatan yang didasari oleh nilai-nilai kristiani. Ruang lingkup kegiatan melalui Peran Serta Organisasi Kemasyarakatan (Ormas) PERDHAKI adalah Peranserta PERDHAKI dalam Optimalisasi GERMAS
10. Muhammadiyah  
Muhammadiyah didirikan di Kampung Kauman Yogyakarta, pada tanggal 8 Dzulhijjah 1330 H/18 Nopember 1912 oleh seorang yang bernama Muhammad Darwis, kemudian dikenal dengan KHA Dahlan. Beliau adalah pegawai kesultanan Kraton Yogyakarta sebagai seorang Khatib dan sebagai pedagang. Melihat keadaan ummat Islam pada waktu itu dalam keadaan jumud, beku dan penuh dengan amalan-amalan yang bersifat mistik, beliau tergerak hatinya untuk mengajak mereka kembali kepada ajaran Islam yang sebenarnya berdasarkan Qur`an dan Hadist. Oleh karena itu beliau memberikan pengertian keagamaan dirumahnya ditengah kesibukannya sebagai Khatib dan para pedagang. Dengan melihat sejarah pertumbuhan dan perkembangan persyarikatan Muhammadiyah sejak kelahirannya, memperhatikan faktor-faktor yang melatarbelakangi berdirinya, aspirasi, motif, dan cita-citanya serta amal usaha dan gerakannya, nyata sekali bahwa didalamnya terdapat ciri-ciri khusus yang menjadi identitas dari hakikat atau jati diri Persyarikatan Muhammadiyah. Ruang lingkup kegiatan melalui Peran Serta Organisasi Kemasyarakatan (Ormas) PP Muhammadiyah adalah:
  1. Pelatihan fasilitator/kader/pembina teknis yang memiliki kemampuan menggerakkan masyarakat

2. Pembinaan kelompok yang mendukung Kampanye GERMAS, peduli TBC, peduli Imunisasi.
3. Terbentuknya posyandu aktif & integrasi pelayanan posyandu dengan posbindu, posyandu remaja, serta terbentuknya pos TB desa

11. Muslimat NU

Salah satu organisasi keagamaan terbesar di Indonesia Nahdlatul Ulama (NU) yang lahir pada tanggal 31 Januari 1926 merupakan organisasi yang pada mulanya hanya beranggotakan kaum laki-laki. Melihat fenomena ini Ny. Djunaisih sebagai perintis organisasi Muslimat NU memiliki gagasan bahwa, “Dalam agama Islam tidak hanya laki-laki saja yang harus dididik berkenaan dengan ilmu agama melainkan perempuan juga harus dan wajib mendapat didikan yang selaras dengan tuntutan dan kehendak agama Islam”. Gagasan tersebut disampaikan dalam pidatonya dalam Kongres NU ke-13 di Menes Banten tahun 1938 yang menjadi cikal bakal lahirnya Muslimat NU (Ma’shum dan Ali Zawawi 110). Meskipun gerakan yang diprakarsai ini sarat dengan pengaruh tradisi dan budaya patriarki namun kaum perempuan pada masa itu berhasil bangkit dan menyuarakan pentingnya perempuan berorganisasi dan berperan aktif tidak hanya di wilayah domestik. Ruang lingkup kegiatan melalui Peran Serta Organisasi Kemasyarakatan (Ormas) Muslimat NU adalah Penggalangan komitmen terhadap optimalisasi GERMAS di lingkungan pesantren, mencakup:

- a. Konsumsi sayur & buah secara teratur setiap hari
- b. Aktifitas fisik secara teratur
- c. Melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala
- d. Perilaku hidup sehat : tidak merokok, mencuci tangan pakai sabun, menjaga kebersihan lingkungan, & penggunaan jamban)

12. PP Fatayat NU

Berdirinya Fatayat NU tidak bisa dilepaskan dari sejarah berdirinya Nahdlatul Ulama (NU) sebagai organisasi induknya, dan sejarah Indonesia sebagai tanah airnya. Penjajahan selama bertahun-tahun telah menyebabkan bangsa Indonesia terpuruk. Perjuangan melawan keterbelakangan, kemiskinan, kebodohan, dan keterpurukan akibat penjajahan ini kemudian mengkristal dan melahirkan semangat kebangkitan di seantero negeri hingga mencapai puncaknya pada tahun 1908 yang dikenal sebagai tahun Kebangkitan Nasional. Pengurus Besar Nahdlatul Ulama (PBNU) kemudian menyetujui pembentukan Pengurus Pusat Puteri NUM yang diberi nama Dewan Pimpinan Fatayat NU pada tanggal 26 Rabiul Akhir 1339/14 Februari 1950. Selanjutnya Kongres NU ke-XVIII tanggal 20 April-3 Mei 1950 di Jakarta secara resmi mengesahkan Fatayat NU menjadi salah satu badan otonom NU. Ruang lingkup kegiatan melalui Peran Serta Organisasi Kemasyarakatan (Ormas) Fatayat NU adalah:

1. Penggalangan komitmen dari tingkat pusat-daerah dalam mendukung Optimalisasi GERMAS & Pencegahan Stunting
2. Orientasi GERMAS & Pencegahan Stunting pada masyarakat



Pencapaian Jumlah Organisasi Kemasyarakatan yang Memanfaatkan Sumber Dayanya untuk Mendukung Kesehatan pada 2017 mencapai 9 ormas (capaian 100%), sedangkan pada Tahun 2018 capaian Jumlah Organisasi Kemasyarakatan yang Memanfaatkan Sumber Dayanya untuk Mendukung Kesehatan adalah sebanyak 12 ormas (100%). Dapat disimpulkan bahwa trend positif capaian target kinerja jumlah ormas pada tahun 2017 (capaian 9 ormas), pada tahun 2018 dapat kembali dipertahankan (capaian 12 ormas).

Langkah-langkah yang dilakukan untuk mencapai target tahun 2018

1. Melakukan sosialisasi Program Prioritas Kesehatan dengan Organisasi Kemasyarakatan
2. Penggalangan komitmen Organisasi Kemasyarakatan yang telah MoU dengan Kementerian Kesehatan untuk meningkatkan dukungan sumberdaya yang dimiliki organisasi kemasyarakatan
3. Penguatan jejaring organisasi kemasyarakatan untuk mendapatkan dukungan sumberdaya organisasi kemasyarakatan sehingga jejaring organisasi kemasyarakatan juga menjadi bagian dari pelaksanaan kegiatan untuk mendukung program kesehatan
4. Koordinasi dengan Lintas Program terkait identifikasi organisasi kemasyarakatan yang telah bekerjasama dengan Program di lingkup Kementerian Kesehatan

Analisis keberhasilan pencapaian indikator

Faktor pendukung yang mempengaruhi upaya pencapaian kinerja

1. Organisasi Kemasyarakatan yang telah MoU dengan Kementerian Kesehatan memiliki kriteria: legal aspek, kemampuan teknis dan administrasi, wilayah dan kader penggerak untuk melaksanakan program prioritas kesehatan.
2. Permasalahan kesehatan merupakan salah satu tema sentral yang juga menjadi fokus dan perhatian organisasi-organisasi kemasyarakatan yang ada selain isu-isu sosial lainnya seperti lingkungan hidup, keagamaan, pembangunan, dan lain sebagainya.

Analisis hambatan pencapaian indikator

1. Tidak semua ormas calon mitra potensial memenuhi persyaratan untuk MoU dengan Kementerian Kesehatan sesuai Permenkes No 84 Tahun 2015 tentang Pengembangan Peran Serta Organisasi Kemasyarakatan Bidang Kesehatan.
2. Terbatasnya sumber daya yang dimiliki ormas untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan yang mendukung upaya pembangunan kesehatan.

Alternatif Solusi yang Dilakukan

1. Pembinaan terhadap Ormas yang belum memenuhi syarat sesuai Permenkes No 84 Tahun 2015 tentang Pengembangan Peran Serta Organisasi Kemasyarakatan dalam bentuk mendorong organisasi



- kemasyarakatan untuk membangun jejaring dengan berbagai pihak potensial lainnya.
2. Pendampingan teknis dan administrasi yang lebih intens untuk meningkatkan kinerja ormas yang telah bekerjasama.

**Gambar 3.28 Dokumentasi Kegiatan yang dilakukan Oleh Organisasi Kemasyarakatan yang Bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan**



**c. Jumlah kesepakatan kerjasama luar negeri di bidang kesehatan**

IKU ini bertujuan untuk mengukur kemampuan Indonesia untuk melakukan kerjasama dan kesepakatan internasional, termasuk di tingkat regional, atau bilateral yang akan berpengaruh pada pembangunan kesehatan di Indonesia. Selain itu IKU ini juga dalam rangka melaksanakan misi pembangunan nomor 3 dari 7 misi pembangunan sebagai upaya mewujudkan visi dan misi Presiden yaitu “mewujudkan politik luar negeri bebas dan aktif serta memperkuat jati diri sebagai negara maritim”. Capaian IKU akan dianggap semakin baik bila realisasinya lebih besar atau lebih tinggi dari yang ditargetkan.

Jumlah kesepakatan kerjasama luar negeri di bidang kesehatan dihitung dengan cara menjumlahkan dokumen kesepakatan internasional yang telah ditandatangani termasuk kesepakatan dalam persidangan internasional yang bersifat pemerintahan dan telah diimplementasikan oleh Kementerian Kesehatan untuk mendukung pencapaian sasaran strategis pembangunan kesehatan yang diukur dengan pelaporan monitoring dan evaluasi secara berkala dan komprehensif dalam satu tahun.

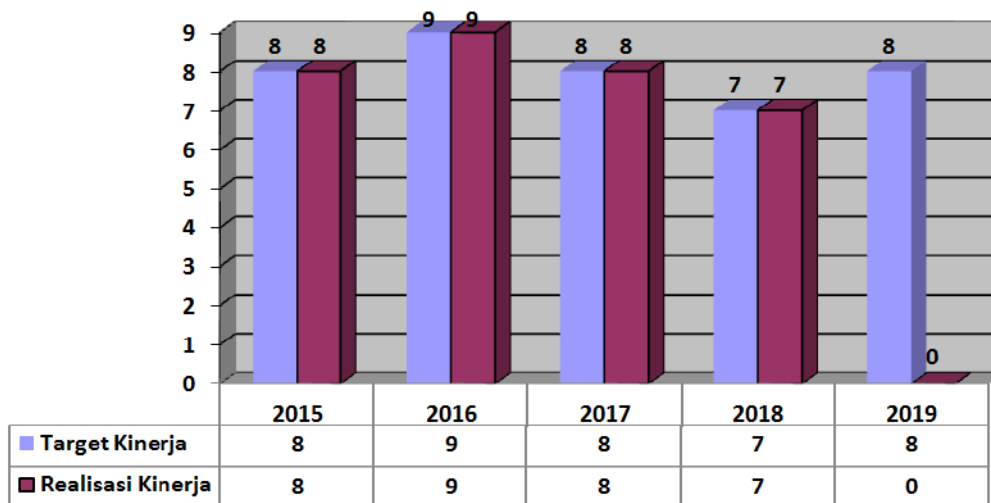
Perbandingan capaian kinerja kegiatan Peningkatan Kerja Sama Luar Negeri tahun dari 2015-2019 sebagaimana disajikan pada tabel di bawah ini:

**Tabel 3.27**  
**Capaian Target Kinerja Tahun 2015 – 2019**  
**Kegiatan Peningkatan Kerja Sama Luar Negeri**

No.	Indikator	Tahun 2015	Tahun 2016	Tahun 2017	Tahun 2018	Tahun 2019
1	Jumlah kesepakatan kerja sama luar negeri bidang kesehatan	Target : 8 Realisasi : 8 (100%)	Target : 9 Realisasi : 9 (100%)	Target : 8 Realisasi : 8 (100%)	Target : 7 Realisasi : 7 (100%)	Target : 8

Berdasarkan tren kinerja sejak tahun 2015 sampai dengan 2019, dapat disimpulkan bahwa pencapaian kinerja dalam periode jangka menengah tahun 2015-2019 dapat dicapai, sebagaimana disajikan pada grafik di bawah ini :

**Grafik 3.45**  
**Target Kinerja dan Realisasi Kinerja sesuai Renstra**  
**Kementerian Kesehatan 2015 – 2019**



Wujud dari pelaksanaan misi pembangunan Presiden dan Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan, dituangkan dalam dokumen Perjanjian Kinerja Biro Kerja Sama Luar Negeri Tahun 2018. Berdasarkan Perjanjian Kinerja, Biro Kerja Sama Luar Negeri mempunyai 1 (satu) Sasaran Strategis/Kegiatan dan 1 (satu) Indikator Kinerja dengan target kinerjanya adalah 7 dokumen kesepakatan kerja sama luar negeri bidang kesehatan. Hasil yang dicapai sampai dengan akhir tahun 2018 sebanyak 7 dokumen atau 100% dari target.

**Tabel 3.28 Capaian Kinerja**  
**Kerja Sama Luar Negeri, Tahun 2018**

No.	Nama Output	Target	Capaian	%	Keterangan
1	Kesepakatan kerja sama luar negeri	3	3	100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>MoU Kesehatan RI – Denmark : Pertukaran</li> </ul>

No.	Nama Output	Target	Capaian	%	Keterangan
	bilateral bidang kesehatan (Dokumen kesepakatan)				Informasi dalam rangka Implementasi MoU bidang Kesehatan (Agustus 2018) <ul style="list-style-type: none"> <li>MoU Kesehatan RI – Kerajaan Arab Saudi : <i>Joint Working Group</i> (Desember 2018)</li> <li>MoU Kesehatan RI – INGO (SIMAVI)</li> </ul>
2	Kesepakatan kerja sama luar negeri regional bidang kesehatan (Dokumen kesepakatan)	2	2	100%	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Health Priority Prevention of Injuries AHC 1 : The Workshop on the Establishment of Regional Network of National Collaborating Bodies on Road Traffic Injuries (RTI)</i> (April 2018)</li> <li><i>ASEAN Leader Declaration of the 13<sup>th</sup> ASEAN Health Ministers Meeting : Final draft of the ASEAN Action Plan on Nutrition 2018-2030, Way Forward</i> (September 2018)</li> </ul>
3	Kesepakatan kerja sama luar negeri multilateral bidang kesehatan (Dokumen kesepakatan)	2	2	100%	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Global Health Security Agenda (GHSa) Rancangan Instruksi Presiden mengenai konsep One Health</i> (Februari 2018)</li> <li><i>UN – Political Declaration on the Fight Against Tuberculosis Co-Facilitator : National Action Plan AMR (OP4)</i></li> </ul>

Untuk tercapainya tujuan Pembangunan Indonesia Sehat diperlukan dukungan sumber daya nasional dan mengoptimalkan peluang sumber daya luar negeri melalui kerja sama bilateral, regional dan multilateral. Kerja sama dilakukan mencakup pembentukan norma/standar serta dukungan bantuan hibah dan program teknis internasional dan regional serta kerja sama bilateral di bidang pelayanan kesehatan, kesehatan masyarakat, pengembangan farmasi dan alat kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan serta pengembangan sumber daya manusia kesehatan.

Upaya yang telah dilakukan sebagai pendukung keberhasilan :

- Peningkatan partisipasi aktif Indonesia pada forum multilateral dan regional bidang kesehatan seperti Majelis Umum PBB, WHO, UNAIDS, GNB, OKI, GHSa, FPGH, ASEAN, APEC.

- Optimalisasi pertemuan bilateral untuk pembentukan dan peningkatan implementasi Memorandum of Understanding (MoU) Kerja Sama Kesehatan Bilateral.

Tantangan/masalah yang masih perlu menjadi perhatian :

- Koordinasi antar unit pada Kementerian Kesehatan dalam menyusun posisi Indonesia pada forum multilateral, regional dan bilateral.
- Masih perlunya peningkatan kapasitas pelaku diplomasi kesehatan.

Inovasi/terobosan yang dilakukan/alternatif solusi :

- Peningkatan sosialisasi hasil-hasil pertemuan multilateral, regional dan bilateral.
- Peningkatan koordinasi secara reguler.
- Pengembangan kapasitas melalui pelatihan negosiasi dan *speech-writing*.

#### **8). Sasaran Strategis 8: Meningkatnya Integrasi Perencanaan, Bimbingan Teknis, dan Pemantauan Evaluasi**

Keberhasilan pembangunan kesehatan akan tercapai bila memperoleh dukungan manajemen yang memadai. Perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan program pembangunan kesehatan adalah komponen administrasi manajemen yang sangat penting. Kualitas perencanaan yang baik disertai pendampingan dalam pelaksanaannya berupa bimbingan teknis, serta pemantauan dan evaluasi program yang valid dan komprehensif akan menentukan tingkat kesuksesan pembangunan kesehatan.

Dalam kaitan dengan Sasaran Strategis ini, Kementerian Kesehatan mengidentifikasi dua Indikator Kinerja Utama (IKU) dengan hasil capaiannya sebagaimana tergambar dalam tabel berikut:

**Tabel 3.29**  
**Capaian IKU pada Sasaran Strategis 8: Meningkatnya Integrasi Perencanaan, Bimbingan Teknis, dan Pemantauan Evaluasi**

<b>SS8: Meningkatnya Integrasi Perencanaan, Bimbingan Teknis, dan Pemantauan Evaluasi</b>				
<b>Indikator Kinerja</b>		<b>Target</b>	<b>Realisasi</b>	<b>% Realisasi</b>
8a.	Jumlah provinsi yang memiliki rencana lima tahun dan anggaran kesehatan terintegrasi dari berbagai sumber	30	30	100%
8b.	Jumlah rekomendasi monitoring evaluasi terpadu	34	34	100%

Uraian tentang kedua IKU tersebut adalah sebagai berikut:

- Jumlah provinsi yang memiliki rencana lima tahun dan anggaran kesehatan terintegrasi dari berbagai sumber**

Definisi operasional dari indikator pertama adalah jumlah provinsi yang mempunyai dokumen pemetaan anggaran kesehatan di provinsi yang sesuai dengan prioritas nasional dengan menggunakan dana APBN dan APBD. Cara perhitungan Provinsi yang memiliki rencana dalam kurun waktu lima tahun dengan anggaran kesehatan terintegrasi dari berbagai sumber dana (APBN dan APBD).

**Tabel 3.30**  
**Perbandingan Target dan Realisasi Capaian (%) 2016 sd 2018**  
**dan target 2019**

Indikator Kinerja	2016			2017			2018		
	T	R	%	T	R	%	T	R	%
Jumlah Provinsi yang memiliki rencana lima tahun dan anggaran kesehatan terintegrasi dari berbagai sumber	16	16	100%	25	25	100%	30	30	100%

Output dari kegiatan yang terkait langsung maupun tidak langsung dengan pencapaian indikator ini pada umumnya dapat tercapai seluruhnya (100%) dengan menghasilkan kinerja jumlah Provinsi yang memiliki rencana lima tahun dan anggaran kesehatan terintegrasi dari berbagai sumber sejumlah 30 Provinsi sebagai berikut:

- a. Sumatera Utara
- b. Sumatera Selatan
- c. Sumatera Barat
- d. Riau
- e. Kepulauan Riau
- f. Jambi
- g. Bengkulu
- h. Bangka Belitung
- i. Lampung
- j. Banten
- k. DKI Jakarta
- l. Jawa Barat
- m. Jawa Timur
- n. Jawa Tengah
- o. DI Yogyakarta
- p. Bali
- q. Nusa Tenggara Timur
- r. Nusa Tenggara Barat
- s. Kalimantan Timur
- t. Kalimantan Selatan
- u. Kalimantan Utara
- v. Kalimantan Tengah
- w. Sulawesi Selatan
- x. Sulawesi Barat

- y. Sulawesi Tengah
- z. Sulawesi Tenggara
- aa. Gorontalo
- bb. Papua Barat
- cc. Maluku
- dd. Maluku Utara

Pencapaian indikator pertama yang mampu mencapai target yang direncanakan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan didukung oleh hal-hal sebagai berikut:

1. Undang – Undang Kesehatan;
2. Permenkes Nomor 7 Tahun 2014;
3. Hasil trilateral *meeting*;
4. Adanya partisipasi aktif dari Dinas Kesehatan Provinsi dalam menyusun Rencana Strategis Daerah;
5. Peran serta aktif Pemerintah Daerah dalam mendukung sektor kesehatan dengan dukungan APBD khususnya untuk anggaran kesehatan yang terintegrasi dari berbagai sumber.

Sebagai upaya yang akan dilakukan untuk indikator ini adalah monitoring dan evaluasi secara berkala ke provinsi dan memberikan feedback laporan ke Provinsi

**b. Jumlah rekomendasi monitoring evaluasi terpadu**

Kementerian Kesehatan memandang penting monitoring dan evaluasi dalam pelaksanaan program pembangunan kesehatan. Sejak tahun 2015 Kementerian Kesehatan memiliki kebijakan monitoring dan evaluasi program pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan melibatkan seluruh unit eselon I, tidak lagi berjalan parsial oleh masing-masing unit. Monitoring dan evaluasi program pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui pendekatan kewilayahan yang lebih komprehensif. IKU ini bertujuan agar seluruh masalah pelaksanaan program pembangunan kesehatan di seluruh wilayah Indonesia dapat dicarikan alternatif-alternatif solusi yang integratif dan komprehensif. IKU akan dianggap semakin baik bila realisasinya lebih besar atau lebih tinggi dari yang ditargetkan.

