



# Laporan Kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat

TAHUN 2020

## KATA PENGANTAR



Puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan ridho-Nya, laporan kinerja di tahun 2020 dapat diselesaikan. Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat sebagai salah satu unit Eselon I di Kementerian Kesehatan RI memiliki kewajiban untuk melaksanakan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP). Salah satu komponen SAKIP adalah membuat Laporan Kinerja yang menggambarkan kinerja yang dicapai atas pelaksanaan program dan kegiatan yang menggunakan APBN.

Penyusunan laporan kinerja mengacu pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokasi (Permenpan) Nomor 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Laporan kinerja ini merupakan informasi kinerja yang terukur kepada pemberi mandat atas kinerja yang telah dan seharusnya dicapai selama satu tahun anggaran. Secara garis besar laporan berisi informasi tentang tugas dan fungsi organisasi; rencana kinerja dan capaian kinerja sesuai dengan Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024, disertai dengan faktor pendukung dan penghambat capaian, serta upaya tindak lanjut yang dilakukan. Dalam laporan kinerja ini juga menyertakan berbagai upaya perbaikan berkesinambungan yang telah dilakukan dalam lingkup Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, untuk meningkatkan kinerjanya pada masa mendatang.

Terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan buku ini, masukan dan saran membangun sangat kami harapkan untuk perbaikan dan penyempurnaan penyusunan laporan di tahun yang akan datang. Semoga laporan ini bermanfaat bagi kita semua dan dapat dijadikan bahan evaluasi untuk perbaikan dan pengembangan program di masa mendatang.

Jakarta, Januari 2021

Direktur Jenderal



dr. Kirana Pritasari, MQIH  
NIP 196404081990032001

## **IKHTISAR EKSEKUTIF**

Berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah dan dalam Peraturan Menteri Pedayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokasi dan dalam PermenPAN Nomor 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah, maka Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat menyusun laporan kinerja (LAKIP) sebagai bentuk pertanggungjawaban kinerja yang telah dilakukan pada tahun 2020.

Pembangunan kesehatan dilaksanakan dalam rangka mewujudkan masyarakat sehat yang dinilai melalui beberapa indikator pembangunan kesehatan. Sesuai kegiatan pada RPJMN 2020-2024, Program Kesehatan Masyarakat fokus pada penurunan angka kematian ibu, angka kematian bayi, prevalensi kekurangan gizi dan prevalensi stunting, yang kemudian diikuti dengan indikator-indikator lainnya.

Tahun 2020 merupakan tahun pertama dalam pelaksanaan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024. Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan antara realisasi kinerja dengan target kinerja dari masing-masing indikator kinerja yang telah ditetapkan dalam perjanjian kinerja. Melalui pengukuran kinerja diperoleh gambaran pencapaian masing-masing indikator, sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan kegiatan di masa yang akan datang agar setiap kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasil guna dan berdaya guna.

Laporan kinerja disusun berdasarkan capaian kinerja tahun 2020 sebagaimana yang sudah ditetapkan dalam dokumen penetapan kinerja yang terdiri dari Indikator Kerja Program (IKP). Sumber data dalam laporan ini diperoleh dari unit eselon II dan UPT di lingkup Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat tahun 2020.

Berdasarkan Perjanjian Kinerja tahun 2020 antara Menteri Kesehatan dengan Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat, Direktorat Jenderal

Kesehatan Masyarakat memiliki 4 ( empat ) Indikator Kinerja Program (IKP) dengan capaian sebagai berikut : (1) Persentase Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (PF) dengan capaian sebesar 81,18% dari target 87%, (2) Persentase Ibu Hamil Kurang Energi Kronik (KEK) sebesar 9,70% dari target 16%, (3) Peningkatan Desa Kelurahan dengan Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) sebesar 37,28% dari target 40%, (4) Persentase Kabupaten/ Kota yang Menerapkan Kebijakan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) sebesar 21% dari target 30%. Dari 4 IKP hanya 1 indikator yang melebihi target yang ditetapkan, yaitu Persentase Ibu Hamil KEK.

Realisasi anggaran di lingkup Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat meliputi anggaran dekonsentrasi, kantor pusat dan kantor daerah sebesar 97,09 % (*cut off* 21 Januari 2021). Serapan dana kantor pusat sebesar 97,52%; kantor daerah 96,63% dan dekonsentrasi 92,82%. Alokasi anggaran tersebut bertujuan untuk memastikan indikator tersebut berjalan sebagaimana mestinya mulai dari level kebijakan, standar, pedoman dan evaluasi. Tantangan dan masalah yang dihadapi dalam pelaksanaan program adalah adanya pandemi COVID-19. Pandemi menyebabkan terhambatnya pelayanan kesehatan di semua tingkatan. Salah satu antisipasi yang dilakukan adalah dengan melakukan perubahan/penyesuaian dalam teknis pelaksanaan program yang memenuhi protokol kesehatan.

Dalam rangka perbaikan ke depan, maka perlu disusun norma standar prosedur kegiatan dalam kondisi pandemi, penyesuaian rencana operasional program, dan pengawalan kegiatan agar sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan.

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
IKHTISAR EKSEKUTIF .....	ii
DAFTAR ISI .....	iv
DAFTAR TABEL.....	v
DAFTAR GRAFIK .....	vi
DAFTAR GAMBAR .....	vii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Maksud.....	2
C. Visi, Misi dan Strategi Organisasi.....	3
D. Tugas Pokok dan Fungsi .....	5
E. Potensi dan Permasalahan .....	6
BAB II PERENCANAAN KINERJA.....	9
A. Perjanjian Kinerja.....	9
B. Indikator Kinerja Program Kesehatan Masyarakat.....	10
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA .....	111
A. Capaian Kinerja Organisasi.....	111
B. Anggaran Program Kesehatan Masyarakat .....	44
BAB IV PENUTUP.....	56

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Indikator Kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Tahun 2020 ..	10
Tabel 2. Capaian Indikator Kinerja Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2020.....	11
Tabel 3. Target Indikator SBS Tahun 2020 – 2024 .....	29
Tabel 4. Capaian Indikator SBS Tahun 2020.....	29
Tabel 5. Pemotongan Alokasi program Kesmas Tahun 2020 .....	44
Tabel 6. Perubahan PAGU Kantor Pusat.....	47
Tabel 7. Perubahan PNBK Kantor Daerah.....	48
Tabel 8. Perubahan Pagu Pusat Terkait dengan Efisiensi .....	49
Tabel 9. Revisi Penambahan Dana Hibah .....	49
Tabel 10. Realisasi Anggaran Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2020 .....	50
Tabel 11. Realisasi Anggaran Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2020 .....	51
Tabel 12. Realisasi Dekonsentrasi di lingkungan Ditjen Kesehatan Masyarakat .....	52
Tabel 13. Realisasi Anggaran Program Kesehatan Masyarakat .....	54

## DAFTAR GRAFIK

Grafik 1. Cakupan Program Persalinan di Fasilitas Kesehatan .....	13
Grafik 2. Indikator Cakupan Persalinan di Fasilitas Kesehatan .....	14
Grafik 3. Cakupan Persalinan di Fasilitas Pelayanan .....	14
Grafik 4. Capaian Kinerja Cakupan Persalinan di Fasilitas .....	15
Grafik 5. Persentase Ibu Hamil KEK Tahun 2020 .....	22
Grafik 6. Persentase Desa Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) .....	31
Grafik 7. Grafik Target Dan Capaian Persentase Kabupaten/Kota Yang Menerapkan Kebijakan GERMAS Tahun 2020 – 2024 .....	40
Grafik 8. Capaian Kabupaten/Kota yang Menerapkan Kebijakan GERMAS.....	41
Grafik 9. Persentase Realisasi Dana Dekonsentrasi Program Kesmas Tahun 2020....	54

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Perjanjian Kinerja Ditjen Kesehatan Masyarakat .....	9
Gambar 2. Pelayanan Persalinan di Faskes .....	16
Gambar 3. Rumah Tunggu Kelahiran .....	17
Gambar 4. Pelaksanaan 3 Pilar STBM .....	34



### A. Latar Belakang

Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, senantiasa membangun akuntabilitas yang dilakukan melalui pengembangan dan penerapan sistem pertanggungjawaban yang tepat, jelas dan terukur. Diharapkan penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan kesehatan dapat berlangsung dengan bijaksana, transparan, akuntabel, efektif, dan efisien.

Menurut Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 prinsip-prinsip *good governance* sebagaimana dimaksud, merupakan upaya implementasi pengaturan pelayanan publik yang dapat disinergikan dengan asas pemerintahan yang baik, demi terpenuhinya standar pelayanan minimal yang disyaratkan agar dapat memenuhi harapan masyarakat, sehingga tercapai optimalisasi pelayanan publik yang berkualitas dan berhasil guna.

Sesuai dengan RPJMN 2020-2024, terdapat 7 agenda Pembangunan Nasional. Pada agenda ke 3 (tiga) Pembangunan Nasional diantaranya meningkatkan sumber daya manusia yang berkualitas dan berdaya saing, maka sektor kesehatan harus fokus untuk meningkatkan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta dengan penekanan pada penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*) dengan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif, dengan inovasi dan pemanfaatan teknologi. Strategi yang digunakan untuk mencapai hal tersebut adalah (1) Peningkatan kesehatan ibu, anak, KB dan kesehatan reproduksi; (2) Percepatan perbaikan gizi masyarakat; (3) Peningkatan pengendalian penyakit; (4) Penguatan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS), (5) Penguatan Sistem Kesehatan Pengawasan Obat dan Makanan.

Kegiatan pada Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 yang ditetapkan dengan Nomor 21 Tahun 2020 terkait dengan Program Kesehatan Masyarakat berfokus pada penurunan angka kematian ibu, angka kematian bayi, penurunan prevalensi stunting dan wasting pada balita, peningkatan GERMAS, dan kemudian diikuti dengan indikator lainnya.

Pertanggungjawaban pelaksanaan kebijakan dan kewenangan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan harus dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat atau rakyat sebagai pemegang kedaulatan tertinggi negara sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Akuntabilitas tersebut sebagai salah satunya yang diwujudkan dalam bentuk penyusunan laporan kinerja. Laporan kinerja ini akan memberikan gambaran pencapaian kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat dalam satu tahun anggaran beserta dengan hasil capaian indikator kinerja dari masing-masing unit satuan kerja yang ada di lingkungan Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat di tahun 2020.

Perjanjian kinerja yang ditandatangani Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat dengan Menteri Kesehatan terdiri dari 1 sasaran dan 4 indikator kinerja program, yaitu; persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (PF), persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK), persentase desa/kelurahan Stop Buang air besar Sembarangan (SBS), persentase Kabupaten/Kota yang menerapkan kebijakan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.

## **B. Maksud**

Penyusunan laporan kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat merupakan bentuk pertanggungjawaban kinerja pada tahun 2020 dalam mencapai target dan sasaran program seperti yang tertuang dalam rencana strategis, dan ditetapkan dalam dokumen penetapan kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat oleh pejabat yang bertanggungjawab.

## **C. Visi, Misi dan Strategi Organisasi**

### **1. Visi dan Misi**

“Terwujudnya Indonesia yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian Berlandaskan Gotong-royong”. Upaya untuk mewujudkan visi ini adalah melalui 7 misi pembangunan yaitu:

- a. Peningkatan Kualitas Manusia Indonesia;
- b. Penguatan Struktur Ekonomi yang Produktif, Mandiri dan Berdaya saing;
- c. Pembangunan yang Merata dan Berkeadilan;
- d. Mencapai Lingkungan Hidup yang Berkelanjutan;
- e. Memajukan Budaya yang Mencerminkan Kepribadian Bangsa;
- f. Penegakan Sistem Hukum yang Bebas Korupsi, Bermartabat, dan Terpercaya;
- g. Perlindungan bagi Segenap Bangsa dan Memberikan Rasa Aman pada Seluruh Warga.

### **2. Tujuan**

Tujuan dari penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah Ditjen Kesehatan Masyarakat Tahun 2020 adalah:

- a. Memberikan informasi kinerja yang terukur dari capaian Program Kesehatan Masyarakat yang telah dilakukan selama tahun 2020.
- b. Memberikan gambaran upaya perbaikan yang berkesinambungan untuk peningkatan kinerja Ditjen Kesehatan Masyarakat di tahun mendatang.

### **3. Strategi Pembangunan Kesehatan Masyarakat**

Kebijakan pembangunan kesehatan difokuskan pada penguatan upaya kesehatan dasar (*Primary Health Care*) yang berkualitas terutama melalui peningkatan jaminan kesehatan, peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang didukung dengan penguatan sistem kesehatan dan peningkatan pembiayaan

kesehatan. Strategi pembangunan kesehatan masyarakat tahun 2020-2024 meliputi:

- a. Meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak di fasilitas pelayanan kesehatan primer dan rujukan, penguatan sistem rujukan, penyediaan UTD/BDRS;
- b. Menyelesaikan masalah stunting dari akar permasalahannya, yaitu anemia pada remaja, anemia pada ibu hamil dan ibu hamil KEK serta mengefektifkan intervensi spesifik dan meningkatkan intervensi sensitif lintas sektor;
- c. Kemitraan dan pemberdayaan masyarakat serta kolaborasi dengan multisektor untuk mendukung Program Kesmas, terutama untuk lebih mengaktifkan Posyandu, Posbindu, Pos UKK, UKS, dan UKBM lainnya;
- d. Menjadikan GERMAS sebagai wahana untuk meningkatkan upaya promotif preventif dalam merubah perilaku hidup sehat masyarakat.

#### **4. Sasaran Ditjen Kesehatan Masyarakat**

Sasaran Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, adalah menurunnya angka kematian ibu, angka kematian bayi, penurunan prevalensi stunting dan wasting pada balita, meningkatnya GERMAS yang kemudian diikuti indikator-indikator lainnya.

#### **5. Indikator Kinerja**

Indikator Kinerja Ditjen Kesehatan Masyarakat yaitu:

- a. Persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (PF);
- b. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK);
- c. Persentase desa/kelurahan Stop Buang air besar Sembarangan (SBS);
- d. Persentase Kabupaten/Kota yang menerapkan kebijakan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.

