



Jl. H.R. Rasuna Said
Blok X-5 Kav. 4-9
Jakarta

p. 021 5203883
f. 021 5210176

direktoratbinagizi@gmail.com
www.gizi.depkes.go.id

Laporan Akuntabilitas Kinerja Tahun 2015

Direktorat Bina Gizi

Ditjen Bina Gizi dan KIA, Kemenkes RI

Pendahuluan

Latar Belakang

Undang-undang Kesehatan No. 36 tahun 2009 Bab VIII pasal 141 menyatakan bahwa upaya perbaikan gizi bertujuan untuk meningkatkan mutu gizi perseorangan dan masyarakat, peningkatan mutu gizi yang dimaksud dilakukan melalui perbaikan pola konsumsi makanan, perbaikan perilaku sadar gizi, dan peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi dan kesehatan sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi. Amanah tersebut telah ditindaklanjuti sesuai Peraturan Menteri Kesehatan nomor 23 tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi.

Ukuran keberhasilan kinerja Direktorat Bina Gizi dilihat dari hasil capaian dari masing-masing indikator kegiatan. Proses evaluasi merupakan penilaian terhadap hasil pencapaian tersebut, yang dituangkan ke dalam suatu laporan yang disebut Laporan Akuntabilitas Kinerja (LAK). Penyusunan LAK ini dimaksudkan sebagai bentuk kewajiban Direktorat Bina Gizi yang sejalan dengan Instruksi Presiden Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, dan 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.

Pelaporan kinerja tahun 2015 ini merupakan media untuk mengkomunikasikan pencapaian kinerja Direktorat Bina Gizi, kepada masyarakat dan pemangku kepentingan lainnya serta mempertanggungjawabkan tujuan dan sasaran serta rencana kinerja yang telah ditetapkan dalam Renstra 2015-2019, Rencana Kinerja Tahun 2015 dan Penetapan Kinerja Tahun 2015. Selain itu, pelaporan kinerja tahun 2015 ini merupakan laporan di tahun

pertama periode Pemerintahan Kabinet Kerja, yang dapat dijadikan tolak ukur dalam mendorong Direktorat Bina Gizi dalam meningkatkan transparansi, akuntabilitas dan efektifitas dari kebijakan dan program serta dapat menjadi masukan dan umpan balik bagi pihak-pihak yang berkepentingan dalam rangka meningkatkan kinerja organisasi, dan dapat dijadikan *lesson learnt* dalam perencanaan kegiatan di tahun selanjutnya.

Maksud dan Tujuan

Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Direktorat Bina Gizi merupakan suatu kewajiban untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan dan kegagalan misi organisasi tahun 2015, dalam mencapai target dan sasaran program seperti yang tertuang dalam Renstra, dan ditetapkan dalam dokumen penetapan kinerja Direktorat Bina Gizi oleh pejabat yang bertanggung jawab.

Tugas Pokok dan Fungsi

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) nomor: 1144/Menkes/PER/XI/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan, bahwa tugas pokok Direktorat Bina Gizi adalah menyiapkan perumusan dan melaksanakan kebijakan, dan menyusun norma, standar, prosedur, dan kriteria (NSPK) serta memberikan bimbingan teknis dan evaluasi di bidang bina gizi.

Dalam melaksanakan tugas, Direktorat Bina Gizi mempunyai fungsi sebagai berikut:

1. penyiapan perumusan kebijakan teknis di bidang bina gizi makro, gizi mikro, gizi klinik dan konsumsi makanan, serta kewaspadaan gizi;
2. pelaksanaan kegiatan di bidang bina gizi makro, gizi mikro, gizi klinik, dan konsumsi makanan serta kewaspadaan gizi;

3. penyiapan penyusunan norma, standar, prosedur dan kriteria di bidang bina gizi makro, gizi mikro, gizi klinik, dan konsumsi makanan serta kewaspadaan gizi;
4. penyiapan pemberian bimbingan teknis di bidang bina gizi makro, gizi mikro, gizi klinik dan konsumsi makanan serta kewaspadaan gizi;
5. evaluasi dan penyusunan laporan pelaksanaan kebijakan di bidang bina gizi makro, gizi mikro, gizi klinik dan konsumsi makanan serta kewaspadaan gizi; dan
6. pelaksanaan urusan tata usaha dan rumah tangga direktorat.

Fungsi tersebut dilaksanakan oleh struktur yang susunannya adalah sebagai berikut:

- a. Direktur Bina Gizi
- b. Sub Bagian Tata Usaha
- c. Sub Direktorat Bina Gizi Makro
 - 1) Seksi Standarisasi Bina Gizi Makro
 - 2) Seksi Bimbingan dan Evaluasi Bina Gizi Makro
- d. Sub Direktorat Bina Gizi Mikro
 - 1) Seksi Standarisasi Bina Gizi Mikro
 - 2) Seksi Bimbingan dan Evaluasi Bina Gizi Mikro
- e. Sub Direktorat Bina Gizi Klinik
 - 1) Seksi Standarisasi Bina Gizi Klinik
 - 2) Seksi Bimbingan dan Evaluasi Bina Gizi Klinik
- f. Sub Direktorat Bina Konsumsi Makanan
 - 1) Seksi Standarisasi Bina Konsumsi Makanan
 - 2) Seksi Bimbingan dan Evaluasi Bina Konsumsi Makanan
- g. Sub Direktorat Bina Kewaspadaan Gizi
 - 1) Seksi Standarisasi Bina Kewaspadaan Gizi
 - 2) Seksi Bimbingan dan Evaluasi Bina Kewaspadaan Gizi

**Struktur Organisasi
Direktorat Bina Gizi
Tahun 2015**



Pada tanggal 29 September 2015 terbit Peraturan Menteri Kesehatan nomor 64 tahun 2015, tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Dalam Permenkes ini, Direktorat Bina Gizi berubah nama menjadi Direktorat Gizi Masyarakat, di bawah Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat. Direktorat Gizi Masyarakat terdiri dari empat sub direktorat yaitu:

- a. Sub Direktorat Penanggulangan Masalah Gizi
- b. Sub Direktorat Peningkatan Mutu dan Konsumsi Gizi
- c. Sub Direktorat Pengelolaan Konsumsi Gizi
- d. Sub Direktorat Kewaspadaan Gizi

Struktur organisasi yang baru ini berlaku semenjak keluarnya Permenkes tersebut di atas. Akan tetapi demi alasan kelancaran pelaksanaan kegiatan, pemberlakuan struktur organisasi ini diterapkan sejak tanggal 4 Januari 2016.

Sistematika

Sistematika penulisan laporan akuntabilitas kinerja Direktorat Bina Gizi ini adalah sebagai berikut:

1. Kata Pengantar
2. Ringkasan Eksekutif
3. Daftar Isi, yang meliputi:

Bab I Pendahuluan

Menyajikan tentang penjelasan umum Direktorat Bina Gizi, dengan menekankan kepada aspek strategis Direktorat Bina Gizi serta permasalahan utama yang sedang dihadapi Direktorat Bina Gizi dan sistematika penulisan laporan.

Bab II Perencanaan Kinerja

Menguraikan ringkasan singkat atau ikhtisar perjanjian kinerja Direktorat Bina Gizi tahun 2015.

Bab III Akuntabilitas Kinerja

Diuraikan hasil pengukuran kinerja, evaluasi dan analisis capaian kinerja, termasuk di dalamnya menguraikan secara sistematis keberhasilan dan kegagalan, hambatan/kendala dan permasalahan yang dihadapi serta langkah-langkah antisipatif yang akan diambil, serta akuntabilitas keuangan yang memuat pagu dan realisasi anggaran kegiatan yang dilaksanakan, dikaitkan dengan tingkat capaian setiap sasaran strategis dan indikator kinerja yang telah ditetapkan.

Bab IV Penutup

Mengemukakan simpulan umum atas capaian kinerja serta langkah di masa mendatang yang akan dilakukan untuk meningkatkan kinerja Direktorat Bina Gizi.

Lampiran

Perencanaan Kinerja

Perencanaan Kinerja

Dalam menjalankan kegiatannya, Direktorat Bina Gizi berpegang kepada hal-hal sebagai berikut:

Visi dan Misi

Visi dan misi Presiden Republik Indonesia yaitu “Terwujudnya Indonesia yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian Berlandaskan Gotong Royong” menjadi visi dan misi seluruh Kementerian di Indonesia. Oleh karena itu, Rencana Strategis Kementerian Kesehatan dan Rencana Aksi Direktorat Bina Gizi tahun 2015-2019 tidak mencantumkan visi dan misinya.

Upaya untuk mewujudkan visi Presiden RI ini diterjemahkan ke dalam 7 misi pembangunan yaitu:

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

Tujuan

Meningkatkan cakupan, kualitas dan kesadaran gizi keluarga dalam upaya meningkatkan status gizi masyarakat dengan prioritas pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), remaja puteri serta usia produktif.

Masalah Gizi di Indonesia

Dalam masalah kekurangan gizi, saat ini Indonesia sudah bisa mengontrol masalah Kurang Vitamin A dan Gangguan Akibat Kekurangan Iodium, namun masih harus terus bekerja keras dalam mengatasi masalah gizi kurang, stunting, dan anemia gizi besi. Walaupun kekurangan vitamin A dan iodium telah dapat dikontrol, tetapi masih berpotensi menjadi masalah apabila kita kurang maksimal dalam menjaga kesinambungannya. Berdasarkan Riset Kesehatan dasar tahun 2013 prevalensi gizi kurang dan stunting di Indonesia saat ini masih cukup tinggi, masing-masing 19,6% dan 37,2%. Masalah anemia gizi besi, disamping prevalensi yang masih tinggi yaitu sebesar 37,1% pada ibu hamil, masalah anemia juga terjadi pada anak balita yaitu sebesar 28,1%.

Pada masalah kelebihan gizi, Indonesia sudah mulai dikhawatirkan dengan masalah gizi lebih pada balita yang sudah mencapai 11,9% yang berujung pada peningkatan risiko Penyakit Tidak Menular (PTM).

