



LAPORAN KINERJA



2024

Direktorat Pencegahan dan
Pengendalian Penyakit Menular



KATA PENGANTAR



Puji dan syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, Laporan Kinerja Instansi Pemerintah Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Tahun 2024 dapat disusun dengan baik. Penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Tahun 2024 berpedoman kepada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 88 Tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

Penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah Kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Tahun 2024 merupakan bentuk pertanggungjawaban atas capaian kinerja Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular sehingga diharapkan dapat meningkatkan akuntabilitas publik dan meningkatkan kinerja. Laporan ini berisi pencapaian sasaran tahun 2024 sebagaimana yang ditetapkan di dalam dokumen penetapan kinerja dan dokumen perencanaan serta menyajikan informasi tentang strategi pencapaian tujuan dan sasaran organisasi, realisasi pencapaian indikator kinerja utama organisasi, penjelasan yang memadai mengenai pencapaian kinerja dan perbandingan capaian indikator kinerja dengan target kinerja lima tahunan yang direncanakan.

Keberhasilan dalam pelaksanaan tugas dan fungsi Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular dalam mencapai target sasaran kinerja yang telah ditetapkan merupakan hasil kerja keras dan peran serta semua pegawai, kerjasama lintas program dan lintas sektor di lingkungan Kementerian Kesehatan, para pemangku kepentingan serta dukungan dari provinsi dan kabupaten/kota di seluruh Indonesia. Kami mengucapkan apresiasi dan terima kasih yang sebesar-besarnya dan menyampaikan penghargaan kepada semua pihak atas dukungan, peran serta dan kerja sama yang telah terjalin dengan baik.

Jakarta, 08 Januari 2025

Direktur Pencegahan dan Pengendalian
Penyakit Menular



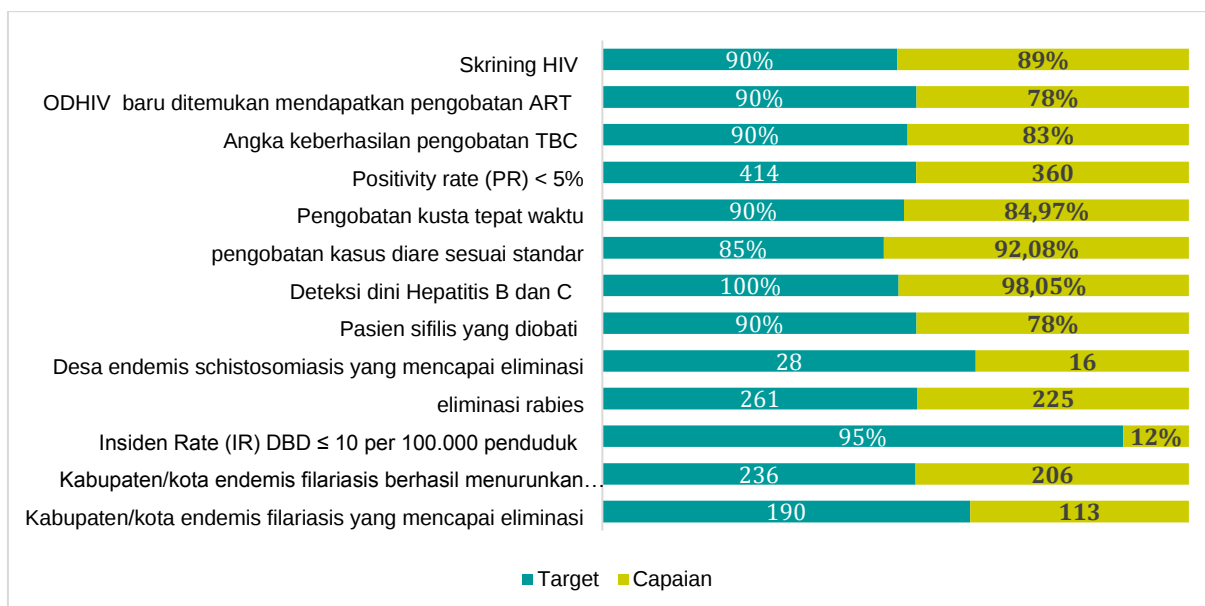
[Signature]
dr. Ina Agustina Isturini, MKM

IKHTISAR EKSEKUTIF

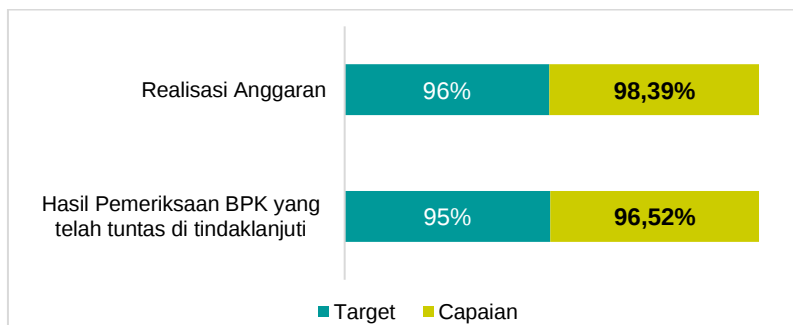
NILAI KINERJA KEGIATAN

85.06

PROGRAM



DUKUNGAN MANAJEMEN



Laporan Kinerja Instansi Pemerintah Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Tahun 2024 merupakan ikhtisar yang menjabarkan capaian kinerja atas implementasi sistem akuntabilitas kinerja Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular sesuai dengan Perjanjian Kinerja Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular dan mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024,



Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 dan Rencana Aksi Program Ditjen P2P Tahun 2020-2024 dan Rencana Aksi Kegiatan Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Tahun 2020-2024 Revisi. Dalam menyusun laporan kinerja Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Tahun 2024, digunakan data pengukuran kinerja dan evaluasi kinerja serta pengungkapan secara memadai dengan analisis terhadap pengukuran kinerja selama tahun 2024.

Berdasarkan grafik di atas, nilai kinerja Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular sebesar 85,06. Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular mempunyai indikator yang termasuk banyak di lingkungan Kementerian Kesehatan, sehingga denominator atas nilai kinerja jumlahnya pun banyak dan berpengaruh pada total nilai kinerja. Sejumlah 4 indikator kinerja kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular telah mencapai target dan 12 indikator tidak mencapai target indikator tahun 2024. Adapun penyebab tidak tercapainya indikator tersebut di antaranya yaitu :

1. Pencatatan dan pelaporan berjenjang dari fasyankes tingkat pertama hingga pusat sehingga data yang tercantum dalam laporan masih bersifat sementara dan akan dilakukan validasi akhir bulan februari.
2. Pencatatan dan pelaporan pada tingkat daerah kepada Kementerian Kesehatan masih terdapat *delay report dan under reporting*.
3. Komitmen daerah dalam upaya bersama mencegah dan mengendalikan penyakit menular belum adekuat
4. Penemuan kasus semakin meningkat sehingga pengobatan pada kasus positif semakin bertambah.
5. Pemenuhan pengadaan logistik masih belum dapat mencakup seluruh kebutuhan daerah
6. Distribusi logistik sebagai menunjang pelaksanaan program belum sepenuhnya terlaksana pada setiap tim kerja
7. Masih perlunya peningkatan kapasitas baik pada tenaga kesehatan, kasus positif, dan masyarakat
8. Akses dan cakupan layanan kesehatan masih belum memadai

Berbagai upaya terus dilakukan oleh Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular dalam mengatasi permasalahan yang dihadapi selama tahun 2024. Upaya yang telah dilakukan di antaranya yaitu koordinasi lintas program dan lintas sektor serta menjalin kemitraan dengan organisasi luar negeri, swasta maupun komunitas, sosialisasi dan diseminasi informasi kepada pengelola program dan masyarakat serta pihak yang terkait; melakukan penyusunan NSPK; melakukan pelayanan publik berupa penemuan kasus baru, investigasi peningkatan kasus dan KLB, surveilans, dan pendistribusian alat dan bahan Kesehatan; Data dan informasi dengan system pencatatan dan pelaporan baik melalui digitalisasi informasi maupun manual; sarana Kesehatan berupa pemenuhan alat, bahan dan obat ke daerah; pelatihan bidang pencegahan dan pengendalian penyakit menular; serta fasilitasi dan pembinaan daerah.



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	2
IKHTISAR EKSEKUTIF	3
DAFTAR ISI	5
DAFTAR TABEL	6
DAFTAR GRAFIK	7
DAFTAR GAMBAR	9
BAB I	12
A. LATAR BELAKANG	12
B. ISU STRATEGIS	13
C. VISI MISI	15
D. TUGAS POKOK DAN FUNGSI	17
E. STRUKTUR ORGANISASI	17
F. SUMBER DAYA MANUSIA	18
G. SISTEMATIKA PENULISAN	21
BAB II	22
A. PERENCANAAN KINERJA	22
B. PERJANJIAN KINERJA	24
BAB III	25
A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI	25
B. ANALISIS PENCAPAIAN ORGANISASI	26
BAB IV	171
A. KESIMPULAN	171
B. REKOMENDASI TINDAK LANJUT	171
LAMPIRAN	176



DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Target Indikator Kinerja Kegiatan Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Tahun 2020 – 2024	23
Tabel 2. 2 Perjanjian Kinerja Kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Tahun 2024.....	24
Tabel 3. 1 Target dan Capaian Indikator Kinerja Kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Tahun 2024	25
Tabel 3. 2 Capaian Penduduk Berdasarkan Endemisitas Tahun 2024.....	54
Tabel 3. 3 Capaian Jumlah Kab/Kota dengan Positivity Rate (PR) Malaria <5% Per Provinsi Tahun 2024.....	55
Tabel 3. 4 Persentase Penderita Kusta yang Menyelesaikan Pengobatan Tepat Waktu di Indonesia Tahun 2024 (Menggunakan Capaian Data 2023)	67
Tabel 3. 5 Jumlah Kabupaten Kota yang mempunyai IR $\leq 10/100.000$ penduduk per provinsi di Indonesia Tahun 2024	126
Tabel 3. 6 ringkasan hasil pemeriksaan BPK atas Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular	156
Tabel 3. 7 Aset Tetap Renovasi Sudah Selesai Proses Hibah	160
Tabel 3. 8 Aset Tetap Renovasi Dalam Proses Penghapusan	160
Tabel 3. 9 Aset Tetap Renovasi Dalam Proses Penyelesaian Hibah atas Sebab-sebab lain	161
Tabel 3. 10 Aset Tetap Renovasi Dalam Proses Penandatanganan Naskah Hibah dan BAST ..	161
Tabel 3. 11 Realisasi Anggaran Direktorat P2PM berdasarkan Klasifikasi Rincian Output Tahun 2024.....	164
Tabel 3. 12 Realisasi Anggaran Direktorat P2PM berdasarkan Tim Kerja Tahun 2024.....	164
Tabel 3. 13 Data Realisasi Anggaran Kegiatan per Indikator Kinerja Kegiatan	165
Tabel 3. 14 Perbandingan Capaian Kinerja Kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular dengan Realisasi Anggaran Tiap Indikator	166
Tabel 3. 15 Revisi Anggaran Tahun 2024	168



DAFTAR GRAFIK

Grafik 1. 1 Distribusi Pegawai Berdasarkan Jabatan.....	18
Grafik 1. 2 Distribusi Pegawai Berdasarkan Tim Kerja	19
Grafik 1. 3 Distribusi Pegawai Berdasarkan Golongan.....	20
Grafik 1. 4 Distribusi Pegawai Berdasarkan Pendidikan.....	20
Grafik 3. 1 Capaian Orang dengan Risiko Terinfeksi Virus yang melemahkan Sistem Kekebalan Tubuh Manusia yang mendapatkan Skrining HIV 27	
Grafik 3. 2 Capaian Presentase Orang Dengan Risiko Terinfeksi Virus yang melemahkan Sistem Kekebalan Tubuh Manusia yang mendapatkan Skrining HIV Per Provinsi Tahun 2024 ...	28
Grafik 3. 3 Capaian dan Target Indikator Tahun 2022 – 2024.....	29
Grafik 3. 4 Capaian Indikator persentase ODHIV baru ditemukan yang mendapatkan pengobatan ARV Tahun 2024	37
Grafik 3. 5 Capaian Indikator persentase ODHIV baru ditemukan yang mendapatkan pengobatan ART Per Provinsi Tahun 2024.....	37
Grafik 3. 6 Perkembangan Menuju Target 95-95-95	38
Grafik 3. 7 Capaian dan Target Indikator Angka Keberhasilan Pengobatan TBC Tahun 2020 – 2024.....	47
Grafik 3. 8 Angka Keberhasilan Pengobatan TBC Per Provinsi Tahun 2024.....	48
Grafik 3. 9 Capaian Jumlah Kabupaten/Kota mencapai Positivity Rate (PR) malaria < 5% Tahun 2021 – 2024.....	57
Grafik 3. 10 Capaian Persentase Konfirmasi Pemeriksaan Sediaan Darah	58
Grafik 3. 11 Indikator dan Capaian Persentase Penderita Kusta yang Menyelesaikan Pengobatan Kusta Tepat Waktu Tahun 2020 – 2024.....	67
Grafik 3. 12 Target Dan Capaian Indikator Pengobatan Kasus Pneumonia Sesuai Standar 2022 – 2024.....	76
Grafik 3. 13 Capaian Indikator Pengobatan Kasus Pneumonia Sesuai Standar Tahun 2024	77
Grafik 3. 14 Target dan Capaian Persentase Pengobatan Diare sesuai Standar Tahun 2022 – 2024.....	84
Grafik 3. 15 Persentase Kasus Diare yang diberikan Oralit dan Zinc	84
Grafik 3. 16 Target dan Capaian Persentase Kabupaten/Kota Melaksanakan Deteksi Dini Hepatitis B dan C pada Populasi Berisiko Tahun 2020 - 2024	90
Grafik 3. 17 Persentase Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Deteksi Dini Hepatitis B dan C pada Populasi Berisiko Berdasarkan Provinsi Tahun 2024	90
Grafik 3. 18 Persentase Ibu Hamil Yang Melakukan Deteksi Dini Hepatitis B Per Provinsi	91
Grafik 3. 19 Presentase Pasien Sifilis yang diobati Tahun 2024.....	98



Grafik 3. 20 Capaian Presentase Pasien Sifilis yang Diobati per Provinsi Tahun 2024	98
Grafik 3. 21 Capaian dan Target Presentase Pasien Sifilis yang Diobati Tahun 2022 – 2024	99
Grafik 3. 22 Target dan Capaian Jumlah Desa Endemis Schistosomiasis yang Mencapai Eliminasi Tahun 2020 – 2024.....	108
Grafik 3. 23 Target dan Capaian Jumlah Desa Endemis Schistosomiasis yang Mencapai Eliminasi per Kabupaten Endemis Tahun 2024.....	108
Grafik 3. 24 Prevalensi Schistosomiasis pada Manusia Tahun 2015 – 2024.....	109
Grafik 3. 25 Intensitas Infeksi Schistosomiasis Pada Manusia	110
Grafik 3. 26 Jumlah Kabupaten/Kota Endemis Rabies yang mencapai	117
Grafik 3. 27 Jumlah Kabupaten/Kota Eliminasi Rabies per Provinsi Tahun 2023 – 2024	118
Grafik 3. 28 Tren Kasus Dengue Di Indonesia Dan Negara Endemis.....	126
Grafik 3. 29 Target dan Capaian Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) Program Arbovirosis Tahun 2020-2024.....	127
Grafik 3. 30 Jumlah Kabupaten/Kota Endemis Filariasis Berhasil Menurunkan Mf Rate <1% Tahun 2020 – 2024.....	138
Grafik 3. 31 Kabupaten/kota Endemis Filariasis Berhasil Menurunkan Angka Mikrofilaria Rate <1% Per-Provinsi Tahun 2024	139
Grafik 3. 32 Capaian Indikator Jumlah Kabupaten/Kota Endemis Filariasis berhasil Mencapai Eliminasi Filariasis Tahun 2020 - 2024.....	145
Grafik 3. 33 Capaian Indikator Kabupaten/Kota Endemis Filariasis Yang Mencapai Eliminasi Per Provinsi Tahun 2024.....	146
Grafik 3. 34 Progres Capaian Tindak Lanjut LHP BPK Tahun 2024 Pada Tingkat Satuan Kerja di Kementerian Kesehatan.....	156



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. 1 Struktur Organisasi Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit ..	17
Gambar 3. 1 Penemuan Kasus HIV Melalui Mobile Clinic	30
Gambar 3. 2 Sosialisasi Pedoman PPCP	30
Gambar 3. 3 Penyusunan RAN HIV AIDS.....	31
Gambar 3. 4 Lokakarya Nasional Sosialisasi Juknis NPA	31
Gambar 3. 5 koordinasi dan jejaring dengan layanan kesehatan	32
Gambar 3. 6 Sosialisasi Program HIV AIDS dan PIMS (Germas)	32
Gambar 3. 7 Pertemuan Review Program dan Penyusunan Strategi P2 HIV AIDS dan PIMS	33
Gambar 3. 8 Sosialisasi dan Implementasi Public Private Community Partnership (PPCP)	39
Gambar 3. 9 penyusunan Rencana Aksi Program HIV AIDS dan PIMS.....	39
Gambar 3. 10 Kegiatan Sosialisasi Juknis dan Implementasi Layanan PoC (Point of Care) HIV .	40
Gambar 3. 11 Pertemuan Penguatan komitmen pencapaian target Viral Load (VL) HIV	40
Gambar 3. 12 Sosialisasi Program HIV AIDS dan PIMS melalui Gerakan Masyarakat	41
Gambar 3. 13 Workshop Test and Treat Perluasan PDP	41
Gambar 3. 14 Pendampingan dan fasilitatif program HIV AIDS dan PIMS	42
Gambar 3. 15 Pertemuan Multi month dispensing (MMD).....	42
Gambar 3. 16 Pelatihan Petugas Pemegang Program HIV AIDS dan PIMS	43
Gambar 3. 17 Kontak Tracing pasien loss to follow up.....	50
Gambar 3. 18 Peluncuran penggunaan rejimen pengobatan BPAL/M dalam Webinar Hari Tuberkulosis Sedunia 2024.....	51
Gambar 3. 19 Peta Endemisitas Indonesia Tahun 2024	54
Gambar 3. 20 External Kompetensi Assesment Mikroskopis Malaria (Ecam) di Bali tanggal 30 Juni - 5 Juli 2024.....	59
Gambar 3. 21 Pendampingan diagnosis dan tatalaksana malaria di Provinsi Yogyakarta tanggal 29 Januari - 1 Juli 2024.....	59
Gambar 3. 22 Supervisi dalam Rangka Evaluasi Pelaksanaan FGD Minum Obat Massal Malaria (MOMAL) tanggal 13 – 15 Maret 2024	60
Gambar 3. 23 Pertemuan Penyusunan Pedoman Surveilans Sentinel Plasmodium Knowlesi di Indonesia (06-08 Februari 2024).....	61
Gambar 3. 24 On the job training SISMAL di Batam tanggal 2-5 Desember 2024.....	62
Gambar 3. 25 Pertemuan Monitoring dan Evaluasi Program Malaria Tahun 2024	63
Gambar 3. 26 Deteksi Dini di Sekolah Dasar dalam Kegiatan Advokasi Program P2 Kusta dan Frambusia di Kabupaten Kaimana, Papua Barat	72
Gambar 3. 27 Pemantauan Stok Obat MDT Kusta di Gudang	72



Gambar 3. 28 Verifikasi Kasus dan Pelacakan Kontak dalam Kegiatan Asesmen Eliminasi Kusta di Kabupaten Sekadau, Kalimantan Barat.....	73
Gambar 3. 29 Orientasi Penemuan Kasus dan Tatalaksana Pneumonia untuk Petugas Puskesmas	79
Gambar 3. 30 Advokasi dan Sosialisasi RAN Penanggulangan Pneumonia dan Diare	79
Gambar 3. 31 Kegiatan Press Briefing dalam Rangka Peringatan Hari Pneumonia Sedunia	80
Gambar 3. 32 Kegiatan Bincang Sehat Kenali Pneumonia	80
Gambar 3. 33 Kegiatan Peningkatan Kapasitas Pengelola Program Dan Tenaga Kesehatan	86
Gambar 3. 34 On The Job Training Manajemen dan Tatalaksana Hepatitis B dan C.....	93
Gambar 3. 35 On The Job Training Pemberian profilaksis tenofovir kepada ibu hamil.....	94
Gambar 3. 36 On The Job Training dan perluasan layanan hepatitis C	95
Gambar 3. 37 Peringatan Hari Hepatitis Sedunia.....	95
Gambar 3. 38 Pertemuan koordinasi penyakit infeksi menular seksual.....	100
Gambar 3. 39 Pertemuan koordinasi layanan IMS di Nusa Tenggara Barat.....	101
Gambar 3. 40 Pertemuan Monev PPIA.....	101
Gambar 3. 41 Penemuan Kasus Melalui Skrining IMS/Sifilis Oleh Layanan dan Komunitas	102
Gambar 3. 42 Sosialisasi Pedoman Teknis Public Private Community Partnership (PPCP)	102
Gambar 3. 43 Penyusunan Rencana Aksi Nasional HIV AIDS dan PIMS	103
Gambar 3. 44 Sosialisasi Program HIV AIDS dan PIMS di Masyarakat bersama mitra / stakeholder	103
Gambar 3. 45 Pertemuan Evaluasi PrEP	104
Gambar 3. 46 pendampingan dan fasilitatif program HIV AIDS dan PIMS	104
Gambar 3. 47 Advokasi, koordinasi, dan peran aktif lintas sektor dan lintas program dalam upaya eliminasi schistosomiasis di tingkat Kementerian Lembaga secara daring	112
Gambar 3. 48 Survei prevalensi schistosomiasis pada manusia.....	112
Gambar 3. 49 Tatalaksana kasus positif schistosomiasis dan POPM	113
Gambar 3. 50 Penandatanganan MoU Antara Rotary Club Kyoto dan Rotary Palu	113
Gambar 3. 51 Penyemprotan moluskisida (racun keong) di Dataran Tinggi Napu Kabupaten Poso	114
Gambar 3. 52 Advokasi dan audiensi pengendalian rabies dengan Gubernur Provinsi Nusa Tenggara Timur dan Bupati Kabupaten Belu	120
Gambar 3. 53 Kegiatan On the job training rabies pada tanggal 20 – 23 Februari 2024 di Bekasi	121
Gambar 3. 54 Kegiatan On the job training IBCM Rabies tanggal 30 Juli – 2 Agustus 2024 di Pontianak.....	121
Gambar 3. 55 Sebaran Kasus Dengue di Dunia Tahun 2024.....	125



Gambar 3. 56 Sebaran Kasus Dengue di Asia Tahun 2024	125
Gambar 3. 57 Koordinasi Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Arbovirosis...	129
Gambar 3. 58 Kampanye Kawasan Bebas Jentik di Pelabuhan Batam.....	130
Gambar 3. 59 Seminar Pengendalian Dengue di Hotel Santika Batam	130
Gambar 3. 60 Kegiatan GERMAS mengenai Pencegahan dan Pengendalian Penyakit DBD dan Arbovirosis lainnya.....	131
Gambar 3. 61 Kegiatan Penyelidikan Epidemiologi di Kab. Jepara	132
Gambar 3. 62 Kegiatan Assesment IR di Kab Banjar Provinsi Kalimantan Selatan.....	133
Gambar 3. 63 Update SOP Survei TAS Alternatif dengan metode Brugia Impact Survey (BIS) .	148
Gambar 3. 64 Penyusunan Juknis Manajemen Kasus kronis Filariasis.....	148
Gambar 3. 65 Pertemuan sosialisasi, koordinasi dan pembekalan teknis POPM Filariasis regimen IDA di Kabupaten Kaimana tanggal 28-29 Mei 2024.....	149
Gambar 3. 66 Pertemuan sosialisasi, koordinasi dan pembekalan teknis POPM Filariasis regimen IDA di Kabupaten Bangka Selatan tanggal 15-16 Mei 2024.....	150
Gambar 3. 67 Pendampingan dan supervisi POPM Filariasis di wilayah Provinsi Papua Barat Daya (kab. Sorong).....	151
Gambar 3. 68 Survei Penilaian Penularan Filariasis metode alternatif (Brugia Impact Survey/BIS)	151
Gambar 3. 69 Surveilans Kasus kronis Filariasis	152
Gambar 3. 70 Peningkatan Kapasitas Petugas Kesehatan SDM Filariasis	152



BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Sesuai Undang – Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025, pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui peningkatan upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, SDM kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan yang disertai peningkatan pengawasan, pemberdayaan masyarakat, dan manajemen kesehatan. Penekanan diberikan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat serta upaya promotif dan preventif. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan upaya program dan sektor yang telah dilaksanakan dalam periode sebelumnya. Periode Rencana Pembangunan Jangka Menengah Tahun 2020–2024 merupakan bagian penting dari implementasi pembangunan jangka panjang, oleh karena itu percepatan pelaksanaan atas perencanaan tersebut menjadi kunci keberhasilan program pembangunan nasional.

Kementerian Kesehatan telah menyusun Rencana Strategis (Renstra) untuk mendukung pembangunan nasional dengan mengacu pada RPJMN sesuai dengan amanat Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional dan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005–2025. Rencana Strategis Tahun 2020–2024 Kementerian Kesehatan yang telah ditetapkan melalui Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 21 Tahun 2020, mengalami perubahan yang ditetapkan melalui Permenkes Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Permenkes Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024.

Perubahan Rencana Strategis ini merupakan upaya penyesuaian atas adanya perubahan struktur organisasi dan pandemi Covid-19, yang mendorong Kementerian Kesehatan untuk melaksanakan transformasi kesehatan. Transformasi kesehatan ini sesuai dengan mandat dari Presiden Republik Indonesia yakni pelaksanaan vaksinasi Covid-19 secepat-cepatnya, penanganan pandemi Covid-19 dan Transformasi Sistem Kesehatan. Transformasi kesehatan dilaksanakan dengan menegakkan enam pilar yakni 1). Transformasi Layanan Primer, 2). Transformasi Layanan Rujukan, 3). Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan, 4). Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan, 5). Transformasi Sumber Daya Manusia Kesehatan dan 6). Transformasi Teknologi Kesehatan.

Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular terbentuk melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2022, di bawah Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Sejalan dengan perubahan Renstra Kementerian Kesehatan, telah disusun Rencana Aksi Kegiatan (RAK) Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular pada Tahun 2022. Sebagai bentuk pertanggungjawaban atas upaya mencapai tujuan strategis sebagaimana telah tertuang dalam RAK Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular, maka Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular menyusun Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LAPKIN) yang dapat pula digunakan



sebagai bahan evaluasi kinerja direktorat dalam upaya meningkatkan capaian kinerja tahun berikutnya.

B. ISU STRATEGIS

Peran Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan adalah di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit menular melalui upaya-upaya untuk mencapai status reduksi, eliminasi, dan eradikasi. Penyakit menular yang masih menjadi masalah utama dan harus mendapat perhatian khusus yaitu tuberkulosis, HIV/AIDS, malaria, penyakit infeksi baru yang menyebabkan kedaruratan kesehatan masyarakat, dan penyakit tropis terabaikan (*Neglected Tropical Diseases* - NTDs).

Infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan Infeksi Menular Seksual (IMS) merupakan masalah kesehatan masyarakat yang meluas menjadi masalah sosial, ekonomi, dan budaya. Data capaian 2024, menunjukkan estimasi ODHIV hidup tahun 2024 sebanyak 568.401 orang, ODHIV yang masih hidup dan mengetahui status sebesar 61% yaitu 344.099 orang, ODHIV yang sedang mendapatkan pengobatan ARV sebanyak 219.081 (64%) dan 117.402 (54%) ODHIV yang sedang mendapat pengobatan on ARV yang dites viral load yang virusnya tersupresi (SIHA per 05 Januari 2025). Infeksi baru HIV di Indonesia terus mengalami penurunan, sejalan dengan penurunan infeksi baru HIV global. Tujuan pengendalian HIV AIDS pada tahun 2030 adalah mencapai *Three Zero* yaitu *zero new HIV infection*, *zero AIDS related death* dan *zero discrimination* melalui program STOP (Suluh, Tes, Obati dan Pertahankan). Target STOP tahun 2030 sebesar 95-95-95 yaitu 95% orang dengan HIV mengetahui status HIV nya, 95% orang dengan HIV AIDS mendapatkan pengobatan dan 95% orang yang mendapatkan pengobatan HIV tersupresi virusnya. Dengan adanya komitmen diharapkan semua elemen baik pemerintah, swasta, masyarakat dan pihak terkait dapat mendorong pencapaian eliminasi HIV tahun 2030.

Hasil estimasi IMS di Indonesia pada tahun 2020, menunjukkan bahwa prevalensi gonore dan infeksi klamidia pada populasi kunci terjadi 30 kali lebih tinggi dibandingkan dengan pada populasi umum. Namun secara umum terjadi penurunan prevalensi sifilis pada WPS (Wanita Pekerja Seks) dan LSL (Lelaki Suka Lelaki) yang disebabkan oleh karena peningkatan penggunaan kondom dan upaya pencegahan IMS dan HIV lainnya. Hal ini juga sejalan dengan penurunan pada prevalensi HIV. Pengendalian IMS pada populasi kunci dan non populasi kunci, terutama ibu hamil harus terus diperkuat agar target eliminasi IMS dapat tercapai.

Tuberkulosis (TBC) adalah penyakit yang dapat dicegah dan diobati. Namun pada tahun 2023, TBC menempati peringkat ke-2 penyebab kematian tertinggi dari agen infeksius tunggal setelah Covid-19. Oleh karena itu, diperlukan tindakan mendesak untuk mengakhiri epidemi global TBC pada tahun 2030, yang sudah diadopsi dan disepakati oleh semua negara anggota PBB dan WHO. Merujuk pada Global TB Report tahun 2024, diperkirakan lebih dari 10 juta orang di dunia terinfeksi tuberkulosis dan jumlahnya sudah melambat dan mulai stabil. Pada tahun 2023, jumlah total kasus insiden TBC sebesar 10,8 juta jiwa, sedikit meningkat dari 10,7 juta pada tahun 2022, meskipun masih jauh lebih tinggi dari 10,4 juta pada tahun 2021 dan 10,1 juta pada tahun 2020. Sebagian besar peningkatan kasus insiden secara global antara tahun 2022 dan 2023 mencerminkan pertumbuhan populasi. Angka insiden TBC (kasus baru per 100.000 populasi) pada tahun 2023 adalah 134, peningkatan yang sangat kecil (0,2%) dibandingkan dengan tahun 2022.



Sebagian besar orang yang terkena penyakit TBC berada di 30 negara dengan beban TBC tinggi, yang mencakup 87% dari total global pada tahun 2023. Lima negara mencakup 56% dari total di seluruh dunia: India (26%), Indonesia (10%), Tiongkok (6,8%), Filipina (6,8%) dan Pakistan (6,3%). Pada tahun 2023, 55% orang yang terkena TBC adalah laki-laki, 33% adalah perempuan dan 12% adalah anak-anak dan remaja muda. Estimasi insiden TBC Indonesia tahun 2023 sebesar 1.090.000 atau 387 per 100.000 penduduk; TB-HIV sebesar 25.000 kasus per tahun atau 8,8 per 100.000 penduduk. Kematian karena TBC diperkirakan sebesar 125.000 atau 44 per 100.000 penduduk dan kematian TBC-HIV sebesar 6.200 atau 2,2 per 100.000 penduduk.

Berdasarkan *World Malaria Report* (WMR) 2024, secara global pada tahun 2023, jumlah kasus malaria diperkirakan mencapai 263 juta, dengan insidensi 60,4 kasus per 1000 penduduk berisiko, terjadi peningkatan 11 juta kasus dari tahun sebelumnya dan peningkatan insidensi dari 58,6 kasus per 1000 penduduk berisiko pada tahun 2022. Kawasan Afrika terus menanggung beban penyakit terberat, yang mencakup sekitar 94% kasus malaria di seluruh dunia pada tahun 2023. Lima negara dengan jumlah kasus malaria tertinggi beban kasus malaria pada tahun 2023 adalah Nigeria (26%), Republik Demokratik Kongo (13%), Uganda (5%), Ethiopia (4%), dan Mozambik (4%). Pada tahun 2023 dan 2024, kemajuan penting telah dicapai dalam upaya pemberantasan malaria. Jumlah negara endemis malaria menurun dari 85 pada tahun 2022 menjadi 83 tahun 2023, sebagai hasil dari keberhasilan Timor-Leste dan Arab Saudi mempertahankan nol kasus penularan setempat (indigeneous) selama 3 tahun berturut-turut.

Wilayah Asia Tenggara memiliki delapan negara endemis malaria pada tahun 2023 dengan jumlah kasus sekitar 4 juta kasus dan menyumbang 1,5% dari beban kasus malaria secara global. Pada tahun 2023, India menyumbang sebagian dari seluruh kasus malaria yang diperkirakan di wilayah tersebut, diikuti oleh Indonesia, yang menyumbang kurang dari sepertiga. Estimasi kasus malaria di Indonesia pada tahun 2023 sebesar 1.090.000 (*World Malaria Report*, 2024) sedangkan kasus positif malaria yang dilaporkan pada Sistem Informasi Surveilans Malaria (SISMAL) sebesar 418.546 kasus. Kasus terbesar dilaporkan di Provinsi tanah Papua yang berkontribusi menyumbang kasus positif 386.991 (93%) dari kasus nasional.

Indonesia hingga kini masih menjadi penyumbang kasus baru kusta nomor 3 terbesar di dunia, setelah India dan Brazil. Sebanyak 14.376 kasus baru ditemukan sepanjang tahun 2023 dengan proporsi kasus anak 8,20%, kasus baru tanpa cacat 84,8%, dan persentase penderita kusta yang telah menyelesaikan pengobatan tepat waktu *Release From Treatment* (RFT) 84,97%. Kasus kusta baru paling banyak ditemukan di wilayah timur Indonesia, yaitu regional Sulawesi, Maluku, dan Papua, sementara itu di wilayah Jawa, kasus kusta terpusat di daerah pantura. Mengatasi berbagai permasalahan di atas, berbagai upaya inovatif dan strategi baru terus dikembangkan. Sebagai pedoman dalam menjalankan program penanggulangan kusta telah diterbitkan Permenkes No. 11 tahun 2019 tentang Penanggulangan Kusta dan Kepmenkes HK.01.07/Menkes/308/2019 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana Kusta.

Frambusia adalah salah satu dari penyakit tropis terabaikan yang merupakan penyakit menular langsung antar manusia yang disebabkan oleh infeksi kronis bakteri *Treponema pertenue* yang hidup di daerah tropis, biasanya terlihat sebagai lesi pada kulit serta dapat menyebabkan cacat pada tulang. Indonesia melaporkan kasus frambusia terbanyak di Asia Tenggara. Tahun 2022, dilaporkan sebanyak 68 kasus frambusia dari 6 kabupaten/kota di Provinsi Maluku Utara, Papua, dan Papua Barat. Sebanyak 356 kab kota belum dinyatakan



sebagai kabupaten /kota bebas frambusia terdiri dari 282 kabupaten/kota non endemis dan 74 kabupaten/kota endemis frambusia. Dalam rangka mewujudkan eradikasi frambusia di Indonesia, diterbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2017 tentang Eradikasi Frambusia yang berisi tahapan kegiatan eradikasi melalui pelaksanaan surveilans adekuat bagi kabupaten/kota endemis dan non endemis, Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Frambusia total penduduk pada desa endemis frambusia dan Survei Serologi Frambusia selama tiga tahun berturut-turut pada kabupaten/kota endemis frambusia untuk pembuktian bahwa sudah tidak terjadi transmisi frambusia di daerah tersebut.

Rabies adalah penyakit zoonotik akibat virus rabies yang ditularkan kepada manusia melalui air liur, gigitan/cakaran atau jilatan pada kulit terbuka oleh hewan yang terinfeksi rabies (terutama anjing, kelelawar, kucing dan kera). 99% kematian manusia akibat rabies didapatkan melalui gigitan anjing yang terinfeksi. Penyakit ini menyerang pada semua umur dan jenis kelamin dengan Case Fatality Rate pada pasien yang sudah memiliki gejala adalah 100%. Menurut WHO setiap tahunnya, 59.000 orang di dunia meninggal karena rabies, 40% di antaranya adalah anak-anak usia di bawah 15 tahun. 98% kematian manusia akibat rabies terjadi di Asia dan Afrika. Sekitar 31.000 orang (59,6%) meninggal setiap tahunnya di Asia dan 20.000 (35%) kasus kematian terjadi di India. Di Afrika sekitar 24.000 orang (36,4%) meninggal karena rabies setiap tahunnya, sementara itu kurang dari 0,05% kematian manusia akibat rabies terjadi di Amerika. Eropa Barat, Kanada, Amerika Serikat, Jepang, beberapa negara Amerika Latin, antartika dilaporkan bebas dari rabies. Untuk kawasan Asia Tenggara hanya Singapura yang bebas rabies. di Filipina insidensi rabies berkisar 0,1 per 100.000 penduduk, Vietnam insidensi rabies berkisar antara 1,7 – 117,2 per 100.000 penduduk, Serawak (Sibu) Malaysia insidensi rabies berkisar 1,7 per 100.000 penduduk.

Filariasis adalah penyakit menular menahun yang disebabkan oleh cacing filaria dan ditularkan melalui nyamuk dan menginfeksi jaringan limfe (getah bening). Di Indonesia, ada tiga spesies cacing filaria yaitu *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* dan *Brugia timori*. Filariasis menular melalui gigitan nyamuk yang mengandung cacing filaria dalam tubuhnya dan di dalam tubuh manusia, cacing tersebut tumbuh menjadi cacing dewasa dan menetap di jaringan limfe sehingga menyebabkan pembengkakan di kaki, tungkai, payudara, lengan dan organ genital. WHO melalui *Roadmap NTD 2021* menetapkan eliminasi filariasis global pada tahun 2030. Secara global masih terdapat 72 negara endemis filariasis, sedangkan di Indonesia sendiri sebanyak 236 kabupaten/kota yang tersebar di 28 provinsi merupakan daerah endemis filariasis. Total kasus kronis filariasis yang dilaporkan hingga tahun 2023 sebanyak 8.451 kasus. Angka ini terlihat menurun dari data tahun sebelumnya karena dilaporkan beberapa kasus meninggal dunia dan adanya perubahan diagnosis sesudah dilakukan validasi data/konfirmasi kasus klinis kronis yang dilaporkan tahun sebelumnya.

C. VISI MISI

Visi Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular

Untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil, dan makmur sesuai dengan RPJPN 2005-2025, Presiden terpilih sebagaimana tertuang dalam RPJMN 2020-2024 telah menetapkan Visi Presiden 2020-2024: “Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian, Berlandaskan Gotong Royong”.



Sejalan dengan visi Presiden 2020 – 2024 dan Visi Kementerian Kesehatan 2020 – 2024 yaitu “Menciptakan Manusia yang Sehat, Produktif, Mandiri dan Berkeadilan”, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit telah menetapkan visi yaitu “Mewujudkan Masyarakat Bebas Penyakit dan Kesehatan Lingkungan yang berkualitas”.

Sebagai upaya dukungan terhadap visi Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular menetapkan visi “Mewujudkan Masyarakat Bebas Penyakit Menular yang Berkualitas”

Misi Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular

Visi Presiden 2020-2024 yakni “Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian, Berlandaskan Gotong Royong” akan dapat tercapai dengan didukung adanya penetapan 9 (sembilan) misi Presiden 2020 - 2024, di antaranya:

- 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. Kemajuan 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;
- h. Pengelolaan Pemerintahan yang Bersih, Efektif, dan Terpercaya;
- i. Sinergi Pemerintah Daerah dalam Kerangka Negara Kesatuan.

Guna mendukung peningkatan kualitas manusia Indonesia, termasuk penguatan struktur ekonomi yang produktif, mandiri dan berdaya saing khususnya di bidang farmasi dan alat kesehatan, Kementerian Kesehatan telah menjabarkan misi Presiden, sebagai berikut:

- a. Meningkatkan Kesehatan Reproduksi, Ibu, Anak, dan Remaja;
- b. Perbaikan Gizi Masyarakat;
- c. Meningkatkan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit;
- d. Pembudayaan GERMAS;
- e. Memperkuat Sistem Kesehatan.

Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit telah menetapkan misi tahun 2022-2024 yang merupakan penjabaran misi Presiden dan Kementerian Kesehatan yakni:

- a. Peningkatan Deteksi, Pencegahan dan Respon Penyakit;
- b. Perbaikan Kualitas Lingkungan;
- c. Penguatan sistem surveilans berbasis laboratorium penyakit dan faktor risiko;
- d. Penguatan sistem tata kelola kesehatan.

Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular sebagai satuan kerja yang berada di bawah Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, menetapkan misi 2020 – 2024 sebagai wujud dukungan visi “Mewujudkan Masyarakat Bebas Penyakit Menular yang Berkualitas”, sebagai berikut:

- a. Meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyakit menular yang berkelanjutan
- b. Meningkatkan penemuan kasus penyakit menular
- c. Meningkatkan pengobatan penyakit yang berkualitas
- d. Meningkatkan Sumber Daya

D. TUGAS POKOK DAN FUNGSI

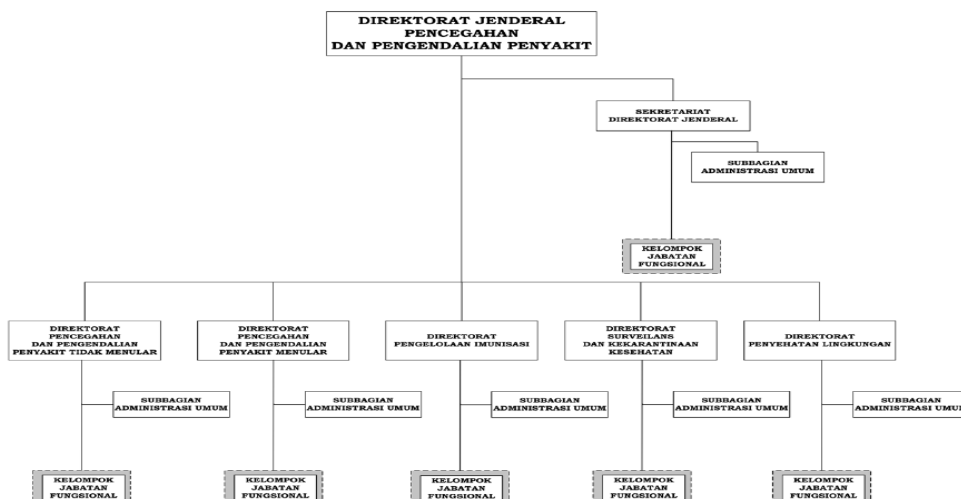
Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan pada pasal 82, Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular mempunyai tugas melaksanakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan, penyusunan norma, standar, prosedur dan kriteria, pemberian bimbingan teknis dan supervisi, evaluasi dan pelaporan di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit Menular. Selanjutnya dalam pasal 83 disebutkan bahwa dalam melaksanakan tugasnya, Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular menyelenggarakan fungsi

- Penyiapan perumusan kebijakan di bidang surveilans, deteksi dini, pengendalian faktor risiko, dan koordinasi upaya pencegahan dan pengendalian penyakit menular;
- Pelaksanaan kebijakan di bidang surveilans, deteksi dini, pengendalian faktor risiko, dan koordinasi upaya pencegahan dan pengendalian penyakit menular;
- Penyiapan penyusunan norma, standar, prosedur dan kriteria di bidang surveilans, deteksi dini, pengendalian faktor risiko dan koordinasi upaya pencegahan dan pengendalian penyakit menular;
- Pemberian bimbingan teknis dan supervisi di bidang surveilans, deteksi dini, pengendalian faktor risiko dan koordinasi upaya pencegahan dan pengendalian penyakit menular;
- Pemantauan, evaluasi dan pelaporan; dan
- Pelaksanaan urusan administrasi Direktorat

E. STRUKTUR ORGANISASI

Pada Lampiran D Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022, berikut adalah Struktur Organisasi Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit :

Gambar 1. 1 Struktur Organisasi Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit



Sumber: Permenkes Nomor 5 Tahun 2022

Berdasarkan Permenkes Nomor 5 Tahun 2022, Struktur Organisasi Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular berada di bawah Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Pasal 84 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5

Tahun 2022, Susunan organisasi Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular terdiri atas:

- a. Subbagian Administrasi Umum; dan
- b. Kelompok Jabatan Fungsional.

Subbagian Administrasi Umum mempunyai tugas melakukan penyiapan dan koordinasi penyusunan rencana, program, anggaran, pelaksanaan anggaran, pembukuan dan inventarisasi barang milik negara, urusan sumber daya manusia, pengelolaan data dan sistem informasi, pemantauan, evaluasi, laporan, kearsipan, persuratan, dan kerumahtanggaan Direktorat.

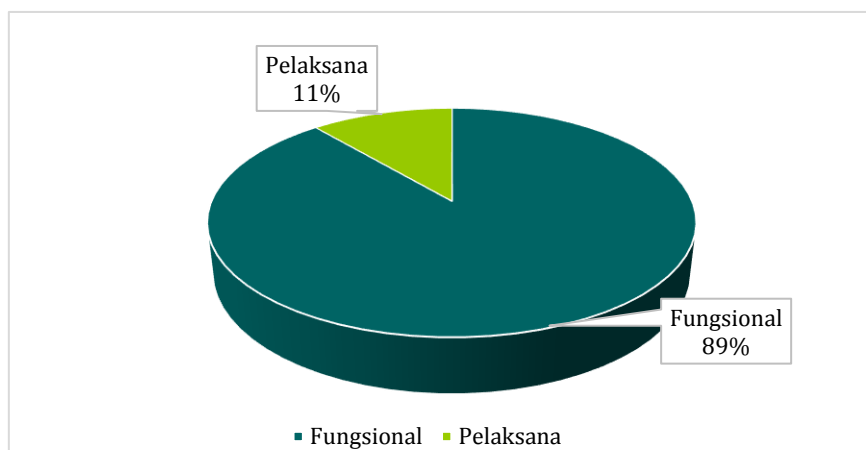
Dalam Keputusan Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit nomor: HK.02.02/C/347/2024 tanggal 2 Februari 2024 tentang Tim Kerja Di Lingkungan Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular yaitu:

- a. Tim Kerja Tuberkulosis
- b. Tim Kerja HIV, Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS),
- c. Tim Kerja Hepatitis dan Penyakit Infeksi Saluran Pencernaan (PISP)
- d. Tim Kerja *Neglected Disease* (Penyakit Tropis Terabaikan)
- e. Tim Kerja Arbovirosis
- f. Tim Kerja Malaria
- g. Tim Kerja Zoonosis dan PAGHBTB; &
- h. Tim Kerja Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)

F. SUMBER DAYA MANUSIA

Sumber daya manusia di Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular sampai dengan akhir tahun 2024 terdiri dari pegawai ASN sebanyak 117 orang dengan distribusi pegawai di Subbag Administrasi Umum sejumlah 20 orang, 96 orang pada tim kerja dan dibantu oleh staf PPNNP sebanyak 13 orang. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, susunan organisasi Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular terdiri dari Subbagian Administrasi Umum dan Kelompok Jabatan Fungsional. Dengan dasar tersebut maka distribusi pegawai berdasarkan jabatannya dapat digambarkan dalam grafik berikut:

Grafik 1. 1 Distribusi Pegawai Berdasarkan Jabatan



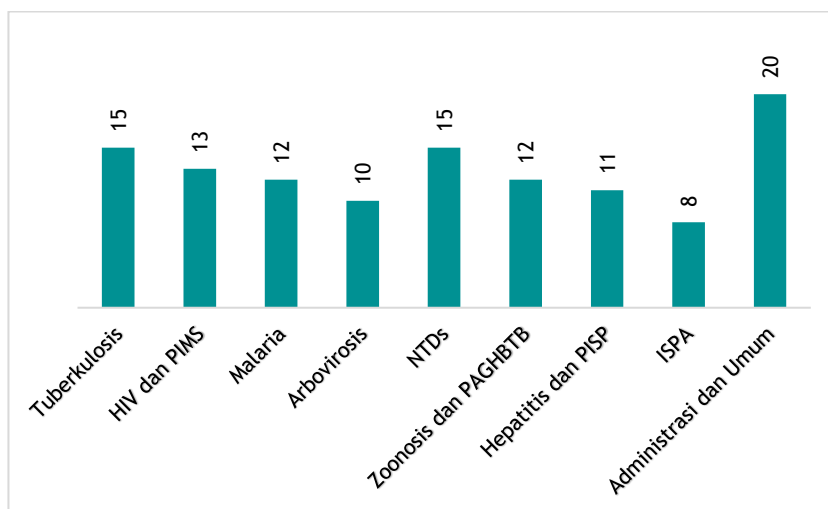
Sumber : Data Sistem Manajemen Kepegawaian Direktorat P2PM Tahun 2024

Jabatan administrator terdiri dari Direktur dan Kepala Subbagian Administrasi Umum. Proporsi pegawai dengan jabatan fungsional di Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular sebesar 89% (103 pegawai) dan pegawai dengan jabatan pelaksana sebesar 11% (13 pegawai). Pada tahun 2024, terjadi peningkatan jumlah pegawai yang diangkat dalam jabatan fungsional dibandingkan dengan tahun 2023 yaitu sebesar 2%.

Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit menetapkan Tim Kerja di lingkungan Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular melalui Surat Keputusan Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit nomor HK.02.02/C/2472/2024 tanggal 23 September 2024 bahwa Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular terdiri dari Tim Kerja Tuberkulosis, Tim Kerja HIV, Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS), Tim Kerja Hepatitis, dan Penyakit Infeksi Saluran Pencernaan (PISP), Tim Kerja Neglected Disease/ Penyakit Tropis Terabaikan, Tim Kerja Arbovirolosis, Tim Kerja Malaria, Tim Kerja Zoonosis dan Penyakit Akibat Gigitan Hewan Berbisa dan Tanaman Beracun, dan Tim Kerja Infeksi Saluran Pernapasan Akut.

Dalam menjalankan tugas dan fungsi Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular didukung oleh sumber daya aparatur sipil negara sejumlah 116 orang dengan distribusi pegawai di Subbag Administrasi Umum sejumlah 20 orang dan 96 orang terdistribusi di tim kerja sebagaimana tergambar pada gambar berikut:

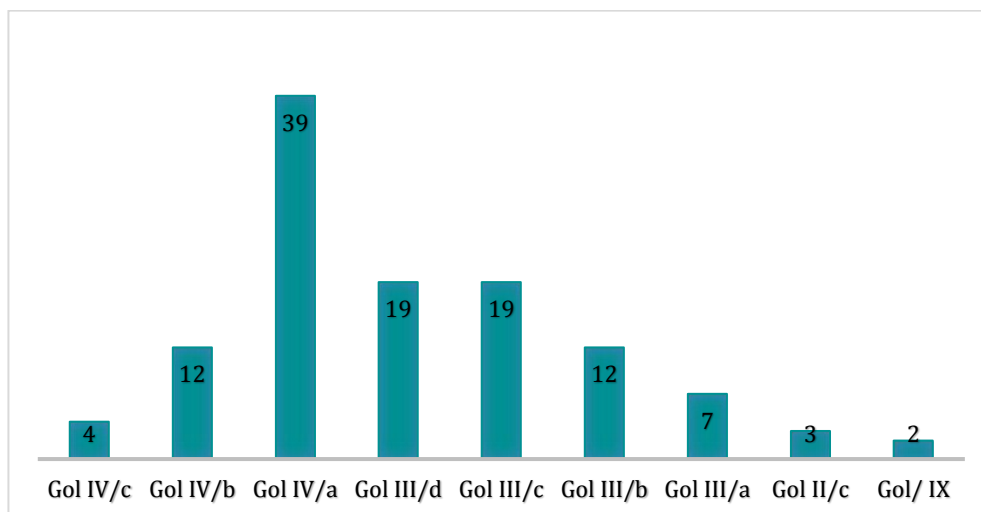
Grafik 1. 2 Distribusi Pegawai Berdasarkan Tim Kerja



Sumber : Data Sistem Manajemen Kepegawaian Direktorat P2PM Tahun 2024

Berdasarkan pangkat dan golongan, sumber daya aparatur sipil negara Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular beragam mulai dari pangkat dan golongan Pengatur Muda Tk.I – II/c hingga Pembina Utama Muda – IV/c. Jumlah terbanyak ada pada pangkat dan golongan Pembina – IV/a yakni sejumlah 41 orang dan jumlah paling sedikit pada pangkat Pengatur sejumlah 3 orang dan 1 orang pegawai PPPK dengan golongan IX. Berikut distribusi pegawai Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular berdasarkan Pangkat dan Golongan

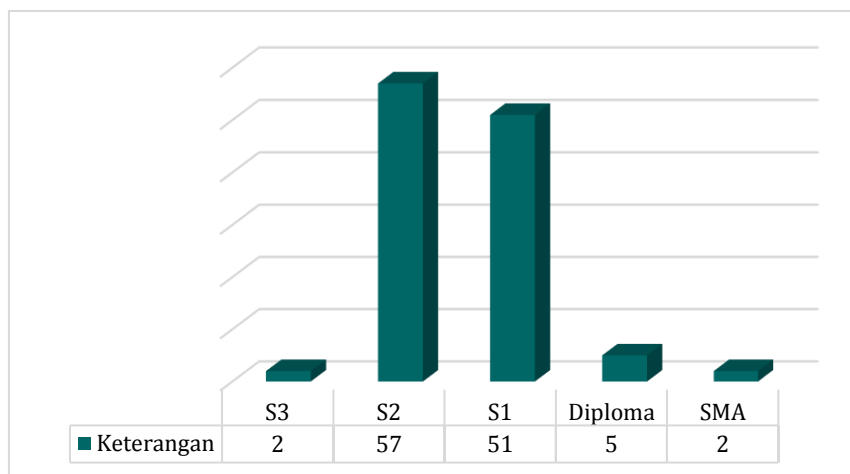
Grafik 1. 3 Distribusi Pegawai Berdasarkan Golongan



Sumber : Data Sistem Manajemen Kepegawaian Direktorat P2PM Tahun 2024

Jumlah pegawai dengan golongan dan pangkat pembina (IV/a) berbanding lurus dengan banyaknya pegawai dengan tingkat Pendidikan tinggi. Golongan dan pangkat Pembina (IV/a) mempunyai tingkat pendidikan S-2. Semakin tinggi tingkat pendidikan diharapkan dapat mendukung berjalannya program secara optimal. Berdasarkan tingkat pendidikannya, pegawai Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular digambarkan sebagai berikut:

Grafik 1. 4 Distribusi Pegawai Berdasarkan Pendidikan



Sumber : Data Sistem Manajemen Kepegawaian Direktorat P2PM Tahun 2024

Tingkat pendidikan pegawai Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular paling banyak memiliki pendidikan Sarjana (S1) yakni sejumlah 51 orang, Magister (S2) sejumlah 57 orang sementara pendidikan tertinggi yakni S3 dengan jumlah 2 orang pegawai. Pegawai dengan pendidikan SMA sebanyak 2 orang. Dengan jumlah pegawai yang sebagian besar sudah mencapai Sarjana dan Magister diharapkan dapat menjalankan tugas dan fungsi Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular dengan optimal. Sangat



diharapkan tingkat pendidikan pegawai dapat terus berkembang sehingga tujuan unit kerja dapat tercapai.

G. SISTEMATIKA PENULISAN

1. Bab I Pendahuluan

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

2. Bab II Perencanaan Kinerja

Bab ini menguraikan ringkasan/ikhtisar perjanjian kinerja Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular tahun 2023.