#### **D. Tugas Pokok dan Fungsi**

Sesuai dengan Permenkes Nomor 25 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, mempunyai tugas menyelenggarakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan masyarakat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dalam melaksanakan tugas Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, menyelenggarakan fungsi:

1. Perumusan kebijakan di bidang peningkatan kesehatan keluarga, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olahraga, perbaikan gizi masyarakat, serta promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat;
2. Pelaksanaan kebijakan di bidang peningkatan kesehatan keluarga, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olahraga, perbaikan gizi masyarakat, serta promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat;
3. Penyusunan norma, standar, prosedur dan kriteria di bidang peningkatan kesehatan keluarga, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olahraga, perbaikan gizi masyarakat, serta promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat;
4. Pemberian bimbingan teknis dan supervisi di bidang peningkatan kesehatan keluarga, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olahraga, perbaikan gizi masyarakat, serta promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat;
5. Pelaksanaan evaluasi dan pelaporan di bidang peningkatan kesehatan keluarga, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja dan olahraga, perbaikan gizi masyarakat, serta promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat;
6. Pelaksanaan administrasi Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat; dan
7. Pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Menteri.

Fungsi tersebut dilaksanakan dengan susunan organisasi Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat yang terdiri atas:

1. Sekretariat Direktorat Jenderal;
2. Direktorat Kesehatan Keluarga;
3. Direktorat Kesehatan Lingkungan;
4. Direktorat Kesehatan Kerja dan Olahraga;
5. Direktorat Gizi Masyarakat; dan
6. Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Di samping direktorat teknis di pusat, Direktorat Jenderal Kesehatan masyarakat juga membina beberapa Unit Pelaksana Teknis (UPT) di daerah, antara lain:

1. Balai Kesehatan Olahraga Masyarakat (BKOM) Bandung;
2. Balai Kesehatan Tradisional Masyarakat (BKTM) Makassar;
3. Loka Kesehatan Tradisional Masyarakat (LKTm) Palembang.

## **E. Potensi dan Permasalahan**

Potensi dan permasalahan dalam pelaksanaan proses pembangunan kesehatan akan menjadi masukan dalam menentukan arah kebijakan dan strategi ke depan. Berikut adalah analisis SWOT (*Strength/Kekuatan, Weakness/Kelemahan, Opportunity/Peluang, dan Threat/Ancaman*) dalam pelaksanaan Program Kesehatan Masyarakat :

1. Kekuatan (*strength*) dalam Program Kesehatan Masyarakat diantaranya:
  - a. Komitmen tinggi dalam pencapaian program prioritas nasional;
  - b. Pembiayaan semakin meningkat;
  - c. Regulasi sudah mendukung Program Kesehatan Masyarakat;
  - d. Pemanfaatan informasi dan teknologi meluas;
  - e. Selama 5 tahun berturut turut mendapatkan WTP;
  - f. Tersedianya NSPK yang mendukung Program Kesehatan Masyarakat.

2. Kelemahan (*weakness*) dalam Program Kesehatan Masyarakat, diantaranya:
  - a. Distribusi dan kompetensi SDM belum merata dan memadai;
  - b. Kurang optimalnya penyerapan anggaran;
  - c. Keterbatasan sarana dan prasarana;
  - d. Kurangnya pelatihan SDM;
  - e. Beban kerja yang berlebihan;
  - f. Lemah dalam kepatuhan pada standar program;
  - g. Pemantauan program belum memadai;
  - h. Belum terintegrasinya sistem informasi Kesehatan;
  - i. Perencanaan internal program belum optimal;
  - j. NSPK belum sinkron.
  
3. Kesempatan (*opportunity*) dalam Program Kesehatan Masyarakat, diantaranya:
  - a. Dukungan lintas sektor/Kementerian/Lembaga;
  - b. Pengelolaan anggaran sudah semakin efektif, efisien dan transparan
  - c. Komitmen global bidang Kesehatan;
  - d. Otonomi daerah;
  - e. Kebijakan SPM daerah;
  - f. Meningkatnya inovasi program kesehatan di daerah;
  - g. Tersedianya dana untuk kesehatan dari lintas sektor (dana desa);
  - h. Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan semakin meningkat.
  
4. Ancaman (*threat*) dalam Program Kesehatan Masyarakat, diantaranya:
  - a. Masih tingginya kematian ibu, bayi dan masalah gizi;
  - b. Pergeseran gaya hidup;
  - c. Pergeseran pola penyakit;
  - d. Tingginya ego program dan ego sektor;
  - e. Perencanaan program pusat dan daerah belum sinkron;

- f. Pemanfaatan dana operasional kesehatan masih fokus pada kuratif;
- g. Sistem pengelolaan keuangan daerah yang rumit;
- h. Kebijakan kepala daerah yang belum mendukung prioritas nasional Kesehatan;
- i. Fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia belum berkualitas;
- j. Rendahnya perilaku masyarakat hidup sehat;
- k. Ancaman wabah.



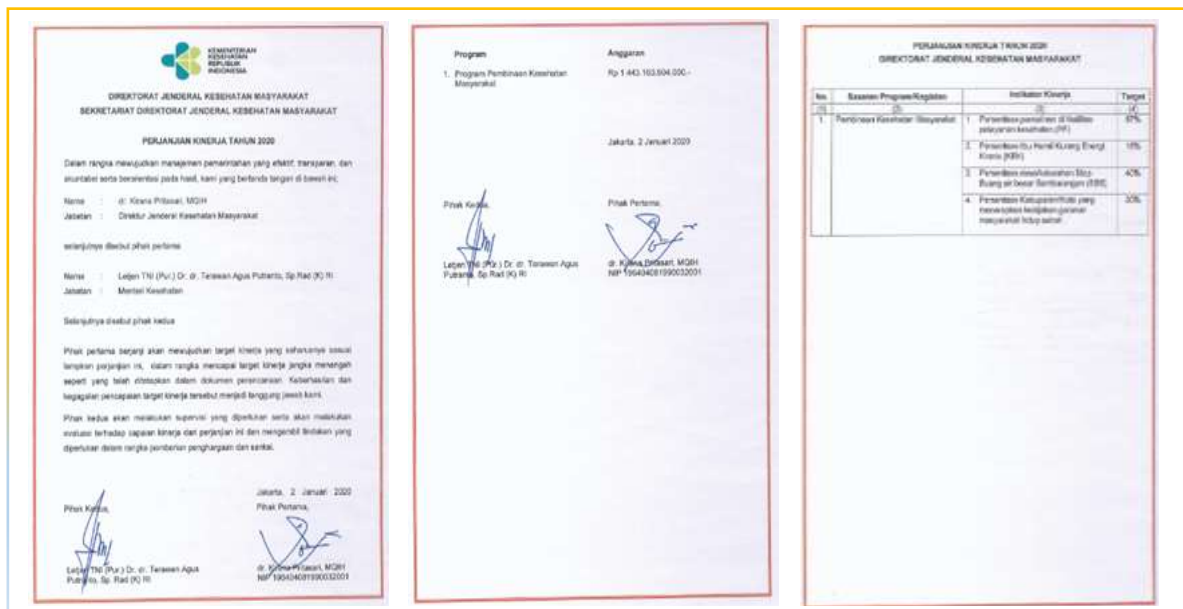
## BAB II PERENCANAAN KINERJA

### A. Perjanjian Kinerja

Perjanjian kinerja Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat telah ditetapkan pada tanggal 2 Januari 2020, di dalam dokumen penetapan kinerja tersebut memuat dokumen pernyataan kinerja/perjanjian kinerja antara atasan dan bawahan untuk mewujudkan target kinerja tertentu dan dengan didukung sumber daya yang tersedia.

Indikator dan target kinerja yang telah ditetapkan menjadi kesepakatan yang mengikat untuk dilaksanakan dan dipertanggungjawabkan sebagai upaya mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat Indonesia. Perjanjian penetapan kinerja tahun 2020 yang telah ditandatangani oleh Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat dan Menteri Kesehatan berisi Indikator Kinerja Program Kesehatan Masyarakat.

Gambar 1. Perjanjian Kinerja Ditjen Kesehatan Masyarakat



## B. Indikator Kinerja Program (IKP) Kesehatan Masyarakat

Untuk mengukur keberhasilan kinerja Program Kesehatan Masyarakat, telah ditetapkan 4 (empat) IKP, yang dianggap sensitif dalam memberikan gambaran Program Kesehatan Masyarakat secara menyeluruh. Indikator tersebut adalah :

1. Persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (PF);
2. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK).
3. Persentase desa/kelurahan Stop Buang air besar Sembarangan (SBS).
4. Persentase Kabupaten/Kota yang menerapkan kebijakan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.

Tabel 1. Target Indikator Kinerja Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2020

Sasaran	Indikator	Target 2020
Meningkatnya ketersediaan dan Keterjangkauan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi seluruh masyarakat	1. Persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan (PF)	87
	2. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK)	16
	3. Persentase desa/ kelurahan Stop Buang air besar Sembarang (SBS)	40
	4. Persentase Kabupaten/ Kota yang menerapkan kebijakan gerakan masyarakat hidup sehat	30

## BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

### A. Capaian Kinerja Organisasi

Tahun 2020 merupakan tahun pertama dalam pelaksanaan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024. Pengukuran capaian kinerja organisasi dilakukan dengan membandingkan target dari masing – masing Indikator Kinerja Program yang tercantum dalam Perjanjian Kinerja. Melalui pengukuran kinerja diperoleh gambaran pencapaian masing-masing indikator, sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan kegiatan di masa yang akan datang agar setiap kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasil guna dan berdaya guna. Capaian Indikator Kinerja Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2020 dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 2. Capaian Indikator Kinerja Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2020

Sasaran	Indikator	Target Indikator	Ralisasi Indikator	Capaian Kinerja
<b>Meningkatnya ketersediaan dan Keterjangkauan pelayanan kesehatan yang bermutu bagi seluruh masyarakat</b>	Persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan (PF)	87%	81,18%	93,31%
	Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK)	16%	9.7%	164.95%
	Persentase Desa/Kelurahan dengan Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS)	40%	37,28%	93,20%
	Persentase Kabupaten/Kota yang menerapkan kebijakan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat	30%	21 %	70 %

Indikator persentase Bumil KEK merupakan indikator negatif, dimana target capaian yang diharapkan di bawah angka yang ditentukan.

Dari empat indikator kinerja Program Kesehatan Masyarakat terdapat satu indikator yang mencapai/melebihi target yang ditetapkan sedangkan tiga indikator tidak mencapai target yang ditetapkan. Gambaran atas keberhasilan dan hambatan atas pencapaian indikator kinerja Program Kesehatan Masyarakat pada tahun 2020 dijelaskan pada empat indikator di bawah ini:

**a. Persentase ibu bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan (PF)**

Persalinan di fasilitas kesehatan (PF) merupakan upaya mendorong ibu bersalin untuk bersalin di fasilitas kesehatan. Dengan melakukan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan, diharapkan setiap ibu bersalin mendapatkan pelayanan sesuai standar, serta mendapatkan penanganan yang adekuat jika terjadi kegawatdaruratan, sehingga dapat mencegah kematian ibu dan bayi.

Cakupan persalinan di fasilitas kesehatan merupakan indikator Renstra sebagai pengembangan pada tahun 2017 dari indikator persalinan oleh tenaga kesehatan, sebagai upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan ibu bersalin.

Definisi operasional persalinan di fasilitas kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Ibu bersalin yang mendapatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah Ibu bersalin yang mendapatkan pertolongan persalinan oleh penolong persalinan oleh tim minimal 2 (dua) orang terdiri dari dokter dan bidan, atau, 2 orang bidan, atau bidan dan perawat;
2. Fasilitas pelayanan kesehatan sesuai standar adalah Puskesmas, jejaring dan jaringannya serta Rumah Sakit sesuai standar persalinan antara lain:
  - a. Standar persalinan normal mengacu pada Asuhan Persalinan Normal (APN);

b. Standar persalinan komplikasi mengacu pada Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan.

3. Pada Kurun waktu tertentu adalah kurun waktu pelaporan (1 bulan, 3 bulan, 1 tahun)

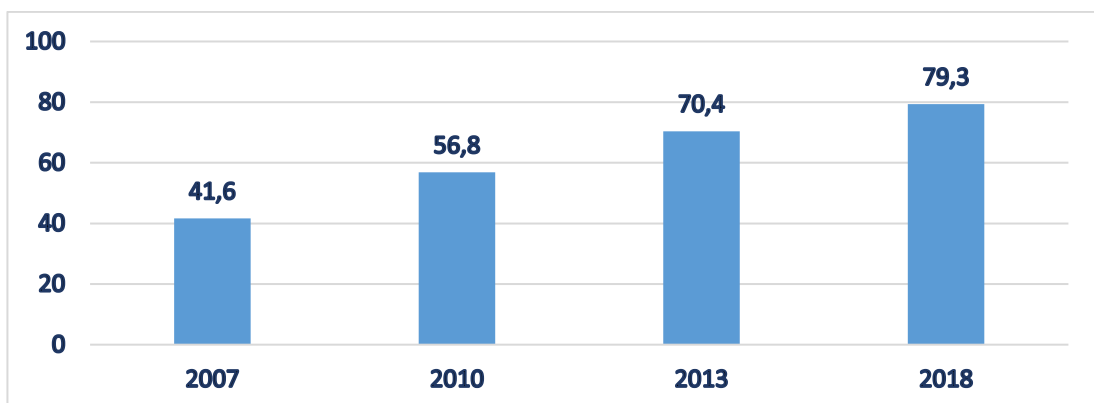
**Rumus perhitungan indikator:**

<b>Cakupan Persalinan di Fasilitas Kesehatan (PF)</b>	=	$\frac{\text{Jumlah Ibu yang mendapat pertolongan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan}}{\text{Jumlah Sasaran Ibu Hamil}} \times 100 \%$
---	---	---

**Analisa Capaian Kinerja**

Cakupan pelayanan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan Riskesdas menunjukkan kecenderungan peningkatan dari tahun ke tahun. Berdasarkan data Riskesdas 2007, cakupan pelayanan persalinan di fasilitas kesehatan menunjukkan angka sebesar 41,6%, tahun 2010 sebesar 56,8%, pada tahun 2013 sebesar 70,4% dan pada tahun 2018 sebesar 79,3%. Meskipun secara nasional trend cakupan PF menunjukkan kecenderungan yang meningkat, masih terdapat kesenjangan capaian antar wilayah di Indonesia.