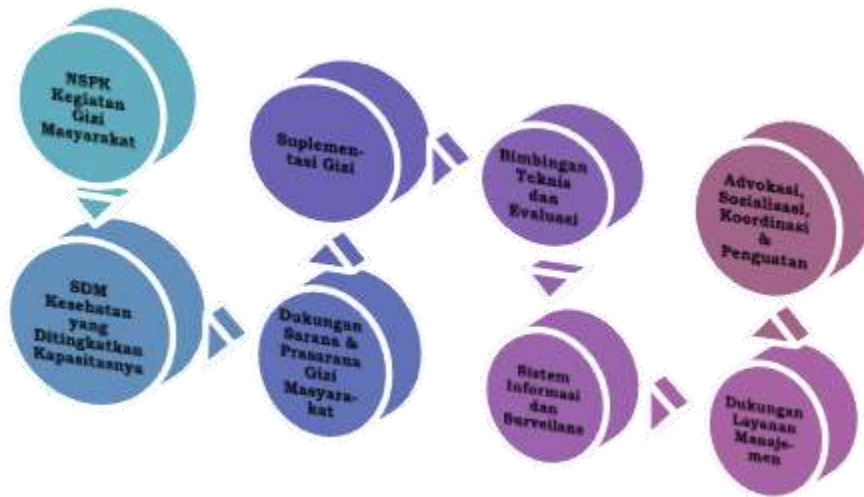
Mengantisipasi permasalahan gizi di atas, dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019, meningkatnya status gizi masyarakat menjadi salah satu prioritas pembangunan, dengan sasaran pokok: 1) prevalensi anemia pada ibu hamil 28%; 2) persentase bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) 8%; 3) persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif 50%; 4) prevalensi kekurangan gizi

(*underweight*) pada balita 17%; 5) prevalensi *wasting* (kurus) anak balita 9,5%; dan 6) prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek) pada anak baduta (di bawah 2 tahun) 28% pada tahun 2019.

Untuk mencapai sasaran tersebut di atas, Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan 2015-2019 telah menetapkan 6 (enam) indikator kinerja kegiatan (IKK) pembinaan gizi masyarakat yang harus dicapai yaitu; 1) persentase ibu hamil KEK yang mendapat makanan tambahan; 2) persentase ibu hamil yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD) 90 tablet selama masa kehamilan; 3) persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif; 4) persentase bayi baru lahir mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD); 5) persentase balita kurus yang mendapat makanan tambahan; dan 6) persentase remaja puteri yang mendapat Tablet Tambah Darat (TTD). Keenam indikator ini ditetapkan untuk menunjang pencapaian indikator kinerja utama (IKU) Direktorat Jenderal Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak.



Upaya pembinaan gizi masyarakat dilaksanakan secara bertahap dan berkesinambungan, melalui pendekatan siklus kehidupan (*life circle approach*) secara bertahap dan berdasarkan prioritas pembangunan nasional. Kegiatan unggulan pembinaan gizi masyarakat pada tahun 2015-2019 dilaksanakan melalui beberapa kegiatan pokok dan pendukung yang terdiri dari:



Sasaran Strategis Pembinaan Gizi Masyarakat 2015-2019

Untuk merealisasikan visi dan misi serta tujuan tersebut di atas, maka Direktorat Bina Gizi telah menetapkan sasaran strategis sesuai dengan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019, sebagai berikut:

INDIKATOR KINERJA KEGIATAN	TARGET (%)				
	2015	2016	2017	2018	2019
1 Ibu hamil KEK yang mendapat makanan tambahan	13	50	65	80	95
2 Ibu hamil yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD) 90 tablet selama masa kehamilan	82	85	90	95	98
3 Bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif	39	42	44	47	50
4 Bayi baru lahir mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	38	41	44	47	50
5 Balita kurus yang mendapat makanan tambahan	70	75	80	85	90
6 Remaja puteri yang mendapat Tablet Tambah Darat (TTD)	10	15	20	25	30

Dalam mencapai sasaran strategis di atas, indikator kinerja penunjang disusun sebagai upaya dalam kegiatan pembinaan gizi masyarakat. Indikator kinerja penunjang tersebut adalah:



Arah Kebijakan Pembinaan Gizi Masyarakat 2015-2019

Arah kebijakan pembinaan gizi masyarakat 2015-2019 adalah sebagai berikut:

1. Peningkatan surveilans gizi di seluruh kabupaten/kota, surveilans khusus, dan surveilans gizi darurat termasuk pemantauan pertumbuhan.
2. Peningkatan promosi perilaku masyarakat tentang kesehatan, gizi, dan lain-lain.
3. Peningkatan akses dan mutu paket pelayanan kesehatan dan gizi, dengan fokus utama pada 1.000 hari pertama kehidupan, remaja, calon pengantin dan ibu hamil, termasuk pemberian makanan tambahan, terutama untuk keluarga kelompok termiskin dan wilayah DTPK.
4. Peningkatan peran serta masyarakat dalam perbaikan gizi.

5. Penguatan pelaksanaan dan pengawasan regulasi dan standar gizi.
6. Penguatan kerja sama dan kemitraan dengan lintas program dan lintas sektor, organisasi profesi, dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dalam rangka intervensi sensitif dan spesifik.

Strategi Operasional Pembinaan Gizi Masyarakat 2015-2019

Strategi operasional pembinaan gizi masyarakat 2015-2019 adalah sebagai berikut:

1. Perbaiki gizi pada 1000 hari pertama kehidupan (HPK), melalui:
 - a. Pemberian makanan tambahan untuk ibu hamil kurang energi kronik (KEK).
 - b. Pemberian tablet tambah darah untuk ibu hamil sampai masa nifas.
 - c. Promosi dan konseling inisiasi menyusui dini (IMD).
 - d. Promosi dan konseling ASI eksklusif.
 - e. Pemantauan pertumbuhan.
 - f. Pemberian makanan bayi dan anak (PMBA).
 - g. Tatalaksana anak gizi buruk.
 - h. Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) bagi balita menderita gizi kurang (kurus)
 - i. Pemberian vitamin A bagi anak usia 6-59 bulan dan ibu nifas.
 - j. Pemberian Taburia bagi anak usia 6-24 bulan.
2. Perbaiki gizi remaja putri dan wanita usia subur (WUS) melalui:
 - a. Pemberian tablet tambah darah.
 - b. Kampanye dan konseling gizi seimbang.
3. Perbaiki gizi pada anak usia sekolah melalui:

- a. Pemberian makanan tambahan bagi anak sekolah.
 - b. Promosi gizi seimbang.
 - c. Pendidikan pola hidup bersih dan sehat (PHBS).
4. Promosi Gizi Seimbang secara umum dan kepada kelompok khusus.
 5. Pelaksanaan surveilans melalui rutin pelaporan sigizi.com, *SMS gateway*, Pemantauan Status Gizi di seluruh kabupaten dan kota, serta surveilans khusus dalam kondisi bencana.
 6. Meningkatkan kemampuan dan keterampilan petugas dalam pemantauan pertumbuhan, konseling menyusui dan MP-ASI, tatalaksana anak gizi buruk, surveilans dan program gizi lainnya.
 7. Menyusun norma, standar, prosedur dan kriteria (NSPK) mutu dan kecukupan gizi, kewaspadaan gizi, penanggulangan masalah gizi, dan konsumsi gizi.

Perjanjian Kinerja

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang selektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, Direktorat Bina Gizi pada tahun 2015 akan mewujudkan target kinerja tahunan dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Di dalam Penetapan Kinerja tahun 2015, tercantum pagu alokasi anggaran untuk kegiatan pembinaan gizi masyarakat sebesar Rp. 388.497.675.000,-. Selama periode berjalan, Direktorat Bina Gizi telah melakukan 3 (tiga) kali revisi Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) dari DIPA awal, sehingga total anggaran Direktorat Bina Gizi TA 2015 menjadi 394.232.275.000,-. Adapun sasaran strategis, indikator kinerja dan target yang dimuat dalam Penetapan Kinerja dapat dilihat pada tabel 2.1 berikut ini:

Penetapan Kinerja Direktorat Bina Gizi Tahun 2015

<i>Sasaran Strategis</i>	<i>Indikator Kinerja Kegiatan</i>	<i>Target 2015</i>
<i>Meningkatnya pelayanan gizi masyarakat</i>	1 Persentase (%) ibu hamil Kurang Energi Kronik yang mendapat makanan tambahan	13%
	2 Persentase (%) ibu hamil yang mendapat Tablet Tambah Darah	82%
	3 Persentase (%) bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif	39%
	4 Persentase (%) bayi baru lahir mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	38%
	5 Persentase (%) balita kurus yang mendapat makanan tambahan	70%
	6 Persentase (%) remaja putri yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)	10%

1. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) yang mendapat makanan tambahan

Indikator persentase ibu hamil KEK yang mendapat makanan tambahan adalah ibu hamil dengan lingkaran lengan atas (LiLA) kurang dari 23,5 cm yang mendapat makanan tambahan. Makanan tambahan ini merupakan makanan yang dikonsumsi sebagai tambahan asupan zat gizi diluar makanan utama, dalam bentuk makanan tambahan pabrikan atau makanan tambahan bahan pangan lokal yang diberikan minimal selama 90 hari makan ibu (HMI) berturut-turut. Upaya pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil KEK merupakan realisasi dari upaya kesehatan dalam bentuk kuratif sekaligus preventif guna meningkatkan status gizi ibu hamil, agar melahirkan anak yang tidak mempunyai masalah gizi.

2. Persentase ibu hamil yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)

Indikator persentase ibu hamil yang mendapat TTD adalah ibu hamil yang menerima tablet tambah darah yang mengandung Fe dan asam folat, baik yang berasal dari program maupun mandiri, selama masa kehamilannya minimal 90 tablet. Setiap ibu hamil diharapkan sudah mendapat 90 TTD selama pelayanan antenatal. Setiap ibu hamil mempunyai risiko untuk menderita anemia gizi besi, meskipun di awal kehamilannya dia tidak anemia. Adalah sebuah kondisi yang normal terjadi dimana saat triwulan kedua masa kehamilan seorang ibu menderita anemia. Untuk itu, pemberian TTD merupakan upaya kesehatan dalam bentuk preventif guna mencegah terjadinya kasus pendarahan saat melahirkan dan mencegah terjadinya kelahiran stunting.

3. Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif

Indikator persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif adalah bayi umur 0 bulan 1 hari sampai 5 bulan 29 hari yang diberi ASI saja tanpa makanan atau cairan lain kecuali obat, vitamin dan mineral berdasarkan *recall* 24 jam. Data indikator ini dilaporkan setiap enam bulan, bulan Februari dan Agustus, sehingga untuk cakupan tahunan menggunakan penjumlahan bulan Februari dan Agustus. Berdasarkan Peraturan Pemerintah nomor 33 tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif menyatakan bahwa setiap ibu yang melahirkan harus memberikan ASI eksklusif kepada bayi yang dilahirkannya, untuk menjamin pemenuhan hak bayi untuk mendapatkan ASI eksklusif sejak dilahirkan sampai dengan berusia 6 (enam) bulan.

4. Persentase bayi baru lahir mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Indikator persentase bayi baru lahir mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD) adalah bayi baru lahir yang mendapat IMD. IMD adalah proses inisiasi dimulai dari bayi baru lahir yang diletakkan segera setelah lahir dengan posisi tengkurap di dada atau perut ibu minimal selama 1 jam sehingga kulit bayi melekat pada kulit ibu.

5. Persentase balita kurus yang mendapat makanan tambahan

Indikator persentase balita kurus yang mendapat makanan tambahan adalah anak usia 6 bulan 0 hari sampai dengan 23 bulan 29 hari dengan status gizi kurus, diukur berdasarkan

indeks berat badan menurut tinggi badan $-3SD$ sampai dengan $<-2SD$, yang mendapat makanan tambahan selama 90 hari berturut-turut.

Makanan tambahan yang dimaksud adalah makanan yang dikonsumsi sebagai tambahan asupan zat gizi diluar makanan utama dalam bentuk makanan tambahan pabrikan atau makanan tambahan bahan pangan lokal.

6. Persentase remaja puteri yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)

Indikator persentase remaja puteri yang mendapat TTD adalah remaja putri yang berusia 12-18 tahun yang bersekolah di SLTP dan SLTA, yang mendapat tablet tambah darah 1 tablet setiap minggu dan 1 tablet setiap hari selama 10 hari masa haid. Tablet tambah darah yang diberikan dapat berupa TTD program atau TTD mandiri. TTD program adalah tablet yang mengandung 60 mg elemental besi dan 0.25 mg asam folat yang disediakan oleh pemerintah dan diberikan secara gratis pada remaja puteri. Sementara itu, TTD mandiri adalah TTD atau multi vitamin dan mineral, minimal mengandung elemental besi dan asam folat yang diperoleh secara mandiri sesuai anjuran.

Akuntabilitas Kinerja

Capaian Kinerja

Untuk mengetahui tingkat keberhasilan kinerja Direktorat Bina Gizi dalam rangka mencapai sasaran strategisnya yaitu “meningkatnya pelayanan gizi masyarakat” adalah dengan melihat pencapaian target ibu hamil KEK yang mendapat makanan tambahan, ibu hamil yang mendapat TTD, bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif, bayi baru lahir mendapat IMD, balita kurus yang mendapat makanan tambahan, dan remaja puteri yang mendapat TTD, yang diuraikan dan ditetapkan dalam penetapan kinerja Direktorat Bina Gizi tahun 2015.

Data dan informasi untuk penyusunan laporan bersumber dari dokumen Rencana Kinerja Tahun 2015, Penetapan Kinerja Tahun 2015, dan laporan tahunan yang dituangkan datanya ke dalam formulir Pengukuran Kinerja (PK), serta didasarkan pada analisis deskriptif yang telah disusun. Kegiatan yang dilakukan oleh Direktorat Bina Gizi merupakan implementasi dari tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan. Tabel di bawah ini adalah hasil capaian dari indikator kinerja kegiatan yang telah ditetapkan.

Pencapaian Indikator Kinerja Kegiatan Tahun 2015

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Kegiatan	Target (%)	Cakupan (%)	Capaian (%)
<i>Meningkatnya pelayanan gizi masyarakat</i>	Persentase (%) ibu hamil Kurang Energi Kronik yang mendapat makanan tambahan	13%	35.6%	273.9%
	Persentase (%) ibu hamil yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)	82%	83.2%	101.4%
	Persentase (%) bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif	39%	41.9%	107.4%
	Persentase (%) bayi baru lahir mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	38%	38.7%	101.8%
	Persentase (%) balita kurus yang mendapat makanan tambahan	70%	13.9%	19.9%
	Persentase (%) remaja puteri yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)	10%	20%	200%

Berdasarkan data di atas terlihat bahwa dari 6 (enam) indikator kinerja kegiatan Direktorat Bina Gizi, masih terdapat satu indikator yang belum mencapai target, yaitu persentase balita kurus yang mendapat makanan tambahan. Adapun evaluasi dan analisis capaian setiap indikator kinerja tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) yang mendapat makanan tambahan

Masalah gizi kurang pada ibu hamil masih merupakan fokus perhatian, masalah tersebut antara lain ibu hamil kurang energi kronis (KEK). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan prevalensi risiko KEK pada ibu hamil (15-49 tahun) sebesar 24.2%. Prevalensi tertinggi ditemukan pada usia remaja (15-19 tahun) sebesar 38.5%.

Kondisi ibu hamil KEK, berisiko menurunkan kekuatan otot yang membantu proses persalinan sehingga dapat mengakibatkan terjadinya partus lama dan perdarahan pascasalin, bahkan kematian ibu.



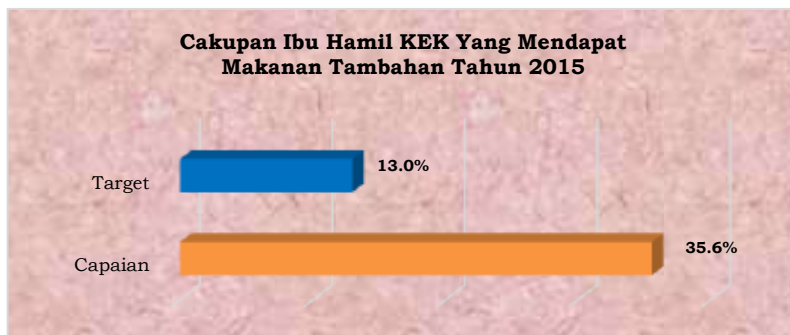
Risiko pada bayi dapat mengakibatkan terjadinya kematian janin (keguguran), premature, lahir cacat, berat badan lahir rendah (BBLR) bahkan kematian bayi. Ibu hamil KEK dapat mengganggu tumbuh kembang janin, yaitu pertumbuhan fisik (stunting), otak dan metabolisme yang menyebabkan penyakit tidak menular di usia dewasa.

Faktor penyebab langsung ibu hamil KEK adalah konsumsi gizi yang tidak cukup dan penyakit. Penanggulangan ibu hamil KEK dilaksanakan melalui intervensi gizi spesifik secara lintas program, terutama pada pelaksanaan pelayanan

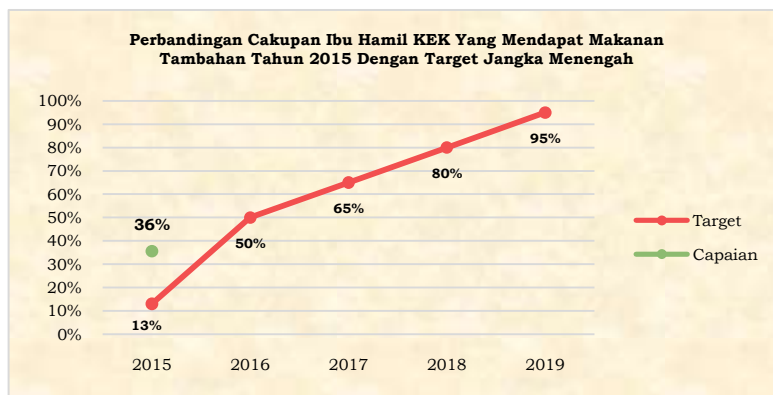


antenatal terpadu. Salah satu intervensi yang dilakukan adalah pemberian makanan tambahan pada ibu hamil yang terdeteksi KEK selama 90 hari makan ibu.

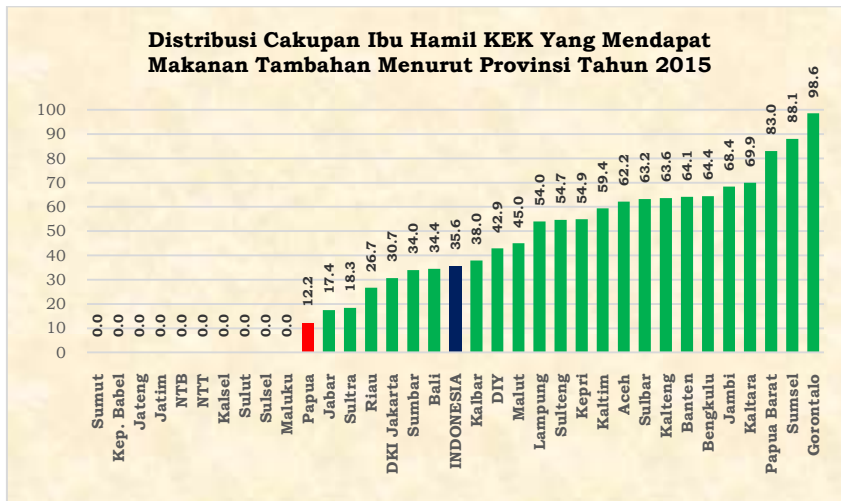
Pada tahun 2015 secara rata-rata nasional cakupan ibu hamil KEK yang mendapat makanan tambahan sudah melebihi target yang ditetapkan yaitu 35.6%, dari target 13%. Penentuan target 13% ini didasarkan kepada besaran anggaran APBN tahun 2015 yang hanya mampu mengakomodir sebanyak 13% dari total jumlah ibu hamil KEK yang ada di Indonesia (berdasarkan hasil Riskesdas 2013).



Perbandingan realisasi kinerja kegiatan ibu hamil KEK yang mendapat makanan tambahan tahun 2015 dengan target jangka menengah dapat dilihat pada gambar berikut ini.



Berikut distribusi cakupan ibu hamil KEK yang mendapat makanan tambahan menurut provinsi pada tahun 2015.



