



**Laporan Akuntabilitas  
Kinerja Pemerintah (LAKIP)**

**Direktorat Bina  
Kesehatan Anak  
TA 2015**

[Type the abstract of the document here. The abstract is typically a short summary of the contents of the document.]

Type the abstract of the document here. The abstract is typically a short summary of the contents of the document.

**Tata Usaha**

**[Pick the date]**

## KATA PENGANTAR

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

Penyusunan LAKIP 2015 ini sebagai sarana untuk mengkomunikasikan hasil kegiatan yang telah dilakukan oleh Direktorat Bina Kesehatan Anak sesuai dengan tugas pokok dan fungsi institusi selama tahun 2015. Laporan kinerja ini diharapkan akan bermanfaat dalam memberikan masukan didalam pengambilan kebijakan dan penyempurnaan penyusunan rencana kerja tahun mendatang dengan memperhatikan kekurangan-kekurangan yang ada.

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

Jakarta, Januari 2015

Direktur Bina Kesehatan Anak

dr. Jane Soepardi

NIP. 195809231983112001

## IKHTISAR EKSEKUTIF

Direktorat Bina Kesehatan Anak dalam mencapai sasaran "meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan anak", sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya telah melakukan berbagai upaya. Kebijakan yang diberlakukan adalah peningkatan kelangsungan, kualitas dan perlindungan kesehatan anak dengan pendekatan *continuum of care*.

Sasaran strategis meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan anak dievaluasi melalui 4 indikator Renstra yaitu Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama (KN1), Cakupan Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Kesehatan Peserta Didik Kelas 1, Cakupan Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Kesehatan Peserta Didik Kelas 7 & 10, Puskesmas Melaksanakan Kegiatan Kesehatan Remaja. Untuk mendukung capaian program tersebut di tingkat pusat telah dilaksanakan kegiatan teknis kesehatan anak melalui APBN dan kegiatan PHLN.

Secara umum, Indikator kesehatan anak telah mencapai target yang telah ditetapkan. Permasalahan yang ada adalah terkait pemahaman definisi operasional di tingkat kab./ kota

## Contents

|   |     |
|---|-----|
| <b>KATA PENGANTAR</b> .....   | ii  |
| <b>IKHTISAR EKSEKUTIF</b> .....   | iii |
| <b>BAB I</b> .....  | 1   |
| <b>PENDAHULUAN</b> .....  | 1   |
| A. Latar Belakang.....  | 1   |
| B. Maksud dan Tujuan Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja.....  | 2   |
| C. Tugas dan Fungsi Direktorat Bina Kesehatan Anak .....  | 2   |
| D. Struktur Organisasi Direktorat Bina Kesehatan Anak .....   | 3   |
| E. Tujuan Organisasi.....   | 4   |
| F. Isu, Sasaran Strategis dan Kebijakan Kesehatan Anak.....   | 4   |
| G. Strategi Operasional .....   | 8   |
| H. Sistematika Laporan.....   | 9   |
| <b>BAB II</b> .....   | 10  |
| <b>PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA</b> .....   | 10  |
| A. Perencanaan Kinerja .....  | 10  |
| Indikator Kinerja.....  | 10  |
| B. Perjanjian Kinerja .....   | 11  |
| <b>BAB III</b> .....  | 12  |
| <b>AKUNTABILITAS KINERJA</b> .....  | 12  |
| A. PENGUKURAN KINERJA DAN ANALISIS PENCAPAIAN KINERJA .....   | 12  |
| B. EVALUASI DAN ANALISA CAPAIAN KINERJA.....  | 13  |
| 1. Indikator Kunjungan Neonatal Pertama (KN1) .....   | 13  |
| 2. Indikator Puskesmas melaksanakan penjangkaran kesehatan peserta didik kelas 1 dan Indikator Puskesmas melaksanakan penjangkaran kesehatan peserta didik kelas 7 & 10 ..... | 20  |
| 3. Indikator Puskesmas Melaksanakan Kegiatan Kesehatan Remaja .....   | 28  |
| C. Realisasi Anggaran .....   | 34  |
| <b>BAB IV</b> .....   | 38  |

|   |    |
|---|----|
| PENUTUP .....                                       | 38 |
| A. Kesimpulan.....                                  | 38 |
| B. MASALAH PRIORITAS DAN RENCANA TINDAK LANJUT..... | 39 |
| C. Rencana Tindak Lanjut .....                      | 40 |

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Undang-Undang Dasar 1945 dalam amandemennya pasal 28B ayat 2 mengamanatkan bahwa hak setiap anak: *“Setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi”*.

Selanjutnya ditegaskan kembali pada pasal 28H ayat 1 bahwa hak setiap orang untuk hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

Kedua pernyataan tersebut menunjukkan komitmen Bangsa Indonesia untuk mengutamakan pembangunan dan perlindungan anak guna menjamin pertumbuhan dan perkembangan yang optimal. Untuk tahun 2015-2019 Direktorat Bina Kesehatan Anak melanjutkan upaya penurunan AKB dengan intervensi di sektor hulu dan hilir.

Di dalam penyelenggaraan program, Direktorat Bina Kesehatan Anak sebagai bagian dari pemerintah berupaya menjalankan amanat UU Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggara Negara Yang Bersih dan Bebas dari KKN dengan mempertimbangkan azas yang terdapat di dalamnya, salah satunya adalah Azas Akuntabilitas. Dan sebagai landasan formil dalam penyelenggaraan pelayanan publik yang didasarkan pada Azas-Azas Umum Pemerintahan Yang Baik serta merupakan pengejawantahan dari penerapan Azas Akuntabilitas, maka kami berupaya menjalankan Instruksi Presiden Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP). Substansi dari sistem AKIP yang harus diupayakan untuk dibangun atau



dikembangkan adalah melalui penyusunan dan pelaksanaan perencanaan strategis, pengukuran dan evaluasi kinerja serta pelaporannya.

Sebagai bentuk pelaksanaan azas akuntabilitas tersebut, maka dibuatlah Laporan Kinerja Direktorat Bina Kesehatan Anak TA 2015 (LAKIP). LAKIP ini dibuat mengacu kepada Permenpan No. 53 Tahun 2014.

## **B. Maksud dan Tujuan Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja**

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

### **Tujuan :**

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

## **C. Tugas dan Fungsi Direktorat Bina Kesehatan Anak**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1144/MenKes/Per/XI/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, Direktorat Bina Kesehatan Anak mempunyai tugas melaksanakan penyiapan bahan perumusan kebijakan teknis, standardisasi, bimbingan teknis, evaluasi dan penyusunan laporan di bidang kesehatan anak.

Dalam melaksanakan tugas Direktorat Bina Kesehatan Anak menyelenggaraan fungsi:

- a. Penyiapan perumusan kebijakan di bidang bina kelangsungan hidup bayi, bina kelangsungan hidup anak balita dan pra sekolah, bina

kewaspadaan penanganan balita berisiko, bina kualitas hidup anak usia sekolah dan remaja, serta bina perlindungan kesehatan anak;

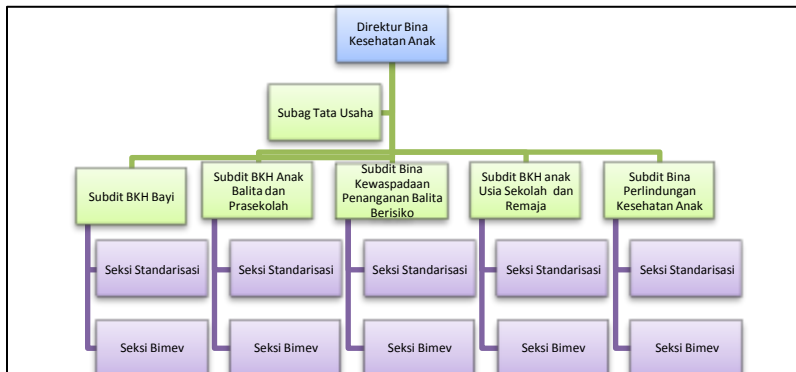
- b. Penyiapan pemberian bimbingan teknis di bidang bina kelangsungan hidup bayi, bina kelangsungan hidup Penyiapan perumusan kebijakan di bidang bina kelangsungan hidup bayi, bina kelangsungan hidup anak balita dan pra sekolah, bina kewaspadaan penanganan balita berisiko, bina kualitas hidup anak usia sekolah dan remaja, serta bina perlindungan kesehatan anak;
- c. Pelaksanaan kegiatan di bidang bina kelangsungan hidup bayi, bina kelangsungan hidup anak balita dan pra sekolah, bina kewaspadaan penanganan balita berisiko, bina kualitas hidup anak usia sekolah dan remaja, serta bina perlindungan kesehatan anak;
- d. Penyiapan penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria di bidang bina kelangsungan hidup bayi, bina kelangsungan hidup anak balita dan pra sekolah, bina kewaspadaan penanganan balita berisiko, bina kualitas hidup anak usia sekolah dan remaja, serta bina perlindungan kesehatan anak;
- e. Evaluasi dan penyusunan laporan pelaksanaan kebijakan di bidang bina kelangsungan hidup bayi, bina kelangsungan hidup anak balita dan pra sekolah, bina kewaspadaan penanganan balita berisiko, bina kualitas hidup anak usia sekolah dan remaja, serta bina perlindungan kesehatan anak; dan
- f. Pelaksanaan urusan tata usaha dan rumah tangga Direktorat.