Grafik 1. Cakupan Program Persalinan di Fasilitas Kesehatan menurut Riskesdas

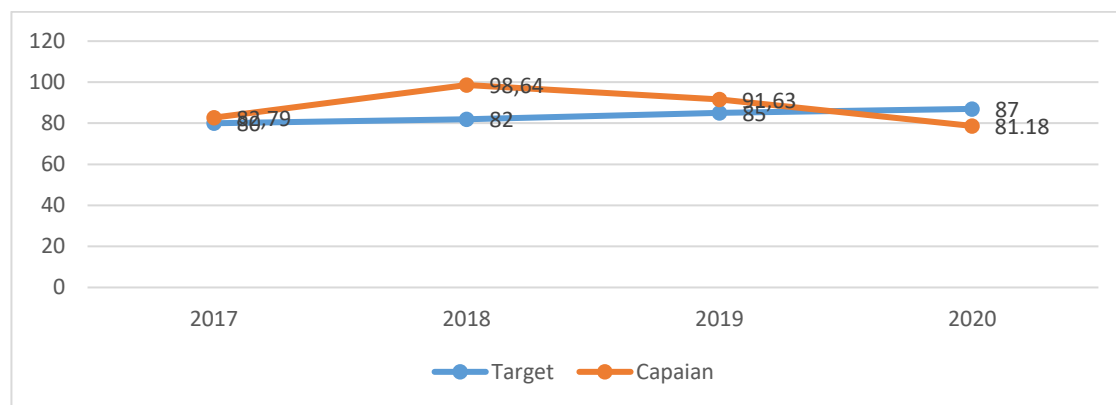


Sumber: Riset Kesehatan Dasar

Berdasarkan data rutin, Cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan dari tahun 2017 sampai dengan tahun 2019 terus melampaui target, walaupun pada tahun 2019 menurun dibandingkan tahun 2018. Demikian juga pada tahun 2020 menunjukkan penurunan.

Kecenderungan cakupan indikator Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dapat dilihat dalam grafik berikut.

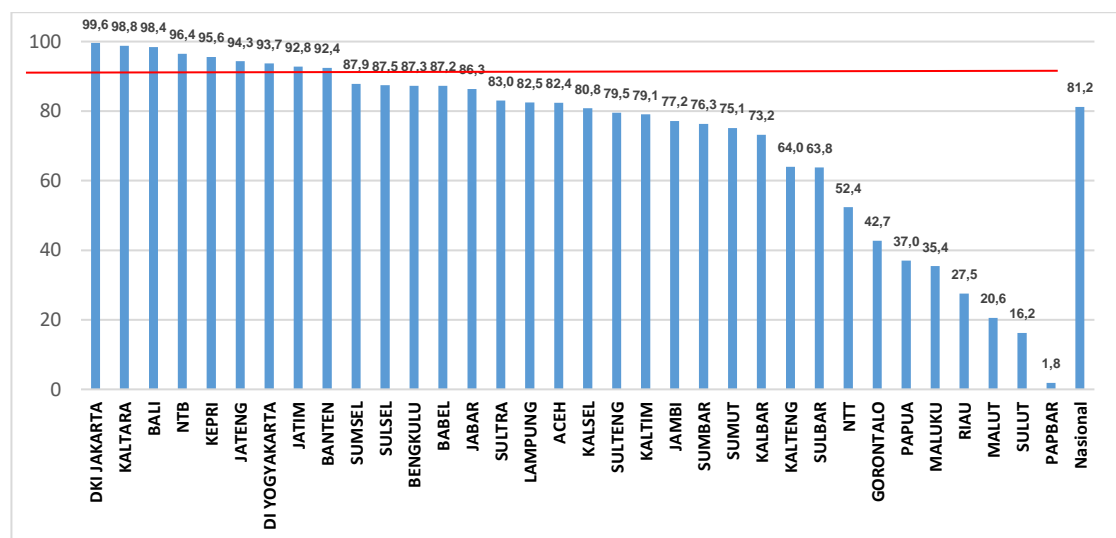
Grafik 2. Indikator Cakupan Persalinan di Fasilitas Kesehatan



Sumber: Komdat Kesmas Tahun 2020 per 19 Januari 2021

Cakupan Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan pada tahun 2020 menurut provinsi dapat dilihat pada grafik berikut.

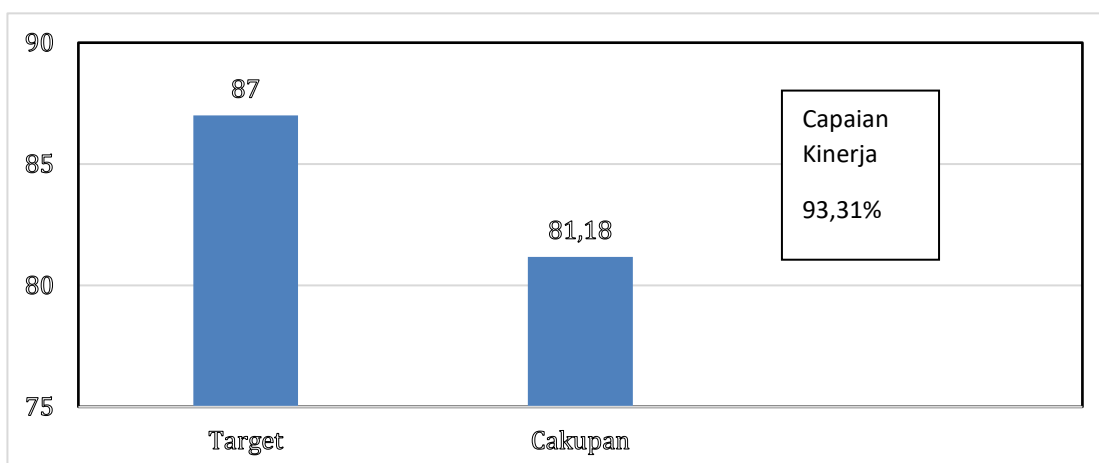
Grafik 3. Cakupan Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tahun 2020



Sumber: Data Komdat Kesmas Tahun 2020 per 19 Januari 2021

Meskipun secara nasional indikator pelayanan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan belum mencapai target, tetapi ada 13 provinsi yang mampu mencapai target. Dari 21 provinsi yang belum mencapai target yaitu 6 provinsi diantaranya memiliki cakupan di bawah 40%, yaitu Papua, Maluku, Riau, Maluku Utara, Sulawesi Utara dan Papua Barat. Dengan target indikator kinerja pada tahun 2020 sebesar 87% dan cakupan indikator 81,18%, maka capaian kinerja indikator pelayanan persalinan di fasilitas kesehatan tahun 2020 adalah 93,31%.

Grafik 4. Capaian Kinerja Cakupan Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan



Tidak tercapainya target Persentase Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan pada tahun 2020 sebagai dampak pandemi COVID-19 yang sangat berdampak terganggunya pelayanan di berbagai bidang, termasuk pelayanan kesehatan. Pandemi COVID-19 menyebabkan pelayanan kesehatan dikerahkan untuk fokus menangani dampak ini, di samping banyak tenaga kesehatan terpapar virus COVID-19 mengakibatkan ditutupnya beberapa fasilitas kesehatan. Pembatasan kegiatan masyarakat di beberapa wilayah (PSBB) juga berdampak semakin terhambatnya kontak masyarakat, khususnya ibu bersalin pada tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan. Adanya kebijakan untuk melakukan skrining status COVID-19 pada H-7 sebelum

perkiraan persalinan juga semakin menambah kekhawatiran/keengganan masyarakat untuk kontak/berkunjung ke fasilitas kesehatan.

Kondisi tersebut di atas berdampak pada menurunnya Persentase persalinan di fasilitas kesehatan, di samping kurangnya komitmen untuk melaporkan secara tepat waktu. Solusi yang dilaksanakan untuk pelayanan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan di masa pandemi adalah dengan:

- 1) Memodifikasi pelayanan dengan mengoptimalkan janji temu di fasyankes atau layanan non tatap muka (telekonsultasi, kunjungan virtual, dan lain-lain).
- 2) Melakukan inovasi terkait ketercapaian program dengan tetap memperhatikan protokol kesehatan.
- 3) Penguatan dan peningkatan pemanfaatan sistem informasi dan pelaporan komdat data yang membantu pelaksanaan pelaporan program.

Gambar 2. Pelayanan Persalinan di Faskes





## Faktor Pendukung

Faktor yang mendukung pencapaian indikator di tingkat nasional antara lain:

- 1) Ketersediaan dana jampersal yang telah diluncurkan sejak tahun 2016. Ibu hamil yang memiliki kendala akses, pada saat menjelang hari taksiran persalinan diupayakan sudah berada di dekat fasilitas pelayanan kesehatan. Untuk itu, Direktorat Kesehatan Keluarga mendorong penyediaan Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) sebagai tempat tinggal sementara bagi ibu hamil. mendekatkan akses ibu hamil ke fasilitas kesehatan melalui pembiayaan transportasi dan sewa RTK;
- 2) Keberlanjutan pelayanan kesehatan ibu dan anak sejak masa kehamilan, yang mendukung persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan, seperti Kunjungan antenatal empat kali (K4), Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), Kelas ibu hamil dan lainnya;
- 3) Ketersediaan regulasi terkait kesehatan ibu, yang antara lain Permenkes no. 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual;
- 4) Peningkatan pengetahuan, peran, dan dukungan keluarga dan masyarakat melalui kegiatan kelas ibu hamil dan P4K, dan distribusi buku KIA, sebagai sarana pencatatan pelayanan kesehatan dan media KIE kesehatan ibu dan anak untuk ibu dan keluarga sampai ke masyarakat;

Gambar 3. Rumah Tunggu Kelahiran



- 5) Peningkatan kompetensi tenaga kesehatan (Dokter, Bidan dan Perawat) dalam pelayanan kesehatan maternal dan neonatal, khususnya penanganan kegawat daruratan, melalui Pelatihan Penanganan Kegawat Daruratan Maternal dan Neonatal;
- 6) Ketersediaan dana Dekon, BOK yang dapat dimanfaatkan dalam pelayanan persalinan;
- 7) Intervensi pada keluarga melalui kegiatan Program Indonesia Sehat melalui Pendekatan Keluarga (PIS-PK);
- 8) Penunjukkan 120 Kab/Kota Lokus Penurunan AKI dan AKB pada tahun 2020, dan melakukan intervensi kegiatan pada kab/kota lokus tersebut, yaitu peningkatan kapasitas dokter umum dalam pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi dengan menggunakan metode *Blended Learning*, pendampingan RSUD kab/Kota lokus dalam Pelayanan KIA dan Pemulihan layanan KIA sebagai dampak dari pandemi COVID-19;
- 9) Meningkatkan dukungan dan komitmen Lintas sektor dan lintas program, seperti Pemda dalam pencapaian SPM Bidang Kesehatan, termasuk organisasi profesi di dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak.

### **Faktor Penghambat**

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

- 1) Kurangnya kepatuhan Puskesmas dalam melaporkan cakupan pelayanan tepat waktu;
- 2) Distribusi ketersediaan tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan yang siap memberikan pelayanan persalinan 24 jam belum merata, terutama di daerah-daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan;
- 3) Pemanfaatan dana Non Kapitasi JKN dan dana Jampersal, termasuk Rumah Tunggu Kelahiran yang kurang optimal;

- 4) Tidak semua fasilitas pelayanan kesehatan swasta yang memberikan layanan persalinan bekerjasama dengan BPJS, sehingga tidak dapat melayani ibu peserta JKN;
- 5) Beberapa fasilitas pelayanan Kesehatan (terutama FKRTL) mewajibkan ibu bersalin melakukan skrining COVID-19, namun mekanisme pembiayaan belum jelas, sehingga ibu bersalin harus mengeluarkan dana pribadi (*out of pocket*) yang lebih banyak;
- 6) Lembar pernyataan 'Menyambut Persalinan' di dalam Buku KIA yang mencantumkan tempat persalinan yang direncanakan tidak dipatuhi oleh keluarga;
- 7) Faktor Sosial Budaya di kelompok masyarakat tertentu, termasuk peran Perempuan atau Ibu hamil dalam pengambilan keputusan yang masih rendah serta masih kuatnya kepercayaan sebagian masyarakat dengan dukun/paraji, sehingga persalinan tidak di fasilitas kesehatan;
- 8) Kondisi Ekonomi keluarga/masyarakat masih rendah, sehingga membuat masyarakat ragu untuk datang ke fasyankes.

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

Status gizi ibu hamil merupakan salah satu faktor penentu dari kondisi bayi yang dilahirkan. Ibu hamil yang mengalami masalah gizi memiliki risiko tinggi untuk melahirkan bayi dengan berat lahir rendah serta meningkatkan risiko kematian, baik pada ibu maupun bayi yang dilahirkan. Kondisi ibu hamil KEK berisiko menurunkan kekuatan otot yang membantu proses persalinan, sehingga dapat mengakibatkan terjadinya kematian janin (keguguran), prematur, lahir cacat, bayi berat lahir rendah (BBLR) bahkan kematian bayi. Ibu hamil dengan risiko KEK dapat mengganggu tumbuh kembang janin, yaitu pertumbuhan fisik (*stunting*), otak dan metabolisme yang menyebabkan penyakit menular di usia dewasa.