Sumber: Laporan Dinkes Provinsi Tahun 2015

Grafik di atas menunjukkan, dari 34 provinsi yang ada di Indonesia, sementara masih terdapat 10 provinsi yang belum melaporkan hasil cakupan indikator ibu hamil KEK yang mendapat makanan tambahan. Dari 24 provinsi yang lapor, hanya 1 (satu) provinsi yang belum mencapai target nasional, yaitu provinsi Papua dengan cakupan 12.2%.

Walaupun rata-rata provinsi yang melapor sudah melebihi target, akan tetapi ada beberapa hal yang perlu dilakukan evaluasi dan analisis capaian indikator kinerja ini dengan penjelasan sebagai berikut:

a. Faktor Pendukung Tercapainya Indikator

Terdapat beberapa faktor yang mendukung pencapaian target oleh 23 provinsi, yaitu:

- 1) Pemberian PMT pada ibu hamil KEK tidak hanya berbentuk MP-ASI pabrikan saja, namun juga PMT lokal.
- 2) Ketersediaan logistik makanan tambahan bagi ibu hamil KEK yang diadakan oleh APBD I dan APBD II, sangat

membantu mengurangi ketergantungan daerah kepada logistik dari pusat.

- 3) Kesadaran pengelola gizi daerah dalam pencatatan dan pelaporan yang sangat tinggi.

b. Permasalahan Terkait Pencapaian Indikator

Belum tercapainya target ibu hamil KEK yang mendapat makanan tambahan oleh Provinsi Papua, dan masih terdapat 10 provinsi yang belum melaporkan cakupan kinerja ini, disebabkan oleh beberapa hal antara lain:

- 1) Dikarenakan indikator ibu hamil KEK mendapat makanan tambahan merupakan indikator baru dengan sosialisasi yang belum maksimal, hal ini mengakibatkan masih banyak daerah yang belum terpapar dan berimbas kepada sistem pelaporan.
- 2) Indikator ini sesungguhnya merupakan kegiatan yang sudah biasa dilaksanakan di lapangan. Namun mekanisme pencatatan dan pelaporan belum dipahami hingga tingkat Puskesmas. Menjadikan kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan tersebut tidak dilaporkan, sehingga tidak tercatat dan berpengaruh terhadap cakupan setiap daerah.
- 3) Indikator persentase ibu hamil KEK mendapat makanan tambahan, berhubungan dengan proses pengadaan PMT. Keterlambatan dalam pengadaan mengakibatkan terlambatnya proses distribusi hingga ke sasaran.
- 4) Kurangnya sosialisasi Pedoman Penanggulangan Kurang Energi Kronik (KEK) pada ibu hamil oleh Pusat.

c. Alternatif Pemecahan Masalah

Untuk mengatasi permasalahan di atas maka perlunya dirumuskan alternatif pemecahan masalah, antara lain:

- 1) Sosialisasi dan advokasi yang terus menerus hingga tingkat Puskesmas tentang indikator baru ini (definisi operasional, cara perhitungan dan sasaran), sehingga setiap daerah memasukkannya ke dalam sistem pencatatan dan pelaporannya.
- 2) Direktorat Bina Gizi telah membangun dan mengembangkan sistem pelaporan hingga level puskesmas melalui Sistem Informasi Gizi (SIGIZI), dengan memasukkan semua mekanisme yang terkait dengan indikator baru.
- 3) Sosialisasi pemanfaatan SIGIZI dan pedoman Penanggulangan Kurang Energi Kronik (KEK) secara kontinyu.

2. Persentase ibu hamil yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)

Anemia merupakan masalah gizi yang perlu mendapat perhatian khusus. Menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, prevalensi anemia pada ibu hamil sebesar 37.1%. Prevalensi anemia ini masih lebih tinggi dibandingkan dengan rata-rata prevalensi anemia di negara-negara maju, karena itu di Indonesia masalah anemia pada ibu hamil masih merupakan masalah kesehatan masyarakat karena prevalensinya lebih dari 20% (WHO, 2001).

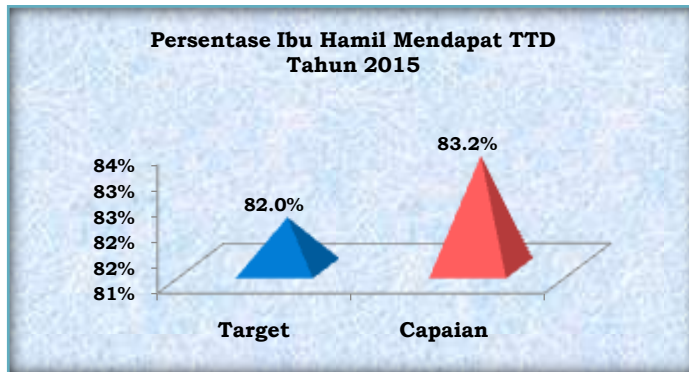
Kebutuhan zat gizi pada wanita hamil meningkat 25% dibandingkan wanita yang tidak hamil. Kebutuhan tambahan zat besi selama kehamilan adalah kurang lebih 1000 mg, yang diperlukan untuk pertumbuhan janin, plasenta dan perdarahan saat persalinan yang mengeluarkan rata-rata 250 mg besi. Anemia pada ibu hamil berisiko terhadap terjadinya hambatan pertumbuhan janin sehingga bayi lahir dengan berat badan lahir rendah (BBLR), perdarahan pada saat persalinan dan dapat berlanjut setelah persalinan yang dapat menyebabkan kematian ibu dan bayinya (WHO, 2001). Prevalensi BBLR di Indonesia pada kurun waktu tahun 2007 sampai tahun 2010 cenderung tetap yakni sebesar 11% (Riskesdas 2007 dan 2010). Sementara berdasarkan data laporan rutin tahun 2013, sekitar 32% kematian ibu disebabkan karena perdarahan.

Meningkatnya kebutuhan zat besi pada wanita hamil sangat sulit dipenuhi hanya dari makanan saja. Oleh karena itu diperlukan Tablet Tambah Darah (TTD) untuk mencegah dan menanggulangi anemia gizi besi.

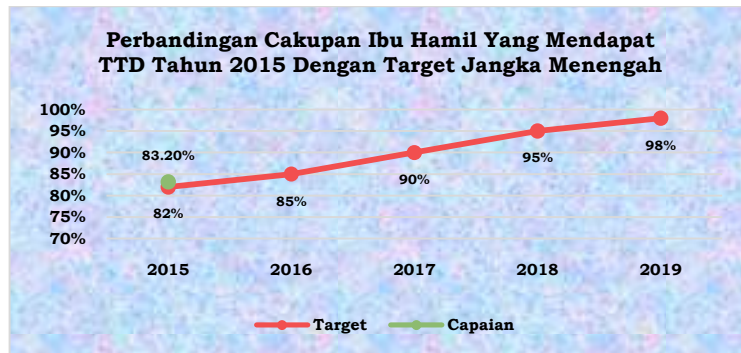


Secara rata-rata nasional, cakupan ibu hamil yang mendapat TTD minimal 90 tablet selama masa kehamilannya

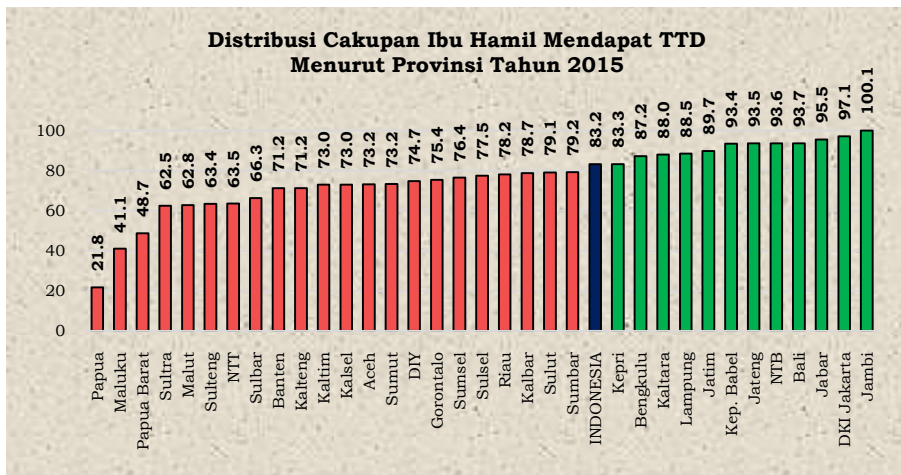
sudah mencapai target, yaitu sebesar 83.2% dari target 82%. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar berikut:



Perbandingan realisasi kinerja kegiatan ibu hamil yang mendapat tablet tambah darah tahun 2015 dengan target jangka menengah dapat dilihat pada gambar berikut:



Jika melihat secara detail dari 34 provinsi yang ada di Indonesia, hanya 12 provinsi yang sudah mencapai bahkan melebihi target nasional. Adapun distribusi cakupan ibu hamil mendapat TTD minimal 90 tablet selama masa kehamilan menurut provinsi pada tahun 2015, dapat dilihat pada gambar berikut:



Sumber data: Laporan Bulanan Dinkes Provinsi Tahun 2015

Dari gambar di atas menunjukkan, sebagian besar provinsi (22 provinsi) yang belum mencapai target nasional, yaitu Sumatera Barat, Sulawesi Utara, Kalimantan Barat, Riau, Sulawesi Selatan, Sumatera Selatan, Gorontalo, DI Yogyakarta, Sumatera Utara, Aceh, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Kalimantan Tengah, Banten, Sulawesi Barat, NTT, Sulawesi Tengah, Maluku Utara, Sulawesi Tenggara, Papua Barat, Maluku dan Papua.

Evaluasi dan analisis capaian indikator kinerja ini dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Faktor Pendukung Tercapainya Indikator

Tercapainya target indikator ibu hamil mendapat TTD oleh 12 provinsi didukung oleh beberapa hal berikut ini:

- 1) Tersedianya alokasi anggaran untuk belanja obat program bersumber dana Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), sehingga ketersediaan logistik tablet tambah darah di wilayah tersebut tidak tergantung kepada alokasi dari pusat.