3. Bab III Akuntabilitas Kinerja

a. Capaian Kinerja Organisasi

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

b. Realisasi Anggaran

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

4. Bab IV Penutup

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



BAB II

PERENCANAAN KINERJA

A. PERENCANAAN KINERJA

Arahan Presiden Republik Indonesia kepada Kementerian Kesehatan yang salah satunya merupakan arahan terhadap transformasi sektor kesehatan, yang kemudian diterjemahkan sebagai reformasi sistem kesehatan nasional. Hal ini mendasari adanya perubahan Rencana Strategi Kementerian Kesehatan pada tahun 2022. Perubahan strategi dalam Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2020 – 2024 mencakup 6 (enam) hal prinsip atau disebut sebagai pilar transformasi kesehatan, yakni :

1. Transformasi Layanan Primer;
2. Transformasi Layanan Rujukan;
3. Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan;
4. Transformasi Pembiayaan Kesehatan;
5. Transformasi SDM Kesehatan; dan
6. Transformasi Teknologi Kesehatan.

Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit berkontribusi pada pelayanan kesehatan primer dan sistem ketahanan Kesehatan, dengan menetapkan target kinerja. Selanjutnya berdasarkan target kinerja program tersebut menjadi dasar bagi unit kerja di bawah unit utama untuk menetapkan target kinerja kegiatan.

Dalam mendukung pembangunan kesehatan, Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular sebagai penyelenggara program di bawah Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit telah menetapkan program untuk dapat mengoptimalkan capaian tujuan Kementerian Kesehatan. Indikator Kinerja Kegiatan yang telah ditetapkan merupakan penjabaran dari Indikator Kinerja Program Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.

Tahun 2022, Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular terbentuk karena adanya restrukturisasi organisasi Kementerian Kesehatan sesuai tercantum pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan. Adanya perubahan struktur organisasi dan upaya menyelaraskan target kinerja sesuai dengan arah transformasi kesehatan, maka Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular telah menetapkan target kinerja kegiatan sebagai berikut :

Tabel 2. 1 Target Indikator Kinerja Kegiatan Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Tahun 2020 – 2024

NO	SASARAN KEGIATAN/ INDIKATOR KINERJA KEGIATAN		TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
Kegiatan : Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular							
1.	Meningkatnya Penemuan dan pengobatan kasus HIV						
	1.1	Persentase orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia yang mendapatkan skrining HIV	-	-	80	85	90
	1.2	Persentase Orang dengan HIV (ODHIV) baru ditemukan mendapatkan pengobatan ART	77	80	85	90	90
2	Meningkatnya Penemuan dan pengobatan kasus TBC						
	2.1	Angka keberhasilan pengobatan TBC	80	85	90	90	90
3	Meningkatnya jumlah kab/ Kota dengan API < 1/1000 penduduk						
	3.1	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai positivity rate (PR) < 5%	-	-	374	394	414
4	Meningkatnya Proporsi kasus kusta baru tanpa cacat						
	4.1	Persentase penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan kusta tepat waktu	-	-	90	90	90
5	Meningkatnya Pencegahan dan pengendalian penyakit menular						
	5.1	Persentase pengobatan kasus pneumonia sesuai standar	-	-	50	70	95
	5.2	Persentase pengobatan kasus diare sesuai standar	-	-	50	70	85
	5.3	Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini Hepatitis B dan C pada populasi berisiko	85	90	95	100	100
	5.4	Persentase pasien sifilis yang diobati	-	-	75	85	90
	5.5	Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi	11	15	19	24	28
	5.6	Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies	-	-	211	236	261
	5.7	Persentase kabupaten/kota dengan Insiden Rate (IR) DBD ≤ 10 per 100.000 penduduk	-	-	80	85	95
	5.8	Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis berhasil menurunkan angka mikrofilaria < 1%	136	190	207	220	236
	5.9	Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi	-	-	106	150	190

Sumber : Rencana Strategi Kemenkes RI Tahun 2020 – 2024

B. PERJANJIAN KINERJA

Berikut merupakan perjanjian kinerja kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Tahun 2024 sesuai dengan dasar Rencana Strategi Kementerian Kesehatan RI.

Tabel 2. 2 Perjanjian Kinerja Kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Tahun 2024

NO	SASARAN KINERJA	INDIKATOR KINERJA	TARGET
1.	Meningkatnya penemuan dan pengobatan kasus HIV	1. Persentase orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia yang mendapatkan skrining HIV	90
		2. Persentase Orang dengan HIV (ODHIV) baru ditemukan mendapatkan pengobatan ART	90
2.	Meningkatnya penemuan dan pengobatan kasus TBC	3. Angka keberhasilan pengobatan TBC	90
3.	Meningkatnya jumlah kabupaten/kota dengan API < 1/1000 penduduk	4. Jumlah kabupaten/kota yang mencapai positivity rate (PR) < 5%	414
4.	Meningkatnya proporsi kasus kusta baru tanpa cacat	5. Persentase penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan kusta tepat waktu	90
5.	Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit menular	6. Persentase pengobatan kasus pneumonia sesuai standar.	95
		7. Persentase pengobatan kasus diare sesuai standar	85
		8. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini Hepatitis B dan C pada populasi berisiko	100
		9. Persentase pasien sifilis yang diobati	90
		10. Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi	28
		11. Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies	261
		12. Persentase kabupaten/kota dengan Insiden Rate (IR) DBD ≤ 10 per 100.000 penduduk	95
		13. Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis berhasil menurunkan angka mikrofilaria < 1%	236
		14. Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi	190
6.	Meningkatkan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya pada Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular	15. Persentase rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular	95
		16. Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular	96



BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

Capaian kinerja menggambarkan hasil pelaksanaan Rencana Aksi Kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Tahun 2024. Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan capaian kinerja kegiatan dengan target kinerja yang telah ditetapkan dalam perjanjian kinerja. Berikut target dan capaian IKK Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Tahun 2024 :

Tabel 3. 1 Target dan Capaian Indikator Kinerja Kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Tahun 2024

NO	INDIKATOR	TARGET	CAPAIAN	KINERJA
1.	Persentase orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia yang mendapatkan skrining HIV	90	89	98,89%
2.	Persentase Orang dengan HIV (ODHIV) baru ditemukan mendapatkan pengobatan ART	90	78	86,67%
3.	Angka keberhasilan pengobatan TBC	90	83	92,22%
4.	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai positivity rate (PR) < 5%	414	360	86,96%
5.	Persentase penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan kusta tepat waktu	90	84,97	94,41%
6.	Persentase pengobatan kasus pneumonia sesuai standar	95	96,82	101,92%
7.	Persentase pengobatan kasus diare sesuai standar	85	92,08	108,33%
8.	Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini Hepatitis B dan C pada populasi berisiko	100	98,05	98,05%
9.	Persentase pasien sifilis yang diobati	90	78	86,67%
10.	Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi	28	16	57,14%
11.	Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies	261	225	86,21%

NO	INDIKATOR	TARGET	CAPAIAN	KINERJA
12.	Persentase kabupaten/kota dengan Insiden Rate (IR) DBD ≤ 10 per 100.000 penduduk	95	12	12,63%
13.	Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis berhasil menurunkan angka mikrofilaria < 1%	236	206	87,29%
14.	Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi	190	113	59,47%
15.	Persentase rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular	95	96,52	101,60%
16.	Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular	96	98,39	102,49%
RATA-RATA KINERJA				85,06%

Sumber : Data Monitoring Evaluasi Direktorat P2PM Tahun 2024 *cut off* 31 Desember 2024

B. ANALISIS PENCAPAIAN ORGANISASI

1) Persentase orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia yang mendapatkan skrining HIV

a. Definisi Operasional

Jumlah orang dengan risiko (Ibu hamil, pasien IMS, pasien TBC, WPS, LSL, Penasun, WBP dan waria) , terinfeksi virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia yang mendapatkan skrining HIV. Angka ini menggambarkan orang yang berisiko mengetahui status terinfeksi HIV secara dini.

b. Rumus/Cara Perhitungan

Jumlah orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia yang mendapatkan skrining HIV dapat diketahui dengan cara perhitungan sebagai berikut :

$$\text{Persentase orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia yang mendapatkan skrining HIV} = \frac{\text{Jumlah orang yang risiko terinfeksi virus dites/skrining HIV dalam kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah target skrining berisiko HIV dalam kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

c. Capaian Indikator

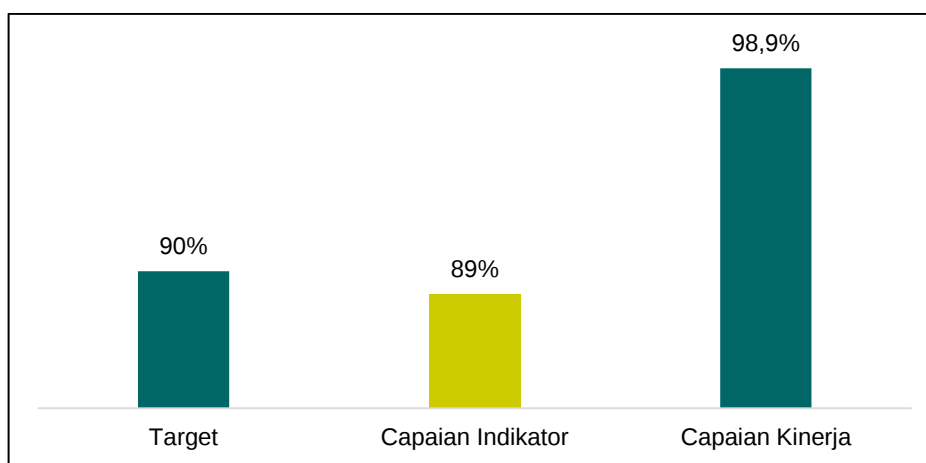
Mekanisme pengumpulan data Indikator orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia yang mendapatkan skrining HIV dari layanan HIV (Puskesmas dan Rumah Sakit) melaporkan hasil capaian program

secara real time setiap bulan ke dalam Sistem Informasi HIV AIDS dan PIMS (SIHA 2.1) secara online. Batas penginputan laporan adalah setiap tanggal 20 bulan berikutnya.

Menurut UNAIDS, jumlah kasus HIV di dunia pada tahun 2023 adalah 39,9 juta orang. Indonesia masih termasuk dalam negara-negara dengan beban HIV tertinggi di dunia. Indonesia berada di urutan 14 untuk negara dengan estimasi ODHIV tertinggi (570.000 orang) dan urutan 9 untuk negara dengan estimasi infeksi baru HIV tertinggi (280.000 orang).

Dalam upaya percepatan penemuan kasus dini HIV terhadap orang-orang yang berisiko di Indonesia maka dilakukan skrining HIV. Hasil capaian indikator orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia yang mendapatkan skrining HIV tahun 2024 dapat digambarkan pada grafik di bawah :

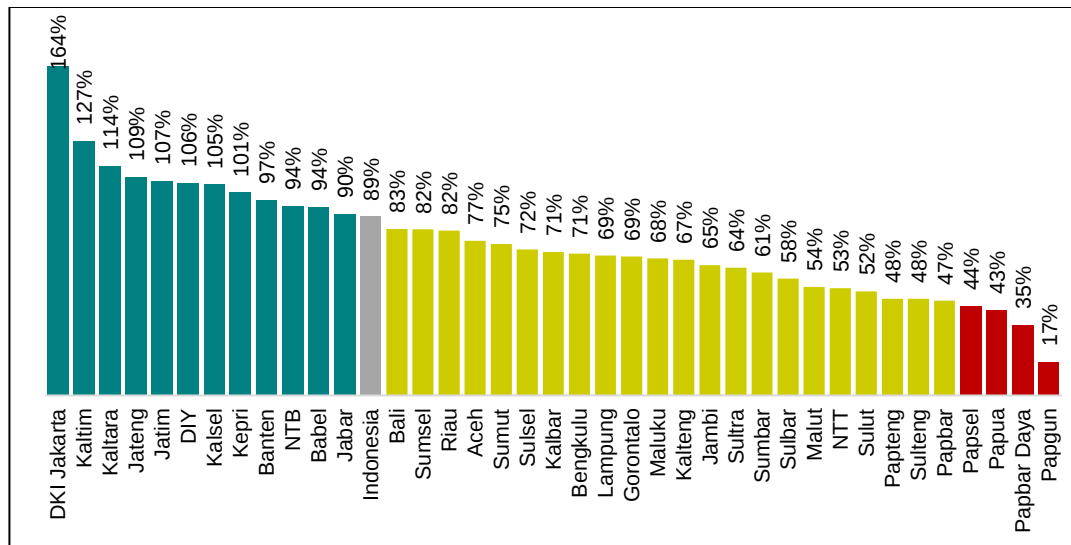
Grafik 3. 1 Capaian Orang dengan Risiko Terinfeksi Virus yang melemahkan Sistem Kekebalan Tubuh Manusia yang mendapatkan Skrining HIV Tahun 2024



Sumber Data : SIHA per 07 Januari 2025

Berdasarkan data di atas diketahui bahwa capaian indikator orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia yang mendapatkan skrining HIV adalah 89% dengan capaian kinerja 98,9%, hasil capaian tersebut masih di bawah target 90%. Untuk hasil capaian indikator per provinsi dapat dilihat pada grafik berikut :

Grafik 3. 2 Capaian Presentase Orang Orang Dengan Risiko Terinfeksi Virus yang melemahkan Sistem Kekebalan Tubuh Manusia yang mendapatkan Skrining HIV Per Provinsi Tahun 2024



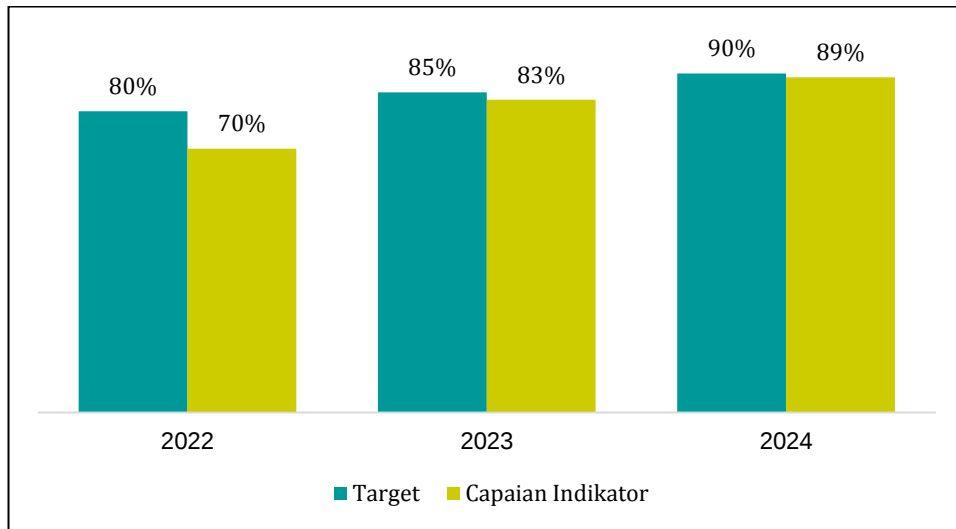
Sumber Data : SIHA per 07 Januari 2025

Dari grafik di atas diketahui bahwa belum semua provinsi mencapai target indikator orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia yang mendapatkan skrining HIV. Provinsi yang sudah mencapai target tahun 2024 ada sebanyak 12 Provinsi yaitu : DKI Jakarta (164%); Kaltim (127%); Kaltara (114%); Jateng (109%); Jatim (107%); (DIY (106%); Kalsel (105%); Kepri (101%); Banten (97%); NTB (94%); Babel (94%) dan Jabar (90%).

Provinsi DKI Jakarta memiliki capaian paling tinggi, hal tersebut antara lain karena adanya kerjasama dinas kesehatan provinsi dengan komunitas untuk mengakses dan membantu dalam menjangkau testing HIV di komunitas online, untuk layanan KT (Konseling Test HIV) yang belum dapat melakukan pencatatan real time di SIHA maka menggunakan pencatatan manual untuk mengakomodir pelaporan yang belum bersifat real time sehingga hasil skrining dapat dilaporkan ke SIHA dan adanya kerja sama dengan perusahaan, kelurahan dalam melakukan skrining HIV.

Bila dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya, hasil capaian indikator orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia yang mendapatkan skrining HIV setiap tahunnya cenderung mengalami peningkatan, hasil capaiannya dapat digambarkan pada grafik di bawah :

Grafik 3. 3 Capaian dan Target Indikator Tahun 2022 – 2024



Sumber Data : SIHA per 07 Januari 2025

Berdasarkan grafik di atas dapat terlihat bahwa ada kenaikan capaian indikator orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia yang mendapatkan skrining HIV setiap tahunnya meskipun belum mencapai target yaitu dari 4.055.600 orang (70%) di tahun 2022 menjadi sebanyak 5.002.679 orang (83%) pada tahun 2023 dan tahun 2024 yang telah diskriming sebanyak 6.828.105 (89%). Peningkatan capaian indikator persentase orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia yang mendapatkan skrining HIV setiap tahunnya dipengaruhi oleh beberapa faktor . Faktor yang mempengaruhi keberhasilan provinsi dalam mencapai target antara lain adalah dengan penerapan Standar Pelayanan Minimum (SPM) yang baik yang dipenuhi oleh kabupaten/kota dalam memberikan pelayanan dasar kesehatan, telah dilaksanakannya skrining aktif (*mobile clinic*) di layanan HIV, adanya koordinasi dan jejaring antara layanan dengan komunitas dalam melakukan skrining HIV terutama untuk menjangkau populasi kunci dan telah dilakukannya pencatatan pelaporan semua hasil skrining HIV ke dalam Sistem Informasi HIV AIDS dan PIMS (SIHA).

d. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

Beberapa upaya yang dilakukan dalam pencapaian indikator tersebut adalah:

1) Penemuan kasus dini melalui skrining yang dilakukan oleh Layanan dan Komunitas di 38 Provinsi

Upaya untuk penemuan kasus dini dilakukan dengan memperluas skrining kasus HIV yang dilakukan oleh komunitas dengan menggunakan oral fluid. Skrining ini terutama dilakukan pada populasi kunci yang sangat tersembunyi dan tidak pernah akses fasyankes. Skrining terhadap semua orang berisiko lainnya telah dilakukan secara pasif di fasyankes yang ada di seluruh kab/kota sejalan dengan Standar Pelayanan Minimum bidang kesehatan sedangkan skrining aktif dilakukan oleh fasyankes dan komunitas melalui kegiatan *mobile clinic*.



Gambar 3. 1 Penemuan Kasus HIV Melalui Mobile Clinic

2) Penyusunan dan Sosialisasi Pedoman Teknis *Public Private Community Partnership* (PPCP)

Untuk meningkatkan skrining / testing dan akses layanan bagi orang yang membutuhkan dengan melakukan pengembangan jaringan PPCP dengan mekanisme kerja sama agar semua fasilitas dan penyedia layanan kesehatan dapat berpartisipasi dalam jejaring, sehingga semua orang yang terinfeksi HIV dapat ditemukan sedini mungkin, diobati sesuai standar dengan virus tersupresi, serta tercatat dalam Sistem informasi HIV/AIDS (SIHA) yg diterapkan secara nasional. Pada tahun 2024 implementasi PPCP dilaksanakan di 34 Provinsi/95 kab/kota.



Gambar 3. 2 Sosialisasi Pedoman PPCP

3) Penyusunan Rencana Aksi Nasional (RAN)

Kegiatan penyusunan Rencana Aksi Program HIV AIDS dan PIMS ini salah satu tujuannya adalah untuk mencapai konsensus nasional mengenai prioritas program, analisis penyebab utama dan optimalisasi intervensi sebagai dasar untuk mengembangkan RAN 2025 – 2029 sehingga diharapkan tercapai konsensus prioritas masalah yang perlu menjadi fokus respon program HIV nasional, teridentifikasinya penyebab utama masalah yang dihadapi program HIV sepanjang *continuum of care*, beserta dengan area intervensinya dan intervensi untuk mengatasi

masalah utama teridentifikasi, dengan potensial kolaborasi lintas kementerian dan lintas program agar *Ending AIDS* di Indonesia dapat diwujudkan.



Gambar 3. 3 Penyusunan RAN HIV AIDS

4) Lokakarya Nasional Sosialisasi Pembaharuan Juknis Notifikasi Pasangan dan Anak (NPA)

Dalam upaya meningkatkan capaian skrining HIV dan menemukan ODHIV baru di Indonesia serta meningkatkan pengetahuan petugas layanan HIV di 38 provinsi maka pada Mei tahun 2024 dilakukan Lokakarya Nasional Pembaharuan Juknis NPA. Diharapkan kegiatan tersebut dapat meningkatkan capaian cakupan penemuan kasus atau skrining HIV dan mencegah serta memutuskan penularan HIV dan IMS di Indonesia.



Gambar 3. 4 Lokakarya Nasional Sosialisasi Juknis NPA

5) Integrasi dan jejaring layanan kesehatan

Integrasi layanan untuk pemeriksaan skrining HIV dilakukan di 38 Provinsi, dengan tujuan untuk meningkatkan skrining HIV pada ibu hamil, pasien TBC dan calon pengantin sehingga diharapkan ODHIV yang ditemukan dapat segera diobati. Dan tidak menularkan ke orang lain/pasangan/anaknya. Selain jejaring internal layanan

dalam upaya meningkatkan capaian skrining juga dilakukan koordinasi dan jejaring dengan layanan kesehatan seperti bidan swasta, dokter praktek mandiri dan lainnya.



Gambar 3. 5 koordinasi dan jejaring dengan layanan kesehatan

- 6) Sosialisasi Program HIV AIDS dan PIMS di Masyarakat bersama mitra/ stakeholder Kegiatan sosialisasi ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dan kepedulian masyarakat serta pemangku kepentingan terhadap pencegahan dan penanggulangan HIV AIDS dan PIMS serta mengurangi stigma dan diskriminasi HIV di masyarakat. Pada tahun 2024 dilaksanakan di 8 Lokus.



Gambar 3. 6 Sosialisasi Program HIV AIDS dan PIMS (Germas)

- 7) Review Program dan Penyusunan Strategi Pengendalian HIV di Tanah Papua Kegiatan monitoring dan evaluasi program ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui kemajuan program, capaian indikator, *lesson learned*/praktik baik dan hambatan atau hal-hal yang tidak diduga yang secara potensial dapat menghambat jalannya program untuk mencapai target yang telah ditetapkan mengingat kasus HIV dan IMS di tanah papua masih cukup tinggi dan capaian indikator kinerja di tanah papua belum mencapai target yang ditetapkan.



Gambar 3. 7 Pertemuan Review Program dan Penyusunan Strategi P2 HIV AIDS dan PIMS

e. Analisa Penyebab Kegagalan Pencapaian

Beberapa faktor yang mempengaruhi belum tercapainya target Persentase orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia yang mendapatkan skrining HIV

- 1) Integrasi dan Jejaring Layanan skrining ibu hamil belum dilaksanakan secara optimal
Saat ini belum semua layanan yang ada di kab/kota melakukan jejaring layanan khususnya untuk pemeriksaan ibu hamil, sehingga capaian skrining HIV pada ibu hamil yang dilakukan di layanan swasta seperti : bidan mandiri, praktek dokter swasta terlupakan dalam SIHA 2.1.
- 2) Koordinasi dan Jejaring antara layanan HIV dan komunitas tidak komprehensif
Koordinasi dan jejaring antara layanan HIV dan komunitas telah dilakukan namun belum berjalan secara optimal di 38 provinsi dalam penemuan kasus atau skrining yang disebabkan karena tidak semua layanan kesehatan di kab/kota memiliki komunitas pendamping atau penjangkau sehingga layanan mengalami kesulitan dalam menemukan atau menjangkau populasi kunci yang tersembunyi atau sulit dijangkau oleh petugas layanan HIV.
- 3) Belum semua hasil pemeriksaan skrining HIV dilaporkan dalam Sistem Informasi HIV AIDS dan PIMS (SIHA 2.1).
- 4) Masih adanya stigma dan diskriminasi HIV di masyarakat sehingga tidak semua orang mau melakukan pemeriksaan HIV terutama populasi kunci karena tidak ingin statusnya diketahui.
- 5) Pelaksanaan skrining HIV yang tidak tepat sasaran yaitu dilakukan pada populasi umum

f. Kendala/masalah yang dihadapi

- 1) Masih ada stigma dan diskriminasi terhadap populasi rentan, populasi kunci.
Adanya stigma dan diskriminasi HIV di masyarakat membuat populasi rentan dan populasi kunci menutup diri, takut statusnya diketahui sehingga sulit untuk dilakukan skrining
- 2) Tidak semua layanan HIV di kabupaten/kota memiliki komunitas penjangkau sehingga mengalami kesulitan dalam menjangkau atau menemukan kasus HIV khususnya pada populasi kunci yang sulit dijangkau oleh petugas layanan HIV.

- 
- 3) Hasil skrining HIV yang dilakukan oleh komunitas secara mandiri masih ada yang belum tercatat dan dilaporkan ke petugas layanan HIV sehingga tidak dilaporkan dalam SIHA. Hal tersebut antara lain karena mereka tidak ingin statusnya diketahui oleh orang lain.
 - 4) Pelaksanaan jejaring Skrining HIV untuk pemeriksaan ibu hamil masih belum dilaksanakan secara optimal. Masih ada layanan di fasilitas pelayanan kesehatan khususnya layanan swasta atau praktek mandiri yang belum melaporkan hasil pemeriksaan skrining HIV nya.

g. Pemecahan masalah

- 1) Sosialisasi dan promosi kesehatan tentang HIV AIDS dan PIMS dengan strategi edukasi pada masyarakat dan penyebaran media KIE promosi kesehatan untuk memberikan informasi dan meningkatkan pengetahuan tentang HIV AIDS dan PIMS sehingga mengurangi stigma dan diskriminasi HIV di masyarakat.
- 2) Mendorong kabupaten/kota di 38 Provinsi untuk membentuk kader HIV yang tidak didampingi oleh komunitas
- 3) Skrining HIV Mandiri (SHM)
Dengan edukasi dan sosialisasi tentang HIV yang optimal diharapkan adanya kesadaran khususnya pada populasi rentan dan berisiko untuk melakukan tes HIV secara mandiri mengingat mereka adalah populasi yang sulit untuk dijangkau oleh petugas layanan dan melaporkan pelayanan kesehatan.
- 4) Integrasi dan jejaring layanan skrining HIV pada populasi rentan
Untuk meningkatkan capaian skrining dan penemuan kasus HIV pada populasi khusus di mana populasi ini rentan untuk tertular HIV/menularkan maka perlu dilakukan skrining pada ibu hamil, pasien TBC karenanya integrasi layanan di fasilitas pelayanan kesehatan diperlukan agar bisa dilakukan skrining HIV bagi ibu hamil di layanan. Untuk pasien TBC dilayani dengan One stop yaitu semua pasien TBC di skrining HIV dan untuk pasien HIV diskriminasi TBC
- 5) Penguatan Sistem Informasi terintegrasi
Dengan adanya sistem informasi terintegrasi yang mudah untuk diaplikasikan oleh semua petugas kesehatan di layanan, maka diharapkan semua hasil skrining dapat dilaporkan dengan baik sehingga capaian menjadi meningkat.
- 6) Pengembangan Jaringan Public Private Community Partnership (PPCP)
Untuk meningkatkan skrining / testing dan akses layanan bagi orang yang membutuhkan dengan melakukan pengembangan jaringan PPCP dengan mekanisme kerja sama agar semua fasilitas dan penyedia layanan kesehatan dapat berpartisipasi dalam jejaring, sehingga semua orang yang terinfeksi HIV dapat ditemukan sedini mungkin, diobati sesuai standar dengan virus tersupresi.
- 7) Perluasan skrining di lapas/rutan
Skrining merupakan hal penting untuk menjaga Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP). Skrining HIV/AIDS bagi WBP berisiko dilaksanakan dalam rangka mendeteksi akan potensi seseorang terinfeksi HIV/AIDS didalam tubuhnya, dengan melakukan perluasan skrining di lapas/rutan di Indonesia. Kegiatan ini diharapkan akan

meningkatkan penemuan kasus HIV secara dini sehingga bisa segera diobati dan tidak menularkan ke warga binaan lainnya.

8) Penguatan Notifikasi Pasangan dan Anak (NPA)

Notifikasi Pasangan dan Anak adalah upaya untuk menemukan pasien HIV melalui pasangan seksualnya. Diharapkan melalui notifikasi pasangan, pasien yang positif HIV mau menyampaikan atau membuka statusnya kepada pasangan seksualnya dan mengajak pasangannya untuk melakukan tes agar bisa diketahui statusnya secara dini.

h. Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Anggaran pencegahan dan penanggulangan HIV AIDS dan PIMS tahun 2024 bersumber APBN yang digunakan untuk pencapaian target program indikator orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia yang mendapatkan skrining HIV adalah sebesar Rp. 313.625.866.800,-. Dengan realisasi anggaran Rp. 311.341.644.182 ,- (99,27%) dan capaian keluaran 98,9 %.

Berdasarkan PMK 22/PMK.02/2021 tentang Pengukuran dan Evaluasi Kinerja Anggaran atas Pelaksanaan RKA, efisiensi dilakukan dengan membandingkan penjumlahan dari selisih antara perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran dan realisasi anggaran keluaran dengan penjumlahan dari perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran. Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut:

$$E = \frac{\sum_{i=1}^n ((PAKi \times CKi) - RAKi)}{\sum_{i=1}^n (PAKi \times CKi)} \times 100\%$$

E : Efisiensi
PAKi : Pagu Anggaran Keluaran
RAKi : Realisasi Anggaran Keluaran
CKi : Capaian Keluaran

PAKi = Rp. 313.625.866.800,- .

RAKi = Rp. 311.341.644.182,-

CKi = 98,9 % = 0,99

$$E = \frac{((313.625.866.800 \times 0,99) - 311.341.644.182)}{(313.625.866.800 \times 0,99)} \times 100\%$$

E = 0,00%

$$NE = 50\% + \left(\frac{E}{20} \times 50\right)$$

$$NE = 50\% + \left(\frac{0,00\%}{20} \times 50\right) = 49\%$$

Dengan pagu anggaran sebesar Rp. 313.625.866.800 dan realisasi sebesar Rp.311.341.644.182,- (99,27%), memiliki nilai efisiensi sebesar 49%.

2. Persentase Orang dengan HIV (ODHIV) baru ditemukan mendapatkan pengobatan ART

a. Definisi Operasional

Jumlah Orang dengan HIV yang baru ditemukan masuk dalam layanan tes dan pengobatan yang memulai terapi antiretroviral (ART). Angka ini menggambarkan temuan kasus HIV di suatu wilayah pada waktu tertentu.

Indikator persentase ODHIV baru ditemukan yang mendapatkan pengobatan ARV merupakan indikator yang menggambarkan temuan kasus HIV di suatu wilayah. Untuk memutuskan mata rantai penularan HIV AIDS dan mengakhiri AIDS pada tahun 2030, maka diharapkan setiap ODHIV yang ditemukan diobati, sehingga virus dapat tersupresi (jumlah virus didalam tubuh sangat rendah) dan tidak lagi berpotensi menularkan kepada orang lain.

b. Rumus/cara perhitungan

Jumlah persentase ODHIV baru ditemukan yang mendapatkan pengobatan ARV dapat diketahui dengan cara perhitungan :

$$\text{Persentase Orang dengan HIV (ODHIV) baru ditemukan mendapatkan pengobatan ART} = \frac{\text{Jumlah ODHIV baru ditemukan layanan mendapat pengobatan ARV dalam kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah ODHIV baru ditemukan dalam kurun waktu yang sama}} \times 100\%$$

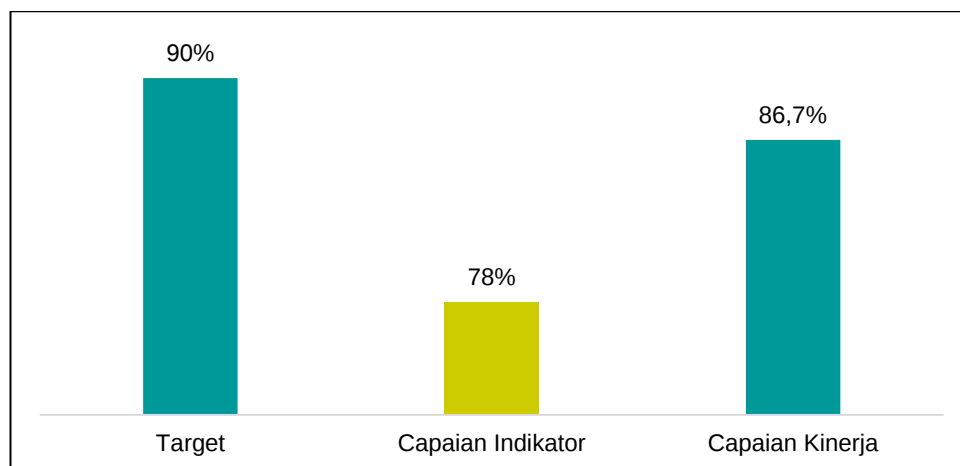
c. Capaian Indikator

Sama seperti indikator orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia yang mendapatkan skrining HIV, pengumpulan data indikator persentase ODHIV baru ditemukan yang mendapatkan pengobatan ART dari layanan HIV (Puskesmas dan Rumah Sakit) melaporkan hasil capaian program secara real time setiap bulan ke dalam Sistem Informasi HIV AIDS dan PIMS (SIHA 2.1) secara online. Batas penginputan laporan adalah setiap tanggal 20 bulan berikutnya.

Menurut UNAIDS, jumlah kasus HIV di dunia pada tahun 2023 adalah 39,9 juta orang. Indonesia masih termasuk dalam negara-negara dengan beban HIV tertinggi di dunia. Indonesia berada di urutan 14 untuk negara dengan estimasi ODHIV tertinggi (570.000 orang).

Untuk menggambarkan temuan kasus HIV di suatu wilayah maka digunakan Indikator persentase ODHIV baru ditemukan yang mendapatkan pengobatan ART. Dalam upaya memutuskan mata rantai penularan HIV AIDS di Indonesia, maka setiap ODHIV yang ditemukan harus diobati sedini mungkin, sehingga virus dapat tersupresi (jumlah virus didalam tubuh sangat rendah) dan tidak lagi berpotensi menularkan kepada orang lain. Berikut grafik capaian indikator tahun 2024.

Grafik 3. 4 Capaian Indikator persentase ODHIV baru ditemukan yang mendapatkan pengobatan ARV Tahun 2024

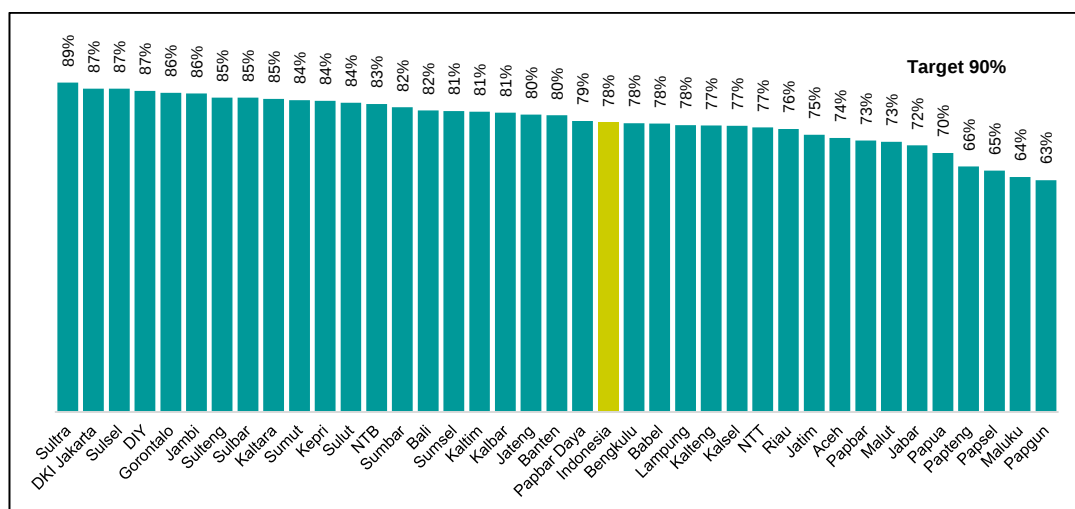


Sumber Data : SIHA per 07 Januari 2025

Berdasarkan data di atas diketahui bahwa capaian indikator persentase ODHIV baru ditemukan yang mendapatkan pengobatan ART adalah 78% dengan capaian kinerja sebesar 86,7%. Berdasarkan Permenkes Nomor 13 Tahun 2022 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020 - 2024, target indikator persentase ODHIV baru ditemukan yang mendapatkan pengobatan ARV adalah 90% sehingga capaian tersebut masih belum mencapai target. Hal tersebut antara lain disebabkan karena pada ODHIV yang menderita penyakit infeksi oportunistik seperti TBC sehingga menyebabkan penundaan dulu pengobatan ART, ODHIV belum siap untuk inisiasi ARV (menunda dulu pengobatan) dan masih merasa sehat, ODHIV belum siap menerima status HIV nya sehingga tidak datang kelayanan untuk pengobatan.

Untuk hasil capaian indikator per provinsi dapat dilihat pada grafik di bawah :

Grafik 3. 5 Capaian Indikator persentase ODHIV baru ditemukan yang mendapatkan pengobatan ART Per Provinsi Tahun 2024



Sumber Data : SIHA, per 07 Januari 2025

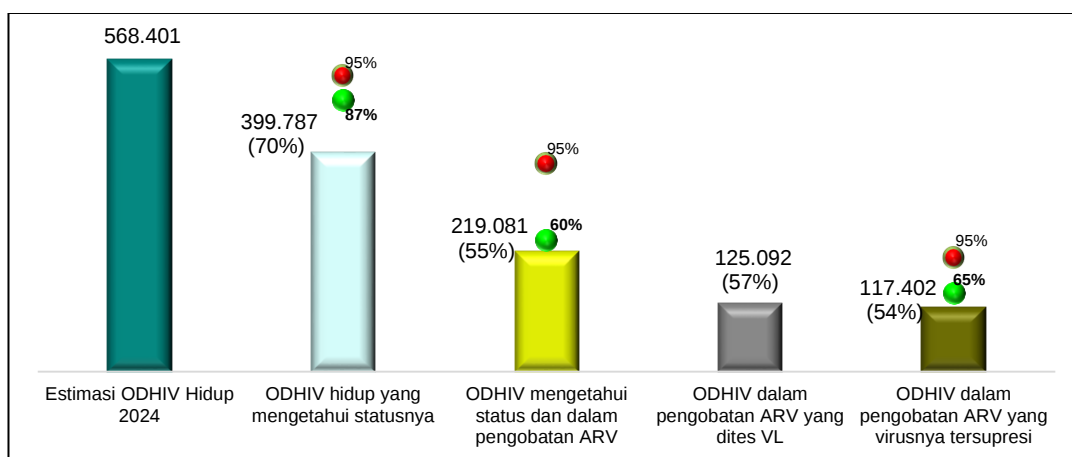
Berdasarkan grafik di atas diketahui bahwa belum ada provinsi yang mencapai target indikator persentase ODHIV baru ditemukan yang mendapatkan pengobatan ART di

mana capaian tertinggi adalah Provinsi Sulawesi Tenggara (89%) dan terendah Papua Pegunungan 63%.

Belum tercapaainya indikator presentase ODHIV baru ditemukan yang mendapatkan pengobatan ART di 38 Provinsi antara lain disebabkan karena masih adanya stigma dan diskriminasi HIV di masyarakat, belum semua layanan HIV di kab/kota mampu melakukan tes dan pengobatan, masih ada ODHIV yang ditemukan dilayanan menunda pengobatan ART karena masih merasa sehat dan mencari alternatif pengobatan lainnya selain itu juga karena adanya ODHIV yang denial yang belum menerima status HIV nya sehingga petugas kesehatan di layanan kab/kota tidak dapat memberikan pengobatan ARV sedini mungkin.

Indikator persentase ODHIV baru ditemukan yang mendapatkan pengobatan ART adalah indikator yang mendukung untuk pencapaian target 95 - 95 -95. Berikut grafik capaian dalam menuju indikator 95 - 95 – 95 tahun 2024 :

Grafik 3. 6 Perkembangan Menuju Target 95-95-95



Sumber Data: SIHA, per 05 Januari 2025

Grafik di atas menunjukkan estimasi ODHIV yang hidup pada tahun 2024 sebanyak 568.401, ODHIV hidup dan mengetahui statusnya sebanyak 399.787 (70%), ODHIV mengetahui status dan sedang mendapat pengobatan ARV sebanyak 219.081 (55%) dan ODHIV sedang dalam pengobatan ARV yang dites viral load dengan hasil virusnya tersupresi sebanyak 117.402 (54%). Bila dibandingkan dengan target nasional 2024 yaitu 87%-87%-87% maka masih terdapat tantangan dalam mencapai ketiga target tersebut. Berdasarkan UNAIDS Global AIDS Update Report 2024 diketahui ada 9 negara yang telah mencapai target 95 - 95 - 95 yaitu : Botswana, Denmark, Eswatini, Kenya, Malawi, Rwanda, Saudi Arabia, Zambia, Zimbabwe.

d. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

Berbagai upaya yang dilakukan sebagai terobosan untuk mencapai indikator yang telah ditetapkan pada tahun 2024 adalah sebagai berikut:

1) Sosialisasi dan Implementasi Public Private Community Partnership (PPCP)

Untuk meningkatkan skrining / testing dan akses layanan bagi orang yang membutuhkan dengan melakukan pengembangan jaringan PPCP dengan mekanisme kerja sama agar semua fasilitas dan penyedia layanan kesehatan dapat berpartisipasi dalam jejaring, sehingga semua orang yang terinfeksi HIV dapat

ditemukan sedini mungkin, diobati sesuai standar dengan virus tersupresi, serta tercatat dalam Sistem informasi HIV/AIDS (SIHA) yg diterapkan secara nasional. Pada tahun 2024 implementasi PPCP dilaksanakan di 34 Provinsi/95 kab/kota.



Gambar 3. 8 Sosialisasi dan Implementasi Public Private Community Partnership (PPCP)

2) Penyusunan Rencana Aksi Nasional (RAN)

Kegiatan penyusunan Rencana Aksi Program HIV AIDS dan PIMS ini salah satu tujuannya adalah untuk mencapai konsensus nasional mengenai prioritas program, analisis penyebab utama dan optimalisasi intervensi sebagai dasar untuk mengembangkan RAN 2025-2029 sehingga diharapkan tercapai konsensus prioritas masalah yang perlu menjadi fokus respon program HIV nasional, teridentifikasinya penyebab utama masalah yang dihadapi program HIV dengan potensial kolaborasi lintas kementerian dan lintas program agar *Ending AIDS 2030* di Indonesia dapat terwujud.



Gambar 3. 9 penyusunan Rencana Aksi Program HIV AIDS dan PIMS

3) Sosialisasi Juknis dan Implementasi Layanan PoC (*Point of Care*) HIV

Terbatasnya akses masyarakat terhadap layanan kesehatan yang komprehensif. Banyak individu, terutama yang tinggal di daerah terpencil atau kelompok marginal, menghadapi hambatan geografis, sosial, dan ekonomi dalam mendapatkan layanan tes HIV, konseling, dan pengobatan maka konsep layanan *Point of Care (PoC)* melalui *Drop in Center (DiC)* muncul sebagai solusi inovatif yang menawarkan pendekatan yang lebih fleksibel dan responsif dalam memberikan layanan HIV.



Gambar 3. 10 Kegiatan Sosialisasi Juknis dan Implementasi Layanan PoC (Point of Care) HIV

- 4) Pertemuan penguatan komitmen pencapaian target Viral Load (VL) HIV
Kegiatan ini dilaksanakan untuk evaluasi dan penguatan komitmen terkait pemeriksaan VL HIV dilayanan mengingat pemeriksaan ini sangat penting untuk mengetahui keberhasilan pengobatan ODHIV. Pertemuan ini diikuti oleh pemegang program HIV AIDS dan PIMS di 38 Provinsi, komunitas dan mitra pembangun. Penguatan komitmen bersama antara komunitas, kemenkes dan mitra pembangun ini diharapkan dapat mengakhiri AIDS di Indonesia tahun 2030.



Gambar 3. 11 Pertemuan Penguatan komitmen pencapaian target Viral Load (VL) HIV

- 5) Sosialisasi Program HIV AIDS dan PIMS di Masyarakat bersama mitra / stakeholder
Kegiatan sosialisasi ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dan kepedulian masyarakat serta pemangku kepentingan terhadap pencegahan dan penanggulangan HIV AIDS dan PIMS dan untuk mengurangi stigma dan diskriminasi HIV di masyarakat. Tahun 2024 kegiatan ini dilaksanakan di 8 lokus.



Gambar 3. 12 Sosialisasi Program HIV AIDS dan PIMS melalui Gerakan Masyarakat

6) Workshop Test and Treat

Kegiatan workshop ini dilaksanakan dalam upaya melakukan perluasan layanan di kab/kota yang mampu untuk melakukan test and treat HIV, tujuannya agar semua kasus yang ditemukan di fasyankes mendapatkan pengobatan ARV sesuai dengan pedoman yang ditetapkan. Pada tahun 2024 jumlah layanan yang mengikuti workshop test and treat sebanyak 126 layanan.



Gambar 3. 13 Workshop Test and Treat Perluasan PDP

7) Pendampingan dan fasilitatif program HIV AIDS dan PIMS

Untuk mengetahui sejauh mana program P2 HIV AIDS dan PIMS telah dilaksanakan di daerah, maka dilakukan kegiatan monitoring program. Pada tahun 2024 dilakukan kegiatan pendampingan dan fasilitatif program HIV AIDS dan PIMS di 27 Provinsi, tujuan kegiatan tersebut antara lain adalah untuk mengetahui capaian, permasalahan atau kendala yang dihadapi oleh kab/kota/layanan sehingga dapat disusun rencana tindak lanjut untuk perbaikan capaian program.



Gambar 3. 14 Pendampingan dan fasilitatif program HIV AIDS dan PIMS

8) Pertemuan Dialog Nasional Penyusunan Peta Jalan Keberlanjutan (Sustainability Roadmap) HIV AIDS dan PIMS 2030

Dalam upaya penanggulangan HIV AIDS dan PIMS di Indonesia yaitu mencapai target 95-95-95 di tahun 2030 dan bagaimana mempertahankan pencapaian tersebut setelah tahun 2030 secara berkelanjutan maka dilakukan pertemuan dialog nasional penyusunan peta jalan keberlanjutan yang tujuannya adalah tujuan bersama melakukan stock taking atau inventarisasi status program HIV baik dari sisi progress dan tantangan dari sisi kebijakan, program, dukungan pendanaan dalam rangka memformulasikan high-level impact targets atau target dengan dampak yang bermakna dan berjangka panjang untuk Peta Jalan Program HIV Berkelanjutan 2030 dan pengembangan RAN HIV/PIMS 2025-2030.

9) Penerapan kebijakan ARV multi bulan hingga tiga bulan di 38 Provinsi. *Multi Month Dispensing* (MMD) bagi ODHIV yang stabil dan kerjasama dengan komunitas/pendukung ODHIV untuk memastikan kondisi dan keberlangsungan ARV pada ODHIV. Untuk saat ini belum semua layanan HIV di kab/kota menerapkan kebijakan ARV MMD baru beberapa provinsi yang layanan HIV nya sudah menerapkan MMD bagi ODHIV di antara Provinsi DKI Jakarta, Jawa Barat dan Banten yang dengan dukungan EpiC Indonesia melakukan komitmen untuk MMD di layanan.



Gambar 3. 15 Pertemuan Multi month dispensing (MMD)

- 10) Pelatihan Petugas Pemegang Program HIV AIDS dan PIMS di provinsi dan kabupaten/kota. Untuk meningkatkan kapasitas petugas pemegang program HIV AIDS dan PIMS maka dilaksanakan pelatihan yang diikuti oleh petugas pemegang program HIV AIDS dan PIMS dari 38 Provinsi.



Gambar 3. 16 Pelatihan Petugas Pemegang Program HIV AIDS dan PIMS

e. Analisa Penyebab Kegagalan Pencapaian

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi belum tercapainya target adalah:

- 1) Masih adanya stigma dan diskriminasi HIV di masyarakat
Stigma dan diskriminasi akan mempengaruhi seseorang untuk datang ke fasyankes untuk mendapatkan layanan Kesehatan yang berhubungan dengan HIV dan PIMS. ODHIV Memilih memulai pengobatan di layanan yang jauh dari tempat tinggal (namun akhirnya terjadi LFU karena terkendala masalah jarak/transport/waktu)
- 2) Sistem Informasi HIV AIDS dan PIMS yang terintegrasi
Belum semua layanan melaporkan hasil penemuan kasusnya (terkendala sarana dan prasarana seperti laptop, pergantian petugas, rangkap tugas memegang beberapa program) sehingga terjadi *under reporting* yang dapat mempengaruhi capaian program.
- 3) Keterbatasan waktu layanan HIV dan IMS hanya pada jam kerja
Angka Orang yang terdiagnosa HIV berada pada usia produktif yaitu 20 – 49 tahun, dimana ODHIV yang bekerja kesulitan untuk akses fasyankes pada jam kerja tersebut sehingga ODHIV tidak segera mendapatkan pengobatan ARV.
- 4) Belum semua fasyankes di 38 provinsi yang ada di kab/kota mampu melakukan tes dan pengobatan.
Layanan yang hanya mampu melakukan diagnostik HIV maka harus membangun jejaring dan mekanisme untuk merujuk dan memastikan orang yang terinfeksi HIV mendapatkan pengobatan.
- 5) Pengetahuan ODHIV, keluarga dan masyarakat terkait HIV dan PIMS yang masih terbatas
Orang dengan HIV, keluarga dan masyarakat umumnya diharapkan memiliki pengetahuan yang baik terkait HIV AIDS dan PIMS. Pengetahuan ini akan mendorong setiap orang melakukan upaya pencegahan penularan dan menularkan kepada orang lain sekaligus mendukung pengendalian HIV AIDS dan PIMS.



Pengetahuan yang baik juga dapat menekan stigma dan diskriminasi yang berhubungan dengan HIV AIDS dan PIMS.

- 6) Adanya ODHIV yang denial yang belum menerima status HIV nya karena merasa sehat sehingga petugas kesehatan di layanan tidak dapat memberikan pengobatan ARV sedini mungkin
- f. Kendala/masalah yang dihadapi
- 1) Layanan PDP (Pendampingan Dalam Pengobatan) yang belum terjangkau (belum tersedia di seluruh kabupaten/kota)
Belum semua layanan yang ada di kabupaten/kota adalah layanan yang dapat melakukan tes dan pengobatan HIV, sehingga ini menyebabkan pasien HIV yang ditemukan tidak bisa segera diobati karena harus dirujuk ke layanan lain, tetapi beberapa pasien tidak datang ke layanan rujukan karena merasa sehat.
 - 2) Stigma dan diskriminasi HIV di masyarakat
Masih adanya stigma dan diskriminasi HIV di masyarakat membuat ODHIV takut untuk membuka statusnya sehingga tidak bisa segera mendapatkan pengobatan ARV. Beberapa ODHIV Memilih memulai pengobatan di layanan yang jauh dari tempat tinggal (namun akhirnya terjadi LFU karena terkendala masalah jarak/transport/waktu).
 - 3) Pasien HIV menyangkal/denial/*denial* akan statusnya
ODHIV yang ditemukan di layanan menolak untuk pengobatan ARV karena merasa dirinya sehat dan tidak menderita HIV. hal ini menyebabkan ODHIV tidak bisa segera mendapatkan pengobatan ARV.
 - 4) ODHIV belum siap untuk memulai pengobatan, meskipun sudah di konseling
Ada sebagian ODHIV yang ditemukan di layanan menolak untuk pengobatan ARV karena masih ingin mencari alternatif pengobatan lain, beberapa dari ODHIV kemudian datang kembali dengan kondisi HIV stadium lanjut.
 - 5) Masih ada *Under reporting*
Belum semua layanan yang mampu pengobatan HIV rutin mencatat dan melaporkan hasil layanan perawatan dan pengobatan HIV yang telah dilakukan pada Sistem Informasi HIV AIDS dan IMS (SIHA).
 - 6) Komunitas pendamping ODHIV dan layanan yang ramah ODHIV belum komprehensif
ODHIV biasanya tidak mau membuka statusnya kepada orang lain, dengan adanya dukungan dari komunitas pendamping dan layanan yang ramah ODHIV akan membuat ODHIV merasa nyaman, terbuka statusnya dan mau melakukan pengobatan.
- g. Pemecahan masalah
- 1) Perluasan layanan mampu tes dan pengobatan untuk HIV dan PIMS
Dalam upaya pencegahan dan pengendalian HIV maka dilakukan perluasan layanan yang mampu untuk melakukan tes dan pengobatan HIV dengan memberikan orientasi PDP atau pelatihan atau dengan cara pendampingan bersama tim mentor Kabupaten/Kota/Provinsi.
 - 2) Peningkatan edukasi atau konseling tentang pengobatan ARV secara lengkap dan terus menerus kepada ODHIV.



Edukasi dan konseling tentang pengobatan ARV secara lengkap harus terus dilakukan mengingat obat ARV harus diminum seumur hidup, sehingga diharapkan ODHIV tidak merasa jenuh minum obat dan putus minum obat ARV atau LFU.

3) Penyediaan Media KIE

Media KIE yang dikemas sesuai dengan perkembangan teknologi saat ini yang kemudian disebarluaskan dan bisa diakses dengan mudah tentang pengobatan ARV maupun penyakit HIV serta mendorong penggunaan layanan kesehatan terkait HIV, AIDS dan IMS kepada individu dan kelompok agar lebih aman dari risiko penularan HIV dan IMS.

4) Dukungan dan pemberdayaan Kelompok Dukungan Sebaya (KDS)

Pemberdayaan KDS sebagai mitra kerja merupakan cara yang efektif dalam mengurangi stigma dan diskriminasi terhadap ODHIV di masyarakat sehingga diharapkan ODHIV tidak merasa sendiri dan mau untuk terus melakukan pengobatan ARV.

5) Pemberdayaan kader, komunitas, dan LSM untuk menjangkau masyarakat, mendampingi ODHIV, dan mengembalikan ODHIV yang *loss to follow up* agar bisa mengakses kembali ARV.

6) Penerapan kebijakan ARV multi bulan hingga tiga bulan di semua layanan HIV di 38 provinsi

Multi Month Dispensing (MMD) bagi ODHIV yang stabil dan kerjasama dengan komunitas/pendukung ODHA untuk memastikan kondisi dan keberlangsungan ARV pada ODHIV .

7) Membentuk jejaring dan mitra layanan kesehatan.

Jejaring layanan ini sangat penting mengingat belum semua layanan HIV dapat melakukan tes dan pengobatan, sehingga layanan dapat memantau apabila akan melakukan rujukan terhadap ODHIV untuk memastikan ODHIV tersebut datang ke layanan yang dirujuk dan bisa segera mendapatkan pengobatan ARV.

8) Penyediaan layanan PoC (Point of Care)

Untuk menyediakan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan yang komprehensif terutama yang tinggal di daerah terpencil atau kelompok marginal yang menghadapi hambatan geografis, sosial, dan ekonomi dalam mendapatkan layanan tes HIV, konseling, dan pengobatan.

h. Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Anggaran pencegahan dan penanggulangan HIV AIDS dan PIMS tahun 2024 bersumber APBN dan Hibah yang digunakan untuk pencapaian target program indikator Persentase Orang dengan HIV (ODHIV) baru ditemukan mendapatkan pengobatan ART adalah sebesar Rp. 313.625.866.800,-. Dengan realisasi anggaran Rp. 311.341.644.182 ,- (99,27%) dan capaian keluaran 86,7%.