Kekurangan energi kronik (KEK) adalah masalah gizi kurang yang dialami oleh ibu hamil disebabkan oleh kekurangan asupan makanan

dalam waktu yang cukup lama. Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2017 menunjukkan bahwa sekitar 14,8% ibu hamil di Indonesia mengalami kekurangan asupan energi karena tingkat kecukupan energinya kurang dari 70% angka kecukupan energi (AKE). Sementara proporsi ibu hamil dengan tingkat kecukupan protein kurang dari 80% angka kecukupan protein (AKP) juga cukup tinggi, yaitu sekitar 51,9%, yang berarti separuh ibu hamil di Indonesia mengalami defisit protein.

Kurangnya asupan energi yang berasal dari zat gizi makro (karbohidrat, protein dan lemak) maupun zat gizi mikro terutama vitamin A, vitamin D, asam folat, zat besi, seng, kalsium dan iodium serta zat gizi mikro lain pada wanita usia subur yang berkelanjutan (remaja sampai masa kehamilan), mengakibatkan terjadinya kurang energi kronik (KEK) pada masa kehamilan. Umumnya kondisi tersebut diawali dengan kejadian 'risiko' KEK yang ditandai oleh rendahnya cadangan energi dalam jangka waktu cukup lama dan dapat diukur dengan lingkaran lengan atas (LiLA).

Masalah ibu hamil KEK merupakan salah satu fokus perhatian dan menjadi salah satu indikator kinerja program Kementerian Kesehatan, karena berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2015, proporsi risiko KEK pada wanita usia subur hamil masih cukup tinggi yaitu sebesar 17,3%. Indikator persentase ibu hamil KEK diharapkan turun sebesar 1,5% setiap tahunnya. Pada awal periode tahun 2020, persentase ibu hamil KEK ditargetkan tidak melebihi 16%, dan diharapkan di akhir periode pada tahun 2024, maksimal ibu hamil dengan risiko KEK adalah sebesar 10%. Dasar penetapan persentase bumil KEK mengacu kepada hasil Riskesdas tahun 2018.

### **Definisi operasional**

Ibu hamil dengan risiko Kurang Energi Kronik (KEK) yang ditandai dengan ukuran Lingkaran Lengan Atas (LiLA) kurang dari 23,5 cm.

### **Rumus perhitungan indikator**

Persentase ibu hamil kurang energi kronik dihitung dengan formulasi sebagai berikut:

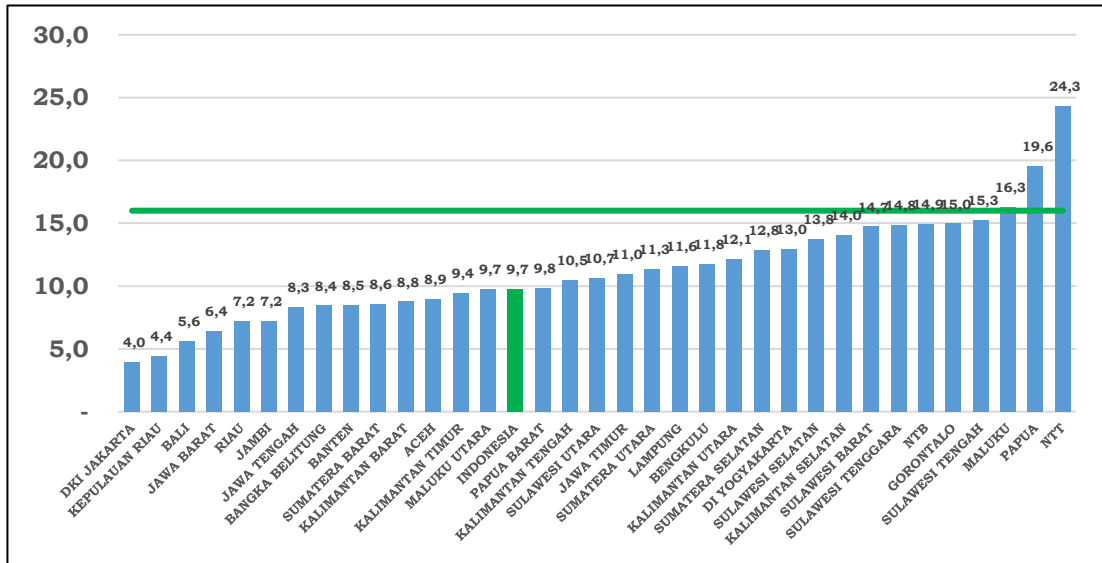
$$\begin{aligned} & \text{Persentase Ibu Hamil Risiko KEK} \\ & = \frac{\text{Jumlah Ibu hamil risiko KEK}}{\text{Jumlah Ibu hamil yang diukur LiLA}} \times 100\% \end{aligned}$$

### **Analisa target dan capaian serta Penyajian Data**

Gizi ibu hamil merupakan salah satu fokus perhatian kegiatan perbaikan gizi masyarakat karena dampaknya yang signifikan terhadap kondisi janin yang dikandungnya. Masalah gizi yang sering ditemui pada ibu hamil adalah masalah kurang energi kronik (KEK). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan prevalensi risiko KEK pada ibu hamil (15-49 tahun) masih cukup tinggi, yaitu sebesar 17,3%. Persentase ibu hamil KEK diharapkan dapat turun sebesar 1,5% setiap tahunnya.

Berdasarkan sumber data laporan rutin tahun 2020 yang terkumpul dari 32 provinsi menunjukkan persentase ibu hamil dengan risiko KEK sebesar 9,70% sementara target tahun 2020 adalah 16%, sehingga kinerja yang dihasilkan adalah 164,95 %. Kondisi tersebut menggambarkan bahwa pencapaian target ibu hamil KEK tahun ini telah melampaui target Renstra Kemenkes tahun 2020. Data ini masih terus *diupdate* karena belum semua sasaran dan provinsi menginput data sasaran ibu hamil. Namun jika kondisi tersebut dibandingkan dengan ambang batas kesehatan masyarakat menurut Badan Kesehatan Dunia (WHO, 2010) untuk ibu hamil dengan risiko KEK, maka Indonesia masih masuk pada negara yang memiliki masalah kesehatan masyarakat kategori sedang (10 – 19%).

Grafik 5. Persentase Ibu Hamil KEK Tahun 2020



Grafik di atas menunjukkan bahwa hanya 2 provinsi yang persentase ibu hamil KEK nya masih di atas 16%, sementara 32 provinsi lainnya sudah mencapai target yang diharapkan. DKI Jakarta adalah provinsi dengan persentase Ibu Hamil KEK yang paling rendah, yaitu 4.0% sedangkan provinsi dengan persentase Ibu Hamil KEK tertinggi (tidak mencapai target) adalah Papua dan Nusa Tenggara Timur.

### Faktor penghambat

- a. Tingkat kepatuhan dalam melaporkan capaian indikator ibu hamil KEK secara rutin setiap bulan masih rendah. Hal ini terjadi karena proses pelaporan yang lambat dari mulai tingkat posyandu sampai tingkat provinsi dan masih ditemukan beberapa provinsi yang belum melakukan pelaporan, dalam hal IKP Bumil KEK ini, yaitu Provinsi Jawa Barat dan Papua Barat.
- b. Ketersediaan dan kualitas SDM:
  - Ketidakmerataan distribusi tenaga gizi di satu kabupaten/kota, dimana satu Puskesmas bisa terdapat lebih dari 1 tenaga gizi dan satu puskesmas lainnya tidak terdapat tenaga gizi;
  - Tenaga gizi di Puskesmas kerap kali tidak memiliki latar belakang pendidikan gizi, sehingga kondisi ini selain menjadi salah satu kendala dalam menyediakan pelayanan gizi yang berkualitas bagi

masyarakat juga menghambat proses pelaporan capaian kegiatan gizi;

- Tenaga gizi di Puskesmas seringkali merangkap pekerjaan administrasi dan keuangan, sehingga tidak maksimal dalam mengerjakan pekerjaan utamanya.
- c. Berdasarkan Riskesdas 2018, masih tingginya prevalensi Ibu hamil KEK pada WUS usia 15 – 19 tahun dan 20 – 24 tahun (33.5% dan 23.3%). Kehamilan di usia dini dapat meningkatkan risiko kekurangan gizi dikarenakan pada usia remaja masih terjadi pertumbuhan fisik.
- d. Prevalensi KEK pada remaja putri (usia 15 – 19 tahun) sebesar 36,3%. KEK pada kelompok remaja memiliki risiko tinggi untuk mengalami KEK pada masa kehamilan. Seperti diketahui bahwa KEK terjadi karena kurangnya asupan makanan dalam jangka waktu yang lama.
- e. Pengetahuan tentang asupan makanan bergizi untuk ibu hamil serta budaya yang melestarikan pantangan makanan tertentu bagi ibu hamil masih menjadi kendala. Budaya yang berlaku di beberapa daerah, makanan yang dipantang adalah makanan yang bergizi tinggi seperti ikan dan telur.
- f. Berdasarkan laporan rutin Direktorat Kesehatan Keluarga, jumlah ibu hamil yang memperoleh pelayanan antenatal ke empat sesuai standar (K4) baru mencapai 58,98% dengan target 2020, yaitu 80%.
- g. Adanya pandemi COVID-19 sejak awal tahun 2020 hingga saat ini serta kebijakan PSBB dan sebagainya yang menyebabkan terjadinya perubahan dan penyesuaian pada sistem pelayanan kesehatan termasuk akses ke pelayanan kesehatan.

### **Faktor keberhasilan**

- a. Dukungan kebijakan yang responsif terhadap perubahan yang terjadi. Termasuk situasi pandemi yang melanda dunia termasuk Indonesia pada awal tahun 2020:

- Surat Edaran Dirjen Kesmas Nomor: HK.02.02/V/393/2020 tentang Pelayanan Gizi dalam Pandemi COVID-19;
  - Direktorat Gizi Masyarakat menyusun Buku Pedoman Pelayanan Gizi pada Masa Pandemi dan beberapa pedoman pelaksanaan intervensi gizi dalam konteks situasi pandemi. Pedoman-pedoman tersebut dapat digunakan sebagai acuan bagi petugas gizi di daerah untuk melakukan modifikasi layanan gizi pada masa pandemi. Hasil survei cepat Dampak Pandemi terhadap Pelayanan Gizi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang dilakukan oleh Direktorat Gizi Masyarakat dan UNICEF menunjukkan bahwa sekitar 56.6% puskesmas yang menjadi responden (2296 puskesmas) melakukan modifikasi layanan gizi dengan mengintegrasikan pemberian makanan tambahan ibu hamil dengan pemberian TTD pada ibu hamil.
- b. Penguatan surveilans gizi dengan meningkatkan deteksi dini masalah gizi pada ibu hamil, sehingga dapat segera ditindaklanjuti dengan pelayanan gizi yang dibutuhkan untuk memperbaiki kondisi gizi ibu hamil tersebut.
  - c. Integrasi kegiatan dengan lintas program untuk meningkatkan kualitas dan cakupan pelayanan gizi pada ibu hamil termasuk ibu hamil pekerja. Gerakan Pekerja Perempuan Sehat Produktif (GP2SP) adalah upaya pemerintah, masyarakat maupun pengusaha untuk menggalang dan berperan serta, guna meningkatkan kepedulian dalam upaya memperbaiki kesehatan dan status gizi pekerja perempuan, sehingga dapat meningkatkan produktivitas kerja dan meningkatkan kualitas generasi penerus. Kegiatan utama GP2SP diantaranya adalah perusahaan menyediakan ruang ASI, mengadakan kelas ibu hamil, cek kesehatan secara berkala dan memperhatikan gizi pekerja hamil dan menyusui di tempat kerja. Pada tahun 2018, dari 3.041 perusahaan dengan pekerja perempuan lebih dari 100 orang, sudah sekitar 448 (14,7%), naik



sekitar 2% dari tahun sebelumnya, perusahaan yang sudah melaksanakan GP2SP.

- d. Dukungan intervensi gizi sensitif seperti Program Keluarga Harapan, yaitu program bantuan tunai bersyarat dari Kementerian Sosial yang menyasar keluarga yang memiliki ibu hamil, balita dan anak sekolah. Program ini memasukkan indikator pemeriksaan kehamilan sebagai salah satu syarat bagi keluarga agar dapat terus menerima bantuan ini.

### **Kegiatan-kegiatan**

- a. Pemberian makanan tambahan untuk ibu hamil KEK bertujuan untuk menambah asupan kalori dan protein ibu hamil KEK. Berdasarkan laporan rutin diketahui bahwa cakupan pemberian makanan tambahan (MT) bagi ibu hamil KEK telah mencapai target di tahun 2020, yaitu sebesar 86,1% dari target 80%. (Laporan rutin Dit. Gizi Masyarakat). Salah satu upaya yang telah dilakukan untuk meningkatkan daya terima makanan tambahan ibu hamil dengan menambah pilihan rasa krim biskuit menjadi 3 rasa (strawberry, nanas, lemon).
- b. Penguatan koordinasi pusat dan daerah dalam meningkatkan sinergitas pelaksanaan program gizi. Beberapa kegiatan yang dilaksanakan adalah Pertemuan Persiapan Suplementasi Gizi antara Pusat dan Daerah serta monitoring evaluasi pemberian Makanan Tambahan di tingkat Puskesmas.
- c. Orientasi Proses Asuhan Gizi Puskesmas untuk meningkatkan kapasitas tenaga gizi dalam melakukan asuhan gizi untuk individu maupun masyarakat dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan gizi di puskesmas tetap dilaksanakan melalui daring.
- d. Peningkatan kapasitas tenaga gizi melalui pelatihan dan orientasi terkait seperti pelatihan PMBA yang sudah dilaksanakan pada tahun 2019 untuk end user 1563 orang dan TOT sebanyak 139 orang yang tersebar di 34 Provinsi. Pada tahun 2020 telah

direncanakan pelatihan PMBA, namun dibatalkan akibat pandemi COVID-19.