Indikator Jumlah rekomendasi monitoring evaluasi terpadu dihitung dengan cara menghitung jumlah dokumen rekomendasi yang dihasilkan dari pelaksanaan monitoring evaluasi terpadu yang dihasilkan pada satu tahun tertentu.

Target jumlah rekomendasi monitoring evaluasi terpadu ditetapkan dengan asumsi setiap kali pelaksanaan monitoring dan evaluasi terpadu program pembangunan kesehatan di suatu wilayah pada suatu provinsi akan menghasilkan satu dokumen rekomendasi. Ketika Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 disusun terdapat 34 provinsi. Jumlah tersebut yang digunakan sebagai dasar penetapan target pada tahun 2015 hingga tahun 2019.



**Tabel 3.31**  
**Target dan Realisasi Indikator Jumlah Rekomendasi Monitoring**  
**Evaluasi Terpadu Tahun 2016-2018**

Indikator Kinerja	2016			2017			2018			2019
	T	R	%	T	R	%	T	R	%	
Jumlah rekomendasi monitoring dan evaluasi terpadu	34	34	100%	34	34	100%	34	34	100%	34

Faktor yang mendukung pencapaian indikator ketiga adalah monitoring program yang menggunakan pendekatan binwil dengan melibatkan peran serta dari seluruh unit utama, serta konfirmasi pimpinan untuk melaksanakan program secara terpadu.

Inovasi yang dilakukan ke depan adalah:

- Meningkatkan kualitas melalui penyempurnaan sistem metode, instrumentasi dan analisis;
- Meningkatkan kerjasama lintas sektor dan lintas program; dan
- Tetap berkoordinasi dengan unit utama pada Januari 2019 untuk menyampaikan data terkait laporan monev terpadu

#### **9). Sasaran Strategis 9: Meningkatnya Efektivitas Penelitian dan Pengembangan Kesehatan**

Kementerian Kesehatan melalui Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan telah melakukan sejumlah penelitian dalam rangka mendukung pembangunan kesehatan di Indonesia. Penelitian merupakan investasi yang sangat berharga bagi ilmu pengetahuan, khususnya bidang kesehatan sehingga perlu diatur penggunaan dan pemanfaatannya.

Dalam kaitan dengan Sasaran Strategis ini, Kementerian Kesehatan mengidentifikasi tiga Indikator Kinerja Utama (IKU) dengan hasil capaiannya sebagaimana tergambar dalam tabel berikut:

**Tabel 3.32**  
**Capaian IKU pada Sasaran Strategis 9:**  
**Meningkatnya Efektivitas Penelitian dan Pengembangan Kesehatan**

SS9: Meningkatnya Efektivitas Penelitian dan Pengembangan Kesehatan				
Indikator Kinerja		Target	Realisasi	% Realisasi
9a.	Jumlah hasil Riset Kesehatan Nasional (Riskesnas) bidang kesehatan dan gizi masyarakat	1	1	100%
9b.	Jumlah rekomendasi dan kebijakan berbasis penelitian dan pengembangan kesehatan yang	24	42	175%

	diadvokasikan ke pengelola program kesehatan dan atau pemangku kepentingan.			
9c.	Jumlah hasil penelitian yang didaftarkan HKI	5	9	180,00%

Uraian tentang ketiga IKU tersebut adalah sebagai berikut:

**a) Jumlah laporan Riset Kesehatan Nasional (Riskesnas) bidang kesehatan dan gizi masyarakat**

IKU ini memiliki definisi operasional jumlah laporan Riset Kesehatan Nasional yang dituliskan berdasarkan hasil penelitian dan pengembangan (sesuai dengan agenda Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan). IKU ini bertujuan untuk mendorong lebih banyak penelitian dan pengembangan bidang kesehatan yang dihasilkan. IKU akan dianggap semakin baik bila realisasinya lebih besar atau lebih tinggi dari yang ditargetkan.

Definisi operasional indikator ini adalah jumlah hasil Riskesnas yang ditulis berdasarkan hasil litbang (sesuai dengan agenda Badan Litbang Kesehatan). Cara perhitungan indikator ini dengan menghitung jumlah laporan Riskesnas yang ditulis berdasarkan hasil litbang kesehatan, dibuktikan dengan adanya dokumen tertulis sebagai laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018.

**Tabel 3.33 Capaian Kinerja Indikator Jumlah Hasil Riset Kesehatan Nasional (Riskesnas) Bidang Kesehatan dan Gizi Masyarakat**

Sasaran	Indikator	Target	Capaian	%
Meningkatnya kualitas penelitian, pengembangan dan pemanfaatan di bidang kesehatan	Jumlah Hasil Riset Kesehatan Nasional (Riskesnas) bidang kesehatan dan gizi masyarakat	1	1	100

Berdasarkan Renstra 2015-2019, Badan Litbang Kesehatan diarahkan pada riset yang menyediakan informasi untuk mendukung program kesehatan baik dalam bentuk kajian, riset kesehatan nasional, pemantauan berkala, riset terobosan berorientasi produk, maupun riset pembinaan dan jejaring. Beberapa terobosan riset telah dilaksanakan seperti Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Survei Indikator Kesehatan Nasional (Sirkesnas), Riset Tenaga Kesehatan (Risnakes), Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes), Riset Evaluasi Kinerja *Team Based Nusantara Sehat*, dan Riset Evaluasi Kemajuan Pelaksanaan PIS-PK.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) merupakan penelitian berbasis komunitas yang diselenggarakan oleh Badan Litbangkes Kemenkes RI setiap 5 (lima) tahun sekali yang bertujuan memberikan informasi kesehatan yang dapat menggambarkan capaian pelaksanaan program. Riskesdas Tahun 2018 merupakan Riskesdas yang ke-4 setelah Riskesdas tahun 2007, Riskesdas tahun 2010, dan Riskesdas tahun 2013. Riskesdas tahun

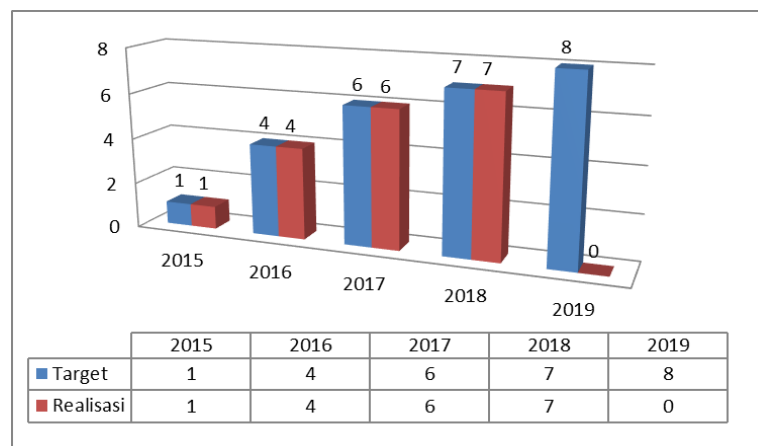
2018 dilaksanakan terintegrasi dengan Survey Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) bulan Maret 2018. Pelaksanaan integrasi untuk mendukung kebijakan One Data, yaitu tidak ada 2 (dua) angka yang berbeda untuk indikator yang sama pada tahun yang sama. Tujuan Riskesdas tahun 2018 secara garis besar adalah menilai perubahan indikator terkait derajat kesehatan tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota; menilai perubahan indikator determinan derajat kesehatan (yankes, lingkungan, perilaku) tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota; menilai perubahan Indeks Pembangunan kesehatan (IPKM) tingkat kabupaten/kota (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2018).

**Gambar 3.29 Kegiatan Riskesdas Tahun 2018**



Gambaran indikator riset skala nasional dalam kerangka Renstra 2015-2019 disajikan dalam grafik 3-48 berikut

**Grafik 3.46 Perbandingan Realisasi Kinerja Tahun 2018 dengan Target Jangka Menengah Renstra 2015-2019**



Indikator hasil Riset Kesehatan Nasional (Riskesnas) bidang kesehatan dan gizi masyarakat tahun 2018 secara kumulatif telah berhasil memenuhi target yang ditetapkan dalam Renstra 2015-2019. Hal ini didukung oleh adanya perencanaan yang matang, dukungan manajemen, tim teknis dan para tim pakar. Hasil Riskesdas tahun 2018 telah diluncurkan oleh Menteri Kesehatan pada tanggal 2 November 2018 dan diharapkan hasil advokasi tersebut dapat menjadi input kebijakan kesehatan yang berbasis bukti.

**b) Jumlah rekomendasi kebijakan berbasis penelitian dan pengembangan kesehatan yang diadvokasikan ke pengelola program kesehatan dan atau pemangku kepentingan.**

IKU didefinisikan dengan jumlah rekomendasi kebijakan (*policy brief/policy paper*) yang ditulis berdasarkan hasil penelitian dan pengembangan kesehatan yang disampaikan dalam forum atau pertemuan kepada pengelola program dan atau pemangku kepentingan. IKU ini bertujuan untuk efektivitas pemanfaatan hasil penelitian yang telah dihasilkan. IKU akan dianggap semakin baik bila realisasinya lebih besar atau lebih tinggi dari yang ditargetkan.

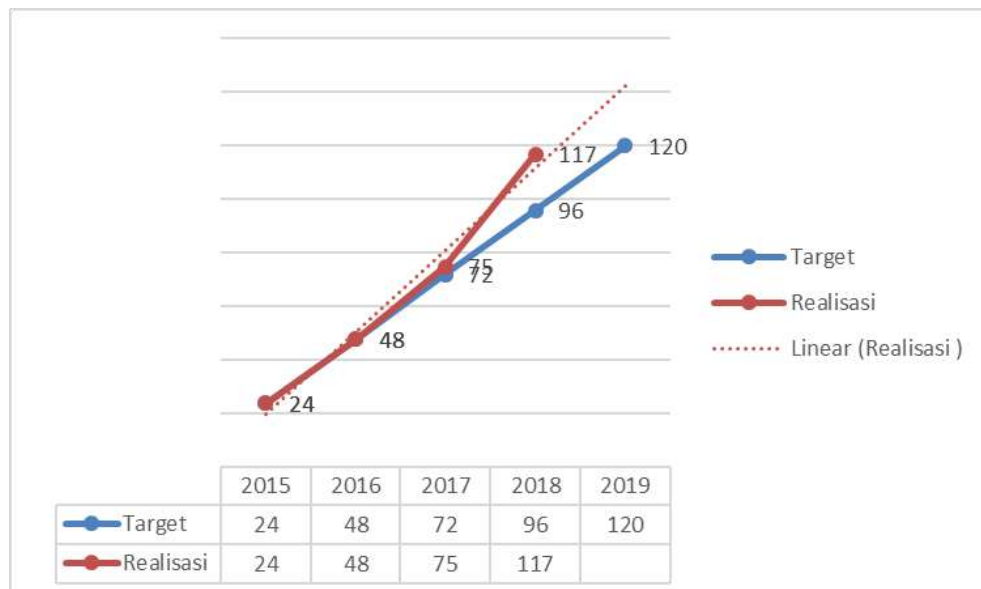
Definisi operasional indikator ini adalah jumlah rekomendasi kebijakan (*policy brief/policy paper*) yang ditulis berdasarkan hasil litbang kesehatan yang disampaikan dalam forum atau pertemuan kepada pengelola program dan atau pemangku kepentingan. Cara perhitungan indikator ini dengan menghitung jumlah rekomendasi kebijakan (*policy brief/policy paper*) yang ditulis berdasarkan hasil litbang kesehatan yang disampaikan dalam forum atau pertemuan kepada pengelola program dan atau pemangku kepentingan yang dibuktikan dengan adanya *policy paper* dan laporan forum/pertemuan.

**Tabel 3.34**  
**Capaian Kinerja Indikator Hasil Rekomendasi Kebijakan Tahun 2018**

Sasaran	Indikator	Target	Capaian	%
Meningkatnya kualitas penelitian, pengembangan dan pemanfaatan di bidang kesehatan	Hasil rekomendasi kebijakan berbasis penelitian dan pengembangan kesehatan yang diadvokasikan ke pengelola program kesehatan dan atau pemangku kepentingan	24	42	175

Indikator rekomendasi kebijakan berbasis penelitian dan pengembangan kesehatan yang diadvokasikan ke pengelola program kesehatan dan atau pemangku kepentingan telah berhasil memenuhi capaian sesuai target pada dokumen PK Badan Litbang Kesehatan tahun 2018. Gambaran indikator ini dalam kerangka Renstra 2015-2019 disajikan dalam grafik berikut.

**Grafik 3.47 Perbandingan Realisasi Kinerja Tahun 2018 dengan Target Jangka Menengah Renstra 2015-2019**



Indikator jumlah rekomendasi kebijakan berbasis litbangkes yang diadvokasikan ke pengelola program kesehatan dan atau pemangku kepentingan tahun 2018 secara kumulatif telah berhasil melebihi dari target yang ditetapkan dalam Renstra 2015-2019. Rekomendasi kebijakan yang telah diadvokasikan pada tahun 2018 telah menghasilkan 42 rekomendasi kebijakan dengan judul terlampir.

Pencapaian rekomendasi kebijakan yang telah diadvokasikan melebihi dari target yang 24 yang direncanakan dengan capaian 42 rekomendasi kebijakan (175%). Capaian keberhasilan tersebut diperoleh karena upaya Badan Litbang kesehatan dalam beberapa strategi yaitu:

1. proaktif menghadiri pertemuan kegiatan diseminasi dan advokasi dengan melakukan kunjungan ke unit kerja di daerah dan unit utama;
2. Sosialisasi rekomendasi dan advokasi dalam pertemuan laporan triwulan;
3. Mendorong satker untuk melakukan advokasi dan rekomendasi hasil riset;
4. Melakukan bimbingan teknis/bimtek ke satker sebagai bentuk koordinasi dalam hal dokumentasi kegiatan dan mengawal proses advokasi.

Dalam proses pelaksanaan, kendala yang dihadapi yaitu rekomendasi kebijakan yang diserahkan dari satker masih belum sesuai dan membutuhkan perbaikan karena koordinasi yang masih belum efektif antara satker pengampu dan satker ampuan dalam perencanaan penyusunan rekomendasi kebijakan dan advokasi. Selain itu, intensitas koordinasi antara sekretariat dan satker juga belum optimal dalam pelaksanaan advokasi menyebabkan ada perbedaan persepsi tentang advokasi di tingkat satker. Umumnya penyusunan rekomendasi belum menjadi prioritas di tingkat

satker sehingga desain perencanaan dan pelaksanaan penyusunan rekomendasi dan advokasi masih belum efektif.

**c. Jumlah hasil penelitian yang didaftarkan HKI**

Secara nasional, pengaturan pemanfaatan hasil penelitian adalah dengan mendaftarkannya sebagai Hasil Kekayaan Intelektual (HKI) pada Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia. IKU ini bertujuan agar semua hasil penelitian di bidang kesehatan dapat tercatat secara sah sehingga pemanfaatannya lebih terjamin. IKU akan dianggap semakin baik bila realisasinya semakin besar.

Definisi Operasional indikator ini adalah jumlah hasil litbangkes yang didaftarkan HKI ke Direktorat Jenderal HKI Kementerian Hukum dan HAM dengan bukti telah menerima nomor registrasi. Penelitian yang dilaksanakan oleh Badan Litbang Kesehatan merupakan investasi yang bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan. Indikator ini tercantum dalam dokumen PK dan juga merupakan IKP Badan Litbang Kesehatan sesuai dengan dokumen Renstra Kemenkes tahun 2015-2019.

**Tabel 3.35**

**Capaian Indikator Jumlah Penelitian yang Didaftarkan HKI Tahun 2018**

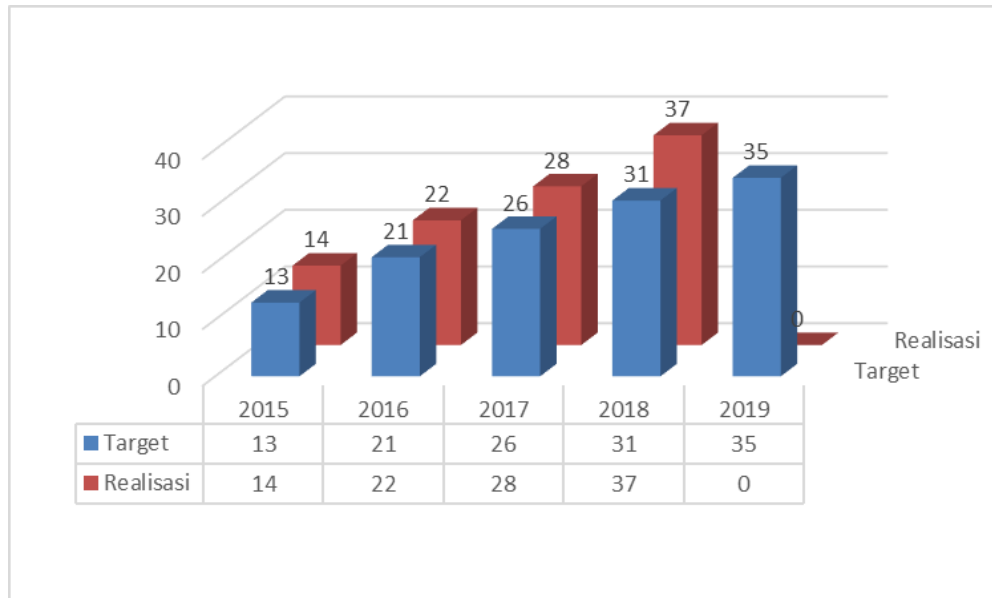
Sasaran	Indikator	Target	Capaian	%
Meningkatnya kualitas penelitian, pengembangan dan pemanfaatan di bidang kesehatan	Jumlah hasil penelitian yang didaftarkan HKI	5	9	180

Berdasarkan capaian indikator kinerja Renstra Kemenkes tahun 2015-2019, tahun 2018 capaian hasil penelitian HKI melebihi target sebanyak empat Kekayaan Intelektual dibandingkan tahun 2017 dengan total capaian sembilan HKI. Peningkatan capaian tahun 2018 telah melebihi target yang ditetapkan sebesar 180%. Daftar HKI Badan Litbangkes Tahun 2018 terlampir.

Dalam kerangka Renstra 2015-2019, capaian indikator jumlah hasil penelitian yang didaftarkan HKI pada tahun 2018 disajikan pada grafik berikut



**Grafik 3.48 Perbandingan Realisasi Kinerja Tahun 2018 dengan Target Jangka Menengah Renstra 2015-2019**



Capaian HKI tahun 2018 telah melampaui target 180% dari target yang ditetapkan. Upaya yang telah dilakukan untuk mencapai keberhasilan tersebut adalah dengan melakukan hal-hal sebagai berikut:

- Melakukan identifikasi penelitian yang berpotensi KI dan memfasilitasi satker dalam menjalin kerja sama dengan mitra usaha sejak awal penelitian dengan kerjasama dengan Pusinov LIPI dalam melakukan pengelolaan KI dengan menggunakan Aplikasi IP Port yang dikembangkan oleh Pusinov LIPI.
- Melakukan pertemuan dengan para pimpinan/pejabat struktural dan para peneliti untuk memotivasi menciptakan penelitian yang berpotensi KI
- Melakukan pendampingan/pelatihan bagi para peneliti untuk mengawal KI sampai dengan tingkat komersialisasi
- Mengoptimalkan anggaran untuk pelaksanaan drafting, uji substantif bagi pendaftaran baru (2018 & 2019) dan pendaftaran lama (sebelum 2018) yang masih tertunda uji substantifnya, serta kegiatan temu bisnis.
- Melakukan pendampingan untuk komersialisasi hasil penelitian yang telah mendapatkan Paten.

Walaupun target telah tercapai, namun ada beberapa kendala yang dihadapi yaitu:

- Penelitian inovatif berpotensi Kekayaan Intelektual belum menjadi prioritas;
- Hasil penelitian yang dipatenkan, tidak direncanakan dari awal untuk dipatenkan;
- Kesadaran peneliti masih lemah terhadap urgensi kekayaan intelektual sehingga peneliti lebih prioritas pada keilmuan untuk pengembangan karir daripada menghasilkan penelitian berpotensi paten;
- Unit pendukung untuk *scale up* dan kerja sama lintas program dan industry masih minim.

Dalam mengatasi kendala, upaya yang telah dilakukan sebagai tindak lanjut dalam mengatasi kendala yaitu:

- Melakukan sosialisasi mengenai pentingnya kekayaan intelektual
- Melakukan proses identifikasi potensi kekayaan Intelektual lebih awal sejak penyusunan protokol penelitian
- Melakukan mekanisme quality control untuk memilah kandidat kekayaan intelektual yang akan didaftarkan dan memenuhi kebutuhan prprogram
- Menyusun rencana pelaksanaan pelatihan drafting paten untuk meningkatkan semangat berinovasi dan berkreasi agar menghasilkan invensi/teknologi yang bermanfaat serta menumbuhkan kesadaran pentingnya perlindungan Kekayaan Intelektual khususnya paten.