#### **D. Struktur Organisasi Direktorat Bina Kesehatan Anak**

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



**Gambar 1. Struktur Organisasi Direktorat Bina Kesehatan Anak**



### **E. Tujuan Organisasi**

Terselenggaranya pembangunan kesehatan secara berhasil-guna dan berdaya-guna dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

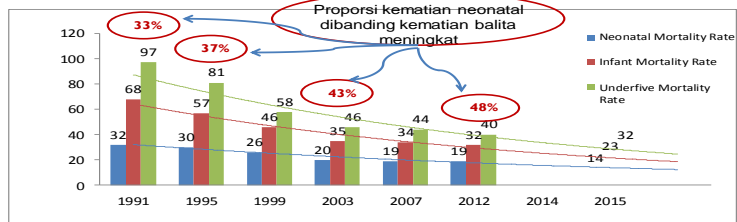
### **F. Isu, Sasaran Strategis dan Kebijakan Kesehatan Anak**

#### **Isu Strategis**

Kementerian Kesehatan dengan visi, misi, dan Sasaran strategisnya mendukung komitmen bersama pemerintah Indonesia didalam Millenium Development Goal's yang salah satunya adalah penurunan Angka Kematian Bayi. Kondisi terkini Angka Kematian Bayi di Indonesia berdasarkan hasil SDKI, masih cukup tinggi.



## KECENDERONGAN ANGKA KEMATIAN BALITA, BAYI DAN NEONATAL, 1991 -2015 (SDKI 1991-2012)



Walaupun terjadi penurunan AKBAL dan AKB yang cukup tajam dari 97/1000 KH dan 68/1000 KH (SDKI 1991) menjadi 40/1000 KH dan 32/1000 KH (SDKI 2012) namun masih jauh dari target MDG 2015 yang diharapkan AKB dan AKBAL mencapai 23/1000 KH dan 32/1000 KH. Dilain pihak penurunan kematian neonatal cenderung stagnan dalam 10 tahun terakhir dari 20/1000 KH (SDKI 2002-2003) menjadi 19/1000 KH (SDKI 2012). Berdasarkan hasil SDKI 2012, proporsi kematian neonatal 59% dari kematian bayi dan 47% dari kematian balita.

Direktorat Bina Kesehatan Anak mendukung upaya pencapaian target sasaran kementerian kesehatan. Bentuk dukungan tersebut dengan menjadikan sasaran strategis di Direktorat Bina Kesehatan Anak mengalir sejalan dengan kebijakan Kementerian Kesehatan, dan Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA yaitu ; “meningkatkan ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi seluruh masyarakat” menjadi isu strategis Direktorat Bina Kesehatan Anak.

### Sasaran Strategis Direktorat Bina Kesehatan Anak

Sasaran Strategis yang disusun oleh Direktorat Bina Kesehatan Anak mengacu pada Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan yang tertuang dalam Kepmenkes HK.02.02/MENKES/52/2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019

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

1. Terwujudnya keamanan nasional yang mampu menjaga kedaulatan wilayah, 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.

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

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

5. Meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia.
6. Meningkatkan produktifitas rakyat dan daya saing di pasar Internasional.
7. Mewujudkan kemandirian ekonomi dengan menggerakkan sektor-sektor strategis ekonomi domestik.
8. Melakukan revolusi karakter bangsa.
9. Memperteguh ke-Bhineka-an dan memperkuat restorasi sosial Indonesia.

Sebagai penjabaran misi presiden no 4; nawacita no 1 (mengkhususkan diri dibidang kesehatan); nawacita no 5. Dan mendukung penurunan Angka Kematian Bayi (AKB) dengan penitikberatan pada sector hulu dan hilir maka sasaran kegiatan Direktorat Bina Kesehatan Anak “meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bayi, anak dan remaja”, Indikator pencapaian sasaran tersebut antara lain :

1. Kunjungan Neonatal Pertama
2. Puskesmas melaksanakan Penjaringan Kelas 1
3. Puskesmas melaksanakan penjaringan kelas 7 dan 10
4. Puskesmas menyelenggarakan kegiatan kesehatan remaja

**Kebijakan:**

Arah kebijakan Direktorat Bina Kesehatan Anak antara lain:

- a) Upaya peningkatan kelangsungan hidup bayi baru lahir, bayi dan anak balita
- b) Upaya peningkatan kualitas hidup bayi baru lahir, bayi, anak balita, anak usia sekolah, remaja
- c) Upaya peningkatan perlindungan kesehatan anak

## **G. Strategi Operasional**

Strategi dalam Upaya Penurunan Angka Kematian adalah melalui peningkatan kelangsungan hidup bayi baru lahir, bayi dan anak balita serta peningkatan Kualitas Hidup & Perlindungan Kesehatan Anak yaitu :

1. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan anak yaitu pemeriksaan bayi baru lahir melalui kunjungan neonatus, penanganan neonatus dengan komplikasi, pelayanan kesehatan bayi dan pelayanan kesehatan anak balita. Selain itu peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan anak juga dilakukan melalui pengembangan puskesmas menjadi puskesmas mampu melaksanakan penjangkaran kesehatan dan pemeriksaan berkala pada siswa Sekolah Dasar maupun Lanjutan atau yang sederajat, puskesmas mampu laksana Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR), Puskesmas mampu tatalaksana kasus Kekerasan terhadap Anak (KtA) serta meningkatkan fungsi puskesmas dalam melakukan pembinaan kesehatan anak di lapas/rutan, SLB, panti anak terlantar, anak jalanan dan anak dari kelompok minoritas/terisolasi/ terasing.
2. Pemberdayaan keluarga dan masyarakat dengan tujuan meningkatkan pengetahuan, pemahaman dan peran serta masyarakat dengan lingkup kegiatan yang terkait dengan kesehatan bayi baru lahir, bayi, balita, usia sekolah, remaja dan pelayanan kesehatan anak berkebutuhan khusus.
3. Pelaksanaan surveilans kesehatan anak melalui penguatan koordinasi lintas program / lintas sektor terkait, tindak lanjut skrining hipotiroid kongenital dan program Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK).
4. Kemitraan dengan tujuan meningkatkan dukungan dan peran lintas sektor, LSM, organisasi profesi dalam meningkatkan kelangsungan hidup bayi dan balita serta peningkatan kualitas hidup dan perlindungan kesehatan anak.

5. Dukungan manajemen melalui penyediaan sarana dan prasarana, laporan keuangan, laporan akuntabilitas, ketenagaan, dll.

## H. Sistematika Laporan

Sistematika penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja Direktorat Bina Kesehatan Anak mengacu kepada permenpan No. 53 Tahun 2014 yang adalah sebagai berikut:

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

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

- Bab II Perencanaan dan Perjanjian Kinerja

Pada bab ini diuraikan ringkasan/ ikhtisar perjanjian kinerja tahun 2014

- Bab III Akuntabilitas Kinerja

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

- Bab IV Penutup

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

## **BAB II**

### **PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA**

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

Rencana kinerja yang disusun oleh Direktorat Bina Kesehatan Anak mengacu pada Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan yang tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan nomor 52 tahun 2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019.

#### **Indikator Kinerja**

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

**Tabel 1. Indikator Pembinaan Pelayanan Kesehatan Anak pada Renstra Kementerian Kesehatan RI 2015 - 2019**

| <b>Indikator</b>  | <b>Target 2019</b> |
|---|--------------------|
| 1. Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama (KN1)   | 90%                |
| 2. Persentase Puskesmas yang melaksanakan penjangkaran kesehatan untuk peserta didik kelas I.         | 70%                |
| 3. Persentase Puskesmas yang melaksanakan penjangkaran kesehatan untuk peserta didik kelas VII dan X. | 60%                |
| 4. Persentase Puskesmas yang menyelenggarakan kegiatan kesehatan remaja.                              | 45%                |

## B. Perjanjian Kinerja

Merujuk pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara (Permenpan) No. 53 Tahun 2014 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, telah ditetapkan target kinerja berupa kesepakatan dalam pencapaian target tahun 2015. Dalam dokumen pernyataan penetapan kinerja yang ditandatangani oleh Direktur Bina Kesehatan Anak tanggal 15 Januari 2014, Direktorat Bina Kesehatan Anak dengan jumlah anggaran Rp. 64.700.000.000.- untuk membiayai kegiatan dalam upaya pencapaian 4 indikator yang tercantum dalam Renstra, meliputi target Cakupan KN1 75% dengan dukungan anggaran

**Tabel 2. Perjanjian Kinerja yang ditandatangani Direktur Bina Kesehatan Anak dan Direktur Jenderal Bina Gizi dan KIA.**

| Sasaran Strategis  | Indikator Kinerja   | Target 2015 |
|--|---|-------------|
| meningkatnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan bayi, anak dan remaja. | 1. Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama (KN1)   | 75%         |
|  | 2. Persentase Puskesmas yang melaksanakan penjangkaran kesehatan untuk peserta didik kelas I.         | 50%         |
|  | 3. Persentase Puskesmas yang melaksanakan penjangkaran kesehatan untuk peserta didik kelas VII dan X. | 30%         |
|  | 4. Persentase Puskesmas yang menyelenggarakan kegiatan kesehatan remaja.                              | 25%         |



### **BAB III**

#### **AKUNTABILITAS KINERJA**

##### **A. PENGUKURAN KINERJA DAN ANALISIS PENCAPAIAN KINERJA**

Indikator kesehatan anak dievaluasi secara berkala (triwulan dan per semester) dalam lingkup direktorat. Evaluasi ini bertujuan untuk mengetahui pencapaian realisasi, kemajuan dan kendala yang dijumpai dalam pelaksanaan program. Indikator kinerja diukur melalui indikator program kesehatan anak, realisasi kegiatan dan anggaran.