- e. Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dan gizi untuk menjaga kualitas dan cakupan pelayanan kesehatan dan gizi di puskesmas pada masa pandemi melalui serial webinar gizi berseri. Tahun 2020 Direktorat Gizi Masyarakat telah melaksanakan 10 seri webinar gizi berseri. Materi webinar mencakup isu-isu gizi dan kaitannya dengan situasi pandemi COVID-19.

### **Alternatif solusi**

- a. Penguatan kualitas pelayanan dan integrasi program terutama dengan program kesehatan keluarga, contohnya integrasi konseling dan penyuluhan gizi untuk ibu hamil pada saat pemeriksaan kehamilan ataupun di kelas ibu hamil.
- b. Penyediaan dan peningkatan media edukasi gizi untuk ibu hamil, baik melalui media visual dan elektronik.
- c. Perluasan sasaran edukasi gizi sejak dari hulu (calon ibu), dimulai dari peningkatan edukasi gizi pada remaja putri dan calon pengantin agar memahami pentingnya gizi baik pada usia mereka.
- d. Peningkatan pemanfaatan pangan lokal untuk Makanan Tambahan ibu hamil KEK melalui pendidikan gizi yang mengkombinasikan kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan gizi ibu hamil juga meningkatkan kemampuan ibu hamil agar mengkonsumsi makanan bergizi sesuai kebutuhan pada masa hamil.
- e. Penguatan manajemen data rutin mulai dari pengumpulan, analisis, dan pemanfaatan data/ informasi.

### **c. Persentase Desa/Kelurahan dengan Stop Buang Air Besar**

#### **Sembarangan (SBS)**

Tantangan yang dihadapi Indonesia terkait pembangunan kesehatan, khususnya terkait hygiene, air dan sanitasi masih sangat besar. Walaupun demikian, pembangunan sanitasi dan air minum di Indonesia

telah menunjukkan kemajuan yang signifikan, pascaimplementasi STBM yang dimulai tahun 2008 dan terlihat peningkatan tren akses sanitasi berdasarkan data dari sistem monitoring STBM berbasis elektronik (e-monev STBM).

Tren peningkatan akses sanitasi tahun 2009-2013 hanya 2,13% per tahun meningkat menjadi 5,94% per tahun pada tahun 2015-2018. Dalam penyelenggaraan kegiatan STBM sesuai dengan target RPJMN 2020-2024 tentang penyediaan sanitasi yang aman dan layak perlu diperhatikan penyelenggaraan kegiatan pascadeklarasi Bebas Buang Air Besar Sembarangan (SBS). Antara lain mendorong dan meningkatkan tersedianya sanitasi aman di masyarakat dan mencegah masyarakat kembali kepada perilaku lama (perilaku pada pilar-pilar STBM) serta skema pembiayaan pada masyarakat marginal (miskin) dan lokus stunting.

Pembangunan Sanitasi di Indonesia sebelum dicanangkannya Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) tahun 2008 pada umumnya dilakukan dengan pendekatan proyek, dimana masyarakat sebagai sasaran program kurang terlibat dalam proses pengambilan keputusan, perencanaan, pelaksanaan maupun monitoring dan evaluasi. Masyarakat hanya menerima, walaupun sarana yang dibangun tidak tanggap terhadap kebutuhan mereka. Desain kegiatan yang demikian mengakibatkan tidak terjaminnya keberlanjutan sarana. Sarana kurang dimanfaatkan dan dipelihara oleh masyarakat karena kurang merasa memiliki. Akibatnya kondisi sanitasi tetap buruk.

Akses terhadap air minum dan sanitasi aman menyumbang pada perbaikan status kesehatan, terutama kesehatan perempuan dan anak. Ketersediaan air minum dan sanitasi aman dan layak mengurangi tingginya Angka Kematian Bayi dan Balita, yang umumnya meninggal karena penggunaan air dan sarana sanitasi yang tidak aman dan layak, sehingga dapat menyebabkan terjadinya penyebaran penyakit infeksi berbasis lingkungan seperti; diare, disentri, kolera, hepatitis, penyakit kulit dan lain-lain. Kejadian penyakit infeksi yang sering berulang karena

sumber penyakitnya tidak dihilangkan dapat menyebabkan gangguan kecukupan gizi kronis untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi dan balita. Jika kekurangan asupan gizi kronis terjadi pada ibu hamil dan bayi, maka dapat menyebabkan terjadinya *stunting* pada anak balita. Risiko terbesar dari kejadian *stunting*, yaitu gangguan perkembangan pada otak dan organ penting lainnya dalam tubuh. Terjadinya gangguan pertumbuhan otak akan menyebabkan rendahnya kemampuan dan fungsi otak. Hal ini akan menjadi ancaman utama terhadap kualitas manusia Indonesia, yang berdampak terhadap kemampuan daya saing bangsa.

### **Definisi operasional**

Persentase desa/kelurahan dengan Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) didefinisikan sebagai Desa/kelurahan yang seluruh penduduknya tidak lagi melakukan praktek buang air besar sembarangan dibuktikan melalui proses verifikasi

### **Rumus perhitungan indikator**

Persentase desa/kelurahan dengan Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) dihitung dengan formulasi sebagai berikut:

*Persentase Desa SBS*

$$= \frac{\text{Jumlah desa atau kel yang telah terverifikasi SBS}}{\text{Jumlah seluruh desa atau kelurahan}} \times 100\%$$

### **Analisa target dan capaian serta Penyajian Data**

Target indikator persentase desa/kelurahan dengan Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) sesuai Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 3. Target Indikator SBS Tahun 2020 – 2024

Tahun	2020	2021	2022	2023	2024
Persentase desa/kelurahan dengan Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS)	40	50	60	70	90

Namun, pada tahun 2020 indikator persentase desa/kelurahan dengan Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) baru mencapai 37,28%, yaitu sebesar 93,20% dari target 40%. Adapun capaian indikator persentase desa/kelurahan dengan Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) per provinsi pada tahun 2020 adalah sebagai berikut :

Tabel 4. Capaian Indikator SBS Tahun 2020

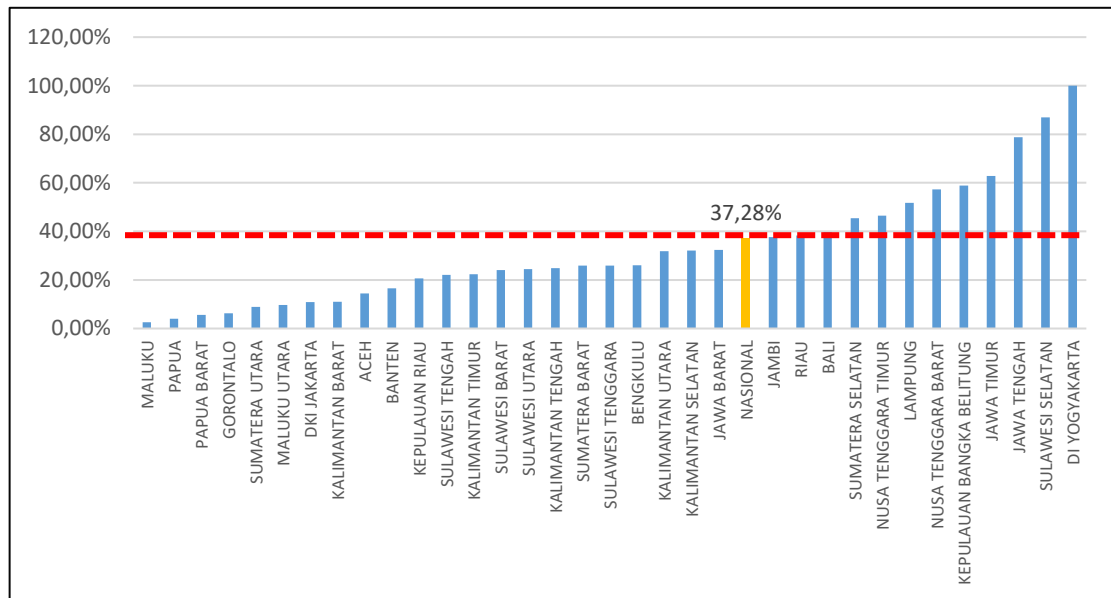
<b>NO</b>	<b>PROVINSI</b>	<b>DESA/KEL SBS</b>
1	MALUKU	2,50%
2	PAPUA	4,03%
3	PAPUA BARAT	5,60%
4	GORONTALO	6,29%
5	SUMATERA UTARA	8,88%
6	MALUKU UTARA	9,72%
7	DKI JAKARTA	10,86%
8	KALIMANTAN BARAT	10,98%
9	ACEH	14,44%
10	BANTEN	16,57%
11	KEPULAUAN RIAU	20,67%
12	SULAWESI TENGAH	22,09%
13	KALIMANTAN TIMUR	22,35%
14	SULAWESI BARAT	24,04%

<b>NO</b>	<b>PROVINSI</b>	<b>DESA/KEL SBS</b>
15	SULAWESI UTARA	24,44%
16	KALIMANTAN TENGAH	24,86%
17	SUMATERA BARAT	25,87%
18	SULAWESI TENGGARA	25,90%
19	BENGKULU	26,06%
20	KALIMANTAN UTARA	31,88%
21	KALIMANTAN SELATAN	32,11%
22	JAWA BARAT	32,31%
23	JAMBI	37,58%
24	RIAU	38,24%
25	BALI	39,66%
26	SUMATERA SELATAN	45,42%
27	NUSA TENGGARA TIMUR	46,51%
28	LAMPUNG	51,80%
29	NUSA TENGGARA BARAT	57,34%
30	KEPULAUAN BANGKA BELITUNG	58,82%
31	JAWA TIMUR	62,77%
32	JAWA TENGAH	78,83%
33	SULAWESI SELATAN	86,94%
34	DI YOGYAKARTA	100,00%

Berdasarkan data e-monev Sanitasi Terpadu Berbasis Masyarakat (STBM) pada laman [www.stbm.kemkes.go.id](http://www.stbm.kemkes.go.id) yang diunduh per 31 Desember 2020, terdapat 12 provinsi yang berada di atas angka nasional, yaitu Jambi, Riau, Bali, Sumatera Selatan, Nusa Tenggara Timur, Lampung, Nusa Tenggara Barat, Kepulauan Bangka Belitung, Jawa Timur, Jawa Tengah, Sulawesi Selatan dan DI Yogyakarta. Hanya 9 provinsi yang sudah memenuhi target nasional yaitu 40% desa/kelurahan SBS. Sebagian besar (sebanyak 22 provinsi berada di bawah angka nasional). Provinsi dengan capaian SBS terbesar adalah DIY, yaitu 100% dan terendah, yaitu Maluku sebesar 2,5%.

Visualisasi capaian perprovinsi terhadap target dan angka nasional dapat dilihat pada grafik berikut:

Grafik 6. Persentase Desa Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) Tahun 2020



### Langkah-Langkah yang dilakukan untuk mencapai Target

Dalam rangka mencapai target desa/kelurahan dengan SBS dilakukan langkah-langkah kegiatan, sebagai berikut:

1. Melakukan advokasi, koordinasi dan sosialisasi terkait STBM
  - a. Menyelenggarakan STBM Award
  - b. Melakukan Sosialisasi GERMAS kepada Masyarakat
  - c. Melakukan Implementasi Teknologi Tepat Guna Sarana Sanitasi
  - d. Mereview Permenkes STBM
  - e. Melakukan Kerjasama dengan TNI
2. Melakukan Bimbingan Teknis STBM
3. Menyediakan dukungan Sarana Prasarana STBM
  - a. Intervensi Kesehatan Lingkungan di Lokus Stunting
  - b. Intervensi Kesehatan Lingkungan di Daerah Sulit

## **Faktor keberhasilan**

Meskipun capaian indikator desa/kelurahan dengan SBS belum mencapai target, namun capaian kinerja sebesar 93,20% (capaian indikator 37,28% dari target 40%) perlu diapresiasi. Terdapat faktor keberhasilan yang mendukung hal tersebut, antara lain :

### **1. Sumber Daya Manusia**

Petugas Kesehatan lingkungan dan kader (masyarakat) telah dilakukan peningkatan kapasitas secara masif dan terstruktur. Namun kuantitas dan kualitas petugas kesehatan lingkungan dalam melaksanakan pembinaan dan pengawasan terkait kesehatan lingkungan masih kurang, serta mutasi petugas yang terjadi di daerah.

### **2. Pembiayaan**

Sumber pembiayaan (pusat dan dekonsentrasi) untuk mencapai indikator desa/kelurahan dengan SBS memiliki proporsi yang paling besar diantara output lainnya pada anggaran kegiatan Kesehatan Lingkungan tahun 2020.

### **3. Sistem dan Metode**

Sistem Monitoring dan Evaluasi Indikator desa/kelurahan SBS telah tersedia pada sistem monitoring elektronik STBM dan telah dikembangkan sejak tahun 2010, sehingga dapat dikatakan telah cukup stabil karena telah mengalami pemeliharaan dan pengembangan sistem.

### **4. Sarana dan Prasarana**

Dalam rangka percepatan capaian SBS telah dilakukan peningkatan sarana sanitasi melalui Intervensi Kesehatan Lingkungan di 260 lokus stunting dan 30 lokasi daerah sulit. Selain itu, sarana dan prasarana pemecuan dan verifikasi SBS telah dilengkapi Direktorat Kesehatan Lingkungan melalui pemberian Kit Partisipatori melalui dana DAK pada tahun sebelumnya, khusus pada masa pandemi COVID-19 ini telah dilengkapi dengan pedoman pemecuan STBM dan verifikasi SBS.



### **Faktor penghambat**

Adapun faktor penghambat tercapainya target indikator desa/kelurahan dengan Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) antara lain:

1) Faktor Teknis

Penggunaan sistem monitoring elektronik STBM telah dilakukan sejak tahun 2010. Namun perlu terus dikembangkan mengingat masih banyak daerah yang tidak terlayani internet maupun memiliki jaringan internet yang tidak stabil. Selain itu, pergantian petugas penginput sistem monitoring elektronik STBM di tingkat Puskesmas maupun kabupaten/kota menyebabkan terjadinya hambatan dalam proses penginputan kinerja.