- 2) Program pemberian TTD untuk ibu hamil merupakan program rutin yang sudah sejak lama dilaksanakan. Oleh karena itu sistem distribusi serta pencatatannya sudah terbangun dengan baik.

b. Permasalahan Terkait Pencapaian Indikator

Belum tercapainya target ibu hamil mendapat TTD oleh sebagian besar provinsi disebabkan oleh beberapa hal antara lain:

- 1) Ketersediaan logistik tablet tambah darah yang terbatas. Hal ini disebabkan karena keterlambatan proses pengadaan tablet tambah darah di Kemenkes yang dilaksanakan oleh Ditjen Farmasi dan Alat Kesehatan, sehingga mempengaruhi proses distribusi ke daerah. Sementara itu stok yang diadakan oleh masing-masing daerah juga terbatas, tergantung kepada kekuatan anggaran masing-masing daerah.
- 2) Pencatatan dan pelaporan yang belum terintegrasi, mulai dari tingkat puskesmas hingga pusat. Selain itu, sebagian besar daerah masih belum mencatat distribusi TTD yang dilaksanakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan swasta.
- 3) Mekanisme pelaporan di tingkat Puskesmas tidak berjalan sinergis (antara tenaga pelaksana di lapangan). Tenaga gizi Puskesmas seharusnya memiliki tanggungjawab dalam pengumpulan data cakupan TTD, bertindak aktif dalam pengumpulan data laporan. Mengingat bidan di desa sudah cukup banyak diberikan beban dan tanggungjawab pelayanan kesehatan di wilayahnya.

c. Alternatif Pemecahan Masalah

Untuk mengatasi permasalahan di atas maka perlunya dirumuskan alternatif pemecahan masalah, antara lain:

- 1) Koordinasi yang intensif dengan Ditjen Farmasi dan Alat Kesehatan agar pengadaan tablet tambah darah dapat terlaksana tepat waktu.
- 2) Membangun sistem pelaporan hingga level puskesmas melalui SIGIZI, dengan memasukkan semua unsur data yang terkait.
- 3) Penataan dan peningkatan peran tenaga gizi Puskesmas dalam pencatatan dan pelaporan kegiatan gizi.
- 4) Sosialisasi pemanfaatan SIGIZI secara kontinyu.
- 5) Sosialisasi yang kontinyu tentang pedoman penatalaksanaan pemberian tablet tambah darah dan integrasi pencatatan dan pelaporan distribusi TTD ibu hamil di puskesmas.

3. Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif

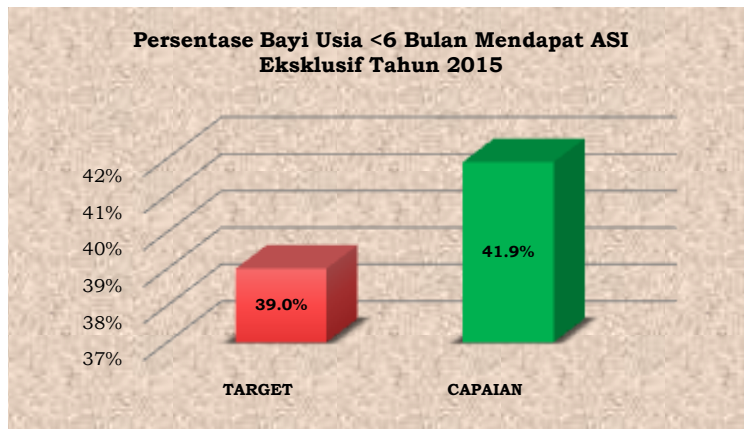
Indikator keberhasilan pembangunan kesehatan antara lain adalah penurunan angka kematian bayi dan peningkatan status gizi masyarakat. Indonesia saat ini masih menghadapi masalah gizi ganda yaitu kondisi dimana disatu sisi masih banyaknya jumlah penderita gizi kurang, sementara di sisi lain jumlah masyarakat yang mengalami gizi lebih cenderung meningkat. Status gizi masyarakat akan baik apabila perilaku gizi yang baik dilakukan pada setiap tahap kehidupan termasuk pada bayi.



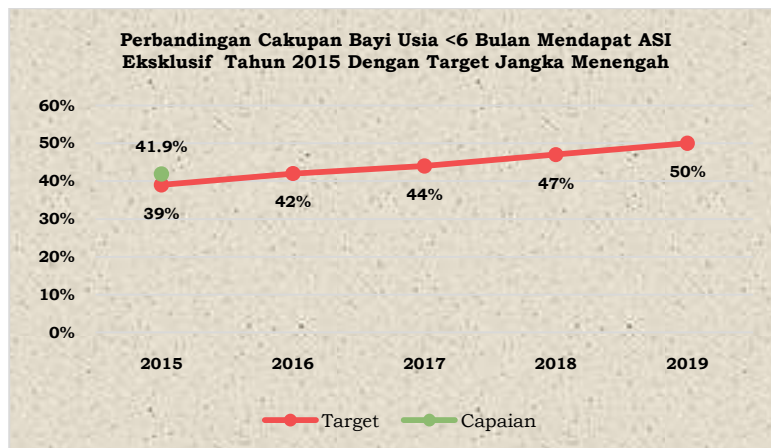
Pola pemberian makan terbaik untuk bayi sejak lahir sampai anak berumur 2 tahun meliputi: (a) memberikan ASI kepada bayi segera dalam waktu 1 (satu) jam setelah lahir; (b) memberikan hanya ASI saja sejak lahir sampai umur 6 (enam) bulan.

Namun demikian, saat ini penerapan pola pemberian makan terbaik untuk bayi sejak lahir sampai anak berusia 2 tahun tersebut belum dilaksanakan dengan baik khususnya dalam hal pemberian ASI eksklusif.

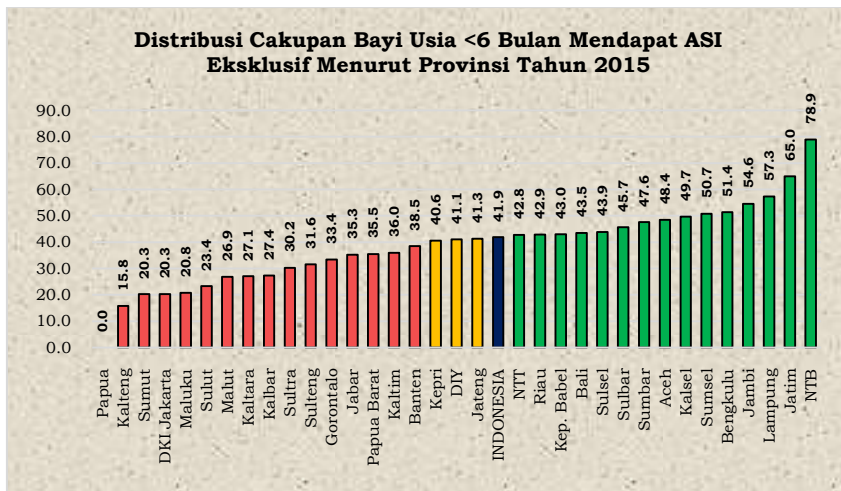
Di tahun 2015, pencapaian target indikator bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat Air Susu Ibu (ASI) eksklusif, secara nasional sudah berada di atas target, yaitu sebesar 41.9% dari target 39%. Angka cakupan ini diperkuat oleh hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2015 yang juga menunjukkan hasil yang sama (di atas target), yaitu 65.1%. Grafik berikut menggambarkan target dan capaian indikator bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif.



Perbandingan realisasi kinerja kegiatan bayi usia kurang dari 6 (enam) bulan mendapat ASI eksklusif tahun 2015 dengan target jangka menengah dapat dilihat pada gambar berikut:



Jika melihat distribusi indikator ini berdasarkan provinsi, terlihat hasil yang cukup menjanjikan. Dimana dari 33 provinsi yang melapor, 18 provinsi diantaranya sudah melebihi target. Sementara itu Provinsi Papua belum melaporkan cakupannya. Untuk lebih jelasnya, distribusi cakupan bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat Air Susu Ibu (ASI) eksklusif menurut provinsi dapat dilihat pada gambar di bawah ini.



Sumber data: Laporan Bulanan Dinkes Provinsi Tahun 2015

Evaluasi dan analisa capaian indikator kinerja ini dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. **Faktor Pendukung Tercapainya Indikator**

Tercapainya target nasional persentase bayi kurang dari 6 bulan mendapat ASI eksklusif oleh 18 provinsi, tidak lepas dari faktor pendukung sebagai berikut:

- 1) Terbitnya Peraturan Pemerintah RI nomor 33 tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif.
- 2) Terbitnya 3 (tiga) Peraturan Menteri Kesehatan, turunan dari PP 33/2012, yaitu:
 - Permenkes nomor 15 tahun 2013 tentang Tata Cara Penyediaan Fasilitas Khusus Menyusui dan/atau Memerah Air Susu Ibu.
 - Permenkes nomor 39 tahun 2013 tentang Susu Formula Bayi dan Produk Bayi Lainnya.
 - Permenkes nomor 15 tahun 2014 tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administrasi Bagi Tenaga Kesehatan, Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Penyelenggara Satuan Pendidikan Kesehatan, Pengurus Organisasi Profesi di Bidang

Kesehatan, serta Produsen dan Distributor Susu Formula Bayi dan/atau Produk Bayi Lainnya yang Dapat Menghambat Keberhasilan Program Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif.

- 3) Diberlakukannya Permenkes nomor 49 tahun 2014 tentang Standar Mutu Gizi, Pelabelan, dan Periklanan Susu Formula Pertumbuhan dan Formula Pertumbuhan Anak Usia 1-3 tahun.
- 4) Terbitnya Peraturan Daerah tentang ASI eksklusif di beberapa daerah turut menguatkan pelaksanaan pemberian ASI eksklusif pada bayi usia kurang dari 6 bulan.
- 5) Komitmen petugas pelayanan kesehatan dalam mendukung tercapainya ASI eksklusif, semakin baik. Terutama petugas kesehatan di RS Pemerintah maupun Swasta dan di Puskesmas.

b. Permasalahan Terkait Pencapaian Indikator

- 1) Dari 34 provinsi, masih ada 15 provinsi yang belum mencapai target nasional dan 1 (satu) provinsi yang tidak melaporkan cakupan indikator persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat ASI eksklusif.
- 2) Belum tercapainya target terjadi karena sistem pencatatan dan pelaporan yang belum terbangun maksimal.
- 3) Penerapan sanksi terkait PP nomor 33 tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif dan Permenkes turunannya belum terlaksana.
- 4) Beberapa daerah belum mempunyai Perda ASI sendiri.

c. Alternatif Pemecahan Masalah

- 1) Sosialisasi yang kontinyu mengenai indikator persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat ASI eksklusif, beserta definisi operasionalnya agar mudah dilaksanakan di daerah.
- 2) Membangun sistem pencatatan dan pelaporan secara terpadu melalui SIGIZI.
- 3) Sosialisasi dan advokasi yang terus menerus terkait penerapan PP nomor 33 tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif dan Permenkes turunannya, sehingga setiap daerah mempunyai Perda ASI Eksklusif sendiri.
- 4) Peningkatan penjamin mutu penegakan regulasi.