**10). Sasaran Strategis 10: Meningkatnya Tata Kelola Kepemerintahan yang Baik dan Bersih**

Kementerian Kesehatan melalui Inspektorat Jenderal telah meningkatkan peran Aparat Pengawas Intern Pemerintah (APIP) dalam mengawal dan memastikan berjalannya proses Reformasi Birokrasi (RB) di lingkungan Kementerian Kesehatan berjalan dengan baik. Hal ini diwujudkan pada peningkatan peran APIP dalam memberikan keyakinan atas pencapaian tujuan Kementerian Kesehatan, sekaligus sebagai sistem peringatan dini (*early warning system*) terhadap potensi penyimpangan/kecurangan yang terjadi karena kelemahan sistem ataupun akibat tindak pelanggaran individu.

Pengawasan intern pemerintah merupakan fungsi manajemen yang penting dalam penyelenggaraan pemerintahan. Melalui pengawasan intern dapat diketahui apakah suatu instansi pemerintah telah melaksanakan kegiatan sesuai dengan tugas dan fungsinya secara efektif dan efisien serta telah sesuai dengan rencana dan kebijakan yang telah ditetapkan. Selain itu, pengawasan intern atas penyelenggaraan pemerintahan diperlukan untuk mendorong terwujudnya *good governance* dan mendukung penyelenggaraan pemerintahan yang efektif, efisien, transparan, akuntabel, serta bersih dan bebas dari praktik korupsi, kolusi dan nepotisme.

Dalam kaitan tersebut, Kementerian Kesehatan menetapkan sasaran strategis Meningkatnya Tata Kelola Kepemerintahan yang Baik dan Bersih dengan Indikator Kinerja Utama (IKU) persentase satuan kerja yang memiliki temuan kerugian negara  $\leq 1\%$ . Gambaran capaian sasaran strategis tersebut dapat dilihat dalam tabel berikut:

**Tabel 3.36**  
**Capaian IKU pada Sasaran Strategis 10:**  
**Meningkatnya Tata Kelola Kepemerintahan yang Baik dan Bersih**

<b>SS10: Meningkatnya Tata Kelola Kepemerintahan yang Baik dan Bersih</b>				
Indikator Kinerja		Target	Realisasi	% Realisasi
10a.	Persentase satuan kerja yang dilakukan audit memiliki temuan kerugian negara $\leq 1\%$	97%	98,24%	101,28%

Uraian tentang IKU tersebut adalah sebagai berikut:

Definisi operasional dari Satuan kerja yang memiliki temuan kerugian negara  $\leq 1\%$  adalah “Satuan kerja pengelola APBN Kementerian Kesehatan dengan temuan kerugian negara  $\leq 1\%$  dari total realisasi anggaran dalam satu periode tahun anggaran berdasarkan laporan hasil audit (Audit Operasional oleh Inspektorat Jenderal Kemenkes, Audit Laporan Keuangan oleh Badan Pemeriksa Keuangan dan Semua Jenis Audit oleh Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan)”.

IKU bertujuan untuk mendorong penggunaan anggaran yang lebih akuntabel di lingkungan Kementerian Kesehatan. IKU ini akan dianggap semakin baik apabila realisasinya lebih tinggi dari yang ditargetkan.

Persentase satuan kerja pengelola APBN yang dilakukan audit memiliki temuan kerugian negara  $\leq 1\%$  dihitung dengan formulasi sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah satuan kerja pengelola APBN Kemenkes dengan nilai temuan kerugian negara } \leq 1\% \text{ berdasarkan hasil audit}}{\text{Jumlah satker pengelola APBN Kemenkes yang diaudit}} \times 100\%$$

Jumlah satker yang diaudit oleh APF sebanyak 227 satker yang telah diaudit baik oleh Itjen Kementerian Kesehatan (152 satker) maupun oleh BPK (72 satker) serta oleh BPKP (3 satker), terdapat 4 satker yang memiliki kerugian negara diatas 1 %, sehingga persentase satker yang memiliki kerugian negara  $\leq 1\%$  adalah sebagai berikut:

227 satker – 4 satker = 223 satker

$$\frac{223 \text{ satker KN } \leq 1\%}{227 \text{ satker yang diaudit}} \times 100\% = 98,24\%$$

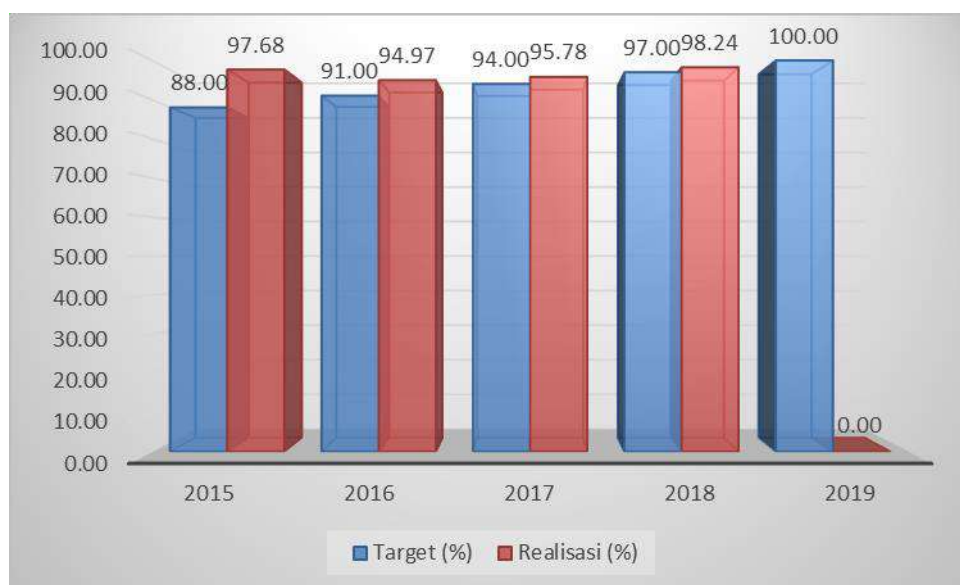
**Tabel 3.37 Realisasi dan Capaian Indikator  
Meningkatnya Tata Kelola Pemerintahan yang Baik dan Bersih  
Tahun 2017-2018**

Realisasi IKU Inspektorat Jenderal	2018		2017	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
	97,00%	98,24%	94,00%	95,78%

Jika melihat dari tabel diatas, realisasi IKU Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan mengalami kenaikan capaian dari 95,78% pada tahun 2017 menjadi 98,24% pada tahun 2018. Satuan kerja yang diaudit oleh APF pada tahun 2018 sebanyak 227 satker dengan 4 satker memiliki kerugian negara di atas 1 %, sedangkan tahun 2017 sebanyak 237 satker dengan 10 satker memiliki kerugian negara di atas 1 %. Semakin sedikit satker yang memiliki kerugian negara di atas 1% menunjukkan persentase capaian kinerja yang semakin naik.

Apabila capaian kinerja Inspektorat Jenderal diperbandingkan dengan target capaian kinerja jangka menengah maka dapat dilihat dalam grafik sebagai berikut:

**Grafik 3.49 Perbandingan Realisasi Kinerja s.d Tahun 2017  
dengan Target Jangka Menengah Renstra 2015 – 2019**



Capaian kinerja Inspektorat Jenderal sebesar 98,24% pada tahun 2018 belum memenuhi dari target kinerja yang direncanakan pada tahun tersebut yakni sebesar 97%. Dan jika diperbandingkan dengan target capaian kinerja jangka menengah Inspektorat Jenderal, maka target kinerja pada tahun 2018 sebenarnya telah tercapai pada tahun 2015. Namun pada tahun 2019 tantangan Inspektorat Jenderal semakin besar karena seluruh satuan kerja dibawah Kementerian Kesehatan tidak boleh ada temuan Kerugian Negara diatas 1%.

Keberhasilan pencapaian target sasaran Inspektorat Jenderal tahun 2018 dikarenakan telah dilaksanakannya kegiatan reviu, pemantauan, dan kegiatan pengawasan lainnya secara berkesinambungan terhadap satuan kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan diantaranya sebagai berikut:

a. Reviu Laporan Keuangan

Dalam rangka mempertahankan opini laporan keuangan Kementerian Kesehatan, maka Inspektorat Jenderal melaksanakan kegiatan reviu atas laporan keuangan. Reviu laporan keuangan bertujuan memberikan keyakinan tentang akurasi, keandalan, dan keabsahan informasi yang disajikan pada laporan keuangan sehingga laporan keuangan sesuai Standar Akuntansi Pemerintah (SAP).

b. Reviu Pengadaan Barang/Jasa dan Penyerapan Anggaran

Guna meningkatkan laju pertumbuhan ekonomi di Indonesia, pemerintah telah melakukan berbagai upaya, antara lain melalui *government spending* atau belanja pemerintah yang terdiri dari belanja pegawai, belanja barang, belanja modal, pembayaran bunga utang, subsidi, belanja hibah, bantuan sosial, dan belanja lain-lain.

c. Pendampingan Penyusunan Laporan Keuangan Berbasis Risiko

Pendampingan penyusunan laporan keuangan setiap satuan kerja diharapkan dapat tersusun sesuai dengan Standar Akuntansi Pemerintah (SAP), sehingga terselenggara laporan keuangan yang akuntabel dan berdasarkan bukti (*evidence based*).

d. Pengamanan Aset Kementerian Kesehatan

Pengamanan aset Kementerian Kesehatan dilakukan dalam upaya mendorong terselenggaranya penatausahaan dan tata kelola aset sesuai dengan ketentuan yang berlaku, terutama pada satuan kerja penerima dana Tugas Pembantuan (TP) yang dialihkan ke Dana Alokasi Khusus (DAK).

e. Pendampingan/Konsultasi Pengadaan Barang/Jasa

Pendampingan/konsultasi pengadaan barang/jasa dilakukan dengan tujuan untuk memelihara tingkat kepercayaan publik dan peserta tender, meyakinkan keputusan yang dibuat terhindar dari tuntutan hukum, menciptakan akuntabilitas dalam proses pengadaan barang/jasa, dan menghindari terjadinya praktik korupsi.

f. Peningkatan Akuntabilitas Kinerja Satuan Kerja

Dalam upaya meningkatkan akuntabilitas kinerja di setiap satuan kerja, Inspektorat Jenderal melakukan Evaluasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP). Evaluasi ini dilakukan sebelum Kementerian PAN dan RB melakukan evaluasi SAKIP Kementerian Kesehatan. Selain itu, dilaksanakan pula reviu LAKIP.

g. Peningkatan Kualitas Perencanaan dan Penganggaran

Dalam rangka meningkatkan penyusunan perencanaan dan penganggaran Kementerian Kesehatan, Inspektorat Jenderal melaksanakan kegiatan reviu Rencana Kerja Anggaran Kementerian/Lembaga (RKA-K/L) di masing-masing unit utama atau satuan kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan. Kegiatan ini dilakukan sebelum dilakukan penelaahan oleh Direktorat Jenderal Anggaran Kementerian Keuangan.

h. Percepatan Tindak Lanjut Hasil Pengawasan Aparat Pengawasan Intern Pemerintah (APIP). Salah satu tugas Inspektorat Jenderal adalah memastikan bahwa satuan kerja telah menindaklanjuti rekomendasi atau saran hasil audit internal maupun

eksternal. Oleh karena itu, Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan mempunyai peran yang sangat penting dalam memantau percepatan tindak lanjut, sehingga tindak lanjut dapat terlaksana tepat waktu sesuai ketentuan. Percepatan tindak lanjut dilakukan melalui pemantauan dan pemutakhiran data, serta dilakukan bimbingan teknis dalam rangka memberikan masukan kepada satuan kerja untuk penyelesaian tindak lanjut hasil audit yang dilakukan secara berkala.

- i. Kerjasama Pengawasan dengan Aparat Pengawasan Intern Pemerintah (APIP) lain  
Kerjasama pengawasan dilakukan dengan aparat pengawasan lain yaitu Inspektorat Jenderal Kementerian/Lembaga, Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan (BPKP) maupun Inspektorat Provinsi/Kabupaten/Kota.
- j. Penanganan Pengaduan Masyarakat  
Dalam rangka meningkatkan penyelesaian pengaduan masyarakat, Kementerian Kesehatan telah membentuk tim untuk menangani pengaduan masyarakat berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: HK.02.02/MENKES/239/2016 tanggal 11 April 2016 tentang Tim Penanganan Pengaduan Masyarakat Terpadu. Dalam pelaksanaannya dilakukan berdasarkan Peraturan Menteri PAN Nomor PER/05/M.PAN/14/2009 tentang Pedoman Umum Penanganan Pengaduan Masyarakat bagi Instansi Pemerintah.
- k. Koordinasi Integrasi Program  
Mengawal terlaksananya integrasi program prioritas 2016-2019 seperti Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Pos Pembinaan Terpadu (PTM di Posbindu) dan Program Pencegahan dan Pengendalian Tuberkulosis.
- l. Penguatan Tata Kelola Pemerintahan yang Baik  
Untuk mencapai tujuan tata kelola yang baik, Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan menerapkan prinsip-prinsip tata kelola yang baik, diantaranya:
  - 1) Keterbukaan (*Transparency*), yaitu keterbukaan dalam melaksanakan proses pengambilan keputusan dan keterbukaan dalam mengungkapkan informasi material dan relevan mengenai organisasi.
  - 2) Akuntabilitas (*Accountability*), yaitu kejelasan fungsi, pelaksanaan dan pertanggungjawaban organisasi sehingga pengelolaan organisasi terlaksana secara efektif.
  - 3) Responsibilitas (*Responsibility*), yaitu kesesuaian di dalam pengelolaan organisasi terhadap peraturan perundang-undangan dan prinsip organisasi yang sehat.
  - 4) Independensi (*Independency*), yaitu organisasi dikelola secara professional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip organisasi.
  - 5) Prediktabilitas (*Predictability*), yaitu implementasi yang konsisten dari kebijakan pendukung, peraturan dan regulasi.
  - 6) Dinamis (*Dynamism*), yaitu inovasi atau perubahan positif dalam tata kelola yang dapat meningkatkan efisiensi kinerja Inspektorat Jenderal.
- m. Pelaksanaan Aksi Pencegahan dan Pemberantasan Korupsi diantaranya melalui :
  1. Pembangunan Zona Integritas menuju WBK/WBBM
  2. Penerapan Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) di lingkungan Kementerian Kesehatan melalui pendampingan penilaian risiko dalam rangka penerapan SPIP di seluruh satuan kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan.



3. Pemantapan Pendidikan dan Budaya Anti Korupsi (PBAK) melalui pelaksanaan kegiatan sosialisasi dan diseminasi pencegahan korupsi di satuan kerja.
4. Mendorong pengendalian gratifikasi di lingkungan Kementerian Kesehatan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 14 Tahun 2014 tentang Pengendalian Gratifikasi dan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: HK.02.02/MENKES/306/2014 tentang Petunjuk Teknis Pengendalian Gratifikasi di lingkungan Kementerian Kesehatan.
5. Mengoptimalkan Pelaporan Harta Kekayaan Penyelenggara Negara bagi aparatur wajib lapor di lingkungan Kementerian Kesehatan.
- n. Program Penguatan Sistem Pengawasan  
Meningkatkan implementasi penanganan pengaduan masyarakat di semua unit organisasi.
- o. Meningkatkan Implementasi *Whistleblowing System* (WBS) di seluruh satuan kerja Kementerian Kesehatan.
- p. Meningkatkan Pencegahan Benturan Kepentingan.
- q. Mendorong Pelaksanaan SPIP pada satuan kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan.
- r. Mendorong satuan kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan untuk mendapat predikat Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM).

**11). Sasaran Strategis 11: Meningkatnya Kompetensi dan Kinerja Aparatur Kementerian Kesehatan**

Dalam kaitan dengan Sasaran Strategis ini, Kementerian Kesehatan mengidentifikasi dua Indikator Kinerja Utama (IKU) dengan hasil capaiannya sebagaimana tergambar dalam tabel berikut:

**Tabel 3.38**  
**Capaian IKU pada Sasaran Strategis 11:**  
**Meningkatnya Kompetensi dan Kinerja Aparatur Kementerian Kesehatan**

SS11: Meningkatnya Kompetensi dan Kinerja Aparatur Kementerian Kesehatan				
Indikator Kinerja		Target	Realisasi	% Realisasi
11a.	Persentase Pejabat Pimpinan Tinggi, Administrator dan Pengawas di lingkungan Kementerian Kesehatan yang kompetensinya sesuai persyaratan jabatan	85%	86,75%	102,06%
11b.	Persentase pegawai Kementerian Kesehatan dengan nilai kinerja minimal baik	91%	99,80%	109,67%

Uraian tentang kedua IKU tersebut adalah sebagai berikut:

**a. Persentase Pejabat Pimpinan Tinggi Administrator dan pengawas dilingkungan Kementerian Kesehatan yang kompetensinya sesuai persyaratan jabatan**

Indikator ini merujuk kepada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2012 tentang Standar Kompetensi Jabatan Struktural di lingkungan Kementerian Kesehatan. Definisi Operasional IKU ini adalah Jumlah Pejabat pimpinan tinggi, administrator dan pengawas dilingkungan Kementerian Kesehatan yang telah memenuhi sesuai standar kompetensi jabatan.

IKU ini bertujuan untuk mendukung pelaksanaan reformasi birokrasi yang mengharapkan pelayanan publik yang lebih baik. IKU akan dianggap semakin baik bila realisasinya lebih besar atau lebih tinggi dari yang ditargetkan.

Persentase Pejabat Pimpinan Tinggi Administrator dan pengawas dilingkungan Kementerian Kesehatan yang kompetensinya sesuai persyaratan jabatan, dihitung dari persentase Jumlah Pejabat Pimpinan Tinggi, Administrator dan Pengawas dilingkungan Kementerian Kesehatan yang telah memenuhi atau sesuai dengan standar kompetensi jabatan. Standar kompetensi tersebut diantaranya adalah memenuhi persyaratan jabatan yang telah ditentukan sesuai peraturan yang berlaku

Persentase Pejabat Pimpinan Tinggi Administrator dan pengawas dilingkungan Kementerian Kesehatan yang kompetensinya sesuai persyaratan jabatan, dihitung dengan formula:

$$\begin{array}{l} \text{\% Pejabat Pimpinan Tinggi,} \\ \text{Administrator dan Pengawas} \\ \text{di lingkungan Kementerian} \\ \text{Kesehatan yang} \\ \text{kompetensinya sesuai} \\ \text{persyaratan jabatan} \end{array} = \frac{\sum \text{Pejabat Pimpinan Tinggi,} \\ \text{Administrator dan Pengawas} \\ \text{yang telah memenuhi standar} \\ \text{kompetensi jabatan}}{\text{Jumlah Pejabat Pimpinan Tinggi,} \\ \text{Administrator dan Pengawas} \\ \text{di lingkungan Kementerian} \\ \text{Kesehatan}} \times 100\%$$

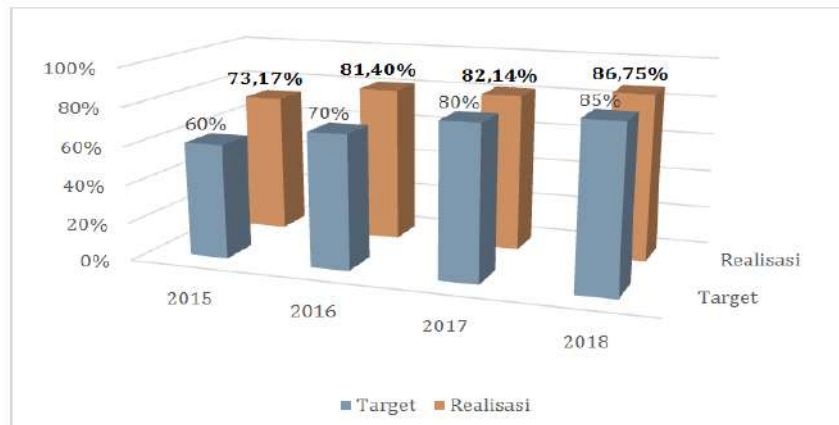
Definisi operasional yang digunakan dalam menentukan seorang pejabat struktural telah memenuhi standar kompetensi dengan kriteria sebagai berikut:

- 1) Jumlah pejabat eselon I dan II yang ditetapkan setelah melalui berbagai proses seleksi terbuka (*Open Recruitment*) dan telah dilaporkan kepada Komisi Aparatur Sipil Negara (KASN).
- 2) Jumlah pejabat eselon III dan IV yang telah mengikuti Diklat Kepemimpinan sesuai jenjangnya dengan mengacu pada Undang-Undang Aparatur Sipil Negara.

Berdasarkan data yang diperoleh Biro Kepegawaian Kementerian Kesehatan, terdapat 2.242 orang pejabat struktural, dan 1.945 pejabat telah memenuhi kompetensi sesuai persyaratan. Dengan demikian, 86,75% dari total pejabat struktural telah memiliki kompetensi sesuai persyaratan pada akhir tahun 2018. Dengan merujuk kepada data tersebut, capaian indikator kinerja persentase pejabat struktural di lingkungan

Kementerian Kesehatan yang kompetensinya sesuai persyaratan jabatan dinilai cukup baik karena telah melebihi target yang ditetapkan sebesar 80%.