Secara umum, pencapaian indikator Renstra 2015 – 2019 merupakan kinerja bersama antara pemerintah pusat, propinsi, kabupaten/ kota hingga fasilitas kesehatan. Sampai sejauh ini pengukuran kinerja sebagai dasar penilaian keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan program di level pusat/ Kementerian Kesehatan RI merupakan data pencapaian kinerja propinsi, kabupaten/kota bahkan hingga fasilitas kesehatan di tingkat dasar. Pengukuran kinerja program kesehatan anak yang mengarah pada "outcome" atau "dampak" belum dilakukan karena diperlukan suatu metode khusus seperti survey atau penelitian. Untuk itu, diperlukan mekanisme evaluasi dan pelaporan yang terintegrasi antara pusat dan daerah, lintas program atau penetapan ulang terhadap terhadap indikator kinerja Kementerian sesuai tupoksi pemerintah tingkat pusat.

Berdasarkan grafik 1 dapat diketahui bahwa 4 (empat) indikator renstra memiliki kategori pencapaian baik, dimana semua indikator tersebut mencapai target. Dengan cakupan 81 % untuk KN 1, 51 % untuk cakupan puskesmas melaksanakan penjangkaran kelas 1, 42 % untuk cakupan penjangkaran kelas 7 & 10 dan 30% untuk cakupan puskesmas melaksanakan kegiatan kesehatan remaja

**Grafik 1. Capaian Kinerja Direktorat Bina Kesehatan Anak Tahun 2015**



*Sumber data : Data Evaluasi Direktorat Bina Kesehatan anak 2015*

## **B. EVALUASI DAN ANALISA CAPAIAN KINERJA**

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

### **1. Indikator Kunjungan Neonatal Pertama (KN1)**



Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama atau yang dikenal dengan sebutan dengan KN1, merupakan indikator yang menggambarkan upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi risiko kematian pada periode neonatal yaitu 6 - 48 jam setelah lahir yang meliputi, antara lain kunjungan menggunakan pendekatan Manajemen Terpadu Balita Muda

(MTBM) termasuk konseling perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, pemberian Vitamin K1 injeksi dan Hepatitis B 0 (nol) injeksi.

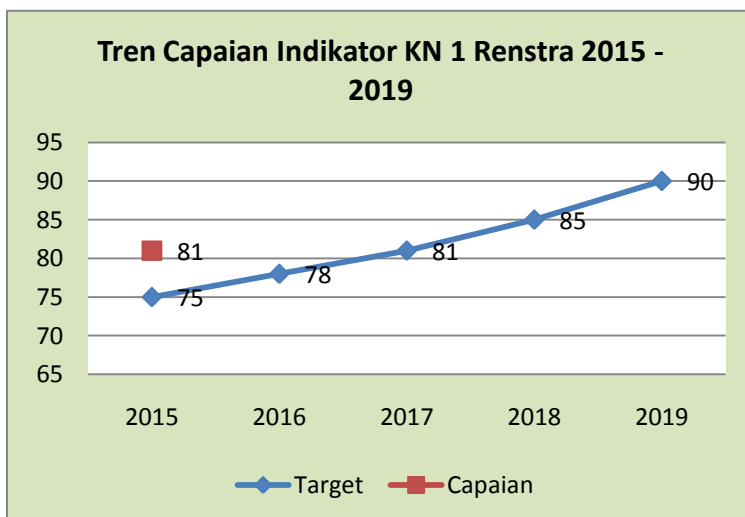
### Analisa Capaian Kinerja

Sepanjang renstra 2010 – 2014, indikator KN 1 selalu mencapai target. Dan di akhir 2014 indikator ini telah mencapai cakupan sebesar 97 %. Target indikator KN 1 tahun 2015 sebesar 75 %, merupakan bentuk perubahan indikator, yang semula akses dan di tahun 2015 KN 1 ditingkatkan kualitasnya. Cakupan 75 % didasarkan pada data Riskesdas tahun 2013 yang mengungkapkan cakupan KN 1 sebesar 73% yang kemudian di proses sehingga didapatkan angka 75% ditahun 2015.

Cakupan KN 1 tahun 2015 sebesar 84 %. Artinya, pada akhir tahun 2015 dari total sasaran bayi 4.893.435, sebanyak 4.094.324 bayi telah mendapatkan Kunjungan Neonatal Pertama (KN1).



### Grafik. Tren Capaian Indikator KN 1 Renstra 2015 - 2019

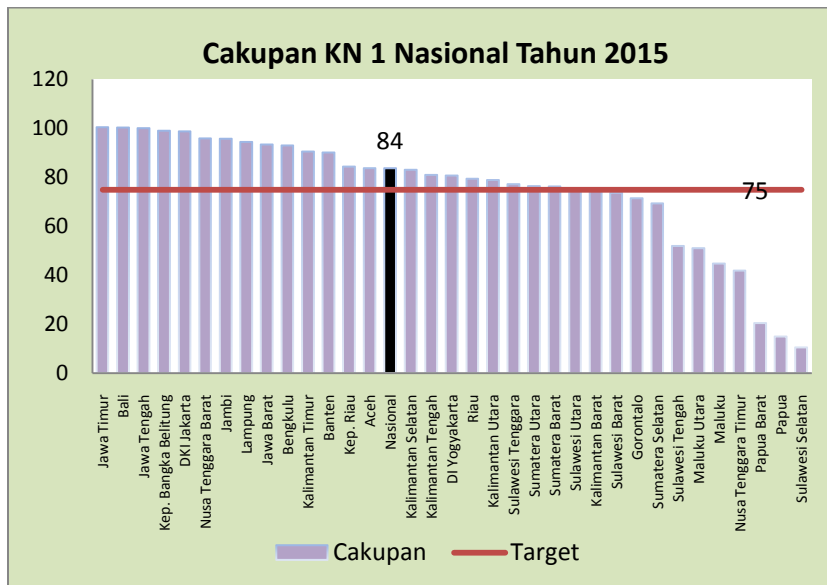


**Sumber : Data Evaluasi Direktorat Bina Kesehatan Anak 2015**

Cakupan tahun 2015 bila dibandingkan dengan cakupan di akhir 2019, menyisakan gap sebesar 9 poin dari target 90%. Dan bila dilihat dari tahun 2015 cakupan yang ada lebih tinggi sebesar 6 poin dari target 75%.

Data sasaran yang digunakan adalah data pembangunan kesehatan yang dikeluarkan oleh BPS –Pusdatin Kementerian Kesehatan RI tahun 2015 – 2019 (tahun 2015 disepakati penggunaan data sasaran menggunakan data sasaran pembangunan kesehatan). Berdasarkan analisa yang dilakukan direktorat anak terkait data sasaran pada tahun 2014, terdapat perbedaan jumlah data sasaran provinsi dengan data sasaran pembangunan kesehatan. Data sasaran ini menimbulkan perbedaan cakupan ditingkat nasional. Sebagai contoh adalah provinsi DIY, data sasaran hasil perhitungan provinsi jauh lebih kecil dibandingkan data sasaran pembangunan kesehatan, sehingga cakupan KN 1 provinsi DIY di tingkat nasional menjadi turun.

**Grafik 2. Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama (KN1) Tahun 2015**



**Sumber data : Data Evaluasi Direktorat Bina Kesehatan Anak 2015**

Terdapat 24 Provinsi sudah mencapai target Nasional tahun 2015, dan 10 Provinsi yang belum mencapai target Nasional (grafik 4.2). Provinsi yang belum mencapai target, selain terkait perbedaan data sasaran keadaan ini disebabkan oleh beberapa faktor yang memberikan kontribusi terhadap pencapaian target antara lain masalah jumlah distribusi dan kualitas SDM kesehatan yang belum merata, belum semua nakes memberi pelayanan Kunjungan Neonatal sesuai standar, yang utamanya dikarenakan oleh masalah akses geografis dan juga ketersediaan logistik, masih banyak persalinan meski ditolong oleh nakes tetapi tetap dilakukan di rumah, masalah koordinasi dan integrasi lintas program yang belum optimal, pemberdayaan keluarga/masyarakat terhadap penggunaan buku KIA yang belum optimal dan sistem pencatatan dan pelaporan yang belum sesuai dengan yang diharapkan misalnya penolong persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan tidak mencatat dengan benar pelayanan yang telah diberikan. Selain itu, faktor kualitas pelayanan bayi yang belum optimal merupakan kendala dalam pelaksanaan pelayanan kunjungan neonatal pertama.