4. Persentase bayi baru lahir mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Makanan yang tepat bagi bayi adalah Air Susu Ibu (ASI) eksklusif yakni pemberian ASI saja segera setelah lahir sampai usia 6 bulan yang diberikan sesering mungkin. Hampir semua ibu dapat dengan sukses



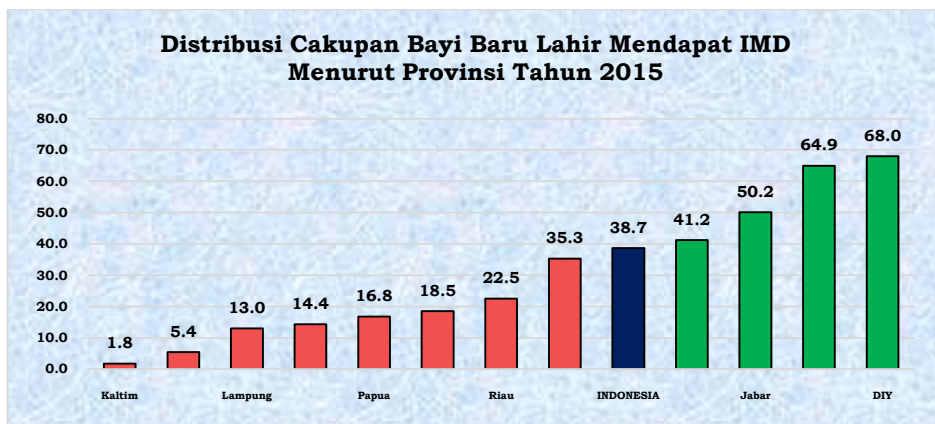
menyusui diukur dari permulaan pemberian ASI dalam jam pertama kehidupan bayi. Untuk itu tenaga kesehatan dan penyelenggara fasilitas pelayanan kesehatan wajib melakukan inisiasi menyusui dini (IMD) terhadap bayi yang baru lahir kepada ibunya sekurang-kurangnya 1 (satu) jam segera setelah lahir. IMD dilakukan dengan cara meletakkan bayi secara tengkurap di dada atau perut ibu sehingga kulit bayi melekat pada kulit ibu.

Di tahun 2015, dari 34 provinsi baru 12 provinsi yang melaporkan cakupan indikator bayi baru lahir mendapat IMD melalui laporan rutin setiap bulan. Sehubungan dengan hal tersebut, cakupan nasional yang diperoleh secara tidak langsung tidak dapat menggambarkan kondisi Indonesia secara utuh. Akan tetapi jika melihat hasil PSG tahun 2015, diperoleh angka sebesar 49.7% untuk indikator bayi baru lahir mendapat IMD.

Secara rinci, berdasarkan 12 provinsi yang lapor, terdapat 4 (empat) provinsi yang sudah mencapai dan melebihi target sebesar 38%. Ketiga provinsi tersebut adalah Provinsi Jambi (41.2%), Jawa Barat (50.2%), Sumatera Barat (64.9%), dan Daerah Istimewa Yogyakarta (68.0%).

Perlu upaya lebih keras dalam pelaksanaan IMD ini, terutam dalam mendorong komitmen tenaga kesehatan dan

pemerintah untuk mengimplementasikan dan menerbitkan regulasi daerah tentang IMD, mengingat bahwa masih terdapat 22 provinsi yang belum melaporkan pelaksanaan IMD. Gambaran secara rinci dapat dilihat pada grafik berikut:



Sumber data: Laporan Bulanan Dinkes Provinsi Tahun 2015

Evaluasi dan analisa capaian indikator kinerja ini dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Faktor Pendukung Tercapainya Indikator

Berikut beberapa hal yang diharapkan sebagai faktor pendukung tercapainya target nasional persentase bayi baru lahir mendapat IMD:

- 1) Terbitnya Peraturan Pemerintah RI nomor 33 tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif, dimana pada pasal 9 tercantum butir tentang praktik IMD yang harus dilakukan pada bayi baru lahir.
- 2) Terbitnya Peraturan Daerah tentang ASI eksklusif di beberapa daerah turut menguatkan pelaksanaan IMD pada bayi baru lahir.
- 3) Tumbuhnya komitmen petugas terhadap implementasi IMD.

b. Permasalahan Terkait Pencapaian Indikator

- 1) Indikator ini adalah indikator baru, dimana banyak daerah yang belum membangun sistem pencatatan dan pelaporannya hingga ke tingkat pusat. Hal ini dapat tergambar dari 34 provinsi hanya 12 provinsi yang melaporkan indikator ini.
- 2) Belum tersosialisasikannya indikator ini secara maksimal, sehingga belum ada pemahaman yang sama terkait definisi operasional dan pencatatan serta pelaporannya.
- 3) Penerapan sanksi terkait PP nomor 33 tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif belum terlaksana.
- 4) Beberapa daerah belum mempunyai Perda ASI sendiri.
- 5) Belum adanya pengaturan penempatan tenaga konselor di ruang persalinan. Hal ini sangat penting, mengingat semakin meningkatnya pelaksanaan persalinan di fasilitas kesehatan, sementara tidak diimbangi dengan penempatan tenaga konselor ASI.

c. Alternatif Pemecahan Masalah

- 1) Sosialisasi yang kontinyu mengenai indikator persentase bayi baru lahir mendapat IMD, beserta definisi operasionalnya agar mudah pelaksanaannya di daerah.
- 2) Membangun sistem pencatatan dan pelaporan secara terpadu melalui SIGIZI.
- 3) Sosialisasi dan advokasi yang terus menerus terkait penerapan PP nomor 33 tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif, sehingga penerapan sanksi dapat diterapkan secara maksimal dan setiap daerah mempunyai Perda ASI Eksklusif sendiri.
- 4) Kerjasama lintas program dengan unit teknis penanggungjawab pengelolaan pelayanan persalinan (RS, Puskesmas) baik milik Pemerintah maupun Swasta, dalam

upaya penataan penempatan konselor ASI pada ruang persalinan.

5. Persentase balita kurus yang mendapat makanan tambahan

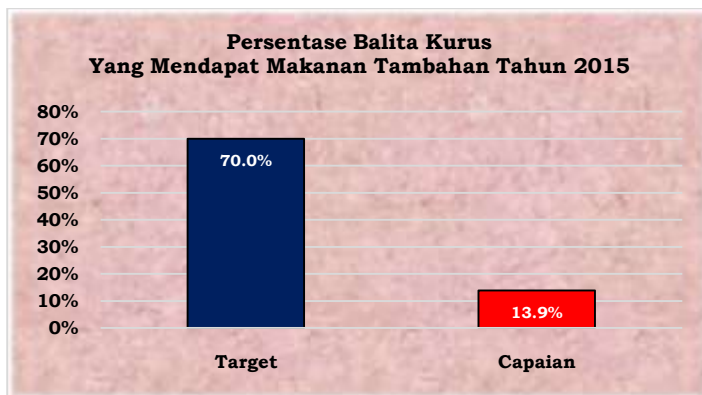
Setelah ASI eksklusif 0-6 bulan, ASI harus tetap diberikan hingga usia 2 tahun atau lebih. Akan tetapi bayi membutuhkan zat gizi yang lebih banyak setelah berusia 6 bulan, untuk itu butuh makanan pendamping ASI untuk memenuhi kebutuhan zat gizinya. Apabila kebutuhannya tidak terpenuhi, maka akan terjadi kekurangan gizi, yang apabila dibiarkan secara terus menerus akan mengakibatkan terjadinya gizi kurang dan bahkan buruk.

Hasil Riskesdas tahun 2013 menunjukkan anak balita kurus di Indonesia sebesar 12.1% dan balita gizi kurang sebesar 19.6%. Dampak buruk yang dapat ditimbulkan oleh masalah gizi tersebut di atas dalam jangka pendek adalah terganggunya perkembangan otak, kecerdasan, gangguan pertumbuhan fisik, dan gangguan metabolisme dalam tubuh. Sedangkan dalam jangka panjang, akibat buruk yang ditimbulkan adalah menurunnya kemampuan kognitif dan prestasi belajar, menurunnya kekebalan tubuh sehingga mudah sakit dan risiko tinggi untuk munculnya penyakit tidak menular.

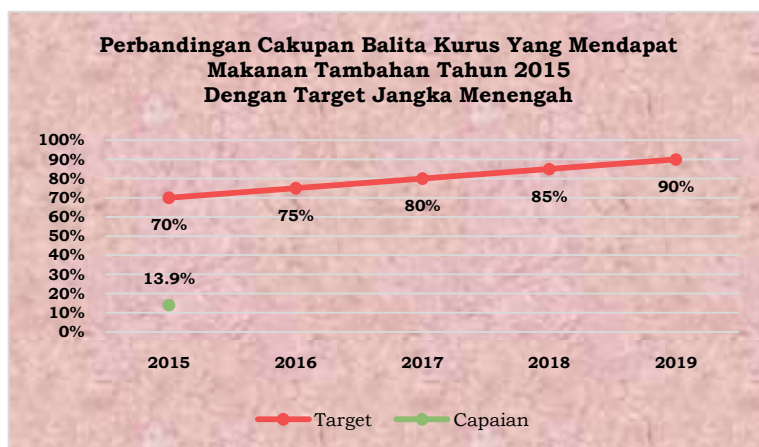
Untuk mengatasi masalah anak balita kurus, Kementerian Kesehatan memberlakukan program pemberian makanan tambahan. Setiap balita dengan status gizi kurus berdasarkan indeks berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) <-2SD, mendapat makanan tambahan selama 90 hari makan anak. Pemberian makanan tambahan pada balita kurus dapat diberikan berupa PMT lokal maupun PMT pabrikan (MP-ASI).