**Grafik 3.50**  
**Persentase pejabat struktural di lingkungan Kementerian Kesehatan yang kompetensinya sesuai persyaratan jabatan**



Dibalik pencapaian kinerja pada tahun 2018 yang menunjukkan hasil cukup baik, terdapat sejumlah kegiatan atau upaya yang telah dilakukan sebagai pendukung keberhasilan tersebut, yaitu:

1. Melaksanakan proses pelaksanaan penilaian Badan Pertimbangan Jabatan dan Kepangkatan atau BAPERJAKAT.
2. Melaksanakan pengisian jabatan eselon I dan II yang dilaksanakan oleh Panitia Seleksi Terbuka (PANSEL) yang dalam penentuan mutasi dan promosi jabatan eselon I dan II juga memperhatikan kompetensi pejabat yang akan menduduki jabatan.
3. Melakukan pemanggilan pejabat yang belum mengikuti Pendidikan dan Pelatihan Kepemimpinan (DIKLATPIM).
4. Melakukan Uji Kompetensi (Assessment) kepada seluruh pejabat struktural di lingkungan Kementerian Kesehatan secara bertahap tiap tahunnya

Pada grafik 3.53 dapat dilihat pula bahwa dengan hasil capaian pada tahun 2018 yang masih *on track* serta menunjukkan kecenderungan meningkat. Diperkirakan target pada tahun 2019 sebesar 90% (target akhir periode Renstra Kemenkes 2015-2019) dapat dicapai.

**b. Persentase pegawai Kementerian Kesehatan dengan nilai kinerja minimal baik**

Sejak tahun 2014, sistem penilaian kinerja pegawai mengalami perubahan. Sistem penilaian kinerja dengan menggunakan Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan (DP3) telah diubah dengan Sasaran Kerja Pegawai (SKP) dan Perilaku Kerja. IKU ini bertujuan untuk mendorong terjadinya peningkatan pegawai yang akan memberi pengaruh positif pada meningkatkan kinerja pelayanan publik dalam lingkup Kementerian Kesehatan. IKU akan dianggap semakin baik bila realisasinya lebih besar atau lebih tinggi dari yang ditargetkan.

Definisi Operasional IKU adalah Jumlah CPNS dan PNS dilingkungan Kementerian Kesehatan yang mempunyai hasil penilaian SKP dengan kriteria minimal baik  
Persentase pegawai Kementerian Kesehatan dengan nilai kinerja minimal baik dihitung dengan formulasi sebagai berikut:

$$\begin{array}{c} \% \text{Pegawai} \\ \text{Kemenkes nilai} \\ \text{kinerja minimal} \\ \text{baik} \end{array} = \frac{\begin{array}{c} \Sigma \text{CPNS dan PNS Kemenkes} \\ \text{yang Nilai SKP Kriteria Minimal} \\ \text{Baik} \end{array}}{\begin{array}{c} \Sigma \text{Seluruh CPNS dan PNS} \\ \text{Kemenkes} \end{array}} \times 100\%$$

Pegawai Kementerian Kesehatan yang melakukan penilaian prestasi kerja sebanyak 48.756 pegawai, dimana dari jumlah tersebut sebanyak 48.660 (99,80%) pegawai bernilai baik dan sangat baik. Jika melihat capaian tersebut maka secara keseluruhan dapat dikatakan bahwa capaian realisasi penilaian prestasi kerja pegawai telah memenuhi IKU yang telah ditetapkan yaitu 91%. Jumlah persentase realisasi capaian ini tentunya meningkat dari tahun sebelumnya yaitu 98,66%.

Dari hasil capaian Tahun 2018 yang menunjukkan peningkatan dari tahun sebelumnya, terdapat sejumlah kegiatan atau upaya yang telah dilakukan sebagai pendukung keberhasilan tersebut, yaitu :

- 1) Melakukan *updating* database pegawai melalui aplikasi Sistem Informasi Manajemen Kepegawaian (SIMKA).
- 2) Melakukan evaluasi pelaksanaan evaluasi prestasi kinerja.
- 3) Menyusun draft Permenkes tentang Pedoman Penilaian Prestasi Kerja Pegawai di Lingkungan Kementerian Kesehatan.
- 4) Menyusun draft Kepmenkes tentang Standar Teknis Kegiatan Sasaran Kerja Pegawai di Lingkungan Kementerian Kesehatan.
- 5) Mengembangkan aplikasi SIPEKA (Sistem Pengukuran Kinerja Pegawai) yaitu aplikasi untuk seluruh pegawai yang bertujuan untuk melakukan pencatatan pekerjaan harian yang dapat secara langsung dilakukan penilaian oleh pejabat penilai baik itu capaian sasaran kerja pegawai maupun perilaku pegawai.

**Grafik 3.51**  
**Persentase Pegawai Kementerian Kesehatan dengan Nilai Kinerja Minimal Baik Tahun 2015-2019**



Seperti terlihat pada grafik 3.51 hasil capaian pada tahun 2018 yang masih *on track* serta menunjukkan kecenderungan meningkat. Bila tren ini terus bertahan dapat diperkirakan target pada tahun 2019 sebesar 94% (target akhir periode Renstra Kemenkes 2015-2019) masih mungkin tercapai.

Meski hasilnya cukup baik, sejumlah hal masih perlu ditindaklanjuti untuk memudahkan proses penilaian SKP, yaitu:

- a) Sosialisasi penggunaan aplikasi SIPEKA (sistem pengukuran kinerja pegawai) agar digunakan oleh seluruh pegawai Kementerian Kesehatan sehingga pegawai dapat mencatat semua yang dikerjakan setiap hari dan memudahkan pejabat penilai dalam melakukan penilaian karena terintegrasi dengan aplikasi PPKPNS.
- b) Sosialisasi Permenkes tentang Pedoman Penilaian Prestasi Kerja Pegawai di Lingkungan Kementerian Kesehatan sehingga pejabat penilai mempunyai acuan untuk melakukan penilaian secara objektif.
- c) Sosialisasi Kepmenkes tentang Standar Teknis Kegiatan Sasaran Kerja Pegawai di Lingkungan Kementerian Kesehatan sehingga pegawai yang menduduki jabatan pelaksana memiliki standar minimal pekerjaan yang dilaksanakan.
- d) Pengembangan dan sosialisasi aplikasi PPKPNS terkait penilaian perilaku dengan metode 360°.
- e) Membuat draft Petunjuk Teknis Pengukuran Kinerja Harian Pegawai.
- f) Membuat draft Petunjuk Teknis integrasi SKP dengan DUPAK.
- g) Membuat draft Pedoman Tim Penilai Prestasi Kerja Pegawai.

#### 12). Sasaran Strategis 12: Meningkatnya Sistem Informasi Kesehatan Integrasi

Dalam kaitan dengan Sasaran Strategis ini, Kementerian Kesehatan mengidentifikasi dua Indikator Kinerja Utama (IKU) pada Renstra Kemenkes 2015-2019 sebelum dilakukan revisi, yaitu:

- a. Persentase kabupaten/kota yang melaporkan data kesehatan prioritas
- a. Persentase tersedianya jaringan komunikasi data yang diperuntukkan untuk pelaksanaan e-kesehatan

Setelah Revisi Renstra Kemenkes 2015-2019 terdapat 3 (tiga) indikator pada sasaran strategis, dengan hasil capaiannya sebagaimana tergambar dalam tabel berikut:

**Tabel 3.29**  
**Capaian IKU pada Sasaran Strategis 12: Meningkatnya Sistem Informasi Kesehatan Integrasi**

SS12: Meningkatnya Sistem Informasi Kesehatan Integrasi				
Indikator Kinerja		Target	Realisasi	% Realisasi
12a.	Jumlah kabupaten/kota yang melaporkan data kesehatan prioritas	412	359	87,14%

12b	Jumlah kabupaten/kota dengan jaringan komunikasi data untuk pelaksanaan e-kesehatan	206	212	102,91%
12c	Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan pemetaan keluarga sehat	514	479	93,19%

Uraian tentang ketiga IKU tersebut adalah sebagai berikut:

**a. Jumlah kabupaten/kota yang melaporkan data kesehatan prioritas**

Data kesehatan prioritas dilaporkan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota melalui Aplikasi Komunikasi Data. IKU ini bertujuan untuk mendapatkan data kesehatan yang diperlukan oleh Kementerian Kesehatan sebagai bahan pengambilan kebijakan dan penyusunan perencanaan program. IKU akan dianggap semakin baik bila realisasinya lebih besar atau lebih tinggi dari yang ditargetkan.

Jumlah kabupaten/kota yang melaporkan data kesehatan prioritas dihitung dengan formulasi sebagai berikut:

**Jumlah kabupaten/kota yang melaporkan data kesehatan prioritas**

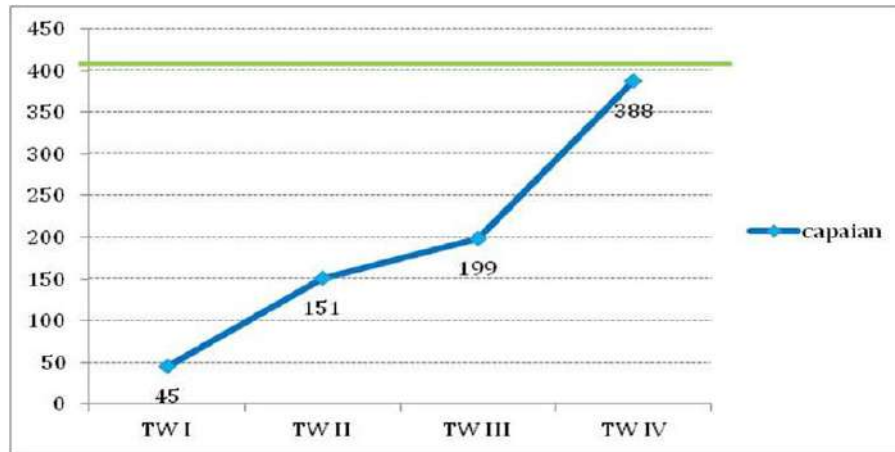
Merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 92 Tahun 2014 tentang penyelenggaraan komunikasi data dalam sistem informasi kesehatan terintegrasi, data kesehatan prioritas merupakan muatan data dalam penyelenggaraan Komunikasi Data. Data kesehatan prioritas adalah sekumpulan data kesehatan yang menjadi prioritas kebutuhan informasi bidang kesehatan berdasarkan kriteria tertentu serta sesuai indikator strategis nasional dan global bidang kesehatan. Data kesehatan prioritas terdiri atas sejumlah elemen data yang dikelompokkan menjadi data derajat kesehatan, upaya kesehatan, sumber daya kesehatan, determinan kesehatan atau terkait lainnya. Data kesehatan prioritas dilaporkan melalui Aplikasi Komunikasi Data. Aplikasi ini dapat diakses di [www.komdat.kemkes.go.id](http://www.komdat.kemkes.go.id).

Pada tahun 2018 target kabupaten/kota yang melaporkan data kesehatan prioritas ditetapkan sebesar 412 kabupaten/kota atau 80% dari 514 kabupaten/kota. Kabupaten/kota yang dikategorikan melapor apabila kabupaten/kota tersebut mengirimkan laporan data prioritas kesehatan minimal 80% variabel data bulanan. Realisasi indikator ini yaitu 359 kabupaten/kota atau 87,14%. Angka ini belum mencapai target yang telah ditetapkan. Bila dibandingkan dengan realisasi tahun 2017, realisasi tahun 2018 mengalami penurunan. Daftar kabupaten/kota yang melaporkan data kesehatan prioritas minimal 80% variabel data bulanan terlampir.

Angka capaian akhir tahun 2018 tiap kabupaten didapatkan dengan cara menghitung jumlah variabel bulanan bulan Desember 2017 sampai dengan November 2018 yang terisi pada aplikasi Komunikasi Data dibagi dengan jumlah variabel bulanan selama satu tahun dikali 100%. Grafik 3.52 memperlihatkan angka capaian per triwulan.



**Grafik 3.52**  
**Capaian Indikator Jumlah Kabupaten Kota yang Melaporkan**  
**Data Kesehatan Prioritas Tahun 2018**



Sumber: Pusat Data dan Informasi, 2019

Adapun upaya yang dilakukan untuk mendukung peningkatan data kesehatan prioritas:

1. Memfasilitasi pendanaan kegiatan data dan informasi melalui dana dekonsentrasi provinsi, menu kegiatan sebagai berikut:
  - a. Honorarium pengelola SIK dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota
  - b. Pertemuan Rapat Konsolidasi Teknis SIK yang dihadiri pengelola SIK dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota
  - c. pertemuan pemutakhiran dan analisis data kesehatan tingkat provinsi (dihadiri pengelola SIK dinas kesehatan kabupaten/kota, pengelola program dinas kesehatan provinsi)
  - d. konsultasi petugas SIK dinas kesehatan provinsi ke pusat
2. Membentuk tim pemantauan SIK/data tingkat pusat yang rutin melakukan pemantauan serta berkomunikasi dengan pengelola data di dinas kesehatan provinsi;
3. Memberikan umpan balik keterisian data ke dinas kesehatan provinsi;
4. Pendampingan pengisian data kesehatan prioritas melalui pelatihan dan atau pertemuan;
5. Menjaga keamanan informasi data dengan sertifikasi ISO 27001:2013; serta
6. Menyediakan jaringan komunikasi data melalui Dana Alokasi Khusus Non Fisik untuk dinas kesehatan dan puskesmas.

Kendala/hambatan yang dihadapi sehingga pencapaian indikator tidak sesuai target yaitu:

- 1) Perubahan struktur organisasi di dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota menyebabkan perubahan personil pengelola data (Permenkes Nomor 49 tahun 2016 tentang Pedoman Teknis Pengorganisasian Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota);
- 2) Mutasi pegawai yang sangat cepat tanpa adanya kaderisasi yang memadai;
- 3) Masih perlu ditingkatkan kapasitas tenaga pengolah data/pengelola SIK di daerah;

- 4) Data dari Puskesmas setiap bulannya sering terlambat untuk disampaikan ke dinas kesehatan kabupaten/kota;
- 5) Beberapa variabel data kesehatan prioritas perlu ditelaah kembali sesuai program nasional.

Solusi yang dilakukan untuk mengatasi hambatan, diantaranya:

- a) Menjalin komunikasi intensif dengan pengelola SIK di tingkat provinsi melalui group komunikasi (*whatsapp*);
- b) Memberikan umpan balik (*feedback*) terhadap data kesehatan prioritas yang telah dilaporkan.

Adapun rencana tindak lanjut agar indikator ini dapat dicapai di tahun berikutnya yaitu:

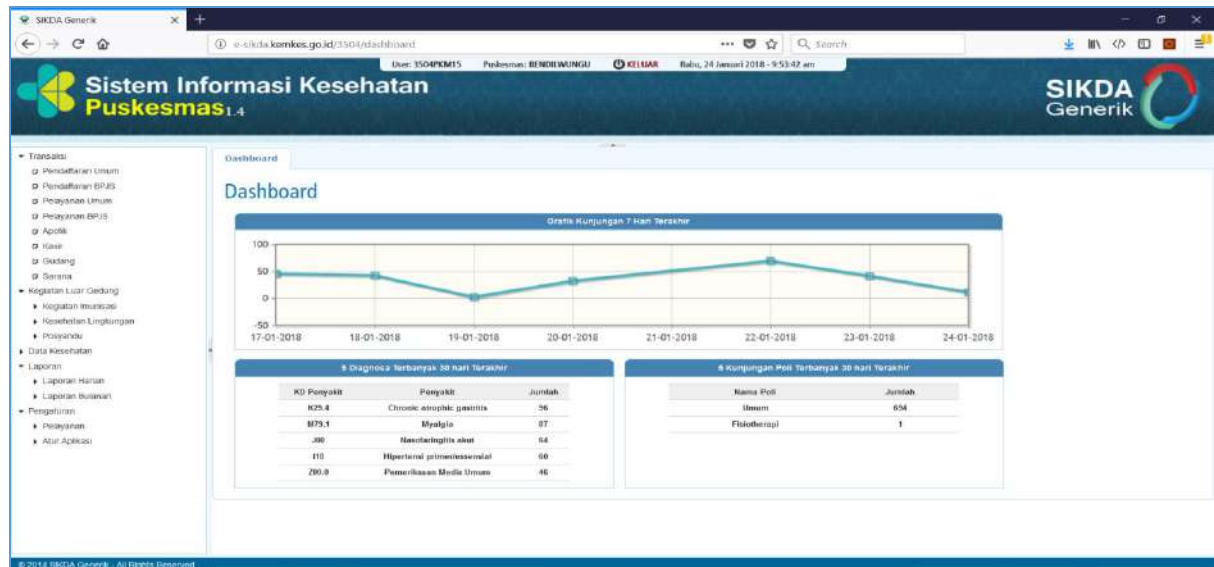
1. melakukan advokasi kepada Dinas Kesehatan di daerah agar mutasi pegawai (pengelola SIK) dilakukan setelah ada *transfer knowledge* dari pengelola SIK lama kepada pengelola SIK baru;
2. menyusun kebijakan dalam menata pencatatan dan pelaporan pada sistem informasi puskesmas;
3. menyelenggarakan workshop pengelolaan data dan informasi di awal tahun;
4. bekerja sama dengan Badan PPSDMK dalam peningkatan kapasitas tenaga pengelola data/SIK dengan menyisipkan materi pelatihan terkait pengelolaan data dan informasi pada pelatihan yang diselenggarakan oleh Badan PPSDMK ataupun Bapelkes;
5. Melakukan pengembangan (*update*) muatan data Aplikasi Komunikasi Data

**b. Jumlah Kabupaten/Kota dengan jaringan komunikasi data untuk pelaksanaan e-kesehatan**

Jaringan komunikasi data untuk pelaksanaan e-kesehatan adalah jaringan komputer WAN dalam lingkup ekosistem kesehatan yang digunakan sebagai media koneksi pertukaran data pada penyelenggaraan sistem elektronik kesehatan seperti aplikasi sistem informasi puskesmas, aplikasi sistem informasi rumah sakit (RS), pembelajaran kesehatan jarak jauh, *telemedicine*, *tediagnostik*, *teleradiologi*, dan sebagainya.

Salah satu model pelaksanaan e-kesehatan di puskesmas yang dikembangkan Kementerian Kesehatan melalui Pusat Data dan Informasi yaitu Aplikasi SIKDA Generik. Aplikasi SIKDA Generik terus dikembangkan dan saat ini yang digunakan yaitu Aplikasi SIKDA Generik versi 1.4. Aplikasi ini dapat diakses di [www.sikda.kemkes.go.id](http://www.sikda.kemkes.go.id) dan tampilan muka seperti terlihat pada Gambar 3.30

Gambar 3.30  
Tampilan Muka Aplikasi SIKDA Akses Puskesmas



Sumber: Pusat Data dan Informasi, 2019

Jumlah Kabupaten/Kota dengan jaringan komunikasi data untuk pelaksanaan e-kesehatan dihitung dengan formulasi sebagai berikut:

jumlah kabupaten/kota yang tersedia jaringan komunikasi data dan melaksanakan e-kesehatan

Target kabupaten/kota dengan jaringan komunikasi data untuk pelaksanaan e-kesehatan tahun 2018 ditetapkan sebesar 206 kabupaten/kota atau 40% dari 514 kabupaten/kota. Kabupaten/kota dikategorikan tersedia jaringan komunikasi data dan melaksanakan e-kesehatan jika di wilayah kabupaten/kota terdapat puskesmas yang melaksanakan sistem informasi puskesmas dan melaporkan datanya secara online ke dinas kesehatan kabupaten/kota. Berdasarkan hasil pendataan tahun 2018 terdapat 212 kabupaten/kota yang menerapkan aplikasi SIKDA Generik di puskesmas. Angka ini sudah mencapai target yang telah ditetapkan (102,9%). Bila dibandingkan dengan realisasi tahun 2017, realisasi tahun 2018 sedikit mengalami penurunan.

Keberhasilan capaian indikator ini didukung oleh beberapa hal, yaitu:

- Kebijakan pusat dan daerah yang mendukung penyelenggaraan SIK, terutama penataan data transaksi di fasyankes, yaitu puskesmas.
- Dimanfaatkannya Dana Alokasi Khusus (DAK) fisik bidang kesehatan untuk pengadaan perangkat computer di puskesmas dan dinas kesehatan kabupaten/kota dan DAK non fisik bidang kesehatan untuk pengadaan internet.
- Tingginya komitmen daerah dalam penerapan sistem elektronik di pelayanan kesehatan.

Namun demikian, masih ditemui kendala/hambatan yang dihadapi untuk pencapaian indikator ini yaitu (1) masih terbatasnya anggaran daerah dalam penyediaan

infrastruktur SIK; (2) keterbatasan jumlah dan kapasitas tenaga pengelola teknologi informasi di daerah seiring dengan pergantian kepala daerah sering diikuti pergantian pejabat di lingkungan dinas kesehatan serta rotasi staf; dan (3) belum menjadi prioritas dalam pengajuan anggaran DAK fisik dan non fisik.