2) Faktor Non Teknis

Pandemi COVID-19 telah mengubah banyak hal termasuk cara pemicuan STBM dan verifikasi SBS. Meskipun Direktorat Kesehatan Lingkungan telah menyusun panduan pemicuan STBM dan verifikasi SBS, khusus masa pandemi COVID-19, Namun kenyataan di lapangan tidak semua dapat dilakukan. Tercatat masih ada 4000 desa/kelurahan yang sudah menyatakan SBS, namun belum diverifikasi. Apabila hal tersebut dapat dilakukan verifikasi, maka capaian target indikator desa/kelurahan dengan SBS sebesar 40% akan terpenuhi.

### **Kegiatan-kegiatan**

Dalam pencapaian indikator persentase desa/kelurahan stop buang air besar sembarang kegiatan-kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. STBM *award*
- b. Sosialisasi GERMAS bidang kesehatan lingkungan ke masyarakat
- c. Implementasi teknologi tepat guna sanitasi
- d. Review Permenkes air dan sanitasi
- e. Persiapan intervensi kesehatan lingkungan dengan TNI
- f. Melakukan bimbingan teknis STBM

- g. Pemantauan peningkatan kualitas lingkungan STBM stunting
- h. Tenaga teknis kualitas lingkungan kesehatan lingkungan
- i. Intervensi kesehatan lingkungan di daerah sulit, yaitu di Provinsi Maluku, Maluku Utara, Papua dan Papua Barat
- j. Dukungan implementasi pilar 3 STBM

Gambar 4. Pelaksanaan 3 Pilar STBM







### **Alternatif solusi**

Adapun alternatif solusi dari faktor penghambat tercapainya target indikator desa/kelurahan dengan Stop Buang Air Besar Sembarangan (SBS) antara lain

#### **1. Faktor Teknis**

- a. Mengembangkan sistem offline/online untuk mengantisipasi daerah dengan kondisi jaringan internet yang tidak stabil.
- b. Melakukan sosialisasi melalui virtual meeting tentang tatacara penginputan e-monev STBM untuk mengantisipasi pergantian personel di daerah
- c. Mengembangkan support sistem tim monev pusat untuk dapat mengatasi permasalahan teknis secara tepat dan cepat.

#### **2. Faktor Non Teknis**

Mengembangkan panduan verifikasi SBS secara virtual agar dapat dilakukan di masa pandemik COVID-19 seperti saat ini, sehingga tidak menjadi penghalang bagi capaian tahun berikutnya.

### **d. Persentase Kabupaten/Kota yang menerapkan kebijakan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS)**

- 1) GERMAS merupakan suatu tindakan sistematis dan terencana yang dilakukan secara bersama-sama oleh seluruh komponen bangsa

dengan kesadaran, kemauan dan kemampuan berperilaku sehat untuk meningkatkan kualitas hidup. GERMAS mengedepankan upaya promotif dan preventif, tanpa mengesampingkan upaya kuratif rehabilitatif dengan melibatkan seluruh komponen bangsa dalam memasyarakatkan paradigma sehat. Tujuan GERMAS adalah terciptanya masyarakat berperilaku sehat yang berdampak pada kesehatan terjaga, produktif, lingkungan bersih, dan biaya berobat berkurang.

- 2) Instruksi Presiden (Inpres) Nomor 1 tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) mengamanatkan setiap pihak terkait untuk menetapkan kebijakan dan mengambil langkah-langkah sesuai tugas, fungsi, dan kewenangan masing-masing untuk mewujudkan GERMAS, melalui peningkatan aktivitas fisik, peningkatan perilaku hidup sehat, penyediaan pangan sehat dan percepatan perbaikan gizi, peningkatan pencegahan dan deteksi dini penyakit, peningkatan kualitas lingkungan, dan peningkatan edukasi hidup sehat. Inpres ini juga mengamanatkan Menteri Kesehatan untuk melaksanakan kampanye GERMAS serta meningkatkan advokasi dan pembinaan daerah dalam pelaksanaan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR), meningkatkan pendidikan mengenai gizi seimbang dan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif, aktivitas fisik, dan meningkatkan pelaksanaan deteksi dini penyakit di puskesmas dan menyusun panduan pelaksanaan deteksi dini penyakit di instansi pemerintah dan swasta.
- 3) GERMAS tidak hanya dijalankan oleh Kementerian Kesehatan saja, tetapi juga lintas kementerian dan lembaga, gubernur, bupati/walikota, akademisi, dunia usaha, organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi dan ditunjang peran serta seluruh lapisan masyarakat mulai dari individu, keluarga, dan masyarakat dalam mempraktikkan pola hidup sehat. Pemerintah, baik di tingkat pusat maupun daerah dalam menyiapkan sarana dan prasarana pendukung, memantau dan mengevaluasi pelaksanaannya.

Pelaksanaan GERMAS harus dimulai dari keluarga, karena keluarga adalah bagian terkecil dari masyarakat yang membentuk kepribadian. GERMAS dapat dilaksanakan dengan cara melakukan aktifitas fisik, mengonsumsi sayur dan buah, tidak merokok, tidak mengonsumsi alkohol, memeriksa kesehatan secara rutin, membersihkan lingkungan, dan menggunakan jamban. Kegiatan-kegiatan tersebut dapat dimulai dari diri sendiri dan keluarga, serta tidak membutuhkan biaya yang besar. Ke depan pelaksanaan GERMAS harus lebih diarahkan pada “pembudayaan hidup sehat” kepada individu dan masyarakat untuk meningkatkan literasi kesehatan, yang pada ujungnya akan mampu merubah perilaku masyarakat untuk hidup sehat. Di sini perlu upaya advokasi kepada seluruh pemangku kepentingan (termasuk lintas sektor), pemberdayaan masyarakat, sinergisme pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Advokasi kepada lintas lintas sektor harus mampu menghasilkan pembangunan berwawasan kesehatan (*health in all policies*).

**Definisi operasional:**

Persentase Kabupaten/Kota yang menerapkan kebijakan gerakan masyarakat hidup sehat adalah Kabupaten/kota yang menerapkan kebijakan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) dengan kriteria:

- 1) Memiliki kebijakan GERMAS sesuai dengan Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017 (melaksanakan 5 kluster GERMAS) dan/atau kebijakan berwawasan kesehatan adalah kabupaten/kota telah memiliki atau menerbitkan kebijakan GERMAS dan/atau kebijakan berwawasan kesehatan. Kebijakan GERMAS ditetapkan oleh pemerintah daerah (bupati/walikota) mencakup 5 klaster GERMAS, yaitu:
  - a) Klaster Peningkatan Aktivitas Fisik;
  - b) Klaster Peningkatan Edukasi dan Perilaku Hidup Sehat;

- c) Klaster Penyediaan Pangan Sehat dan Percepatan Perbaikan Gizi;
- d) Klaster Peningkatan Pencegahan dan Deteksi Dini Penyakit;
- e) Klaster Peningkatan Kualitas Lingkungan.

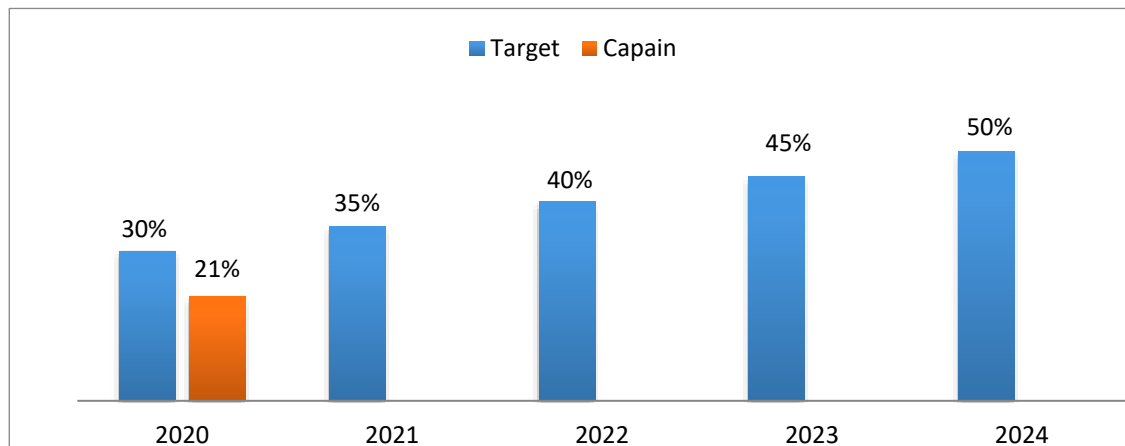
Kebijakan berwawasan kesehatan ditetapkan oleh bupati/walikota/Kepala Organisasi Perangkat Daerah berupa peraturan/surat keputusan/instruksi/surat edaran yang mendukung salah satu klaster GERMAS.

- 2) Melaksanakan penggerakkan masyarakat dalam mendukung 5 kluster GERMAS minimal 3 kali setahun dengan melibatkan lintas sektor, pendidikan (sekolah), Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) dan atau mitra potensial adalah kegiatan yang mengajak masyarakat untuk melakukan 5 (lima) Klaster GERMAS dan melibatkan unsur lintas sektor (OPD), pendidikan (sekolah), UKBM (Posyandu, Posbindu PTM, Pos UKK, Pos Lansia, dll) dan atau mitra potensial (dunia usaha, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan, organisasi kepemudaan, tokoh agama, tokoh masyarakat, LSM, dll) dan dilakukan minimal 3 (tiga) kali setahun.

**Rumus perhitungan indikator :**

% Kab/kota yang menerapkan kebijakan Germas	=	$\frac{\text{Jumlah Kabupaten/Kota yang menerapkan kebijakan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat}}{\text{Jumlah kabupaten/Kota}} \times 100\%$
---	---	---

Grafik 7. Grafik Target Dan Capaian Persentase Kabupaten/Kota Yang Menerapkan Kebijakan GERMAS Tahun 2020 – 2024



### Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja

Target indikator Persentase Kabupaten/Kota Yang Menerapkan Kebijakan GERMAS Pada tahun 2020 adalah 21%, atau sebesar 30% dari target capaian yang ditentukan. Hal ini menggambarkan bahwa masih ada gap sebesar 30% target indikator yang belum terpenuhi pada tahun 2021, dikarenakan adanya pandemi COVID-19 yang menyebabkan adanya Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) di berbagai daerah, sehingga tidak memungkinkan untuk dilakukan kegiatan pergerakan masyarakat yang menjadi salah satu kriteria Persentase Kabupaten/Kota Yang Menerapkan Kebijakan GERMAS, yakni melaksanakan pergerakan masyarakat dalam mendukung 5 (lima) kluster GERMAS minimal 3 kali setahun, dengan melibatkan lintas sektor, pendidikan (sekolah), Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) dan atau mitra potensial. Walaupun sudah dikeluarkan Surat Direktur Nomor PR.03.01/5/5428/2019 tentang Justifikasi Penjelasan Pelaksanaan Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat selama pandemi, namun karena surat tersebut dikeluarkan di akhir tahun, hanya sedikit daerah yang dapat melaksanakan pergerakan sesuai dengan kriteria dan dapat memenuhi 3 kali melakukan pergerakan GERMAS dalam 1 tahun. Selain itu, sampai data ini di *upload* dalam dokumen ini masih ada kabupaten/kota



yang belum mengirimkan data capaian indikator dan masih dalam proses verifikasi laporan.

Grafik 8. Capaian Kabupaten/Kota yang Menerapkan Kebijakan GERMAS



### Langkah-langkah yang dilakukan untuk mencapai target tahun 2020

#### 1. Pelaksanaan Advokasi Kebijakan GERMAS

Kegiatan ini dilakukan di pusat dengan melakukan advokasi ke Kementerian/Lembaga dengan tujuan agar Kementerian Lembaga terkait yang diadvokasi dapat menginisiasi adanya regulasi turunan dari Inpres Nomor 1 Tahun 2017 dalam pelaksanaan GERMAS di Kementerian/Lembaga tersebut. Regulasi ini sekaligus menjadi salah satu bukti komitmen lintas sektor dalam implementasi GERMAS.

#### 2. Sosialisasi GERMAS dengan Mitra Potensial

Kegiatan ini dilakukan di 47 Lokasi di daerah dengan melibatkan mitra potensial. Adanya kegiatan sosialisasi GERMAS dengan melibatkan mitra komisi IX DPR RI ini merupakan langkah strategis dalam upaya advokasi terhadap pemerintah daerah dalam rangka upaya pembudayaan GERMAS sekaligus kampanye protokol; Kesehatan COVID-19.

3. Koordinasi Pelaksanaan Implementasi GERMAS Lintas Sektor  
Kegiatan ini dilaksanakan melalui pertemuan koordinasi forum komunikasi pelaksanaan implementasi GERMAS lintas sektor. Dengan adanya pertemuan koordinasi ini diharapkan terjalin koordinasi dan adanya informasi terkait pelaksanaan GERMAS di lintas sektor.
4. Advokasi lintas program dan sektor dan daerah secara *online*
5. Redefinisi indikator Surat Direktur Nomor PR.03.01/5/5428/2019 tanggal 2 November 2020 tentang Justifikasi Penjelasan Pelaksanaan Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat selama pandemi COVID-19:
  - a. Kebijakan yang dimaksud adalah kebijakan GERMAS sesuai dengan Inpres Nomor 1 tahun 2017 (melaksanakan 5 kluster GERMAS) dan atau kebijakan berwawasan Kesehatan seperti kebijakan Air Susu Ibu (ASI), Kawasan Tanpa Rokok (KTR), Protokol Kesehatan, dan lain-lain.
  - b. Kegiatan penggerakan masyarakat dapat dilakukan secara daring (*online*) maupun konvensional (*offline*), dengan menyampaikan minimal 2 (dua) pesan GERMAS yang dilakukan minimal 3 kali setahun dengan melibatkan lintas sektor/swasta/dunia usaha/organisasi masyarakat/UKBM/mitra potensial. Kegiatan dapat berupa Kampanye, Penyebarluasan informasi melalui Media Luar Ruang, dan atau melalui Webinar. Pelibatan lintas sektor/swasta/dunia usaha/ormas/UKBM/mitra potensial dan lain-lain, adalah adanya keterlibatan aktif dari lintas sektor /swasta/dunia usaha/ormas/UKBM/mitra potensial dan lain-lain, sebagai penyelenggara dalam melakukan upaya penggerakan masyarakat.
6. Dukungan pembiayaan kegiatan GERMAS di Kabupaten/Kota melalui dana BOK.