#### **Faktor Pendukung Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama (KN1).**

Kunjungan neonatal pertama di daerah terutama dilakukan oleh bidan. Kementerian kesehatan RI (Pusat) dan pembagian wewenang dengan daerah memiliki peran yang sangat besar didalam menjamin setiap bayi yang baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Peran Direktorat Bina Kesehatan Anak (pusat) menetapkan kebijakan dan melakukan advokasi, bimtek, monev, Menjadi dasar pelaksanaan dan perlindungan bidan dalam melakukan pelayanan.

Faktor Pendukung pencapaian target Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama :

1. Diperolehnya dukungan dari organisasi profesi dan lintas program dalam penggerakan anggotanya untuk melaksanakan KN 1. Dukungan ini dapat diperoleh melalui advokasi dan sosialisasi yang dilakukan direktorat anak terhadap organisasi profesi, dan pelibatan organisasi profesi terkait didalam kegiatan.
2. Distribusi buku saku pelayanan neonatal esensial yang semakin tersebar setiap tahunnya. Buku ini menjadi pedoman sekaligus suatu bentuk perlindungan terhadap nakes didalam melaksanakan Kunjungan Neonatal Pertama.

### **Faktor Penghambat Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama**

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

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

1. Belum semua daerah dan lintas sektor/lintas program terkait memberikan dukungan secara optimal
2. Masalah jumlah distribusi dan kualitas SDM kesehatan yang masih juga belum merata, sehingga belum semua nakes dapat memberi pelayanan Kunjungan Neonatal sesuai standar, antara lain dikarenakan oleh alasan akses geografis, masalah ketersediaan logistik terutama untuk layanan neonatal esensial (menjaga bayi

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

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



Berbagai kegiatan telah dilakukan untuk meningkatkan Cakupan KN1 selama tahun 2015 yang antara lain :

1. Advokasi ke organisasi profesi (IBI dan IDI) dan Lintas Sektor untuk mendukung KN1, melalui pelibatan didalam kegiatan terkait pencapaian indikator
2. Mengevaluasi dan membentuk kesepakatan bersama untuk mendukung peningkatan cakupan.

3. Pendampingan peningkatan kualitas pelayanan neonates di Provinsi Papua dan Papua Barat

Dan upaya yang harus dilakukan agar terjadim peningkatan sekaligus mempertahankan cakupan kunjungan neonatal pertama, yaitu :

1. Penguatan advokasi ke organisasi profesi dan lintas sector tetap perlu terus dilakukan
2. Menambah lokasi pendampingan, untuk meningkatkan kepatuhan tenaga kesehatan terhadap standar/pedoman
3. Pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional,
4. Penguatan pemanfaatan register kohort bayi untuk pemantauan sasaran neonatus, serta distribusi tenaga bidan yang berkompeten hingga ke tingkat desa.



Yang diharapkan dari pencapaian target KN1 adalah tidak hanya dalam kuantitas tetapi juga menjamin kualitas pelayanan yang optimal dalam pelayanan KN1. Beberapa upaya terkait peningkatan kualitas Kunjungan neonatal pertama, diantaranya adalah :

1. Penyiapan fasilitator Peningkatan Kemampuan Tenaga Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir (Neonatus) di Pusat dan Provinsi
2. Fasilitasi Penerapan Audit Maternal Perinatal di Provinsi
3. Peningkatan Implementasi Pembelajaran Neonatal Esensial, Manajemen Asfiksia dan BBLR di Preservis.
4. Pembinaan Teknis terkait Program Bayi Baru Lahir dan Bayi dalam rangka Akselerasi Penurunan Angka Kematian Bayi
5. Fasilitasi Peningkatan Kemampuan Tenaga Kesehatan dalam Pelayanan Neonatus di Provinsi



6. Peningkatan koordinasi lintas program dan lintas sektor melalui pertemuan Pokja MDG

## **2. Indikator Puskesmas melaksanakan penjangkaran kesehatan peserta didik kelas 1 dan Indikator Puskesmas melaksanakan penjangkaran kesehatan peserta didik kelas 7 & 10**

Kegiatan penjangkaran kesehatan untuk peserta didik telah lama di laksanakan di Indonesia. Indikator ini juga telah bertransformasi seiring dengan penerapan otonomi daerah. Penjangkaran kesehatan peserta didik merupakan serangkaian kegiatan pemeriksaan kesehatan yang dilakukan terhadap peserta didik untuk memilah siswa yang mempunyai masalah kesehatan agar segera mendapatkan penanganan sedini mungkin. Kegiatan penjangkaran kesehatan siswa terdiri dari pemeriksaan kesehatan, pemeriksaan kebersihan perorangan (rambut, kulit dan kuku), pemeriksaan status gizi melalui pengukuran antropometri, pemeriksaan ketajaman indera (penglihatan dan pendengaran), pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut, pemeriksaan laboratorium untuk anemia dan kecacangan, pengukuran kebugaran jasmani dan deteksi dini masalah mental emosional. Diawal Renstra 2015 – 2019, penjangkaran kesehatan peserta didik baik untuk kelas 1 maupun kelas 7 & 10 memiliki tantangan yang hamper sama, oleh karena itu dalam faktor pendukung dan faktor penghambat kami satukan

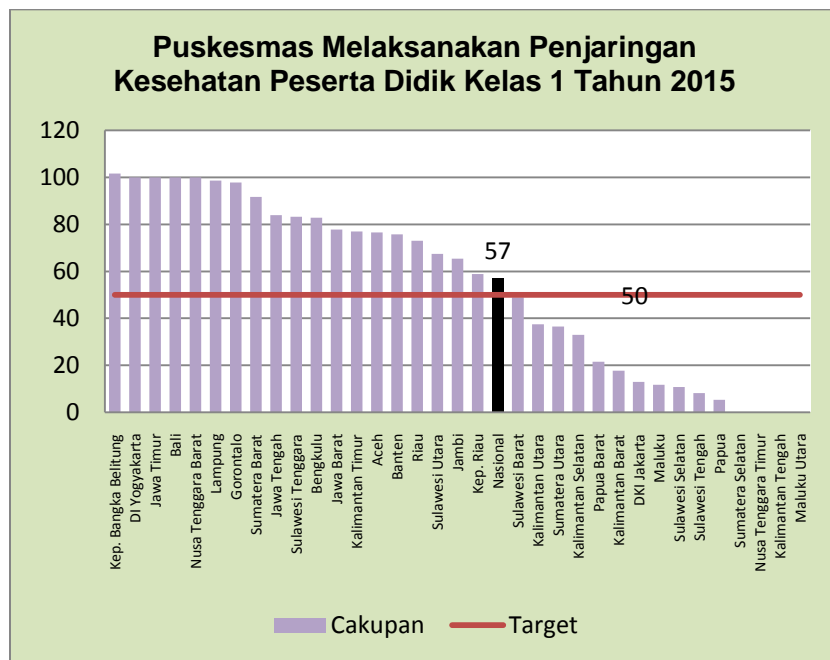
### **a) Puskesmas Yang Melaksanakan Penjangkaran Kesehatan Peserta Didik Kelas 1**

Pada capaian tahun 2015, indikator puskesmas melaksanakan penjarangan kesehatan peserta didik kelas 1 mencapai target yang telah ditetapkan. Target nasional di tahun 2015 adalah sebesar 50 %, dan sudah tercapai sebesar 57 % dan berarti sebanyak 5541 puskesmas sudah melaksanakan penjarangan peserta didik kelas 1.



Dari 34 provinsi terdapat 19 provinsi yang mencapai target indikator dan 15 provinsi yang belum mencapai target.

**Grafik 3. Puskesmas Yang Melaksanakan Penjarangan Kesehatan Peserta Didik Kelas 1 Tahun 2015**



**Sumber data : Data Evaluasi Direktorat Bina Kesehatan Anak 2015**

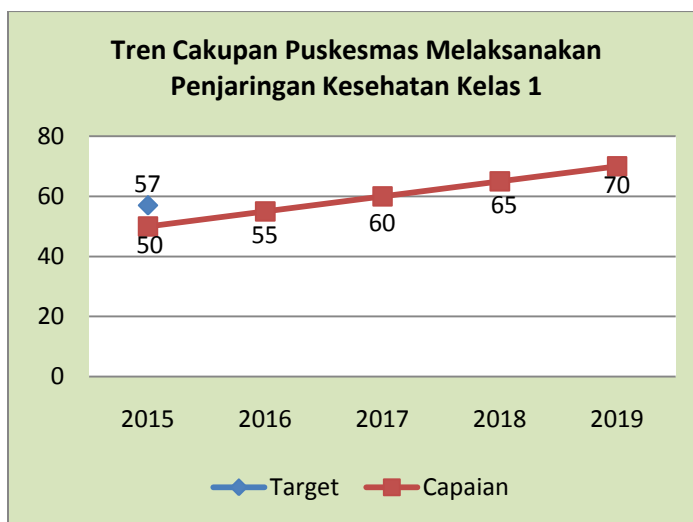
Gambaran pencapaian cakupan indikator puskesmas melaksanakan penjarangan kesehatan peserta didik kelas 1 memiliki

disparitas yang cukup besar antar Provinsi seperti terlihat pada grafik diatas.