Berdasarkan PMK 22/MK.02/2021 tentang Pengukuran dan Evaluasi Kinerja Anggaran atas Pelaksanaan RKA, efisiensi dilakukan dengan membandingkan penjumlahan dari selisih antara perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran dan realisasi anggaran keluaran dengan penjumlahan dari perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran. Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut:



$$E = \frac{\sum_{i=1}^n ((PAKi \times CKi) - RAKi)}{\sum_{i=1}^n (PAKi \times CKi)} \times 100\%$$

- E : Efisiensi
PAKi : Pagu Anggaran Keluaran
RAKi : Realisasi Anggaran Keluaran
CKi : Capaian Keluaran

PAKi = Rp. 313.625.866.800,- .

RAKi = Rp. 311.341.644.182,-

CKi = 86,7 % = 0,867

$$E = \frac{((313.625.866.800 \times 0,86) - 311.341.644.182)}{(313.625.866.800 \times 0,86)} \times 100\%$$

E = -0,15%

$$NE = 50\% + \left(\frac{E}{20} \times 50\right)$$
$$NE = 50\% + \left(\frac{-0,15\%}{20} \times 50\right) = 11\%$$

Dengan pagu anggaran sebesar Rp. 313.625.866.800 dan realisasi sebesar Rp. 311.341.644.182,- (99,27%), memiliki nilai efisiensi sebesar 11%.

3. Angka keberhasilan pengobatan TBC

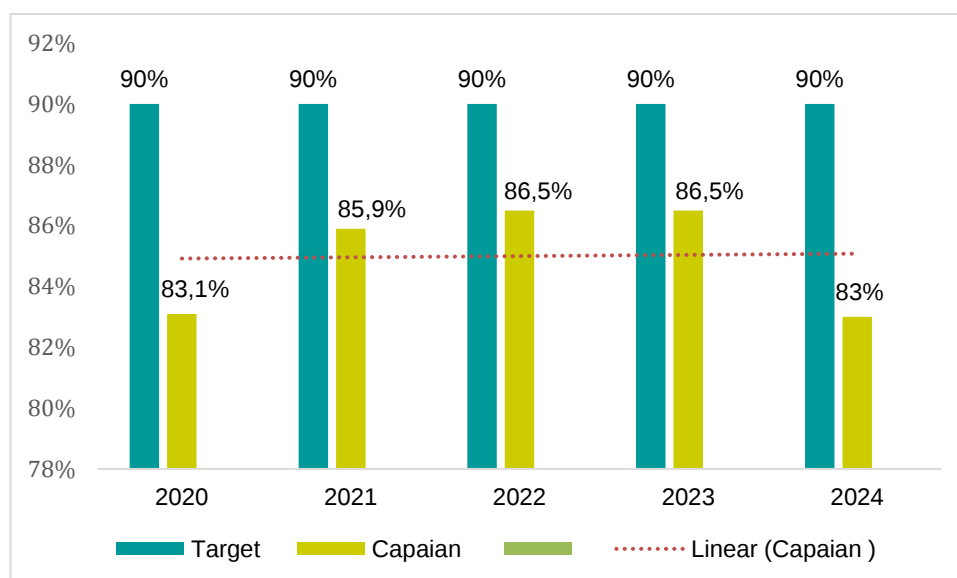
- a. Penjelasan Indikator
Persentase angka keberhasilan pengobatan TBC/ *Success Rate* merupakan indikator yang memberikan gambaran kualitas pengobatan TBC yaitu seberapa besar keberhasilan pengobatan pada pasien TBC yang sudah mendapat pengobatan dan dilaporkan. Angka ini menggambarkan besaran pasien TBC yang berhasil dalam pengobatannya baik dengan kategori sembuh maupun kategori pengobatan lengkap.
- b. Definisi Operasional
Jumlah semua kasus TBC yang sembuh dan pengobatan lengkap di antara semua kasus TBC yang diobati dan dilaporkan dalam satu tahun.
- c. Rumus/cara perhitungan
- Persentase angka
keberhasilan
pengobatan TBC

$$= \frac{\text{Jumlah semua kasus TBC yang sembuh dan pengobatan lengkap}}{\text{Jumlah semua kasus TBC yang diobati dan dilaporkan}} \times 100\%$$
- d. Capaian Indikator
Indikator persentase angka keberhasilan pengobatan TBC (*Success Rate*) merupakan indikator baru dalam RAK pada tahun 2022 - 2024, sebelumnya indikator tersebut merupakan indikator pada RAP P2P tahun 2020 - 2021. Data Keberhasilan Pengobatan

TBC diperoleh dari data yang diinput oleh Pengelola Program TBC di Faskes yang terdaftar dan terverifikasi sebagai unit pelapor SITB. Data diinput dalam register TBC 03 di SITB, selanjutnya data ini akan divalidasi oleh Pengelola Program TBC di Dinkes Provinsi/Kabupaten/Kota setiap bulan dan dievaluasi secara berkala oleh Pemegang Program TBC di Kementerian Kesehatan.

Hasil keberhasilan pengobatan yang dievaluasi pada tahun 2024 dilakukan berdasarkan kohort penemuan kasus tuberkulosis yang dilaporkan sampai dengan tahun 2023. Indikator *success rate* TBC belum mencapai target dengan capaian 83% dari target 90% dengan persentase kinerja sebesar 92,2%. Data ini masih bersifat sementara karena masih menggunakan data per tanggal 2 Januari 2025 secara lengkap dapat dilihat pada grafik berikut:

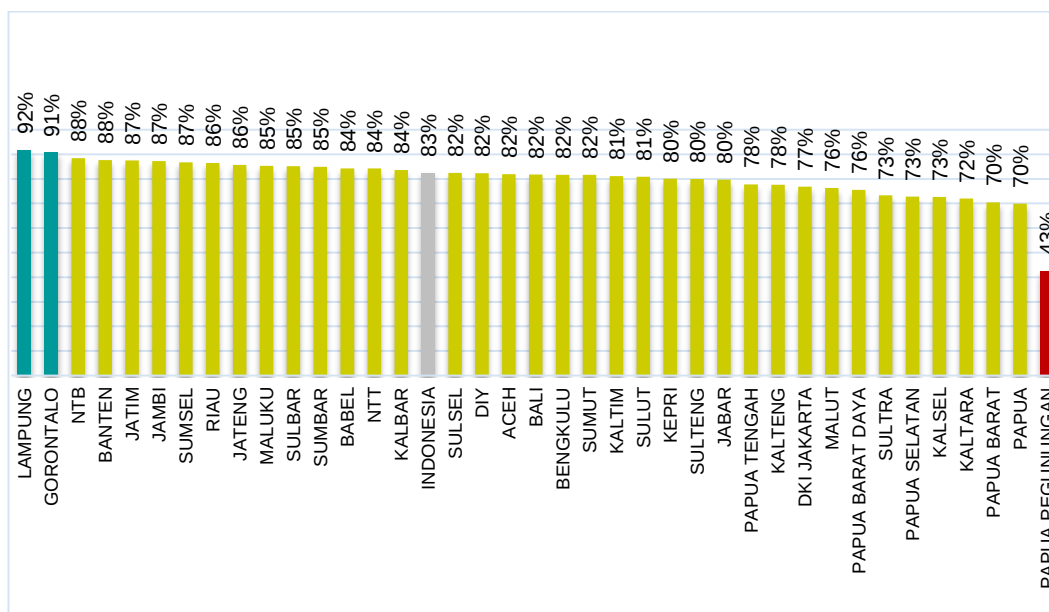
Grafik 3. 7 Capaian dan Target Indikator Angka Keberhasilan Pengobatan TBC Tahun 2020 –2024



Sumber Data: Laporan Tim Kerja TBC, per 2 Januari 2025

Berdasarkan grafik di atas dapat dilihat bahwa capaian indikator angka keberhasilan pengobatan TBC dari tahun 2020 - 2024 tidak mengalami kenaikan signifikan, bahkan cenderung turun. Sampai dengan tanggal 3 Desember 2024, capaian keberhasilan pengobatan TBC baru mencapai 83%, menurun dibandingkan dengan capaian tahun 2023. Selama lima tahun berturut-turut angka keberhasilan pengobatan belum mencapai target, dan dapat diproyeksikan pada batas akhir pelaporan tidak mencapai target yang sudah ditetapkan sebesar 90%.

Grafik 3. 8 Angka Keberhasilan Pengobatan TBC Per Provinsi Tahun 2024



Sumber: Data olah SITB per 3 Desember 2024

Berdasarkan capaian tahun 2024 (berdasarkan kohort penemuan kasus tahun 2023) angka keberhasilan pengobatan tuberkulosis sebesar 83% (target sebesar 90%). Angka keberhasilan pengobatan per provinsi mempunyai range 43% - 92% dengan provinsi tertinggi Provinsi Lampung dan Gorontalo dan provinsi terendah yaitu Papua Pegunungan. Keberhasilan pengobatan di Provinsi Lampung dan Gorontalo melampaui target 90%, capaian ini diperoleh karena adanya komitmen dan keterlibatan petugas kesehatan di fasyankes dalam pengendalian tuberkulosis, salah satunya adalah dengan melakukan pemantauan minum obat secara rutin dibantu oleh kader, dan selanjutnya perkembangan pengobatan pasien dipantau secara berkala dalam pertemuan monev bulanan. Dalam pertemuan tersebut, Dinas Kesehatan akan memberikan feedback terkait capaian angka keberhasilan pengobatan di wilayahnya.

Secara global, terdapat peningkatan yang stabil dalam cakupan pengobatan antara tahun 2010 dan 2019: dari 51% pada tahun 2010 menjadi 56% pada tahun 2015 dan kemudian 69% pada tahun 2019. Selama pandemi COVID-19 tahun 2020, cakupan pengobatan hanya 58% kembali ke level tahun 2015.

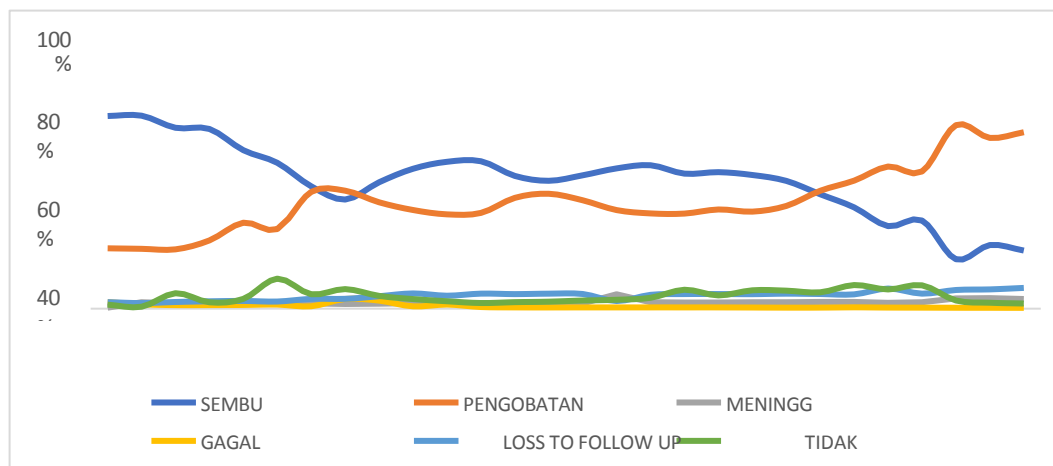
Adanya peningkatan notifikasi kasus TBC antara tahun 2021 dan 2023, berdampak pada peningkatan cakupan pengobatan yang mencapai estimasi terbaik sebesar 75% pada tahun 2023. Peningkatan notifikasi kasus TBC pada tahun 2022 dan 2023 mungkin disebabkan karena adanya penumpukan kasus TBC pada tahun-tahun sebelumnya, sehingga mendistorsi estimasi cakupan pengobatan pada tahun 2022 dan 2023.

Tren di antara enam wilayah WHO bervariasi. Pada tahun 2023, cakupan pengobatan tetap di bawah tingkat sebelum pandemi di Wilayah WHO di Amerika dan di wilayah Eropa dan Pasifik Barat. Cakupan pengobatan TB tertinggi berada di Wilayah WHO Asia Tenggara (dengan estimasi terbaik sebesar 78%).

Dari 30 negara dengan beban TB tinggi, negara-negara dengan tingkat cakupan pengobatan tertinggi (>80%) pada tahun 2023 termasuk Brasil, India, Mozambik, Papua Nugini, Sierra Leone, Uganda, dan Zambia. estimasi ini mungkin terdistorsi oleh upaya

pemulihan pasca-COVID yang telah mengakibatkan banyaknya orang yang mengidap TBC pada tahun-tahun sebelumnya yang didiagnosis relatif terlambat pada tahun 2023. Ada kemungkinan juga bahwa angka cakupan yang tinggi disebabkan oleh overdiagnosis TBC. misalnya, proporsi kasus yang ternotifikasi yang didiagnosis berdasarkan konfirmasi bakteriologis pada tahun 2023 kurang dari 50% di Mozambik dan Papua Nugini. Empat negara dengan beban TBC tinggi memiliki tingkat cakupan pengobatan yang sangat rendah pada tahun 2023, dengan estimasi kurang dari 50%: Lesotho, Liberia, Mongolia, dan Myanmar.

Grafik 3. 9 Hasil Pengobatan Tuberkulosis di Indonesia Tahun 1996-2023



Sumber Data: Laporan Tim Kerja TBC, Januari 2025

Berdasarkan grafik di atas, hasil pengobatan tuberkulosis tahun 2006-2023 menunjukkan angka kesembuhan pengobatan pasien TBC dengan range 18,2%- 71,2% di mana yang tertinggi tahun 1997 dan terendah tahun 2021. Pasien pengobatan lengkap dengan range 21,9%-67,7%; tertinggi tahun 2021 dan terendah tahun 1998. Pasien TBC yang meninggal selama pengobatan TBC dengan range 0,4%-5,3%; tertinggi tahun 1996 dan terendah tahun 2011. Pasien yang gagal pengobatan dengan range 0,3%-3,6%; tertinggi tahun 2003 dan terendah tahun 2023. Pasien yang loss to follow up dengan range 2,1%-7,7%; tertinggi tahun 2023 dan terendah tahun 1997. Pasien yang tidak dievaluasi dengan range 0,7%- 11,1%; tertinggi tahun 2001 dan terendah tahun 1997. Pada grafik hasil pengobatan pasien tuberkulosis tersebut; sejak tahun 2002 terjadi peningkatan persentase kesembuhan dan penurunan persentase pengobatan lengkap kemudian tahun 2017-2021 terjadi peningkatan persentase pengobatan lengkap dan penurunan prosentase kesembuhan. Di tahun 2022 pasien TBC dengan hasil akhir pengobatan sembuh meningkat dan hasil akhir pengobatan lengkap menurun, namun di tahun 2023 pasien TBC dengan hasil akhir pengobatan sembuh sedikit menurun dan pengobatan lengkap meningkat.

e. Analisa Penyebab Kegagalan Pencapaian

Indikator persentase cakupan keberhasilan pengobatan TBC tahun 2024 belum mencapai target. Data ini masih merupakan data sementara dan dapat berubah setelah semua dinas kesehatan provinsi menyampaikan laporan. Merujuk pada Surat Direktur P2PM Nomor: PM.01.01/C.III/6758/2024 tentang Pemberitahuan Penutupan Data TBC Tahun 2024, diputuskan bahwa batas akhir pelaporan data kasus TBC 2024 paling lambat tanggal 28 Februari 2024.

Belum tercapainya target disebabkan salah satunya karena keterlambatan pelaporan penemuan dan pelaporan hasil pengobatan TBC. Sebanyak 133.000 kasus tidak dilaporkan oleh fasyankes (72% RS, 19% PKM, 8% klinik swasta dan DPM). Hal ini dikarenakan petugas fasyankes tidak langsung entri data pada hari yang sama sehingga menumpuk karena biasanya petugas memegang beberapa program, jumlah SDM yang terbatas dan *turn over* petugas yang tinggi, serta masih banyak klinik dan DPM (Dokter Praktek Mandiri) yang belum melaporkan ke SITB. Penyebab lainnya yaitu hasil pengobatan TBC belum semua dilakukan evaluasi. Pada akhir pengobatan pasien TBC, petugas kesehatan yang memantau pengobatan tidak menginput status pengobatan pasien: sembuh, pengobatan lengkap, meninggal, atau *loss to follow up* dalam laporan SITB, sehingga tidak ternotifikasi. Selain itu masih terdapat pasien TBC yang *loss to follow up* pengobatan dan gagal pengobatan TBC.

f. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

Beberapa upaya yang telah dilaksanakan Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular sampai dengan tahun 2024 di antaranya yaitu

1. Memberikan umpan balik fasyankes yang belum melapor hasil pengobatan TBC berdasarkan hasil analisis data SITB (Sistem Informasi Tuberkulosis) kepada seluruh provinsi dan kabupaten/ kota yang dilakukan setiap triwulan.
2. Pelaksanaan kontak tracing oleh fasyankes/ kader/ komunitas terhadap pasien TBC yang *loss to follow up* serta memberikan edukasi.



Gambar 3. 17 Kontak Tracing pasien *loss to follow up*

3. Memberikan pendampingan pengobatan TBC oleh komunitas dan kader
4. Penyusunan Buku Saku Pasien Tuberkulosis Resistan Obat Tahun 2024
5. Melakukan *Video Conference* dengan provinsi dan kabupaten untuk mengidentifikasi permasalahan yang ada serta mencari alternatif solusi dalam peningkatan penemuan kasus TBC
6. Melakukan audit dan mentoring klinis TBC RO ke provinsi Kalimantan Timur, Provinsi Jawa Tengah, Provinsi DI Yogyakarta, Provinsi Banten dan Provinsi Riau bertujuan untuk mendampingi dan memonitor fasyankes TBC RO terutama yang sudah memulai layanan TBC RO, melakukan peninjauan secara sistematis terhadap pasien TB RO yang sedang diobati untuk menilai manajemen klinis guna menghasilkan rencana untuk menemukan gaps dalam implementasi TBC RO agar pelaksanaannya sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh Program TBC Nasional.

7. Peluncuran penggunaan rejimen pengobatan BPAL/M secara nasional mulai Januari 2024. Implementasi awal telah dilakukan di 4 provinsi.



Gambar 3. 18 Peluncuran penggunaan rejimen pengobatan BPAL/M dalam Webinar Hari Tuberkulosis Sedunia 2024

g. Kendala/masalah yang dihadapi

Jika kita melihat capaian angka keberhasilan pengobatan dengan target pada tahun 2024 sebesar 90% hanya tercapai 83%, maka dapat dikatakan bahwa indikator ini belum mencapai target. Adapun permasalahan yang dihadapi dalam mencapai indikator tersebut di antaranya :

- 1) Terganggunya keberlangsungan pengobatan karena pasien tidak datang mengambil obat
- 2) Terganggunya monitoring pengobatan pasien karena pasien tidak mengumpulkan dahak dan ada kendala pengiriman spesimen untuk evaluasi
- 3) Pengawasan minum obat terganggu
- 4) *Enabler* tidak bisa diberikan secara rutin
- 5) Hasil pengobatan pasien TBC belum semua dilakukan evaluasi
- 6) Masih terdapat pasien TBC yang *loss to follow up* pengobatan dan gagal pengobatan TBC
- 7) Masih terjadi *delay* pelaporan hasil pengobatan TBC
- 8) Terjadinya efek samping pengobatan pasien TBC

h. Pemecahan Masalah

Untuk mencapai target, Program TBC akan melaksanakan kegiatan sebagai berikut :

- a. Bimbingan Teknis Pencatatan dan Pelaporan TBC di 17 Provinsi (17 Kabupaten/Kota), yaitu: Provinsi Bengkulu, Banten, Sumatera Barat, Aceh, Riau, Lampung, Jawa Barat, Jambi, Kalimantan Timur, Gorontalo, Maluku, Sumatera Selatan, Kalimantan Barat, Kalimantan Selatan, Papua Selatan, Papua Barat dan Papua Tengah.
- b. *Kick Off Maintenance* Sistem Informasi Tuberkulosis (SITB)
- c. Pelatihan Manajemen Program Penanggulangan Tuberkulosis di Provinsi dan Kabupaten/Kota Angkatan 1
- d. Peningkatan Kapasitas Advokasi TBC RO
- e. Penyusunan Juknis TBC Komorbid
- f. Penyusunan Juknis Open PCR untuk pemeriksaan TBC
- g. Monev dan Evaluasi Klaim *Enabler* TBC RO
- h. Audit Klinis RSUD Morotai dan RSUD Tobelo Prov Maluku Utara

- i. Monev PKM Inisiasi TBC RO Prov. Jawa Barat
- j. Surveilans Aktif P2 TBC ke Kabupaten Manggarai Barat, NTT
- k. Supervisi Persiapan OR Paduan HPMZ 4 bulan untuk TBC SO ke Kota Semarang dan pembahasan PKS dengan RS Dr. Kariadi Semarang
- l. Supertvisi persiapan PR Paduan HPMZ 4 bulan untuk TBC SO Ke Kota Surabaya dan Pembahasan PKS dengan RS Dr. Soetomo Surabaya
- m. *Technical Meeting* Kegiatan Penilaian Kesenjangan Inisiasi Pengobatan Pasien TBC SO
- n. Kunjungan Pemantauan Lapangan (*Field Oversight Visit*) SUB WORKING GROUP (SWG) TB HIV di DKI Jakarta dan Jawa Barat
- o. Monitoring dan Evaluasi Implementasi Big Chain Hospital Tahun 2024 di DIY
- p. *Kick Off Meeting* Kegiatan Penilaian Kesenjangan Inisiasi Pengobatan Pasien TBC SO
- q. Pendampingan Konsultan WHO Global (dr Khiran) dlm rangka dokumentasi ACF di Dinkes DKI Jakarta, Lapas Cipinang, dan Zero TB Yogyakarta dan NTT
- r. Kegiatan Penilaian Kesenjangan Inisiasi Pengobatan Pasien TBC SO ke 4 Provinsi terpilih.

i. Efisiensi Sumber Daya

Berdasarkan PMK 22/PMK.02/2021 tentang Pengukuran dan Evaluasi Kinerja Anggaran atas Pelaksanaan RKA, efisiensi dilakukan dengan membandingkan penjumlahan dari selisih antara perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran dan realisasi anggaran keluaran dengan penjumlahan dari perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran. Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut:

$$E = \frac{\sum_{i=1}^n ((PAKi \times CKi) - RAKi)}{\sum_{i=1}^n (PAKi \times CKi)} \times 100\%$$

E : Efisiensi
 PAKi : Pagu Anggaran Keluaran
 RAKi : Realisasi Anggaran Keluaran
 CKi : Capaian Keluaran

Pagu Anggaran Keluaran i (PAKi) = Rp. 673.438.585.000
 Realisasi Anggaran Keluaran i (RAKi) = Rp. 660.459.625.877
 Capaian Keluaran i (CKi) = 92.22%

Sehingga Efisiensi:

$$E = \frac{((673.438.585.000 \times 0,92) - 660.459.625.877)}{(673.438.585.000 \times 0,92)} \times 100\%$$

E = -0.07 %

$$NE = 50\% + \left(\frac{E}{20} \times 50\right)$$

$$NE = 50\% + \left(\frac{0.07}{20} \times 50\right) = 33\%$$



Efisiensi sumber daya dari indikator Angka keberhasilan pengobatan TBC sebesar 33%. Artinya biaya untuk kegiatan output tersebut termasuk efisien dari pagu anggaran yang disediakan.

4. Jumlah kabupaten/kota yang mencapai *Positivity Rate* (PR) < 5%

a. Penjelasan Indikator

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 22 Tahun 2022 tentang Penanggulangan Malaria serta dokumen Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) bahwa target nasional pencapaian *Positivity rate* adalah kurang dari 5% yang merupakan presentase jumlah kasus malaria yang terkonfirmasi dibandingkan dengan jumlah total pemeriksaan baik positif dan negatif. Capaian indikator *Positivity Rate* (PR) malaria merupakan salah satu indikator utama persyaratan eliminasi malaria, selain tidak ada kasus indigenous selama 3 tahun berturut-turut dan *Annual Parasite Incidence* (API) < 1 per 1000 penduduk.

b. Definisi operasional

merupakan jumlah Kabupaten/Kota dengan % jumlah kasus malaria positif yang terkonfirmasi dibandingkan dengan jumlah total pemeriksaan (*positive* dan *negative*). Indikator *Positivity Rate* (PR) merupakan salah satu kriteria eliminasi malaria sesuai dengan Permenkes Nomor 22 Tahun 2022 tentang Penanggulangan Malaria. Selain indikator *Positivity Rate* (PR) malaria < 5%, daerah tersebut harus memenuhi tiga 2 kriteria utama lainnya yaitu: API kurang dari 1 Per 1000 penduduk dan tidak ada penularan setempat malaria selama tiga tahun berturut-turut serta memenuhi beberapa persyaratan lainnya. Status PR malaria < 5% diperoleh dari jumlah kasus positif dibandingkan dengan jumlah pemeriksaan pada waktu yang sama. Kasus positif malaria harus terkonfirmasi laboratorium yang diagnosis pemeriksaan ditegakan dengan diagnosis melalui RDT dan atau mikroskop.

c. Rumus/cara perhitungan

Jumlah Kabupaten/Kota mencapai PR malaria < 5% merupakan akumulasi jumlah Kab/Kota yang mencapai *Positivity Rate* (PR) Malaria < 5% dalam kurun waktu satu tahun. Jumlah Kabupaten/Kota mencapai PR malaria < 5% dapat diketahui dengan cara perhitungan :

Positivity Rate (PR) Malaria < 5% =

$$\frac{\text{Jumlah Kasus Positif yang terkonfirmasi laboratorium}}{\text{Jumlah Pemeriksaan (Positif dan negative)}} \times 100\%$$

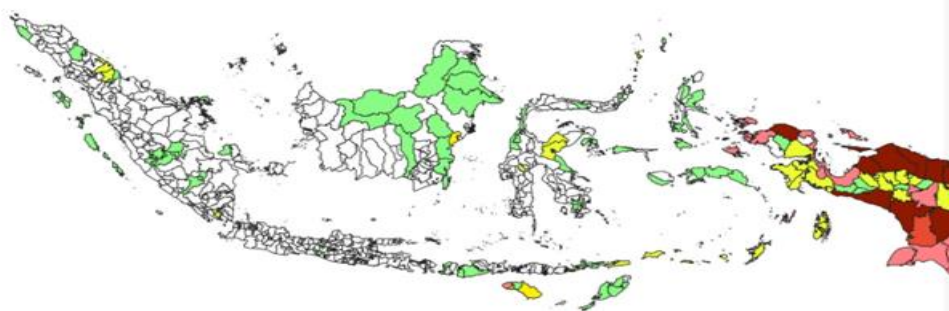
Berdasarkan World Malaria Report (WMR) 2024, secara global pada tahun 2023, jumlah kasus malaria diperkirakan mencapai 263 juta, dengan insidensi 60,4 kasus per 1000 penduduk berisiko, terjadi peningkatan 11 juta kasus dari tahun sebelumnya dan peningkatan insidensi dari 58,6 kasus per 1000 penduduk berisiko pada tahun 2022. Kawasan Afrika terus menanggung beban penyakit terberat, yang mencakup sekitar 94% kasus malaria di seluruh dunia pada tahun 2023. Wilayah Asia Tenggara memiliki delapan negara endemis malaria pada tahun 2023 dengan jumlah kasus sekitar 4 juta

kasus dan menyumbang 1,5% dari beban kasus malaria secara global. Pada tahun 2023, India menyumbang sebagian dari seluruh kasus malaria yang diperkirakan di wilayah tersebut, diikuti oleh Indonesia, yang menyumbang kurang dari sepertiga. Estimasi kasus malaria di Indonesia pada tahun 2023 sebesar 1.090.000 (World Malaria Report, 2024) sedangkan kasus yang masuk pada Sistem Informasi Surveilans Malaria (SISMAL) Nasional sebesar 418.546 kasus. Kasus terbesar dilaporkan di Provinsi tanah Papua yang berkontribusi menyumbang kasus positif 386.991 (93%) kasus secara nasional.

d. Capaian indikator

Pencatatan dan Pelaporan program malaria dilakukan melalui sistem informasi dan surveilans malaria (SISMAL). SISMAL merupakan *system web online based* dan *real time* sehingga pelaporan dapat langsung masuk ke dalam database sismal. Pencatatan dan Pelaporan malaria dimulai dari tingkat fasyankes (Puskesmas, RS, DPM, Klinik swasta lainnya) meliputi pelaporan data individual kasus positif, Penyelidikan Epidemiologi, Rujukan, kader, ketenagaan, maupun laboratorium. Saat ini sudah hampir 13 ribu fasyankes yang memiliki akun SISMAL. Pada level Fasyankes, Kabupaten/Kota, Provinsi, dan Nasional terdapat modul laporan sehingga dapat menarik data laporan berbentuk excel di seluruh wilayah kerjanya. Serta terdapat modul analisis yang berupa grafik, diagram dan tren kasus. Selain itu terdapat *dashboard* yang dapat menampilkan peta endemisitas maupun peta fokus di wilayah kerjanya.

Gambar 3. 19 Peta Endemisitas Indonesia Tahun 2024



Sumber: Data Tim Kerja Malaria, Tahun 2024

Berikut tabel rincian capaian penduduk per wilayah endemisitas di Indonesia

Tabel 3. 2 Capaian Penduduk Berdasarkan Endemisitas Tahun 2024

No	Endemisitas	Penduduk 2024		Kabupaten/Kota s.d tahun 2024	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Eliminasi (Bebas Malaria)	253,514,723	91%	253,514,723	91%

2	Endemis Rendah (API <1‰)	14,811,833	5%	14,811,833	5%
3	Endemis Sedang (API 1 - 5 ‰)	5,101,241	2%	5,101,241	2%
4	Endemis Tinggi (API > 5 ‰)	4,024,477	2%	4,024,477	2%
	TOTAL	277,452,324	100%	277,452,324	100%

Sumber: Laporan Tim Kerja Malaria, Januari 2025

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa 91% penduduk Indonesia telah hidup di daerah bebas malaria dan sekitar 9% penduduk Indonesia masih tinggal di daerah endemis malaria.

Tabel 3. 3 Capaian Jumlah Kab/Kota dengan Positivity Rate (PR) Malaria <5% Per Provinsi Tahun 2024

No	Provinsi	Jumlah Kab/Kota	Jumlah Kab/kota Positivity Rate (PR) Malaria <5%	Jumlah Kab/kota Positivity Rate (PR) Malaria >5%	% Capaian Kab/kota yang mencapai PR < 5%
1	ACEH	23	23	0	100%
2	SUMATERA UTARA	33	18	15	55%
3	SUMATERA BARAT	19	18	1	95%
4	RIAU	12	10	2	83%
5	JAMBI	11	11	0	100%
6	SUMATERA SELATAN	17	17	0	100%
7	BENGKULU	10	10	0	100%
8	LAMPUNG	15	14	1	93%
9	KEPULAUAN BANGKA BELITUNG	7	7	0	100%
10	KEP. RIAU	7	6	1	86%
11	DKI JAKARTA	6	3	3	50%
12	JAWA BARAT	27	9	18	33%
13	JAWA TENGAH	35	15	20	43%
14	DI YOGYAKARTA	5	5	0	100%
15	JAWA TIMUR	38	8	30	21%
16	BANTEN	8	6	2	75%
17	BALI	9	7	2	78%
18	NUSA TENGGARA BARAT	10	10	0	100%
19	NUSA TENGGARA TIMUR	22	22	0	100%



No	Provinsi	Jumlah Kab/Kota	Jumlah Kab/kota Positivity Rate (PR) Malaria <5%	Jumlah Kab/kota Positivity Rate (PR) Malaria >5%	% Capaian Kab/kota yang mencapai PR < 5%
20	KALIMANTAN BARAT	14	14	0	100%
21	KALIMANTAN TENGAH	14	14	0	100%
22	KALIMANTAN SELATAN	13	12	1	92%
23	KALIMANTAN TIMUR	10	6	4	60%
24	KALIMANTAN UTARA	5	5	0	100%
25	SULAWESI UTARA	15	10	5	67%
26	SULAWESI TENGAH	13	11	3	85%
27	SULAWESI SELATAN	24	17	7	71%
28	SULAWESI TENGGARA	17	13	4	76%
29	GORONTALO	6	6	0	100%
30	SULAWESI BARAT	6	6	0	100%
31	MALUKU	11	8	3	73%
32	MALUKU UTARA	10	10	0	100%
33	PAPUA BARAT	7	6	1	86%
34	PAPUA BARAT DAYA	6	2	4	33%
35	PAPUA	9	0	9	0%
36	PAPUA TENGAH	8	2	6	25%
37	PAPUA SELATAN	4	0	4	0%
38	PAPUA PEGUNUNGAN	8	0	8	0%
	TOTAL	514	360	154	70%

Sumber data: Laporan Rutin Tim Kerja Malaria, Januari 2025

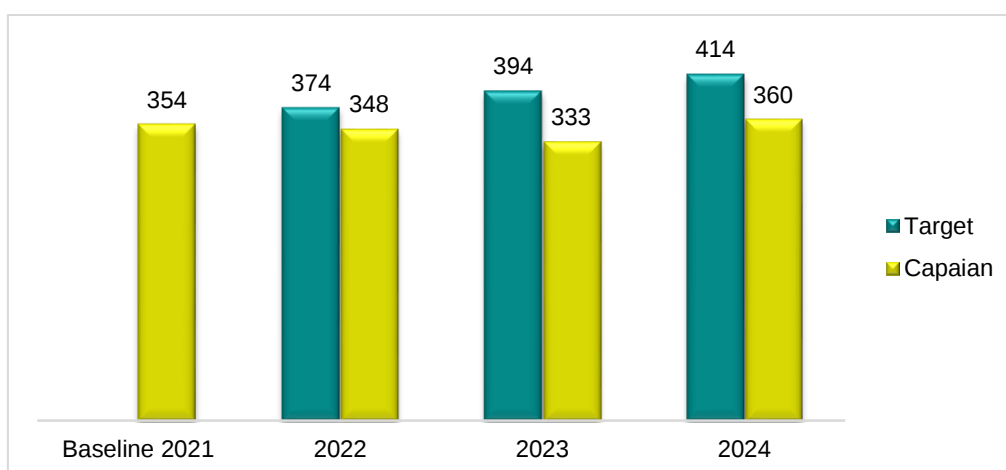
Berdasarkan tabel di atas, sebanyak 70% kabupaten/kota di Indonesia telah mencapai *Positivity Rate* (PR) < 5%, dimana pada sampai tahun 2024 terdapat 14 Provinsi yang seluruh Kabupaten/kota telah mencapai *Positivity Rate* (PR) malaria < 5% yaitu Aceh, Jambi, Sumatera Selatan, Bengkulu, Kep. Bangka Belitung, Yogyakarta, Nusa Tenggara

Barat, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Kalimantan Utara, Gorontalo, Sulawesi Barat, dan Maluku Utara.

Di wilayah yang berhasil mencapai *Positivity Rate* (PR) < 5%, seperti kabupaten/kota di Provinsi Yogyakarta karena komitmen di daerah mengikuti ketentuan P2 Malaria sesuai dengan Surat Edaran (SE) Direktur tahun 2023 terkait target pemeriksaan malaria tahun 2023-2026, sehingga dapat dijadikan acuan di daerah dalam merencanakan kegiatan dan memasukkan sebagai target indikator di daerah. Pencapaian *Positivity Rate* (PR) < 5% paling rendah bahkan tidak ada kabupaten/kota yang mencapai nilai PR < 5% yaitu di Provinsi Papua Pegunungan, Papua Selatan, dan Provinsi Papua (0%). Nilai PR sangat terkait dengan jumlah kasus positif dan pemeriksaan di mana di 3 provinsi tersebut terdapat kabupaten/kota dengan jumlah kasus positif tertinggi sehingga untuk pencapaian PR < 5% akan sangat sulit meskipun pemeriksaan sudah cukup banyak sehingga perlu akselerasi penurunan kasus malaria di daerah endemis tinggi khususnya di tanah Papua.

Target dan capaian *Positivity Rate* (PR) malaria < 5% tahun 2021-2024.dapat digambarkan pada grafik di bawah ini :

Grafik 3. 10 Capaian Jumlah Kabupaten/Kota mencapai Positivity Rate (PR) malaria < 5% Tahun 2021 – 2024



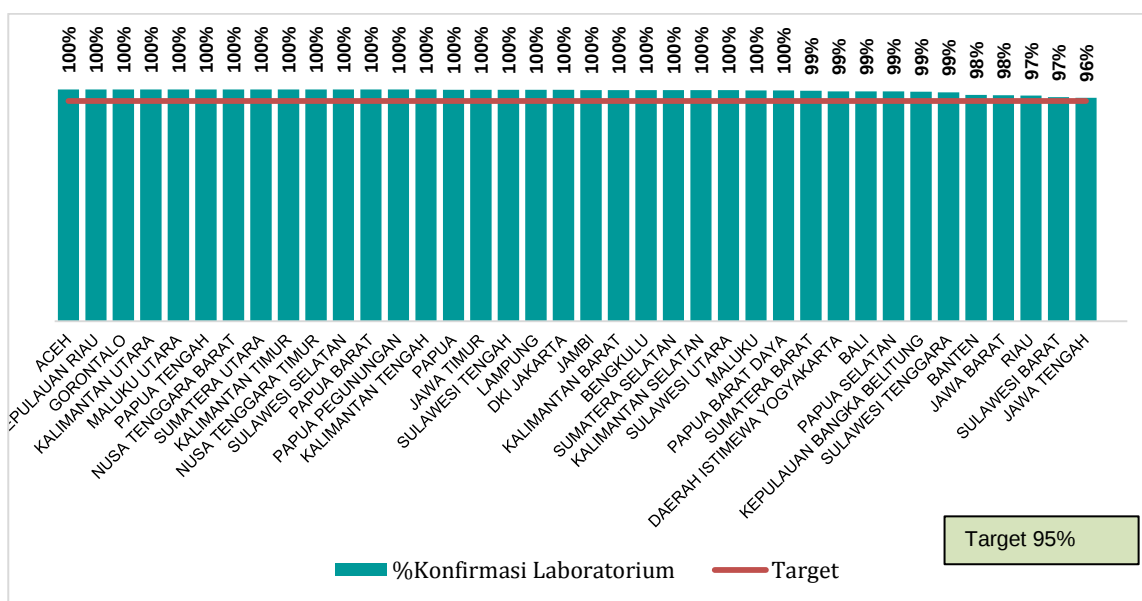
Sumber data: Laporan Rutin Tim Kerja Malaria, Januari 2025

Secara nasional untuk target tahun 2024 adalah 414 kab/kota mencapai PR malaria < 5%, sedangkan capaiannya baru 360 kabupaten/kota yang mencapai PR < 5%. Tahun 2022-2024 capaian jumlah kabupaten/kota mencapai PR < 5% belum mencapai target nasional. Target tahun 2024 jumlah kabupaten/kota yang mencapai *Positivity Rate* (PR) Malaria < 5% sebesar 414 di mana sebelumnya sudah diproyeksikan akan sulit tercapai karena berdasarkan target dan capaian selama 2 tahun terakhir tidak tercapai. Target 414 Kabupaten/Kota mencapai PR <5% adalah kabupaten/kota eliminasi maupun endemis sehingga diperlukan adanya dukungan serta komitmen bagi daerah yang sudah bebas malaria untuk tetap melakukan kegiatan penemuan baik pasif maupun aktif terutama kegiatan surveilans migrasi malaria yang mempunyai riwayat bepergian ke daerah endemis malaria. Serta daerah endemis malaria dalam rangka akselerasi penurunan kasus malaria maupun peningkatan penemuan kasus yang

diperiksa dan dilaporkan pada system pencatatan pelaporan informasi dan surveilans malaria (SISMAL).

Untuk mencapai target tersebut, perlu didukung oleh indikator komposit, seperti persentase konfirmasi pemeriksaan sediaan darah. Persentase pemeriksaan sediaan darah adalah persentase suspek malaria yang dilakukan konfirmasi laboratorium, baik menggunakan mikroskop maupun *Rapid Diagnostik Test* (RDT) dari semua suspek yang ditemukan. Target dan capaian indikator persentase konfirmasi pemeriksaan sediaan darah adalah sebagai berikut.

Grafik 3. 11 Capaian Persentase Konfirmasi Pemeriksaan Sediaan Darah



Sumber data: Laporan Tim Kerja Malaria, per 6 Januari 2025

Berdasarkan grafik di atas dapat dilihat bahwa 38 provinsi di Indonesia (100%) telah mencapai target nasional dalam konfirmasi laboratorium terhadap suspek malaria. Target nasional adalah 95% dengan capaian sampai akhir tahun 2024 sebesar 99% dengan jumlah suspek sebanyak 3,717,632 orang dan jumlah pemeriksaan sediaan darah dikonfirmasi laboratorium sebanyak 3,710,501 orang. Upaya yang dilakukan untuk mencapai target indikator.

- e. Upaya yang dilakukan untuk mencapai target indikator
 - Beberapa upaya telah dilakukan untuk mencapai indikator tersebut, antara lain:
 1. Diagnostik Malaria

Kebijakan pengendalian malaria terkini dalam rangka mendukung eliminasi malaria adalah bahwa diagnosis malaria harus terkonfirmasi melalui pemeriksaan laboratorium baik dengan mikroskop ataupun *Rapid Diagnostic Test* (RDT). Penegakkan diagnosa tersebut harus berkualitas dan bermutu sehingga dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat dan memberikan data yang tepat dan akurat. Berbagai kegiatan dalam rangka meningkatkan mutu diagnosis terus dilakukan. Kualitas pemeriksaan sediaan darah dipantau melalui mekanisme uji silang di tingkat kab/kota, provinsi, dan pusat. Kualitas pelayanan laboratorium malaria sangat diperlukan dalam menegakan diagnosis dan sangat tergantung pada kompetensi dan

kinerja petugas laboratorium di setiap jenjang fasilitas pelayanan kesehatan. Penguatan laboratorium pemeriksaan malaria yang berkualitas dilakukan melalui pengembangan jejaring dan pemantapan mutu laboratorium pemeriksa malaria mulai dari tingkat pelayanan seperti laboratorium Puskesmas, Rumah Sakit serta laboratorium kesehatan swasta sampai ke laboratorium rujukan uji silang di tingkat Kabupaten/Kota, Provinsi dan Pusat.

Kegiatan dalam rangka peningkatan kualitas diagnostik malaria telah dilaksanakan sampai tahun 2024, antara lain:

- Workshop Penyegaran Mikroskopis Malaria bagi Tenaga ATLM (Ahli Teknologi Laboratorium Medik)
- External Competensi Assesment Mikroskopis Malaria (ECAM)
- Supervisi dalam Rangka Narasumber Workshop Tatalaksana Kasus Malaria
- Pendampingan diagnosis dan tatalaksana malaria
- Assessment Petugas dan Pemantauan Mutu Laboratorium Malaria



Gambar 3. 20 External Competensi Assesment Mikroskopis Malaria (Ecam) di Bali tanggal 30 Juni - 5 Juli 2024



Gambar 3. 21 Pendampingan diagnosis dan tatalaksana malaria di Provinsi Yogyakarta tanggal 29 Januari - 1 Juli 2024

2. Tatalaksana Kasus Malaria

Kementerian Kesehatan telah merekomendasikan pengobatan malaria menggunakan obat pilihan yaitu kombinasi derivat artemisinin dengan obat anti malaria lainnya yang biasa disebut dengan Artemisinin based Combination Therapy (ACT). ACT merupakan obat yang paling efektif untuk membunuh parasit sedangkan obat lainnya seperti klorokuin telah resisten. Pada tahun 2019 telah ditetapkan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Malaria dalam bentuk Keputusan Menkes RI Nomor HK.01.07/Menkes/556/2019. Berdasarkan Kepmenkes tersebut juga diterbitkan buku pedoman tata laksana kasus malaria sesuai dengan perkembangan terkini dan hasil riset mutakhir. Adapun penggunaan ACT harus berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium, sebagai salah satu upaya mencegah terjadinya resistensi obat.

Selain penggunaan OAM yang rasional, salah satu pilar untuk mencapai eliminasi malaria adalah menjamin universal akses dalam pencegahan, diagnosis dan pengobatan, sehingga diperlukan keterlibatan semua sektor terkait termasuk swasta (public private mix partnership). Berikut beberapa kegiatan yang telah dilakukan dalam mendukung kualitas tatalaksana malaria pada tahun 2024 yaitu:

- a. Pelatihan TOT tatalaksana malaria
- b. Supervisi dalam rangka evaluasi pelaksanaan FGD Minum Obat Massal Malaria (MOMAL)
- c. Evaluasi pelaksanaan *Mass Drug Administration* (MDA) - Minum Obat Malaria Massal (MOMAL)
- d. Supervisi dalam rangka sosialisasi update tata laksana malaria bagi dokter puskesmas dan dokter rumah sakit
- e. Pertemuan kelompok kerja diagnosis dan pengobatan malaria tahun 2024
- f. Surveilans pengobatan malaria
- g. Pelatihan TOT tatalaksana malaria
- h. Pendampingan diagnosis dan tatalaksana malaria



Gambar 3. 22 Supervisi dalam Rangka Evaluasi Pelaksanaan FGD Minum Obat Massal Malaria (MOMAL) tanggal 13 – 15 Maret 2024



Gambar 3. 23 Pertemuan Penyusunan Pedoman Surveilans Sentinel Plasmodium Knowlesi di Indonesia (06-08 Februari 2024)

3. Surveilans Malaria, Sistem Informasi dan Monitoring Evaluasi

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

Sistem informasi malaria yang disebut SISMAL V2 mulai disosialisasikan pada Tahun 2018 dan sepenuhnya digunakan pada Tahun 2019. Sebanyak 10.609 fasyankes telah melaporkan data malaria melalui SISMAL V2 pada Tahun 2022. Untuk memudahkan interoperabilitas data dengan data yang lainnya maka sejak tahun 2021 SISMAL V3 sudah mulai dikembangkan dan di tahun 2022 dilakukan sosialisasi awal SISMAL V3. Berikut beberapa kegiatan yang telah dilakukan dalam mendukung kegiatan surveilans, sistem informasi dan monitoring dan evaluasi malaria:

- a. Supervisi dalam rangka on The Job Training Pengelola Sistem Informasi Surveilans Malaria
- b. Validasi Data Program Malaria
- c. Asesment SKD/KLB Malaria
- d. Monitoring dan Evaluasi on Site Kader Malaria
- e. Penyusunan pedoman surveilans malaria
- f. Pertemuan Penyusunan Buku Petunjuk Teknis Penggunaan dan Analisa Data SISMAL
- g. Pelatihan Manajemen Dasar Program Malaria bagi Tenaga Pengelola Program Malaria
- h. Kegiatan Training *Workshop on Spatial Epidemiology and GIS for Malaria Control Program*



Gambar 3. 24 On the job training SISMAL di Batam tanggal 2-5 Desember 2024

4. Pengendalian Vektor Malaria

Sampai saat ini nyamuk *Anopheles* telah dikonfirmasi menjadi vektor malaria di Indonesia sebanyak 25 jenis (species). Jenis intervensi pengendalian vektor malaria dapat dilakukan dengan berbagai cara antara lain memakai kelambu berinsektisida (LLINs = *Long lasting insecticide nets*), melakukan penyemprotan dinding rumah dengan insektisida (IRS = *Indoor Residual Spraying*), melakukan *larviciding*, melakukan penebaran ikan pemakan larva, dan pengelolaan lingkungan.

Penggunaan kelambu berinsektisida merupakan cara perlindungan dari gigitan nyamuk *Anopheles*. pembagian kelambu ke masyarakat dilakukan dengan dua metode, yaitu pembagian secara massal (mass campaign) dan pembagian rutin. Pembagian secara massal dilakukan pada daerah/kabupaten/kota endemis tinggi dengan cakupan minimal 80%. Pembagian ini diulang setiap 3 tahun, jika belum ada penurunan tingkat endemisitas. Pembagian kelambu secara rutin diberikan kepada ibu hamil yang tinggal di daerah endemis tinggi. Kegiatan ini bertujuan untuk melindungi populasi prioritas, yaitu ibu hamil dari risiko penularan malaria. Selain itu, pembagian kelambu juga dilakukan pada daerah yang terkena bencana.

Berikut beberapa kegiatan yang telah dilakukan dalam mendukung kegiatan pengendalian vektor malaria:

- a) Surveilans Pengendalian Faktor Resiko Malaria
- b) Pemetaan Daerah Reseptif Malaria

5. Promosi, Advokasi dan kemitraan dalam upaya pengendalian malaria

Sosialisasi pentingnya upaya pengendalian malaria merupakan hal yang penting dengan sasaran pengambil kebijakan, pelaksana teknis dan masyarakat luas. Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) kepada masyarakat luas dilakukan dengan membuat Iklan Layanan Masyarakat (ILM) mengenai Malaria.

Beberapa kegiatan selama Tahun 2023 dalam mendukung promosi, advokasi dan kemitraan dalam upaya pengendalian malaria antara lain:

- a. Pertemuan Monitoring Evaluasi Kegiatan Percepatan Eliminasi Malaria
- b. Sidang Penilaian Eliminasi Malaria
- c. Pertemuan Koordinasi Pelaksanaan Kegiatan Intervensi Percepatan Eliminasi Malaria di Wilayah IKN dan Kabupaten Sekitarnya
- d. Supervisi Dalam Rangka Pertemuan Evaluasi Lintas Batas Malaria

- e. Konsolidasi Pengendalian Malaria di Lingkungan TNI-POLRI
- f. Pertemuan Review Proposal Join Plan Sharing Data Notifikasi Kasus Malaria Indonesia-Timor Leste
- g. Pertemuan Koordinasi dalam Penanganan Peningkatan Kasus/KLB Malaria Tahun 2024
- h. Pertemuan Koordinasi Percepatan Eliminasi Malaria di Tanah Papua Tahun 2024
- i. Pertemuan Peluncuran Peta Jalan Eliminasi Malaria dan Pencegahan Penularan Kembali di Indonesia



Gambar 3. 25 Pertemuan Monitoring dan Evaluasi Program Malaria Tahun 2024

6. Alat dan Bahan serta Media KIE pencegahan dan pengendalian malaria

Sarana dan prasarana Malaria adalah bangunan beserta alat dan bahan yang digunakan pada program pengendalian malaria di Indonesia. Alat dan bahan digunakan dalam kegiatan diagnostik (deteksi), pengobatan dan pengendalian vektor. Ketersediaan sarana dan prasarana malaria sangat penting dalam pencapaian eliminasi malaria. Selain itu media kie juga sangat berperan sebagai media untuk promosi dan sosialisasi terkait pencegahan dan pengendalian malaria.

Alat dan bahan pengendalian malaria yang akan diadakan pada tahun 2024 seperti larvasida dan biolarvasida malaria insektisida malaria, RDT malaria, Bahan pemeriksaan malaria (immersion oil, metanol dan giemsa), kelambu. Sedangkan media KIE pencegahan dan pengendalian malaria, yaitu Buku Petunjuk Teknis Pengendalian Faktor Risiko malaria dan Buku Kurikulum dan Pelatihan Tatalaksana Malaria bagi Dokter.

f. Analisa Penyebab Kegagalan

- 1) Masih terdapat *under reporting* pelaporan data pada sistem pencatatan dan pelaporan SISMAL
- 2) Kurang berjalannya sistem kewaspadaan dini terkait malaria
- 3) Setiap kasus positif di daerah endemis rendah dan eliminasi (API <1 per 1000 penduduk) belum menerapkan Penyelidikan Epidemiologi (PE) 1-2-5.
- 4) Akses dan cakupan layanan baik Rumah Sakit, klinik, DPS pada remote area masih belum memadai.
- 5) Rujukan layanan dan jejaring tatalaksana belum optimal.
- 6) Migrasi penduduk mempengaruhi potensi penyebaran malaria dan kurang berjalannya kegiatan surveilans migrasi malaria.

- 
- 7) Di daerah endemis rendah banyak terdapat daerah fokus malaria dengan *Mobile Migrant Population* (MMP) dan kondisi wilayah yang sulit (tambang liar, *illegal logging*, perkebunan illegal, tambak terbenkelay).
 - 8) Ketepatan dan kelengkapan pelaporan yang belum optimal.
 - 9) Belum semua daerah pembebasan dan pemeliharaan mempunyai pemetaan daerah fokus.
 - 10) *Turn Over* petugas malaria di daerah.
 - 11) Komitmen Pemerintah daerah setempat baik terkait kebijakan dan anggaran untuk program malaria di daerah endemis malaria dan bebas malaria yang semakin terbatas sehingga banyak terjadi peningkatan kasus di daerah yang sudah eliminasi maupun menuju eliminasi malaria.
 - 12) Tingginya angka kasus malaria di tanah Papua dengan lingkungan yang sangat reseptif
 - 13) Perilaku atau budaya masyarakat yang berisiko tertular atau menularkan penyakit malaria

e. Pemecahan Masalah

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

- 1) Peningkatan akses layanan malaria yang bermutu.
 - Desentralisasi pelaksanaan program oleh kabupaten/kota.
 - Integrasi ke dalam layanan kesehatan primer.
 - Penemuan dini dengan konfirmasi dan pengobatan yang tepat sesuai dengan standar dan pemantauan kepatuhan minum obat.
 - Penerapan sistem jejaring public-private mix partnership layanan malaria.
- 2) Mendorong kabupaten/kota yang sudah endemis rendah >3 tahun agar segera mencapai eliminasi dengan melakukan advokasi dan memfasilitasi pra asesmen serta upaya mempercepat eliminasi kabupaten/kota stagnan.
- 3) Peningkatan upaya percepatan penurunan kasus dan eliminasi malaria di Papua
- 4) Intervensi kombinasi (LLIN, IRS, Larvasida, pengelolaan lingkungan, *personal protection*, profilaksis) dengan berbasis bukti melalui pendekatan kolaboratif.
- 5) Penguatan surveilans termasuk surveilans migrasi, Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (SKD-KLB) dan penanggulangan KLB.
- 6) Sosialisasi penggunaan dana yang bisa dimanfaatkan untuk Penyelidikan Epidemiologi baik Dana Dekonsentrasi, DAK non fisik, APBD, Global Fund, Dana Desa, dan Dana Kapitasi.
- 7) Terdapat tenaga pendamping dari UNICEF dan WHO untuk Dinas Kesehatan Kab/kota dalam mempercepat penurunan kasus dan mempercepat eliminasi malaria khususnya Kab/Kota endemis tinggi sebagian besar berada di Kawasan Timur Indonesia.
- 8) Peningkatan akses layanan malaria pada daerah sulit dan populasi khusus seperti penambang illegal, pekerja pembalakan liar, perkebunan illegal dan suku asli yang hidup di hutan.
- 9) *On The Job Training* (OJT) SISMAL V3 Tingkat Pusat, Provinsi sampa fasilitas pelayanan Kesehatan
- 10) Pelatihan Penyelidikan Epidemiologi termasuk pelatihan pemetaan GIS.