Adapun solusi yang dilakukan untuk mengatasi hambatan, diantaranya:

- 1) Melakukan advokasi melalui berbagai pertemuan kepada Pemerintah Daerah agar menyediakan anggaran SIK, khususnya dalam penyediaan infrastruktur SIK.
- 2) Mengupayakan fasilitasi dana hibah untuk penyediaan perangkat atau infrastruktur SIK.
- 3) Terus berkoordinasi dengan Kementerian Komunikasi dan Informatika dalam penyediaan internet sampai ke puskesmas

Adapun rencana tindak lanjut agar indikator dapat tetap tercapai di masa mendatang yaitu:

- 1) Melakukan advokasi kepada Dinas Kesehatan di daerah agar menggunakan aplikasi SIKDA Generik;
- 2) Melakukan sosialisasi dalam memanfaatkan dana dekonsentrasi dan DAK fisik bidang kesehatan serta pengadaan internet melalui DAK non fisik bidang kesehatan pada pertemuan Rakontek SIK dan pertemuan nasional lainnya;
- 3) Melakukan pengembangan (*update*) Aplikasi SIKDA Generik;
- 4) Mengupayakan fasilitasi dana hibah baik untuk penyediaan perangkat maupun untuk peningkatan kapasitas tenaga pengelola SIK di puskesmas;
- 5) Terus berkoordinasi dengan Kementerian Komunikasi dan Informatika dalam penyediaan internet sampai ke puskesmas.

#### **c. Jumlah Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Pemetaan Keluarga Sehat**

Merujuk Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/422/2017 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019, indikator ini yaitu jumlah kabupaten/kota yang Melaksanakan Pemetaan Keluarga Sehat. Definisi operasional indikator ini yaitu kabupaten/kota dinyatakan melaksanakan pemetaan keluarga sehat jika terdapat data keluarga sehat di wilayah kabupaten/kota dan data keluarga sehat dipantau melalui aplikasi Keluarga Sehat. Target pada tahun 2018 yaitu 514 kabupaten/kota melaksanakan pemetaan keluarga sehat.

Dalam rangka mendukung Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, telah dikembangkan Aplikasi Keluarga Sehat. Aplikasi Keluarga Sehat merupakan bentuk dukungan teknologi informasi terhadap proses pengambilan data lapangan, pengolahan dan analisis data, penyajian data agregat Indeks Keluarga Sehat (IKS), dengan memanfaatkan akses Nomor Induk Kependudukan (NIK) dan Nomor Kartu Keluarga dari Dukcapil, serta membuat Nomor Register Rumah Tangga untuk kepentingan pendataan kesehatan keluarga di lapangan.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga menetapkan 12 indikator utama sebagai penanda status kesehatan sebuah keluarga, yaitu (1)

keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB); (2) ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan; (3) bayi mendapat imunisasi dasar lengkap; (4) bayi mendapat Air Susu Ibu (ASI) eksklusif; (5) balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan; (6) penderita tuberkulosis paru mendapat pengobatan sesuai standard; (7) penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur; (8) penderita gangguan jiwa mendapat pengobatan secara teratur; (9) anggota keluarga tidak ada yang merokok; (10) keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN); (11) keluarga mempunyai akses sarana air bersih; dan (12) keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat. Informasi mengenai Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga terdapat pada [www.kemkes.go.id](http://www.kemkes.go.id) dan [www.pispk.kemkes.go.id](http://www.pispk.kemkes.go.id) seperti terlihat pada Gambar 3.31

**Gambar 3.31**  
**Pojok Informasi Keluarga Sehat pada Website Kementerian Kesehatan**

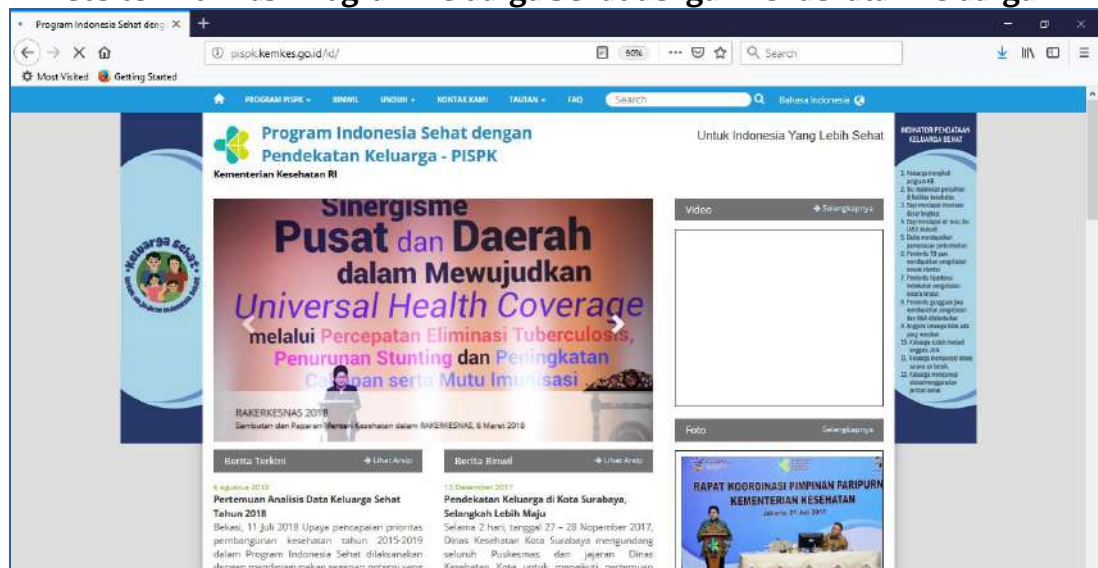


Sumber: [www.kemkes.go.id](http://www.kemkes.go.id)

Adapun upaya dalam mendukung pelaksanaan pendataan keluarga sehat, yaitu: (1) memfasilitasi kegiatan bimbingan teknis implementasi aplikasi dan pengelolaan data Keluarga Sehat pengelola SIK dinas kesehatan provinsi ke dinas kesehatan kabupaten/kota melalui dana dekonsentrasi provinsi; (2) bersama Ditjen Yankes dan Badan PPSDMK melakukan pelatihan pendataan dan penggunaan aplikasi keluarga sehat untuk dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota dan puskesmas; (3) pemberian akses admin puskesmas; (4) pendampingan penggunaan aplikasi dan pendataan keluarga sehat; (5) penyediaan aplikasi dan infrastruktur teknologi informasi keluarga sehat; (6) *feedback* dan evaluasi pendataan; serta (7) analisis dan diseminasi hasil pendataan keluarga sehat, salah satunya melalui [www.pispk.kemkes.go.id](http://www.pispk.kemkes.go.id) (Gambar 3.32).



**Gambar 3.32**  
**Website Informasi Program Keluarga Sehat dengan Pendekatan Keluarga**



Sumber: [www.pisp.kemkes.go.id](http://www.pisp.kemkes.go.id)

Sampai dengan akhir tahun 2018 terdapat 25.301.017 keluarga yang telah terdata kondisi kesehatannya dan 479 kabupaten/kota yang telah mendata diatas 1.000 keluarga pada tahun 2018. Angka ini belum mencapai target tahun 2018 dengan capaian sebesar 93,19%. Dibandingkan dengan tahun 2017, capaian indikator ini turun. Hal ini karena target pada tahun 2017 terlalu rendah yaitu 64 kabupaten/kota, sedangkan tahun 2018 menargetkan seluruh kabupaten/kota melaksanakan pemetaan keluarga sehat.

Kendala/hambatan yang dihadapi sehingga pencapaian indikator tidak sesuai target yaitu:

- 1) Target indikator yang tinggi. Berdasarkan Permenkes Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), bahwa target pelaksanaan Program Indonesia Sehat yaitu 203 kabupaten/kota di 9 provinsi, Namun pada tahun 2017 terjadi perubahan kebijakan terhadap sasaran kabupaten/kota untuk pelaksanaan PIS-PK yang disampaikan pada Rakerkesnas tahun 2017 yang mengamatkan seluruh kabupaten/kota melaksanakan PIS-PK. Sosialisasi dan pelatihan sudah dilakukan namun pelaksanaannya bergantung pada komitmen daerah. Bila dilihat pada aplikasi Keluarga Sehat, sejumlah 499 kabupaten/kota sudah melaksanakan pemetaan keluarga sehat (479 kabupaten/kota telah mendata lebih dari 1.000 keluarga, 30 kabupaten/kota mendata kurang dari 1.000 keluarga), dan hanya 5 kabupaten/kota di provinsi Papua yang belum.
- 2) 35 kabupaten/kota yang belum mencapai 1.000 keluarga dimungkinkan mengalami hambatan dalam akses geografis ataupun kendala jaringan, misalnya sudah dilaksanakan pemetaan keluarga sehat namun data yang dikumpulkan belum diinput ke aplikasi Keluarga Sehat karena kendala akses internet; terdapat kendala integrasi data untuk kabupaten/kota di DKI Jakarta.



Solusi yang dilakukan untuk menjawab kendala yaitu:

- terus berkoordinasi dengan Kementerian Komunikasi dan Informatika dalam penyediaan internet sampai ke puskesmas;
- advokasi kepada daerah manfaat Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
- peningkatan kapasitas server untuk aplikasi dan *database* agar dapat diakses oleh banyak pengguna/user dan menampung banyak data;
- membentuk tim pendampingan aplikasi berdasarkan provinsi.

Adapun rencana tindak lanjut agar indikator dapat tetap tercapai di tahun berikutnya yaitu:

- a. melakukan pendampingan dan bimbingan teknis dalam penggunaan aplikasi dan pendataan keluarga sehat;
- b. melakukan advokasi dan sosialisasi dalam pemanfaatan DAK fisik dan DAK non fisik bidang kesehatan untuk pengadaan infrastruktur dan jaringan teknologi informasi;
- c. melakukan pengembangan (*update*) Aplikasi Keluarga Sehat terutama versi offline;
- d. meningkatkan koordinasi dengan berbagai program dalam implementasi PIS-PK. khususnya untuk daerah yang belum memenuhi target melalui bersurat ke penanggungjawab pembinaan wilayah (Binwil) untuk percepatan pelaksanaan pendataan KS;
- e. mempercepat proses integrasi data dari aplikasi milik Provinsi DKI Jakarta (aplikasi Ketuk Pintu Layani Dengan Hati/KPLDH) ke aplikasi KS.

## **B. Realisasi Anggaran**

### **1. Realisasi DIPA Kementerian Kesehatan**

Gambaran alokasi dan realisasi anggaran kementerian Kesehatan Tahun 2015 sampai dengan tahun 2019 digambarkan sebagai berikut:

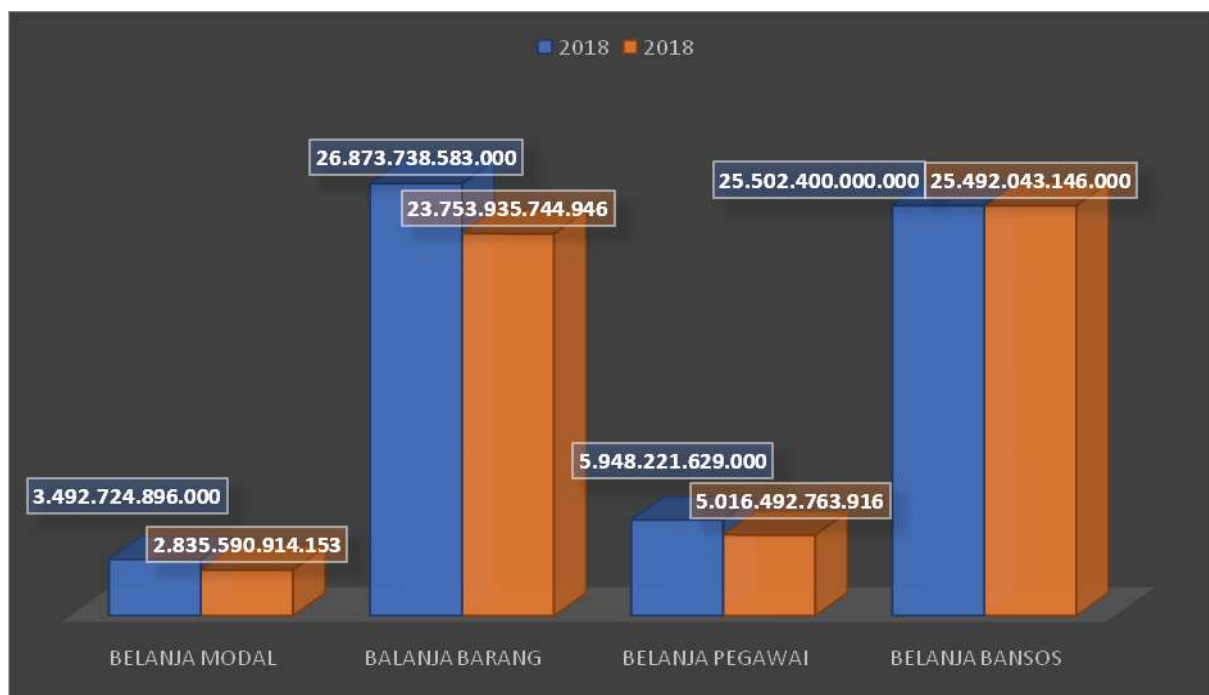
**Tabel 3.40**  
**Alokasi dan Realisasi Anggaran Kementerian Kesehatan**  
**Tahun 2015-2018**

<b>TAHUN ANGGARAN</b>	<b>ALOKASI</b>	<b>REALISASI</b>	<b>%</b>
<b>2015</b>	<b>54.337.519.430.000</b>	<b>48.851.488.906.116</b>	<b>89,9</b>
<b>2016</b>	<b>65.662.592.996.000</b>	<b>57.010.830.185.609</b>	<b>86,82</b>
<b>2017</b>	<b>59.108.950.148.000</b>	<b>54.912.281.505.907</b>	<b>92,9</b>
<b>2018</b>	<b>61.817.085.108.000</b>	<b>57.098.062.569.015</b>	<b>92,37</b>

Realisasi TA 2015 dan 2016 bersumber dari laporan keuangan audited. Realisasi tahun 2017 dengan menggunakan *online monitoring* SPAN, realisasi DIPA Kementerian Kesehatan TA 2017 untuk semua jenis belanja mencapai 92,9% atau sebesar Rp 54.912.281.505.907 dari total pagu sebesar Rp 59.108.950.148.000.

Realisasi tahun 2018 dengan menggunakan *online monitoring* SPAN, realisasi DIPA Kementerian Kesehatan TA 2018 untuk semua jenis belanja mencapai 92,37% atau sebesar Rp 57.098.062.569.015 dari total pagu sebesar Rp 61.817.085.108.000. Total anggaran tersebut bersumber dari Rupiah Murni, Pinjaman Luar Negeri, Penerimaan Negara Bukan Pajak, Badan Layanan Umum, Hibah Luar Negeri dan Hibah Langsung Luar Negeri.

**Grafik 3.53**  
**Alokasi dan Realisasi Kementerian Kesehatan Menurut Jenis Belanja**  
**Tahun Anggaran 2018**



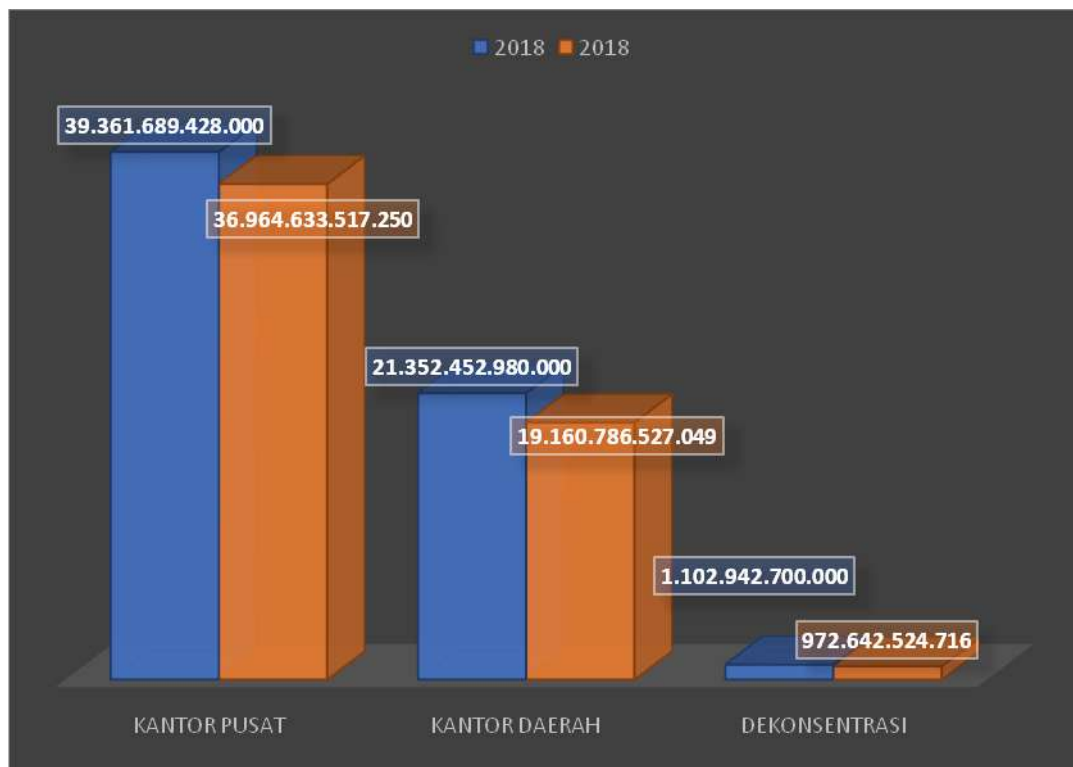
**Tabel 3.41**  
**Jumlah Alokasi dan Realisasi Belanja**  
**Tahun 2018**

JENIS BELANJA	ALOKASI	REALISASI	%
BELANJA MODAL	3.492.724.896.000	2.835.590.914.153	81,19
BELANJA BARANG	26.873.738.583.000	23.753.935.744.946	88,39
BELANJA PEGAWAI	5.948.221.629.000	5.016.492.763.916	84,34
BELANJA BANSOS	25.502.400.000.000	25.492.043.146.000	99,96
TOTAL	61.817.085.108.000	57.098.062.569.015	92,37

Alokasi dan realisasi anggaran Kementerian Kesehatan berdasarkan jenis belanja pada tahun 2018 untuk belanja modal terealisasi Rp 2.835.590.914.153 atau 81,19% dari total alokasi 3.492.724.896.000. Adapun untuk belanja barang direalisasikan 23.753.935.744.946 atau 88,39 dari total anggaran 26.873.738.583.000. Belanja Bansos

menjadi proporsi terbesar dari alokasi dibandingkan belanja pegawai, belanja barang dan belanja modal.

**Grafik 3.54**  
**Alokasi dan Realisasi Anggaran Kementerian Kesehatan**  
**Menurut Jenis Kewenangan**  
**Tahun Anggaran 2018**



**Tabel 3.42**  
**Jumlah Alokasi dan Realisasi Belanja Berdasarkan Kewenangan**  
**Tahun 2018**

JENIS KEWENANGAN	ALOKASI	REALISASI	%
KANTOR PUSAT	39.361.689.428.000	36.964.633.517.250	93,91
KANTOR DAERAH	21.352.452.980.000	19.160.786.527.049	89,74
DEKONSENTRASI	1.102.942.700.000	972.642.524.716	88,19
<b>KEMENKES</b>	<b>61.817.085.108.000</b>	<b>57.098.062.569.015</b>	<b>92,37</b>

Alokasi dan realisasi anggaran Kementerian Kesehatan berdasarkan jenis kewenangan pada tahun 2018, untuk belanja kantor pusat terealisasi Rp 36.964.633.517.250 atau 93,91% dari total alokasi 39.361.689.428.000. Adapun untuk belanja kantor daerah direalisasikan 19.160.786.527.049 atau 89,74% dari total anggaran 21.352.452.980.000. sedangkan belanja dekonsentrasi terealisasi sebesar 972.642.524.716 atau sebesar 88,19% dari total anggaran 1.102.942.700.000.

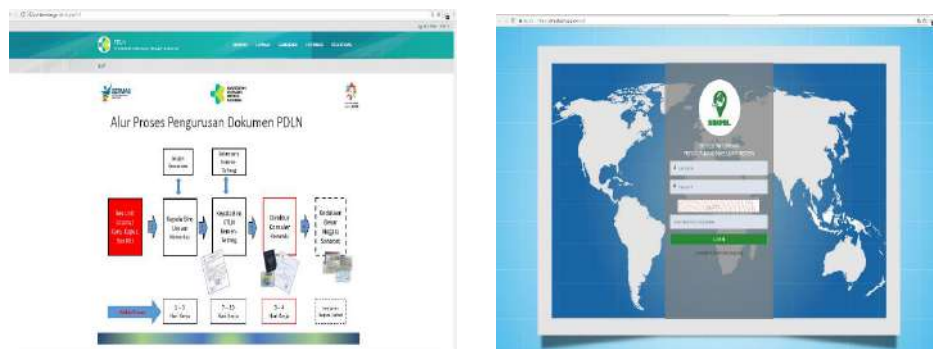
### C. Capaian Kinerja Lainnya

Beberapa capaian kinerja lainnya diuraikan sebagai berikut:

#### 1) Implementasi e-government Administrasi Perjalanan Dinas Luar Negeri (PDLN)

Sebagai bentuk tindak lanjut atas implementasi e-government, Kementerian Kesehatan mulai memperlakukan registrasi permohonan PDLN secara elektronik melalui <https://www.pdln.kemkes.go.id>. Dengan dilaksanakannya registrasi secara online, diharapkan proses administrasi PDLN menjadi lebih cepat, tertib dan mudah untuk dimonitor perkembangan dalam tiap tahapan prosesnya. Selain itu, sistem pelaporan juga dapat lebih akuntabel.