Provinsi dengan cakupan “0” (nol) bukan berarti bahwa tidak dilakukan penjangkaran. Angka cakupan nol disebabkan karena indikator belum tersebar sampai ke seluruh kabupaten kota di wilayah tersebut.

### Grafik. Tren Cakupan Puskesmas Melaksanakan Penjangkaran

#### Kesehatan Peserta Didik Kelas 1



#### Sumber : Data Evaluasi Direktorat Bina Kesehatan Anak Tahun 2015

Bila dilihat tren pertahun (Resntra 2015 – 2019) Cakupan indikator ini telah mencapai target 2015 sebesar 50 dengan gap sebesar 7 poin dari target 57. Dan dengan cakupan sebesar 57 % maka diharapkan indikator ini dapat mencapai target tahun 2016 sebesar target 55 %. Adapun bila melihat pencapaian akhir tahun sebesar 70% diperlukan upaya untuk meningkatkan cakupan sebesar 13 poin dari cakupan tahun 2015 (57%)

## b) Puskesmas Yang Melaksanakan Penjaringan Kesehatan Peserta Didik Kelas 7 & 10

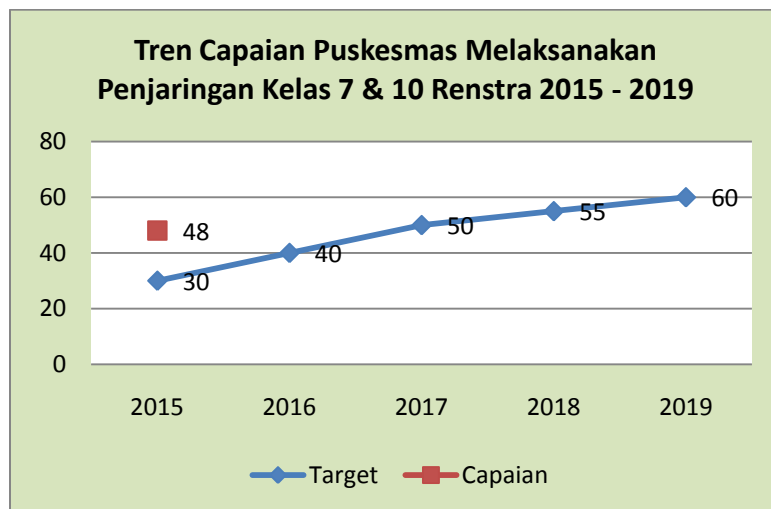
Indikator ini adalah indikator baru di Renstra 2015-2019. Walaupun pelayanan penjaringan peserta didik kelas 7 & 10 sudah dilaksanakan sejak lama, namun pelayanan ini baru dijadikan indikator di tahun 2015. Masuknya pelayanan penjaringan peserta didik kelas 7 & 10 merupakan bentuk intervensi di hulu didalam upaya penurunan AKI dan AKB. Melalui pemeriksaan kesehatan ini diharapkan status kesehatan remaja dapat diketahui untuk kemudian dilakukan tindak lanjut atas permasalahan yang ditemui.

Di tahun 2015, indikator ini dapat mencapai target renstra dengan pencapaian cakupan sebesar 48 % dari target sebesar 30 %. Dengan capaian sebesar 48 % ini berarti 4719 puskesmas telah melaksanakan penjaringan kelas 7 & 10.



### Grafik. Tren Capaian Puskesmas Melaksanakan Penjaringan

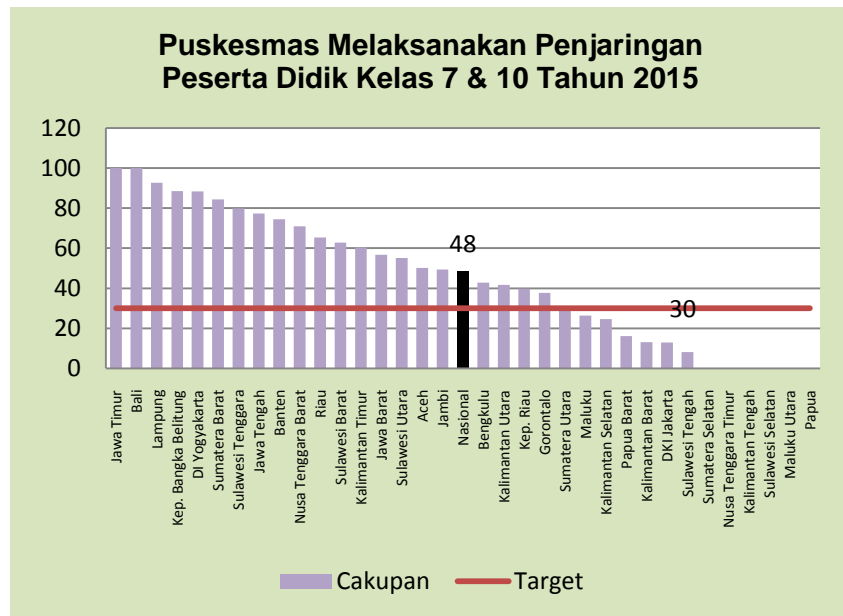
#### Kesehatan Peserta Didik Kelas 7 & 10 Tahun 2015 – 2019



Sumber : Data Evaluasi Direktorat Bina Kesehatan Anak Tahun 2015

Bila melihat tren sampai akhir tahun 2019. Maka indikator ini telah mencapai target 2015 dengan gap sebesar 18 poin, dan diperkirakan juga akan dapat mencapai target 2016 sebesar 40 % dan diperlukan upaya untuk meningkatkan 2 poin untuk mencapai target 2017 (50%) dan 12 poin untuk mencapai target tahun 2019 sebesar 60%

**Grafik 4. Cakupan Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Peserta Didik Kelas 7 & 10 Tahun 2015**



**Sumber Data : Data Evaluasi Direktorat Bina Kesehatan Anak 2015**

Sebanyak 22 provinsi telah mencapai target puskesmas melaksanakan penjaringan peserta didik kelas 7 & 10, 12 provinsi lainnya masih belum mencapai target. 6 provinsi yang memiliki angka cakupan “0” (nol) dikarenakan kabupaten/ kota di provinsi tersebut belum memahami indikator yang baru.

**Faktor pendukung pencapaian indikator penjaringan kesehatan peserta didik**

Upaya – upaya dan faktor yang mendukung untuk meningkatkan capaian indikator, dan kualitas pelayanan penjangkaran kesehatan peserta didik yaitu :

1. Adanya peraturan/perundang-undangan yang mendukung pelaksanaan UKS seperti SKB 4 Menteri tahun 2003 dengan nomor: 1/U/SKB; Nomor 1067/Menkes/SKB/VII/2003; Nomor MA/203 A/2003; Nomor: 26 Tahun 2003 tanggal 23 Juli 2003 tentang Pembinaan dan Pengembangan UKS. Dan juga Undang-undang No.36 tahun 2009 tentang kesehatan, pasal 79
2. Penjangkaran kesehatan telah masuk menjadi salah satu SPM Bidang Kesehatan yaitu penjangkaran kesehatan pada siswa kelas I sekolah dasar.
3. Ketersediaan dana dekonsentrasi 2015 untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan dalam upaya peningkatan kualitas hidup anak usia sekolah dan remaja, seperti kegiatan pelatihan penjangkaran kesehatan bagi tenaga kesehatan secara berjenjang, pertemuan koordinasi lintas program dan lintas sektor serta monitoring dan evaluasi
4. Intervensi Pusat dalam penyediaan tenaga kesehatan yang kompeten dalam melaksanakan penjangkaran kesehatan melalui alokasi dana dekon. Pelatihan diprioritaskan terhadap provinsi-provinsi yang belum memenuhi target pencapaian indikator penjangkaran. Tujuan pelatihan selain untuk meningkatkan kemampuan tenaga kesehatan, juga untuk mendorong pelaksanaan penjangkaran kesehatan sehingga dapat mencapai target cakupan yang diharapkan.
5. Akselerasi pembinaan dan pelaksanaan UKS, melalui optimalisasi peran dan fungsi lintas sektor dan lintas program, serta TP UKS dan sekretariat TP UKS pada setiap jenjang pemerintahan dari pusat

sampai dengan kecamatan dengan pendekatan strategi-strategi operasional yang terencana, terarah dan terpadu, dan memfasilitasi kearifan lokal (*local wisdom*), sebagai strategi terobosan baru untuk percepatan pencapaian tujuan UKS.

6. Pembinaan teknis secara berjenjang dimulai dari dinkes Propinsi/Kab/Kota hingga Puskesmas, maupun pembinaan program UKS dengan lintas sektor terkait ke TP UKS provinsi/kab/kota/kecamatan sampai dengan TP Sekolah.
7. Penguatan koordinasi dengan lintas proram dan lintas sektor di wilayah kerja masing-masing, pemanfaatan BOK dan sumber dana lainnya (APBD, CSR, BOS), penguatan komitmen tenaga kesehatan yang telah dilatih serta mengenai pencatatan dan pelaporan.
8. Mengeluarkan surat edaran Dirjen Bina Gizi dan KIA, Kementerian Kesehatan kepada Direktur Jenderal pada Kementerian terkait SKB 4 Menteri dalam rangka mendorong jajarannya (dalam hal ini kepala daerah tingkat 1 dan 2) untuk melaksanakan penjangkaran kesehatan agar tercapai target di tahun 2013. Selain itu, adanya surat edaran Direktur Bina Kesehatan Anak untuk menghimbau Dinkes provinsi dan kabupaten/kota untuk melaksanakan penjangkaran kesehatan sekolah.
9. Penyediaan dan distribusi buku-buku pedoman teknis penjangkaran kesehatan anak sekolah sebagai acuan pelaksanaan penjangkaran kesehatan.