### **Analisis keberhasilan pencapaian indikator**

Beberapa faktor pendukung yang mempengaruhi upaya pencapaian kinerja, yaitu:

1. Paradigma pembangunan kesehatan nasional yang mengedepankan upaya promotif preventif;
2. Inisiasi kampanye nasional Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS);
3. Dukungan dari Kementerian/Lembaga lain untuk mendukung pelaksanaan GERMAS.

### **Analisis hambatan pencapaian indikator**

Beberapa faktor penghambat yang mempengaruhi upaya pencapaian kinerja, yaitu:

1. Indikator baru tahun 2020 – 2024 merupakan kriteria baru, sehingga daerah perlu menyesuaikan pelaporan. Belum semua kabupaten/kota melaporkan capaian indikator ke provinsi;
2. Situasi pandemi COVID-19 dan pemberlakuan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) di berbagai wilayah Indonesia menghambat pelaksanaan penggerakan masyarakat, yang menjadi salah satu kriteria yang harus dipenuhi dalam indikator Persentase Kabupaten/kota yang menerapkan kebijakan GERMAS;
3. Pemahaman pengelola program Promosi Kesehatan di kabupaten/kota terhadap indikator belum sepenuhnya merata;
4. Masih ada kabupaten/kota yang belum mengirimkan laporan capaian indikator dan masih ada yang dalam proses verifikasi laporan.

### **Alternatif solusi**

1. Melakukan sosialisasi dan koordinasi dalam pengisian laporan capaian indikator promosi Kesehatan;
2. Melakukan pengarahan teknis melalui Surat Direktur Nomor PR.03.01/5/5428/2019 tentang Justifikasi Penjelasan Pelaksanaan

Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat selama pandemi COVID-19. Hal ini sebagai salah satu upaya bimbingan teknis kepada pengelola kegiatan promosi Kesehatan di kabupaten/kota dalam pelaksanaan kegiatan yang mendorong pencapaian indikator dalam situasi pandemi COVID-19.

3. Melakukan verifikasi laporan secara berjenjang dari kabupaten/kota ke provinsi dan pusat.
4. Penguatan sistem aplikasi komunikasi data yang masih dalam proses penyempurnaan dengan membuat form pengisian laporan manual (provinsi dan kab/kota) melalui aplikasi *google drive*.

## B. Anggaran Program Kesehatan Masyarakat

Anggaran yang awalnya diperjanjikan pada Program Kesehatan Masyarakat di Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat sebesar **Rp.1.443.160;904.000,.**

Namun dalam perjalanannya (di tahun anggaran yang sama) mengalami beberapa penyesuaian, antara lain:

1. Pemotongan sebesar **Rp. 550.000.000.000,** sehingga PAGU berubah menjadi **Rp. 893.160.904.000,-** dengan rincian sebagai berikut :

Tabel 5. Pemotongan Alokasi program Kesmas Tahun 2020

NO	SATKER	PAGU SEMULA	PEMOTONGAN	PAGU MENJADI
<b>I</b>	<b>KANTOR PUSAT</b>	<b>1,104,231,704,000</b>	<b>307,794,804,000</b>	<b>796,436,900,000</b>
1	DIREKTORAT KESEHATAN KELUARGA	143,350,681,000	70,250,195,000	73,100,486,000
2	DIREKTORAT KESEHATAN LINGKUNGAN	123,910,287,000	47,871,604,000	76,038,683,000
3	DIREKTORAT PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT	118,210,033,000	41,010,404,000	77,199,629,000

<b>NO</b>	<b>SATKER</b>	<b>PAGU SEMULA</b>	<b>PEMOTONGAN</b>	<b>PAGU MENJADI</b>
4	SEKRETARIAT DITJEN KESEHATAN MASYARAKAT	117,039,183,000	6,317,708,000	110,721,475,000
5	DIREKTORAT GIZI MASYARAKAT	574,183,643,000	133,423,430,000	440,760,213,000
6	DIREKTORAT KESEHATAN KERJA DAN OLAHRAGA	27,537,877,000	8,921,463,000	18,616,414,000
7	BALAI KESEHATAN TRADISIONAL MASYARAKAT MAKASAR	8,227,308,000	455,206,000	7,772,102,000
8	LKTM PALEMBANG	5,072,118,000	275,888,000	4,796,230,000
9	BALAI KESEHATAN OLAHRAGA MASYARAKAT BANDUNG	6,146,536,000	83,700,000	5,162,836,000
10	DINAS KESEHATAN PROVINSI DKI JAKARTA	5,435,673,000	2,785,778,000	2,649,895,000
11	DINAS KESEHATAN PROP. JAWA BARAT	14,545,617,000	12,349,982,000	2,195,635,000
12	DINAS KESEHATAN PROPINSI JAWA TENGAH	15,449,835,000	12,303,525,000	3,146,310,000
13	DINAS KESEHATAN PROVINSI D.I. YOGYAKARTA	5,924,019,000	3,684,493,000	2,239,526,000
14	DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR	15,925,404,000	12,707,443,000	3,217,961,000
15	DINAS KESEHATAN PROVINSI NANGGROE ACEH DARUSSALAM	9,425,124,000	6,702,876,000	2,722,248,000
16	DINAS KESEHATAN PROVINSI SUMATERA UTARA	13,485,907,000	11,493,415,000	1,992,492,000
17	DINAS KESEHATAN PROVINSI SUMATERA BARAT	9,945,064,000	7,343,474,000	2,601,590,000
18	DINAS KESEHATAN PROVINSI RIAU	7,359,334,000	4,934,691,000	2,424,643,000
19	DINAS KESEHATAN PROVINSI JAMBI	7,207,787,000	4,125,534,000	3,082,253,000
20	DINAS KESEHATAN PROVINSI SUMATERA SELATAN	9,849,621,000	7,255,030,000	2,594,591,000
21	DINAS KESEHATAN PROVINSI LAMPUNG	9,292,650,000	8,003,658,000	1,288,992,000
22	DINAS KESEHATAN PROVINSI KALIMANTAN BARAT	9,285,009,000	6,741,980,000	2,543,029,000

<b>NO</b>	<b>SATKER</b>	<b>PAGU SEMULA</b>	<b>PEMOTONGAN</b>	<b>PAGU MENJADI</b>
23	DINAS KESEHATAN PROVINSI KALIMANTAN TENGAH	8,288,510,000	5,870,654,000	2,417,856,000
24	DINAS KESEHATAN PROVINSI KALIMANTAN SELATAN	7,336,131,000	4,170,414,000	3,165,717,000
25	DINAS KESEHATAN PROVINSI KALIMANTAN TIMUR	7,701,386,000	5,514,315,000	2,187,071,000
26	DINAS KESEHATAN PROVINSI SULAWESI UTARA	10,450,752,000	8,603,774,000	1,846,978,000
27	DINAS KESEHATAN PROVINSI SULAWESI TENGAH	8,543,646,000	5,341,005,000	3,202,641,000
28	DINAS KESEHATAN PROVINSI SULAWESI SELATAN	12,757,702,000	11,252,957,000	1,504,745,000
29	DINAS KESEHATAN PROVINSI SULAWESI TENGGARA	8,277,242,000	6,346,866,000	1,930,376,000
30	DINAS KESEHATAN PROVINSI MALUKU	8,460,782,000	7,112,000,000	1,348,782,000
31	DINAS KESEHATAN PROVINSI BALI	7,441,132,000	6,325,056,000	1,116,076,000
32	DINAS KESEHATAN PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT	8,636,242,000	6,354,342,000	2,281,900,000
33	DINAS KESEHATAN PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR	12,346,134,000	9,214,517,000	3,131,617,000
34	DINAS KESEHATAN PROVINSI PAPUA	18,087,487,000	16,765,476,000	1,322,011,000
35	DINAS KESEHATAN PROVINSI BENGKULU	8,921,274,000	5,273,736,000	3,647,538,000
36	DINAS KESEHATAN PROVINSI MALUKU UTARA	8,216,386,000	6,396,362,000	1,820,024,000
37	DINAS KESEHATAN PROVINSI BANTEN	7,875,359,000	5,396,182,000	2,479,177,000
38	DINAS KESEHATAN PROVINSI BANGKA BELITUNG	6,226,147,000	4,374,440,000	1,851,707,000
39	DINAS KESEHATAN PROVINSI GORONTALO	6,549,719,000	2,632,506,000	3,917,213,000
40	DINAS KESEHATAN PROVINSI KEPULAUAN RIAU	6,747,850,000	4,600,556,000	2,147,294,000
41	DINAS KESEHATAN PROVINSI PAPUA BARAT	10,632,720,000	9,119,756,000	1,512,964,000

NO	SATKER	PAGU SEMULA	PEMOTONGAN	PAGU MENJADI
42	DINAS KESEHATAN PROPINSI SULAWESI BARAT	6,416,126,000	4,901,193,000	1,514,933,000
43	DINAS KESEHATAN PROVINSI KALIMANTAN UTARA	6,439,467,000	4,492,416,000	1,947,051,000
	<b>GRAND TOTAL</b>	<b>1,443,160,904,000</b>	<b>550,000,000,000</b>	<b>893,160,904,000</b>

2. Selanjutnya, Revisi pergeseran anggaran dari bendahara umum negara dalam rangka untuk mendukung capaian program Ditjen Kesehatan Masyarakat sebesar **Rp. 42.757.320.000,-** sehingga pagu Kantor Pusat **semula Rp. 796.436.900.000** menjadi **Rp.839.194.220.000** dan pagu Program Kesehatan Masyarakat **menjadi Rp.935.918.224.000,-** dengan perubahan pada Kantor Pusat dengan rincian sebagai berikut :

Tabel 6. Perubahan PAGU Kantor Pusat

NO	SATKER	PAGU SEMULA	TAMBAHAN BA BUN	PAGU MENJADI
<b>1.</b>	<b>KANTOR PUSAT</b>	<b>796,436,900,000</b>		<b>839,194,220,000</b>
1	DIREKTORAT KESEHATAN KELUARGA	73,100,486,000		73,100,486,000
2	DIREKTORAT KESEHATAN LINGKUNGAN	76,038,683,000	3,007,320,000	79,046,003,000
3	DIREKTORAT PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT	77,199,629,000	39,400,000,000	116,599,629,000
4	SEKRETARIAT DITJEN KESEHATAN MASYARAKAT	110,721,475,000		110,721,475,000
5	DIREKTORAT GIZI MASYARAKAT	440,760,213,000		440,760,213,000
6	DIREKTORAT KESEHATAN KERJA DAN OLAHRAGA	18,616,414,000	350,000,000	18,966,414,000

3. Selanjutnya terjadi perubahan target untuk Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) untuk Kantor Daerah yang ada di Program Kesehatan Masyarakat sebesar **Rp. 476.241.000,-** sehingga terjadi perubahan Pagu dari **Rp.17.731.168.000** menjadi **Rp.17.254.927.000**, dan Pagu Program Kesehatan Masyarakat berubah dari Semula **Rp. 935.918.224.000** menjadi **Rp.935.441.983.000,-** dengan rincian perubahan sebagai berikut :

Tabel 7. Perubahan PNBP Kantor Daerah

NO	SATKER	PAGU SEMULA	PENGURANGAN PNBP	PAGU MENJADI
<b>KANTOR DAERAH</b>		<b>17,731,168,000</b>		<b>17,254,927,000</b>
1	BALAI KESEHATAN TRADISIONAL MASYARAKAT MAKASAR	7,772,102,000	187,357,000	7,584,745,000
2	LOKA KESEHATAN TRADISIONAL MASYARAKAT PALEMBANG	4,796,230,000	55,906,000	4,740,324,000
3	BALAI KESEHATAN OLAHRAGA MASYARAKAT BANDUNG	5,162,836,000	232,978,000	4,929,858,000

4. Selanjutnya terjadi revisi terkait dengan pengurangan untuk pemanfaatan sisa anggaran di Kantor Pusat dengan nilai sebesar **Rp.27.786.131.000,-** sehingga pagu Kantor Pusat berubah dari semula **Rp 839.194.220.000,-** berubah menjadi **Rp.811.408.098.000**. dan Pagu Program Kesehatan Masyarakat berubah semula **Rp 935.441.983.000,-** menjadi **Rp.907.665.852.000,-** dengan rincian sebagai berikut :



Tabel 8. Perubahan Pagu Pusat Terkait dengan Efisiensi

NO	SATKER	PAGU MENJADI	PENGURANGAN UNTUK PEMANFAATAN SISA ANGGARAN	PAGU MENJADI
<b>I</b>	<b>KANTOR PUSAT</b>	<b>839,194,220,000</b>		<b>811,408,089,000</b>
1	DIREKTORAT KESEHATAN KELUARGA	73,100,486,000	453,177,000	72,647,309,000
2	DIREKTORAT KESEHATAN LINGKUNGAN	79,046,003,000		79,046,003,000
3	DIREKTORAT PROMOSI KESEHATAN DAN PM	116,599,629,000	245,636,000	116,353,993,000
4	SEKRETARIAT DITJEN KESEHATAN MASYARAKAT	110,721,475,000	9,301,318,000	101,420,157,000
5	DIREKTORAT GIZI MASYARAKAT	440,760,213,000	17,786,000,000	422,974,213,000
6	DIREKTORAT KESEHATAN KERJA DAN OLAHRAGA	18,966,414,000		18,966,414,000