**Gambar 3.33**  
**Registrasi PDLN Secara Online**



#### 2) Kesepakatan kerja sama luar negeri bilateral bidang kesehatan

##### a) Memorandum of Understanding (MoU) Kesehatan RI – Denmark

- Memorandum of Understanding (MoU) antara Kementerian Kesehatan RI dan Kementerian Kesehatan Denmark di Bidang Kerja Sama Kesehatan telah ditandatangani pada tanggal 24 Mei 2017 di sela-sela sidang WHA ke-70 di Jenewa, Swiss.
- MoU Kerja Sama Kesehatan RI-Denmark, mencakup kerja sama di bidang (a) promosi kesehatan, (b) kesehatan masyarakat, (c) peningkatan kapasitas, alih pengetahuan, (d) pertukaran informasi dalam kerangka pencegahan dan pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM), (e) pengembangan e-health, termasuk alih pengetahuan, dan berbagi pengetahuan terkait sistem DRG Denmark, serta (f) penelitian dan pengembangan kesehatan.

##### b) Memorandum of Understanding (MoU) Kesehatan RI – Kerajaan Arab Saudi (KAS)

- Pertemuan Pertama Joint Working Group (JWG) on Health Cooperation RI – KAS telah dilaksanakan di Jakarta tanggal 17-18 Desember 2018. Pertemuan dimaksud dilakukan untuk sebagai langkah konkret implementasi MoU Kerja Sama Bidang Kesehatan antara RI-KAS yang telah ditandatangani Menkes RI dan Menkes Arab Saudi tanggal 1 Maret 2017 di Bogor.
- Pada pertemuan tersebut disepakati bahwa KAS akan memberikan dukungan dengan memberikan pelatihan kepada calon perawat yang akan bekerja di

Arab Saudi untuk memperoleh sertifikat tes prometrik yang merupakan syarat mutlak bekerja di Arab Saudi. Di sisi lain, Kementerian Kesehatan RI dengan BNP2TKI akan menyiapkan sarana dan sumberdaya untuk memenuhi harapan Arab Saudi.

**c) Memorandum of Understanding (MoU) Kesehatan RI – International Non-Governmental Organization (SIMAVI)**

Memorandum of Understanding (MoU) antara Kementerian Kesehatan RI dan Simavi di Bidang Kerja Sama Kesehatan telah ditandatangani pada tanggal 12 Januari 2018. Selama jangka waktu kerjasama ada 5 program yang dilakukan yaitu :

**a. Sustainable sanitation for eastern Indonesia (SEHATI)**

SEHATI menetapkan 4 hal sebagai hasil (*outcome*) di akhir program, yaitu: (1) Kepemimpinan dan komitmen serta kapasitas yang baik dari pemerintah (tingkat kabupaten dan kecamatan) untuk melaksanakan dan melanjutkan STBM 5 pilar; (2) Kapasitas CSO yang semakin kuat dalam hal lobi dan advokasi pemerintah daerah untuk menyediakan layanan STBM yang baik, dan pada tingkat nasional lobi dan advokasi pembuat kebijakan untuk promosi penyediaan layanan yang efektif; (3) Meningkatnya keterlibatan sektor di tingkat daerah untuk meningkatkan kualitas dan keterjangkauan produk dan layanan terkait WASH; dan (4) tersedianya sebuah model (yang dapat diimplementasikan) untuk memastikan bahwa pemerintah daerah mampu mereplikasi dan melanjutkan STBM 5 pilar dalam skala kabupaten.

**b. Pro Poor Private Investment in Water Supply (PROPOPI)**

Program yang disubsidi oleh *Sustainable Water Funds* (RVO) dari Belanda ini bertujuan untuk menyediakan akses dan layanan air bersih kepada masyarakat berpenghasilan rendah (MBR) di kawasan kumuh perkotaan di Kota Bandung. Selain itu, program ini juga bertujuan untuk meningkatkan kapasitas dan kualitas produksi air bersih di instalasi pengolahan air PDAM Tirtawening Kota Bandung.

**c. Proyek Peningkatan Kapasitas dan Pembelajaran pada USDP-2**

Proyek ini adalah proyek singkat yang bertujuan untuk meningkatkan kapasitas pemerintah daerah dan untuk menyerap serta mendokumentasikan pembelajaran dan praktek baik selama prosesnya. Dalam proyek ini, Simavi bersama mitra pelaksana Yayasan Masyarakat Peduli (YMP) di Lombok didukung pendanaannya oleh *Royal Haskoning* (mitra pemerintah untuk pengelolaan program USDP 1 dan USDP 2).

**d. Get Up Speak Out (GUSO)**

*Get Up, Speak Out* (GUSO) adalah sebuah program yang dikembangkan untuk meningkatkan layanan kesehatan reproduksi bagi remaja putri dan perempuan muda melalui pendekatan multi komponen. Pendekatan multi komponen adalah pendekatan yang men-sinergi-kan antara menciptakan permintaan (*creating demand*) serta menyediakan layanan dan lingkungan yang kondusif (*enabling environment*). Tujuan akhir dari program ini adalah (1) penyediaan informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi; (2) penyediaan layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dan ramah remaja;

dan (3) mendorong terbangunnya sistem dukungan (kebijakan) yang mendukung.

e. *Menstrual Hygiene Management (MHM)*

Proyek Menstrual Hygiene Management (MHM) dirancang berdasarkan hasil penelitian operasional yang dilakukan oleh mitra pelaksana di daerah tentang perilaku hidup sehat dan higiene perempuan terkait MHM di 2 desa di daerah. Penelitian ini menghasilkan sebuah proyek yang menggabungkan aspek sanitasi dan higiene dengan aspek kesehatan reproduksi sekaligus.

Tujuan umum dari proyek ini adalah agar perempuan yang tinggal di wilayah proyek mau dan mampu mempraktekkan MHM yang baik karena telah terlebih dahulu terinformasi dengan MHM.

**3) Kesepakatan kerja sama luar negeri regional bidang kesehatan**

**a) *Health Priority Prevention of Injuries AHC 1 : The Workshop on the Establishment of Regional Network of National Collaborating Bodies on Road Traffic Injuries (RTI)***

Kegiatan *The Workshop on the Establishment of Regional Network of National Collaborating Bodies on Road Traffic Injuries (RTI)* telah dilaksanakan di Jakarta, tanggal 18-20 April 2018. *Workshop* tersebut dihadiri oleh delegasi dari 6 negara ASEAN antara lain Filipina, Indonesia, Laos, Myanmar, Thailand, dan Vietnam. Kegiatan ini merupakan bagian dari implementasi salah satu dari tujuh program kerja prioritas ASEAN *Health Cluster 1 Promoting Healthy Lifestyle*, yaitu pencegahan kecelakaan guna mendukung negara-negara ASEAN dengan membangun jejaring dan memperkuat manajemen data melalui kolaborasi multisektoral sehingga mampu memperkuat program pencegahan dan pengendalian kecelakaan lalu lintas dalam meningkatkan keselamatan di jalan raya.

Kesepakatan para delegasi dalam rekomendasi dan TOR tersebut, antara lain:

- d. Mendukung negara-negara anggota ASEAN sebagai perwakilan komunitas global untuk memperkuat manajemen data melalui kolaborasi multi-sektoral.
- e. Memperkuat program pencegahan kecelakaan lalu lintas serta membangun kapasitas jaringan nasional melalui pertukaran ide, pembaruan teknologi/inovasi, berbagi praktik berbasis bukti, mengadvokasi kebijakan, pendekatan global, dan berbagi pengetahuan.
- f. Agar secara teratur berkomunikasi melalui milis Gmail dan kemajuan lain dalam teknologi dengan biaya rendah dengan kecepatan yang lebih tinggi yang untuk menghasilkan peningkatan efisiensi dalam komunikasi dan koordinasi.
- g. Kegiatan berbagi pengetahuan dan informasi melalui teleconference (panggilan video) dilakukan oleh AMS setiap enam bulan untuk mengupdate kemajuan program kecelakaan lalu lintas di negara masing-masing atau mendiskusikan masalah global.
- h. AMS dapat menggunakan kesempatan ini untuk mengundang seorang ahli selama teleconference, untuk menyampaikan masalah teknis spesifik.



**b) ASEAN Leader Declaration of the 13th ASEAN Health Ministers Meeting : Final draft of the ASEAN Action Plan on Nutrition 2018-2030, Way Forward**

Pertemuan Core Group Meeting on The Draft ASEAN Action Plan on Nutrition 2018 – 2030 telah dilaksanakan di Bogor, Jawa Barat pada tanggal 4 – 8 September 2018 sebagai tindak lanjut dari ASEAN Leaders' Declaration (ALD) yang telah disepakati para Menteri Kesehatan di wilayah ASEAN pada KTT ASEAN bulan November 2017 di Filipina. ALD tersebut terdiri dari : (1) ALD on Ending All Forms of Malnutrition; (2) ALD on Combating Anti-Microbial Resistance; dan (3) ALD on Disaster Health Management.

Kegiatan ini sebagai bentuk implementasi dari ALD on Ending All Forms of Malnutrition. Pertemuan dihadiri oleh delegasi dari Filipina, Lao PDR, Indonesia, dan ASEAN Secretariat.

**4) Kesepakatan kerja sama luar negeri multilateral bidang kesehatan**

**a) Global Health Security Agenda (GHSA) Rancangan Instruksi Presiden tentang Peningkatan Kemampuan dalam Mencegah, Mendeteksi, dan Merespon Wabah Penyakit, Pandemi Global dan Terorisme NUBIKA**

Pembahasan Rancangan Inpres (R-Inpres) tentang Peningkatan Kemampuan dalam Mencegah, Mendeteksi, dan Merespon Wabah Penyakit, Pandemi Global dan Terorisme NUBIKA telah diselenggarakan pada tanggal 26 Juni 2018 di Sekretariat Kabinet.

Rancangan Inpres ini disusun dalam rangka meningkatkan kemampuan ketahanan nasional dalam menghadapi kedaruratan kesehatan masyarakat dan/atau bencana nonalam akibat wabah penyakit, pandemi global, dan kedaruratan nuklir, biologi, dan kimia yang dapat berdampak nasional dan/atau global.

Dalam Inpres tersebut disebutkan tugas-tugas Kementerian Kesehatan adalah sebagai berikut :

- a. mengkaji dan menyempurnakan peraturan perundang-undangan dan kebijakan di bidang kesehatan terkait peningkatan ketahanan kesehatan global serta dukungan pembiayaan;
- b. meningkatkan kemampuan dalam mencegah, mendeteksi, dan merespons wabah penyakit, pandemi global, dan kedaruratan nuklir, biologi, dan kimia;
- c. meningkatkan koordinasi teknis pelaksanaan *International Health Regulation* (IHR) 2005 dengan pendekatan multisektor;
- d. meningkatkan kapasitas surveilans kesehatan yang mampu mengidentifikasi kejadian yang berpotensi menyebabkan kedaruratan kesehatan masyarakat, termasuk situasi di pintu keluar masuk negara, resistensi antimikroba, dan keamanan pangan;
- e. meningkatkan cakupan dan kualitas pelaksanaan imunisasi;
- f. meningkatkan pencegahan dan pengendalian zoonosis dan resistensi antimikroba;
- g. meningkatkan kapasitas dan memperkuat jejaring laboratorium yang mendukung identifikasi permasalahan kesehatan masyarakat;
- h. melaksanakan analisis risiko dan melaporkan penyakit dan/atau kejadian yang berpotensi menyebabkan kedaruratan kesehatan masyarakat secara akurat

- dan tepat waktu; dan
- i. mempersiapkan dan meningkatkan kapasitas serta menggerakkan sumber daya manusia kesehatan, sarana, dan logistik untuk menanggulangi kedaruratan kesehatan masyarakat.

**b) UN – Political Declaration on the Fight Against Tuberculosis Co-Facilitator : National Action Plan AMR (OP4)**

Antimicrobial Resistance (AMR) telah muncul sebagai salah satu ancaman kesehatan masyarakat terbesar pada zaman modern. Di *World Health Assembly* (WHA) ke-68 pada Mei 2015, rencana aksi global tentang AMR (GAP AMR) diadopsi sebagai tanggapan terhadap pengakuan krisis yang muncul ini. GAP AMR telah dikembangkan di permintaan *Health Assembly* sesuai dengan resolusi WHA67.25 pada bulan Mei 2014, yang mencerminkan konsensus global bahwa AMR merupakan ancaman utama untuk kesehatan manusia.

Tujuan dari GAP AMR adalah: “untuk memastikan, kesinambungan keberhasilan pengobatan selama mungkin dan pencegahan penyakit menular dengan efektif dan aman menggunakan obat-obatan yang terjamin kualitasnya, digunakan secara bertanggung jawab, dan dapat diakses oleh semua/siapapun yang membutuhkan ” Untuk mencapai hal ini, GAP-AMR telah menetapkan lima tujuan strategis yang membentuk dasar untuk mengembangkan respons kesehatan masyarakat terhadap AMR secara global. Tujuan strategis ini adalah:

- Tujuan 1: Meningkatkan kesadaran dan pemahaman tentang resistensi antimikroba melalui komunikasi, pendidikan, dan pelatihan yang efektif.
- Tujuan 2: Memperkuat basis pengetahuan dan bukti melalui pengawasan dan penelitian.
- Tujuan 3: Mengurangi kejadian infeksi melalui sanitasi yang efektif, langkah-langkah pencegahan infeksi dan kebersihan.
- Tujuan 4: Mengoptimalkan penggunaan obat antimikroba pada manusia dan kesehatan Hewan.
- Tujuan 5: Mengembangkan kasus ekonomi untuk investasi berkelanjutan dengan memperhitungkan kebutuhan semua negara, dan meningkatkan investasi dalam obat-obatan baru, alat diagnostik, vaksin dan intervensi lainnya.

**5) Peran Kementerian Kesehatan dalam penanggulangan bencana**

Keterlibatan Kementerian Kesehatan dalam kegiatan tanggap darurat selaku subklaster kesehatan, mencakup kegiatan sebagai berikut:

- ii. Mobilisasi Tim Bantuan Kesehatan.
- iii. Mobilisasi logistik Pelaksanaan Penanggulangan Krisis Kesehatan.
- iv. Menyelenggarakan rapat koordinasi teknis penanggulangan krisis kesehatan.
- v. Memberikan pendampingan kaji cepat bidang kesehatan, dan
- vi. Memberikan pendampingan penilaian kerusakan, kerugian, dan kebutuhan sumber daya kesehatan dan penyusunan rencana aksi.

**Tabel 3.43**  
**Upaya Penanggulangan Krisis Kesehatan**  
**Tahun 2018**

No	Kejadian Bencana	Upaya Fasilitas
1	KLB (Gizi Buruk) di Asmat	Memobilisasi tim Penanggulangan Krisis Kesehatan lintas program dan lintas sektor (Pusat Krisis Kesehatan, IDI, Dit. Gizi, Dit. Kesehatan Lingkungan, Dit. Promosi Kesehatan, Dit. Pelayanan Kesehatan Rujukan, Dit. Pelayanan Kesehatan Primer)
2	Gempa Bumi Kab. Lebak, Banten	Menurunkan tim Rapid Health Assessment (RHA) ke lokasi terdampak diantaranya Dinas Kesehatan Provinsi Banten, Dinas Kesehatan Kab. Lebak.
3	Tanah Longsor di Brebes, Jawa Tengah	Memobilisasi tim Penanggulangan Krisis Kesehatan lintas program (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, PPK Regional Jawa Tengah)
4	Kecelakaan Kapal Motor Sinar Bangun, Danau Toba	Menurunkan Tim Rapid Health Assessment (RHA) dari Pusat Krisis Kesehatan, PPK Regional Sumatera Utara dan tim DVI.
5.	Gempa Bumi Nusa Tenggara Barat (Lombok)	Memobilisasi tim Penanggulangan Krisis Kesehatan lintas program dan Lintas Sektor (Pusat Krisis Kesehatan, Dinas Provinsi Jawa Timur, PPK Regional Jawa Timur, PPK Regional Bali, Dit. P2PTML, Dit. Gizi, Dit. Kesehatan Lingkungan, Dit. Promosi Kesehatan, Dit. Pelayanan Kesehatan Rujukan, Dit. Pelayanan Kesehatan Primer, Persagi, HAKLI)
6.	Gempa Bumi dan Tsunami di Sulawesi Tengah (Palu, Donggala, Sigi)	Memobilisasi tim Penanggulangan Krisis Kesehatan lintas program dan Lintas Sektor (Pusat Krisis Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, PPK Regional Sulawesi Selatan, KKP Makassar, KKP Balikpapan, KKP Soekarno-Hatta, Dit. Gizi, Dit. Kesehatan Lingkungan, Dit. Promosi Kesehatan, Dit. Pelayanan Kesehatan Rujukan, Dit. Pelayanan Kesehatan Primer, Dit. Kesehatan Jiwa, Dit. Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan, Persagi (2 tim), HAKLI, IDI(2 tim), IBI (2 tim), PPNI (2 tim), PAEI (2 tim), Universitas Brawijaya, Universitas Gadjah Mada, Universitas Hassanudin)
7.	Tanah Longsor di Kab. Tasikmalaya, Jawa Barat	Memobilisasi tim Rapid Health Assessment (RHA) dari Pusat Krisis Kesehatan.
8.	Gempa Bumi di Kab. Mamasa, Sulawesi Barat	Memobilisasi tim Rapid Health Assessment (RHA) dari Pusat Krisis Kesehatan.
9.	Banjir di Provinsi Riau	Memobilisasi tim Rapid Health Assessment (RHA) Pusat Krisis Kesehatan, Dinas Provinsi Riau, Dinas Kab. Kampar
10.	Banjir dan Tanah Longsor di Provinsi Jawa Timur	Memobilisasi tim Rapid Health Assessment (RHA) Pusat Krisis Kesehatan, PPK Regional Jawa Timur,
11.	Tsunami di Selat Sunda (Prov. Banten, Lampung)	Memobilisasi tim Penanggulangan Krisis Kesehatan lintas program (Pusat Krisis Kesehatan, Dinkes Provinsi Banten, Dinas Kab. Pandeglang, Dinas Provinsi Lampung, dan Lampung Selatan).

#### 6) Inisiatif dalam Pengembangan Sistem Informasi Akuntabilitas Kinerja

Menindaklanjuti rekomendasi dari Kementerian PAN dan RB, Kementerian Kesehatan telah melakukan upaya untuk membangun suatu sistem aplikasi berbasis jaringan untuk pemantauan kinerja Kementerian Kesehatan secara terintegrasi. Pada tahun 2018 telah diintegrasikan aplikasi perencanaan dan pengukuran kinerja (e-performance) kedalam website Kementerian Kesehatan (depkes.go.id) serta aplikasi perencanaan dan penganggaran (erenggar)

E-performance merupakan aplikasi yang dikembangkan untuk mendukung penyelenggaraan Reformasi Birokrasi, khususnya dalam akuntabilitas dan peningkatan kinerja, dan selanjutnya dapat meningkatkan remunerasi atau tunjangan kinerja, serta sebagai salah satu sarana dalam mewujudkan Good Governance dan Clean Government. E-performance merupakan aplikasi yang dapat memfasilitasi system monitoring capaian kinerja Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP) yang terintegrasi dalam lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Sistem e-performance merupakan sistem terpadu untuk entitas Satker, entitas unit organisasi, dan Kementerian yang digunakan untuk mempermudah perencanaan, penganggaran, dan evaluasi pada Kementerian Kesehatan terutama terkait capaian kinerja. Pengembangannya dilakukan secara lintas unit yang melibatkan Biro Perencanaan dan Anggaran, Pusat Data dan Informasi, serta semua unit Eselon I di lingkungan Kementerian Kesehatan.

#### 7) Perpustakaan Kementerian, Layanan Pengaduan dan Sarana Informasi Publik

##### a) Perpustakaan Kementerian

Perpustakaan Kementerian Kesehatan adalah perpustakaan pembina bagi semua perpustakaan yang ada dibawah Kementerian Kesehatan. Perpustakaan Kementerian Kesehatan telah memiliki sertifikasi ISO 9001-2015, melakukan layanan koleksi secara langsung maupun elektronik atau digital dalam rangka penelusuran literasi/rujukan/referensi, akses internet, serta audio visual produk Kemenkes. Selain itu, disiapkan juga layanan penelusuran Katalog Induk Nasional Kesehatan (KINK) yang sudah berjalan sejak tahun 2013, Melalui kink one search perpustakaan yang sudah bergabung dan masyarakat bisa memanfaatkan informasi perpustakaan .Perpustakaan yang sudah bergabung, yaitu Perpustakaan Unit Utama, Rumah Sakit dan Politeknik Kesehatan.

**Gambar 3.34**  
**Sertifikat ISO 9001-2015 Perpustakaan Kementerian Kesehatan**



Untuk memenuhi kebutuhan pemustaka dalam penyediaan informasi Perpustakaan Kementerian Kesehatan telah melanggan e-journal dan membeli e-book yang bisa di akses oleh perpustakaan di Lingkungan Kementerian Kesehatan Journal yang di langgan adalah:

a) **Sarana dan Prasarana Pelayanan Informasi Publik**

Fasilitas yang tersedia dalam memberikan layanan informasi publik di Kemenkes, yaitu:

- **Halo Kemenkes 1500567**

Kementerian Kesehatan membangun Halo Kemenkes 1500567 yang bertujuan untuk memberikan layanan pengaduan dan informasi secara cepat dan cermat yang diperlukan masyarakat dalam bidang kesehatan dan memberikan respons cepat terhadap permasalahan yang dihadapi masyarakat di bidang kesehatan melalui *hotline* 1500567.