**Faktor Penghambat dalam pelaksanaan indikator puskesmas melaksanakan penjangkaran peserta didik (Kelas 1, Kelas 7 & 10).**

Kedua indikator ini merupakan indikator baru di Renstra 2015 - 2019. Bila di Renstra 2015-2019 indikator penjangkaran yang menjadi sasaran adalah sekolah, maka di Renstra 2015-2019 yang menjadi sasaran adalah puskesmas. Perluasan indikator juga dilakukan pada Renstra 2015 -

2019, dari yang semula hanya kelas 1, di tahun 2015-2019 indikator diperluas sampai ke kelas 7 dan 10.

Pencapaian cakupan indikator sangat dipengaruhi banyak faktor, karena didalam kegiatannya membutuhkan peran banyak sektor, berikut adalah faktor-faktor penghambat sehingga cakupan indikator ini belum tercapai :

1. Walaupun sosialisasi terkait indikator telah dilakukan sejak akhir tahun 2014 (sosialisasi dalam pertemuan, email yang dikirimkan berkala ke pengelola program anak di provinsi, dan workshop terkait indikator), perubahan indikator ini diperlukan waktu yang cukup lama untuk sampai ketingkat kabupaten, sehingga banyak kabupaten yang belum menggunakan indikator baru ini.
2. Terkait penjangkaran kelas 7 & 10, walaupun pelaksanaan pelayanan ini telah lama berjalan, namun belum dilaksanakan secara menyeluruh, dan belum dilaporkan secara berkala, sehingga banyak puskesmas yang belum memenuhi definisi operasional terkait penjangkaran kesehatan kelas 7 & 10.
3. Walaupun penjangkaran kesehatan terhadap peserta didik kelas I SD telah masuk dalam SPM bidang kesehatan di kabupaten/kota, dan telah didukung oleh UU Kesehatan No.36 pasal 79 tentang kesehatan sekolah, dan telah adanya edaran dari Kementerian terkait SKB 4 Menteri kepada Gubernur dan Bupati yang telah diperbaharui menjadi peraturan bersama antara Menteri Pendidikan dan Kebudayaan, Menteri Agama, Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri tentang Pembinaan Pelaksanaan Usaha Kesehatan Sekolah/Madrasah, pelayanan kesehatan terhadap anak usia sekolah dan remaja termasuk penjangkaran kesehatan belum dianggap prioritas. Hal ini menyebabkan kurangnya komitmen pimpinan daerah dalam melaksanakan SPM terkait penjangkaran kesehatan padahal ini



merupakan tanggung jawab pemerintahan kabupaten/kota untuk mencapainya dan akan menjadi kondite keberhasilan kinerja pemerintahan. Kurangnya komitmen ini mempengaruhi alokasi dana di daerah untuk kegiatan penjangkaran kesehatan. Sementara ini belum berjalan mekanisme *reward* and *punishment* bagi kabupaten / kota dalam pencapaian target.

4. Manajemen pelaporan belum terintegrasi dengan baik. Walaupun kegiatan penjangkaran kesehatan telah dilaksanakan di Puskesmas namun di beberapa Provinsi, pengelola program UKS di Kabupaten/Kota berada pada struktur organisasi yang berbeda dan koordinasi pencatatan dan pelaporan tidak berjalan dengan baik.
5. Penjangkaran masih dianggap hanya menjadi tanggung-jawab sektor kesehatan, belum menjadi kegiatan bersama lintas sektor.
6. Masih adanya beberapa pemangku kepentingan yang tidak mengerti dan mengetahui manfaat penjangkaran kesehatan, sehingga dukungan terhadap kegiatan tersebut masih kurang.
7. Penyediaan sarana rujukan hasil penjangkaran kesehatan masih kurang memadai.

### **3. Indikator Puskesmas Melaksanakan Kegiatan Kesehatan Remaja**

Indikator puskesmas melaksanakan kegiatan kesehatan remaja merupakan transformasi dari indikator puskesmas PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) di tahun 2010-2014. Sejak tahun 2003, model pelayanan kesehatan remaja yang memenuhi kebutuhan dan selera remaja diperkenalkan dengan sebutan Pelayanan Kesehatan peduli Remaja (PKPR), yaitu pelayanan kesehatan yang ditujukan dan dapat dijangkau remaja, menyenangkan, menerima remaja dengan tangan terbuka, menghargai remaja, menjaga kerahasiaan, peka akan kebutuhan terkait

dengan kesehatannya, serta efektif dan efisien dalam memenuhi kebutuhan tersebut.

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

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

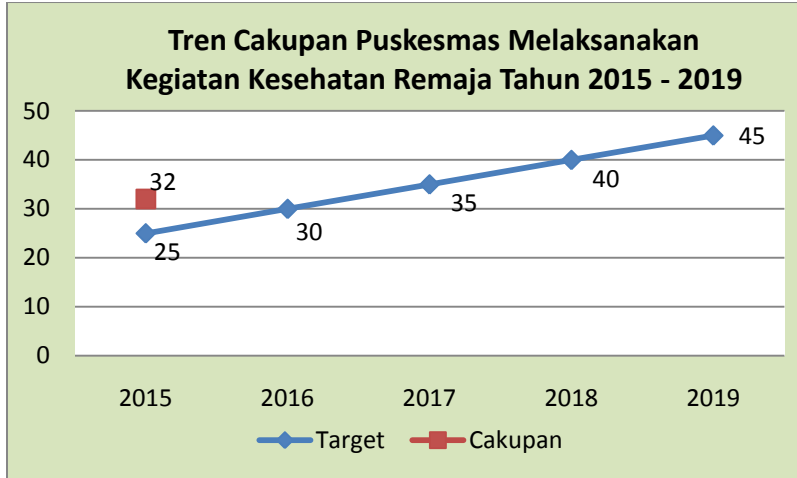
Tahun 2015, puskesmas PKPR masuk kedalam indikator Renstra sebagai bentuk penanganan di hulu dalam upaya penurunan AKI dan AKB.

### **Analisa Capaian Kinerja Indikator Puskesmas Melaksanakan Kegiatan Kesehatan Remaja**

Indikator puskesmas melaksanakan kegiatan kesehatan remaja dapat mencapai target tahun 2015 sebesar 25%. Adapun cakupan indikator ini adalah sebesar 32%, yang berarti 3088 puskesmas telah melaksanakan kegiatan kesehatan remaja di tahun 2015 (dari 9731 puskesmas).



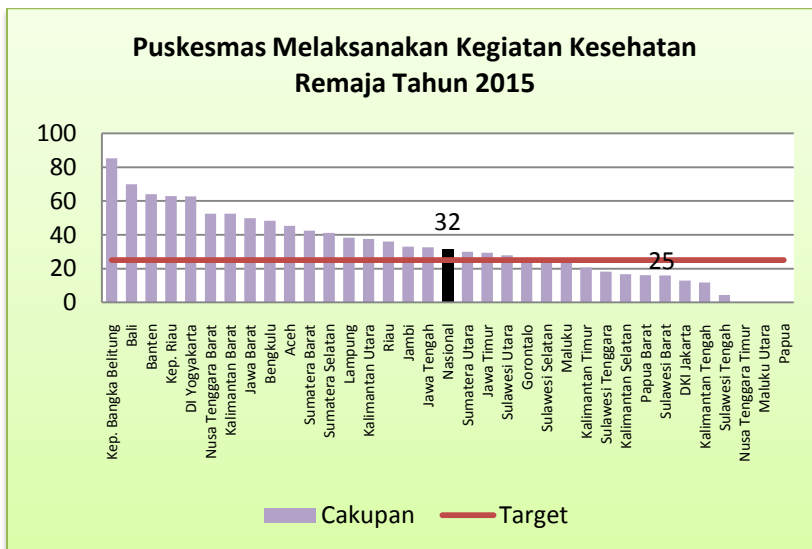
### **Grafik. Tren Cakupan Puskesmas Melaksanakan Kegiatan Kesehatan Remaja Tahun 2015 - 2019**



**Sumber data : Data Evaluasi Direktorat Bina Kesehatan Anak 2015**

Bila melihat tren target sampai tahun 2019. Indikator ini memperlihatkan gap dengan target 2015 sebesar 7 poin dan sebesar 2 poin terhadap target tahun 2016 sebesar 30 %. Upaya yang harus ditingkatkan adalah sebesar 13 poin untuk mencapai target tahun 2019