5. Data terakhir adalah Revisi penambahan penerimaan hibah langsung negeri (PHLN) sebesar **Rp 4.622.438.000,-** sehingga pagu Kantor Pusat berubah dari **Rp 811.408.089.000 menjadi Rp.816.030.527.000,-** dan pagu Program Kesehatan Masyarakat berubah semula **Rp.907.655.852.000 menjadi Rp.912.278.290.000,-** dengan rincian perubahan sebagai berikut:

Tabel 9. Revisi Penambahan Dana Hibah

NO	SATKER	PAGU MENJADI	PENAMBAHAN HIBAH UANG	PAGU AKHIR
<b>I</b>	<b>KANTOR PUSAT</b>	<b>811,408,089,000</b>		<b>816,030,527,000</b>
1	DIREKTORAT KESEHATAN KELUARGA	72,647,309,000	3,121,328,000	75,768,637,000
2	DIREKTORAT KESEHATAN LINGKUNGAN	79,046,003,000	246,029,000	79,292,032,000

NO	SATKER	PAGU MENJADI	PENAMBAHAN HIBAH UANG	PAGU AKHIR
3	DIREKTORAT PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT	116,353,993,000	112,850,000	116,466,843,000
4	SEKRETARIAT DITJEN KESEHATAN MASYARAKAT	101,420,157,000		101,420,157,000
5	DIREKTORAT GIZI MASYARAKAT	422,974,213,000	975,671,000	423,949,884,000
6	DIREKTORAT KESEHATAN KERJA DAN OLAHRAGA	18,966,414,000	166,560,000	19,132,974,000

Sumber daya anggaran merupakan unsur utama, selain SDM dalam menunjang pencapaian indikator kinerja. Peranan pembiayaan sangat berpengaruh terhadap penentuan arah kebijakan dan pelaksanaan kegiatan yang berhubungan dengan upaya pembangunan Program Kesehatan Masyarakat. Lebih terperinci alokasi dan realisasi anggaran menurut jenis anggaran dapat dilihat sebagai berikut:

Tabel 10. Realisasi Anggaran Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2020

No	Satuan Kerja	Alokasi (Rp)	Realisasi SP2D (Rp)	% Realisasi SP2D
1	Dekonsentrasi	78.992.836.000,-	73,320,737,830	92.82
2	Kantor Pusat	816,030,527,000	795,767,438,913	97.52
3	Kantor Daerah	17,254,927,000	16,674,025,967	96.63
<b>TOTAL</b>		<b>912,278,290,000</b>	<b>885,762,202,710</b>	<b>97.09</b>

Sumber Data: Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Tahun 2020 ,(Cut off 23 Januari 2021)

Dari sisi akuntabilitas, kewenangan pemerintah pusat terkait akuntabilitas dana dekonsentrasi dan tugas pembantuan telah dilimpahkan kepada Gubernur sebagai Kepala Daerah Tingkat I. Oleh

karenanya pembiayaan melalui dekonsentrasi menjadi tanggungjawab dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota kepada Gubernur dan Bupati/Walikota, sehingga dalam pertanggungjawaban akuntabilitas menjadi kewenangan pemerintah daerah sesuai ketentuan peraturan perundangan.

Tabel 11. Realisasi Anggaran Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2020

No	Jenis Belanja	Alokasi	Realisasi SP2D	% Realisasi SP2D
1	Belanja Pegawai	66.758.069.000,-	65.009.794.775,-	97,40
2	Belanja Barang	830.329.404.000,-	806.839.058.044,-	97,20
3	Belanja Modal	15.190817.000,-	13.913.349.891,-	91,60
<b>TOTAL</b>		<b>912.278.290.000,-</b>	<b>885.762.202.710,-</b>	<b>97,09</b>

Sumber Data: Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Tahun 2021 (Cut off 23 Januari 2020)

Terdapat sisa dana sebesar Rp 26.516.087.290,- (2,91% dari total anggaran), terdiri dari :

1. Belanja Pegawai sebesar Rp,- 1.748.224.775 berasal dari sisa dana penggunaan belanja pegawai (Tunjangan Khusus/Kegiatan), belanja pegawai seperti belanja gaji, belanja tunjangan, belanja uang makan dan lainnya;
2. Belanja Barang sebesar Rp 23.490.345.556,- berasal dari sisa dana kegiatan yang tidak terlaksana diantaranya sisa optimalisasi kegiatan belanja barang lewat proses pengadaan dan sisa kegiatan swakelola;
3. Belanja Modal sebesar Rp 2.032.341.767,- berasal dari sisa dana blokir untuk renovasi ruangan pada Satuan Kerja Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat sebesar Rp 1.502.000.000,- dan sisa optimalisasi kegiatan pembelian/pengadaan belanja modal pada Satuan Kerja Kantor Pusat dan Kantor Daerah Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat.

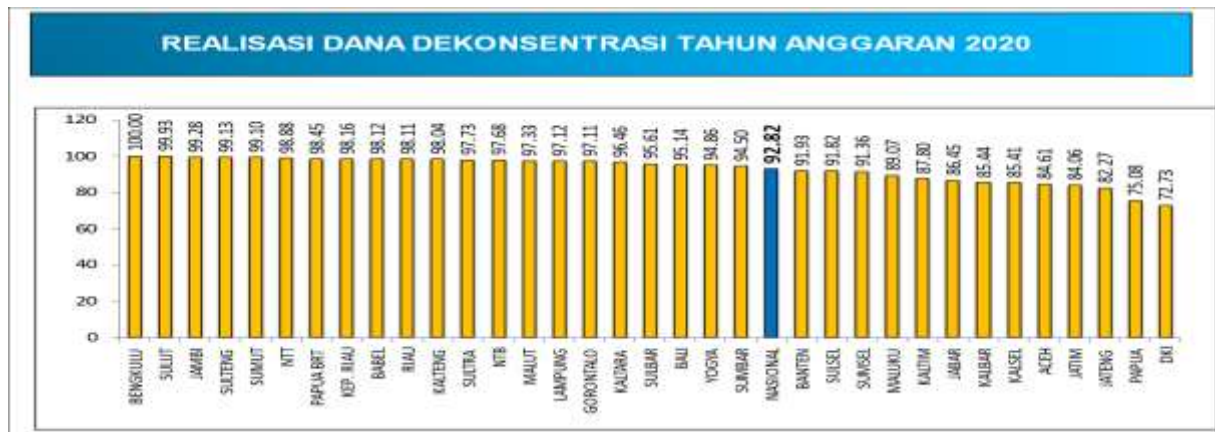
Tabel 12. Realisasi Dekonsentrasi di lingkungan Ditjen Kesehatan Masyarakat

<b>No</b>	<b>Nama Satker</b>	<b>Alokasi</b>	<b>Realisasi SP2D</b>	<b>% Realisasi SP2D</b>
1	Dinkes Prov DKI	2,649,895,000	1,927,324,700	72.73
2	Dinkes Prov Jabar	2,195,635,000	1,898,038,646	86.45
3	Dinkes Prov Jateng	3,146,310,000	2,588,582,638	82.27
4	Dinkes Prov Yogya	2,239,526,000	2,124,349,550	94.86
5	Dinkes Prov Jatim	3,217,961,000	2,704,962,775	84.06
6	Dinkes Prov Aceh	2,722,248,000	2,303,209,746	84.61
7	Dinkes Prov Sumut	1,992,492,000	1,974,581,400	99.10
8	Dinkes Prov Sumbar	2,601,590,000	2,458,536,742	94.50
9	Dinkes Prov Riau	2,424,643,000	2,378,760,200	98.11
10	Dinkes Prov Jambi	3,082,253,000	3,060,149,930	99.28
11	Dinkes Prov Sumsel	2,594,591,000	2,370,314,300	91.36
12	Dinkes Prov Lampung	1,288,992,000	1,251,856,310	97.12
13	Dinkes Prov Kalbar	2,543,029,000	2,172,703,632	85.44
14	Dinkes Prov Kalteng	2,417,856,000	2,370,402,800	98.04
15	Dinkes Prov Kalsel	3,165,717,000	2,703,988,600	85.41
16	Dinkes Prov Kaltim	2,187,071,000	1,920,154,640	87.80
17	Dinkes Prov Sulut	1,846,978,000	1,845,682,000	99.93
18	Dinkes Prov Sulteng	3,202,641,000	3,174,648,950	99.13
19	Dinkes Prov Sulsel	1,504,745,000	1,381,719,400	91.82
20	Dinkes Prov Sultra	1,930,376,000	1,886,473,200	97.73

<b>No</b>	<b>Nama Satker</b>	<b>Alokasi</b>	<b>Realisasi SP2D</b>	<b>% Realisasi SP2D</b>
21	Dinkes Prov Maluku	1,348,782,000	1,201,421,779	89.07
22	Dinkes Prov Bali	1,116,076,000	1,061,830,750	95.14
23	Dinkes Prov NTB	2,281,900,000	2,228,964,050	97.68
24	Dinkes Prov NTT	3,131,617,000	3,096,546,185	98.88
25	Dinkes Prov Papua	1,322,011,000	992,575,312	75.08
26	Dinkes Prov Bengkulu	3,647,538,000	3,647,443,000	100.00
27	Dinkes Prov Maluku	1,820,024,000	1,771,487,700	97.33
28	Dinkes Prov Banten	2,479,177,000	2,279,093,000	91.93
29	Dinkes Prov Babel	1,851,707,000	1,816,825,193	98.12
30	Dinkes Prov Gorontalo	3,917,213,000	3,804,163,034	97.11
31	Dinkes Prov Kep. Riau	2,147,294,000	2,107,771,958	98.16
32	Dinkes Prov Papbar	1,512,964,000	1,489,469,000	98.45
33	Dinkes Prov Sulbar	1,514,933,000	1,448,487,200	95.61
34	Dinkes Prov Kaltara	1,947,051,000	1,878,219,510	96.46
	<b>Total Dekonsentrasi</b>	<b>78,992,836,000</b>	<b>73,320,737,830</b>	<b>92.82</b>

Sumber Data: Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Tahun 2020 (Cut off 23 Januari 2020)

Grafik 9. Persentase Realisasi Dana Dekonsentrasi Program Kesmas Tahun 2020



Sumber Data: Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Tahun 2020 (Cut off 23 Januari 2020)

Selain sumber daya anggaran di kantor pusat, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat juga didukung sumberdaya anggaran yang berada di kantor daerah, yaitu pada Unit Pelaksana Teknis (UPT) yang terdiri dari: a) BKTM Makassar, b) LKTM Palembang dan BKOM Bandung. Secara umum serapan anggaran pada kantor daerah sebesar 96,63%, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 13. Realisasi Anggaran Program Kesehatan Masyarakat

No	Satuan Kerja	Alokasi	Realisasi	%
1	BKTM MAKASAR	7,584,745,000	7,201,024,624	94.94
2	LKTM PALEMBANG	4,740,324,000	4,624,490,641	97.56
3	BKOM BANDUNG	4,929,858,000	4,848,510,702	98.35
<b>Total</b>		<b>17,254,927,000</b>	<b>16,674,025,967</b>	<b>96.63</b>

Sumber Data: Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Tahun 2020 (Cut off 23 Januari 2020)

### Efisiensi Sumber Daya Tahun 2020

Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat menerapkan kebijakan untuk kegiatan tahun 2020 di era pandemi COVID-19 yang melibatkan peserta dengan jumlah banyak dengan pertemuan secara virtual dengan memanfaatkan teknologi yang ada antara lain:

- a. Kegiatan Pertemuan Rapat Koordinasi Pengendalian Operasional Program (Rakorpop) Triwulan I, II melalui *zoom meeting*;
- b. Kegiatan Sosialisasi Program Kesehatan Masyarakat seperti Sosialisasi Juknis, Pedoman dengan melalui *zoom meeting* atau aplikasi *online* yang lainnya.
- c. Kegiatan Penyusunan Laporan Keuangan Semester I yang melibatkan 34 Provinsi;
- d. Monitoring Program memanfaatkan aplikasi-aplikasi yang saat ini sudah tersedia seperti SMART DJA, E-Monev BAPPENAS, E-Performance, Aplikasi Komdat Kesmas juga dilakukan secara *online*;
- e. Kegiatan *desk* Dana Alokasi (DAK) Fisik dan DAK Non Fisik yang melibatkan Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota juga dilakukan secara *online* berkoordinasi dengan Biro Perencanaan dan Anggaran.

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat yang disusun setiap tahun, merupakan bentuk pertanggung jawaban satuan kerja dalam melaksanakan kegiatannya. Tahun 2020 merupakan tahun pertama dalam periode pembangunan jangka menengah 2020 – 2024.

Ditjen Kesmas memiliki 4 Indikator Kinerja Program dan indikator kinerja lainnya yang harus diukur, dipantau, dilaporkan secara rutin dan berkala. Cakupan yang mencapai/melebihi target hanya 1 indikator, yaitu Persentase Ibu Hamil KEK, sementara 3 indikator lainnya tidak mencapai target yang ditetapkan (Persentase Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; Persentase Desa/Kelurahan Stop Buang air besar Sembarangan/SBS; Persentase Kabupaten/Kota yang menerapkan Kebijakan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat). Total alokasi seluruh Program Kesmas sebesar Rp.885.762.202.710,- (97,09%).

Permasalahan yang dihadapi terutama adalah sulitnya melaksanakan pelayanan kesehatan/kegiatan Program Kesehatan Masyarakat pada masa pandemi. Walaupun telah dilakukan penyesuaian pelayanan, namun hasilnya belum tercapai secara optimal.

Dalam pelaksanaan program ke depan, terdapat kekuatan dan peluang yang bisa dimanfaatkan untuk meningkatkan cakupan Program Kesehatan Masyarakat, antara lain meningkatnya komitmen daerah dalam pencapaian program prioritas nasional; pembiayaan kesehatan semakin meningkat, termasuk dari lintas sektor; perencanaan dan pengelolaan anggaran sudah semakin efektif, efisien, dan transparan; jumlah fasilitas pelayanan kesehatan semakin meningkat, meningkatnya inovasi program kesehatan di daerah, pemanfaatan informasi dan teknologi meluas.





# GERMAS

Gerakan Masyarakat  
Hidup Sehat