- 11) Penguatan manajemen fungsional program, advokasi dan promosi program dan berkontribusi dalam penguatan sistem kesehatan.
- 12) Koordinasi lintas program dan lintas sektoral dalam upaya penanganan KLB malaria maupun percepatan eliminasi malaria di Indonesia

f. Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Berdasarkan PMK 22/PMK.02/2021 tentang Pengukuran dan Evaluasi Kinerja Anggaran atas Pelaksanaan RKA, efisiensi dilakukan dengan membandingkan penjumlahan dari selisih antara perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran dan realisasi anggaran keluaran dengan penjumlahan dari perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran. Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut:

$$E = \frac{\sum_{i=1}^n ((PAKi \times CKi) - RAKi)}{\sum_{i=1}^n (PAKi \times CKi)} \times 100\%$$

E : Efisiensi
PAKi : Pagu Anggaran Keluaran
RAKi : Realisasi Anggaran Keluaran
CKi : Capaian Keluaran

Pagu Anggaran Keluaran i (PAKi)	= Rp 108,559,627,000
Realisasi Anggaran Keluaran i (RAKi)	= Rp 106,405,798,540
Capaian Keluaran i (CKi)	= 86,9% (1)

Sehingga Efisiensi:

$$E = \frac{((108,559,627,000 \times 0,87) - 106,405,798,540)}{(108,559,627,000 \times 0,87)} \times 100\%$$

$$E = 0,94\%$$

$$NE = 50\% + \left(\frac{E}{20} \times 50\right)$$

$$NE = 50\% + \left(\frac{0,94}{20} \times 50\right)$$

$$NE = 52\%$$

Berdasarkan perhitungan di atas dapat diketahui bahwa untuk indikator jumlah kabupaten/kota mencapai *positivity rate* (PR) < 5% dengan anggaran Rp 108,559,627,000 dan capaian kinerja 87% memiliki nilai efisiensi sebesar 52%.

5. Persentase penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan kusta tepat waktu

a. Penjelasan Indikator

Secara Program, penderita kusta dinyatakan menyelesaikan pengobatan tepat waktu (*Release From Treatment/ RFT*) setelah dosis dipenuhi tanpa diperlukan pemeriksaan laboratorium. Penderita kusta PB harus menghabiskan 6 blister MDT dalam waktu 6-9



bulan, sementara penderita kusta MB harus menghabiskan 12 blister MDT dalam waktu 12-18 bulan. Penderita Kusta PB dinyatakan putus berobat apabila tidak minum obat lebih dari 3 bulan, sedangkan bagi penderita kusta MB apabila tidak minum obat lebih dari 6 bulan (tidak mungkin bagi penderita tersebut untuk menyelesaikan pengobatan sesuai waktu yang ditetapkan).

Indikator persentase penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan tepat waktu (RFT rate) sangat penting digunakan dalam menilai kualitas tata laksana penderita dan kepatuhan penderita dalam minum obat. Indikator tersebut merupakan indikator tahunan dan perhitungannya dilakukan berdasarkan penderita yang memulai pengobatan MDT pada periode kohort yang sama.

b. Definisi Operasional

Jumlah penderita baru kusta (PB/MB) dari periode kohort 1 (satu) tahun yang sama yang menyelesaikan pengobatan tepat waktu (PB menyelesaikan 6 dosis dalam waktu 6-9 bulan/MB menyelesaikan 12 dosis dalam waktu 12-18 bulan) dinyatakan dalam persentase

c. Rumus/cara perhitungan

Indikator persentase penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan tepat waktu (RFT rate) dapat diketahui dengan cara perhitungan sebagai berikut :

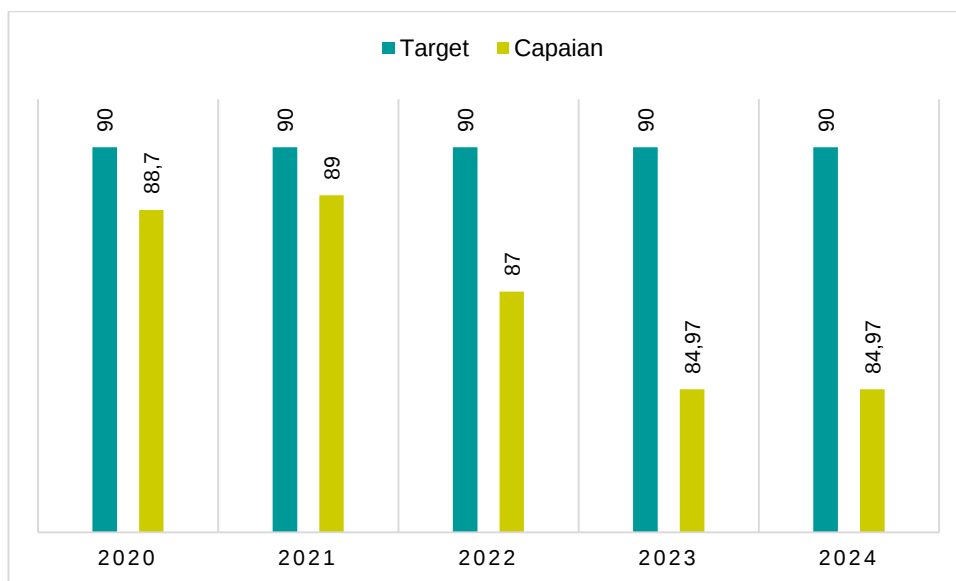
Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah kasus baru PB \& MB yang menyelesaikan 6 dosis dalam 6-9 bln \& 12-18 bln}}{\text{Jumlah seluruh kasus baru PB \& MB yang memulai MDT pada periode kohort tahun yang sama}} \times 100 \%$$

d. Capaian Indikator

Capaian data untuk indikator persentase penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan tepat waktu didapatkan dari Laporan RFT Rate dalam bentuk excel yang dikirimkan setiap tribulan secara manual dan berjenjang. Pengiriman data dari Puskesmas/fasyankes berupa data kohort penderita PB/MB yang kemudian direkap ke dalam Sistem Informasi Pencatatan dan Pelaporan Kusta (SIPK) Kabupaten/Kota. Di tingkat provinsi, pengelola program merekap laporan RFT Rate yang terdapat dalam SIPK Kab/kota ke dalam Laporan RFT Rate Provinsi dan mengirimkannya ke pusat. Data tersebut akan dilakukan validasi dan finalisasi pada awal tahun 2025.

Grafik 3. 12 Indikator dan Capaian Persentase Penderita Kusta yang Menyelesaikan Pengobatan Kusta Tepat Waktu Tahun 2020 – 2024



Sumber : Laporan Program P2 Kusta per 20 Februari 2024. Data tersedia adalah capaian tahun 2023

Grafik di atas menunjukkan capaian indikator persentase penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan tepat waktu dari tahun ke tahun pada periode 2020-2024 bersifat fluktuatif dan belum mencapai target. Tahun 2021 (89%), capaian indikator mengalami kenaikan dibanding tahun 2020 (88,7%), namun kembali menurun di tahun 2022 (87%). Tahun 2023, capaian indikator mengalami penurunan menjadi 84,97% (persentase capaian target 94,41%). Capaian indikator tahun 2024 belum dapat dinilai karena indikator tersebut merupakan indikator tahunan yang dinilai berdasarkan data akhir tahun. Data tersedia adalah data tahun 2023, sementara data capaian tahun 2024 baru bisa didapatkan setelah dilakukan validasi dan finalisasi data tahun 2024 pada bulan Februari 2025. Apabila melihat capaian pada tahun-tahun sebelumnya, dapat diprediksikan bahwa data akhir capaian akan memperlihatkan pola yang sama, dengan target yang tidak tercapai. Dapat diperkirakan capaian indikator di tahun 2024 adalah sebesar 85%.

Tabel 3. 4 Persentase Penderita Kusta yang Menyelesaikan Pengobatan Tepat Waktu di Indonesia Tahun 2024 (Menggunakan Capaian Data 2023)

No	Kabupaten / Kota	Jml pend. mulai berobat (PB+MB)	Jml RFT tepat waktu	% RFT rate
1	ACEH	218	207	94,95
2	SUMUT	91	78	85,71
3	SUMBAR	69	63	91,30
4	JAMBI	47	39	82,98
5	BENGKULU	15	10	66,67



No	Kabupaten / Kota	Jml pend. mulai berobat (PB+MB)	Jml RFT tepat waktu	% RFT rate
6	SUMSEL	225	208	92,44
7	RIAU	85	68	80,00
8	BABEL	48	41	85,42
9	LAMPUNG	132	129	97,73
10	KEPRI	38	33	86,84
11	BANTEN	676	592	87,57
12	JABAR	1.373	1.234	89,88
13	JATENG	926	834	90,06
14	JATIM	1.759	1.587	90,22
15	DKI JAKARTA	442	408	92,31
16	DIY	39	30	76,92
17	BALI	63	56	88,89
18	NTB	187	175	93,58
19	NTT	335	288	85,97
20	KALSEL	74	61	82,43
21	KALBAR	53	41	77,36
22	KALTENG	41	33	80,49
23	KALTIM	132	115	87,12
24	KALTARA	29	23	79,31
25	SULUT	391	357	91,30
26	SULBAR	114	95	83,33
27	GORONTALO	141	131	92,91
28	SULTRA	242	205	84,71
29	SULSEL	703	629	89,47
30	SULTENG	199	194	97,49
31	MALUKU	301	241	80,07



No	Kabupaten / Kota	Jml pend. mulai berobat (PB+MB)	Jml RFT tepat waktu	% RFT rate
32	MALUKU UTARA	590	504	85,42
33	PAPUA	995	719	72,26
34	PAPUA SELATAN	72	38	52,78
35	PAPUA TENGAH	137	104	75,91
36	PAPUA PEGUNUNGAN	10	7	70,00
37	PAPUA BARAT DAYA	434	226	52,07
38	PAPUA BARAT	430	271	63,02
	INDONESIA	11.856	10.074	84,97

Sumber : Laporan Program P2 Kusta per 20 Februari 2024. Data tersedia adalah capaian tahun 2023

Berdasarkan data tersebut, diketahui bahwa capaian Persentase Penderita Kusta yang Menyelesaikan Pengobatan Kusta Tepat Waktu paling tinggi berasal dari Provinsi Lampung (97,73%), dengan capaian paling rendah berasal dari Provinsi Papua Barat Daya (52,07%). Sebanyak 11 Provinsi telah mencapai target indikator yang ditentukan, yaitu 90% penderita kusta menyelesaikan pengobatan tepat waktu. Keberhasilan pencapaian indikator pada provinsi tersebut dikarenakan pengimplementasian SOP tatalaksana kusta yang baik di tingkat fasyankes, termasuk pemberian edukasi kepada penderita tentang pentingnya keteraturan berobat; pemberdayaan keluarga, kader, masyarakat, dan petugas sebagai pengawas minum obat; kunjungan ke penderita yang mangkir berobat; serta manajemen logistik obat yang baik. Sebaliknya, sebagian besar provinsi yang tidak dapat mencapai target tersebut, dikarenakan tingginya angka *default* atau putus berobat dari penderita. Penyebab putus obat di antaranya rasa jenuh yang dialami penderita akibat durasi pengobatan yang lama serta efek samping yang timbul selama pengobatan; kurangnya pemberian motivasi dan pengawasan menelan obat dari petugas dan keluarga; penderita yang berpindah-pindah tempat tinggal sehingga tidak dapat dilakukan tracing oleh petugas kesehatan; serta terjadinya kelangkaan obat MDT di lapangan.

Data *The Weekly Epidemiological Record* (WER) WHO tahun 2023, menyatakan bahwa Indonesia menduduki peringkat ke 3 dunia setelah India dan Cina, dalam hal negara dengan jumlah kasus baru kusta yang ditemukan. Indonesia berkontribusi sebesar 8,2% terhadap jumlah kasus baru kusta di dunia.



Table 2 **Trends in the detection of new cases of leprosy in 23 global priority countries, 2014–2023**
Tableau 2 **Évolution du nombre de nouveaux cas de lèpre détectés dans 23 pays prioritaires à l'échelle mondiale, 2014-2023**

Country – Pays	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Angola	–	823	619	605	847	721	422	797	860	839
Bangladesh	3 622	3 976	3 000	3 754	3 729	3 638	3 766	2 872	2 988	3 639
Brazil – Brésil	31 064	26 395	25 218	26 875	28 660	27 863	17 979	18 318	19 635	22 773
Comoros – Comores	324	343	310	429	275	478	236	239	263	241
Côte d'Ivoire	910	891	895	773	645	567	515	514	483	483
Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	3 272	4 237	3 765	3 649	3 323	3 032	3 385	4 148	3 720	3 945
Egypt – Égypte	564	583	651	543	407	537	316	361	395	583
Ethiopia – Éthiopie	3 758	3 970	3 692	3 114	3 218	3 201	2 591	2 589	2 966	2 395
India – Inde	125 785	127 326	135 485	126 164	120 334	114 451	65 147	75 394	103 819	107 851
Indonesia – Indonésie	17 025	17 202	16 826	15 910	17 017	17 439	11 173	10 976	12 441	14 376
Kiribati	123	180	218	187	173	136	159	154	151	140
Madagascar	1 617	1 487	1 780	1 430	1 424	1 283	1 346	1 290	1 450	1 659
Micronesia (Federated States of) – Micronésie (États fédérés de)	178	164	169	141	127	144	129	89	92	91
Mozambique	–	1 335	1 289	1 926	2 422	2 220	2 065	2 639*	2 608	2 752
Myanmar	2 877	2 571	2 609	2 279	2 214	2 488	1 877	595	1 234	1 338
Nepal – Népal	3 046	2 751	3 054	3 215	3 249	3 844	2 304	2 394	2 285	2 522
Nigeria – Nigéria	2 983	2 892	2 687	2 447	2 095	2 424	1 417	2 398	2 393	2 425
Philippines	1 655	1 617	1 721	1 908	2 176	2 122	1 150	967	1 005	1 357
Somalia – Somalie	14	107	633	1 569	2 596	2 425	2 638	2 030	2 307	1 519
South Sudan – Soudan du Sud	691	–	–	–	761	1 152	682	713	955	877
Sri Lanka	2 157	1 977	1 832	1 877	1 703	1 658	1 212	1 025	1 401	1 520
Sudan – Soudan	684	624	624	551	509	478	526	499	472	188
United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie	1 947	2 256	2 047	1 936	1 482	1 603	1 192	1 511	1 705	1 454
New cases in global priority countries – Nouveaux cas détectés dans les pays prioritaires à l'échelle mondiale	204 296	203 707	209 124	201 282	199 386	193 904	122 227	132 512*	165 628	174 967

Sumber : *The Weekly Epidemiological Record* (WER) Tahun 2023

e. Analisa Penyebab Kegagalan Pencapaian

Indikator Persentase Penderita Kusta yang Menyelesaikan Pengobatan Kusta Tepat Waktu (RFT Rate) merupakan indikator tahunan yang dinilai berdasarkan data akhir tahun. Untuk dapat mengetahui capaiannya, penderita yang memulai pengobatan MDT pada periode kohort yang sama perlu diikuti dan dicari status akhir pengobatannya, apakah menyelesaikan pengobatan, putus berobat (*default*), ganti tipe/ klasifikasi kusta, pindah fasyankes berobat, atau meninggal. RFT rate untuk PB dihitung berdasarkan penderita baru yang masuk pada kohort yang sama pada 1 tahun terakhir yang menyelesaikan pengobatan tepat waktu. RFT rate untuk MB dihitung berdasarkan penderita baru yang masuk pada kohort yang sama pada 2 tahun terakhir yang menyelesaikan pengobatan tepat waktu.

Durasi pengobatan yang lama akan membuat pasien mengalami kejenuhan sehingga akhirnya putus berobat. Proporsi kasus kusta MB yang menyelesaikan pengobatan tepat waktu rata-rata lebih rendah dibanding proporsi kasus PB karena jangka waktu pengobatan yang lebih lama. Oleh karena itu, pasien kusta sangat membutuhkan pengawasan, baik dari keluarga maupun dari petugas kesehatan, agar tidak lupa atau berhenti minum obat.

Tingkat pengetahuan dan kesadaran pasien yang tinggi terhadap pentingnya berobat



secara teratur akan meningkatkan kepatuhan penderita dalam minum obat. Bila penderita kusta tidak minum obat secara teratur, maka kuman kusta dapat menjadi resisten atau kebal terhadap MDT sehingga gejala penyakit dapat menetap bahkan memburuk. Setiap regimen obat MDT dapat menimbulkan efek samping bagi penderita selama menjalani pengobatan, baik yang sifatnya ringan hingga berat. Apabila tidak segera ditangani dengan baik, efek samping pengobatan dapat mempengaruhi kualitas hidup penderita. Ketidaktahuan akan efek samping dari MDT menyebabkan pasien enggan melanjutkan pengobatan. Oleh karena itu, penting untuk mengedukasi pasien dan keluarga tentang pentingnya kepatuhan berobat dan efek samping sebelum pengobatan. Banyaknya petugas kesehatan atau dokter di fasyankes yang belum terlatih, menyebabkan kurangnya pemahaman akan tatalaksana kusta dan pentingnya konseling atau edukasi kepada penderita, akibatnya penderita tidak mendapatkan informasi yang adekuat.

Tata cara minum obat MDT adalah dosis hari pertama pada setiap blister diminum di depan petugas saat penderita datang mengambil obat di fasyankes, sisa obat selanjutnya diminum di rumah dengan pengawasan keluarga. Kurangnya pemberian motivasi, dukungan serta pengawasan menelan obat dari petugas, keluarga, dan masyarakat menyebabkan rendahnya kepatuhan minum obat.

Selain itu, masih adanya stigma dan diskriminasi terhadap penderita kusta di masyarakat juga dapat menyebabkan penderita berhenti mengunjungi layanan kesehatan karena takut dikucilkan. Petugas kesehatan seharusnya melakukan kunjungan rumah kepada penderita yang tidak datang mengambil obat. Namun terkadang penderita kusta memberikan alamat tidak sesuai dengan tempat tinggal, sehingga petugas kesehatan sulit melacak keberadaannya.

Motivasi penderita untuk menjalani pengobatan perlu didukung dengan ketersediaan obat di fasyankes. Adanya kelangkaan stok MDT di tingkat Pusat dan daerah akibat keterlambatan penyediaan obat dari dalam negeri maupun donor, menyebabkan penderita tidak mendapatkan pengobatan yang adekuat dan terpaksa harus putus berobat.

- f. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator
 - 1. Melakukan upaya peningkatan kapasitas petugas kesehatan dalam tatalaksana penderita:
 - a. Menyelenggarakan 1 batch kegiatan Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Kusta Bagi Pengelola Program Kusta secara tatap muka di Hotel Santika, Makassar, Sulsel pada tanggal 18 Februari – 1 Maret 2024. Peserta pelatihan merupakan 30 orang pengelola program P2 Kusta tingkat provinsi dan kabupaten/kota.
 - b. Menyelenggarakan Pelatihan Program P2 Kusta dan Frambusia bagi Dokter Rujukan Kusta dan Frambusia pada tanggal 4 – 8 Februari 2024 di Hotel Santika, Makassar, Sulsel. Peserta OJT adalah berasal dari 38 provinsi di seluruh Indonesia.
 - c. Menyelenggarakan Workshop Laboratorium Kusta Frambusia bagi Laboratorium Rujukan pada tanggal 27 – 31 Mei 2024 di Surabaya, dengan

total 44 peserta yang berasal dari B/BLKM se-Indonesia, Balai Laboratorium Kesehatan Provinsi se-Indonesia serta Dinas Kesehatan Provinsi.

2. Melakukan kegiatan Advokasi dan Sosialisasi Program P2 Kusta dan Frambusia di Regional Papua, di antaranya dilakukan di Kaimana, Papua Barat; Kota & Kabupaten Jayapura, Papua; Kota Sorong, Papua Barat; dan Timika, Papua Tengah. Dalam kegiatan tersebut, juga dilaksanakan deteksi dini, pelacakan kontak, dan pemberian obat pencegahan.



Gambar 3. 26 Deteksi Dini di Sekolah Dasar dalam Kegiatan Advokasi Program P2 Kusta dan Frambusia di Kabupaten Kaimana, Papua Barat

3. Mengawal proses penyediaan obat MDT dalam negeri bekerja sama dengan Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan.



Gambar 3. 27 Pemantauan Stok Obat MDT Kusta di Gudang

4. Merencanakan dan mengembangkan kegiatan Active Case Finding pada 55 kabupaten/kota terpilih berkolaborasi dengan Program TB.
5. Memperluas implementasi kegiatan Pemberian Obat Pencegahan Kusta (kemoprofilaksis). Sebanyak kurang lebih 45 kabupaten/kota di Indonesia melaksanakan kemoprofilaksis di tahun 2024.

6. Menyelenggarakan rangkaian Peringatan Hari NTD Sedunia yang dilaksanakan mulai akhir bulan Januari. Rangkaian kegiatan tersebut terdiri dari temu media, penayangan pesan di media sosial, media cetak, dan media elektronik berkaitan, serta berbagai acara peringatan Hari NTD di tingkat provinsi dan Kabupaten/Kota. Acara Puncak Peringatan Hari NTDs diselenggarakan pada tanggal 6 Maret 2024 sekaligus sebagai momen untuk melakukan Launching MDT lepasan produksi dalam negeri.
7. Menyelenggarakan Kegiatan Gerakan Masyarakat Kampanye Eliminasi Kusta dan Frambusia bersama DPR RI Komisi IX. Kegiatan dilaksanakan di Kabupaten Banyuwangi, Jatim (Juni 2024), Buleleng, Bali (Juli 2024), serta Sumba Barat Daya, NTT (November 2024). Adapun tujuan dari kegiatan ini adalah melakukan advokasi kepada pimpinan setempat serta lintas program dan lintas sektor untuk mendapatkan dukungan kebijakan dan kemitraan daerah serta melakukan sosialisasi kusta dan frambusia kepada masyarakat di wilayah tersebut.
8. Menyelenggarakan On The Job Training (OJT) Kemoprofilaksis dan Sistem Informasi Kusta dan Frambusia (SITASIA) pada tanggal 21 – 25 Oktober 2024 bertempat di Aston Imperial Bekasi Hotel & Convention Center, Bekasi. Peserta berasal dari 38 provinsi seluruh Indonesia. Melalui kegiatan tersebut diharapkan dapat terlaksana on the job training, peningkatan kapasitas pengelola program terkait pelaksanaan Kemoprofilaksis dan pengoperasian SITASIA serta terwujudnya koordinasi dan kolaborasi yang baik dalam penerapan strategi percepatan eliminasi kusta dan eradikasi frambusia.
9. Melaksanakan Assessment Eliminasi Kusta pada 8 Kabupaten/Kota yang telah memasuki eliminasi kusta fase 1 & 2. Kegiatan ini dilaksanakan di Kota Sabang, Kota Gunung Sitoli dan Nias Utara, Kab Kepahiang, Kab Sekadau, Kota Sungai Penuh, Kota Pagar Alam, Kota Solok. Hasil asesmen diketahui bahwa Kota Gunung Sitoli, Nias Utara, Sekadau, Sungai Penuh, dan Kota Solok dinyatakan lulus fase 2.



Gambar 3. 28 Verifikasi Kasus dan Pelacakan Kontak dalam Kegiatan Asesmen Eliminasi Kusta di Kabupaten Sekadau, Kalimantan Barat

10. Mendorong fasyankes untuk selalu melaksanakan SOP tatalaksana penderita bahwa penderita perlu diberikan edukasi dan konseling oleh nakes sebelum memulai



pengobatan, pemberian obat MDT kepada penderita kusta di fasyankes dilakukan sebulan sekali, dengan maksimal diberikan untuk 3 bulan, agar petugas kesehatan dapat memantau keteraturan pengobatan serta memonitor perkembangan kecacatan. Apabila ada penderita yang tidak datang mengambil obat, agar petugas kesehatan melakukan kunjungan rumah dan mencari tahu penyebabnya.

g. Kendala/masalah yang dihadapi

1. Indikator merupakan indikator tahunan yang dinilai berdasarkan data akhir tahun. Data tersedia adalah data tahun 2023. Data capaian tahun 2024 baru bisa didapatkan setelah dilakukan Validasi dan Finalisasi Data Tahun 2024 di bulan Februari 2025.
2. Durasi pengobatan yang lama serta efek samping yang timbul selama pengobatan akan membuat pasien mengalami kejenuhan atau enggan melanjutkan pengobatan.
3. Kurangnya pemberian motivasi, dukungan serta pengawasan menelan obat dari petugas, keluarga, dan masyarakat.
4. Adanya stigma dan diskriminasi terhadap penderita kusta menyebabkan penderita berhenti mengunjungi layanan kesehatan karena takut dikucilkan.
5. Penderita berobat ke RS rujukan berasal dari berbagai daerah dan sulit untuk melakukan monitoring status pengobatan dan pelacakan penderita putus berobat.
6. Adanya kelangkaan stok MDT di tingkat Pusat dan daerah akibat keterlambatan penyediaan obat dalam negeri maupun dari donor.

h. Pemecahan masalah

1. Melakukan bimbingan teknis dan supervisi terhadap provinsi yang belum mencapai target indikator yang telah ditentukan serta mengidentifikasi hambatan dalam pelaksanaan program.
2. Penderita yang memulai pengobatan dan keluarganya dibekali dengan edukasi dan konseling tentang pentingnya kepatuhan berobat dan efek samping sebelum pengobatan oleh nakes.
3. Memberdayakan keluarga, kader, masyarakat, dan petugas sebagai pengawas minum obat.
4. Meningkatkan kegiatan advokasi dan sosialisasi program terhadap pemangku kepentingan terkait agar dapat meningkatkan komitmen dalam pencapaian target indikator program.
5. Mengawal implementasi *Active Case Finding* Kusta integrasi dengan TB di 55 kabupaten/kota terpilih.
6. Memperluas cakupan kegiatan penemuan kasus kusta secara aktif dan berkelanjutan serta inisiasi dan keberlanjutan implementasi kemoprofilaksis terhadap kontak kusta.
7. Meningkatkan kegiatan promosi serta penyebaran media KIE untuk penurunan stigma dan diskriminasi

8. Melaksanakan asesmen eliminasi kusta, terutama pada kabupaten/kota yang telah mencapai eliminasi kusta fase 2 (tidak adanya kasus anak asli baru setidaknya selama 5 tahun terakhir serta tidak adanya kasus asli baru dalam 3 tahun terakhir
9. Sosialisasi SITASIA ke provinsi/kab/kota/fasyankes secara berjenjang, penyempurnaan sistem serta mengawal integrasi dengan Satu Data Kesehatan.
10. Mengawal proses penyediaan dan distribusi obat MDT dalam negeri dan hibah donor, termasuk penyediaan rifampisin untuk kegiatan kemoprofilaksis.

i. Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Berdasarkan PMK 22/PMK.02/2021 tentang Pengukuran dan Evaluasi Kinerja Anggaran atas Pelaksanaan RKA, efisiensi dilakukan dengan membandingkan penjumlahan dari selisih antara perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran dan realisasi anggaran keluaran dengan penjumlahan dari perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran. Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut:

$$E = \frac{\sum_{i=1}^n ((PAKi \times CKi) - RAKi)}{\sum_{i=1}^n (PAKi \times CKi)} \times 100\%$$

E : Efisiensi
 PAKi : Pagu Anggaran Keluaran
 RAKi : Realisasi Anggaran Keluaran
 CKi : Capaian Keluaran

PAKi : Rp 4.556.817.000
 RAKi : Rp 4.353.908.191
 CKi : 94.41 %

$$E = \frac{(4.556.817.000 \times 0.94) - 4.353.908.191}{(4.556.817.000 \times 0.94)} \times 100\%$$

$$= -0.02\%$$

$$NE = 50\% + \left(\frac{E}{20} \times 50\right)$$

$$NE = 50\% + \left(\frac{0.02}{20} \times 50\right)$$

$$NE = 46\%$$

Berdasarkan perhitungan di atas dapat diketahui bahwa untuk Indikator Persentase penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan kusta tepat waktu dengan pagu anggaran tahun 2024 sebanyak Rp 4.556.817.000,- memiliki nilai efisiensi 46%

6. Persentase pengobatan kasus pneumonia sesuai standar

a. Penjelasan Indikator

Pengendalian ISPA dititik beratkan pada pengendalian penyakit pneumonia, karena penyakit pneumonia yang memiliki kontribusi cukup besar terhadap angka kesakitan dan kematian Balita. Kegiatannya meliputi deteksi dini dan tatalaksana kasus pneumonia pada balita. Balita yang datang atau berobat dengan keluhan batuk atau kesukaran

bernafas harus diberikan tatalaksana pneumonia, dengan menghitung napas selama 1 menit penuh dan melihat ada tidaknya Tarikan Dinding Dada bagian bawah Kedalam (TDDK), baru kemudian diklasifikasi menjadi pneumonia, pneumonia berat dan batuk bukan pneumonia, serta diberikan tatalaksana sesuai klasifikasi yang telah ditentukan. Terdapat perluasan definisi tatalaksana pneumonia standar, yang sebelumnya hanya menekankan pada penemuan kasus melalui pendekatan MTBS menjadi penemuan kasus dan pengobatan standar menggunakan antibiotik.

b. Definisi Operasional

Persentase pengobatan kasus pneumonia sesuai standar adalah Persentase kasus pneumonia balita yang ditemukan dan diberikan pengobatan antibiotik.

c. Rumus/cara perhitungan

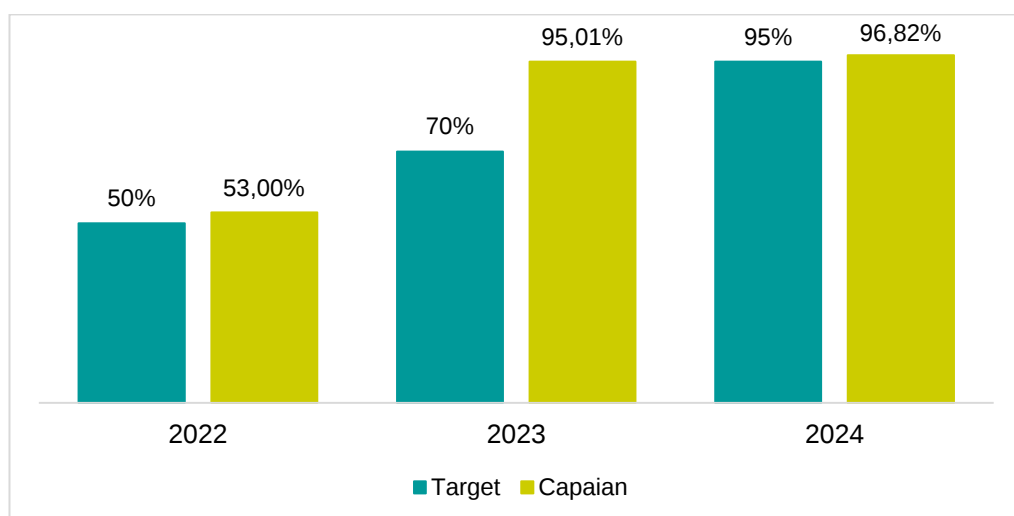
Persentase pengobatan kasus pneumonia sesuai standar dapat diketahui dengan cara perhitungan sebagai berikut :

$$\text{Persentase pengobatan kasus pneumonia sesuai standar} = \frac{\text{Jumlah kasus pneumonia balita yang diobati dengan antibiotik}}{\text{Total kasus pneumonia balita yang ditemukan di fasyankes}} \times 100\%$$

d. Capaian Indikator

Mekanisme pengumpulan data rutin ISPA dilakukan secara berjenjang dari fasyankes ke Dinkes Kabupaten/Kota selambat-lambatnya setiap tanggal 5 bulan berikutnya dan laporan ISPA dari Kabupaten/Kota ke Dinkes Provinsi selambat-lambatnya setiap tanggal 10 pada bulan yang sama dengan pelaporan Dinkes Kabupaten/Kota ke Dinkes Provinsi, selanjutnya Dinkes Provinsi mengirim laporan ke Tim Kerja ISPA Direktorat P2PM selambat-lambatnya setiap tanggal 12 melalui surat elektronik ke tim kerja ISPA. Kemudian pemantauan laporan rutin dilakukan melalui *whatsapp grup*. Hasil capaian indikator pengobatan kasus pneumonia sesuai standar pada tahun 2022 –2024 dapat digambarkan pada grafik berikut :

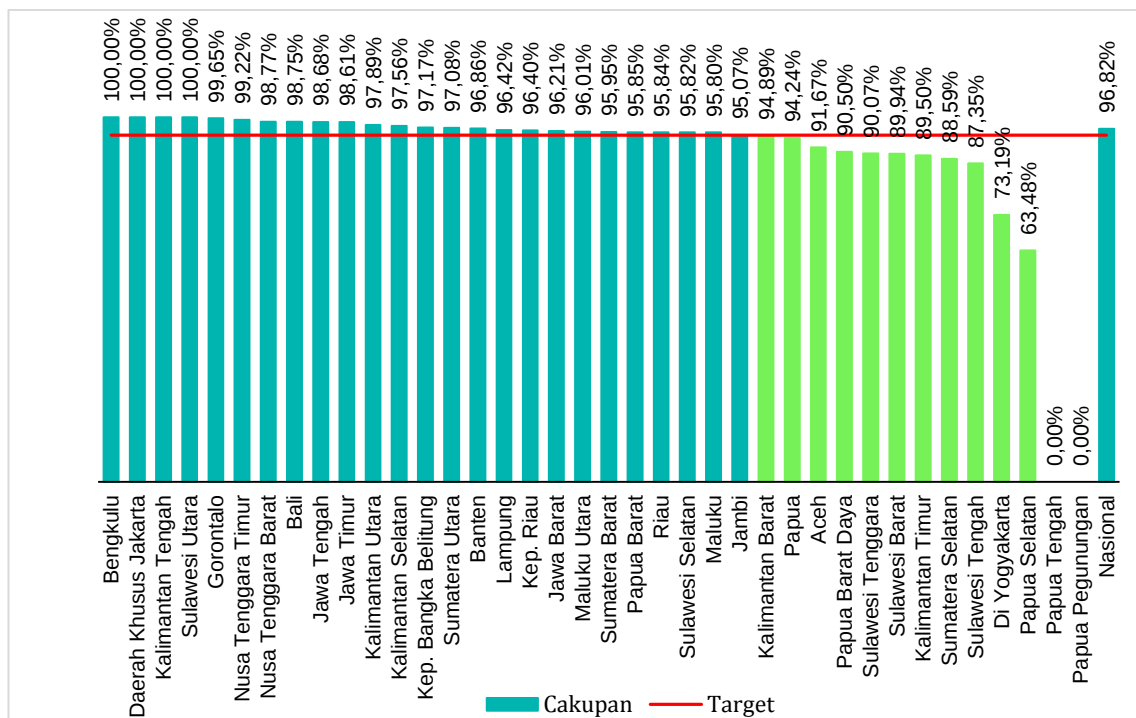
Grafik 3. 13 Target Dan Capaian Indikator Pengobatan Kasus Pneumonia Sesuai Standar 2022 – 2024



Sumber : Data Tim Kerja ISPA, Januari 2025

Grafik di atas menunjukkan peningkatan capaian indikator pengobatan kasus pneumonia sesuai standar setiap tahun di mana pada tahun 2022 sebesar 53% dan mengalami peningkatan tahun 2023 sebesar 95,01% dan capaian pada tahun 2024 sebesar 96,82%. Capaian pengobatan pneumonia tersebut masih belum final karena masih terdapat beberapa provinsi yang belum menyampaikan pelaporan secara menyeluruh. Berdasarkan data yang telah diterima Direktorat P2PM, beberapa provinsi yang belum lengkap mengirimkan data capaian pengobatan kasus pneumonia yaitu Aceh, Kep. Riau, Jambi, Di Yogyakarta, Kalimantan Timur, Nusa Tenggara Timur, Gorontalo, Sulawesi Barat, Sulawesi Tenggara, Papua Barat Daya, Papua, Dan Papua Selatan. Sementara 2 wilayah yang belum melakukan pelaporan yaitu Papua Tengah dan Papua Pegunungan. Validasi data dilakukan pada bulan Februari 2025 dan diperkirakan capaian tidak melebihi 97%.

Grafik 3. 14 Capaian Indikator Pengobatan Kasus Pneumonia Sesuai Standar Tahun 2024



Sumber : Laporan Rutin P2 ISPA, Juli 2024

Berdasarkan grafik diatas menunjukkan bahwa persentase pengobatan pneumonia pada balita secara nasional telah mencapai target sebesar 96,82%. Provinsi Bengkulu, Daerah Khusus Jakarta, Kalimantan Tengah, Gorontalo sudah mencapai target 100%. Sebanyak 11 provinsi belum mencapai target cakupan pengobatan dikarenakan kepatuhan pemberian antibiotik masih rendah di beberapa kabupaten/kota, sedangkan Provinsi Papua Tengah dan Papua Pegunungan sampai akhir bulan Desember 2024 belum mengirimkan laporan karena belum mempunyai penanggungjawab program ISPA.

Diharapkan dengan penemuan kasus dan pengobatan pneumonia yang sudah sesuai standar dapat mengurangi angka kesakitan dan kematian balita akibat pneumonia. Pneumonia masih menjadi penyebab morbiditas dan mortalitas utama karena infeksi pada bayi dan anak di dunia. Pneumonia dan diare bertanggung jawab atas sepertiga



(29%) dari kematian Balita, yang mengakibatkan hilangnya dua juta anak per tahun (World Health Organization (WHO) 2013). Pada tahun 2019, kasus pneumonia menyumbang 740.180 (14%) kasus kematian anak usia di bawah 5 tahun (Balita) (WHO 2021). Kejadian kematian akibat pneumonia dan diare pada Balita di 15 negara dilaporkan sekitar 70%. Sekitar 2.200 anak meninggal setiap hari akibat pneumonia (IVAC 2020; UNICEF 2019a). Pneumonia juga menjadi penyebab kematian Balita terbesar di Indonesia (Kementerian Kesehatan RI 2020; UNICEF 2019 b). Pada tahun 2018 diperkirakan sekitar 19.000 anak meninggal dunia akibat pneumonia.

e. Analisa Penyebab Keberhasilan Pencapaian

Persentase kasus pneumonia pada balita yang diberikan antibiotik mencapai mencapai target 96,82% karena:

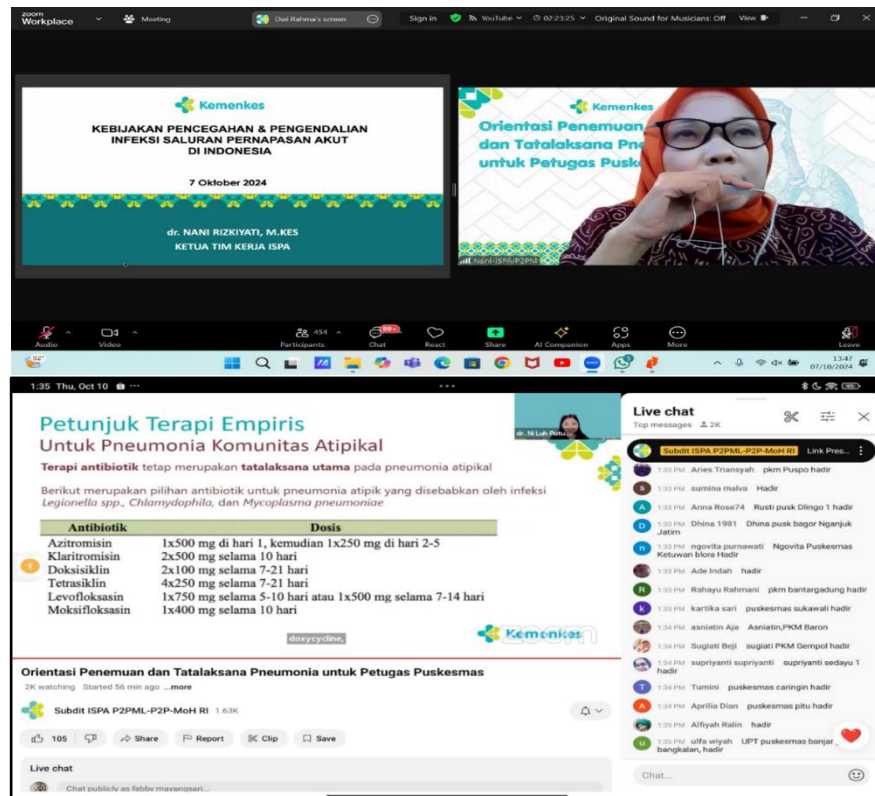
- 1) Pada seluruh fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama telah melaksanakan pelayanan pengobatan pneumonia sesuai dengan pedoman tatalaksana untuk kasus pneumonia balita.
- 2) Adanya kegiatan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan (dokter dan perawat/bidan) dan pengelola program ISPA dalam tatalaksana pneumonia sesuai standar termasuk dalam pencatatan dan pelaporan pneumonia yang dilaksanakan pada bulan Oktober 2024. Kegiatan tersebut dilakukan melalui orientasi secara online dengan 5 batch dengan total peserta 9224 orang.
- 3) Adanya pendistribusian *pulse oximeter* dan *ARI soundtimer* kepada puskesmas yang tersebar di 25 provinsi sesuai dengan perencanaan yang didasarkan pada surat permintaan daerah masing-masing. *Pulse oximeter* dan *ARI soundtimer* berfungsi sebagai alat deteksi dini pneumonia balita.
- 4) Kegiatan pendampingan, supervisi dan monitoring evaluasi program pneumonia di tingkat provinsi dilakukan secara reguler khususnya pada daerah Papua Barat, Papua, dan Papua Selatan.

f. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

Kegiatan dalam mencapai indikator program Pneumonia antara lain:

1) Orientasi Penemuan Kasus dan Tatalaksana Pneumonia untuk Petugas Puskesmas

Kegiatan dilaksanakan secara daring selama 2 hari sebanyak 5 *batch* pada bulan Oktober 2024. Peserta orientasi terdiri dari: PJ ISPA Dinkes Provinsi, PJ ISPA Dinkes Kab/Kota, Puskesmas (Dokter umum, perawat/ bidan penanggung jawab pelayanan anak/ MTBS, PJ ISPA Puskesmas). Narasumber Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI), Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI), Fasilitator Nasional MTBS, Tim Kerja ISPA, Direktorat P2PM. Diharapkan setelah kegiatan ini peserta mampu melakukan deteksi dini dan tatalaksana pneumonia sesuai standar di wilayah kerja masing-masing.



Gambar 3. 29 Orientasi Penemuan Kasus dan Tatalaksana Pneumonia untuk Petugas Puskesmas

2) Advokasi dan Sosialisasi RAN Penanggulangan Pneumonia dan Diare

Kementerian Kesehatan telah meluncurkan dokumen RANPPD oleh Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit pada tanggal 9 November 2023. Dokumen RANPPD yang telah disusun perlu disahkan dan kemudian akan disosialisasikan, oleh karena itu perlu adanya rangkaian Sosialisasi Rencana Aksi Nasional untuk Penanggulangan Pneumonia dan Diare di Indonesia (RANPPD) Tahun 2023 – 2030 pada Tahun 2024. Kegiatan dilaksanakan di 8 Provinsi yaitu: Aceh, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sulsel, NTB, NTT, Maluku, PBD. Peserta Advosos terdiri dari lintas program dan lintas sektor terkait membahas kesiapan implementasi RANPPD daerah.



Gambar 3. 30 Advokasi dan Sosialisasi RAN Penanggulangan Pneumonia dan Diare



Kemenkes

Media Briefing World Pneumonia Day 2024

Mon, 11 Nov 2024 11:44

Menara KADIN Indonesia Lantai 24 Jl. H. R. Rasuna Said X-5 Kav. 2-3, RT.1/RW.2, Kuningan, Kuningan Tim., Kecamatan Setiabudi, Kota Jakarta Selatan, Daerah Khusus Ibukota Jakarta 12950

6.230800°S, 106.832437°E

Timemark App
Authentic Time, GPS

Selanjutnya kegiatan dilanjutkan dengan Kegiatan Bincang Sehat Kenali Pneumonia Bareng Ibu Ida Budi G. Sadikin dalam Rangka Peringatan Hari Pneumonia Sedunia (*World Pneumonia Day*) pada tanggal 18 November 2024 dengan topik Pneumonia pada anak dan tema Cegah, Kenali dan Lindungi Keluarga dari Pneumonia. Kegiatan Bincang Sehat ini merupakan bagian dari promosi kesehatan, sehingga diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang gejala, tanda, faktor risiko dan pencegahannya dalam upaya untuk menurunkan angka kesakitan akibat pneumonia yang berdampak pada penurunan angka kematian akibat pneumonia.



Gambar 3. 32 Kegiatan Bincang Sehat Kenali Pneumonia

4) Supervisi Penyakit Pneumonia Tingkat Provinsi

Bimbingan Teknis Program P2 ISPA pada petugas ISPA Provinsi, Kabupaten/Kota, Puskesmas di masing-masing provinsi yang bertujuan memastikan implementasi program P2 ISPA di semua level berjalan sesuai dengan arah kebijakan nasional yang telah ditetapkan dan standar operasional prosedur (SOP) yang ada. Selain itu pada saat bimtek, dilaksanakan juga *On the Job Training* bagi petugas di lapangan.

5) Pendistribusian *ARI Soundtimer* dan *Pulse Oximeter* sebagai alat penunjang penegakkan diagnosis pneumonia

Penegakkan diagnosis ataupun klasifikasi pneumonia di Puskesmas dapat dilaksanakan di poli MTBS dan poli umum/poli KIE sehingga dibutuhkan alat deteksi dini minimal 2 unit *ARI sound timer* dan minimal 1 (satu) unit pulse oximeter di masing-masing Puskesmas. Jumlah pengadaan pulse oximeter dan *ARI sound timer* berdasarkan surat permohonan dari Provinsi dan pemenuhan mempertimbangkan jumlah puskesmas per provinsi.

ARI Sound Timer merupakan alat kesehatan berfungsi dalam hitung napas bayi/balita. *Pulse Oximeter* merupakan alat kesehatan untuk menghitung saturasi oksigen dalam darah sebagai upaya dini deteksi pneumonia berat pada neonatus, anak, dewasa. *Pulse Oximeter* dapat memonitor secara sesaat atau secara terus menerus dan bersifat *non invasive* untuk 2 parameter yaitu: saturasi oksigen dan denyut nadi.

Adanya kecenderungan peningkatan jumlah kasus pneumonia dan luas wilayah yang memerlukan upaya penanggulangan pneumonia secara komprehensif mulai dari deteksi dini penemuan kasus, tatalaksana kasus, pengambilan dan pemeriksaan spesimen sampai dengan pengendalian dan pencegahan penyakit pneumonia dan ispa lainnya. Pemenuhan alat kesehatan untuk deteksi dini dan pencegahan pneumonia diharapkan mampu mendorong tercapainya target deteksi dini dan pengobatan pneumonia yang ditemukan. Bagi masyarakat, pencapaian ini berguna dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam menurunkan kasus pneumonia khususnya pada balita. Kegiatan disesuaikan kebutuhan program ISPA sesuai dengan pencapaian penemuan kasus dan deteksi dini pneumonia di fasyankes sesuai standar.

g. Kendala/masalah yang dihadapi

Masalah yang dihadapi dalam capaian indikator persentase pengobatan kasus pneumonia sesuai standar adalah:

- 1) Belum semua Puskesmas melaporkan data kasus pneumonia yang mendapatkan pengobatan. Hal ini disebabkan karena komitmen pemerintah daerah dalam pelaporan data pengobatan pneumonia belum seluruhnya optimal terutama pada wilayah Indonesia Timur.
- 2) Belum adanya jejaring pencatatan dan pelaporan kasus pneumonia di RS dan Klinik
- 3) Tingginya tingkat *turn over* PJ Program ISPA di tingkat Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kab/Kota, sehingga petugas kesulitan untuk mengisi pelaporan kasus pneumonia karena belum mendapatkan pelatihan sebelumnya
- 4) Pendampingan belum dapat dilaksanakan di wilayah Papua Barat dan Papua Pegunungan yang merupakan 2 wilayah yang sampai akhir tahun belum melaporkan ke pusat. Hal ini disebabkan karena 2 wilayah tersebut merupakan daerah yang tidak memiliki pengelola program ISPA dan merupakan daerah rawan konflik.

- 
- 5) Belum adanya sistem informasi catpor ISPA berbasis web, sehingga masih menggunakan sistem catpor berbasis excel

h. Pemecahan masalah

Upaya yang dilakukan dalam menghadapi permasalahan yang dihadapi adalah

1. Sosialisasi di tingkat provinsi, kabupaten/kota dan puskesmas mengenai tatalaksana kasus pneumonia
2. Sosialisasi terkait penambahan variabel pengukuran indikator dalam pencatatan pelaporan
3. Melakukan supervisi ke beberapa provinsi dan melakukan bimbingan teknis mengenai tatalaksana pneumonia dan pencatatan pelaporan ISPA di beberapa Puskesmas terpilih.
4. Secara berkala melakukan bimbingan teknis ke daerah baik secara tatap muka (pada saat kunjungan ke daerah) maupun daring. Bimbingan secara daring dapat dilakukan terkait manajemen kasus maupun pencatatan pelaporan dan dapat dilakukan dengan melibatkan lebih banyak peserta, sampai ke tingkat puskesmas dan bisa beberapa kali dalam 1 tahun.

i. Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Berdasarkan PMK 22/PMK.02/2021 tentang Pengukuran dan Evaluasi Kinerja Anggaran atas Pelaksanaan RKA, efisiensi dilakukan dengan membandingkan penjumlahan dari selisih antara perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran dan realisasi anggaran keluaran dengan penjumlahan dari perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran. Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut:

$$E = \frac{\sum_{i=1}^n ((PAKi \times CKi) - RAKi)}{\sum_{i=1}^n (PAKi \times CKi)} \times 100\%$$

E : Efisiensi
PAKi : Pagu Anggaran Keluaran
RAKi : Realisasi Anggaran Keluaran
CKi : Capaian Keluaran

PAKi : Rp. 8.387.324.000

RAKi : Rp. 7.916.375.491

CKi: 101,91%

$$E = \frac{(8.387.324.000 \times 1,0191) - 7.916.375.491}{(8.387.324.000 \times 1,0191)} \times 100\% \\ = 7,38 \%$$

$$NE = 50\% + \left(\frac{E}{20} \times 50 \right)$$

$$NE = 50\% + \left(\frac{7,38}{20} \times 50 \right) \\ = 68,45 \%$$

Berdasarkan perhitungan di atas dapat diketahui bahwa untuk Indikator persentase pengobatan pneumonia sesuai standar dengan anggaran sebesar Rp 8.387.324.000 memiliki nilai efisiensi sebesar 68,45%.

7. Persentase pengobatan kasus diare sesuai standar

a. Penjelasan Indikator

Pengendalian penyakit infeksi saluran pencernaan khususnya diare sangat tergantung dengan tatalaksana yang diberikan. Tatalaksana yang sesuai standar yaitu dengan pemberian oralit dan zinc pada balita diare. Dengan tatalaksana yang benar maka diharapkan terjadinya penurunan angka kematian, angka kesakitan serta dapat mencegah terjadinya diare berulang yang nantinya dapat mencegah terjadinya kasus *stunting* pada balita.

Strategi Pengendalian Penyakit Infeksi Saluran Pencernaan khususnya diare dilakukan dengan 4 pilar, yaitu mulai upaya promosi, upaya pencegahan, surveilans dan penanganan kasus. Penanganan kasus sangat tergantung dengan tatalaksana yang diberikan. Tatalaksana yang sesuai standar yaitu dengan pemberian oralit dan zinc pada balita diare. Dengan tatalaksana yang benar maka diharapkan terjadinya penurunan angka kematian, angka kesakitan serta dapat mencegah terjadinya diare berulang yang nantinya dapat mencegah terjadinya kasus *stunting* pada balita.

b. Definisi Operasional

Persentase balita diare yang mendapat tatalaksana standar dengan pemberian oralit dan zinc

c. Rumus/cara perhitungan

Persentase balita diare yang mendapat tatalaksana standar dapat diketahui dengan cara perhitungan sebagai berikut :

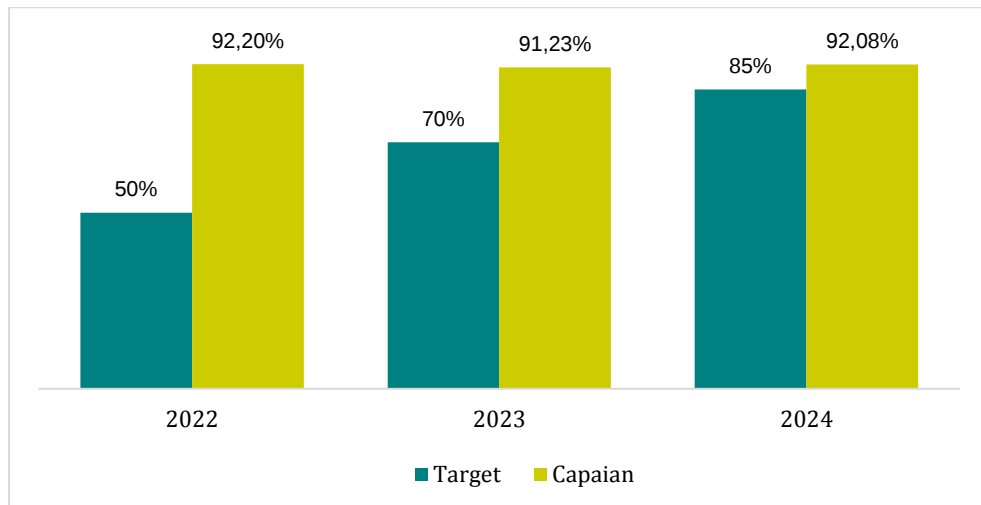
$$\text{Persentase pengobatan balita diare sesuai standar} = \frac{\text{Jumlah kasus diare pada balita yang diobati dengan oralit dan zinc}}{\text{Total kasus diare balita yang ditemukan di fasyankes}} \times 100\%$$

d. Capaian Indikator

Mekanisme pengumpulan data pengobatan diare pada balita dilakukan mulai dari fasilitas pelayanan kesehatan yang dilaporkan melalui SIHEPI maupun laporan excel manual yang dikirimkan secara berjenjang secara rutin setiap bulan.

Capaian nasional indikator pengobatan diare sesuai standar tahun 2024 untuk pengobatan kasus diare sebesar 92,08%. Capaian tersebut sudah melebihi target 2024 sebesar 85%. Capaian pengobatan diare sesuai standar dari tahun 2022 – 2024 fluktuatif, berikut grafiknya :

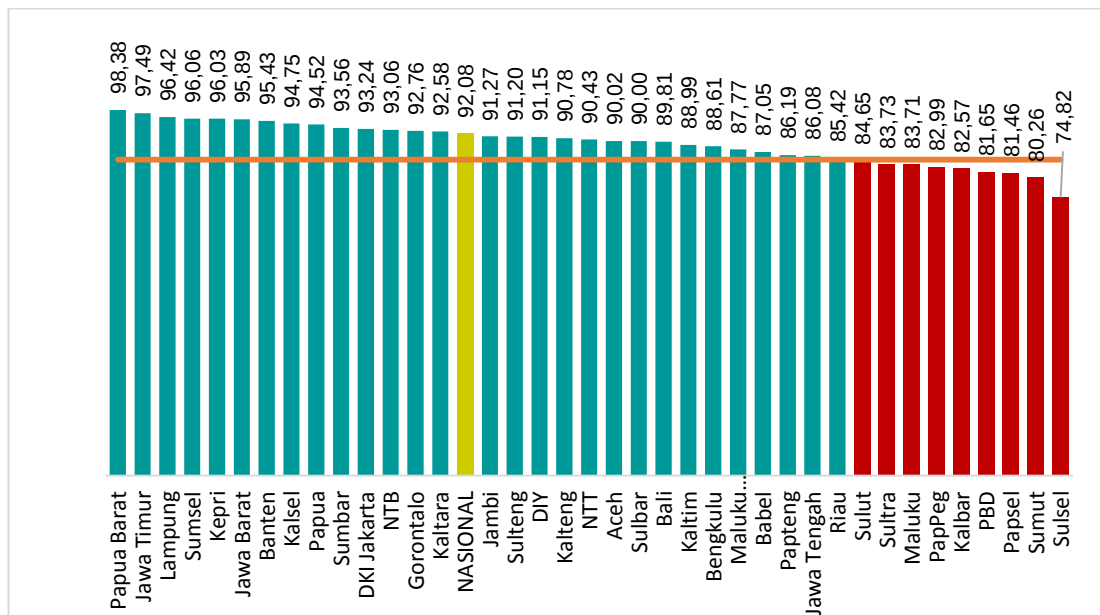
Grafik 3. 15 Target dan Capaian Persentase Pengobatan Diare sesuai Standar Tahun 2022 – 2024



Sumber data : Laporan Rutin Program Diare per Desember 2024

Grafik di atas menunjukkan capaian indikator pengobatan kasus diare sesuai standar pada tahun 2022 sebesar 92,20% dan capaian tahun 2023 sebesar 91,23%. Meskipun terdapat penurunan capaian dari tahun 2022 ke tahun 2023, namun capaian selalu melebihi target yang ditetapkan. Untuk capaian target tahun 2024 sampai bulan Desember sebesar 92,08%.