Indikator balita kurus yang mendapat makanan tambahan pencapaiannya secara nasional masih jauh dari target (70%) yaitu sebesar 13.9%.

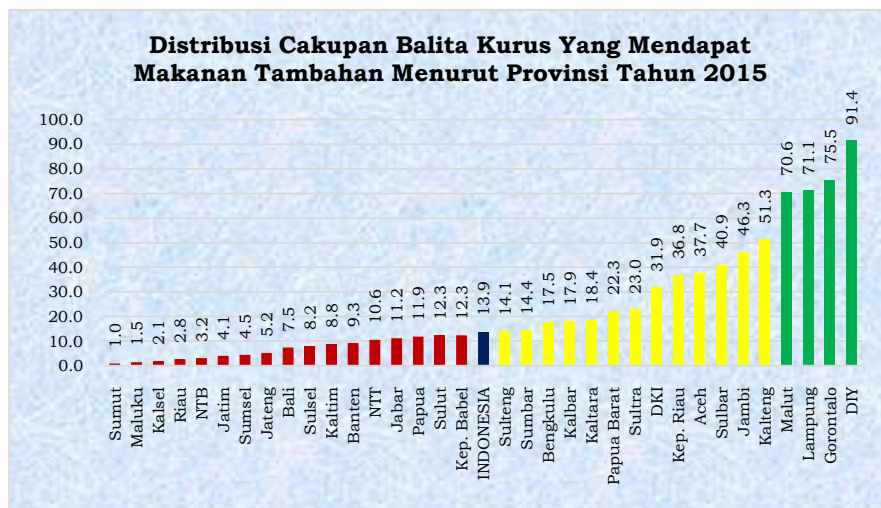


Perbandingan realisasi kinerja kegiatan balita kurus yang mendapat makanan tambahan tahun 2015 dengan target jangka menengah dapat dilihat pada gambar berikut:



Meskipun secara nasional pencapaiannya masih jauh dari target, tetapi jika dilihat distribusi menurut provinsi, terdapat 4

(empat) provinsi yang sudah melampaui target nasional yaitu Provinsi Maluku Utara (70.6%), Lampung (71.1%), Gorontalo (75.5%) dan Daerah Istimewa Yogyakarta (91.4%). Selain itu terdapat 13 provinsi yang cakupannya di atas capaian nasional. Untuk lebih lengkapnya, dapat dilihat dari gambar berikut.



Sumber data: Laporan Bulanan Dinkes Provinsi Tahun 2015

Evaluasi dan analisa capaian indikator kinerja ini dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Faktor Pendukung Tercapainya Indikator

Faktor pendukung tercapainya indikator persentase balita kurus mendapat makanan tambahan oleh 4 (empat) provinsi, adalah sebagai berikut:

- 1) Penyediaan MP-ASI oleh Pusat dan dukungan penyediaan PMT lokal dari daerah.
- 2) Sistem pencatatan dan pelaporan di daerahnya yang sudah terbangun dengan baik.
- 3) Beberapa daerah menyediakan anggaran sendiri terkait makanan tambahan baik lokal maupun pabrikan dalam APBD-nya sehingga tidak tergantung kepada alokasi dari pusat.

b. Permasalahan Terkait Pencapaian Indikator

- 1) Dari 34 provinsi, hanya 4 (empat) provinsi yang sudah mencapai target nasional.
- 2) Indikator persentase balita kurus yang mendapat makanan tambahan merupakan indikator baru. Belum maksimalnya sosialisasi mengenai indikator dan definisi operasionalnya menjadi salah satu penyebab rendahnya cakupan.
- 3) Diperlukan satu tahap konfirmasi untuk memastikan status balita kurus yang menerima PMT.
- 4) Belum tercapainya target terjadi karena sistem pencatatan dan pelaporan yang belum terbangun maksimal.
- 5) Indikator persentase balita kurus mendapat makanan tambahan, sangat berhubungan dengan proses pengadaan. Keterlambatan dalam pengadaan mengakibatkan terlambatnya proses distribusi hingga ke sasaran sehingga mempengaruhi hasil cakupan indikator.

c. Alternatif Pemecahan Masalah

- 1) Sosialisasi dan advokasi yang kontinyu mengenai indikator persentase balita kurus mendapat makanan tambahan, beserta definisi operasionalnya agar mudah dilaksanakan di daerah.
- 2) Membangun sistem pencatatan dan pelaporan secara terpadu melalui SIGIZI.
- 3) Mengupayakan penyediaan PMT tepat waktu.

6. Persentase remaja puteri yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)

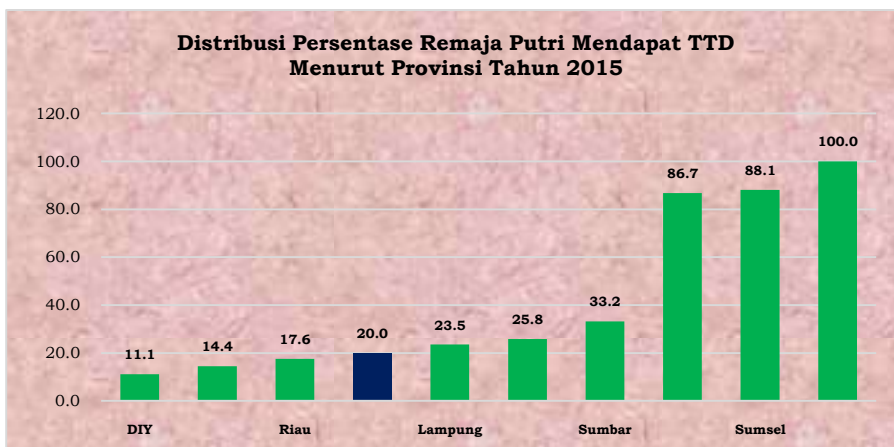
Berdasarkan hasil Riskesdas 2013, diketahui anemia pada ibu hamil sebesar 37.1%. Anemia pada ibu hamil berisiko terhadap terjadinya

Untuk mengurangi risiko terjadinya anemia saat hamil, maka Kementerian Kesehatan memperluas sasaran programnya kepada remaja puteri. Dimana remaja puteri ini merupakan calon ibu dan ibu hamil selanjutnya. Untuk itu kelompok sasaran ini dipersiapkan kualitas status gizinya sejak masih dini dengan cara memberikan tablet tambah darah (TTD), 1 (satu) tablet setiap minggu saat tidak haid dan 1 (satu) tablet setiap hari saat sedang haid, selama minimal 4 (empat) bulan.



Sama halnya dengan indikator bayi baru lahir mendapat IMD, indikator remaja puteri mendapat tablet tambah darah pun cakupan secara nasional tidak dapat menggambarkan kondisi nasional, karena dari 34 provinsi, hanya 9 (sembilan) provinsi yang melaporkan cakupannya. Hal ini tentu saja tidak dapat mewakili situasi Indonesia secara utuh. Akan tetapi, perlu memberikan apresiasi yang tinggi kepada seluruh provinsi yang lapor karena selain sudah melaporkan kegiatannya, cakupan provinsi-provinsi tersebut sudah melebihi target nasional yaitu sebesar 10%.

Secara rinci, capaian 9 (sembilan) provinsi yang lapor dapat dilihat pada gambar berikut.



Sumber data: Laporan Bulanan Dinkes Provinsi Tahun 2015

Evaluasi dan analisis capaian indikator persentase remaja putri mendapat tablet tambah darah (TTD) dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Faktor Pendukung Tercapainya Indikator

Beberapa faktor yang diharapkan dapat mendukung tercapainya target indikator persentase remaja putri mendapat TTD adalah:

- 1) Walaupun stok tablet tambah darah bagi remaja putri belum teralokasikan pada anggaran 2015, akan tetapi pelaksanaan program ini dapat berjalan dengan menggunakan stok 'sisa' TTD bagi ibu hamil. Selain itu beberapa daerah/sekolah menggunakan TTD mandiri, dimana beberapa sekolah/siswa dengan kesadaran penuh membeli sendiri tablet tambah darahnya.
- 2) Beberapa daerah sudah melakukan proyek percontohan pemberian TTD kepada remaja putri di beberapa sekolah menengah, sehingga pengalaman ini dapat mendorong pelaksanaan dan pencapaian indikator ini.

b. Permasalahan Terkait Indikator

- 1) Indikator persentase remaja puteri mendapat tablet tambah darah (TTD) merupakan indikator baru. Terkait dengan kondisi tersebut, belum semua daerah terpapar dengan indikator ini beserta definisi operasionalnya.
- 2) Belum terpaparnya indikator baru di semua daerah, mengakibatkan dalam sistem pelaporan yang sudah terbangun belum mencantumkan indikator baru.
- 3) Ketersediaan stok tablet tambah darah bagi remaja puteri belum terfasilitasi oleh pusat (Ditjen Farmasi dan Alat Kesehatan), karena itu pada pelaksanaan pemberian tablet tambah darah bagi remaja puteri sangat tergantung dengan stok 'sisa' dari tablet tambah darah bagi ibu yang ada di daerah.
- 4) Belum ditemukannya mekanisme pendataan cakupan TTD mandiri.
- 5) Belum adanya pengaturan terhadap kandungan ferro sulfat yang terdapat dalam TTD mandiri yang setara dengan TTD program yang disediakan oleh pemerintah.

c. Alternatif Pemecahan Masalah

Untuk mengatasi permasalahan di atas maka perlunya dirumuskan alternatif pemecahan masalah, antara lain:

- 1) Sosialisasi yang terus menerus mengenai definisi operasional indikator hingga cara perhitungan cakupan indikator, agar dicapai kesamaan pemahaman dan cakupan yang dilaporkan mempunyai validitas yang sama.
- 2) Membangun sistem pelaporan yang terpadu hingga level puskesmas melalui SIGIZI.