Halo Kemenkes merupakan layanan terintegrasi yang memadukan kanal-kanal seperti telepon, SMS, Email dan Media Sosial dalam satu aplikasi yang dinamakan SIAP. No telepon *call center* di (kode lokal) 1500 567. Waktu pelayanan Halo Kemenkes adalah 24 jam. Pemanfaatan Halo Kemenkes tidak hanya dari masyarakat dalam negeri tetapi juga luar negeri. Sebagian besar masyarakat memanfaatkan Halo Kemenkes untuk meminta informasi, pengaduan, dan memberikan saran.

Jam operasional : Setiap hari selama 24 jam (non-stop)

Saluran Komunikasi lainnya :

- SMS : 081281562620
- Email : [kontak@kemkes.go.id](mailto:kontak@kemkes.go.id)
- Media sosial : twitter (@KemenkesRI) dan facebook (sehatnegeriku page)
- Surat : Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat; gd. Adhyatma, jl. HR Rasuna Said blok X5 Kav. 4-9
- Laman PPID : [www.ppid.kemkes.go.id](http://www.ppid.kemkes.go.id)  
<http://sehatnegeriku.kemkes.go.id/kontak/>

**Gambar 3.35**  
**Pelayanan Informasi Publik**





- **SMS, E-mail, LAPOR!**

Sejak tahun 2010, telah dikembangkan saluran permohonan informasi dan pengaduan melalui *fax* (021-52921669), SMS (081281562620), dan *e-mail* ([kontak@depkes.go.id](mailto:kontak@depkes.go.id)). Sementara, Unit Kerja Presiden Bidang Pengawasan dan Pengendalian Pembangunan (UKP4) mengembangkan akses pengaduan dan permintaan masyarakat melalui Unit Layanan Aspirasi dan Pengaduan Online Rakyat (**LAPOR!**).

SMS (No SMS : 081281562620)

Permintaan Informasi melalui SMS Halo Kemenkes selama tahun 2017 sebanyak 3361 SMS dengan rincian 3339 sms berstatus close dan 22 sms berstatus open.

LAPOR Merupakan layanan aspirasi dan pengaduan yang dikelola oleh Kantor Staf Presiden. Selama 2017 tercatat Kementerian Kesehatan telah melakukan 391 layanan.

Email ([kontak@kemkes.go.id](mailto:kontak@kemkes.go.id))

Email merupakan salah satu layanan yang telah diintegrasikan dalam aplikasi SIAP, selama 2017 telah masuk sebanyak 4933 email dengan rincian permintaan informasi (4672 close, 29 open), 105 email pengaduan dan 134 email saran dari masyarakat.

Sejak tahun 2015 dikembangkan aplikasi terpadu SIAP (Saluran Informasi Aspirasi & Pengaduan) Kemenkes RI yang mengintegrasikan semua saluran pelayanan informasi yang ada. Tujuannya, agar masyarakat mudah dan cepat mengakses informasi dan keluhan serta mempercepat petugas merespons permintaan informasi dan keluhan. Selain itu, pimpinan dapat mengetahui penyelesaian akhir secara *real time*. Saat ini para admin Unit Utama dan admin unit teknis bisa saling berhubungan, diharapkan kedepannya, SIAP bisa berhubungan dengan PPID Pelaksana, RS Vertikal dan UPT Vertikal.

- **Pelayanan Informasi Publik**

**Gambar 3.36**  
**Ruang Informasi Publik**



Kementerian Kesehatan membuka saluran komunikasi agar masyarakat dengan leluasa dapat mengakses informasi. Kanal yang dibuka adalah : Contact Center (surel, surat dan faximili), dan datang langsung ke Pojok Informasi di Gedung Prof.



Sujudi Lt. 1.

Daftar saluran informasi :

Fax : 021-52921669

Email : kontak@kemkes.go.id

Surat : Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat; Gd. Adhyatma, Jl. HR Rasuna Said Blok X-5 Kav. 4-9.

Laman PPID : www.ppid.kemkes.go.id dan www.kemkes.go.id

Untuk Pojok Informasi dikelola khusus dan bagi masyarakat yang berkeinginan untuk datang tatap muka dengan petugas informasi di gedung Prof. Sujudi, lantai satu, Jl. HR Rasuna Said Blok X5 Kav. 4-9.

- **Unit Layanan Terpadu (ULT)**

Unit Layanan Terpadu (ULT) merupakan implementasi dari Undang Undang RI Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik yang kemudian dibentuk Unit Layanan Terpadu (ULT) berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 509/MENKES/SK/2010 pada tanggal 26 April 2010. Unit ini terletak di gedung Prof. Dr. Sujudi lantai 1 dengan tujuan mempermudah penyelenggaraan pelayanan perizinan, transparansi dan akuntabilitas pelayanan serta memotong birokrasi yang panjang di bidang kesehatan.

**Gambar 3.37**  
**Ruang Unit Layanan Terpadu (ULT)**



**8) SPGDT 119**

Salah satu upaya penguatan akses pelayanan kesehatan antara lain dengan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT), yang bertujuan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kegawatdaruratan medik, serta mempercepat waktu respon penanganan pasien gawat darurat dalam upaya menurunkan angka kematian dan kecacatan. SPGDT merupakan layanan emergensi medik di Indonesia yang diselenggarakan melalui layanan berbasis *call center* yaitu Pusat Komando Nasional (*National Comand Center/NCC*) 119 dan *Public Safety Center* (PSC) 119.

NCC merupakan pusat panggilan kegawatdaruratan medik dengan nomor akses tunggal 119 yang digunakan di seluruh wilayah Indonesia, yang berada di Kementerian Kesehatan.

PSC merupakan pusat layanan yang menjamin kebutuhan masyarakat dalam hal-hal yang berhubungan dengan kegawatdaruratan medik yang berada di kabupaten/kota yang merupakan ujung tombak pelayanan untuk mendapatkan respon cepat.

Fungsi PSC antara lain (1) Pemberi pelayanan gawat darurat, (2) Pemandu pertolongan pertama (*first aid*), (3) Pengevakuasi korban/pasien gawat darurat dan (4) Pengoordinasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan.

Tugas PSC yaitu:

1. Menerima terusan (*dispatch*) panggilan kegawatdaruratan dari NCC 119;
  2. Melaksanakan pelayanan kegawatdaruratan dengan menggunakan algoritme kegawatdaruratan;
  3. Memberikan layanan ambulans;
  4. Memberikan informasi tentang fasilitas pelayanan kesehatan; dan
  5. memberikan informasi tentang ketersediaan tempat tidur di rumah sakit.
- Saat ini sudah terbentuk 135 PSC yang tersebar di seluruh wilayah Indonesia.

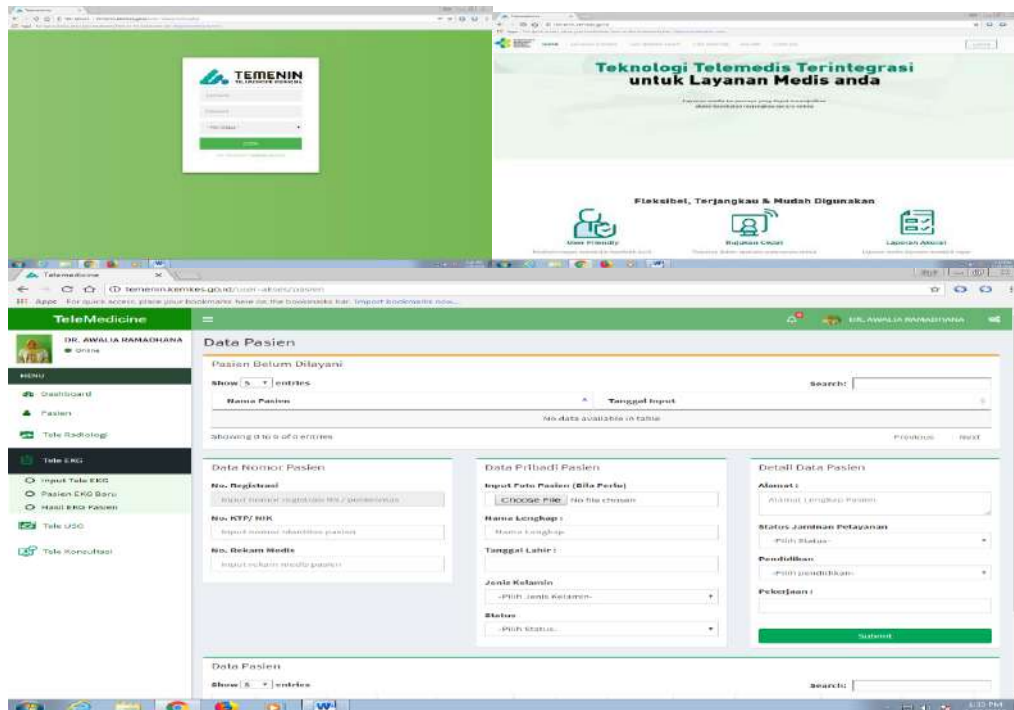
#### **9) Pengembangan Telemedicine**

Pelayanan Telemedicine merupakan salah satu terobosan Kementerian Kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan menggunakan teknologi informasi untuk mendekatkan akses dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Layanan Telemedicine ini juga diharapkan dapat memudahkan komunikasi antara dokter umum yang berada di daerah terpencil ataupun daerah yang jauh dari pusat kota dengan dokter spesialis, subspesialis guna meningkatkan derajat kesehatan perorangan dan masyarakat.

*Telemedicine* sudah dikembangkan di Indonesia sebagai *pilot project* yang diawali dengan teleradiologi, tahun 2012 dengan Jenis layanan tele-radiologi dan sampai tahun 2018 telah ada tiga jenis layanan telemedicine yaitu Tele-radiologi, tele-EKG dan Tele-USG. Pelayanan Telemedicine memiliki Konsep Pengampuan dimana sebagai Pengampu adalah RS Rujukan Nasional, Rujukan Provinsi dan Rujukan Regional, dan sebagai Diampu adalah Rumah Sakit yang tidak memiliki tenaga Spesialis dan/atau Puskesmas yang tidak memiliki tenaga medis terutama terletak di daerah DTPK (Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan).

Kementerian Kesehatan menyediakan Aplikasi pelayanan telemedicine dengan alamat [www.temenin.kemkes.go.id](http://www.temenin.kemkes.go.id), yang dapat diakses oleh semua fasilitas pelayanan kesehatan yang menyediakan layanan telemedicine.

**Gambar 3.38**  
**Dashboard Aplikasi Telemedicine**



Gambar dibawah merupakan Foto Implementasi Telemedicine Indonesia berupa pemeriksaan EKG dan upload hasil pemeriksaan pada aplikasi telemedicine di Puskesmas

**Gambar 3.39**  
**Implementasi Telemedicine di Puskesmas**



#### 10) Rumah Sakit Terakreditasi Internasional

Dalam rangka menghadapi persaingan perdagangan bebas dunia terutama di ASEAN, maka perlu meningkatkan mutu fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan standar kelas dunia (internasional). Kementerian Kesehatan berupaya untuk mewujudkan hal tersebut yaitu dengan adanya fasilitas pelayanan kesehatan rujukan yang tersertifikasi akreditasi internasional oleh lembaga independent dalam hal ini Joint Commision International (JCI).

Sampai dengan tahun 2018 terdapat 28 rumah sakit yang telah tersertifikasi akreditasi dari JCI, yaitu:

a. RS Pemerintah

1) RS UPT Vertikal

1. RSUP Cipto Mangunkusumo Jakarta
2. RSUP Fatmawati Jakarta
3. RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung
4. RSUP dr. Kariadi Semarang
5. RSUP dr. Sardjito Yogyakarta
6. RSUP Sanglah Bali
7. RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar
8. RSUP Moh. Hoesin Palembang
9. RS Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita Jakarta
10. RS Anak dan Bunda Harapan Kita Jakarta
11. RSUP Prof. dr. RD Kandou Manado
12. RSUD dr. Soetomo Surabaya

2) RS Pemerintah Lainnya

1. RSPAD Gatot Soebroto Jakarta

b. RS Swasta

- 1) RS Awal Bros Bekasi
- 2) RS Awal Bros Pekanbaru
- 3) RS Awal Bros Batam
- 4) RS Awal Bros Tangerang
- 5) RS Eka Hospital BSD
- 6) RS Eka Hospital Pekanbaru
- 7) RS Siloam Kebun Jeruk
- 8) RS Siloam Lippo Village Banten
- 9) RS Siloam Hospital Bali
- 10) RS Premier Jatinegara
- 11) RS Premiere Surabaya
- 12) RS Premier Bintaro
- 13) RS Pondok Indah-Puri Indah Jakarta
- 14) RS Pondok Indah-Pondok Indah Jakarta
- 15) RS Mata kedoya JEC Jakarta

**11) Kinerja Inisiatif Pencegahan Korupsi:**

Selama tahun 2018 terdapat beberapa Kegiatan Inisiatif Pencegahan Korupsi yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan antara lain:

- a. Optimalisasi pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan menyusun draft revisi Peraturan Menteri Kesehatan nomor 36 tahun 2015 tentang Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) dalam Pelaksanaan JKN. Revisi Permenkes tersebut saat ini masih dalam proses, dimana draft Permenkes tersebut sedang dibahas oleh Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) dan dilaksanakan *knowledge sharing* oleh Asosiasi Dinas Kesehatan Seluruh Indonesia (ADINKES) dengan topik “Pencegahan Kecurangan Implementasi

- JKN”. Selain itu di dalam proses revisinya, telah dilaksanakan Konsolidasi Nasional Penguatan Sistem Pencegahan Kecurangan (*Fraud*) pada Program JKN dengan melibatkan seluruh satker di lingkungan Kementerian Kesehatan. Dalam mendukung optimalisasi tersebut, Inspektur I Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan juga telah membawakan materi terkait Sistem Pencegahan dan Deteksi Fraud di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) pada pertemuan Perencanaan dan Evaluasi Sistem Rujukan Spesimen;
- b. Evaluasi *Internal Audit – Capability Model* (IA-CM) pada Inspektorat Jenderal Kemenkes dilaksanakan oleh BPKP RI. Ruang lingkup evaluasi tersebut antara lain melakukan validasi terhadap perbaikan yang dilakukan Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan RI dalam upaya meningkatkan kapabilitasnya ke level yang lebih baik. Dari laporan hasil evaluasi IA-CM yang diterbitkan, saat ini Kapabilitas Aparatur Pengawas Intern Pemerintah (APIP) Kementerian Kesehatan RI berada di level 3, dan Maturitas Sistem Pengendalian Intern Pemerintah mencapai level 3;
  - c. Pembinaan SPIP (Sistem Pengendalian Intern Pemerintah) dilakukan oleh Inspektorat Jenderal dalam rangka meningkatkan level maturitas SPIP, sehingga sudah ada 24 satuan kerja yang mencapai level rintisan (level 1), 44 satuan kerja mencapai level berkembang (level 2), dan 6 satuan kerja yang sudah mencapai level terdefinisi (level 3).
  - d. Pengelolaan Laporan Harta Kekayaan Penyelenggaraan Negara (LHKPN) Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: HK.03.01/MENKES/066/I/2010 sebagaimana telah diperbaharui dengan Permenkes No. 35 Tahun 2017 tentang Wajib Laport Harta Kekayaan bagi Pejabat di Lingkungan Kementerian Kesehatan, Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan mendorong pelaporan LHKPN tersebut kepada seluruh satuan kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan. Sampai dengan tanggal 31 Desember 2018 dari jumlah wajib laport Penyelenggara Negara sebanyak 3.077 orang, yang telah menyampaikan LHKPN adalah sebanyak 2.999 orang (97,47%).
  - e. Pelaporan Pengendalian Gratifikasi di lingkungan Kementerian Kesehatan melalui Unit Pengendalian Gratifikasi Kementerian Kesehatan. Pada tahun 2018 terdapat 124 laporan gratifikasi yang diterima oleh UPG Kementerian Kesehatan yang dikelola oleh Inspektorat Jenderal. Dari 124 barang gratifikasi yang telah dilaporkan tersebut telah mendapatkan status dari Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) yaitu: 21 menjadi Milik Negara, 2 menjadi Milik Penerima, 19 dikelola UPG, dan 82 masih dalam proses;
  - f. Pengelolaan sponsorship yang melapor baik secara mandiri maupun melalui instansi dalam memberi dan menerima sponsorship selama tahun 2018, terdapat 385 perusahaan yang melapor sebagai pemberi sponsorship, 138 instansi yang melapor sebagai penerima, 1352 profesi dokter, 62 profesi perawat, 45 profesi apoteker dan terkait bidang farmasi, 51 profesi tenaga kesehatan lainnya, dan 26 laporan dari tenaga non kesehatan yang melapor menerima sponsorship;



- g. Pembentukan zona integritas dan pembinaan satker berpredikat Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) atau Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM). Selama tahun 2018 terdapat usulan satker untuk dinilai sebagai satker WBK/WBBM dari masing-masing unit utama sebanyak 68 satker dan telah dilakukan Assesment sehingga sebanyak 10 satker memperoleh predikat WBK dari Menteri Kesehatan. Kegiatan pendampingan yang dilakukan oleh Inspektorat Jenderal selama tahun 2018 berhasil membawa satuan kerja Kementerian Kesehatan, yakni RS Kanker Dharmais berhasil mendapatkan penghargaan dari Kemenpan dan RB sebagai unit kerja berpredikat Wilayah Bebas dari Korupsi. Selain itu Menteri Kesehatan juga mendapatkan penghargaan dari Menpan RB atas keberhasilannya mendorong pembangunan ZI menuju Wilayah Bebas dari Korupsi/Wilayah Birokrasi Bersih Melayani di instansi yg dipimpinnya, dalam hal ini Kementerian Kesehatan;
- h. Hasil survei Penilaian Integritas tahun 2017 yang diberikan oleh Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) pada tanggal 21 November 2018, Kementerian Kesehatan menduduki peringkat ke - 4 dengan indeks integritas 74,93. Dalam penilaian Survei Integritas ini ada 4 dimensi penilaian yg difokuskan oleh KPK adalah, budaya antikorupsi; pengelolaan SDM; pengelolaan anggaran; dan sistem antikorupsi dengan menggunakan responden yang berasal dari internal lembaga terkait, masyarakat pengguna layanan, dan tenaga ahli. Survei Penilaian integritas tersebut dinilai dengan skala 0-100, semakin mendekati 100 menunjukkan integritas yang baik dan rendah risiko korupsi begitu pula sebaliknya. Rata-rata penilaian integritas kementerian, lembaga & pemerintahan daerah berada pada skor 66.

## **12) Pembiayaan Peserta PBI-JKN**

Pembayaran iuran peserta PBI JKN melalui APBN dimulai dengan Penetapan kriteria peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) melalui Keputusan Menteri Sosial tentang Penetapan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Tahun 2018, yang kemudian dilakukan Pendaftaran Peserta PBI Jaminan Kesehatan oleh Kementerian Kesehatan ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagai dasar peserta PBI-JKN aktif.

Target peserta PBI yang dibiayai melalui APBN di tahun 2018 ditetapkan sebesar 92,4 juta jiwa. Target PBI Tahun 2018 tersebut sama dengan jumlah target di tahun 2017. Realisasi capaian indikator PBI tahun 2018 ini sebesar 92,46 juta jiwa atau 100,07%. Jika dibandingkan tahun 2016 sampai 2017 hasil capaian PBI tahun 2018 ini meningkat dibandingkan realisasi capaian PBI di tahun 2016 (91,1 juta jiwa atau 91,5%) dan tahun 2017 (92,3 juta jiwa atau 99,9%). Perhitungan dalam menentukan realisasi angka capaian tersebut didapatkan dari besaran jumlah peserta yang terdaftar dan dibayarkan kapitasinya oleh BPJS Kesehatan ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).

Pada tabel 3.45 dibawah tergambar bahwa jumlah PBI tahun 2018 tiap bulannya mengalami fluktuatif (kenaikan/penurunan), hal ini disebabkan adanya perubahan peserta yang meninggal, peserta ganda, perubahan status, dan bayi baru lahir sehingga timbul perbedaan antara peserta PBI yang ditetapkan dengan



peserta yang terdaftar. Perbedaan tersebut didapatkan dan didasari dari data PBI yang terdaftar dan dibayarkan kapitasinya oleh BPJS Kesehatan ke FKTP.