Grafik 3. 16 Persentase Kasus Diare yang diberikan Oralit dan Zinc



Sumber data : Laporan Rutin Program Diare per Desember 2024

Grafik di atas menunjukkan bahwa cakupan pengobatan diare dengan oralit dan zinc sebesar 92,08%. Secara nasional (38 provinsi) telah mencapai target minimal 85% pengobatan kasus diare sesuai standar dengan oralit dan zinc. Capaian tertinggi adalah Provinsi Papua Barat sebesar 98,38%, dan terendah di Provinsi Sulawesi Selatan



sebesar 74,82%. Capaian pada provinsi Papua Barat menjadi capaian yang tertinggi dibandingkan provinsi lainnya, di mana pemerintah daerahnya mempunyai komitmen dan melakukan upaya koordinasi yang baik secara berjenjang. Adanya pertemuan evaluasi yang dilaksanakan secara rutin untuk menyelesaikan permasalahan dan ketidaksesuaian pelaporan serta apresiasi terhadap kab/kota yang melakukan pelaporan juga menjadi faktor pendukung tingginya pelaporan ke Kementerian Kesehatan.

Data capaian cakupan pengobatan diare dengan oralit dan zinc dilaporkan melalui system informasi SIHEPI. Akan tetapi pelaporan yang telah dilakukan oleh daerah sampai dengan akhir tahun 2024 masih sekitar 70%. Sistem pelaporan SIHEPI mengalami kendala gangguan jaringan, sehingga masih cukup banyak data daerah yang belum dapat ditarik oleh pusat. Validasi data cakupan pengobatan diare dilakukan pada bulan Februari 2025 dan diperkirakan capaian akhir akan mencapai 93%.

e. Analisa Faktor Pendukung Keberhasilan Pencapaian

Persentase pengobatan kasus diare sesuai standar dapat mencapai target karena:

- 1) Pada seluruh fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama telah melaksanakan pelayanan pengobatan diare sesuai dengan pedoman tatalaksana untuk kasus diare menggunakan oralit dan zinc.
- 2) Adanya peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dan pengelola program terkait tatalaksana PISP sesuai standar dan pencatatan dan pelaporan PISP berupa OJT PISP yang diselenggarakan di Bali tahun 2024 dengan melibatkan 38 pengelola program PISP Dinas Kesehatan provinsi secara luring dan pengelola program PISP Dinas Kesehatan kabupaten/kota dan puskesmas secara daring.
- 3) Adanya kegiatan pendampingan yang dilakukan melalui kegiatan supervisi pencegahan dan pengendalian penyakit infeksi saluran pencernaan (PISP), kegiatan SKD KLB, kegiatan pendampingan manajemen zinc, kegiatan monitoring sentinel rotavirus di tingkat provinsi, kabupaten/kota, dan puskesmas.
- 4) Tersedianya petunjuk teknis manajemen penanggulangan PISP yang mencakup manajemen dan tatalaksana program PISP (diare, tifoid, hep A) di mana pada target dan strategi telah diselaraskan dengan RAN PPD 2023-2030.
- 5) Kerjasama lintas program yang baik dalam mendukung pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Diare.

Kerjasama yang telah dilakukan antara lain pembahasan draft peta jalan RAN diare 2025-2030 yg melibatkan seluruh program terkait diantaranya program gizi KIA, promosi kesehatan, imunisasi, surveilans, kesehatan lingkungan di lingkungan Kemenkes. Kerjasama dengan program pneumonia dalam penyelenggaraan advokasi dan sosialisasi RAN PPD ke 8 provinsi terpilih Sulsel, PBD, NTB, Aceh, Jatim, NTT, Jateng, Maluku. Kerjasama dengan program surveilans dalam melakukan Penyelidikan Epidemiologi pada bencana di NTT.

f. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

Pada program pencegahan dan pengendalian diare dilakukan beberapa kegiatan antara lain:

- 1) Sosialisasi Pengobatan Diare, dilakukan kepada masyarakat dan dilaksanakan bersama mitra Kemenkes, yaitu Komisi IX DPR RI. Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap penyakit diare, sehingga dapat mengurangi angka kesakitan dan kematian akibat diare, terutama

pada balita. Pada tahun 2024, kegiatan dilaksanakan di 4 lokasi, Kabupaten Brebes, Kabupaten Bekasi, Kabupaten Cirebon dan Kabupaten Kupang.

- 2) Peningkatan kapasitas pengelola program dan tenaga kesehatan, yang bertujuan untuk meningkatkan pemahaman petugas diare dan penyeragaman pencatatan dan pelaporan yang dilakukan di Bali pada tanggal 28-31 Mei 2024.



Gambar 3. 33 Kegiatan Peningkatan Kapasitas Pengelola Program Dan Tenaga Kesehatan

- 3) Pendampingan, Bimbingan Teknis dan Supervisi Pemantauan Minum Zinc pada Balita Diare

Pemantauan minum zinc diperlukan untuk memantau kepatuhan minum zinc pada balita diare secara lengkap selama 10 hari. Pemberian zinc selama sepuluh hari dapat mencegah terjadinya diare berulang dan mengurangi tingkat keparahan penyakit. Diare yang berulang dapat menyebabkan stunting. Kegiatan bimbingan teknis pencatatan dan pelaporan dilakukan di dinas kesehatan setempat dengan mendatangkan petugas puskesmas. Pada kegiatan ini, para petugas puskesmas akan dilatih untuk melakukan pencatatan dan pelaporan secara online melalui Sistem Informasi Hepatitis dan PISP (SIHEPI).

Kegiatan supervisi P2 PISP dilaksanakan di beberapa daerah di antaranya Provinsi Lampung (Kota Metro Lampung), Sulawesi Barat (Mamuju), Sumatera Barat (Kabupaten Pesisir), Jawa Tengah (Kabupaten Kudus), Sulawesi Selatan (Kabupaten Goa dan Kota Pare-pare), Papua Barat Daya (Kabupaten Raja Ampat), Sulawesi Tenggara (Kabupaten Konawe dan Konawe Selatan), Riau (Kabupaten Rohul), Kepulauan Riau (Batam dan Bintan), Jambi (Kota Jambi), Sumatera Utara (Kota Pematang Siantar dan Kota Binjai), Maluku Utara (Kota Ternate).

Kegiatan SKD KLB dilaksanakan di Sulawesi Utara dan Nusa Tenggara Timur (Flores Timur). Program surveilans dilaksanakan dengan melakukan Penyelidikan Epidemiologi pada bencana di NTT.

Kegiatan Pendampingan Manajemen Zinc dilaksanakan di Jawa Tengah (Kudus), Sulawesi Selatan (Makassar), Bangka Belitung (Kabupaten Bangka dan Bangka Selatan).

- 
- 4) Kerjasama dengan organisasi profesi seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) untuk meningkatkan layanan diare yang komprehensif dan terstandar.
 - 5) Melakukan kemitraan baik lokal maupun internasional seperti civitas akademika, CDC Indonesia, WHO Indonesia, dan UNICEF Indonesia untuk mendapatkan dukungan dan partisipasi dalam keberjalanan Program P2 Diare.

g. Kendala yang dihadapi

Masalah yang dihadapi dalam capaian indikator persentase pengobatan kasus diare sesuai standar adalah:

1) *Undetected (under-diagnosis cases)*

Orang yang sakit diare masih banyak yang belum mengakses layanan. Data SDKI tahun 2017 menunjukkan bahwa 4% balita pernah menderita diare dalam 2 minggu sebelum survei. Diantara balita tersebut, 80 persen dibawa ke fasilitas atau tenaga kesehatan.

- 2) Frekuensi pergantian pengelola program Diare dan PISP yang sering sehingga kapasitas pengelola program PISP tidak maksimal dalam melaksanakan program.
- 3) Belum semua petugas di puskesmas melaporkan data secara *online* melalui SIHEPI sehingga menyulitkan untuk analisis dan rekapitulasi data khususnya di level pusat.
- 4) Masih rendahnya kepatuhan pengelola program untuk mengirimkan laporan bulanan PISP Provinsi.
- 5) Belum semua pemerintah daerah mempunyai komitmen yang tinggi dalam membuat kebijakan tatalaksana pengobatan diare di daerahnya serta kebijakan pengalokasian anggaran untuk kegiatan-kegiatan pendukung.

h. Pemecahan masalah

- 1) Mengatasi masalah *undetected (under-diagnosis cases)* dengan cara melakukan *active case finding* dengan kegiatan edukasi di masyarakat dan tokoh masyarakat serta LS dan LP, pemberdayaan kader untuk penemuan kasus di masyarakat.
- 2) Peningkatan kapasitas pengelola program dalam tatalaksana termasuk dalam pencatatan dan pelaporan.
- 3) Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam tatalaksana diare.
- 4) Optimalisasi kemitraan dengan LSM, akademisi, mitra dalam dan luar negeri, ahli, UN serta lintas program.
- 5) Mobilisasi pendanaan, dan bantuan teknis.
- 6) Introduksi imunisasi Rotavirus serta pelaksanaan surveilans sentinel diare
- 7) Pemanfaatan teknologi informasi untuk penguatan kapasitas, bimbingan teknis, monitoring dan evaluasi program.
- 8) Optimalisasi sumber daya yang ada dalam rangka percepatan pencapaian target.
- 9) Terus mendorong agar petugas pencatatan dan pelaporan di level puskesmas untuk dapat melaporkan data diare secara online melalui SIHEPI dengan cara memberikan bimbingan dan pelatihan.

i. Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Berdasarkan PMK 22/PMK.02/2021 tentang Pengukuran dan Evaluasi Kinerja Anggaran atas Pelaksanaan RKA, efisiensi dilakukan dengan membandingkan penjumlahan dari selisih antara perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran dan realisasi

anggaran keluaran dengan penjumlahan dari perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran. Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut:

$$E = \frac{\sum_{i=1}^n ((PAKi \times CKi) - RAKi)}{\sum_{i=1}^n (PAKi \times CKi)} \times 100\%$$

E : Efisiensi
PAKi : Pagu Anggaran Keluaran
RAKi : Realisasi Anggaran Keluaran
CKi : Capaian Keluaran

PAKi : Rp. 3.352.179.000

RAKi : Rp. 3.248.502.855

CKi : 108,32%

$$E = \frac{(3.352.179.000 \times 1,08 - 3.248.502.855)}{(3.352.179.000 \times 1,08)} \times 100\%$$

$$= 0,10$$

$$NE = 50\% + \left(\frac{E}{20} \times 50\right)$$

$$NE = 50\% + \left(\frac{0,1}{20} \times 50\right)$$

$$= 76\%$$

Berdasarkan perhitungan di atas dapat diketahui bahwa untuk Indikator Persentase pengobatan diare sesuai standar dengan anggaran Rp 3.352.179.000,- memiliki nilai efisiensi 76%

8. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini Hepatitis B dan C pada populasi berisiko

a. Penjelasan Indikator

Indikator Persentase Kabupaten/Kota Yang Melaksanakan Deteksi Dini Hepatitis B dan atau C Pada populasi berisiko merupakan indikator yang menggambarkan penyebaran/berapa banyak kabupaten/kota yang telah melaksanakan deteksi dini hepatitis B dan atau C pada ibu hamil atau kelompok berisiko lainnya (tenaga kesehatan, pelajar/mahasiswa, WPS, waria/LSL/ODHA, WBP, pasangan dengan Hepatitis B atau C, keluarga terdekat pasien klinik IMS). Hepatitis B dan C merupakan penyakit menular yang masih menjadi masalah Kesehatan masyarakat sehingga diperlukan deteksi dini untuk mencegah masalah Kesehatan yang mungkin timbul seperti sirosis, kanker hati bahkan kematian dan juga untuk mencegah penularan virus hepatitis B dan C. Pengendalian penyakit Hepatitis B dan C akan sangat efektif bila dilakukan pemutusan dan pencegahan penularan serta pengobatan pada kelompok berisiko tinggi.

Deteksi dini hepatitis B dilakukan dengan menggunakan *Rapid Diagnostic Test* (RDT) HBsAg atau dengan ELISA pada ibu hamil dan kelompok berisiko lainnya dan deteksi Dini Hepatitis C dengan menggunakan *Rapid Diagnostic Test* (RDT) Anti HCV.

b. Definisi Operasional

Jumlah kabupaten/kota yang salah satu fasyankesnya melaksanakan deteksi dini Hepatitis B dan atau Hepatitis C pada populasi berisiko

c. Rumus/cara perhitungan

Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini Hepatitis B dan atau Hepatitis C pada salah satu populasi berisiko, yaitu ibu hamil, tenaga kesehatan, WBP, Penasun, ODHA, Pasien HD,dll) dibagi jumlah kabupaten/kota di seluruh Indonesia dikali 100%

$$\text{Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini hepatitis B dan atau C pada populasi berisiko} = \frac{\text{Jumlah Kabupaten/Kota yang melaksanakan deteksi dini Hepatitis B dan atau C pada ibu hamil dan kelompok berisiko lainnya}}{\text{Jumlah Kabupaten/Kota di Indonesia}} \times 100\%$$

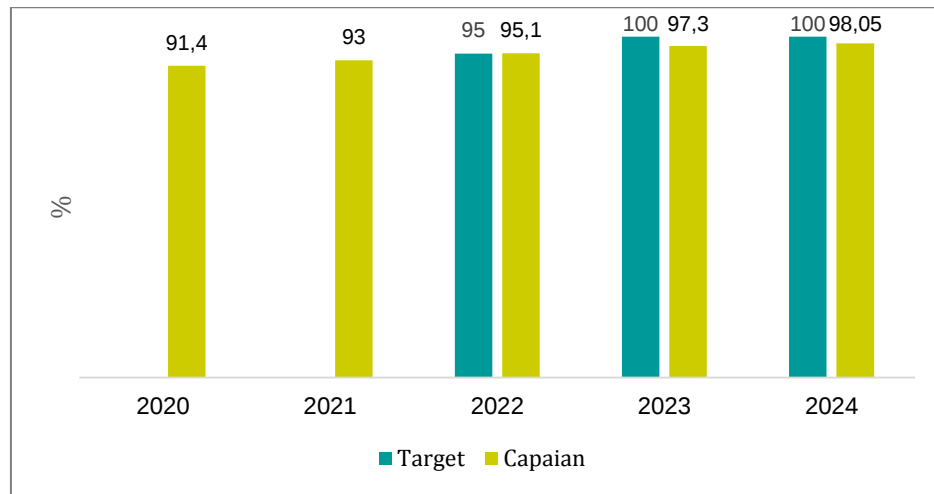
d. Capaian Indikator

Data Capaian Indikator dikumpulkan secara berjenjang mulai dari fasilitas kesehatan sampai tingkat pusat paling lambat tanggal 15 bulan berikutnya. pengumpulan data saat ini masih menggunakan 2 cara yaitu dengan menggunakan microsoft excel dan aplikasi SIHEPI. Kabupaten/kota dianggap melaksanakan Deteksi dini bila sudah mengirimkan laporan baik secara manual maupun melalui aplikasi SIHEPI.

Berdasarkan Laporan dari *International Agency for Research on Cancer*, WHO, Pada tahun 2022 jumlah penderita kanker hati sebanyak 23,805 orang dengan rate 8.53 per 100.000 penduduk. Indonesia menempati peringkat ke-4 berdasarkan rate kanker hati per 100.000 penduduk, dengan urutan pertama Negara Thailand 39,86, ke dua Republik Demokratik Korea 23,78 dan ketiga Myanmar 10,99. Penyebab utama kanker hati karena virus hepatitis B dan C. Untuk mencegah kanker hati, diperlukan Deteksi Dini Hepatitis B dan C, sehingga bisa diambil tindakan sesegera mungkin baik untuk pengobatan maupun pencegahan penularan virus hepatitis B dan C.

Indikator Persentase Kabupaten/Kota Yang Melaksanakan Deteksi Dini Hepatitis B dan atau C Pada populasi berisiko menggambarkan sebaran dan seberapa banyak kabupaten/kota berperan dalam pencegahan dan penanggulangan hepatitis B dan C pada populasi berisiko.

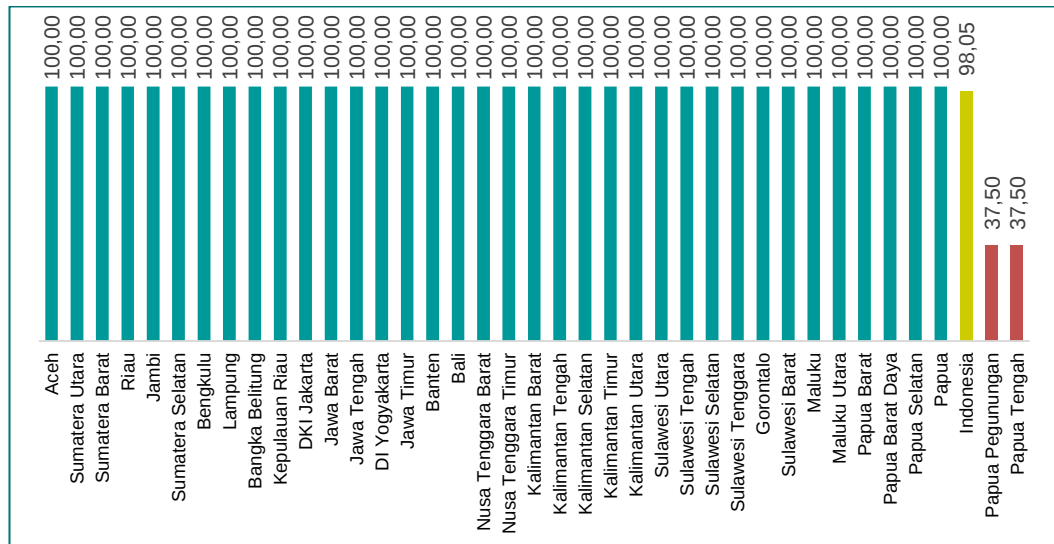
Grafik 3. 17 Target dan Capaian Persentase Kabupaten/Kota Melaksanakan Deteksi Dini Hepatitis B dan C pada Populasi Berisiko Tahun 2020 - 2024



Sumber data : Laporan Tim Kerja HPISP, Januari 2025

Grafik di atas menunjukkan capaian indikator persentase kabupaten/kota melaksanakan deteksi dini hepatitis B dan C pada populasi berisiko tahun 2000 -2024 meningkat tiap tahunnya tapi tahun 2023 dan 2024 tidak mencapai target. Tahun 2024 capaian indikator sebesar 98,05% dari target 100%. Bila dibandingkan capaian indikator persentase kabupaten/kota melaksanakan deteksi dini hepatitis B dan C pada Populasi Berisiko berdasarkan provinsi, terlihat sebanyak 2 (5,3%%) provinsi belum mencapai target indikator seperti tergambar pada grafik berikut ini:

Grafik 3. 18 Persentase Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Deteksi Dini Hepatitis B dan C pada Populasi Berisiko Berdasarkan Provinsi Tahun 2024



Sumber data : Laporan Tim Kerja HPISP, Januari 2025

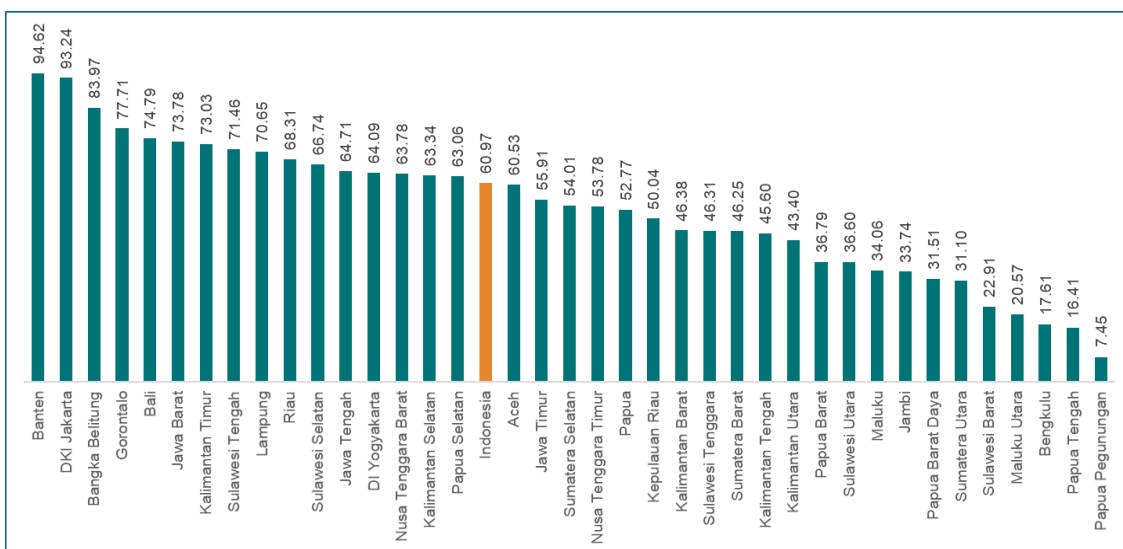
Grafik di atas menunjukkan, dari 38 provinsi terdapat 36 provinsi (94,7%) sudah mencapai target 100% kabupaten/kotanya melaksanakan skrining Penyakit menular (hepatitis B dan atau C) pada populasi berisiko. Meskipun demikian masih terdapat 2 Provinsi yang kabupaten/kotanya masih belum mencapai target 100% yaitu Provinsi Papua Tengah (37,5%) dan Papua Pegunungan (37,5%).

36 provinsi dengan capaian 100% (mencapai target indikator) di atas dalam melaksanakan deteksi dini hepatitis B dan C berkolaborasi dengan program Kesehatan Ibu dan Anak melalui pemeriksaan ANC terpadu. Provinsi Papua Tengah dan Papua Pegunungan hanya mencapai 37,5% dari target 100%, hal ini disebabkan oleh belum semua kabupaten/kota di provinsi tersebut mempunyai pengelola program Hepatitis, Kurangnya dukungan Pemerintah daerah terhadap program hepatitis, baik dukungan sumber daya maupun anggaran, keamanan yang kurang kondusif, wilayah yang luas dan kondisi geografis yang cukup sulit mempengaruhi akses masyarakat terhadap skrining hepatitis.

Deteksi dini hepatitis B dan C bertujuan untuk mencegah masalah Kesehatan yang mungkin timbul seperti sirosis, kanker hati bahkan kematian dan juga untuk mencegah penularan virus hepatitis B dan C. Di Indonesia penularan Hepatitis B secara umum terjadi secara vertikal yaitu dari ibu hepatitis B kepada bayi yang dilahirkannya, dan bila terinfeksi Virus Hepatitis B saat bayi, 95% akan menjadi kronis. Sehingga sangat penting untuk melakukan skrining hepatitis B pada ibu hamil sehingga bisa dilakukan tindakan pencegahan misalnya dengan pemberian Imunoprofilaksis Hepatitis B (HBIG) pada bayi dari ibu yang terdeteksi hepatitis B dan pengobatan secepatnya kepada ibu yang terdeteksi Hepatitis B.

Skrining Hepatitis B pada ibu hamil dilakukan dengan pemeriksaan HBsAg (Hepatitis B surface Antigen) baik menggunakan RDT (Rapid Diagnostic Test) maupun Elisa. RDT HBsAg disediakan oleh Kementerian Kesehatan. Tahun 2024 ibu hamil yang di skrining Hepatitis B sebanyak 60,97% (2.968.217 ibu hamil) dari sasaran 4.867.979, dengan sebaran berdasarkan provinsi seperti tergambar pada grafik di bawah ini:

Grafik 3. 19 Persentase Ibu Hamil Yang Melakukan Deteksi Dini Hepatitis B Per Provinsi



Sumber: Tim Kerja HPISP, 13 Januari 2025

Capaian ibu hamil diperiksa hepatitis B di atas belum final karena belum dilakukan validasi data yang direncanakan dilaksanakan pada minggu ke 2 bulan Februari tahun 2025. Secara Nasional persentase ibu hamil yang melaporkan diperiksa hepatitis B sampai masih rendah, dari target >95% capaian hanya 60,97%.



Terdapat dua provinsi dengan cakupan di atas 90% yaitu Banten (94,62%), DKI Jakarta (93,24%). Provinsi Banten dan Provinsi DKI Jakarta, seluruh Layanan sudah menggunakan aplikasi SIHEPI, cakupan di dua provinsi ini tinggi karena sebagian besar puskesmas sudah berjejaring dengan fasilitas kesehatan lainnya dan terintegrasi dengan ANC terpadu melalui program Triple ELiminasi. Provinsi dengan cakupan terendah adalah Papua Pegunungan (7,45%), dan Papua Tengah (16,41%) dan Bengkulu (17,61). Rendahnya cakupan di Provinsi Papua Tengah dan Papua Pegunungan diakibatkan baru 3 kabupaten dari 8 kabupaten yang ada melaksanakan deteksi dini hepatitis B, kabupaten lain belum melaksanakan karena belum memiliki petugas hepatitis dan juga kondisi keamanan yang tidak kondusif. Sementara rendahnya capaian di provinsi Bengkulu dikarenakan delay report selama 6 bulan.

e. Analisa Penyebab Kegagalan Pencapaian

Target Indikator Persentase Kabupaten/Kota Yang Melaksanakan Deteksi Dini Hepatitis B dan C Pada Populasi Berisiko tahun 2024 sebesar 100% tidak tercapai. Capaian target hanya sebesar 98,05%. Data ini belum final karena proses pengumpulan data masih berlangsung baik tingkat layanan maupun kabupaten/kota dan Provinsi.

Terdapat 2 Provinsi yang belum mencapai target yaitu Provinsi Papua Pegunungan dan Papua Tengah. Kendala yang dihadapi:

- Belum semua kabupaten/kota di Provinsi tersebut mempunyai pengelola program Hepatitis
- Kurangnya dukungan Pemerintah daerah terhadap program hepatitis, baik dukungan Sumber Daya maupun anggaran
- Keamanan yang kurang kondusif
- Wilayah yang luas dan kondisi geografis yang cukup sulit mempengaruhi akses masyarakat terhadap skrining penyakit menular

f. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

- 1) Peningkatan Kapasitas Petugas Kesehatan dalam pengelolaan program hepatitis B dan C, mulai dari tingkat layanan sampai pusat melalui kegiatan OJT manajemen dan tatalaksana Hepatitis B dan C yang dilaksanakan secara Luring dan Daring pada tanggal 27 Februari - 1 Maret. Kegiatan Luring dilaksanakan di Hotel Truntum Kuta Jl. Pantai Kuta No. 1 Pande Mas Kuta – Bali

Meningkatnya pengetahuan dan kemampuan 1.020 petugas kesehatan dalam pengelolaan program hepatitis B dan C dengan rincian:

Jumlah peserta Luring : 38 Orang Pengelola Hepatitis di 38 Provinsi

Jumlah peserta Daring (melalui platform zoom) : 982 orang yang berasal dari puskesmas dan kabupaten/kota di seluruh Indonesia



Gambar 3. 34 On The Job Training Manajemen dan Tatalaksana Hepatitis B dan C

- 2) Perluasan layanan pemberian antivirus pada ibu hamil Hepatitis B, dalam rangka pencegahan transmisi virus hepatitis B dari ibu ke anak
 - a) Penetapan fasilitas kesehatan tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL) Penyelenggara Percontohan Pemberian Antivirus Pada Ibu Hamil Untuk Pencegahan Transmisi Virus Hepatitis B dari Ibu ke Anak Oleh Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Nomor : HK.02.02/C/144/2024, tertanggal 07 Mei 2024
 Tahun 2024 terdapat penambahan layanan di 1230 Layanan (1020 PKM dan 210 RS) yang tersebar di 188 Kabupaten/kota dan 34 Provinsi.
 Sehingga total Layanan pada Surat Keputusan tersebut berjumlah 1.388 Layanan yang tersebar di 206 Kabupaten/kota dan 34 Provinsi.
 - b) Peningkatan Kapasitas Peningkatan Kapasitas petugas kesehatan di 34 Provinsi melalui On The Job Training Pemberian profilaksis tenofovir kepada ibu hamil hepatitis B dengan mengundang semua provinsi, Kabupaten, dan layanan yang tercantum pada surat keputusan Dirjen nomor HK.02.02/C/1444/2024 tersebut.
 Kegiatan dilakukan secara *hybrid* dan realay kanal Youtube pada Tanggal 14-17 Mei 2024
 Output : Terlatihnya 2.438 Petugas kesehatan dalam tatalaksana hepatitis B khususnya pemberian profilaksis tenofovir pada ibu hamil hepatitis B dengan rincian :
 - Peserta Luring : 34 Orang Pengelola Program Hepatitis Tingkat Provinsi dan 46 Orang Pengelola Program Hepatitis Tingkat Kabupaten terpilih
 - Peserta Daring : 2.358 orang yang berasal dari Puskesmas, Rumah sakit dan kabupaten/kota yang ikut pengembangan layanan tenofovir di tahun 2024



Gambar 3. 35 On The Job Training Pemberian profilaksis tenofovir kepada ibu hamil

- c) Refreshing Pencatatan dan Pelaporan Hepatitis B tanggal 24 Januari 2024 Peserta seluruh pengelola hepatitis mulai tingkat layanan (PKM) sampai Pusat. Yang bertujuan meningkatkan kapasitas petugas dalam pencatatan dan pelaporan.
- d) Mengirimkan Umpan Balik Laporan Hepatiits Semester I ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Provinsi.
- e) Melaksanakan sosialisasi dan Koordinasi dengan 4 Provinsi di Wilayah papua yang belum mencapai target indikator di Tahun 2024 yaitu Provinsi Papua, Papua Barat Daya, Papua Tengah dan Papua Pegunungan Tanggal Kegiatan di Lakukan secara daring tanggal 19 April 2024.
- f) Peningkatan Kapasitas Petugas kesehatan dalam Program Hepatitis C melalui kegiatan On The Job Training dan perluasan layanan hepatitis C yang dilaksanakan secara Hybrid tanggal 11-14 Juni 2024. narasumber pada pertemuan ini adalah: Komite Ahli Hepatitis dan PISP, Perhimpunan Peneliti Hati Indonesia, Perhimpunan Pusat Ikatan Dokter Anak Indonesia, Perhimpunan Dokter Spesialis Patologi Klinik
Kegiatan ini diikuti 50 orang peserta secara luring yang berasal dari 38 Provinsi dan 12 Peserta beraasal dari Kabupaten/kota terpilih, serta diikuti 4490 orang secara daring yang berasal dari Puskesmas, rumah sakit dan kabupaten/kota di seluruh Indonesia.



Gambar 3. 36 On The Job Training dan perluasan layanan hepatitis C

- g) Peningkatan Pengetahuan, Perhatian, Kepedulian dan Komitmen seluruh komponen masyarakat dalam pencegahan dan pengendalian hepatitis melalui rangkaian kegiatan Hari Hepatitis Sedunia :
- *Podcast* Kemenkes tanggal 24 Juli 2024 yang bertujuan Menyampaikan edukasi pencegahan dan pengobatan hepatitis kepada masyarakat
 - Temu Media, tanggal 26 Juli 2024
Menggandeng awak media cetak dan elektronik bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan awak media dalam pencegahan dan pengendalian hepatitis, sehingga dapat menyebarkanluaskannya kepada masyarakat dengan baik dan benar.
 - Perayaan puncak hari Hepatiits Sedunia yang dilaksanakan di Palembang yang dilaksanakan tanggal 29 Juli dengan keynotespeake Menteri Kesehatan RI
- h) Bimbingan teknis terutama wilayah Papua yaitu Papua Pegunungan, Papua Selatan, Papua, Papua Barat Daya, Papua Barat, dan Papua Selatan



Gambar 3. 37 Peringatan Hari Hepatitis Sedunia

g. Kendala/ Masalah yang Dihadapi

1. Masih kurangnya pengetahuan dan kepedulian masyarakat terhadap hepatitis B dan C
2. Integrasi dan kerjasama antar program di tingkat kabupaten kota dan layanan masih kurang terutama dengan KIA, HIV dan Promkes
3. Program Hepatitis masih belum menjadi prioritas di daerah sehingga mengakibatkan kurangnya kepedulian dinas kesehatan provinsi dan kabupaten kota akan program hepatitis termasuk dalam hal pencatatan dan pelaporan hasil kegiatan Program Hepatitis
4. Kurangnya jumlah SDM (tugas rangkap), perpindahan yang begitu cepat, beban kerja yang tinggi merupakan masalah yang hampir ditemukan di semua tingkatan, baik layanan, kabupaten kota maupun provinsi.

h. Pemecahan Masalah

1. Bimbingan teknis ke provinsi yang belum mencapai target tahun 2023 baik secara daring maupun luring
2. Mengoptimalkan teknologi komunikasi dalam meningkatkan komunikasi (koordinasi dan kerjasama) dengan dinas kesehatan provinsi, kabupaten/kota dan puskesmas misalnya melalui aplikasi zoom, youtube dan Whatsapp
3. Deteksi Dini Hepatitis B pada Ibu hamil, bekerjasama dengan Tim Kerja HIV PIMS dan Tim Kerja Maternal Neonatal melalui Program Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (PPIA) HIV, Sifilis dan Hepatitis B (*Triple Eliminasi*)
4. Peningkatan kapasitas pengelola program dalam deteksi dini termasuk dalam pencatatan dan pelaporan.
5. Penggerakan dan peningkatan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang Hepatitis Virus melalui peringatan Hari Hepatitis Sedunia (HHS)

i. Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Berdasarkan PMK 22/PMK.02/2021 tentang Pengukuran dan Evaluasi Kinerja Anggaran atas Pelaksanaan RKA, efisiensi dilakukan dengan membandingkan penjumlahan dari selisih antara perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran dan realisasi anggaran keluaran dengan penjumlahan dari perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran. Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut:

$$E = \frac{\sum_{i=1}^n ((PAKi \times CKi) - RAKi)}{\sum_{i=1}^n (PAKi \times CKi)} \times 100\%$$

E : Efisiensi
PAKi : Pagu Anggaran Keluaran
RAKi : Realisasi Anggaran Keluaran
CKi : Capaian Keluaran

PAKi : Rp 71.756.900.000
RAKi : Rp 71.124.053.964
CKi : 98.05%

$$E = \frac{(71.756.900.000 \times 0.98) - 71.124.053.964}{(71.756.900.000 \times 0.98)} \times 100\%$$

$$E = -0.01$$

$$NE = 50\% + \left(\frac{E}{20} \times 50 \right)$$

$$NE = 50\% + \left(\frac{-0.01}{20} \times 50 \right) = 47\%$$

Berdasarkan perhitungan di atas dapat diketahui bahwa untuk indikator persentase kabupaten/kota melaksanakan deteksi dini hepatitis B dan C pada populasi berisiko dengan anggaran tahun 2024 Rp 71.756.900.000 dan capaian kinerja 98% memiliki nilai efisiensi sebesar 47%.

9. Persentase pasien sifilis yang diobati

a. Definisi Operasional

Jumlah pasien sifilis yang mendapatkan pengobatan sesuai dengan standar. Angka ini menggambarkan penemuan dan pemutusan penularan sifilis pada kelompok yang berisiko terinfeksi sifilis.

b. Rumus/cara perhitungan

Indikator persentase pasien sifilis yang diobati dapat diketahui melalui cara perhitungan berikut

$$\text{Persentase pasien sifilis yang diobati} = \frac{\text{Jumlah pasien sifilis yang mendapatkan pengobatan sesuai dengan standar}}{\text{Jumlah pasien sifilis yang ditemukan pada periode waktu tertentu}} \times 100\%$$

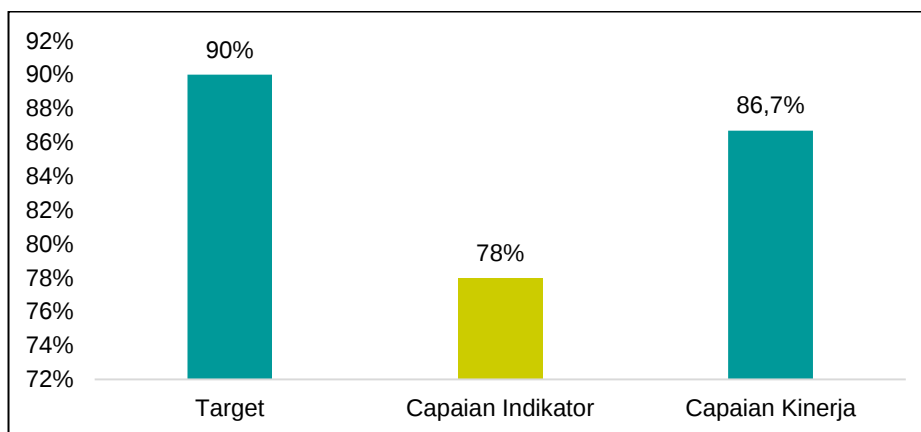
c. Capaian Indikator

Mekanisme pengumpulan data Indikator presentase pasien sifilis yang diobati dari layanan HIV (Puskesmas dan Rumah Sakit) melaporkan hasil capaian program secara real time setiap bulan ke dalam Sistem Informasi HIV AIDS dan PIMS (SIHA 2.1) secara online. Batas penginputan laporan adalah setiap tanggal 20 bulan berikutnya.

Pada tahun 2022 secara global, WHO memperkirakan ada 8 juta orang dewasa berusia 15–49 tahun tertular sifilis dan terdapat 700.000 kasus sifilis kongenital. Kasus sifilis pada ibu ini menyebabkan sekitar 150.000 kematian janin dini dan lahir mati, 70.000 kematian neonatal, 55.000 kelahiran prematur atau berat badan lahir rendah, dan 115.000 bayi dengan diagnosis klinis sifilis kongenital. Di Indonesia jumlah kasus sifilis ditemukan pada tahun 2024 adalah sebanyak 24.078 kasus.

Untuk mengetahui gambaran penemuan dan pemutusan penularan sifilis pada kelompok berisiko terinfeksi sifilis dilakukan monitoring indikator kinerja kegiatan yaitu presentase pasien sifilis yang diobati. Berikut grafik capaian indikator presentase pasien sifilis yang diobati tahun 2024.

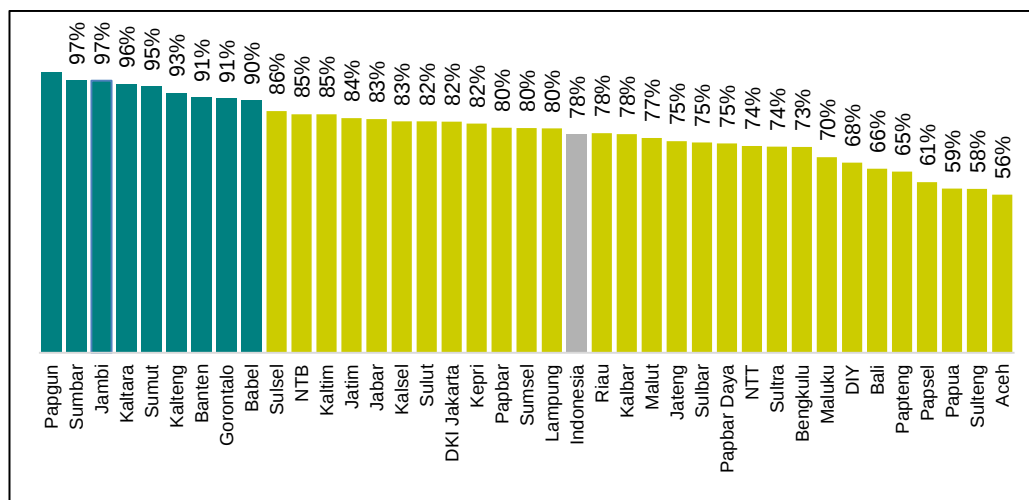
Grafik 3. 20 Presentase Pasien Sifilis yang diobati Tahun 2024



Sumber Data : SIHA per 07 Januari 2025

Pada tahun 2024 jumlah kasus sifilis yang ditemukan ada sebanyak 24.078 kasus dan yang diobati sebanyak 18.746 kasus. Untuk capaian indikator presentase pasien sifilis yang diobati tahun 2024 adalah sebesar 78%, jika dibandingkan dengan targetnya yaitu 90% maka capaiannya masih di bawah target dengan capaian kinerja sebesar 86,7%. Untuk mengetahui capaian indikator per provinsi dapat dilihat pada grafik di bawah ini :

Grafik 3. 21 Capaian Presentase Pasien Sifilis yang Diobati per Provinsi Tahun 2024



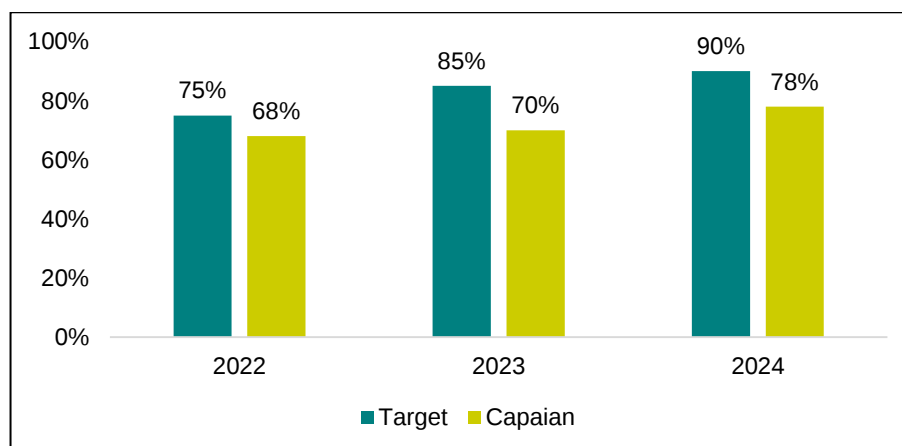
Sumber Data : SIHA per 07 Januari 2025

Berdasarkan grafik di atas diketahui bahwa belum semua provinsi mencapai target, baru 9 provinsi yang sudah mencapai target 90%, yaitu : Papua Pegunungan (239%), Sumbar (97%), Jambi (97%), Kaltara (96%), Sumut (95%), Kalteng (93%), Banten (91%), Gorontalo (91%) dan Babel (90%). Keberhasilan 9 Provinsi tersebut dalam mencapai target antara lain disebabkan karena SDM petugas kesehatan yang cukup, ketersediaan logistik obat sifilis dilayanan, jejaring layanan yang baik dan pencatatan pelaporan yang baik dimana semua kasus sifilis ditemukan yang diobati dicatat dalam sistim pencatatan dan pelaporan Program HIV AIDS dan PIMS (SIHA).

Sifilis merupakan salah satu penyakit Infeksi Menular Seksual yang dapat menyebabkan keguguran dan kematian pada bayi yang baru lahir yang menyebabkan kecacatan pada bayi sehingga perlu adanya tindakan pencegahan dan pengobatan sedini mungkin.

Berikut capaian dan target sifilis untuk tahun 2022 – 2024:

Grafik 3. 22 Capaian dan Target Presentase Pasien Sifilis yang Diobati Tahun 2022 – 2024



Sumber Data : SIHA per 07 Januari 2025

Berdasarkan grafik di atas diketahui bahwa capaian indikator persentase pasien sifilis yang diobati setiap tahunnya mengalami kenaikan dari 68% pada tahun 2022 menjadi 70% pada tahun 2023 dan menjadi 78% pada tahun 2024, meskipun demikian belum mencapai target yang ditetapkan. SDM (Sumber Daya Manusia) petugas kesehatan di layanan, koordinasi dan jejaring layanan antara layanan swasta dan pemerintah dalam penemuan dan pengobatan kasus sifilis, tersedianya logistik di layanan, adanya komunitas yang membantu dalam penemuan kasus sifilis pada populasi kunci serta adanya under reporting pelaporan merupakan faktor yang memengaruhi tidak tercapainya target.

d. Analisa Penyebab Kegagalan Pencapaian

Capaian indikator persentase pasien sifilis yang diobati tahun 2024 adalah sebesar 78% dengan target pada tahun 2024 yaitu 90%. Penyebab belum tercapainya capaian tersebut antara lain adalah :

1) Koordinasi dan jejaring antara layanan kesehatan

Masih belum optimalnya jejaring dan koordinasi antara layanan di 38 Provinsi, terutama antara layanan pemerintah dan swasta seperti bidan mandiri, dokter praktek sehingga menyebabkan hasil pemeriksaan ibu hamil untuk skrining IMS/Sifilis, temuan kasus dan pengobatannya tidak dilaporkan. Selain itu jejaring rujukan yang baik juga sangat penting untuk memastikan pasien datang ke layanan rujukan yang ditentukan untuk pengobatan.

2) Sistem informasi pencatatan dan pelaporan

Belum terintegrasi sistem informasi pencatatan dan pelaporan HIV AIDS dan IMS antara layanan dan komunitas menyebabkan ada beberapa kasus IMS/Sifilis yang ditemukan oleh komunitas tidak dilaporkan dalam sistem pelaporan SIHA sehingga mempengaruhi terhadap capaian program.

3) Ketersediaan logistik obat sifilis dilayanan

Pengetahuan petugas kesehatan dilayanan puskesmas tentang pengobatan sifilis sehingga sifilis bisa diobati tidak perlu dirujuk ke fasyankes lain atau fasyankes yang lebih tinggi karena dapat menyebabkan pasien tidak datang ketempat rujukan.

e. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan capaian indikator kinerja adalah :

1) Pertemuan koordinasi petugas IMS

Pertemuan koordinasi penyakit infeksi menular seksual dilaksanakan secara hybrid di fraser place setiabudi, Jakarta. Pertemuan di hadiri secara luring oleh Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, Pelayanan dan Pengelolaan Kefarmasian, Pelayanan Kesehatan Rujukan, Surveilans dan Kekarantinaan Kesehatan, RSPI Soelianti Saroso, Tim Kerja dan instansi lainnya. Tujuan pertemuan ini adalah terlaksananya koordinasi program bersama penanganan kasus IMS di Indonesia secara optimal dan program berjalan secara berkesinambungan.



Gambar 3. 38 Pertemuan koordinasi penyakit infeksi menular seksual

2) Pertemuan koordinasi layanan IMS di 5 Provinsi/kab/kota

Pertemuan koordinasi layanan IMS dilaksanakan dengan tujuan antara lain untuk melakukan review terkait kemajuan, pembelajaran dan praktek baik program integrasi IMS dan HIV khususnya pada akses skrining IMS dan pengobatan IMS pada kelompok kunci, Identifikasi praktik-praktik baik yang telah diujicobakan dan dikembangkan di berbagai layanan kesehatan dan program penjangkauan pekerja seks perempuan (PSP).



Gambar 3. 39 Pertemuan koordinasi layanan IMS di Nusa Tenggara Barat

- 3) Pertemuan Monev PPIA (Triple Eliminasi HIV, Sifilis dan Hepatitis B)
Tujuan kegiatan ini adalah untuk Memantau proses dan perkembangan implementasi kegiatan PPIA 3E (Triple Eliminasi) penularan secara berkala dan berkelanjutan, mengidentifikasi masalah dan kesenjangan dalam implementasi kegiatan PPIA 3E (triple eliminasi) agar program bisa dilaksanakan dengan baik. Pada tahun 2024 kegiatan ini dilaksanakan di 4 Provinsi/kab/kota.



Gambar 3. 40 Pertemuan Monev PPIA

- 4) Penemuan kasus dini IMS/Sifilis melalui skrining yang dilakukan oleh Layanan dan Komunitas
Upaya untuk penemuan kasus dini dilakukan dengan memperluas skrining IMS/Sifilis. Skrining ini terutama dilakukan pada populasi kunci yang sangat tersembunyi dan tidak pernah akses fasyankes. Skrining terhadap semua orang berisiko lainnya telah dilakukan secara pasif di fasyankes yang ada di seluruh kab/kota yang ada di Indonesia sejalan dengan Standar Pelayanan Minimum bidang kesehatan sedangkan skrining aktif dilakukan oleh fasyankes dan komunitas melalui kegiatan *mobile clinic*. Skrining ini merupakan kegiatan rutin yang dilakukan oleh layanan di 38 Provinsi dalam upaya pencegahan dan pengendalian penyakit IMS / Sifilis.



Gambar 3. 41 Penemuan Kasus Melalui Skrining IMS/Sifilis Oleh Layanan dan Komunitas

- 5) Pengembangan Jaringan Public Private Community Partnership (PPCP)
Untuk meningkatkan skrining / testing dan akses layanan bagi orang yang membutuhkan dengan melakukan pengembangan jaringan PPCP dengan mekanisme kerja sama agar semua fasilitas dan penyedia layanan kesehatan dapat berpartisipasi dalam jejaring, sehingga semua orang yang terinfeksi HIV dapat ditemukan sedini mungkin, diobati sesuai standar dengan virus tersupresi, serta tercatat dalam Sistem informasi HIV/AIDS (SIHA) yg diterapkan secara nasional. Pada tahun 2024 implementasi PPCP dilaksanakan di 34 Provinsi/95 kab/kota.



Gambar 3. 42 Sosialisasi Pedoman Teknis Public Private Community Partnership (PPCP)

- 6) Penyusunan Rencana Aksi Nasional (RAN)
Kegiatan penyusunan Rencana Aksi Program HIV AIDS dan PIMS ini salah satu tujuannya adalah untuk mencapai konsensus nasional mengenai prioritas program, analisis penyebab utama dan optimalisasi intervensi sebagai dasar untuk mengembangkan RAN 2025-2029 sehingga diharapkan tercapai konsensus prioritas masalah yang perlu menjadi fokus respon program HIV nasional, teridentifikasinya penyebab utama masalah yang dihadapi program HIV sepanjang continuum of care, beserta dengan area intervensinya dan intervensi untuk mengatasi masalah utama teridentifikasi, dengan potensial kolaborasi lintas kementerian dan lintas program agar Ending AIDS di Indonesia dapat diwujudkan.



Gambar 3. 43 Penyusunan Rencana Aksi Nasional HIV AIDS dan PIMS

- 7) Integrasi dan jejaring layanan skrining IMS/Sifilis pada ibu hamil dan calon pengantin
Integrasi dan pembentukan jejaring layanan kesehatan untuk pemeriksaan IMS/Sifilis ini dilakukan di 38 Provinsi, dengan tujuan untuk mencegah penularan IMS/Sifilis dari ibu ke bayinya dan untuk meningkatkan cakupan skrining IMS/Sifilis. Untuk skrining HIV calon pengantin dilakukan berdasarkan hasil pemeriksaan faktor resiko, jika calon pengantin memiliki resiko untuk terkena HIV maka dilakukan skrining/tes HIV dan pemberian edukasi terkait HIV AIDS namun jika daerah mampu dan tersedianya logistik yang cukup skrining HIV bagi calon pengantin dapat dilakukan untuk semua calon pengantin.
- 8) Sosialisasi Program HIV AIDS dan PIMS di Masyarakat bersama mitra/ stakeholder
Kegiatan sosialisasi ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dan kepedulian masyarakat serta pemangku kepentingan terhadap pencegahan dan penanggulangan HIV AIDS dan PIMS.



Gambar 3. 44 Sosialisasi Program HIV AIDS dan PIMS di Masyarakat bersama mitra / stakeholder

- 9) OJT (*On the job training*) atau orientasi petugas kesehatan untuk layanan IMS
Tujuan kegiatan adalah untuk meningkatkan pengetahuan petugas di layanan dalam tatalaksana IMS sehingga diharapkan semua pasien IMS yang datang kelayanan dapat diobati sesuai tatalaksana. Peserta kegiatan adalah petugas layanan di 34 provinsi.
- 10) Penyusunan RAN Tripel Eliminasi
Dalam upaya memutuskan mata rantai penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis dari ibu ke bayinya maka disusun suatu rencana aksi nasional sebagai upaya pencegahan

dan penularan infeksi HIV, Sifilis dan Hepatis di Indonesia.

- 11) Koordinasi lintas program untuk pemeriksaan HIV dan Sifilis pada ibu hamil
Untuk melihat sejauh mana pelaksanaan tripel eliminasi dilayanan dalam upaya pencegahan penularan HIV dan sifilis dari ibu ke bayinya maka dilakukan koordinasi pelaksanaan kegiatan tripel eliminasi dilayanan. Pada tahun 2024 dilaksanakan demosite di Jawa Timur.
- 12) Pertemuan Evaluasi PrEP
Untuk mengukur capaian program PrEP di seluruh Indonesia selama tahun 2024, mengidentifikasi kendala yang menghambat implementasi program PrEP mengembangkan rekomendasi untuk meningkatkan efektivitas program PrEP, memperkuat koordinasi antara Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan provinsi/kabupaten/kota, fasilitas pelayanan kesehatan dan komunitas, serta melakukan sosialisasi PrEP kepada Dinas Kesehatan Kab/Kota pelaksana PrEP tahun 2025. Kegiatan ini diikuti oleh 26 provinsi, komunitas dan mitra pembangun.



Gambar 3. 45 Pertemuan Evaluasi PrEP

- 13) Monitoring Program HIV, AIDS dan IMS
Untuk mengetahui sejauh mana program P2 HIV dan PIMS telah dilaksanakan di daerah, maka dilakukan kegiatan monitoring program. Pada tahun 2024 dilakukan kegiatan pendampingan dan fasilitatif program HIV AIDS dan PIMS di 27 Provinsi, tujuan kegiatan tersebut antara lain adalah untuk mengetahui capaian, permasalahan atau kendala yang dihadapi oleh kab/kota/layanan sehingga dapat disusun rencana tindak lanjut untuk perbaikan capaian program.



Gambar 3. 46 pendampingan dan fasilitatif program HIV AIDS dan PIMS

f. Kendala/ masalah yang dihadapi :

Kendala atau masalah yang ditemukan sehingga capaian indikator tidak tercapai adalah:

- 1) Belum terlaksananya koordinasi dan jejaring layanan yang baik antara layanan pemerintah dengan layanan swasta seperti : praktek dokter, praktek bidan dan lainnya untuk pemeriksaan IMS/Sifilis pada ibu hamil sehingga penemuan kasus sifilis dan pengobatannya tidak dilaporkan dengan baik.
- 2) Tidak semua layanan HIV di kab/kota didampingi oleh komunitas yang membantu dalam penemuan dan pengobatan kasus IMS, sehingga petugas kesehatan mengalami kesulitan dalam penemuan kasus IMS khususnya pada populasi kunci.
- 3) Adanya kekosongan logistik untuk pengobatan sifilis dilayanan sehingga pasien dirujuk kelayanan untuk pengobatan tetapi pasien tidak datang kelayanan yang dirujuk.
- 4) Masih ada petugas kesehatan di layanan yang merasa belum mampu untuk melakukan pengobatan sifilis sehingga dirujuk faskes lainnya.

g. Pemecahan masalah

Untuk mengatasi kendala/masalah yang dihadapi dalam pencegahan dan pengendalian IMS, maka ada beberapa hal yang perlu dilakukan antara lain :

- 1) Meningkatkan koordinasi dengan lintas program/lintas sektor sehingga program pencegahan dan pengendalian IMS dapat berjalan dengan baik terutama untuk Penguatan komitmen *triple eliminasi* (HIV, sifilis dan hepatitis).
- 2) Penemuan kasus HIV secara aktif dengan melakukan kerjasama dengan komunitas sehingga diharapkan penemuan kasus meningkat dan pasien bisa segera diobati.
- 3) Mendorong provinsi/kab/kota yang tidak memiliki komunitas pendamping untuk membentuk kader yang membantu penemuan dan pengobatan kasus IMS/Sifilis
- 4) Monitoring dan evaluasi secara bertingkat dan berkala perlu dilakukan untuk memantau sejauh mana pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian IMS dilaksanakan.
- 5) Penguatan sistem informasi HIV AIDS dan IMS sehingga semua kasus IMS/Sifilis yang diobati tercatat dalam sistem informasi HIV AIDS dan PIMS.
- 6) Refreshing petugas layanan IMS dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan terkait tatalaksana, penemuan kasus dan pencatatan pelaporan.

h. Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Anggaran pencegahan dan penanggulangan HIV AIDS dan PIMS tahun 2024 bersumber APBN dan Hibah yang digunakan untuk pencapaian target program indikator persentase pasien sifilis yang diobati Pagu anggaran tahun 2024 adalah sebesar Rp. 4.845.968.200,- memiliki realisasi anggaran sebesar Rp. 4.789.848.571,-(98,84%) dan capaian keluaran 86,7%.