**Grafik 5. Cakupan Indikator Puskesmas Melaksanakan Kegiatan Kesehatan Remaja Tahun 2015**



**Sumber data : Data Evaluasi Direktorat Bina Kesehatan Anak 2015**

Masih terjadi disparitas antar provinsi terkait indikator ini. Disparitas diduga terjadi karena belum tersosialisasinya secara menyeluruh terkait indikator baru Renstra 2015 -2019. 13 Provinsi masih belum mencapai target puskesmas melaksanakan kegiatan kesehatan remaja. Dari 13 provinsi tersebut terdapat provinsi DKI Jakarta. DKI Jakarta tidak mencapai target dikarenakan perbedaan persepsi jumlah puskesmas. Pusdatin mencatat terdapat 340 puskesmas di provinsi DKI Jakarta (data per 31 Desember 2014). Namun, yang dilaporkan hanya 44 Puskesmas (Puskesmas Kecamatan). Perbedaan ini dikarenakan adanya nomenklatur puskesmas kelurahan dimana pusdatin mencatatnya sebagai puskesmas, sedangkan melalui hasil konfirmasi kepada provinsi DKI, bahwa puskesmas kelurahan tersebut bukanlah puskesmas yang seharusnya masuk kedalam data pusdatin. Karena puskesmas kelurahan mirip dengan puskesmas pembantu dengan level yang sedikit lebih tinggi. Dengan adanya perbedaan nomenklatur ini maka data di provinsi DKI Jakarta mencatat sudah 100% melaksanakan kegiatan kesehatan remaja (44 Puskesmas Kecamatan) namun ketika masuk ke sistem dipusat menjadi sebesar 13%. Terdapat 3 provinsi yang mencapai cakupan "0" (nol) hal ini disebabkan karena indikator ini belum semua kab./kota di provinsi tersebut memahami indikator baru.

**Faktor pendukung pencapaian cakupan puskesmas yang melaksanakan pelayanan kesehatan remaja.**

1. Perubahan kebijakan

Perubahan kebijakan dimana pada Renstra 2015-2019 penanganan kehalus menjadi hal yang prioritas dalam penurunan AKI dan AKB menempatkan periode remaja menjadi hal yang prioritas. Hal ini ditunjukkan dengan perubahan indikator kab./kota mampu PKPR (minimal 4 puskesmas) menjadi persentase puskesmas melaksanakan

kegiatan kesehatan remaja. Dengan masuknya indikator ini kedalam RPJMN dan Renstra 2015-2019, diharapkan akan berpengaruh pada ketersediaan dana dan komitmen pemerintah pusat dan daerah daerah untuk melaksanakan kegiatan ini.

2. Konsep metode pelatihan integrasi (PKPR, Penjaringan, Algoritma Kesehatan Remaja)

Konsep pelatihan integrasi disatu sisi membantu mempercepat pembangunan PKPR karena pelatihan dilakukan 1x secara serentak dan juga meringankan beban tugas para pemegang program di daerah yang memiliki keterbatasan anggaran dan SDM.

3. Terjalinnnya penggalangan dan atau penguatan kemitraan, dengan membangun kerjasama atau jejaring kerja.

Banyak LSM yang bergerak di bidang kesehatan remaja sehingga peluang kerjasama Kementerian Kesehatan dengan LSM. Salah satunya adalah NGO Pencerah Nusantara pada tahun 2014 melakukan studi kasus kegiatan mereka yang berjudul “Pemantik Kesadaran Masyarakat Indonesia Terhadap Kesehatan Remaja : Studi Kasus Program Laskar Pencerah di Kecamatan Tosari (Jawa Timur)”

4. Pelaporan Data

Setiap provinsi sudah memiliki penanggungjawab jelas yang bertugas mengolah dan mengirim data ke Pusat. Sehingga diharapkan pelaporan capaian berjalan dengan lancar dan tepat waktu.

**Faktor penghambat indikator puskesmas yang melaksanakan pelayanan kesehatan remaja.**

Capaian cakupan puskesmas yang melakukan pelayanan kesehatan remaja di tahun 2015 sebesar 30% dari target 25%. Namun tetap ada

beberapa faktor yang dirasa berpotensi menjadi penghambat indikator ini baik didalam pencapaian target maupun kualitas pelayanannya, yaitu :

1. Sosialisasi Perubahan indikator belum maksimal

Perubahan indikator pelayanan kesehatan remaja dari “Kabupaten/kota minimal memiliki 4 puskesmas mampu laksana Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja/PKPR” menjadi “persentase puskesmas yang menyelenggarakan kegiatan kesehatan remaja” memerlukan sosialisasi. Walaupun kegiatan sosialisasi sudah dilaksanakan kepada para pemegang program di daerah lewat berbagai macam pertemuan, namun agar informasi ini sampai ke tingkat kabupaten/ kota dan mulai komitmen dan pelaksanaannya membutuhkan waktu

2. Pemahaman tentang Metode HEEADSS rendah

HEEADSS adalah tehnik pengenalan kesehatan remaja yang diadaptasi dari Buku WHO Job Adolescent Aid. Namun pengetahuan metode HEEADSS dalam penatalaksanaan kasus remaja masih minim, karena tenaga kesehatan belum menyadari pentingnya melakukan konseling remaja sebagai ciri khas pelayanan kesehatan pada remaja. Dengan minimnya pemahaman ini, maka pelayanan yang ada masih perlu ditingkatkan kualitasnya.

3. APBD belum menyentuh pelayanan kesehatan remaja

Pembiayaan oleh Pemerintah Daerah melalui APBD belum menyentuh pelayanan kesehatan remaja. Padahal perilaku remaja yang beresiko erat kaitannya dengan terjadinya kematian ibu dan bayi. Kehamilan pada remaja tidak hanya berpengaruh terhadap kondisi fisik, mental dan sosial remaja, tetapi juga dapat meningkatkan risiko kematian bayi/balita, seperti yang ditunjukkan SDKI 2012 dimana kehamilan dan persalinan pada ibu dibawah umur

20 tahun memiliki kontribusi dalam tingginya *Neonatal Mortality Rate* (34/1000 KH), *Postnatal Mortality Rate* (16/1000 KH), *Infant Mortality Rate* (50/1000 KH) dan *Under-5 Mortality Rate* (61/1000 KH).

4. Jumlah remaja yang mengakses puskesmas rendah

Rendahnya jumlah remaja yang mengakses puskesmas (dikarenakan waktu pelayanan puskesmas bersamaan dengan jam sekolah dan stigma negatif yang dilekatkan pad remaja yang mengunjungi puskesmas, puskesmas dan rumah sakit belum maksimal dalam menerapkan konsep “pelayanan kesehatan ramah remaja”) merupakan salah satu alasan kepala puskesmas kurang antusias untuk mengadakan pelayanan keehatan remaja di puskesmas binaannya.

### C. Realisasi Anggaran

Pagu Alokasi anggaran APBN di Direktorat Bina Kesehatan Anak sebesar Rp. 121.017.768.000,-. dengan alokasi anggaran PHLN sebesar 3.829.711.000,- yang merupakan hibah langsung dari WHO dan UNICEF. Untuk mendukung pencapaian program di tingkat provinsi dan kab/kota, Direktorat Bina Kesehatan Anak meluncurkan APBN sejumlah Rp. Rp. 58.133.075.000,-. melalui mekanisme dekonsentrasi ke 34 provinsi. Secara umum pencapaian realisasi anggaran Direktorat Bina Kesehatan Anak tahun 2014 yaitu :

**Tabel 3. Realisasi Anggaran Kesehatan Anak Tahun 2015**

| Alokasi | Pagu Akhir Efisiensi dan Refokusing 2015 (Rp) | Realisasi (Rp) | % |
|---------|---|----------------|---|
|---------|---|----------------|---|

|                                      |                        |                         |              |
|--------------------------------------|------------------------|-------------------------|--------------|
| <b>APBN Pusat</b>                    | <b>117.188.057.000</b> | <b>56.624.757.831,-</b> | <b>51,2</b>  |
| <b>PHLN Pusat<br/>(WHO + UNICEF)</b> | <b>3.829.711.000,-</b> | <b>3,385,572,306</b>    | <b>88,4</b>  |
| <b>Jumlah</b>                        | <b>121.017.768.000</b> | <b>60.010.330.137,-</b> | <b>49,59</b> |
|                                      |                        |                         |              |
| <b>Dekonsentrasi</b>                 | <b>58.133.075.000</b>  | <b>39.515.408.894</b>   | <b>67,97</b> |

**Sumber Data : Data Evaluasi Direktorat Kesehatan Anak Tahun 2015**

Rendahnya realisasi anggaran dana Pusat ini disebabkan karena adanya dana pusat yang diblokir oleh DJA sebesar Rp 52. 104.882.000 dikarenakan kondisi keuangan negara namun masih dibebankan ke DIPA Direktorat Bina Kesehatan Anak TA 2015. Dana 52 Milyar ini direncanakan untuk pengadaan buku raport kesehatan ku dan UKS Kit. Telaahan terkait kronologis tidak terserapnya dana sebesar 52 M terlampir.