**Tabel 3.44**  
**Progress Capaian PBI Tahun 2018**

No	Bulan	Target	Capain
1	Januari	92.400.000	92.349.729
2	Februari	92.400.000	92.356.799
3	Maret	92.400.000	92.317.193
4	April	92.400.000	92.316.248
5	Mei	92.400.000	92.269.541
6	Juni	92.400.000	92.223.010
7	Juli	92.400.000	92.223.010
8	Agustus	92.400.000	92.293.841
9	September	92.400.000	92.285.054
10	Oktober	92.400.000	92.242.653
11	November	92.400.000	92.263.133
12	Desember	92.400.000	92.468.657

Sedangkan bila dilihat dari realisasi anggaran PBI-JKN di tahun 2018 tergambar pada tabel 3.46 dibawah ini:

**Tabel 3.45**  
**Realisasi Anggaran PBI-JKN Tahun 2018**

NO	Bulan	Peserta	Premi	REALISASI	Sisa	%
<b>Pagu</b>		<b>92.400.000</b>	<b>23.000</b>		<b>25.502.400.000.000</b>	
1	Jan	92.349.729	23.000	2.124.043.767.000	23.378.356.233.000	8,33
2	Feb	92.356.799	23.000	2.124.206.377.000	21.254.149.856.000	16,66
3	Maret	92.317.193	23.000	2.123.295.439.000	19.130.854.417.000	24,98
4	April	92.316.248	23.000	2.123.273.704.000	17.007.580.713.000	33,31
5	Mei	92.269.541	23.000	2.122.199.443.000	14.885.381.270.000	41,63
6	Juni	92.240.982	23.000	2.121.542.586.000	12.763.838.684.000	49,95
7	Juli	92.343.210	23.000	2.123.893.830.000	10.639.944.854.000	58,28
8	Agustus	92.377.985	23.000	2.124.693.655.000	8.515.251.199.000	66,61
9	September	92.319.169	23.000	2.123.340.887.000	6.391.910.312.000	74,94
10	Oktober	92.374.423	23.000	2.124.611.729.000	4.267.298.583.000	83,27
11	November	92.615.766	23.000	2.130.162.618.000	2.137.135.965.000	91,62
12	Desember	92.468.657	23.000	2.126.779.111.000	10.356.854.000	99,96
<b>JUMLAH</b>		<b>461.609.510</b>		<b>25.492.043.146.000</b>	<b>10.356.854.000</b>	<b>99,96</b>

#### **D. Penghargaan/prestasi yang dicapai oleh Kementerian Kesehatan Tahun 2018**

Berbagai penghargaan telah diraih Kementerian Kesehatan sepanjang tahun 2018. Dengan adanya penghargaan yang diraih, diharapkan dapat terus memacu semua lini Kementerian kesehatan untuk meningkatkan kinerja. Beberapa penghargaan diantaranya adalah:

1. Penghargaan dari Badan Kepegawaian Negara (BKN)

**Gambar 3.40 Penghargaan Pengelolaan Kepegawaian Terbaik Kategori Besar**



2. 3 Penghargaan MEDIAKOM dari PR INDONESIA AWARD 2018
  - “GOLD WINNER untuk MEDIAKOM edisi 81”
  - “SILVER untuk MEDIAKOM edisi 79”
  - “BRONZE untuk MEDIAKOM edisi 83”

**Gambar 3.41 Penghargaan Media Kom**



3. 2 Penghargaan MEDIAKOM dari InMA

“Silver Winner inma the best inhouse magazine untuk MEDIAKOM edisi Mei 2018”

“silver winner inma the best e-magazine untuk MEDIAKOM edisi Januari 2018”

**Gambar 3.42 Penghargaan Mediakom dari InMA**



4. Penghargaan Wajar Tanpa Pengecualian (WTP) 5 tahun berturut turut dari Badan Pengawas Keuangan (BPK)

**Gambar 3.43 Penghargaan WTP**



5. Penghargaan Dari Ketua Komite Kantor Urusan Haji Makkah Al Mukarramah kepada Pemerintah Republik Indonesia atas Pelayanan Kesehatan Haji tahun 1439 H/2018 M

**Gambar 3.44 Penghargaan pelayanan Haji**



6. Penghargaan dari Direktur Jenderal Kesehatan Daerah Makkah kepada Pemerintah Republik Indonesia Atas Dukungan dan Upaya Dalam Keberhasilan Program Kesehatan Haji tahun 1439 H/2018M

### Gambar 3.45 Penghargaan Penyelenggaraan Haji



7. Penghargaan dari Direktorat Jenderal Pendidikan Klinik Kementerian Kesehatan Arab Saudi kepada Misi Kesehatan Haji Indonesia atas Promotif dan Preventif yang sangat baik dan membantu Kementerian Kesehatan Arab Saudi dalam Program Edukasi Kesehatan Haji bagi seluruh Negara.

**Gambar 3.46 Penghargaan dari Arab Saudi**





8. Penghargaan Kategori Utama dari KASN  
Kepatuhan dan Kualitas Tatakelola Seleksi Terbuka Pengisian Jabatan Pimpinan Tinggi

**Gambar 3.47 Penghargaan dari KASN**



9. Penghargaan dari Komisi Informasi Pusat Sebagai Badan Publik Cukup Informatif

**Gambar 3.48 Penghargaan dari KIP**





10. Penghargaan dari Kementerian PAN dan RB TOP 10 Favorit Exhibition The International Public Service Forum 2018

**Gambar 3.49 Penghargaan dari Kementerian PAN dan RB**



11. Penghargaan dari Komisi Pemberantasan Korupsi Kementerian dengan Sistem Pengendalian Gratifikasi Terbaik 2018

**Gambar 3.50 Penghargaan dari KPK**



12. Penghargaan dari Komisi Pemberantasan Korupsi Jaga Kesehatan 2018 dalam Platform Pencegahan Korupsi JAGA

**Gambar 3.51 Penghargaan dari KPK**



13. Penghargaan untuk MENKES RI dari Majalah IT WORKS Top Leader on IT Leadership 2018

**Gambar 3.52 Penghargaan dari IT WORKS 1**



14. Penghargaan dari Majalah IT WORKS TOP IT Implementation on Ministry 2018

**Gambar 3.53 Penghargaan dari IT WORKS 2**



15. Penghargaan dari Majalah IT WORKS Top Digital Transformation Readiness 2018

**Gambar 3.54 Penghargaan IT WORKS 3**





16. Penghargaan MURI Dunia Pemantauan Penggunaan Kelambu Anti Nyamuk Secara Serentak Dengan Jumlah Terbanyak

**Gambar 3.55 Penghargaan MURI**



17. REKOR MURI-DUNIA Pemrakarsa Larvitrap Jenis Terbanyak 2018

**Gambar 3.56 Penghargaan MURI 2**



18. Penghargaan dari PR INDONESIA AWARD 2018 Silver Winner Kategori Media Sosial Kementerian

**Gambar 3.57 Penghargaan PR INDONESIA AWARD**



19. Penghargaan Pengawasan Kearsipan

Penghargaan dari ANRI kepada Kementerian Kesehatan mendapatkan peringkat Sangat Baik dengan Nilai 97,86, hal ini merupakan sebuah peningkatan yang dicapai sebelumnya pada tahun 2016 mendapatkan predikat cukup dengan Nilai 67,25.

**Gambar 3.58 Penghargaan Kearsipan**

**PENGAWASAN KEARSIPAN**

Tahun	Nilai	Kategori	Peringkat
2016	67,25	CUKUP	10

Tahun	Nilai	Kategori	Peringkat
2018	97,86	SANGAT BAIK	1

Pada tanggal 9 Oktober 2018 ANRI menyerahkan hasil Pengawasan Kearsipan pada tahun 2018. Penyerahan terhadap Kementerian dan Lembaga dilaksanakan di Kementerian Kesehatan Ruang Siwabessy. Hasil Pengawasan tahun 2018 Kementerian Kesehatan mendapatkan peringkat Sangat Baik dengan Nilai 97,86. hal ini merupakan sebuah peningkatan yang dicapai sebelumnya pada tahun 2016 mendapatkan predikat cukup dengan Nilai 67,25



20. Juara III Penghargaan Subroto (Efisiensi Energi)  
Kementerian Kesehatan dalam hal ini Biro Umum kembali meraih prestasi juara III untuk program hemat energi di lingkungan Kementerian/Lembaga yang diselenggarakan oleh Kementerian Energi dan Sumberdaya Mineral.
21. Penghargaan Level 3 untuk Kapabilitas APIP dan Maturitas SPIP Kemenkes RI

**Gambar 3.59 Penghargaan Maturitas SPIP dan Kapabilitas APIP dari BPKP**



BPKP memberikan apresiasi kepada Kementerian Kesehatan atas capaiannya memperoleh level 3 atas Maturitas Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) dan Kapabilitas Aparat Pengawas Intern Pemerintah (APIP).

22. Penghargaan kementerian Negara/Lembaga dengan Kinerja Pengelolaan Anggaran Terbaik T.A 2018.

Penghargaan ini diberikan oleh Kementerian Keuangan kepada Kementerian Kesehatan sebagai peringkat dua, kategori pagu besar (> 10 Triliyun) Kementerian/Lembaga dengan Kinerja Pengelolaan Anggaran Terbaik Tahun Anggaran 2018

**Gambar 3.60 Penghargaan Kementerian Negara/Lembaga dengan Kinerja Pengelolaan Anggaran Terbaik T.A 2018**



#### **BAB IV PENUTUP**

Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2018 disusun sebagai wujud pertanggungjawaban atas kinerja berdasarkan Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja yang ditetapkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. Laporan ini disusun sesuai amanat Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

Sepanjang tahun 2018, Kementerian Kesehatan telah mencatatkan sejumlah keberhasilan dalam pencapaian sasaran kinerja, namun masih terdapat hasil pencapaian sasaran yang belum menggembirakan. Semua capaian tersebut akan menjadi bahan introspeksi dan evaluasi Kementerian Kesehatan untuk terus memperbaiki diri dan meningkatkan kinerjanya di tahun berikutnya.

Dari 36 Indikator Kinerja pada 12 Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan yang dijanjikan pada dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2018, terdapat 32 Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang memiliki kinerja sesuai atau melebihi target, dan terdapat pula 4 Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang belum mencapai target 100%: 1) yaitu Jumlah provinsi dengan eliminasi kusta, 2) Jumlah Puskesmas yang minimal memiliki 5 jenis tenaga kesehatan, 3) Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan pemetaan keluarga sehat, 4) Jumlah kabupaten/kota yang melaporkan data kesehatan prioritas secara lengkap.

Beberapa kendala dalam pencapaian sasaran strategis diantaranya a) masih adanya kesenjangan cakupan antar provinsi, b) belum meratanya jumlah tenaga kesehatan di daerah-daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan, c) Kondisi geografis masyarakat yang tinggal di daerah-daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan menyebabkan kesulitan untuk mengakses fasilitas pelayanan kesehatan, dan d) Masih kurangnya sumber daya dalam pelaksanaan pencapaian sasaran.

Langkah-langkah yang perlu dilakukan Kementerian Kesehatan dalam menghadapi tantangan ke depan adalah a) Mempererat koordinasi dan kerjasama dengan seluruh jajaran pemerintahan maupun masyarakat diantaranya dengan pelaksanaan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat sebagai upaya melibatkan semua komponen pemerintah dan masyarakat dalam pembangunan kesehatan, b) Meningkatkan dukungan pelaksanaan program dan kegiatan Kementerian Kesehatan, mencakup penyediaan sumber daya anggaran, sumber daya manusia, regulasi yang diperlukan, hingga tersedianya sistem informasi yang semakin andal terutama untuk terpencil, perbatasan, dan kepulauan c) Memantapkan pengelolaan sistem aplikasi terintegrasi berbasis jaringan sehingga dapat mendukung pencapaian kinerja Kementerian Kesehatan, d) Dukungan Lintas Program/Lintas Sektor dan organisasi profesi didalam pelayanan kesehatan e)

Meningkatkan jangkauan pelayanan pada kelompok masyarakat berisiko tinggi, dengan berfokus pada daerah yang memiliki risiko tertinggi dan beban tertinggi.

Untuk meningkatkan pemenuhan sumber daya kesehatan, Kementerian Kesehatan telah melakukan kegiatan diantaranya Penugasan Khusus Tenaga Kesehatan/Nusantara Sehat, Sosialisasi penugasan khusus tenaga kesehatan (Tim dan Individu) kepada Organisasi Profesi/mahasiswa/Institusi Diknakes terutama untuk profesi yang masih kurang. Advokasi ke pemerintah daerah untuk pemenuhan tenaga kesehatan di wilayahnya sesuai dengan UU nomor 23 tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah, urusan kesehatan merupakan urusan pemerintahan konkuren yang dibagi antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Provinsi, Kabupaten/Kota), serta merupakan urusan pemerintah yang wajib karena bersifat pelayanan dasar.

Laporan Kinerja ini diharapkan dapat memberikan informasi yang transparan dan akuntabel bagi semua pemangku kepentingan atau stakeholders Kementerian Kesehatan. Diharapkan pula Laporan Kinerja ini akan dapat menjadi bahan evaluasi dalam rangka meningkatkan pengelolaan kinerja di Kementerian Kesehatan. Kementerian Kesehatan berharap dapat terus memberikan andil yang semakin besar dalam mewujudkan cita-cita berbangsa dan bernegara di bidang kesehatan.

**Lampiran 1 Judul Rekomendasi Kebijakan yang telah di advokasikan pada Tahun 2018**

No.	Topik/Judul	Satker
1.	Telaah Susu Kental Manis Puslitbang BTDK	Puslitbang BTDK dan ampuan
2.	Perda Kawasan Tanpa Rokok di Jakarta: Peran Politik dan Aktor Kebijakan	
3.	Rekomendasi Tata Niaga Riset dan Kemajuan Produk Riset Inovatif	
4.	Asupan Natrium Berlebih dan Strategi Penanggulangannya	
5.	Filariasis di Sekitar Kita (Yang terabaikan akan jadi masalah besar)	
6.	Hasil Risnakes 2017	Puslitbang SDPK
7.	Riset Implementasi PIS-PK	
8.	Peran Kader Kesehatan dalam ikut mewujudkan Desa Bebas Garam Non Iodium	Puslitbang UKM dan ampuan
9.	Kantin Sekolah Potensi Optimalkan Status Gizi Siswa	
10.	Surveillance GAKI yang tidak bisa ditinggalkan	
11.	Peningkatan Surveillance Aktif dalam memutus Transmisi Filariasis di Daerah Sentinel dan Spot Kabupaten Subang, Provinsi Jawa Barat	
12.	Laksanakan Surveillance Aktif Pemeriksaan Klinis Filariasis Berkala di Daerah Spot dan Sentinel (Rekomendasi ditujukan pada Bupati Kabupaten Tangerang)	
13.	Pentingnya Dukungan Lintas Sektor dalam Pengendalian Filariasis menuju Eliminasi Filariasis Tahun 2020 di Kabupaten Singingi	
14.	Anopheles Sinensis dan Anopheles Vagus Terkonfirmasi sebagai Vektor Malaria di Kab. Muara Enim	
15.	Faktor Risiko Penularan Filariasis di kab. Pelalawan	
16.	Status Eliminasi Filariasis di Kab. Bangka Barat: Capaian dan Tantangan	
17.	Masih Terjadinya Penularan Filariasis di Kab Belitung pada tahun 2017	
18.	Kebijakan Pengendalian Schistosomiasis sebagai Agenda Prioritas Lintas Sektor dalam rangka Eliminasi Schistosomiasis 2020	
19.	Pengendalian Infeksi Cacing Usus di Sumba Barat	



No.	Topik/Judul	Satker
20.	Strategi Pemberdayaan Masyarakat Sumba dalam Upaya Eliminasi Filariasis	
21.	Pengendalian Peredaran Insektisida dalam Upaya Mencegah Resistensi Vektor DBD	
22.	Eliminasi Filariasis di Kabupaten Sumba Barat Daya	
23.	Penanggulangan Filariasis melalui Kearifan Lokal di Kabupaten Sumba Barat Daya	
24.	Pengendalian Vektor Terpadu melalui Bio-Ekologi Vektor dan Potensi Lokal	
25.	Pencegahan Filariasis melalui Minum Obat Massal di Kabupaten Sumba Barat Daya	
26.	Strategi Promosi Kesehatan Pencegahan Filariasis di Kabupaten Sumba Barat Daya	
27.	Analisis Data Percepatan Eliminasi Tuberkulosis, Peningkatan Mutu Cakupan Imunisasi dan Penurunan Stunting	
28.	Trend Status Gizi : 2007-2017 (Stunting dan Wasting)	
29.	Studi Inventory TB	
30.	Telaah Tentang Efek Konsumsi Tembakau terhadap Kemiskinan dan Stunting	Puslitbang HKM
31.	Kesiapan Puskesmas Menjalankan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK)	
32.	Rancangan Permenkes RI tentang Grand Design Masyarakat Ekonomi ASEAN (MEA) 2025 Bidang Kesehatan: Bab II: Kekuatan dan Proyeksi Indonesia; Bab V: Kesimpulan dan Tindak Lanjut	
33.	Pemanfaatan Dana Dekon	
34.	Intervensi KIA terkait Persalinan Aman Berbasis Budaya Etnis Toraja di Sa'dan Toraja Utara	
35.	Penguatan Perilaku Kesehatan Reproduksi Memanfaatkan Potensi Dewan Adat sebagai Upaya Mencegah Kehamilan Remaja Mesuji	
36.	Politik hukum program PIS-PK di Provinsi Kalimantan Selatan	
37.	Analisis Peraturan Perundangan Bidang Layanan Kesehatan	
38.	Hasil Rikhus Vektora (Waspada Penularan Infeksi Hantavirus)	BB VRP
39.	Rikhus Vektora Bencana Sulteng	
40.	Menyelamatkan pengetahuan lokal dengan pencatatan ramuan obat tradisional	

No.	Topik/Judul	Satker
41.	Pemerintah Propinsi Sulawesi tengah Perlu Segera Melakukan Konservasi Tumbuhan Obat Langka	B2P2TOOT
42.	Penguatan Eliminasi Malaria di Papua dan Papua Barat dengan Tanaman Obat	

**Lampiran 2 Capaian Indikator Jumlah Penelitian yang Didaftarkan HKI tahun 2018**

No	Judul	Nama Inventor	Satker	Keterangan
<b>Patent</b>				
1	Protein Rekombinan prM/E Virus Dengue Serotype 4 Strain Indonesia (To81) dan Metoda Pembuatan Protein Rekombinan Gen prM/E Virus Dengue Serotype 4 Strain Indonesia (To81) dengan sistem ekspresi secara sekresi di <i>Pichia Pastoris</i> yang halal ( <i>Porcine Free</i> )	Dr. dr. C.S. Whinie Lestari, M. Kes; R. Tedjo Sasmono, Ph.D; Benediktus Yohan, M. Biomed	Puslitbang Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan	Status Terdaftar Nomor P00201810226
2.	Proses Perolehan Katekin dari Ekstrak Air Daun Gambir dengan Fraksinasi	Nanang Yunarto, M.Si., Apt; Dra Ani Isnawati, M. Kes., Apt.; Indah Sulistyowati, S.Si; Rosa Adelina, M.Sc., Apt.; Intan Sari Oktoberia, S.Si; Nurul Aini, S.Si.; Arifayu Addiena Kurniatri, S.Si.	Puslitbang Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan	Status Terdaftar Nomor P00201810225
3.	Multiplex Realtime PCR dengan Target Gen dtxR dan tox untuk Identifikasi Bakteri Penyebab Difteri	Dr. Sunarno, S. Kep., M. Si. Med; Kambang Sariadji, S. Si. M. Biomed; drh. Khariri, M. Biomed.; dr. Nelly Puyspandari, Sp.MK; Fauzul Muna, S.Si; Yuni	Puslitbang Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan	Status Terdaftar Nomor P00201810224

No	Judul	Nama Inventor	Satker	Keterangan
		Rukminiqati, M. Biomed; Novi Amalia, S.Si; Sundari Nursofiah		
4.	Proses Ekstraksi Artemisinin dari Tanaman Artemisia Annua L. Berbasis Gas HFC-134A dengan Sistem Tertutup	Dra. Ani Isnawati, M. Kes., Apt; Raden Arthur Ario Lelono, Ph.D; Sabar Pangihutan Simanungkalit, MT; Dadi Ramdani; Nanang Yunarto, M.Si., Apt.; Dra Sukmayati Alegantina; Nurul Aini, S. Farm., Apt	Puslitbang Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan	Status Terdaftar Nomor P00201810223
<b>Hak Cipta</b>				
1.	Peta Distribusi Fokus Keong Penular Schistosomiasis di Dataran Tinggi Napu, Kabupaten Poso	Junus Widjaja, SKM., M. Sc. Dkk (28 orang)	Balai Litbang Kesehatan Donggala	EC00201859295/000128847
2.	Peta Distribus Fokus Keong Penular Schistosomiasis di Dataran Tinggi Bada, Kabupaten Poso	Junus Widjaja, SKM., M.Sc. dkk (10 orang)		EC 00201858813/000128310 (12 Desember 2018)
3.	Peta Distribusi Fokus Keong Penular Schistosomiasis di Dataran Tinggi Lindu, Kabupaten Sigi	Junus Widjaja, SKM., M.Sc., dkk (6 orang )		EC00201859294/000128846

No	Judul	Nama Inventor	Satker	Keterangan
4.	Peta Daerah Risiko Penularan Malaria Kabupaten Pangandaran Provinsi Jawa Barat	Andri Ruliansyah, SKM., M.Sc	Loka Litbang Kesehatan Pangandaran	EC00201859296/000128848 (14 Desember 2018)
5.	Peta Pola Sebaran Kasus DBD Tahun 2011 – 2015 di Wilayah Kota Tasikmalaya Provinsi Jawa Barat			EC00201859297/000128849

Sumber : Subbag Hukum, Sekretariat Badan Litbang Kesehatan