Berdasarkan PMK 22/PMK.02/2021 tentang Pengukuran dan Evaluasi Kinerja Anggaran atas Pelaksanaan RKA, efisiensi dilakukan dengan membandingkan penjumlahan dari selisih antara perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran dan realisasi anggaran keluaran dengan penjumlahan dari perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran. Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut:

$$E = \frac{\sum_{i=1}^n ((PAKi \times CKi) - RAKi)}{\sum_{i=1}^n (PAKi \times CKi)} \times 100\%$$

E : Efisiensi
PAKi : Pagu Anggaran Keluaran
RAKi : Realisasi Anggaran Keluaran
CKi : Capaian Keluaran

PAKi = Rp. 4.845.968.200,-

RAKi = Rp. 4.789.848.571,-

CKi = 86,7% = 0,867

$$E = \frac{((4.845.968.200 \times 0,867) - 4.789.848.571)}{(4.845.968.200 \times 0,867)} \times 100\%$$

E = -0,14%

$$NE = 50\% + \left(\frac{E}{20} \times 50\right)$$

$$NE = 50\% + \left(\frac{-0,14\%}{20} \times 50\right) = 15\%$$

Dengan pagu anggaran tahun 2024 sebesar Rp. 4.845.968.200,- dan realisasi Rp.4.789.848.571,- (98,84%) memiliki nilai efisiensinya sebesar 15%.

10. Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi

a. Penjelasan Indikator

Schistosomiasis pada manusia adalah penyakit parasit kronis yang disebabkan oleh infeksi cacing trematoda dari genus *Schistosoma*. Schistosomiasis di Indonesia disebabkan oleh *S. japonicum* yang ditularkan oleh keong penular *Oncomelania hupensis lindoensis* yang hanya ditemukan di Dataran Tinggi Napu dan Bada Kabupaten Poso dan Dataran Tinggi Lindu Kabupaten Sigi Provinsi Sulawesi Tengah. Cacing *schistosoma* dapat menginfeksi hewan mamalia yang akan menjadi reservoir bagi infeksi pada manusia sehingga penanganannya membutuhkan peran lintas sektor dan masyarakat terutama dalam pengelolaan hewan ternak dan lingkungan habitat keong perantara. Sebanyak dua puluh delapan desa telah dilaporkan sebagai daerah endemis schistosomiasis di Dataran Tinggi Lindu, Napu, dan Bada.

Berdasarkan kegiatan surveilans rutin, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah melaporkan bahwa prevalensi schistosomiasis telah diturunkan dan dipertahankan hingga kurang dari 1% pada manusia sejak tahun 2017. Survei prevalensi schistosomiasis terakhir pada tahun 2024 sudah tidak ditemukan kasus schistosomiasis (0%) pada manusia di Dataran Tinggi Bada, tetapi masih ditemukan 70 kasus schistosomiasis (prevalensi = 0,56%) di Dataran Tinggi Napu dan 11 kasus schistosomiasis (prevalensi = 0,39%) di Lindu. Prevalensi schistosomiasis pada hewan mamalia khususnya Babi sebesar 3,6% dan pada Tikus sebesar 8,7% (Dinas Peternakan dan Perkebunan Provinsi Sulawesi Tengah, 2020). Selain itu, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah dan Balai Laboratorium Kesehatan Masyarakat Donggala melaporkan 222 titik yang telah teridentifikasi sebagai habitat alami



Oncomelania hupensis lindoensis yang tersebar di tiga wilayah, 189 fokus di wilayah Napu, 29 fokus di wilayah Lindu dan 4 fokus di wilayah Bada . Keadaan ini menunjukkan bahwa meskipun prevalensi schistosomiasis pada manusia sudah dapat ditekan ke tingkat minimal, masih terdapat risiko infeksi yang cukup tinggi.

Pada Permenkes Nomor 19 tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Eradikasi Demam Keong tahun 2018-2025 yang dimaksud Eliminasi Schistosomiasis adalah angka kejadian penyakit pada manusia turun menjadi 0%. Pemerintah berkomitmen untuk menargetkan Eliminasi Schistosomiasis di Indonesia pada tahun 2030. Upaya yang telah dilakukan antara lain kegiatan POPM Schistosomiasis menggunakan obat praziquantel, pengendalian fokus keong dan survei prevalensi pada manusia yang merupakan kegiatan pokok dalam penanggulangan Schistosomiasis. Kegiatan survei prevalensi pada manusia meliputi pengumpulan sampel tinja penduduk yang berumur 5 tahun keatas, pembuatan sediaan/ preparat sesuai metode Katokatz, dan pemeriksaan secara mikroskopis di laboratorium.

b. Definisi Operasional

Jumlah Desa Endemis Schistosomiasis yang Mencapai Eliminasi adalah Jumlah desa dengan hasil survei prevalensi schistosomiasis 0% pada manusia.

c. Rumus/Cara perhitungan

Akumulasi jumlah desa endemis yang berdasarkan hasil survei prevalensi pada manusia, menunjukkan angka 0% pada tahun tersebut. Sedangkan rumus menghitung angka prevalensi adalah sebagai berikut:

$$\text{Prevalensi Schistosomiasis} = \frac{\text{Jumlah penduduk dengan tinja positif pada desa endemis}}{\text{Jumlah penduduk diperiksa pada desa endemis}} \times 100\%$$

d. Capaian indikator

Kegiatan pengendalian Schistosomiasis dilaksanakan oleh semua pihak terkait, dari Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah, Dinas Kesehatan Kabupaten Poso dan Sigi serta Puskesmas. Pengumpulan Data kegiatan secara berjenjang dilaporkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Ke Dinas Kesehatan Provinsi.

Capaian indikator Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi pada tahun 2024 adalah sebanyak kumulatif 16 desa dari target 28 desa atau dengan pencapaian sebesar 57,14%. Bila dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya, target dan capaian tahun 2020-2024 dapat dilihat dari grafik dibawah ini:

Grafik 3. 23 Target dan Capaian Jumlah Desa Endemis Schistosomiasis yang Mencapai Eliminasi Tahun 2020 – 2024

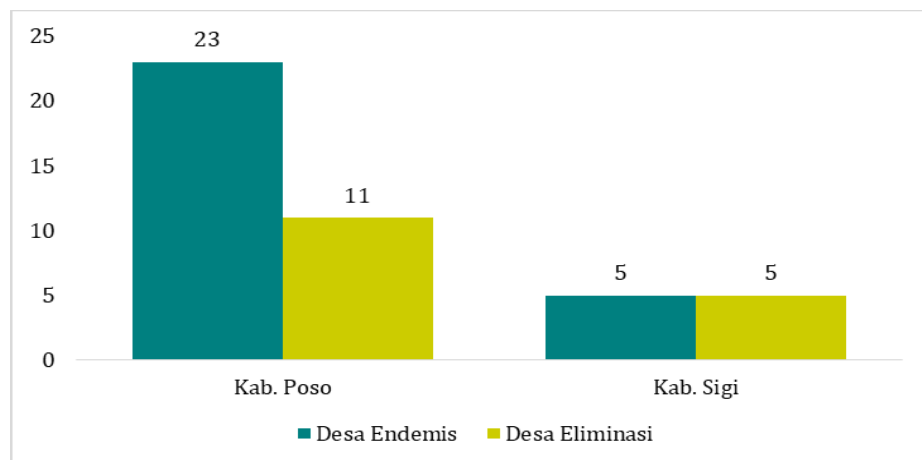


Sumber: Data Tim Kerja NTDs, Januari 2025

Dari data di atas dapat dilihat bahwa pada tahun 2020-2021 jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi berhasil memenuhi target yang telah ditetapkan, pada tahun 2022 dari 19 desa yang di targetkan hanya 16 desa yang mencapai target. Pada tahun 2024 dari target 28 desa dengan hasil survei prevalensi schistosomiasis 0% pada manusia secara kumulatif hanya tercapai 16 desa yang prevalensi schistosomiasisnya 0% pada manusia. Berdasarkan grafik di atas dapat diproyeksikan pada tahun 2024 jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi belum dapat mencapai target yang sudah ditetapkan.

Capaian desa endemis yang sudah berhasil menurunkan prevalensi schistosomiasis 0% pada manusia di kabupaten endemis bisa dilihat pada grafik berikut:

Grafik 3. 24 Target dan Capaian Jumlah Desa Endemis Schistosomiasis yang Mencapai Eliminasi per Kabupaten Endemis Tahun 2024



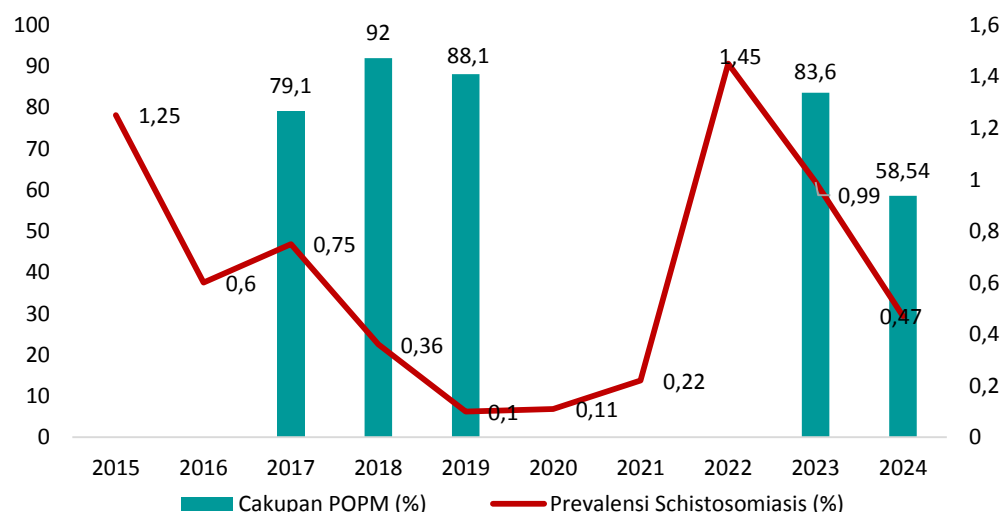
Sumber: Data Tim Kerja NTDs, Januari 2025

Terdapat 3 (tiga) fase dalam menuju eliminasi schistosomiasis, yaitu fase akselerasi (2018-2019), fase memelihara prevalensi 0% (2020-2024), serta fase verifikasi dan

deklarasi eliminasi (2030). Upaya eliminasi schistosomiasis meliputi strategi untuk penanganan manusia, hewan dan lingkungan secara terpadu dan menyeluruh didukung ketersediaan layanan air minum dan sanitasi, pemberdayaan masyarakat, dan sistem pemantauan dan evaluasi kemajuan hasil yang penting untuk mencapai target yang telah ditetapkan. Namun demikian masih banyak upaya yang masih belum selaras dengan *Roadmap* Eliminasi Schistosomiasis tahun 2018-2025, POPM dilaksanakan pada manusia yang berpotensi terkena schistosomiasis, tetapi POPM Schistosomiasis belum dilaksanakan pada hewan reservoir. POPM pada manusia telah dilaksanakan setiap setahun sekali menggunakan obat praziquantel dan POPM pada hewan pernah dilakukan pada tahun 2018 menggunakan obat hewan yang mengandung praziquantel. Akan tetapi hewan peliharaan tersebut mengalami efek samping hingga kematian, sehingga pemilik hewan selanjutnya menolak POPM untuk hewan.

Berbagai upaya telah dilaksanakan untuk menurunkan angka prevalensi schistosomiasis pada manusia dalam rangka mencapai indikator jumlah desa endemis schistosomiasis berhasil mencapai eliminasi. Prevalensi schistosomiasis pada manusia dapat dilihat pada grafik berikut ini:

Grafik 3. 25 Prevalensi Schistosomiasis pada Manusia Tahun 2015 – 2024



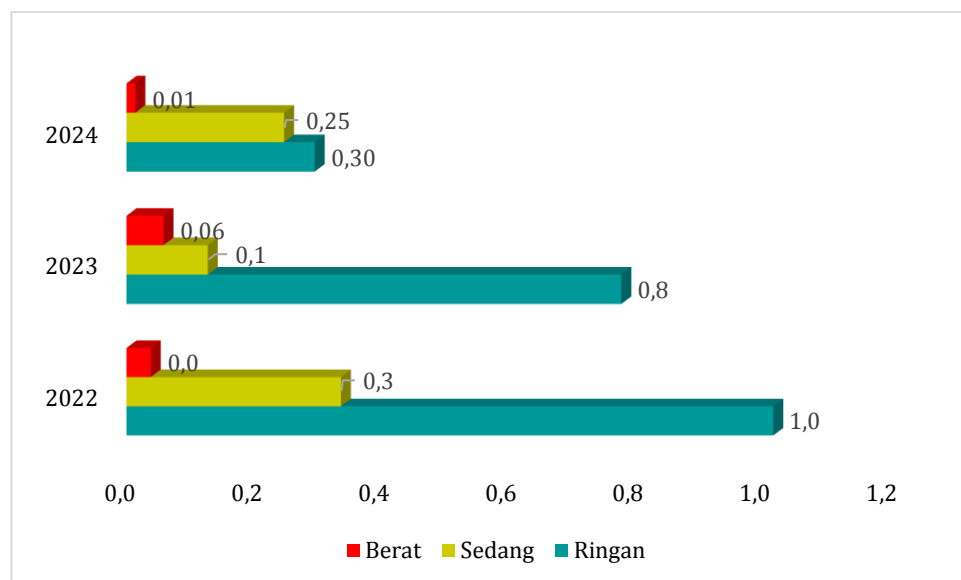
Sumber: Data Tim Kerja NTDs, Januari 2025

Berdasarkan grafik diatas prevalensi schistosomiasis pada manusia sejak tahun 2016 mengalami penurunan dan berada di bawah 1% dan terus mengalami penurunan sampai tahun 2021. Prevalensi tersebut berangsur menurun setelah dilaksanakan pengobatan massal dengan praziquantel pada tahun 2017-2019. Tahun 2020 dan 2021 prevalensi schistosomiasis mengalami sedikit peningkatan, namun pada tahun 2022 prevalensi schistosomiasis mengalami peningkatan yang cukup besar menjadi sebesar 1,45%. Dari hasil diatas, maka POPM schistosomiasis sangat diperlukan untuk menurunkan prevalensi schistosomiasis pada manusia, pada tahun 2024 dilakukan POPM tetapi hanya dilakukan di 18 desa yang pada tahun sebelumnya masih ditemukan kasus positif schistosomiasis, wilayah Napu ada 15 desa dan 3 desa di wilayah Lindu. Namun demikian cakupan POPM 2024 hanya 58.54% penduduk yang minum obat. Masih rendahnya cakupan POPM tersebut dikarenakan adanya efek samping (mual dan pusing) dari obat praziquantel sehingga masyarakat enggan melaksanakan POPM

kembali. Selain itu karena merasa sehat dan tidak ada gejala schistosomiasis di dalam dirinya dan ada keyakinan kalau mereka merasakan gejala baru minum obat, serta adanya kejenuhan melaksanakan POPM setiap tahun.

Secara global terdapat 78 negara endemis schistosomiasis dan 51 diantaranya memiliki tingkat penularan sedang hingga tinggi. Penyakit ini masih ditemukan di tiga negara yaitu Republik Rakyat Tiongkok, Filipina, dan Indonesia. Schistosomiasis di China pertama ditemukan pada tahun 1905 dan pada tahun 1950 diperkirakan terdapat 11.6 juta kasus Schistosomiasis pada manusia, dan 1.2 juta ekor sapi terinfeksi schistosomiasis. Spesies schistosomiasis di China, Philipina dan Indonesia adalah sama yaitu *Schistosoma japonicum*. Di Philipina terdapat 28 Provinsi endemis Schistosomiasis dengan rincian 10 provinsi dengan klasifikasi endemis dengan prevalensi tinggi, 6 Provinsi dengan klasifikasi endemis prevalensi sedang dan 12 Provinsi prevalensi rendah. Berdasarkan Global Neglected Tropical Disease (NTDs) Roadmap 2021-2030 ditargetkan tahun 2030 tercapai eliminasi schistosomiasis sebagai masalah Kesehatan di seluruh negara, dengan Indikator utama Proporsi infeksi berat kurang dari 1% pada manusia. Mangacu pada Indikator target global WHO Infeksi berat kurang dari 1% pada manusia dari tahun 2022 sampai 2024 Eliminasi schistosomiasis di Indonesia, seperti pada grafik 3.28 berikut ini :

Grafik 3. 26 Intensitas Infeksi Schistosomiasis Pada Manusia



Sumber: Data Tim Kerja NTDs, Januari 2025

Berdasarkan grafik di atas Intensitas infeksi schistosomiasis dari tahun 2022 – 2024 sudah baik, masih di bawah 1% pada Intensitas Ringan, Sedang maupun Berat. Secara target global WHO eliminasi schistosomiasis pada manusia yaitu Infeksi berat schistosomiasis pada manusia kurang dari 1% maka Indonesia sudah mencapai eliminasi.

e. Analisa penyebab kegagalan

Target Indikator jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi pada tahun 2024 tidak tercapai. Hal ini disebabkan masih tingginya schistosomiasis pada keong perantara dan hewan reservoir seperti babi, tikus, kerbau dan anjing. Masih



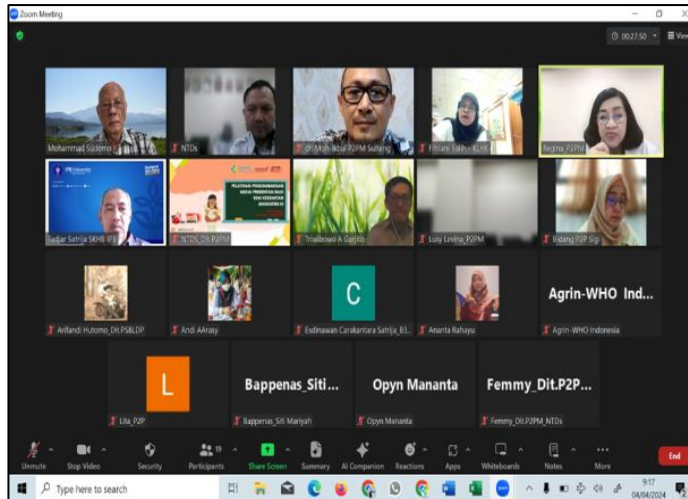
banyak fokus keong yang menjadi sumber penularan di desa endemis schistosomiasis yang tidak bisa dilaksanakan pengendalian fokus keong secara mekanik dan kimia. Program pengendalian yang dilakukan hingga saat ini belum dapat menekan angka kejadian schistosomiasis, karena adanya reinfeksi dari berbagai reservoir diantaranya tikus, ternak masyarakat, termasuk hewan liar, bahkan masyarakat sendiri sebagai pembawa.

Penyebab tidak tercapainya target antara lain:

- Pengendalian keong dan daerah fokus tidak dilakukan secara komprehensif dan teratur di daerah endemis, serta masih banyak fokus keong merupakan daerah yang sangat luas dan harus menggunakan alat berat.
- Pengendalian schistosomiasis pada hewan masih sangat terbatas, dimana POPM pada hewan reservoir tidak berkelanjutan sejak 2018 karena hewan reservoir yang merupakan hewan ternak/peliharaan masyarakat banyak yang mengalami efek kematian setelah dilaksanakan POPM menggunakan obat yang mengandung praziquantel. Selain itu masih belum diketahuinya dosis yang tepat untuk melaksanakan POPM pada hewan reservoir.
- Pengetahuan dan kesadaran petani masih sangat terbatas dan mereka kurang memahami bagaimana mencegah terjadinya infeksi schistosomiasis.
- Diagnosis hanya menggunakan Kato-Katz, yang kurang sensitif pada daerah endemis rendah.
- Cakupan POPM schistosomiasis masih rendah dikarenakan adanya efek samping (mual dan pusing) dari obat praziquantel yang dilaksanakan pada POPM sebelumnya, masyarakat enggan minum obat karena merasa sehat dan tidak ada gejala schistosomiasis di dalam dirinya dan ada keyakinan kalau mereka merasakan gejala baru minum obat, serta adanya kejenuhan melaksanakan POPM setiap tahun.
- Partisipasi dan pemberdayaan masyarakat dalam pemberantasan fokus keong sangat dibutuhkan karena sebagian fokus-fokus keong berada pada wilayah perkebunan masyarakat.

f. Upaya yang Dilaksanakan Mencapai Target Indikator

1. Melakukan advokasi, koordinasi, dan peran aktif lintas sektor dan lintas program dalam upaya eliminasi schistosomiasis di tingkat Kementerian Lembaga terkait diantaranya, Bappenas, Kementerian Kelautan dan Perikanan, Kementerian Pertanian dan Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan dan Pemerintah Daerah Provinsi Sulawesi Tengah dan Kabupaten Poso dan Sigi yang dilaksanakan pada Bulan April 2024 di Jakarta dan secara Daring. Kegiatan ini dibutuhkan untuk meningkatkan dukungan dan kontribusi lintas sektor terkait guna menghilangkan fokus/habitat keong penular serta menurunkan prevalensi schistosomiasis pada hewan perantara.



Gambar 3. 47 Advokasi, koordinasi, dan peran aktif lintas sektor dan lintas program dalam upaya eliminasi schistosomiasis di tingkat Kementerian Lembaga secara daring

2. Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan Penanggulangan Schistosomiasis
3. Kegiatan monitoring dan evaluasi dilaksanakan untuk mendukung program penanggulangan schistosomiasis serta mengevaluasi hambatan dan tantangan dalam pengendalian schistosomiasis. Kegiatan yang dilaksanakan antara lain:
 - a. Assessment Eliminasi Schistosomiasis
 - b. Pendampingan Teknis Implementasi Kegiatan Penanggulangan Schistosomiasis
4. Surveilans Schistosomiasis

Untuk mendapatkan angka prevalensi schistosomiasis dilakukan survei prevalensi schistosomiasis pada manusia dan memantau perkembangan dan status penyakit ini di lapangan melalui survei schistosomiasis pada keong perantara dan hewan penular. Kegiatan ini sangat penting untuk menilai sejauh mana kemajuan pelaksanaan dan pencapaian tujuan program eliminasi schistosomiasis yang dilakukan pada bulan Juni 2024.



Gambar 3. 48 Survei prevalensi schistosomiasis pada manusia

5. Tatalaksana kasus positif schistosomiasis dan POPM. Tatalaksana kasus positif diberikan pada penderita yang memiliki gejala dan pemeriksaan laboratorium hasil positif schistosomiasis, serta penduduk dengan hasil positif schistosomiasis yang

terjaring pada survei prevalensi. POPM dilaksanakan di 18 desa endemis yang hasil survei prevalensinya banyak ditemukan positif schistosomiasis.



Gambar 3. 49 Tatalaksana kasus positif schistosomiasis dan POPM

6. Menjalin kerjasama dengan antara Rotary Kyoto Jepang dan Rotary Palu Sulawesi Tengah yang dilaksanakan pada bulan Mei 2024 dalam pengendalian fokus keong berupa bantuan pembangunan saluran irigasi di daerah fokus keong.



Gambar 3. 50 Penandatanganan MoU Antara Rotary Club Kyoto dan Rotary Palu

7. Pemberantasan fokus keong melalui kimiawi, Penyemprotan moluskisida (racun keong) di Dataran Tinggi Napu Kabupaten Poso yang dilaksanakan pada bulan Februari 2024, merupakan salah satu metode pengendalian keong perantara schistosomiasis. Upaya ini dilakukan untuk memberantas keong khususnya pada fokus dengan ukuran kecil dan/atau posisi geografis yang terpencil sehingga sulit dijangkau dengan metode pengendalian lainnya.



Gambar 3. 51 Penyemprotan moluskisida (racun keong) di Dataran Tinggi Napu Kabupaten Poso

g. Kendala/Masalah yang Dihadapi

1. Masih tingginya angka prevalensi schistosomiasis pada keong perantara dan hewan pembawa schistosomiasis.
2. Musim hujan yang cukup tinggi menyebabkan keong dari fokus menyebar mendekati pemukiman dan memperluas fokus keong.
3. Kurangnya komitmen lintas sektor dalam upaya pemutusan mata rantai penularan melalui hewan dan keong perantara karena Program Schistosomiasis bukan merupakan program prioritas bagi lintas sektor.
4. Pengandangan hewan ternak masih belum banyak dilakukan oleh penduduk, sehingga hewan ternak masih bebas berkeliaran di area fokus keong yang berdekatan dengan pemukiman.
5. Kegiatan pengendalian schistosomiasis hanya bersumber dari APBN dan hibah dari WHO, sehingga upaya pengendalian oleh pemerintah daerah sangat terbatas.

h. Pemecahan Masalah

1. Meningkatkan koordinasi lintas sektor dan mengoptimalkan peran dan tugas masing-masing lintas sektor sesuai roadmap eliminasi schistosomiasis.
2. Meningkatkan penyemprotan fokus keong untuk mengendalikan keong penular schistosomiasis di desa endemis.
3. Melaksanakan POPM Schistosomiasis di desa yang ditemukan kasus positif schistosomiasis
4. Penandatanganan kerjasama proyek inisiatif untuk pengendalian fokus keong pembawa schistosomiasis antara Rotary Club Kyoto dan Rotary Palu.
5. Meningkatkan pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian fokus keong schistosomiasis secara mandiri (GADAR BASIS).
6. Pembuatan kolam ikan dengan menggunakan dana desa dan bantuan benih ikan dari Kementerian Kelautan.

i. Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pada tahun 2024 jumlah pagu anggaran APBN Pusat untuk mencapai target indikator Jumlah desa endemis Schistosomiasis yang mencapai eliminasi adalah sebesar Rp.

1.494.316.000,- Anggaran tersebut telah terealisasi sebesar Rp. 1.411.818.500 atau sebesar 94,5 %. Sedangkan Capaian keluaran adalah sebesar 57%.

Berdasarkan PMK No. 22/PMK.02/2021 tentang Pengukuran dan Evaluasi Kinerja Anggaran atas Pelaksanaan Rencana dan Anggaran Kementerian Negara/Lembaga, efisiensi dilakukan dengan membandingkan penjumlahan dari selisih antara perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran dan realisasi anggaran keluaran dengan penjumlahan dari perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran. Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut:

$$E = \frac{\sum_{i=1}^n ((PAKi \times CKi) - RAKi)}{\sum_{i=1}^n (PAKi \times CKi)} \times 100\%$$

E : Efisiensi
PAKi : Pagu Anggaran Keluaran
RAKi : Realisasi Anggaran Keluaran
CKi : Capaian Keluaran

$$E = \frac{((1.494.316.000 \times 0,57) - 1.411.818.500)}{(1.494.316.000 \times 0,57)} \times 100\%$$

$$E = -0,66$$

$$NE = 50\% + \left(\frac{E}{20} \times 50 \right)$$

$$NE = 50\% + \left(\frac{-0,66}{20} \times 50 \right) = -115\%$$

Dalam rangka melaksanakan eliminasi Schistosomiasis dengan anggaran sebesar Rp. 1.494.316.000 maka didapatkan efisiensi sumber daya sebesar -115%. Anggaran yang ada telah dioptimalkan untuk kegiatan Koordinasi dan Review Implementasi Kegiatan dalam Rangka Eliminasi Schistosomiasis Lintas Kementerian dan Lembaga secara daring, Assessment Eliminasi Schistosomiasis, Pendampingan Teknis Implementasi Kegiatan Penanggulangan Schistosomiasis, Survei Prevalensi pada Manusia, serta Pelaksanaan Kegiatan Pengendalian Fokus Keong Schistosomiasis.

11. Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies

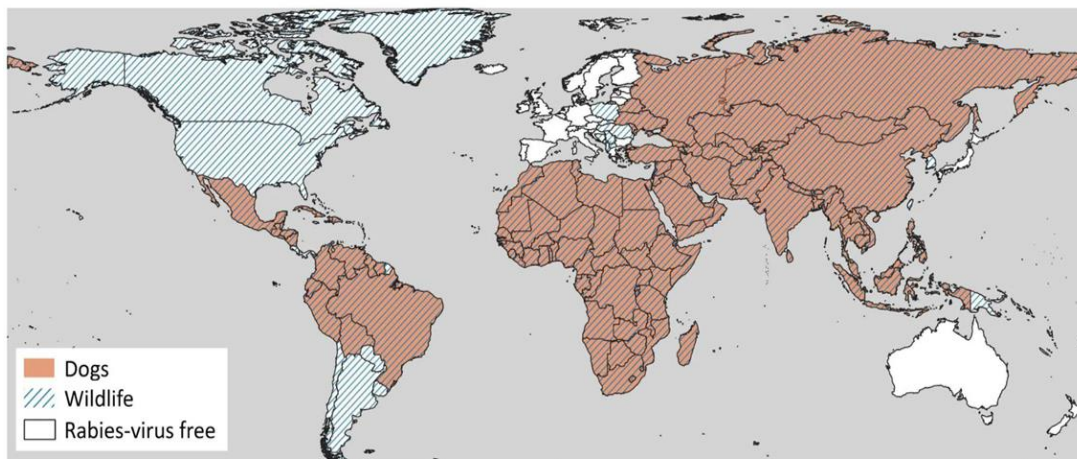
a. Penjelasan Indikator

Rabies merupakan penyakit zoonotik disebabkan oleh virus dari golongan Rhabdovirus yang menyerang hewan berdarah panas dan manusia. Rabies ditularkan pada manusia oleh hewan penular rabies (HPR) seperti anjing, kucing, kelelawar, kera, musang dan serigala melalui air liur, gigitan/cakaran atau jilatan pada kulit terbuka oleh hewan yang terinfeksi rabies. Sebesar 98% kasus rabies pada manusia ditularkan melalui gigitan anjing ydi Filipina insidensi rabies berkisar 0,1 per 100.000 penduduk, Vietnam insidensi rabies berkisar antara 1,7 – 117,2 per 100.000 penduduk, Serawak (Sibu) Malaysia insidensi rabies berkisar 1,7 per 100.000 penduduk. Penyakit ini menyerang pada semua umur dan jenis kelamin dengan *Case Fatality Rate* adalah

100%. Tahun 2030, Indonesia berkomitmen untuk mencapai Eliminasi Rabies sesuai dengan target global. Indonesia sebagai bagian dari negara-negara dunia harus selalu aktif dan turut serta dalam kolaborasi Badan Kesehatan Dunia (WHO), Badan Kesehatan Hewan Dunia (WOAH), Badan Pertanian dan Pangan Dunia (FAO), dan Aliansi Global Pengendalian Rabies (GARC), serta lebih dari 100 negara-negara endemik rabies lainnya di dunia dalam berkomitmen menjalankan strategi global eliminasi rabies yang tertuang dalam dokumen berjudul “Zero by 30” (*The Global Strategic Plan to end human deaths from dog-mediated rabies by 2030*).

Selama 5 tahun terakhir kasus Gigitan Hewan Penular Rabies (GHPR) rata-rata pertahun adalah 104.594 kasus dengan angka kematian rata-rata 91 orang, situasi ini merupakan tantangan besar bagi Indonesia untuk mencapai target eliminasi rabies 2030. Saat ini di Indonesia ada 26 provinsi yang tertular rabies yang berlokasi di 317 kabupaten/kota. Dua belas provinsi yang masih dinyatakan sebagai daerah bebas rabies adalah Kepulauan Riau, Kepulauan Bangka Belitung, Papua, Papua Barat, Papua Pegunungan, Papua Selatan, Papua Tengah, Papua Barat Daya, DKI Jakarta, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, dan Jawa Timur.

Di Indonesia insidensi rabies sedikit lebih rendah bila dibandingkan dengan Filipina atau Vietnam. Di Filipina insidensi rabies berkisar 0,1 per 100.000 penduduk, Vietnam insidensi rabies berkisar antara 1,7 – 117,2 per 100.000 penduduk, Serawak (Sibu) Malaysia insidensi rabies berkisar 1,7 per 100.000 penduduk. Menurut WHO setiap tahunnya, 59.000 orang di dunia meninggal karena rabies. 98% kematian manusia akibat rabies terjadi di Asia dan Afrika. Sekitar 31.000 orang (59,6%) meninggal setiap tahunnya di Asia dan 20.000 (35%) kasus kematian terjadi di India. Di Afrika sekitar 24.000 orang (36,4%) meninggal karena rabies setiap tahunnya, sementara itu kurang dari 0,05% kematian manusia akibat rabies terjadi di Amerika. Berikut adalah peta sebaran rabies di dunia.



b. Definisi Operasional

Kabupaten/Kota yang tidak ada kematian rabies pada manusia dan spesimen positif pada hewan dalam 2 (dua) tahun terakhir. Capaian kinerja Pemerintah Daerah adalah Jumlah Kabupaten/Kota Eliminasi Rabies dimana indikatornya adalah tidak adanya kasus kematian karena rabies pada manusia dan tidak adanya spesimen positif pada hewan dalam dua tahun terakhir.

c. Rumus/cara perhitungan

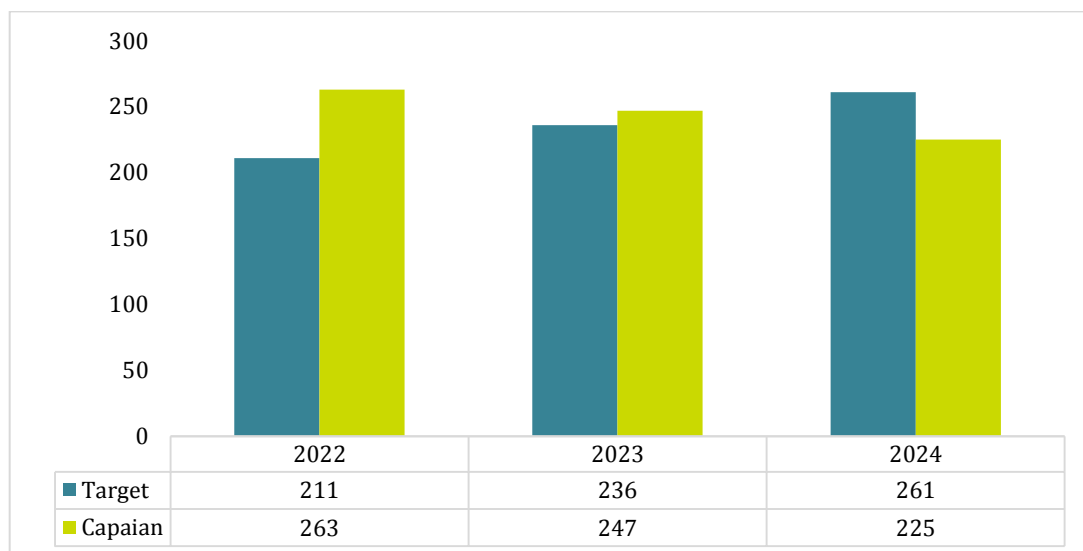
Jumlah Kabupaten/kota eliminasi rabies (angka absolut) dihitung dari jumlah kabupaten/kota yang tidak ada kematian rabies pada manusia dan spesimen positif pada hewan dalam 2 (dua) tahun terakhir.

d. Capaian Indikator

Mekanisme Pengumpulan data rutin GHPR/ Rabies dilakukan secara berjenjang dari Fasyankes ke Dinkes Kabupaten/Kota selambat-lambatnya setiap tanggal 5 dibulan berikutnya, laporan agregat GHPR dan data individu kematian dari Kabupaten/Kota dikirim ke Dinkes Provinsi selambat-lambatnya setiap tanggal 10 dibulan berikutnya dan dari Dinkes Provinsi ke Tim Kerja Zoonosis Direktorat P2PM selambat-lambatnya setiap tanggal 15 dibulan berikutnya melalui surat elektronik ke tim kerja Zoonosis dan selanjutnya pemantauan laporan rutin dilakukan melalui *whatsapp grup*.

Indikator jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies dimulai dari awal tahun 2022 seiring dengan Revisi Renstra periode tahun 2020-2024. Sesuai dengan definisi operasional, realisasi capaian indikator kinerja tahun 2024 menggunakan data kasus rabies tahun 2022 dan 2023. Data capaian target indikator jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies dapat dilihat dari tabel di bawah ini:

Grafik 3. 27 Jumlah Kabupaten/Kota Endemis Rabies yang mencapai

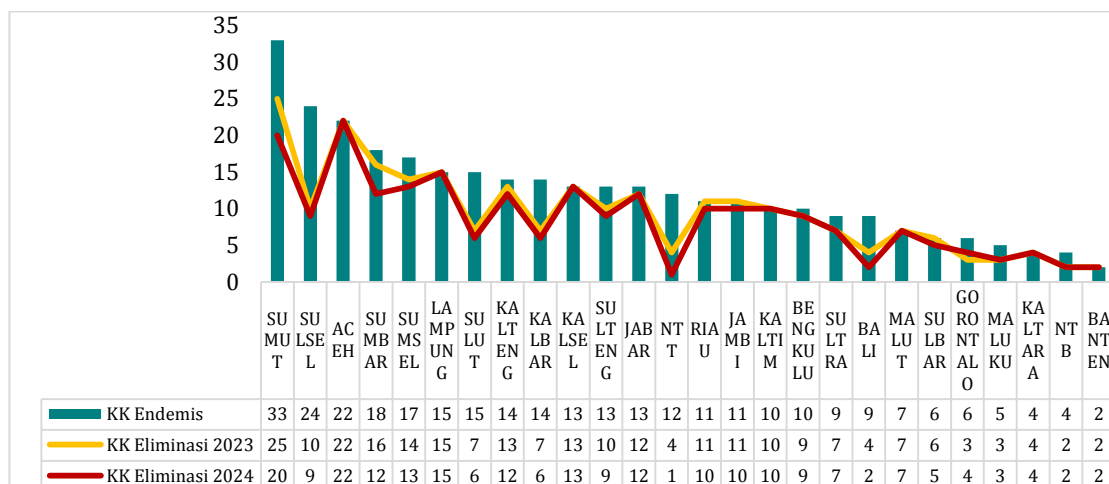


Sumber data: Data Tim Kerja Zoonosis, Januari 2025

Grafik di atas menunjukkan pada tahun 2022 capaian indikator jumlah kabupaten/kota eliminasi Rabies dari target 211 kabupaten/kota, berhasil dicapai sebanyak 263 kabupaten/kota (124,64%), pada tahun 2023 mengalami penurunan menjadi 247 kabupaten/kota (104,66%) namun masih memenuhi target yang telah ditetapkan. Pada tahun 2024 capaian mengalami penurunan menjadi 225 kabupaten/kota (86,20%), capaian indikator tahun 2024 lebih rendah bila dibandingkan tahun sebelumnya serta tidak mencapai target yang sudah ditetapkan di RPJMN 2020 – 2024 sebanyak 261 kabupaten/ kota. Penurunan ini disebabkan oleh adanya kematian pada manusia akibat rabies di beberapa kabupaten/kota bebas atau yang sudah mencapai eliminasi.

Tidak semua kabupaten/kota di Indonesia merupakan sasaran dari indikator ini karena tidak semua merupakan daerah endemis rabies. Adapun kabupaten/kota di Indonesia yang menjadi sasaran sebanyak 317 kabupaten/kota yang merupakan daerah endemis rabies. Distribusi kabupaten/kota eliminasi rabies seperti grafik di bawah ini :

Grafik 3. 28 Jumlah Kabupaten/Kota Eliminasi Rabies per Provinsi Tahun 2023 – 2024



Sumber: Data Tim Kerja Zoonosis, Januari 2025

Berdasarkan grafik tersebut, distribusi jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies terdapat di 26 provinsi endemis rabies. Capaian eliminasi rabies tahun 2023 dan tahun 2024 di tiap provinsi tersebut berbeda-beda. Setidaknya ada 7 provinsi yang 100 % kabupaten/kotanya telah mencapai eliminasi rabies pada tahun 2023 dan 2024 yaitu Provinsi Aceh, Lampung, Banten, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Maluku Utara dan Kalimantan Utara. Jumlah ini lebih sedikit bila dibandingkan dengan provinsi yang 100 % kabupaten/kotanya telah mencapai eliminasi rabies pada tahun 2022 dan 2023. Ini disebabkan karena adanya KLB yang terjadi di beberapa daerah yang semula bebas rabies, peningkatan populasi hewan penular rabies di beberapa daerah, serta kurangnya cakupan vaksinasi pada hewan penular rabies. Pada tahun 2023 di Kabupaten Bandung Barat terjadi kematian manusia akibat rabies, sehingga Provinsi Jawa Barat tidak 100 % kabupaten/ kotanya elimiansi rabies. Selain itu kematian akibat rabies ini juga menambah jumlah kabupaten/kota endemis rabies. Penambahan kabupaten/kota endemis juga terjadi di Provinsi Nusa Tenggara Timur yaitu Kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS), Timor Tengah Utara (TTU) dan Malaka, sehingga jumlah kabupaten/kota endemis tahun 2024 bertambah dari 313 menjadi 317.

e. Analisa Penyebab Kegagalan

1) Analisis penyebab ketidakberhasilan capaian indikator

- Aktivitas masyarakat di luar rumah sudah pulih, kontak antara manusia dan hewan penular rabies (HPR) sering, sehingga kasus gigitan hewan penular rabies (GHPR) banyak dan berpotensi meningkatkan kematian akibat rabies bila tidak mendapat tatalaksana dengan benar.
- Adanya laporan kematian akibat rabies di daerah yang sudah eliminasi seperti daerah Indragiri hilir (Riau), Sungai penuh (Jambi), Oku Timur dan muara enim (Sumatera Selatan), Tabanan dan Badung (Bali), Barito Timur (Kalteng), Kepulauan Talaud dan Kota Bitung (Sulut), Banggai (Sulteng), Wajo (Sulsel),



Tapanuli Selatan, Toba Samosir, Karo, Nias selatan dan Kota Gunung Sitoli (Sumut), Agam, Lima Puluh Kota, Pasaman Barat dan Solok Selatan (sumbar). Kemungkinan disebabkan oleh lalu lintas/ keluar masuk HPR dari daerah endemis disekitar daerah eliminasi yang tidak terkontrol dan banyaknya HPR yang tidak divaksin rabies (cakupan vaksinasi HPR rendah) sehingga banyak HPR yang tidak memiliki kekebalan dan mudah terinfeksi rabies.

- Adanya kematian akibat rabies di daerah yang sebelumnya bebas rabies (Kab. Bandung Barat, Timor Tengah Selatan, Timor Tengah Utara, dan Malaka) sehingga tatalaksana GHPR dan pengendalian HPR kurang terlaksana dengan baik.
- Masih banyak masyarakat yang tidak segera ke fasilitas kesehatan untuk mendapat tatalaksana GHPR setelah digigit oleh HPR, disebabkan karena adanya anggapan bahwa HPR peliharaanya sehat dan gigitan HPR hal yang biasa terjadi. Ini terlihat dari tingginya kasus kematian, dimana 90% dari kasus kematian akibat terlambat/ tidak mendapat tatalaksana GHPR.
- Masih terbatasnya vaksin untuk HPR, sementara ketersediaan vaksin untuk HPR bukan merupakan penyediaan Kementerian Kesehatan.

2) Alternatif Solusi yang telah dilakukan

- Peningkatan promosi kesehatan/ KIE tentang bahaya dan pengendalian rabies kepada masyarakat terutama di daerah yang tinggi kasus kematian.
- Advokasi melaksanakan surveilans berbasis masyarakat dengan meningkatkan peran serta masyarakat dalam hal pelaporan kasus GHPR kepada petugas kesehatan terdekat untuk mendapat tatalaksana sebagai perlindungan dari potensi kematian karena rabies.
- Pembentukan jumlah puskesmas rabies center terutama di daerah endemis, sehingga masyarakat lebih dekat dan mudah mendapatkan pelayanan tatalaksana GHPR dan informasi tentang bahaya dan pengendalian rabies.
- Distribusi VAR dan SAR bagi daerah-daerah yang membutuhkan.
- Distribusi media KIE yang menarik untuk mendapat perhatian masyarakat untuk melakukan pencegahan terhadap penyakit-penyakit zoonosa.
- Mengadvokasi pembelian vaksin rabies untuk HPR menggunakan dana APBD/ desa dan pembentukan peraturan daerah/desa untuk penanggulangan rabies.
- Advokasi kepada pemerintah daerah tentang penyakit zoonosa dan pengendaliannya.
- Peningkatan kerjasama lintas sektor dan lintas program khususnya dengan Kemenko PMK, Kementan, Kemen LHK, Kemendagri, BNPB dan organisasi non profit lainnya.

f. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

1. Adanya surat dari Menteri Kesehatan ke Menteri Pertanian dalam hal penguatan dukungan pencapaian eliminasi rabies 2023 melalui vaksinasi rabies.
2. Advokasi dan audiensi pengendalian rabies kepada Pemerintah Daerah (Pj. Gubernur Provinsi Nusa Tenggara Timur dan Bupati Kabupaten Belu)
Sejak ditetapkan status siaga darurat rabies di Kabupaten TTS pada Juni 2023 oleh Gubernur NTT telah dilakukan berbagai upaya penanggulangan keadaan tersebut melalui kolaborasi lintas sektor dan program. Sampai 30 April 2024, dilaporkan sebanyak 13 kabupaten di Provinsi NTT terjangkit rabies pada manusia dan hewan,

sebanyak 9 kab di daratan Flores dan Lembata yaitu Manggarai Barat, Manggarai, Manggarai Timur, Ngada, Nagekeo, Ende, Sikka, Flotim & Lembata, serta 5 kabupaten di daratan Pulau Timor yaitu TTS, TTU dan Malaka, Belu dan Kota Kupang. Masih ditemui kendala/hambatan sehingga kasus gigitan hewan penular rabies dan kematian akibat rabies pada manusia masih terjadi di wilayah Nusa Tenggara Timur, untuk membahas permasalahan yang ada dalam penanggulangan rabies, maka dilakukan audiensi dengan Pejabat Gubernur NTT pada tanggal 15 Mei 2024 di Kupang. Selain itu juga dilakukan juga dilakukan audiensi Bupati Belu dan beberapa kegiatan diantaranya *table top exercise* penanggulangan penyakit menular sebagai upaya ketahanan kesehatan.



Gambar 3. 52 Advokasi dan audiensi pengendalian rabies dengan Gubernur Provinsi Nusa Tenggara Timur dan Bupati Kabupaten Belu

3. Membentuk satuan tugas (SATGAS) penanggulangan rabies di NTT oleh BNPB dengan Keputusan Gubernur Nusa Tenggara Timur Nomor 42/ KEP/HK/2024 tentang Pos Komando Siaga Darurat Penanganan Bencana Non Alam Kejadian Luar Biasa Rabies Di Provinsi Nusa Tenggara Timur. Sasaran dari Satgas Rabies NTT adalah melakukan vaksinasi terhadap hewan penular rabies (HPR) di NTT.
4. Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam tatalaksana kasus GHPR/rabies dengan melakukan sosialisasi tatalaksana GHPR dan OJT rabies bagi tenaga kesehatan dipuskesmas, rumah sakit dan pengelola program rabies dinas. Sosialisasi tatalaksana GHPR dilaksanakan secara daring tanggal 17 – 18 Januari 2024. Mengundang pengelola program rabies di Dinas Kesehatan Provinsi, kabupaten/kota, puskesmas, tenaga medis di Puskesmas dan Rumah sakit yang dibagi menjadi dua wilayah yaitu Indonesia bagian barat dan tengah serta Indonesia bagian Timur. Selain itu juga dilakukan On the job training rabies pada tanggal 20 – 23 Februari 2024 di Bekasi. OJT rabies melibatkan lintas sektor yaitu pengelola program rabies di Dinas kesehatan provinsi, dokter hewan di dinas yang membidangi fungsi kesehatan hewan provinsi, BKSA.



Gambar 3. 53 Kegiatan On the job training rabies pada tanggal 20 – 23 Februari 2024 di Bekasi

Tanggal 30 Juli – 2 Agustus 2024 dilaksanakan Integrated Bite Case Management (IBCM) dengan pendekatan one health di Kota Pontianak, bertujuan untuk meningkatkan kapasitas petugas puskesmas dan rumah sakit di Kabupaten Landak, Sanggau, dan Bengkayang dalam penanggulangan rabies. Peserta terdiri dari pengelola zoonosis di puskesmas, rumah sakit dan dinas kesehatan kabupaten serta provinsi, dokter hewan puskesmas dan dokter hewan balai konservasi.



Gambar 3. 54 Kegiatan On the job training IBCM Rabies tanggal 30 Juli – 2 Agustus 2024 di Pontianak

5. Pemenuhan sarana dan prasarana untuk pembentukan rujukan *Rabies Center* minimal 20% terutama di Kabupaten/ Kota endemis berupa pengiriman atau distribusi VAR dan SAR ke puskesmas dan provinsi/kabupaten/kota sebagai buffer stok .
6. Pengiriman NSPK ke daerah berupa pedoman penanggulangan rabies, buku saku tatalaksana gigitan hewan penular rabies, serta buku saku rabies center sebagai acuan dalam melakukan penanggulangan rabies. NSPK dibagikan kepada pengelola program baik di provinsi kabupaten dan puskesmas sebagai acuan dalam tatalaksana kasus gigitan HPR

7. Membuat sistem pencatatan dan pelaporan serta surveilans kasus GHPR dan Rabies berbasis digital pada SATU SEHAT untuk memastikan data yang akurat, terintegrasi dan *real – time*.
8. Mengaktifasi dan mengoptimalkan pelaporan penyakit zoonosis yang terintegrasi lintas sektor melalui sistem informasi zoonosis dan EID (SIZE) untuk penemuan kasus sedini mungkin.
9. Mengoptimalkan pelaksanaan surveilans berbasis masyarakat dengan meningkatkan peran serta masyarakat dalam hal pelaporan kasus GHPR seperti membentuk tim siaga rabies (TISIRA) dan kader siaga rabies (KASIRA) yang sudah dibentuk di beberapa daerah.
10. Membentuk tim koordinasi pencegahan dan pengendalian zoonosis dan PIE di daerah seperti Karangasem, Buleleng, Jembrana, Sumba Barat Daya, Manggarai Barat, Belu, Kulon Progo, Pati, Sragen, Kota Pekalongan, Kab Magelang, Kab Demak, Enrekang, dan Pinrang
11. Penyediaan Media KIE dalam mendukung pelaksanaan promosi pencegahan dan pengendalian rabies
12. Pengadaan VAR dan SAR untuk pencegahan dan pengendalian rabies
13. Melakukan assessment Rabies Center di provinsi endemis rabies (Provinsi Sumatera Selatan, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, NTT, Gorontalo, Kalimantan Barat, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Maluku Utara, Maluku, Jambi, Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Bengkulu, Lampung, Jawa Barat, Sulawesi Barat, Sulawesi Selatan, Kalimantan Utara, NTB, Riau, Bali, Sulawesi Tenggara, Banten), Monitoring dan evaluasi pencegahan dan pengendalian rabies secara terintegrasi.

g. Kendala / masalah yang dihadapi

1. Pengendalian rabies pada hewan masih kurang mendapatkan perhatian baik di tingkat pusat maupun daerah, terlihat dari rendahnya cakupan vaksinasi HPR (20 – 40%) dari cakupan minimal yang harus dicapai (70% dari total populasi HPR). Selain itu anggaran untuk penanggulangan rabies dan zoonosis lainnya di sektor kesehatan hewan relatif minim baik di tingkat pusat dan daerah. Cakupan vaksinasi HPR yang rendah berpotensi semakin banyak HPR yang mudah terinfeksi rabies. Kejadian rabies manusia sangat erat kaitannya dengan rabies pada hewan.
2. Pemerintah daerah khususnya dinas kesehatan kabupaten/kota kurang fokus membina puskesmas yang sudah ditetapkan menjadi rabies center.
3. Ketepatan dan kelengkapan laporan rabies khususnya dan zoonosis pada umumnya dari provinsi masih dibawah 60%. pengiriman laporan rabies khususnya dan zoonosis belum semua melaporkan melalui eZoonosis dimana baru 11 provinsi yang melakukan pelaporan melalui eZoonosis.
4. Masih kurangnya informasi terkait penyakit zoonosa terutama rabies dan pengendaliannya di masyarakat pedesaan, masyarakat masih menganggap gigitan HPR tidak berbahaya sehingga tidak segera datang ke fasilitas kesehatan.
5. Faktor sosial budaya fungsi HPR di masyarakat dan rendahnya kesadaran pemilik HPR untuk menjaga kesehatan dan pemeliharaan HPR.

h. Pemecahan masalah

1. Advokasi dan sosialisasi pengendalian rabies kepada Kemendagri, Kemendes, Pemerintah Daerah dan desa, agar dapat membantu dalam penanggulangan rabies.

2. Peningkatan penganggaran dana untuk zoonosis baik di pusat maupun di daerah.
3. Meningkatkan pelaksanaan surveilans berbasis masyarakat dengan meningkatkan peran serta masyarakat.
4. Melakukan sosialisasi secara bertahap pelaporan penyakit zoonosis pada SATU SEHAT yang merupakan pencatatan dan pelaporan kasus GHPR/rabies yang *real time* dan berbasis web.
5. Optimalisasi pemanfaatan SIZE untuk penemuan kasus sedini mungkin.
6. Memperluas media KIE kepada petugas dan masyarakat sehingga informasi dapat tersampaikan secara lebih luas.

i. Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pada tahun 2024 jumlah pagu anggaran APBN Pusat untuk mencapai target indikator Jumlah kabupaten kota eliminasi rabies adalah sebesar Rp. 6.153.952.000,-. Anggaran tersebut sampai Bulan Desember telah terealisasi sebesar Rp. 5.942.622.200,- atau sebesar 96,57 %. Sedangkan Capaian keluaran indikator adalah sebesar 86,20%.

Berdasarkan PMK No. 22/PMK.02/2021 tentang Pengukuran dan Evaluasi Kinerja Anggaran atas Pelaksanaan Rencana dan Anggaran Kementerian Negara/Lembaga, efisiensi dilakukan dengan membandingkan penjumlahan dari selisih antara perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran dan realisasi anggaran keluaran dengan penjumlahan dari perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran. Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut:

$$E = \frac{\sum_{i=1}^n ((PAK_i \times CK_i) - RAK_i)}{\sum_{i=1}^n (PAK_i \times CK_i)} \times 100\%$$

E : Efisiensi
PAKi : Pagu Anggaran Keluaran
RAKi : Realisasi Anggaran Keluaran
CKi : Capaian Keluaran

$$E = \frac{((6.153.952.000 \times 0,862) - 5.942.622.200)}{(6.153.952.000 \times 0,862)} \times 100\%$$

$$E = - 12,03 \%$$

$$NE = 50\% + \left(\frac{E}{20} \times 50\right)$$

$$NE = 50\% + \left(\frac{12,03}{20} \times 50\right)$$

$$NE = 80,08\%$$

Berdasarkan perhitungan di atas dapat diketahui bahwa untuk indikator jumlah kabupaten/ kota eliminasi rabies sesuai dengan anggaran tahun 2024 sebesar Rp6.153.952.000 memiliki nilai efisiensi 80,08%.