- 3) Direktorat Bina Gizi akan berkoordinasi dengan Ditjen Farmalkes agar teralokasikan stok tablet tambah darah bagi remaja putri.
- 4) Menyusun Naskah Akademi tentang kandungan ferro sulfat TTD mandiri.
- 5) Penyusunan pedoman penataan cakupan TTD mandiri.
- 6) Penyusunan Pedoman Penatalaksanaan Pemberian Tablet Tambah Daerah Bagi Remaja Putri.

Realisasi Anggaran

Dalam rangka mewujudkan target sasaran strategisnya, Direktorat Bina Gizi pada tahun 2015 mempunyai pagu awal sebesar Rp 388.497.675.000,- melalui DIPA dengan nomor: DIPA-024.03.1.466034/2015 tanggal 7 Desember 2014. Selama periode berjalan, Direktorat Bina Gizi telah melakukan 3 (tiga) kali revisi Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) dari DIPA awal. Hal ini disebabkan oleh:

1. Perubahan pejabat penandatanganan SPM dan bendahara pengeluaran dari TA 2014 ke TA 2015 (Revisi ke-1 tanggal 27 Januari 2015).
2. Program penghematan belanja pemerintah melalui efisiensi belanja perjalanan dinas yang disertai dengan penambahan anggaran untuk refocusing kegiatan (Revisi ke-2 tanggal 4 Agustus 2015).
3. Penambahan anggaran yang berasal dari realisasi dana hibah UNICEF dan WHO yang diterima Direktorat Bina Gizi Tahun 2015 serta adanya perubahan kegiatan sesuai dengan kebutuhan dan situasi serta kondisi pada saat pelaksanaan (Revisi ke-3 tanggal 31 Desember 2015).

Sehingga total anggaran Direktorat Bina Gizi pada tahun 2015 sebesar Rp 394.232.275.000,-. Anggaran tersebut dibagi kedalam 8 (delapan) kategori dengan rincian sebagai berikut:

Rincian Anggaran Rencana Kerja Direktorat Bina Gizi Tahun 2015

<i>Sasaran Strategis</i>	<i>Indikator Kinerja</i>	<i>Anggaran (Rp)</i>
Meningkatnya kualitas pelayanan gizi masyarakat	1 Persentase (%) ibu hamil Kurang Energi Kronik yang mendapat makanan tambahan	47.418.166.600
	2 Persentase (%) ibu hamil yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)	3.019.146.600
	3 Persentase (%) bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif	2.137.626.600
	4 Persentase (%) bayi baru lahir mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	
	5 Persentase (%) balita kurus yang mendapat makanan tambahan	259.401.994.600
	6 Persentase (%) remaja putri yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)	65.255.582.600
	7 Persentase satuan kerja yang menyelenggarakan administrasi pemerintahan sesuai ketentuan	14.939.868.000
	8 Persentase sarana dan prasarana kerja yang sesuai standar	2.059.890.000

Anggaran sebesar Rp 377.232.517.000,- atau 95.69% dari total pagu anggaran yang diemban oleh Direktorat Bina Gizi direncanakan akan digunakan langsung untuk mendukung 6 (enam) indikator kinerja kegiatan yang langsung berhubungan dengan pencapaian sasaran strategis. Sementara itu 4.31% (Rp 16.999.758.000,-) digunakan untuk kegiatan dukungan manajemen yang terbagi kedalam 2 (dua) indikator yaitu persentase satuan kerja yang menyelenggarakan administrasi pemerintahan sesuai ketentuan dan persentase sarana dan prasarana kerja yang sesuai standar. Tingkat capaian sasaran strategis diperoleh dengan realisasi anggaran sebagai berikut:

**Realisasi Anggaran Berdasarkan Indikator Kinerja Direktorat Bina Gizi
Tahun 2015**

<i>Sasaran Strategis</i>	<i>Indikator Kinerja</i>	<i>%</i>	<i>Anggaran</i>	<i>Realisasi</i>	<i>%</i>
Meningkatnya kualitas pelayanan gizi masyarakat	Persentase (%) ibu hamil Kurang Energi Kronik yang mendapat makanan tambahan	35.6%	47.418.166.600	47.156.066.500	99.45
	Persentase (%) ibu hamil yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)	83.2%	3.019.146.600	2.902.128.129	96.12
	Persentase (%) bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif	41.9%	2.137.626.600	1.859.380.323	86.98
	Persentase (%) bayi baru lahir mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	38.7%			
	Persentase (%) balita kurus yang mendapat makanan tambahan	15.8%	259.401.994.600	233.695.615.778	90.09
	Persentase (%) remaja puteri yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)	20.0%	65.255.582.600	61.536.969.470	94.30
	Persentase satuan kerja yang menyelenggarakan administrasi pemerintahan sesuai ketentuan		14.939.868.000	10.602.487.342	70.97
	Persentase sarana dan prasarana kerja yang sesuai standar		2.059.890.000	2.010.942.150	97.62
	TOTAL			394.232.275.000	359.702.389.174

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa realisasi anggaran yang mendukung langsung pencapaian 6 (dua) indikator kinerja kegiatan perbaikan gizi mencapai 92.03%, sementara itu jika dihitung dari total pagu anggaran yang diemban Direktorat Bina Gizi pada tahun 2015, realisasi 6 (enam) indikator kinerja kegiatan perbaikan gizi sebesar 88.06%.

Sampai dengan tanggal 31 Desember 2015, Direktorat Bina Gizi sudah mampu merealisasikan belanja secara bruto sebesar Rp 359.702.389.174,- (91.26%) dari total anggaran sebesar Rp 394.232.275.000,-. Anggaran sebesar 8.76% yang tidak terealisasikan disebabkan antara lain karena:

1. Terdapat sisa anggaran dari pelaksanaan pengadaan dan distribusi sebesar Rp 25.918.118.485,-.
2. Terdapat alokasi anggaran yang masih diblokir sebesar Rp 3.500.000.000,- karena waktu pelaksanaan kegiatan yang tidak memungkinkan.
3. Terdapat sisa anggaran kegiatan operasional sebesar Rp 5.046.125.867,-
4. Terdapat sisa anggaran kegiatan hibah luar negeri sebesar Rp 4.440.956,-.

Penutup

Pada tahun 2015 Direktorat Bina Gizi mendapat alokasi anggaran sebesar Rp 377.232.517.000,- untuk mendukung secara langsung pencapaian 6 (enam) indikator kinerja kegiatan, dari total anggaran Rp 394.232.275.000,-, yang telah ditetapkan dalam Renstra Kementerian Kesehatan RI tahun 2015-2019 yaitu persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) yang mendapat makanan tambahan, persentase ibu hamil yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD), persentase bayi usis kurang dari 6 (enam) bulan yang mendapat ASI eksklusif, persentase bayi baru lahir mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD), persentase balita kurus yang mendapat makanan tambahan, dan persentase remaja puteri yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD). Dengan realisasi sebesar 91.26% dari total pagu anggaran, terlihat signifikan dengan tercapainya target 5 (lima) indikator dari 6 (enam) indikator yang ditetapkan, walaupun belum semua provinsi melaporkan indikator persentase bayi baru lahir mendapat IMD dan persentase remaja puteri yang mendapat TTD. Hal tersebut di atas disebabkan antara lain karena seluruh indikator Direktorat Bina Gizi tahun 2015 merupakan indikator baru, sesuai dengan Renstra Kemenkes Tahun 2015-2019, dan sangat berbeda dengan indikator kinerja Direktorat Bina Gizi sebelumnya (tahun 2010-2014). Terkait dengan kondisi tersebut, belum semua daerah terpapar dengan indikator baru tersebut. Belum terpaparnya indikator baru di semua daerah, mengakibatkan dalam sistem pelaporan yang sudah terbangun belum mencantumkan indikator baru. Indikator-indikator yang baru ini sesungguhnya merupakan kegiatan-kegiatan yang sudah biasa dilaksanakan di lapangan. Hanya saja belum tercantumnya indikator baru dalam sistem pelaporan, menjadikan kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan tersebut tidak dilaporkan, sehingga tidak tercatat dan berpengaruh terhadap cakupan setiap daerah.

Selain itu, indikator persentase ibu hamil KEK mendapat makanan tambahan, ibu hamil mendapat TTD, dan balita kurus mendapat makanan tambahan, serta remaja puteri mendapat TTD sangat berhubungan dengan proses pengadaan. Keterlambatan dalam pengadaan mengakibatkan terlambatnya proses distribusi hingga ke sasaran sehingga mempengaruhi hasil cakupan setiap indikator.

Dari permasalahan di atas, maka sangat penting kiranya Direktorat Bina Gizi untuk melakukan:

- sosialisasi yang terus menerus kepada daerah tentang enam indikator baru ini, sehingga setiap daerah memasukkan indikator-indikator tersebut masuk ke dalam sistem pencatatan dan pelaporannya.
- sosialisasi yang terus menerus mengenai definisi operasional setiap indikator hingga cara perhitungan cakupan indikator, agar cakupan yang dilaporkan mempunyai validitas yang sama.

Untuk itu Direktorat Bina Gizi akan membangun sistem pelaporan hingga level puskesmas melalui SIGIZI, dengan memasukkan semua unsur data yang terkait dengan indikator baru serta sosialisasi pemanfaatan SIGIZI secara kontinyu.

Sangat disadari bahwa penentuan indikator pada masing-masing kegiatan sangat mempengaruhi nilai akhir pencapaian kinerja kegiatan, sasaran dan program sehingga upaya peningkatan pendidikan masyarakat, penanggulangan dan perbaikan gizi masyarakat serta penanganan masalah gizi kurang dan gizi buruk pada ibu hamil dan menyusui, bayi dan anak balita secara paripurna diharapkan dapat mengatasi masalah gizi yang ada, sebagai upaya mewujudkan perbaikan gizi masyarakat.

Laporan Akuntabilitas Kinerja ini tentunya bermanfaat sebagai bahan penilaian dalam upaya pemantauan, pengawasan dan pengendalian pelaksanaan kegiatan program pembinaannya di masa mendatang. Semoga Laporan Akuntabilitas Kinerja ini dapat dijadikan dasar bagi penyusunan Program Pembinaan Gizi di

Direktorat Bina Gizi pada khususnya dan Kementerian Kesehatan pada umumnya, dalam rangka mewujudkan Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan.