Pada akhir tahun, DIPA satker pusat mengalami revisi sebanyak 7 kali, revisi tersebut yaitu :

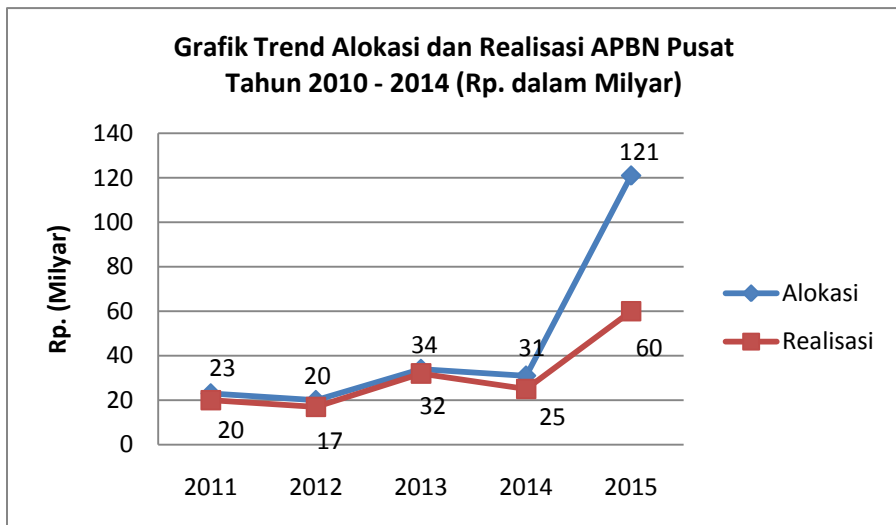
1. Penyesuaian paket meeting hotel menjadi paket meeting di fasilitas negara terkait surat edaran MENPAN dan RB No 10 tentang peningkatan efektifitas dan efisiensi kerja aparatur negara, dan revisi perubahan pejabat perbendaharaan (PP-SPM).
2. Pergeseran rincian anggaran dalam hal pagu anggaran tetap, pergeseran antar keluaran (Output), satu kegiatan dan satu satker dalam rangka memenuhi kebutuhan biaya operasional.
3. Penambahan anggaran dari penghematan anggaran perjalanan dinas (self-blocking) dan pemanfaatan kembali dana penghematan perjalanan dinas (refocusing) berdasarkan Inpres. RI. Nomor 2 Tahun 2015 tentang langkah-langkah penghematan dan pemanfaatan



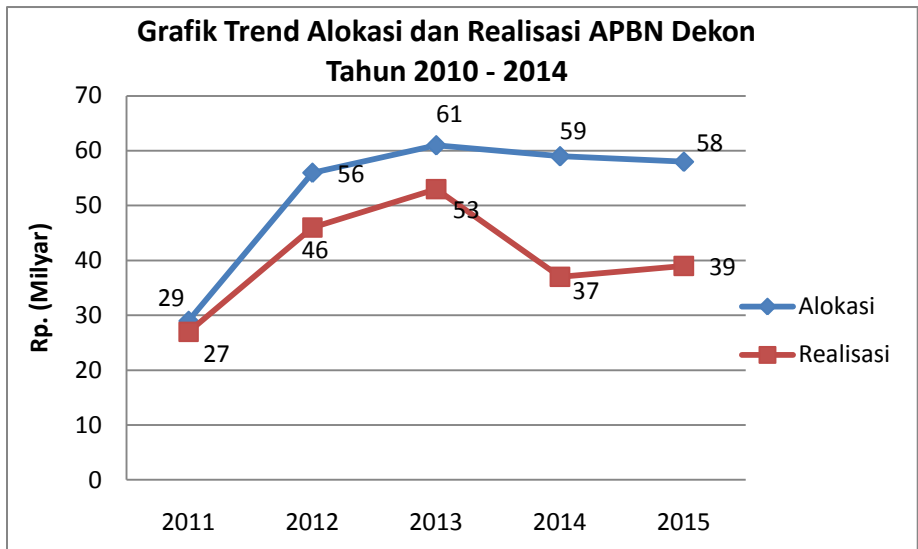
anggaran belanja perjalanan dinas dan meeting/konsinyering kementerian/lembaga dalam rangka pelaksanaan anggaran pendapatan dan belanja negara tahun anggaran 2015.

4. Penghapusan blokir atau catatan dalam halaman IV DIPA pada alokasi yang ditetapkan untuk mendanai kegiatan refocusing
5. Penambahan rincian anggaran yang disebabkan adanya pelaksanaan kegiatan yang dananya bersumber dari hibah langsung (UNICEF dan WHO) dalam bentuk uang

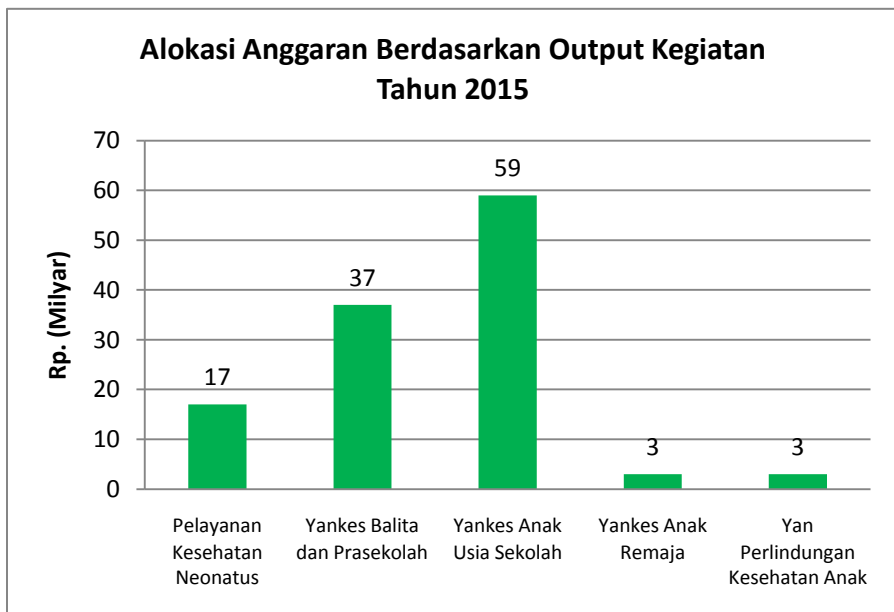
**Grafik 5. Trend Alokasi dan Realisasi APBN Pusat Tahun 2011 - 2015**



**Grafik. 6. Trend Alokasi dan Realisasi APBN Dekon Tahun 2011 - 2015**



**Grafik 7. Alokasi Anggaran Berdasarkan Indikator Renstra dan Tapja 2014**



## **BAB IV**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Direktorat Bina Kesehatan Anak telah melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan anak. Perencanaan program kesehatan anak, merupakan penjabaran dengan visi misi dan sasaran strategis kementerian kesehatan dan Direktorat Jenderal Gizi dan KIA. Mengacu kepada hal diatas, maka ditetapkan 4 indikator direktorat Bina Kesehatan Anak (Cakupan Kunjungan Neonatal Pertama, Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Kesehatan Peserta Didik Kelas 1, Puskesmas Melaksanakan Penjaringan Kesehatan Peserta Didik Kelas 7 & 10, Puskesmas Melaksanakan kegiatan kesehatan Remaja)

Semua indikator Renstra tahun 2015 dapat mencapai target. KN 1 dengan cakupan 81 % (target 75%), Puskesmas melaksanakan kegiatan penjaringan kesehatan peserta didik kelas 1 dengan cakupan 51 % (target 50%), Puskesmas melaksanakan kegiatan penjaringan kesehatan peserta didik kelas 7 &10 dengan cakupan 42% (target 35%), dan puskesmas melaksanakan kegiatan kesehatan remaja dengan cakupan 30% (target 25%).

Permasalahan yang ada didalam pencapaian indikator antara lain terkait pemahaman terhadap definisi operasional, komitmen pemerintah daerah didalam pelaksanaan program kesehatan anak, masih belum optimalnya pengitegrasian/ kerjasama program kesehatan anak terhadap lintas sektor dan lintas program, dan sistem pencatatan pelaporan beberapa daerah yang masih lemah

## **B. MASALAH PRIORITAS DAN RENCANA TINDAK LANJUT**

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

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

Disparitas ini berupa, adanya provinsi yang datanya tidak masuk kepusat. Bila ditelusur lagi sampai tingkat kabupaten/ kota. Masih banyak kabupaten/ kota yang belum tersosialisasikan indikator baru ini. Selain itu, kebijakan data melalui 1 pintu yang ternyata belum mengakomodir indikator baru menyebabkan aliran pengumpulan data tersebar dan terhambat.

#### **Rencana Tindak Lanjut**

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

### **2. Penjaringan Kesehatan yang masih belum optimal**

Berbagai faktor yang mempengaruhi cakupan ini, adapun masalah yang perlu ditindak lanjuti segera antara lain :

1. Masih belum optimalnya komitmen daerah didalam pelaksanaan penjaringan
2. Mekanisme sistem pencatatan dan pelaporan yang masih belum optimal, terutama bila lintas program dan lintas sector

### **C. Rencana Tindak Lanjut**

1. Penguatan advokasi peran penjangkaran didalam meningkatkan kualitas hidup anak
2. Penguatan koordinasi lintas program dan lintas sector didalam pelaksanaan penjangkaran dan pencatatan serta pelaporannya.