12. Persentase kabupaten/kota dengan Insiden Rate (IR) DBD ≤ 10 per 100.000 penduduk

a. Penjelasan Indikator

Tujuan program Arbovirosis di Indonesia adalah untuk mencapai 95 % kabupaten/kota yang memiliki angka kesakitan/*Incidence Rate* (IR) DBD ≤ 10/100.000 penduduk pada



tahun 2024. Hal ini tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2020 – 2024

b. Definisi Operasional

Capaian Kinerja pemerintah daerah kab/kota dalam menurunkan angka Insidens Rate $\leq 10/100.000$ penduduk dalam kurun waktu satu tahun

c. Rumus/cara Perhitungan

Persentase kabupaten/kota dengan Insiden Rate (IR) DBD ≤ 10 per 100.000 penduduk dapat diketahui dengan cara perhitungan berikut :

Rumus:

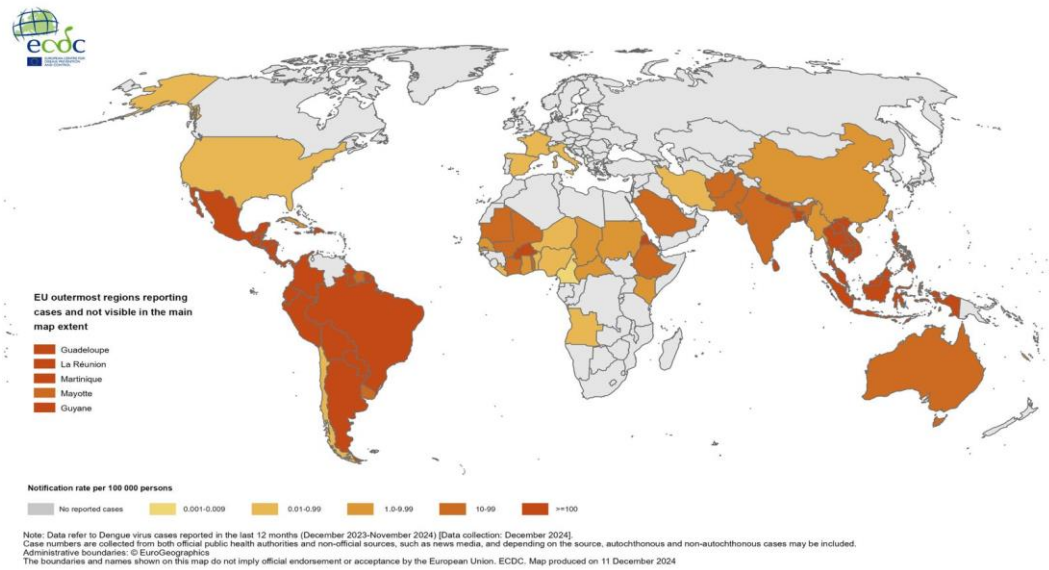
$$\frac{\text{Jumlah kabupaten/kota yang mempunyai IR DBD } \leq 10 \text{ per } 100.000 \text{ penduduk}}{\text{Jumlah kabupaten/kota}} \times 100\%$$

d. Capaian Indikator

Mekanisme Pengumpulan data rutin DBD dilakukan secara berjenjang dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota selambat-lambatnya setiap tanggal 5 di bulan berikutnya dan laporan DBD dari Kabupaten/Kota ke Dinas Kesehatan Provinsi selambat-lambatnya setiap tanggal 10 di bulan berikutnya dan dari Dinas Kesehatan Provinsi ke Tim Kerja Arbovirolosis Direktorat P2PM selambat-lambatnya setiap tanggal 15 bulan berikutnya. Saat ini bentuk pelaporan data DBD masih menggunakan cara manual (dalam bentuk form excel yang dikirim melalui surat elektronik ke tim kerja Arbovirolosis atau wa grup PJ binwil masing-masing) dan sebagian sudah menggunakan laporan melalui sistem informasi arbovirolosis (SIARVI). Pemantauan laporan rutin dilakukan melalui *whatsapp grup* pengelola program DBD tiap PJ binwil dan nasional sehingga dapat diketahui oleh semua petugas di provinsi dan nasional (pusat). Umpan balik penggunaan SIARVI dilakukan setiap triwulan dan dibuat surat yang ditandatangani oleh Direktur Penyakit Menular. Umpan balik laporan DBD manual dilakukan setiap bulan oleh PJ binwil masing-masing. Evaluasi pelaporan DBD nasional dilakukan setiap awal tahun berikutnya berupa kegiatan validasi data yang dilakukan secara daring maupun luring apabila tersedia pendanaannya di APBN.

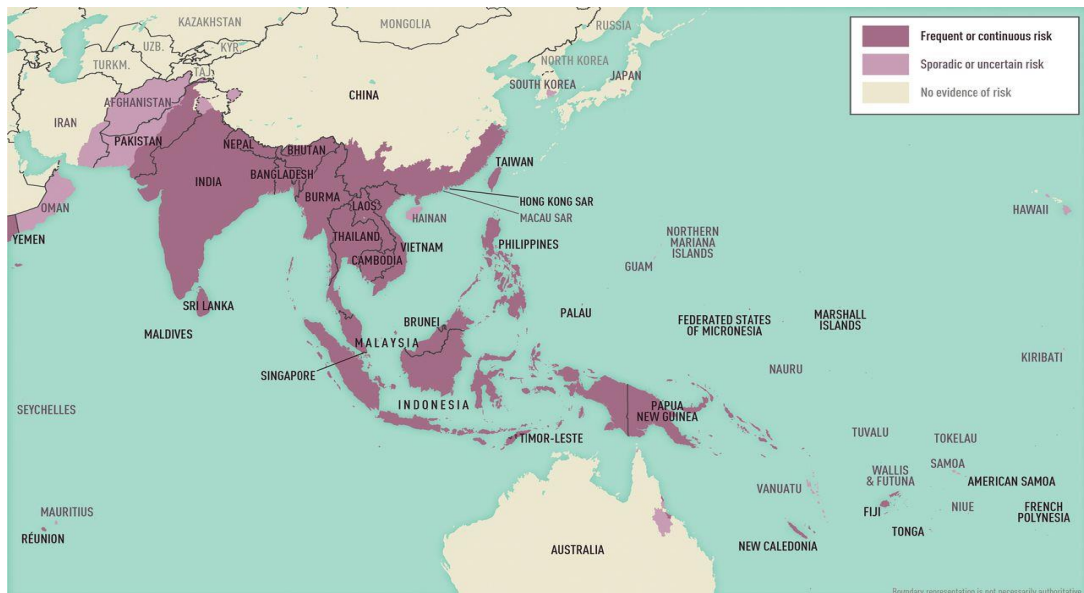
Dengue merupakan penyakit yang disebabkan oleh infeksi virus dengue (DENV) dan ditularkan melalui nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Kejadian infeksi meningkat >30 kali lipat dalam beberapa dekade terakhir, menyebabkan permasalahan kesehatan masyarakat hampir setiap tahun. Selain itu, dengue juga menyebabkan beban kesehatan terutama pada saat terjadinya kejadian luar biasa (KLB) dan di wilayah dengan sistem pelayanan kesehatan yang terbatas.

Gambar 3. 55 Sebaran Kasus Dengue di Dunia Tahun 2024



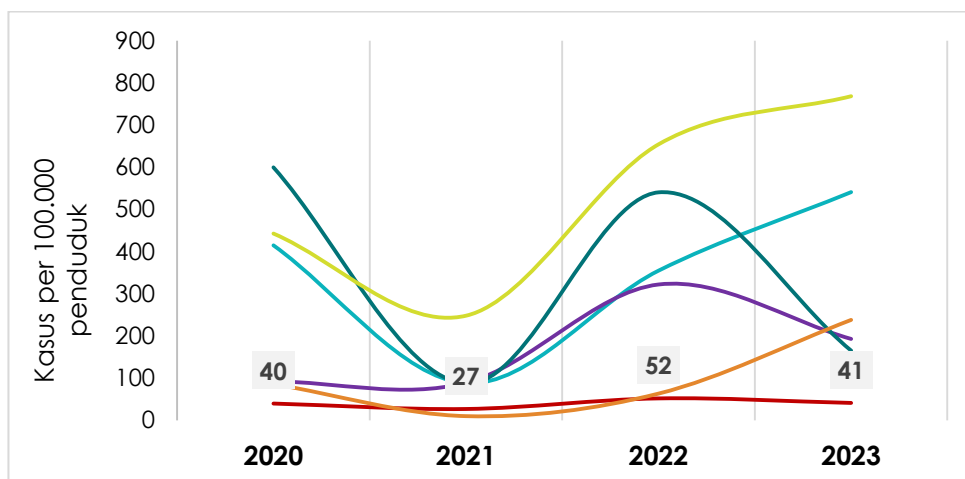
World Health Organization (WHO) melaporkan terdapat sekitar 390 juta infeksi baru di dunia setiap tahun, sekitar 96 juta diantaranya bergejala dan 500.000 kasus membutuhkan perawatan. Diperkirakan terdapat 20.000 kematian setiap tahun akibat dengue yang terutama berhubungan dengan infeksi berat seperti demam berdarah dengue (DBD) dan *dengue shock syndrome* (DSS).

Gambar 3. 56 Sebaran Kasus Dengue di Asia Tahun 2024



Asia Tenggara menjadi wilayah dengan kasus tertinggi di dunia, diperkirakan terdapat sekitar 2,9 juta infeksi dan 5.906 kematian akibat dengue per tahun.

Grafik 3. 29 Tren Kasus Dengue Di Indonesia Dan Negara Endemis



— Indonesia — Malaysia — Philippines — Singapore — Thailand — Brazil

Sumber: ABVC Infectious Emerging Diseases, 2023

Sejak pertama kali kasus DBD dilaporkan di Indonesia pada tahun 1968 di Jakarta dan Surabaya, angka kesakitan DBD menunjukkan tren peningkatan dari tahun ke tahun dan wilayah penyebarannya pun semakin luas hampir di seluruh kabupaten/kota di Indonesia. Namun dalam kurun waktu 50 tahun (1968 – 2020) angka kematian/*Case Fatality Rate* (CFR) DBD telah berhasil diturunkan menjadi di bawah 1%. Target penanggulangan dengue adalah menurunkan CFR 0% pada tahun 2030. Ini tertulis di *Roadmap NTDs 2021-2030* dimana dengue termasuk dalam 20 penyakit NTDs dan merupakan penyakit yang akan dicegah dan dikendalikan (WHO, 2020).

Berikut tabel rincian jumlah kabupaten/kota yang mempunyai IR $\leq 10/100.000$ penduduk per provinsi di Indonesia:

Tabel 3. 5 Jumlah Kabupaten Kota yang mempunyai IR $\leq 10/100.000$ penduduk per provinsi di Indonesia Tahun 2024

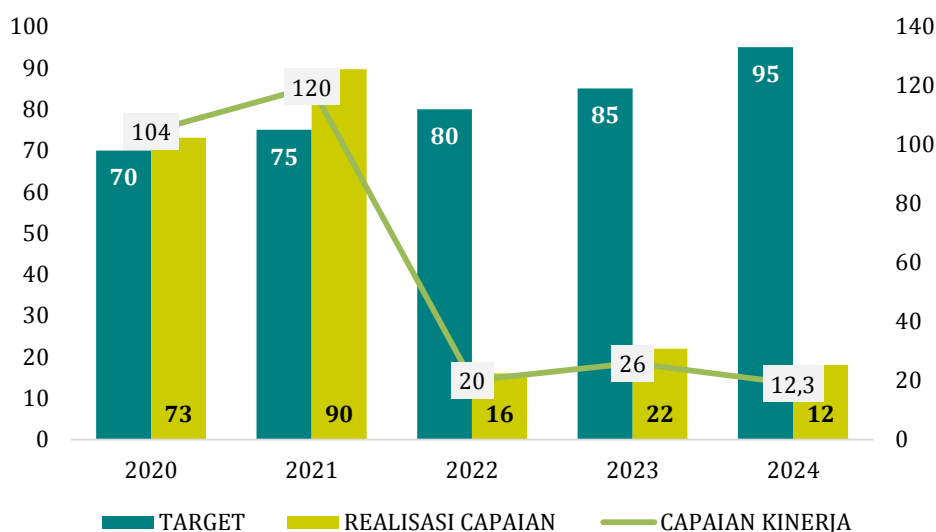
No	Provinsi	Jumlah kab/kota	Jumlah kab/kota dengan IR $\leq 10/100.000$ penduduk	%
1	Aceh	23	4	17%
2	Sumatera Utara	33	5	15%
3	Riau	12	2	17%
4	Jawa Tengah	35	1	3%
5	Jawa Timur	38	2	5%
6	Kalimantan Barat	14	1	7%
7	Kalimantan Selatan	13	1	8%
8	Sulawesi Selatan	24	3	13%
9	NTT	22	4	18%
10	Maluku	11	5	45%

11	Maluku Utara	10	1	10%
12	Papua Barat	7	3	43%
13	Papua	9	5	56%
14	Papua Barat Daya	6	6	100%
15	Papua Selatan	4	4	100%
16	Papua Pegunungan	8	7	88%
17	Papua Tengah	8	6	75%
Jumlah			60	12%

Sumber: Data Tim Kerja Arbovirosis, Januari 2025

Berdasarkan tabel di atas, sebanyak 60 (12%) kabupaten/kota yang sudah mencapai target indikator. Target program DBD tercapai di 60 kabupaten/kota dapat merupakan gambaran kondisi yang sesungguhnya di wilayah tersebut atau merupakan gambaran dari hambatan dalam mendeteksi kasus oleh karena fasilitas diagnostik (RDT NS1 Combo) yang kurang memadai dan system surveilans yang lemah sehingga terkendala dalam melaporkan kasus dengue/DBD yang sebenarnya terjadi (*underreporting*).

Grafik 3. 30 Target dan Capaian Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) Program Arbovirosis Tahun 2020-2024



Sumber data: Laporan rutin Tim Kerja Arbovirosis Semester IV Tahun 2024

Tren capaian persentase kabupaten/kota yang mempunyai $IR \leq 49/100.000$ penduduk terlihat pada grafik di atas di tahun 2020 dan 2021. Capaian persentase kabupaten/kota yang mempunyai $IR \leq 49/100.000$ penduduk pada tahun 2020 dan 2021 melebihi target yang ditentukan. Tahun 2022 target indikator berubah dari sebelumnya persentase kabupaten/kota $IR \leq 49/100.000$ penduduk menjadi $IR \leq 10/100.000$ penduduk. Capaian persentase kabupaten/kota $IR \leq 10/100.000$ penduduk Tahun 2022 hanya mencapai 16% sedangkan di tahun 2023 sebesar 22%. Berdasarkan capaian persentase kinerja tahun 2023 mengalami peningkatan dari 20% tahun 2022 menjadi 26% tahun 2023. Di semester I tahun 2024 capaian program turun menjadi 18% dan di semester II pada



akhir tahun 2024 indikator proporsi kabupaten/kota IR $\leq 10/100.000$ penduduk tidak dapat tercapai (12%).

e. Analisa Penyebab Kegagalan Pencapaian

Beberapa kemungkinan penyebab tidak tercapainya target indikator karena tingginya morbiditas dan mortalitas DBD antara lain

1. Ketersediaan RDT Dengue Combo di Puskesmas semakin banyak sehingga semakin banyak kasus Dengue terdeteksi dan tercatat dalam laporan kasus Dengue. Penambahan RDT Dengue Combo di Puskesmas bertujuan agar semakin cepat kasus Dengue terdeteksi maka akan segera ditangani yang akan dapat mencegah kematian akibat Dengue.
2. Kurangnya pemahaman masyarakat tentang tanda, gejala dan penularan dengue sehingga menyebabkan keterlambatan penanganan kasus dengue di fasyankes yang menimbulkan kematian.
3. PSN 3M Plus belum menjadi kegiatan prioritas di daerah sehingga belum optimal dalam pencegahan penanggulangan dengue di Indonesia
4. Belum optimalnya sistem kewaspadaan dini, antara lain disebabkan karena perbedaan pemahaman definisi kasus dan kurang koordinasi antara petugas surveilans dan penanggung jawab program DBD di daerah sehingga tidak optimal memantau tren perkembangan kasus dan terlambat pelaksanaan Penyelidikan Epidemiologi (PE) untuk menekan peningkatan kasus dan KLB.
5. Program pencegahan dan pengendalian dengue masih belum menjadi prioritas sehingga proporsi anggaran masih belum memadai di tingkat kelurahan/desa, kabupaten/kota dan provinsi.
6. Belum optimalnya penerapan inovasi baru strategi teknologi pengendalian dengue melalui implementasi nyamuk ber Wolbachia

f. Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target Indikator

Ada beberapa upaya yang telah dilakukan untuk mencapai indikator tersebut, antara lain:

- 1) Koordinasi Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Arbovirosis.
Kegiatan ini berupa pertemuan koordinasi lintas program dan lintas sektor penanggulangan arbovirosis. Kegiatan koordinasi dengan sektor terkait ini merupakan salah satu strategi untuk meningkatkan kerjasama dalam Penanggulangan Arbovirosis mengingat ini harus dilaksanakan bersama sektor yang bertanggungjawab terhadap faktor risiko kejadian arbovirosis.

Kegiatan LS/LP dilaksanakan salah satunya melalui pertemuan rapat kerja nasional tahun 2024 bertujuan mengevaluasi sejumlah capaian kinerja tahun 2023 sekaligus merumuskan langkah strategis untuk mencapai target kinerja tahun 2024 yang merupakan tahun terakhir periode Renstra 2020-2024, serta sebagai forum komunikasi terbuka antara pemerintah pusat dan daerah dalam rangka pencapaian program transformasi kesehatan.

Tujuan khusus dari kegiatan ini antara lain:

- Merumuskan Rencana Aksi Program/ Kegiatan Tahun 2024 yang berfokus kepada 6 pilar transformasi Kesehatan
- Strategi pelaksanaan transformasi kesehatan tahun 2024

- Tersusun dan terinformasikannya kebijakan dan rencana implementasi transformasi kesehatan tahun 2024
- Sebagai forum komunikasi terbuka untuk berdiskusi tentang kendala, hambatan atau tantangan yang ada, untuk menemukan solusi yang efektif dalam pencapaian program transformasi kesehatan.

Kegiatan Rakerkesnas terbagi menjadi beberapa kelompok acara yaitu: Pleno, *Inspiring season*, *coaching clinics*, *best practice* dan diskusi tematik.

Kegiatan Rakerkesnas hadir oleh Presiden, Menteri/Wamen/Kepala Lembaga/Direktur/Ketua Komisi DPR, Seluruh Eselon I, Eselon II di lingkungan Kementerian Kesehatan, Kepala UPT Kementerian Lembaga dan peserta daerah yang terdiri dari Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota



Gambar 3. 57 Koordinasi Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Arbovirosis

2) Sosialisasi dan Diseminasi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit DBD dan Arbovirosis lain

a) Peringatan ASEAN Dengue Day

Peringatan ASEAN Dengue Day dilaksanakan setiap tanggal 15 Juni setiap tahunnya dan di tahun 2024 dilaksanakan dalam beberapa rangkaian kegiatan:

1. *Launching SIARVI*
2. Lomba menggambar tema DBD
3. Lomba Kader Jumantik
4. Lomba Desa/Kelurahan bebas Jentik
5. Temu media
6. Seminar ADD
7. Temu Blogger ADD
8. Talkshow Radio Kesehatan
9. Live Instagram
10. Kampanye Cegah DBD

Puncak peringatan hari Asean Dengue Day dilaksanakan di Kota Batam Provinsi Kepulauan Riau pada tanggal 26-28 Juni 2024. Kegiatan yang dilakukan berupa kampanye Kawasan Bebas Jentik di Wilayah Pelabuhan Batam dan Seminar Pengendalian Dengue yang dihadiri oleh Plt. Direktur Jenderal P2P.



Gambar 3. 58 Kampanye Kawasan Bebas Jentik di Pelabuhan Batam



Gambar 3. 59 Seminar Pengendalian Dengue di Hotel Santika Batam

b) GERMAS mengenai Pencegahan dan Pengendalian Penyakit DBD dan Arbovirosis lainnya

Dalam rangka sosialisasi program pencegahan dan pengendalian Arbovirosis akan dilaksanakan pertemuan Gerakan Masyarakat Pencegahan dan Pengendalian Arbovirosis Tim Kerja Arbovirosis akan melaksanakannya di 8 wilayah Kabupaten/Kota. Pada triwulan I dapat terlaksana di Kabupaten Langkat Provinsi Sumatera Utara dan Kabupaten Tasikmalaya, Provinsi Jawa Barat. Penentuan daerah dan tanggal pelaksanaan dilakukan dengan koordinasi bersama mitra kerja Komisi IX DPR RI dan kesiapan lapangan oleh Dinas Kesehatan. Untuk germas di Kabupaten Langkat dilaksanakan pada tanggal 24-26 Januari 2024 bersama Anggota DPR Delia Br Sitepu, sedangkan untuk germas di Kabupaten Tasikmalaya dilaksanakan pada tanggal 5-7 Februari 2024 dengan Anggota DPR RI Drs. H. Acep Adang Ruhiat, Msi



Gambar 3. 60 Kegiatan GERMAS mengenai Pencegahan dan Pengendalian Penyakit DBD dan Arbovirosis lainnya

Kegiatan ini mengundang masyarakat, Lintas Sektor, Pemerintah daerah, tokoh masyarakat dan tokoh agama. Sosialisasi ini memperkenalkan Dengue dan penyakit Arbovirosis kepada masyarakat terkait upaya pencegahan dan pengendaliannya serta bagaimana peran serta masyarakat serta dukungan mitra di komisi IX DPR RI dalam pengendalian Arbovirosis. Setiap kali pelaksanaan dihadiri tidak kurang dari 500 – 600 orang. Materi yang disampaikan adalah materi ringkas bagaimana hidup sehat terhindar dari penularan Dengue, Chikungunya, Japanese Encephalitis dan Zika.

- 3) NSPK Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Arbovirosis
Tersusunnya NSPK pencegahan dan pengendalian penyakit arbovirosis melalui kegiatan penyusunan Strategi Nasional Penanggulangan Japanese Encephalitis tahun 2023 – 2027. Kementerian Kesehatan merupakan sektor pemimpin dalam pelaksanaan dan pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs) bidang Kesehatan dengan visi “Menjamin Kehidupan yang Sehat dan Meningkatkan Kesejahteraan Seluruh Penduduk Semua Usia.” Sebagai sektor pemimpin, Kementerian Kesehatan membutuhkan dukungan dan partisipasi berbagai pihak, baik sektor pemerintah, dunia usaha, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), perguruan tinggi, dan masyarakat. Dukungan dan partisipasi tersebut merupakan bagian dari kontribusi dan dedikasi semua pihak yang dijiwai nilai-nilai serta semangat gotong royong. Sejalan dengan pilar transformasi kesehatan yang juga merupakan bentuk penerjemahan reformasi sistem kesehatan nasional, buku Strategi Nasional Penanggulangan JE dan Petunjuk Teknis POKJANAL Dengue ini diharapkan dapat menjadi arah dalam upaya penanggulangan Dengue dan JE di tingkat nasional maupun daerah.
- 4) Investigasi Peningkatan kasus dan KLB DBD dan Arbovirosis lainnya
Pendampingan investigasi KLB Penyakit Arbovirosis dilakukan sebagai upaya pemecahan masalah dan advokasi kepada pengambil kebijakan. Penyakit Arbovirosis adalah termasuk penyakit yang berpotensi menjadi Kejadian Luar Biasa (KLB). Tujuan kegiatan ini agar terlaksananya kewapadaan dini dan penanggulangan KLB penyakit DBD dan Arbovirosis lainnya melalui bimbingan teknis kepada petugas kesehatan di Dinas Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan

untuk kewaspadaan dini, serta melakukan penyelidikan epidemiologi dalam rangka penanggulangan KLB penyakit DBD dan Arbovirosis lainnya.

a) Investigasi peningkatan kasus dan KLB DBD

Tujuan kegiatan ini adalah untuk mengetahui tren kasus, distribusi epidemiologis kasus DBD dan faktor risiko terjadinya KLB dan peningkatan kasus. Salah satu kegiatan yang dilakukan di tahun 2024 adalah investigasi peningkatan kasus DBD di Kabupaten Lombok Barat Provinsi NTB dan di Kabupaten Nias Selatan Provinsi Sumatera Utara.

b) Penyelidikan Epidemiologi kasus DBD

Kegiatan ini bertujuan untuk melakukan penyelidikan epidemiologi kasus dengue, mengetahui gambaran kasus dengue di wilayah tersebut selanjutnya untuk dilakukan upaya penanggulangan dengue.

Kegiatan ini dilakukan di Kabupaten Jepara Provinsi Jawa Tengah tanggal 20-23 Mei 2024 dan di Kabupaten Ciamis Provinsi Jawa Barat tanggal 19-24 Desember 2024.



Gambar 3. 61 Kegiatan Penyelidikan Epidemiologi di Kab. Jepara

c) Assesment pencapaian IR DBD

Tujuan Assesment pencapaian IR DBD adalah mengetahui situasi dengue dan capaian IR DBD di kabupaten/kota. Kegiatan Assesment IR sudah dilaksanakan di 6 kabupaten/kota antara lain Kabupaten Banjar provinsi Kalimantan Selatan, Kabupaten Pematang Siantar Provinsi Sumatera Utara, Kota Makassar Provinsi Sulawesi Selatan dan Kabupaten Belitung Provinsi Babel.



Gambar 3. 62 Kegiatan Assesment IR di Kab Banjar Provinsi Kalimantan Selatan

- d) **Assesment Data Kasus Dengue di Wilayah Implementasi Wolbachia**
Tujuan kegiatan ini adalah untuk mengetahui situasi dengue sebelum implementasi wolbachia di wilayah implementasi dan untuk memastikan sumber data pelaporan yang akan digunakan saat menghitung dampak supaya sama seluruh seluruh lokasi implementasi.
- e) **Survei penerimaan masyarakat tentang implementasi nyamuk ber Wolbachia**
Survei penerimaan masyarakat tentang implementasi nyamuk ber Wolbachia dilakukan untuk mengetahui seberapa besar pengetahuan masyarakat tentang wolbachia dan penerimaan masyarakat terhadap pengendalian dengue melalui nyamuk ber Wolbachia. Jika hasil survei tersebut baik maka di wilayah tersebut dapat dilakukan proses rilis (pelepasan nyamuk ber wolbachia). Kegiatan ini dilaksanakan di kecamatan Tembalang Kota Semarang.
- f) **Pemetaan Data dan Mapping wilayah Implementasi Pilot Project Wolbachia**
Kegiatan ini adalah kegiatan pemetaan dan mapping wilayah kecamatan yang akan dijadikan tempat pelepasan nyamuk ber Wolbachia. Kegiatan ini dilaksanakan di 5 kota implementasi wolbachia (Bandung, Kupang, Bontang, Jakarta Barat dan Semarang).
- g) **Sampling *Wild colony* awal pada wilayah implementasi Wolbachia**
Kegiatan ini dilakukan untuk mengetahui komposisi dan keadaan kepadatan colony nyamuk liar di alam supaya dapat diperkirakan hasil perkawinan antara nyamuk berwolbachia dengan nyamuk liar di alam.
- h) **Survei penitipan ember dan telur ber Wolbachia**
Kegiatan ini dilaksanakan untuk mengetahui kesesuaian posisi keberadaan titik penempatan ember yang berisi telur nyamuk berwolbachia dengan lokasi OTA atau adanya lokasi vegetasi alam sehingga aoabila harus bergeser dari titik sebenarnya akan dapat diperkirakan dan dipantau dengan baik.
- i) **Dukungan jasa implementasi Wolbachia**
Pelaksanaan implementasi teknologi nyamuk berwolbachia dilaksanakan oleh pihak ketiga (dalam bentuk swakeloka) oleh UGM.
- j) **Investigasi KLB Chikungunya, JE dan Zika**
Kegiatan untuk mengetahui tren kasus, distribusi epidemiologis kasus Chikungunya, JE dan Zika dan faktor risiko terjadinya KLB dan peningkatan



kasus. Salah satu kegiatan yang dilakukan di tahun 2024 adalah investigasi peningkatan kasus Chikungunya, JE dan Zika di Kabupaten Klaten Provinsi Jawa Tengah dan di Kabupaten Solok Provinsi Sumatera Barat.

- k) Penyelidikan epidemiologi Chikungunya, JE dan Zika
Kegiatan ini bertujuan untuk melakukan penyelidikan epidemiologi kasus Chikungunya, JE dan Zika, mengetahui gambaran kasus dengue di wilayah tersebut selanjutnya untuk dilakukan upaya penanggulangan Chikungunya, JE dan Zika. Kegiatan ini dilakukan di Kota Madiun Provinsi Jawa Timur dan di Kota Tangerang Selatan Provinsi Banten.
- 5) Media KIE DBD dan Penyakit Arbovirosis
 - a) Media promosi arbovirosis berupa tas berisi tumbler, leaflet dan lavitrap selain untuk buffer stok juga diberikan saat ada kegiatan/acara pertemuan arbovirosis.
 - b) KIT Promosi Pendukung Pilot Project Wolbachia
 - c) Pengadaan Rompi dan Jaket Tim kader Pilot Project Wolbachia
- 6) Alat dan Bahan Kesehatan pencegahan dan Pengendalian Penyakit DBD dan Arbovirosis lainnya
 - a) Pakan telur Wolbachia
 - b) Ember WolbachiaP2 schistosomiasis
 - c) RDT DBD Combo
 - d) Larvasida DBD
 - e) Jumantik Kit
 - f) Jasa Konsultan Implementasi Plot Project Wolbachia
 - g) RDT Chikungunya
 - h) Jasa Pengiriman barang arbovirosis
- 7) Pemeliharaan Sistem Informasi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Arbovirosis (SIARVI)
- 8) Peningkatan kapasitas petugas dan pengelola program DBD dan Arbovirosis lainnya
 - a) Peningkatan kapasitas petugas surveilans DBD
Kegiatan ini dilaksanakan di Provinsi Sumatera Selatan dengan peserta semua petugas program Arbovirosis kabupaten/kota di Provinsi Sumatera Selatan
 - b) Peningkatan kapasitas teknis bagi pengelola program DBD dan Arbovirosis lainnya
Kegiatan ini dilaksanakan di Kota Tangerang Selatan Provinsi Banten dengan petugas program Arbovirosis provinsi di seluruh Indonesia.
- 9) Monitoring Evaluasi dan Surveilans DBD dan Penyakit Arbovirosis lainnya
 - a) Monitoring dan evaluasi pelaksanaan surveilans Arbovirosis
Kegiatan ini dilaksanakan untuk mengetahui dan memantau pelaksanaan surveilans arbovirosis di beberapa wilayah yang terindikasi under report. Tahun 2024 kegiatan ini dilaksanakan diantaranya di Kota Batam Provinsi Kepri dan Kabupaten Grobogan Provinsi Jawa Tengah.
 - b) Supervisi pelaksanaan Surveilans DBD
Kegiatan ini dilaksanakan untuk mengetahui dan memantau pelaksanaan surveilans arbovirosis di beberapa wilayah yang terindikasi under report. Tahun 2024 kegiatan ini dilaksanakan diantaranya di Kota Batam Provinsi Kepri dan Kabupaten Grobogan Provinsi Jawa Tengah.
 - c) Assesment pelaksanaan G1R1J, Validasi Data dan Monev Logistik DBD dan Arbovirosis lainnya.



Kegiatan ini dilaksanakan untuk mengetahui dan memantau pelaksanaan G1R1J, validasi data dan monev logistik di beberapa wilayah yang terindikasi memerlukan pendampingan. Tahun 2024 kegiatan ini dilaksanakan diantaranya di Kota Tangerang Selatan Provinsi Banten dan Kabupaten Pandeglang Provinsi Banten.

g. Kendala/Masalah yang dihadapi

- 1) Lemahnya sistem kewaspadaan dini, antara lain disebabkan karena perbedaan pemahaman definisi kasus dan kurang koordinasi antara petugas surveilans dan penanggung jawab program DBD di daerah sehingga tidak optimal memantau tren perkembangan kasus dan terlambat pelaksanaan Penyelidikan Epidemiolog (PE) untuk menekan peningkatan kasus dan KLB
- 2) Belum optimalnya Pokjanal dalam pencegahan dan penanggulangan DBD di 38 provinsi.
- 3) Pendanaan Pemerintah Daerah masing sangat kurang dan menunggu pendanaan APBN Pusat dari logistik atau kegiatan operasional.
- 4) Komitmen pemerintah daerah dalam upaya PSN 3M Plus dengan Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik (G1R1J) belum menjadi kegiatan prioritas di daerah sehingga belum optimal dalam pencegahan penanggulangan dengue di Indonesia. Delapan provinsi yang telah berkomitmen di antaranya kota Batam, Kab. Lahat, Prov DKI, Kota Semarang, Kota Tangsel, Kota Bogor, Kota Banjar, Kota Tasik, Prov Sulsel, Kota Tangerang, Kab. Tabalong, Kota Pontianak, Prov Bali, Kota Bima, Kota Probolinggo, Kota Samarinda, Kota Balikpapan, Kota Madiun, Kota Surabaya, Kab. Klaten, Kab. Grobogan, Prov DIY yang pemerintah daerahnya telah berkomitmen dalam penanggulangan DBD.
- 5) Belum semua kabupaten/kota melaporkan data kasus secara real time ke aplikasi Sistem Informasi Arbovirolosis (SIARVI). Pada pencatatan dan pelaporan kasus DBD baru sekitar 17% yang melaporkan kasus melalui sistem informasi SIARVI sehingga masih banyak pelaporan yang tidak tepat waktu karena dikirim secara manual secara berjenjang.
- 6) Belum optimalnya kapasitas tenaga kesehatan dan pengelola program dalam tatalaksana kasus DBD disebabkan seringnya perpindahan tenaga kesehatan dan turn over pengelola program di daerah.
- 7) Implementasi inovasi dalam pengendalian vektor penyakit DBD melalui nyamuk berwolbachia belum berjalan dengan optimal dengan adanya berita hoax dan isu-isu penolakan terhadap implementasi wolbachia yang mengakibatkan tertundanya implementasi wolbachia di 2 kota yaitu Kota Bandung dan Kota Jakarta Barat. Perubahan penggunaan telur dari bentuk strip (produksi UGM) menjadi bentuk kapsul (produksi Udayana) mengalami penurunan kualitas daya tetas (*hatching rate*).

h. Pemecahan Masalah

- 1) Melakukan penguatan sistem surveilans dengue/DBD yang komprehensif serta manajemen kejadian luar biasa (KLB) yang responsif. Melakukan deteksi dini infeksi dengue di puskesmas dengan melakukan *Rapid Diagnostic Test* (RDT) Antigen Dengue NS1 atau RDT Combo pada hari 1 -5 demam sebagai upaya menekan kematian akibat dengue.

- 2) Melaksanakan assessment implementasi G1R1J di wilayah endemis dan pembentukan juknis penilaian implementasi daerah yang telah melakukan G1R1J.
- 3) Merevitalisasi Kelompok Kerja Operasional (POKJANAL) Dengue/DBD di tingkat provinsi, kabupaten/kota, kecamatan dan desa/kelurahan dan bekerjasama dengan lintas sektor dan lintas program terkait.
- 4) Memperkuat implementasi Stranas Penanggulangan Dengue 2021-2025 dalam payung hukum (Kepmenkes) sebagai dasar pemerintah daerah dalam menentukan anggaran untuk penanggulangan dengue.
- 5) Melakukan sosialisasi penggunaan aplikasi Sistem Informasi Arbovirolosis (SIARVI) di daerah untuk mendukung pencatatan dan pelaporan kasus DBD.
- 6) Memperbaharui Petunjuk Teknis Logistik, Pencegahan Pengendalian Dengue, G1R1J di Sekolah dan Masyarakat.
- 7) Melaksanakan webinar dan workshop peningkatan kapasitas bagi tenaga kesehatan.
- 8) Melakukan Sosialisasi Upaya Pencegahan dan Pengendalian Dengue dengan teknologi Wolbachia di 5 kota (Jakarta Barat, Bandung, Semarang, Kupang dan Bontang) dan melakukan *counter* terkait isu-isu penolakan wolbachia baik melalui media sosial maupun dengan mengadakan webinar.

i. Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Berdasarkan PMK No. 22/PMK.02/2021 tentang Pengukuran dan Evaluasi Kinerja Anggaran atas Pelaksanaan Rencana dan Anggaran Kementerian Negara/Lembaga, efisiensi dilakukan dengan membandingkan penjumlahan dari selisih antara perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran dan realisasi anggaran keluaran dengan penjumlahan dari perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran. Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut:

$$E = \frac{\sum_{i=1}^n ((PAKi \times CKi) - RAKi)}{\sum_{i=1}^n (PAKi \times CKi)} \times 100\%$$

E : Efisiensi
PAKi : Pagu Anggaran Keluaran
RAKi : Realisasi Anggaran Keluaran
CKi : Capaian Keluaran

PAKi : Rp 31.761.316.000,-
PAKi : Rp 30.797.901.584,-
CKi : 97 %

$$E = \frac{(31.761.316.000 \times 0.12) - 30.797.901.584}{(31.761.316.000 \times 0.12)} \times 100\%$$

$$= -7,06\%$$

$$E = 50\% + \left(\frac{E}{20} \times 50\right)$$

$$NE = 50\% + \left(\frac{-7.06}{20} \times 50\right)$$


$$NE = -1714 \%$$

Berdasarkan perhitungan di atas dapat diketahui bahwa untuk Indikator Persentase kabupaten/kota yang memiliki IR $\leq 10/100.000$ penduduk dengan anggaran Rp.31.761.316.000,- memiliki nilai efisiensi -1714% yang artinya tidak efisien karena realisasi anggaran lebih besar daripada capaian kinerja.

13. Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis berhasil menurunkan angka mikrofilaria <1%

a. Penjelasan Indikator

Filariasis merupakan penyakit menular yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia karena berjangkit di sebagian besar wilayah Indonesia dan dapat menimbulkan kecacatan seumur hidup. Berdasarkan hasil pemetaan endemisitas filariasis di Indonesia, sebanyak 236 kabupaten/kota dari total 514 kabupaten/kota ditetapkan sebagai daerah endemis filariasis. Sesuai Permenkes Nomor 94 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Filariasis, yang dimaksud dengan daerah endemis filariasis adalah daerah yang berdasarkan survei data dasar prevalensi mikrofilaria menunjukkan prevalensi $>1\%$. Dalam pengendalian filariasis, sebelum suatu kabupaten/kota dinilai tingkat transmisi filariasisnya, kabupaten/kota tersebut harus telah selesai melaksanakan POPM Filariasis pada seluruh penduduk sasaran di kabupaten/kota tersebut selama minimal 5 tahun dengan cakupan pengobatan minimal 65% dari total jumlah penduduk. Kemudian setelah 6 – 10 bulan dari pelaksanaan POPM Filariasis tahun ke-5, maka dilaksanakan survei evaluasi prevalensi mikrofilaria. Jika dalam survei evaluasi prevalensi mikrofilaria menunjukkan hasil prevalensi mikrofilaria $<1\%$ maka kabupaten/kota tersebut dinilai dapat menurunkan transmisi aktif filariasis ke tingkatan aman dan memasuki tahap surveilans selanjutnya sebelum ditetapkan menjadi daerah eliminasi filariasis. Tetapi jika hasil survei menunjukkan hasil $>1\%$ maka kabupaten/kota tersebut harus meneruskan POPM Filariasis kembali selama 2 tahun dengan minimal cakupan diatas 65%

b. Definisi operasional

Jumlah kab/kota endemis filariasis berhasil menurunkan angka mikrofilaria $< 1\%$ adalah Jumlah kabupaten/kota endemis yang telah melaksanakan POPM filariasis selama minimal 5 tahun dan berhasil menurunkan angka mikrofilaria $<1\%$.

c. Rumus/cara perhitungan

Jumlah kab/kota endemis filariasis berhasil menurunkan angka mikrofilaria $< 1\%$ diperoleh dari Jumlah kumulatif kabupaten/kota endemis yang telah melaksanakan POPM filariasis selama minimal 5 tahun dan berhasil menurunkan angka mikrofilaria $<1\%$. Jumlah ini diperoleh dari data jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang telah selesai melaksanakan POPM Filariasis selama 5 tahun dengan target minimal cakupan diatas 65% kemudian 6 – 10 bulan setelahnya dilaksanakan survei evaluasi prevalensi mikrofilaria dengan metode pemeriksaan darah jari untuk menilai apakah angka mikrofilaria (*mf rate*) sudah dapat diturunkan menjadi $< 1\%$.

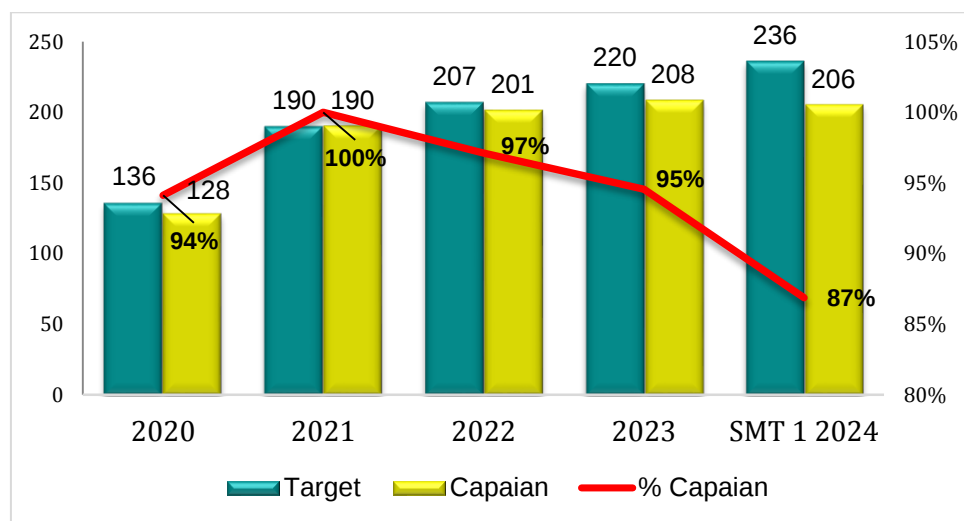
d. Capaian indikator

Mekanisme pengumpulan data Jumlah kab/kota endemis filariasis berhasil menurunkan angka mikrofilaria $< 1\%$ diperoleh dari laporan hasil survei evaluasi prevalensi filariasis

(Pre Transmission Assessment Survey/PreTAS) pada kabupaten/kota yang telah menyelesaikan tahapan POPM filariasis.

Pada tahun 2019 – 2023, target jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang berhasil menurunkan angka mikrofilaria < 1% dicapai sebesar 152%, 94%, 100%, 97% dan 95%. Pada Semester 1 tahun 2024 capaian jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang berhasil menurunkan angka mikrofilaria < 1% adalah sebanyak 205 kabupaten/kota dari target 220 kabupaten/kota, atau dengan capaian sebesar 93%. Data capaian jumlah kabupaten/kota endemis filariasis berhasil menurunkan angka mikrofilaria < 1% tahun 2019 – Semester 1 tahun 2024 terlihat dalam grafik di bawah ini.

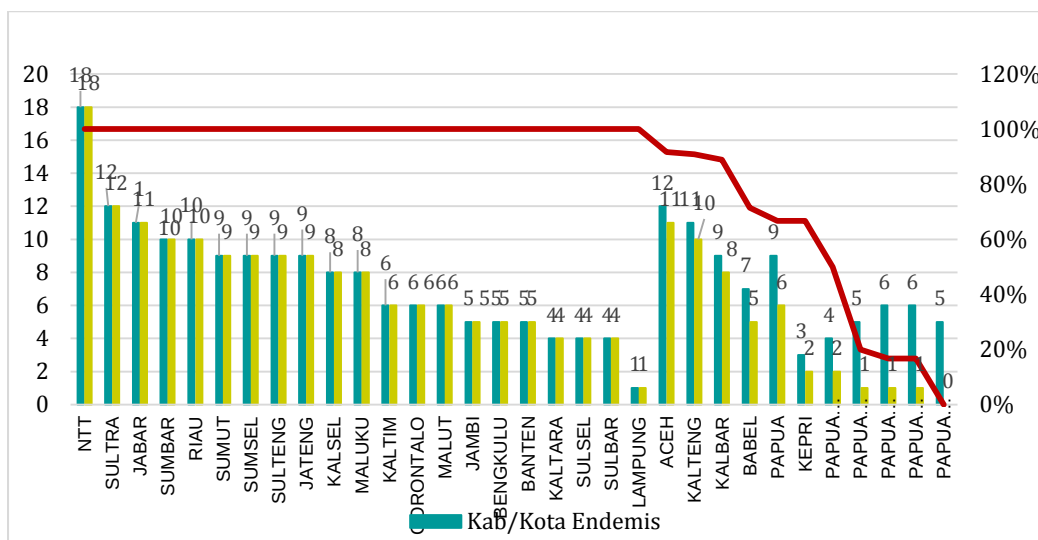
Grafik 3. 31 Jumlah Kabupaten/Kota Endemis Filariasis Berhasil Menurunkan Mf Rate <1% Tahun 2020 – 2024



Sumber: Data Tim Kerja NTDs, Januari 2025

Sampai dengan tahun 2024, sebanyak 206 kabupaten/kota dari 236 kabupaten/kota endemis filariasis telah berhasil menurunkan angka mikrofilaria Rate <1%. Sepanjang tahun 2020 – 2024 terjadi peningkatan jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang telah berhasil menurunkan angka mikrofilaria rate <1% meskipun belum mencapai target yang sudah ditetapkan. Dalam melaksanakan program pengendalian filariasis melalui Pemberian Obat Pencegahan Massal filariasis selama minimal 5 tahun dengan cakupan minimal 65% total penduduk dibutuhkan komitmen yang besar dari Pemerintah pusat dan daerah dalam menyediakan legal aspek, kapasitas petugas pelaksana, logistik dan anggaran. Dampak dari pemberian obat adalah penurunan transmisi aktif filariasis ke tingkatan aman, yaitu <1% angka mikrofilaria pada penduduk yang tinggal di kabupaten/kota endemis filariasis. Data kabupaten/kota endemis filariasis telah berhasil menurunkan angka mikrofilaria Rate <1% per provinsi dapat dilihat dalam tabel berikut :

Grafik 3. 32 Kabupaten/kota Endemis Filariasis Berhasil Menurunkan Angka Mikrofilaria Rate <1% Per-Provinsi Tahun 2024



Sumber: Data Tim Kerja NTDs, Januari 2025

Filariasis endemis di 236 kabupaten kota yang terletak di 32 provinsi. Terdapat 6 provinsi yang non endemis filariasis yaitu Provinsi DKI Jakarta, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Bali, Nusa Tenggara Barat, dan Sulawesi Utara. Dari data diatas terdapat 21 provinsi yang seluruh kabupaten/kota endemis dinilai telah berhasil menurunkan angka mikrofilaria < 1% yaitu Provinsi NTT, Sulawesi Tenggara, Jawa Barat, Sumatera Barat, Riau, Sumatera Utara, Sumatera Selatan, Sulawesi Tengah, Jawa Tengah, Kalimantan Selatan, Maluku, Kalimantan Timur, Gorontalo, Maluku Utara, Jambi, Bengkulu, Banten, Kalimantan Utara, Sulawesi Selatan, Sulawesi Barat dan Lampung. Serta masih terdapat 11 Provinsi yang kabupaten kota endemisnya belum semuanya mencapai angka mikrofilaria < 1%.

e. Analisa penyebab kegagalan

Pada tahun 2024 indikator jumlah kabupaten/kota berhasil menurunkan angka mikrofilaria <1% tidak memenuhi target. Hal ini diakibatkan oleh masih adanya kabupaten/kota yang gagal dalam Survei Evaluasi Prevalensi Mikrofilaria (*Pre Transmission Assessment Survey/PreTAS*) dengan hasil angka mikrofilaria >1%. Hasil tersebut menunjukkan kabupaten/kota tersebut belum berhasil menurunkan transmisi aktif filariasis ke tingkatan aman, yaitu <1%. Dengan demikian kabupaten/kota tersebut harus melaksanakan POPM filariasis kembali selama dua tahun. Pada tahun 2024 terdapat 2 kabupaten dengan hasil gagal survei evaluasi.

Faktor kegagalan lainnya adalah kondisi keamanan yang tidak kondusif sehingga menyebabkan survei PreTAS tidak dapat dilaksanakan di dua kabupaten yaitu kabupaten Puncak dan Puncak Jaya. Selain itu, kegagalan pencapaian target indikator disebabkan oleh daerah yang tidak lulus pada PreTAS tahun sebelumnya sehingga mereka harus mengulang lagi POPM Filariasis dan masih belum memenuhi kriteria untuk menjalankan Pre TAS pada tahun 2024.

f. Upaya yang Dilaksanakan Mencapai Target Indikator

1. Penguatan Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria

Dalam rangka penguatan program akselerasi eliminasi filariasis maka dilaksanakan penyusunan rancangan pedoman POPM dengan regimen Ivermectin, DEC, dan Albendazole (IDA) dan DEC, Albendazole (DA).

2. Pelaksanaan Bulan Eliminasi Kaki Gajah (Belkaga)

Salah satu upaya strategis yang dilakukan untuk meningkatkan cakupan POPM filariasis sehingga dapat memutus rantai penularan adalah dengan menjadikan bulan Oktober sebagai “Bulan Eliminasi Kaki Gajah (BELKAGA)”. Belkaga telah dicanangkan oleh Menteri Kesehatan pada tanggal 1 Oktober 2015 di Kabupaten Bogor, selanjutnya dilaksanakan setiap tahun pada kabupaten/kota yang belum menyelesaikan POPM Filariasis selama 5 tahun. Dengan adanya program Belkaga diharapkan seluruh lapisan masyarakat dari pusat hingga daerah bergerak dengan serempak mendukung POPM Filariasis di wilayahnya, seiring dengan pemahaman masyarakat yang semakin tinggi terhadap pentingnya program pengendalian filariasis di Indonesia.

3. Akselerasi Eliminasi Filariasis melalui pelaksanaan POPM Filariasis dengan menggunakan Regimen 3 obat Ivermectin, DEC, dan Albendazole (IDA)

Pada tahun 2018 WHO telah merekomendasikan penggunaan Regimen IDA dalam POPM Filariasis sebagai pengembangan obat makrofilariacidal yang lebih efektif, aman, dan dapat digunakan di lapangan. Dengan cakupan POPM yang efektif (>65%) maka regimen IDA dapat mempersingkat waktu pelaksanaan POPM menjadi kurang dari 5 tahun. Dalam rangka akselerasi eliminasi filariasis maka pada tahun 2022 diterbitkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/1231/2022 tentang Pelaksanaan POPM Filariasis regimen Ivermectin, Diethyl Carbamazine Citrate, dan Albendazole (IDA) di Kabupaten Kotawaringin Timur, Bintan, Pangkajene Kepulauan, Bovendigoel, Asmat, Mimika, Sarimi, dan Belitung. Serta pada Tahun 2023, juga telah diterbitkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan terbaru untuk perluasan wilayah POPM IDA yaitu Nomor HK.01.07/MENKES/1913/2023 tentang Pelaksanaan Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Filariasis Regimen Ivermectin, DEC dan Albendazole di Kabupaten Aceh Jaya, Melawi, Teluk Wondama, Raja Ampat, Kota Jayapura dan Kabupaten Belitung Timur.

4. Advokasi, Sosialisasi, serta Koordinasi Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Filariasis secara Intensif

Advokasi, Sosialisasi, serta Koordinasi POPM Filariasis secara aktif dan intensif dilaksanakan kepada Lintas Sektor dan Lintas Program terkait serta seluruh lapisan masyarakat untuk meningkatkan cakupan dalam minum obat pencegahan filariasis. Kegiatan yang dilaksanakan antara lain :

- Pertemuan sosialisasi, koordinasi dan pembekalan teknis POPM Filariasis regimen IDA di Kabupaten Pulang Pisau
- Pertemuan sosialisasi, koordinasi dan pembekalan teknis POPM Filariasis regimen IDA di Kabupaten Asmat
- Pertemuan sosialisasi, koordinasi dan pembekalan teknis POPM Filariasis regimen IDA di Kabupaten Bovel Digeol
- Pertemuan sosialisasi, koordinasi dan pembekalan teknis POPM Filariasis regimen IDA di Kabupaten Bangka Selatan



- Pertemuan sosialisasi, koordinasi dan pembekalan teknis POPM Filariasis regimen IDA di Kabupaten Jayawijaya
- Pertemuan koordinasi dan pembekalan teknis POPM Filariasis dalam rangka peningkatan cakupan di Kabupaten Kaimana
- 5. Monitoring dan Evaluasi dalam rangka Pelaksanaan POPM Filariasis.
Kegiatan monitoring dan evaluasi dilaksanakan untuk memantau proses pada tahap persiapan, pelaksanaan POPM filariasis hingga pasca pelaksanaan POPM Filariasis serta mengevaluasi hambatan dan tantangan dalam pengendalian filariasis. selain itu juga dilaksanakan pertemuan-pertemuan dalam mendukung POPM Filariasis. Kegiatan ini dilaksanakan melalui :
 - Pertemuan evaluasi B/BLKM terkait program filariasis
 - Koordinasi LS/LP dalam rangka penguatan program penanggulangan filariasis
 - Rapat koordinasi LS/LP dalam rangka penguatan program penanggulangan filariasis
 - Koordinasi *National Task Force* Filariasis (NTF) dan Komite Ahli Pengobatan Filariasis (KAPFI)
 - Pencegahan dini/ penanggulangan kejadian ikutan minum obat POPM Filariasis dan Kecacingan terpadu
 - Surveilans kasus klinis/kronis filariasis
 - Pendampingan pelaksanaan/sweeping cakupan POPM filariasis
- 6. Pelaksanaan Survei Evaluasi Prevalensi Mikrofilaria
POPM filariasis dilaksanakan selama 5 tahun pada kabupaten/kota endemis filariasis. Setelah 6 - 10 bulan POPM terakhir, kabupaten/kota tersebut dievaluasi melalui survei evaluasi prevalensi mikrofilaria. Jika hasil survei menunjukkan angka mikrofilaria Rate <1% maka daerah tersebut dinilai telah berhasil menurunkan transmisi aktif filariasis ke tingkatan aman, yaitu <1% angka mikrofilaria pada penduduk yang tinggal di kabupaten/kota endemis filariasis. Tetapi jika gagal maka kabupaten/tersebut harus melaksanakan POPM filariasis kembali selama 2 tahun.
- 7. Distribusi obat dan logistik ke daerah
Dalam rangka mendukung kegiatan POPM filariasis di kabupaten/kota maka obat dan logistik kit POPM Filariasis didistribusikan ke daerah sesuai perencanaan obat dan logistik yang telah disusun sebelumnya.
- 8. Pengadaan bahan-bahan Survei Filariasis
Dalam rangka mendukung pelaksanaan Survei Evaluasi PreTAS, maka telah dilaksanakan pengadaan bahan-bahan survei diantaranya lancet, kit surveyor, dan Tabung Microtainer EDTA 0,5 ml.
- g. Kendala/Masalah yang Dihadapi
 - 1. Adanya efisiensi anggaran dekonsentrasi sehingga kegiatan bimbingan teknis ataupun pemantauan dan pendampingan POPM oleh petugas provinsi ke kabupaten/kota pelaksana POPM menjadi terbatas atau tidak maksimal pelaksanaannya.
 - 2. Kondisi geografis beberapa wilayah di Indonesia yang sulit terjangkau. Kegiatan POPM Filariasis dilaksanakan untuk seluruh penduduk usia ≥ 2 tahun di kabupaten/kota endemis filariasis, dimana beberapa daerah tersebut merupakan daerah terpencil dan kepulauan yang sulit aksesnya, sehingga pelaksanaan



POPM Filariasis di daerah tersebut sulit menjangkau seluruh sasaran, terutama di desa-desa terpencil.

3. Adanya dugaan Kejadian Ikutan Pasca POPM yang terjadi di masyarakat dapat menurunkan angka partisipasi minum obat pada waktu POPM Filariasis
4. Masih terdapat kabupaten/kota yang gagal dalam Survei Evaluasi Prevalensi Mikrofilaria sehingga harus mengulang POPM Filariasis selama 2 tahun.
5. Kondisi keamanan yang rawan konflik dan kurang kondusif di beberapa kabupaten/kota di Provinsi Papua menyebabkan survei evaluasi PreTAS tidak dapat dilaksanakan.
6. Kondisi keamanan menyebabkan cakupan POPM Filariasis di wilayah Papua rendah, sehingga pelaksanaan survei evaluasi filariasis yang merupakan tahapan selanjutnya tidak dapat dilaksanakan.

h. Pemecahan Masalah

- 1) Mendorong provinsi untuk mengintegrasikan kegiatan bimtek atau pendampingan POPM Filariasis dengan program lainnya dan mengatur skala prioritas lokus yang perlu didampingi khusus dengan mencari alternatif sumber dana lain baik APBD maupun BOK Provinsi
- 2) Advokasi kepada pemerintah daerah untuk meningkatkan komitmen dalam menjangkau daerah-daerah sulit dalam pelaksanaan POPM Filariasis, serta Mengoptimalkan mobilisasi tenaga kesehatan yang ada untuk menjangkau daerah-daerah sulit dan terpencil.
- 3) Konsolidasi dan Penguatan jejaring Komisi Ahli penanggulangan kejadian ikutan pasca POPM Filariasis baik di tingkat Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota untuk mengantisipasi kejadian ikutan yang terjadi selama pelaksanaan POPM Filariasis
- 4) Supervisi dan pendampingan secara aktif terhadap kabupaten/kota gagal survei PreTAS agar dapat meningkatkan cakupan minum obat dan memastikan obat diminum di depan petugas agar berhasil memutus rantai penularan filariasis
- 5) Penundaan survei PreTAS terhadap kabupaten/kota yang rawan konflik sampai situasi menjadi lebih kondusif untuk dilaksanakan survei PreTAS
- 6) Menjamin keamanan pelaksanaan POPM dan surveilans filariasis dengan melibatkan seluruh Lintas Sektor terutama dengan TNI/POLRI

i. Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pada tahun 2024 jumlah pagu anggaran APBN untuk mencapai target indikator jumlah kabupaten/kota berhasil menurunkan angka mikrofilaria < 1% adalah sebesar Rp. 5.371.345.000,-. Anggaran tersebut telah terealisasi sebesar Rp.5.244.277.884 atau sebesar 97,6%. Sedangkan Capaian keluaran adalah sebesar 87,29%.

Berdasarkan PMK No. 22/PMK.02/2021 tentang Pengukuran dan Evaluasi Kinerja Anggaran atas Pelaksanaan Rencana dan Anggaran Kementerian Negara/Lembaga, efisiensi dilakukan dengan membandingkan penjumlahan dari selisih antara perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran dan realisasi anggaran keluaran

dengan penjumlahan dari perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran. Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut:

$$E = \frac{\sum_{i=1}^n ((PAK_i \times CK_i) - RAK_i)}{\sum_{i=1}^n (PAK_i \times CK_i)} \times 100\%$$

E : Efisiensi
PAK_i : Pagu Anggaran Keluaran
RAK_i : Realisasi Anggaran Keluaran
CK_i : Capaian Keluaran

$$E = \frac{((5.371.345.000 \times 0,87) - 5.244.277.884)}{(5.371.345.000 \times 0,87)} \times 100\%$$

$$E = -0,12\%$$

$$NE = 50\% + \left(\frac{E}{20} \times 50\right)$$

$$NE = 50\% + \left(\frac{0,12}{20} \times 50\right) = 19\%$$

Dalam rangka menurunkan angka mikrofilaria < 1%, pemerintah telah berhasil melaksanakan efisiensi dengan nilai efisiensi sebesar 19%. Anggaran yang ada telah dioptimalkan untuk pelaksanaan advokasi, sosialisasi dan koordinasi kepada lintas program, lintas sektor serta masyarakat, monitoring dan evaluasi pelaksanaan POPM filariasis serta pelaksanaan survei evaluasi prevalensi mikrofilaria. Sarana prasarana diantaranya kit POPM IDA telah didistribusikan ke daerah untuk mendukung pelaksanaan POPM filariasis.

14. Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi

a. Penjelasan Indikator

Indonesia merupakan salah satu yang berkomitmen dalam melaksanakan eliminasi filariasis sesuai ketentuan WHO tentang Kesepakatan Global Eliminasi Filariasis Tahun 2030 dengan target utama yaitu untuk mengeliminasi filariasis sebagai masalah kesehatan masyarakat tahun 2030. Ketentuan terbaru eliminasi filariasis ini tertuang dalam *roadmap Global NTDs 2021-2030*.

Salah satu upaya penanggulangan untuk mencapai eliminasi filariasis yaitu dengan POPM Filariasis bagi penduduk yang tinggal di wilayah endemis. Tujuan POPM ini yaitu menurunkan serendah-rendahnya angka positif pada manusia serta mencegah terjadi penularan melalui gigitan nyamuk sehingga diharapkan dapat memutus rantai penularan filariasis. Berdasarkan hasil pemetaan endemisitas filariasis di Indonesia, sebanyak 236 kabupaten/kota dari total 514 kabupaten/kota ditetapkan sebagai daerah endemis filariasis. Kabupaten/kota endemis wajib melaksanakan upaya eliminasi filariasis dengan berpedoman pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 94 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Filariasis.

Dalam tahapan eliminasi filariasis, suatu kabupaten/kota hanya dapat dinilai tingkat transmisi filariasisnya bila kabupaten/kota tersebut telah selesai melaksanakan POPM Filariasis pada seluruh penduduk sasaran di kabupaten/kota tersebut selama



minimal 5 tahun dengan cakupan pengobatan diatas 65% dari total jumlah penduduk. Selanjutnya, dalam jangka waktu minimal 6-10 bulan setelah pelaksanaan POPM Filariasis tahun terakhir, wajib dilaksanakan survei evaluasi prevalensi mikrofilaria untuk mengetahui angka prevalensi mikrofilaria sudah mencapai <1% atau tidak.

Semua kabupaten/kota endemis filariasis harus menyelesaikan POPM selama lima tahun dengan minimal cakupan 65% dan dilanjutkan dengan survei evaluasi prevalensi mikrofilaria dengan hasil *mikrofilaria rate* kurang dari 1%, maka baru selanjutnya dapat dilaksanakan survei evaluasi penularan (*Transmission Assessment Survey/TAS*) filariasis dalam rangka penilaian eliminasi. Jika hasil TAS dinyatakan gagal maka kabupaten/kota tersebut harus mengulang kembali POPM filariasis selama 2 tahun. Sebaliknya, jika kabupaten/kota tersebut berhasil lulus dalam survei evaluasi penilaian filariasis dua tahap, maka kabupaten/kota tersebut dinilai berhasil mencapai eliminasi filariasis.

b. Definisi operasional

Indikator jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi adalah Jumlah kabupaten/kota endemis yang telah lulus survei evaluasi penularan (*Transmission Assessment Survey/TAS*) tahap kedua

c. Rumus/cara perhitungan

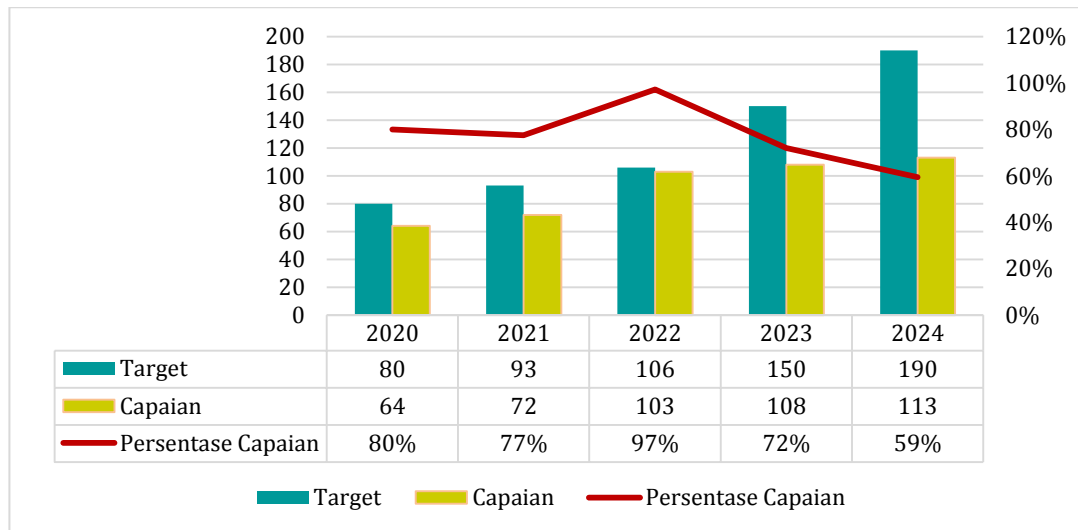
Indikator jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi dihitung dari Jumlah kumulatif kabupaten/kota endemis yang telah lulus survei evaluasi penularan (*Transmission Assessment Survey/TAS*) tahap kedua.

d. Capaian indikator

Mekanisme pengumpulan data Jumlah kab/kota endemis filariasis berhasil menurunkan angka mikrofilaria < 1% diperoleh dari laporan hasil survei evaluasi prevalensi filariasis (*Pre Transmission Assessment Survey/PreTAS*) pada kabupaten/kota yang telah menyelesaikan tahapan POPM filariasis.

Berdasarkan hasil pemetaan endemisitas filariasis di Indonesia, sebanyak 236 kabupaten/kota dari total 514 kabupaten/kota ditetapkan sebagai daerah endemis filariasis. Kabupaten/kota endemis wajib melaksanakan upaya eliminasi Filariasis dengan berpedoman pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 94 Tahun 2014 tentang Penanggulangan Filariasis.

Grafik 3. 33 Capaian Indikator Jumlah Kabupaten/Kota Endemis Filariasis berhasil Mencapai Eliminasi Filariasis Tahun 2020 - 2024

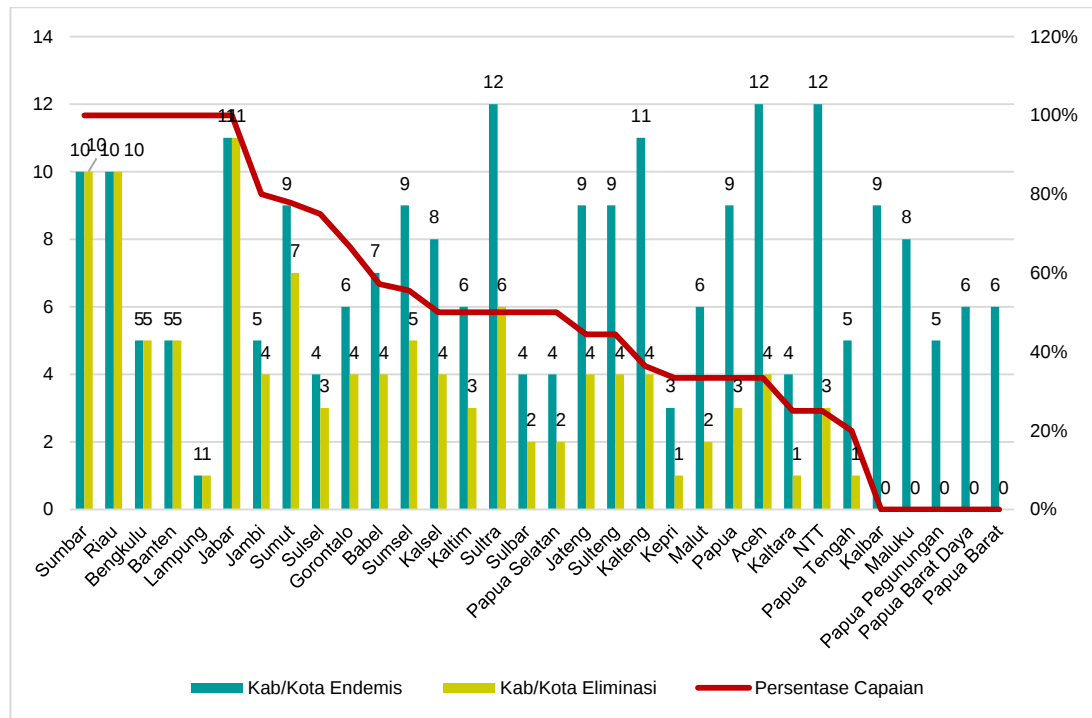


Sumber: Data Tim Kerja NTDs, Januari 2025

Dalam kurun waktu 5 tahun pada rentang Tahun 2019-2024 terlihat bahwa capaian indikator eliminasi filariasis cukup fluktuatif. Tahun 2019 dapat mencapai hasil tertinggi sebesar 160%. Tetapi, pada tahun berikutnya terjadi penurunan capaian yaitu menjadi 80% dan 77% pada tahun 2020-2021. Hal ini terjadi akibat dampak pandemi covid-19, dimana tidak memungkinkan dilaksanakannya survei evaluasi penilaian penularan di kabupaten/kota endemis. Pada tahun 2022 situasi pandemi covid-19 sudah mulai terkendali sehingga capaian indikator kembali meningkat hingga 97% dari target. Pada tahun 2023 prosentase capaian indikator terus menurun hal ini disebabkan karena alat test (brugia rapid test) masih belum ada, sehingga kegiatan evaluasi masih belum optimal meskipun telah dilakukan tes dengan pengganti brugia (BIS = Brugia Impact Survey), akan tetapi dikarenakan pebiayaan yang cukup besar sehingga hanya sedikit Kabupaten/Kota yang bisa di evaluasi. Sampai dengan tahun 2024, sebanyak 113 kabupaten/kota dari target 190 kabupaten/kota endemis telah berhasil mencapai eliminasi filariasis atau dengan pencapaian sebesar 59%. Berdasarkan grafik tersebut maka dapat diproyeksikan pada tahun 2024, target kabupaten/kota endemis filariasis berhasil mencapai eliminasi belum dapat tercapai dengan optimal seiring meningkatnya target yang ditetapkan.

Peningkatan jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi filariasis menunjukkan bahwa upaya penanggulangan filariasis telah dilaksanakan dengan baik sesuai tahapannya baik di tingkat pusat hingga daerah mulai melalui POPM Filariasis selama minimal 5 tahun dengan cakupan minimal 65% total penduduk hingga pelaksanaan kegiatan surveilans. Data kabupaten/kota endemis filariasis yang telah berhasil mencapai eliminasi filariasis per provinsi dapat dilihat dalam grafik berikut ini :

Grafik 3. 34 Capaian Indikator Kabupaten/Kota Endemis Filariasis Yang Mencapai Eliminasi Per Provinsi Tahun 2024



Sumber: Data Tim Kerja NTDs per 6 Januari 2025

Dari data diatas terdapat provinsi yang seluruh kabupaten/kota endemis dinilai telah mencapai eliminasi filariasis yaitu Provinsi Sumatera Barat, Riau, Bengkulu, Lampung, Banten dan Jawa Barat. Sedangkan provinsi yang capaian eliminasinya masih 0% dikarenakan kabupaten/kota endemis masih melaksanakan POPM atau masuk dalam tahap surveilans pasca POPM adalah Provinsi Kalimantan Barat, Maluku, dan wilayah Papua Pegunungan, Papua Barat dan Papua Barat Daya. Keberhasilan daerah dalam eliminasi filariasis dipengaruhi oleh komitmen pemerintah daerah dalam meningkatkan cakupan POPM Filariasis pada seluruh penduduk sasaran usia >2 tahun sehingga berhasil memutus rantai penularan. Hal ini dibuktikan oleh hasil survei evaluasi penularan filariasis selama dua tahap.

Secara global, terdapat 72 negara endemis filariasis di dunia. Berdasarkan laporan WHO hingga tahun 2024, terdapat 17 negara endemis filariasis yang berhasil mencapai eliminasi, 11 negara memasuki tahap surveilans pasca POPM Filariasis, 35 negara tahap POPM Filariasis dengan cakupan geografis 100%, 7 negara tahap POPM Filariasis dengan cakupan geografis <100%, dan 2 negara belum melaksanakan POPM Filariasis. Indonesia adalah salah satu negara endemis filariasis yang saat ini masih memasuki tahap POPM Filariasis dengan cakupan geografis sebesar 100% yang artinya seluruh kabupaten/kota endemis filariasis telah memulai tahapan POPM Filariasis. Pada tahun 2024, sebanyak 23 kabupaten/kota masih melaksanakan POPM Filariasis, dimana sebagian besar masih belum mencapai target cakupan terutama di wilayah Indonesia Timur termasuk tambahan 2 putaran bagi kabupaten/kota yang gagal evaluasi.

e. Analisa Penyebab Kegagalan Pencapaian

Indonesia telah menetapkan sebanyak 236 kabupaten/kota dari total 514 kabupaten/kota adalah daerah endemis filariasis. Seluruh kabupaten/kota endemis filariasis masing-masing memiliki data penanggulangan filariasis termasuk tahapan dan proses eliminasi Filariasis mulai dari POPM filariasis seluas kabupaten/kota, riwayat cakupan POPM, serta hasil tahapan survei evaluasi filariasis (3 tahap). Berdasarkan data-data tersebut maka dapat ditentukan jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang telah berhasil mencapai eliminasi filariasis pertahunnya. Tertundanya salah satu tahapan survei evaluasi kabupaten/kota akan berdampak pada tertundanya tahapan eliminasi filariasis tahun-tahun berikutnya.

Pelaksanaan survei Evaluasi Penilaian Penularan (*Transmission Assessment Survey/TAS*) tahap 2 pada seluruh kabupaten/kota endemis filariasis dengan spesies *Brugia Sp* mengalami penundaan berdasarkan rekomendasi dari *Regional Programme Review Group (RPRG)* pada Juni 2021. Indonesia harus menunda sementara semua survei TAS sampai hasil evaluasi independen *Brugia Rapid Test* tersedia. Kemudian pada Pertemuan RPRG tahun 2022 di India, dikeluarkan rekomendasi agar survei evaluasi penularan (*Transmission Assessment Survey/TAS*) pada daerah *Brugia Sp* dapat menggunakan Survei TAS alternatif yang disebut *Brugia Impact Survey (BIS)*. Survei BIS membutuhkan sumber daya dan anggaran yang lebih besar. Selain itu, diperlukan waktu untuk penyesuaian dan kesiapan dalam mengimplementasikan metode survei survei alternatif yang baru tersebut seperti pelatihan petugas dan supervisor baik tingkat pusat maupun daerah serta perlu meninjau fisibilitas implementasinya dengan kondisi geografis di Indonesia yang sangat bervariasi sehingga jumlah lokus yang dapat penilaian eliminasi menjadi terbatas dan berdampak pada rendahnya capaian eliminasi.

Hal lainnya yang juga dapat berdampak pada rendahnya capaian eliminasi filariasis yaitu adanya kabupaten/kota yang gagal saat evaluasi penilaian penularan. Kegagalan ini menyebabkan mundurnya tahapan eliminasi pada suatu kabupaten/kota, dimana hasil ini menunjukkan bahwa meskipun kabupaten/kota tersebut sudah selesai POPM dengan laporan cakupan diatas target, ternyata masih ditemukan adanya penularan filariasis aktif di masyarakat. Kemungkinan besar karena data yang dilaporkan adalah cakupan pemb obat bukan cakupan pasti minum obat. Oleh karena itu, kualitas pelaksanaan POPM harus lebih ditingkatkan yaitu dengan lebih memastikan masyarakat minum obat di depan petugas sehingga dapat menurunkan potensi penularan filariasis pada masyarakat yang tinggal di kabupaten/kota endemis. Ketersediaan dan kualitas sumber daya yang memadai menjadi yang utama sangat diperlukan untuk meningkatkan pelaksanaan penanggulangan filariasis di daerah.

f. Upaya yang Dilaksanakan Untuk Mencapai Target Indikator

1. Penguatan Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria

Dalam rangka penguatan program penanggulangan filariasis maka disusunlah Petunjuk Teknis Tata Laksana Kasus Klinis/Kronis Filariasis

- Update SOP Survei TAS Alternatif dengan metode *Brugia Impact Survey (BIS)* yaitu tanggal 2 Mei 2024
- Penyusunan Juknis Manajemen Kasus kronis Filariasis kegiatan dilakukan beberapa tahap yaitu tanggal 3 April 2024 dan 2 Mei 2024



Gambar 3. 63 Update SOP Survei TAS Alternatif dengan metode Brugia Impact Survey (BIS)



Gambar 3. 64 Penyusunan Juknis Manajemen Kasus kronis Filariasis

2. Pelaksanaan Bulan Eliminasi Kaki Gajah (Belkaga)
Salah satu upaya strategis yang dilakukan untuk meningkatkan cakupan POPM Filariasis sehingga dapat memutus rantai penularan adalah dengan menjadikan bulan Oktober sebagai “Bulan Eliminasi Kaki Gajah (BELKAGA)”
3. Akselerasi Eliminasi Filariasis melalui Pelaksanaan POPM Filariasis dengan menggunakan Regimen 3 obat Ivermectin, DEC, dan Albendazole (IDA)
Pada tahun 2018 WHO telah merekomendasikan penggunaan Regimen IDA dalam POPM Filariasis sebagai pengembangan obat *macrofilaricidal* yang lebih efektif, aman, dan dapat digunakan di lapangan. Dengan cakupan POPM yang efektif (>65%) maka regimen IDA dapat mempersingkat waktu pelaksanaan POPM menjadi kurang dari 5 tahun. Dalam rangka akselerasi eliminasi filariasis maka pada tahun 2022 diterbitkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/1231/2022 tentang Pelaksanaan POPM filariasis regimen Ivermectin, Diethylcarbamazine Citrate, dan Albendazole (IDA) di Kabupaten Kotawaringin Timur, Bintan, Pangkajene Kepulauan, Boven Digoel, Asmat, Mimika, Sarmi, dan Belitung, sedangkan pada Tahun 2023, adanya Surat Keputusan Menteri Kesehatan terbaru untuk perluasan wilayah POPM IDA yaitu

Nomor HK.01.07/MENKES/1913/2023 tentang Pelaksanaan Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Filariasis Regimen Ivermectin, DEC dan Albendazole di Kabupaten Aceh Jaya, Melawi, Teluk Wondama, Raja Ampat, Kota Jayapura dan Kabupaten Belitung Timur. Diharapkan dengan adanya strategi baru ini semakin mempercepat pemutusan rantai penularan filariasis terutama pada daerah dengan prevalensi yang cukup tinggi. Pada Tahun 2024 masih akan dilaksanakan POPM Regimen IDA di beberapa kabupaten/kota diantaranya yaitu Kabupaten Aceh Jaya, Kabupaten Melawi, Kabupaten Bangka Selatan, Kabupaten Boven Digoel, Kota Jayapura, Kabupaten Kaimana, Kabupaten Raja Ampat, Kabupaten Asmat, serta kabupaten Belitung Timur. Diharapkan dengan adanya strategi baru ini semakin mempercepat pemutusan rantai penularan filariasis terutama pada daerah dengan prevalensi yang cukup tinggi.

4. Advokasi, Sosialisasi, pembekalan teknis serta pendampingan Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Filariasis secara Intensif
- Kegiatan yang dilaksanakan antara lain :
- Pertemuan sosialisasi, koordinasi dan pembekalan teknis POPM Filariasis regimen IDA di Kabupaten Pulang Pisau
 - Pertemuan sosialisasi, koordinasi dan pembekalan teknis POPM Filariasis regimen IDA di Kabupaten Jayawijaya
 - Pertemuan sosialisasi, koordinasi dan pembekalan teknis POPM Filariasis regimen IDA di Kabupaten Asmat
 - Pertemuan koordinasi dan pembekalan teknis POPM Filariasis dalam rangka peningkatan cakupan di Kabupaten Bangka Selatan
 - Pertemuan koordinasi dan pembekalan teknis POPM Filariasis dalam rangka peningkatan cakupan di Kabupaten Boven Digoel
 - Pendampingan POPM filariasis regimen IDA di Kabupaten Bangka Selatan
- Sosialisasi dan Pembekalan teknis POPM IDA di Kabupaten



Gambar 3. 65 Pertemuan sosialisasi, koordinasi dan pembekalan teknis POPM Filariasis regimen IDA di Kabupaten Kaimana tanggal 28-29 Mei 2024



Gambar 3. 66 Pertemuan sosialisasi, koordinasi dan pembekalan teknis POPM Filariasis regimen IDA di Kabupaten Bangka Selatan tanggal 15-16 Mei 2024

5. Monitoring dan Evaluasi dalam rangka Pelaksanaan POPM Filariasis.
Kegiatan monitoring dan evaluasi dilaksanakan untuk memantau proses pada tahap persiapan dan pemberian obat pencegahan massal filariasis serta mengevaluasi hambatan dan tantangan dalam pengendalian filariasis. selain itu juga dilaksanakan pertemuan-pertemuan dalam mendukung POPM Filariasis. Kegiatan ini dilaksanakan melalui :
 - Pertemuan Evaluasi dan Perencanaan Program Filariasis bersama B/BLKM
 - Rapat koordinasi LS/LP dalam rangka penguatan program penanggulangan filariasis
 - Koordinasi National Task Force Filariasis (NTF) dan Komite Ahli Pengobatan Filariasis (KAPFI)
 - Pencegahan dini/ penanggulangan kejadian ikutan minum obat POPM Filariasis dan Kecacingan terpadu
 - Surveilans kasus klinis/kronis filariasis
 - Pendampingan pelaksanaan/sweeping cakupan POPM filariasis
 - Penyusunan petunjuk teknis Manajemen Morbiditas dan Pencegahan Diasabilitas akibat Filariasis.
 - Survey Coverage Tools (SCT), yaitu survey cepat untuk meningkatkan cakupan minum obat POPM Filariasis di Kabupaten Manokwari dan Kabupaten Melawi.



Gambar 3. 67 Pendampingan dan supervisi POPM Filariasis di wilayah Provinsi Papua Barat Daya (kab. Sorong)

6. Surveilans Pasca POPM Filariasis

Surveilans merupakan tahap yang paling penting dalam melaksanakan eliminasi filariasis. Setelah POPM Filariasis dilaksanakan selama 5 tahun pada kabupaten/kota endemis filariasis, selanjutnya kabupaten/kota tersebut dievaluasi melalui survei evaluasi prevalensi mikrofilaria untuk melihat apakah kabupaten/kota endemis filariasis berhasil menurunkan angka mikrofilaria rate $<1\%$. Jika lulus maka dilaksanakan survei evaluasi penularan filariasis untuk melihat apakah masih terjadi penularan pada daerah tersebut atau masih harus melanjutkan kegiatan POPM Filariasis sebelum ditetapkan sebagai daerah eliminasi filariasis. Kegiatan dilaksanakan antara lain di Kabupaten Mimika, Bintan, Kotawaringin Timur, Karawang, Bogor, Kuningan, Keerom



Gambar 3. 68 Survei Penilaian Penularan Filariasis metode alternatif (Brugia Impact Survey/BIS)



Gambar 3. 69 Surveilans Kasus kronis Filariasis

7. Surveilans Pasca Eliminasi Filariasis

Kegiatan ini bertujuan untuk memonitoring kabupaten/kota yang sudah mendapatkan sertifikat eliminasi filariasis apakah terdapat risiko penularan filariasis kembali. Kegiatan dilaksanakan dengan survei darah jari serta melakukan pengobatan pada kasus positif mikrofilaria.

8. Peningkatan Kapasitas Petugas Kesehatan SDM Filariasis.

Kegiatan yang dilaksanakan yaitu :

- Peningkatan Kapasitas atau pelatihan Supervisor Survei Penilaian penularan (TAS) tanggal 23-27 April 2024 serta Pelatihan TAS bagi Pengelola program Provinsi dan kabupaten/kota endemis Filariasis tanggal 5-8 Mei 2024 di Jakarta.
- Pelatihan mikroskopis Filariasis sebanyak 2 angkatan bagi tenaga laboratorium kesehatan masyarakat tier 3-5. Kegiatan dilaksanakan pada tanggal 25-29 Maret 2024 dan tanggal 3-7 Juni 2024



Gambar 3. 70 Peningkatan Kapasitas Petugas Kesehatan SDM Filariasis

9. Distribusi obat dan logistik ke daerah

Dalam rangka mendukung kegiatan POPM filariasis di kabupaten/kota maka obat dan logistik kit POPM IDA didistribusikan ke daerah sesuai perencanaan obat dan logistik yang telah disusun sebelumnya



10. Pengadaan bahan-bahan Survei Filariasis

Dalam rangka mendukung pelaksanaan Survei Evaluasi, maka telah dilaksanakan pengadaan bahan-bahan survei Filariasis Test Strip (FTS), Bahan kontak surveilans Filariasis, Kit POPM IDA.

g. Kendala/Masalah yang Dihadapi

- 1) Adanya efisiensi anggaran dekonsentrasi sehingga kegiatan bimbingan teknis ataupun pemantauan dan pendampingan POPM oleh petugas provinsi ke kabupaten/kota pelaksana POPM menjadi terbatas atau tidak maksimal pelaksanaannya.
- 2) Kesadaran masyarakat yang masih kurang untuk minum obat pencegahan kaki gajah karena merasa sehat. Terdapat kejenuhan dalam minum obat tiap tahun dan jika gagal harus diulang kembali.
- 3) Kondisi geografis beberapa wilayah di Indonesia yang sulit terjangkau. Kegiatan POPM Filariasis dilaksanakan untuk seluruh penduduk usia 2-70 tahun di kabupaten/kota endemis filariasis, dimana beberapa daerah tersebut merupakan daerah terpencil dan kepulauan yang aksesnya sulit, sehingga pelaksanaan POPM Filariasis di daerah tersebut sulit menjangkau seluruh sasaran, terutama di desa-desa terpencil.
- 4) Kondisi keamanan menyebabkan cakupan POPM Filariasis di wilayah Papua rendah, sehingga pelaksanaan survei evaluasi Filariasis yang merupakan tahapan selanjutnya tidak dapat dilaksanakan
- 5) Adanya dugaan Kejadian Ikutan pasca POPM yang terjadi di masyarakat dapat menurunkan angka partisipasi minum obat pada waktu POPM Filariasis
- 6) Masih terdapat kabupaten/kota yang gagal dalam Survei Evaluasi Prevalensi mikrofilaria sehingga menyebabkan tahapan kabupaten/kota untuk eliminasi filariasis tertunda
- 7) Rekomendasi agar survei evaluasi penularan (*Transmission Assessment Survey/TAS*) pada daerah *Brugia* Sp menggunakan Survei TAS alternatif yang disebut *Brugia Impact Survey* (BIS) yang membutuhkan anggaran dan sumber daya yang lebih besar serta perlu waktu untuk kesiapan dan penyesuaian dalam implementasi metode survei yang baru.

h. Pemecahan Masalah

- 1) Mendorong provinsi untuk mengintegrasikan kegiatan bimtek atau pendampingan POPM Filariasis dengan program lainnya dan mengatur skala prioritas lokus yang perlu didampingi khusus dengan mencari alternatif sumber dana lain baik APBD maupun BOK Provinsi.
- 2) Survey cepat (*Survey Coverage Tool*) untuk memastikan bahwa masyarakat minum obat, dengan meningkatkan sweeping masyarakat untuk minum obat didepan petugas.
- 3) Advokasi kepada pemerintah daerah untuk meningkatkan komitmen dalam menjangkau daerah-daerah sulit dalam pelaksanaan POPM Filariasis, serta Mengoptimalkan mobilisasi tenaga kesehatan yang ada untuk menjangkau daerah-daerah sulit dan terpencil.
- 4) Menjamin keamanan pelaksanaan POPM dan surveilans filariasis dengan melibatkan seluruh Lintas Sektor terutama dengan TNI/POLRI

- 5) Konsolidasi dan penguatan jejaring Komite Ahli penanggulangan kejadian ikutan pasca POPM Filariasis baik di tingkat Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota untuk mengantisipasi kejadian ikutan yang terjadi selama pelaksanaan POPM Filariasis
- 6) Supervisi dan pendampingan secara aktif terhadap kabupaten/kota gagal survei evaluasi prevalensi mikrofilaria agar dapat meningkatkan cakupan minum obat dan memastikan obat diminum di depan petugas agar berhasil memutus rantai penularan filariasis
- 7) Optimalisasi anggaran dan sumber daya yang ada untuk pelaksanaan Survei BIS termasuk pelaksanaan peningkatan kapasitas bagi petugas untuk pelaksanaan survei metode alternatif yang baru.

i. Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Pada tahun 2024 jumlah pagu anggaran APBN untuk mencapai target indikator jumlah kabupaten/kota berhasil menurunkan angka mikrofilaria < 1% adalah sebesar Rp. 5.371.345.000,-. Anggaran tersebut telah terealisasi sebesar Rp.5.244.277.884 atau sebesar 97,6%. Sedangkan Capaian keluaran adalah sebesar 87,29%.

Berdasarkan PMK No. 22/PMK.02/2021 tentang Pengukuran dan Evaluasi Kinerja Anggaran atas Pelaksanaan Rencana dan Anggaran Kementerian Negara/Lembaga, efisiensi dilakukan dengan membandingkan penjumlahan dari selisih antara perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran dan realisasi anggaran keluaran dengan penjumlahan dari perkalian pagu anggaran keluaran dengan capaian keluaran. Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut:

$$E = \frac{\sum_{i=1}^n ((PAKi \times CKi) - RAKi)}{\sum_{i=1}^n (PAKi \times CKi)} \times 100\%$$

E : Efisiensi
PAKi : Pagu Anggaran Keluaran
RAKi : Realisasi Anggaran Keluaran
CKi : Capaian Keluaran

$$E = \frac{((5.371.345.000 \times 0,87) - 5.244.277.884)}{(5.371.345.000 \times 0,87)} \times 100\%$$

$$E = -0,12\%$$

$$NE = 50\% + \left(\frac{E}{20} \times 50\right)$$

$$NE = 50\% + \left(\frac{0,12\%}{20} \times 50\right) = 19\%$$

Dalam rangka menurunkan angka mikrofilaria < 1%, pemerintah telah berhasil melaksanakan efisiensi dengan nilai efisiensi sebesar 19%. Anggaran yang ada telah dioptimalkan untuk pelaksanaan advokasi, sosialisasi dan koordinasi kepada lintas program, lintas sektor serta masyarakat, monitoring dan evaluasi pelaksanaan POPM filariasis serta pelaksanaan survei evaluasi prevalensi



mikrofilaria. Sarana prasarana diantaranya kit POPM IDA telah didistribusikan ke daerah untuk mendukung pelaksanaan POPM filariasis.

15. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK Yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti Direktorat Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Menular

a. Penjelasan Indikator

Pengelolaan dan pertanggungjawaban keuangan negara merupakan salah satu unsur pokok dalam penyelenggaraan pemerintahan negara dan mempunyai manfaat yang sangat penting guna mewujudkan tujuan negara untuk mencapai masyarakat yang adil, makmur dan Sejahtera. Badan yang ditunjuk untuk melaksanakan salah satu fungsi memeriksa pengelolaan dan pertanggungjawaban keuangan negara adalah Badan Pemeriksa Keuangan (BPK). Seluruh pemeriksaan dan hasil pemeriksaan yang dihasilkan oleh BPK telah didasari dengan aturan hukum yaitu Undang-undang. Laporan hasil pemeriksaan yang dilakukan BPK diserahkan kepada para stakeholder sesuai dengan kewenangannya. Hasil pemeriksaan ini kemudian ditindaklanjuti oleh pejabat yang berwenang sesuai dengan rekomendasi yang diberikan oleh BPK.

Tindak lanjut hasil pemeriksaan adalah kegiatan dan/atau keputusan yang dilakukan oleh pimpinan entitas yang diperiksa dan/atau pihak lain yang kompeten untuk melaksanakan rekomendasi hasil pemeriksaan. Tindak lanjut hasil pemeriksaan BPK wajib dilakukan oleh pimpinan entitas yang diperiksa. Berkaitan dengan pentingnya pelaksanaan tindak lanjut hasil pemeriksaan BPK, Kementerian Kesehatan melalui Sekretaris Jenderal menetapkan bahwa tindak lanjut penyelesaian LHP menjadi salah satu komponen dalam Indikator Kinerja Kegiatan seluruh unit kerja dan unit utama di lingkungan Kementerian Kesehatan.

b. Definisi Operasional

Rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tercatat dalam Hasil Pemeriksaan Semester BPK (HAPSEM BPK), dan/atau rekomendasi pemeriksaan BPK berdasarkan hasil verifikasi Inspektorat Jenderal yang telah dinyatakan lengkap.

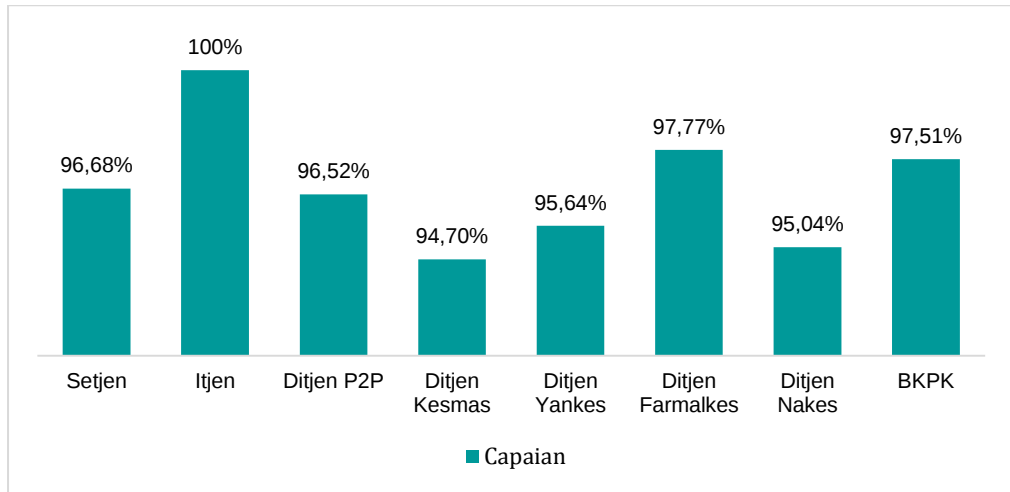
c. Rumus/Cara Perhitungan

Jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan bpk yang telah tuntas ditindaklanjuti dibagi dengan jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan dikali 100 %

d. Capaian Indikator

Hasil capaian tindak lanjut hasil pemeriksaan BPK RI merupakan hasil per satuan kerja, di mana Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit sampai dengan Desember 2024 yaitu sebesar 96,52%.

Grafik 3. 35 Progres Capaian Tindak Lanjut LHP BPK Tahun 2024 Pada Tingkat Satuan Kerja di Kementerian Kesehatan



Sumber data: Data Inspektorat Jenderal Kemenkes RI

Berikut matriks saldo hasil pemeriksaan BPK yang masih perlu diselesaikan oleh Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular :

Berikut merupakan ringkasan hasil pemeriksaan BPK atas Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular :

Tabel 3. 6 ringkasan hasil pemeriksaan BPK atas Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular

Tahun PKPT	Periode PKPT	LHP	No	Temuan	Permasalahan	Rekomendasi
2023	PKPT 2023 - LK 2022	LHP SPI dan Kepatuhan - LK Kemenkes Tahun 2022 Nomor : 10.b/LHP/XIX/05 /2023 Tanggal : 24 Mei 2023	25	Penatausahaan Persediaan pada Empat Unit Utama Eselon I Belum Sepenuhnya Tertib	a) Perbedaan Kuantitas fisik persediaan dengan kartu stock barang persediaan b) Mutasi keluar Persediaan tidak didukung surat bukti barang keluar	BPK merekomendasikan agar Menteri Kesehatan: b. Menginstruksikan Dirjen P2P supaya memerintahkan Sedditjen P2P agar: 1) Lebih optimal dalam melaksanakan pengawasan dan pengendalian atas pencatatan Persediaan di satuan kerjanya;



Tahun PKPT	Periode PKPT	LHP	No	Temuan	Permasalahan	Rekomendasi
2023	PKPT 2023 - LK 2022	LHP SPI dan Kepatuhan - LK Kemenkes Tahun 2022 Nomor : 10.b/LHP/XIX/05 /2023 Tanggal : 24 Mei 2023	25	Penatausahaan Persediaan pada Empat Unit Utama Eselon I Belum Sepenuhnya Tertib	a) Perbedaan Kuantitas fisik persediaan dengan kartu stock barang persediaan b) Mutasi keluar Persediaan tidak didukung surat bukti barang keluar	BPK merekomendasikan agar Menteri Kesehatan: b. Menginstruksikan Dirjen P2P supaya memerintahkan Sesditjen P2P agar: 2) Meminta Operator Modul Persediaan Direktorat P2PM lebih cermat dalam melakukan pencatatan mutasi persediaan
2023	PKPT 2023 - LK 2022	LHP SPI dan Kepatuhan - LK Kemenkes Tahun 2022 Nomor : 10.b/LHP/XIX/05 /2023 Tanggal : 24 Mei 2023	25	Penatausahaan Persediaan pada Empat Unit Utama Eselon I Belum Sepenuhnya Tertib	a) Perbedaan Kuantitas fisik persediaan dengan kartu stock barang persediaan b) Mutasi keluar Persediaan tidak didukung surat bukti barang keluar	BPK merekomendasikan agar Menteri Kesehatan: b. Menginstruksikan Dirjen P2P supaya memerintahkan Sesditjen P2P agar: 4) meminta Pegawai yang bertanggung jawab dalam pengelolaan persediaan untuk lebih cermat dalam melaksanakan tugas dan fungsinya dalam melakukan pencatatan persediaan di satuan kerjanya;
2023	PKPT 2023 - LK 2022	LHP SPI dan Kepatuhan - LK Kemenkes Tahun 2022 Nomor : 10.b/LHP/XIX/05 /2023 Tanggal : 24 Mei 2023	29	Penatausahaan Aset Tetap pada Empat Satker Belum Memadai	Penyajian Aset Tetap Lainnya pada Neraca Ditjen P2P per 31 Desember 2022 belum menggambarkan kondisi sebenarnya.	BPK merekomendasikan agar Menteri Kesehatan memerintahkan: d. Dirjen P2P supaya menginstruksikan Direktur P2PM agar segera menyelesaikan proses hibah ATR.



Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT) 2023 Temuan Nomor 25 atas LHP SPI dan Kepatuhan - LK Kemenkes Tahun 2022 Nomor : 10.b/LHP/XIX/05/2023
Tanggal: 24 Mei 2023

Temuan : Penatausahaan Persediaan pada Empat Unit Utama Eselon I Belum Sepenuhnya Tertib.

Atas temuan tersebut BPK merekomendasikan agar Menteri Kesehatan:

- b. Menginstruksikan Dirjen P2P supaya memerintahkan Setditjen P2P agar:
 - 2) Meminta Operator Modul Persediaan Direktorat P2PM lebih cermat dalam melakukan pencatatan mutasi persediaan

Berdasarkan rekomendasi di atas, telah terdapat data dukung berupa :

- a. Surat Sekretaris Dirjen P2P kepada Set Ditjen P2P, Nomor: PS.02.03/C/3328/2023 tanggal 21 Juli 2023, terkait temuan Penatausahaan Persediaan pada Empat Unit Utama Eselon I Belum Sepenuhnya Tertib, dengan ini diperintahkan kepada Saudara untuk: (2) Meminta Operator Modul Persediaan Direktorat P2PM lebih cermat dalam melakukan pencatatan mutasi persediaan;
- b. Surat Setditjen P2P kepada Operator Modul Persediaan Direktorat P2PM Nomor PS.02.03/C.I/8021/2023 tanggal 31 Juli 2023 terkait temuan Penatausahaan Persediaan pada Empat Unit Utama Eselon I Belum Sepenuhnya Tertib, dengan ini diinstruksikan kepada Saudara untuk
 - 1) Lebih cermat dalam melakukan pencatatan mutasi persediaan
 - 2) Lebih cermat dalam melaksanakan tugas dan fungsinya dalam melakukan pencatatan persediaan di satuan kerjanya
- c. Surat Operator Modul Persediaan kepada Setditjen P2P Nomor PS.02.03/C.III.1/867/2023 tanggal 31 Juli 2023 terkait temuan Penatausahaan Persediaan pada Empat Unit Utama Eselon I Belum Sepenuhnya Tertib, dengan ini disampaikan bahwa ditindaklanjuti untuk
 - 1) Lebih cermat dalam melakukan pencatatan mutasi persediaan
 - 2) Lebih cermat dalam melaksanakan tugas dan fungsinya dalam melakukan pencatatan persediaan di satuan kerjanya
- d. Berita Acara Penghitungan Ulang Obat Lamivudine Nomor. 066/GDG-CJS/V/2023 tanggal 2 Maret 2023

Pada akhir tahun 2024 telah dilaksanakan kembali desk tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan BPK pada temuan ini. Progres tindak lanjut yang telah disampaikan pada desk tersebut yaitu

- a. BA Stock Opname Semester II Tahun 2023
- b. BA Stock Opname Semester I Tahun 2024

BPK menyimpulkan dokumen tersebut di atas masih belum lengkap sebagai berikut:

- Kartu stock Mectizan,
- BAST Barang Hibah atas Pengadaan Ethambutol, Lamivudine Oblik 2021, MB Adult 360 Kit, MB Child 288 Kit, PB Adult 180 Kit, PB Child 360 Kit, Mectizan, Praziquantel, dan Albendazole

Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT) 2023 Temuan Nomor 29 atas LHP SPI dan Kepatuhan - LK Kemenkes Tahun 2022 Nomor : 10.b/LHP/XIX/05/2023
Tanggal: 24 Mei 2023



Temuan : Penatausahaan Aset Tetap pada Empat Satker Belum Memadai.

Atas temuan tersebut BPK merekomendasikan agar Menteri Kesehatan memerintahkan:

d. Dirjen P2P supaya menginstruksikan Direktur P2PM agar segera menyelesaikan proses hibah ATR.

Berdasarkan rekomendasi di atas, telah terdapat data dukung berupa :

- a. Surat Sekretaris Dirjen P2P kepada Dir. P2PM, Nomor: PS.02.03/C/3326/2023 tanggal 21 Juli 2023, terkait temuan Penatausahaan Aset Tetap pada Empat Satker Belum Memadai, dengan ini diperintahkan kepada Saudara segera menyelesaikan proses hibah ATR
- b. Surat Dirjen P2P kepada Direktur P2PM Nomor KN.02.07/C/3430/2022 tanggal 13 Juli 2022 perihal Persetujuan Hibah BMN Selain Tanah dan/atau Bangunan Pengadaan Pusat (Dropping) Tahun 2007-2018 Direktorat P2PM pada Departemen Mikrobiologi FKUI
- c. Surat Dirjen P2P kepada Direktur P2PM Nomor KN.02.07/C/5989/2022 tanggal 22 Desember 2022 perihal Persetujuan Hibah BMN Selain Tanah dan/atau Bangunan Pengadaan Pusat (Dropping) Tahun 2021 Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular pada Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping
- d. Surat Direktur P2PM kepada Dirjen P2P Nomor PS.02.03/C.III/6759/2023 tanggal 31 Juli 2023 terkait temuan Penatausahaan Aset Tetap pada Empat Satker Belum Memadai, dengan ini disampaikan bahwa telah ditindaklanjuti untuk Menyelesaikan proses hibah ATR.
- e. Nota Dinas Direktur P2PM kepada Dirjen P2P Nomor. PS.02.03/C.III/10644/2023 tanggal 30 Oktober 2023, Hal : Tindak Lanjut LHP BPK atas Sistem Pengendalian Intern dan Kepatuhan Tahun 2022 (Progres Penyelesaian Hibah ATR terlampir) dan atas ATR dalam proses hibah senilai Rp. 7.534.118.277, akan segera dilakukan koordinasi dengan penerima hibah ATR, untuk mempercepat proses hibah tersebut pada tahun 2023;
- f. Surat Direktur P2PM kepada:
 - 1) Direktur RSUD Undata Palu Sulawesi Tengah
 - 2) Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Depati Hamzah Pangkal Pinang, Kep. Bangka Belitung
 - 3) Kepala UPTD Laboratorium Kesehatan Daerah Provinsi Kalimantan Timur
 - 4) Kepala Balai Laboratorium Kesehatan Provinsi Jawa Barat Nomor. PS.02.03/C.III/6842/2023 tanggal 02 Agustus 2023, Hal: Tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan Tahun 2022 agar dapat mengusulkan Hibah Aset Tetap Renovasi diatas sesuai ketentuan yang berlaku;
- g. Surat Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular kepada Rektor Universitas Indonesia Nomor : PS.02.03/C.III/6845/2023, Tanggal 02 Agustus 2023, hal Tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan Tahun 2022;
- h. Surat Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular kepada Dirut RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Nomor : PS.02.03/C.III/6848/2023,



Tanggal 02 Agustus 2023, hal Tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan Tahun 2022;

- i. Berita Acara Serah Terima BMN Berupa ATR dari Direktorat P2PM kepada RSUP Prof. Dr. I.G.N.G Ngoerah Nomor : KN.01.08/C.III/6849/2023 tanggal 13 Juni 2023;
- j. Surat Direktur UPTD RSUD Depati Hamzah kepada Dirjen P2P Nomor. 003.3.4/118/RSUDDH/X/2023 tanggal 16 Oktober 2023, Hal: Permohonan Penghapusan BMN karena Sebab-Sebab Lain yang Berasal dari Dana APBN Ditjen P2P Kemenkes yang di Dropping pada Dinkes Provinsi Kep. Bangka Belitung Perolehan sebelum Tahun 2023
- k. Nota Dinas Direktur P2PM nomor PS.01.02/C.III/7904/2024 tanggal 13 Desember 2024 kepada Plt, Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Perihal : Progres Tindak Lanjut LHP BPK atas Sistem Pengendalian Intern dan Kepatuhan terhadap Ketentuan Peraturan Perundang-Undangan Kementerian Kesehatan Tahun 2022 (Penatausahaan Aset Tetap Renovasi)

Pada Desember tahun 2024 telah dilaksanakan kembali desk tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan BPK pada temuan ini. Progres yang disampaikan yakni sebagai berikut:

Tabel 3. 7 Aset Tetap Renovasi Sudah Selesai Proses Hibah

No	Merk/Type	Jumlah (Rp)	Tindak Lanjut
1	RSM PKU Muhammadiyah Roemani Semarang	184.489.000	Sudah Selesai SK Hibah September 2023
2	RSUP Sanglah	2.411.431.400	Sudah Selesai BAST September 2023
3	RSM PKU Muhammadiyah Gamping	159.975.000	Sudah Selesai SK Hibah Oktober 2023
Jumlah		2.755.895.400	

Tabel 3. 8 Aset Tetap Renovasi Dalam Proses Penghapusan

No	Merk/Type	Jumlah (Rp)	Tindak Lanjut
1	Renovasi Lab TB UPTD Kesda Kalimantan Timur	2.343.535.200	Proses Penerbitan SK Penghapusan
2	Renovasi BLK Prov JABAR	2.105.086.140	Proses Penerbitan SK Penghapusan
Jumlah		4.448.621.340	



Tabel 3. 9 Aset Tetap Renovasi Dalam Proses Penyelesaian Hibah atas Sebab-sebab lain

No	Merk/Type	Jumlah (Rp)	Tindak Lanjut
1	Renovasi RSUD Depati Hamzah	193.210.000	Persetujuan Penghapusan Barang Milik Negara Selain Tanah dan/atau Bangunan Pada Direktorat Pencegahan dan pengendalian Penyakit Menular oleh Dirjen P2P atas Gedung dan Bangunan Dalam Renovasi (RSUD DEPATI HAMZAH dan RSUD Undata Palu) Nomor KN.01.08/C/40/2024 tanggal 9 Januari 2024
2	Renovasi RSUD Undata Palu	270.913.517	Persetujuan Penghapusan Barang Milik Negara Selain Tanah dan/atau Bangunan Pada Direktorat Pencegahan dan pengendalian Penyakit Menular oleh Dirjen P2P atas Gedung dan Bangunan Dalam Renovasi (RSUD DEPATI HAMZAH dan RSUD Undata Palu) Nomor KN.01.08/C/40/2024 tanggal 9 Januari 2024
Jumlah		464.123.517	

Berdasarkan nota dinas Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular nomor KN.01.08/C.III/12792/2023 tanggal 18 Desember 2023 atas Permohonan Penghapusan Sebab-sebab Lain Aset Tetap Renovasi berupa gedung dan bangunan RSUD Depati Hamzah dan RSUD Undata Palu telah mendapat persetujuan dari Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit dengan nomor surat KN.01.08/C/40/2024 tanggal 9 Januari 2024. Selanjutnya Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular akan membuat surat usulan penerbitan SK Penghapusan Barang Milik Negara kepada Plt. Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit melalui Tim Kerja Keuangan dan BMN.

Tabel 3. 10 Aset Tetap Renovasi Dalam Proses Penandatanganan Naskah Hibah dan BAST

No	Merk/Type	Jumlah (Rp)	Tindak Lanjut
1	Renovasi Lab Pend Mikro UI	194.737.100	Proses penandatanganan NH dan BAST
2	UI	2.426.636.320	Proses penandatanganan NH dan BAST
Jumlah		2.621.373.420	

Atas pengadaan aset tetap renovasi tersebut, Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit telah melakukan beberapa proses penyelesaian sebagaimana berikut



- a. Surat Permohonan Hibah Barang Milik Negara (BMN) Nomor S-55/UN2.f1.DEPT.23/LOG.01/2019 tanggal 26 September 2019 dari Departemen Mikrobiologi-FK UI kepada Direktur P2PML, Kementerian Kesehatan
- b. Surat Direktur Jenderal P2P nomor KN.02.07/C/3430/2020 tanggal 13 Juli 2022 hal Persetujuan Hibah Barang Milik Negara Selain Tanah dan/atau Bangunan Pengadaan Pusat (Dropping) Tahun 2007-2018 Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular pada Departemen Mikrobiologi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- c. Surat Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular kepada Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia nomor KN.02.07/1/5670/2022 tanggal 7 Oktober 2022 tentang Naskah Perjanjian Hibah BMN dan BAST BMN Dropping Direktorat P2PM
- d. Surat Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular kepada Rektor Universitas Indonesia dengan nomor PS.02.02/C.III/6845/2023 tanggal 2 Agustus 2023 hal Tindak Lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan Tahun 2022 namun sampai dengan saat ini belum terdapat tanggapan tertulis dari pihak Universitas Indonesia.

Berdasarkan hasil progress tersebut, maka Direktorat P2PM harus menindaklanjuti sebagai berikut:

1. Pada Aset Tetap Renovasi dalam proses penghapusan maka agar memonitor penerbitan SK
 2. Pada Aset Tetap Renovasi dalam proses penyelesaian hibah atas sebab-sebab lain maka agar segera membuat surat usulan penerbitan SK
- e. Analisa Penyebab Keberhasilan
- Tindak lanjut LHP BPK merupakan kesinambungan tindak lanjut yang telah dilakukan pada periode sebelumnya. Untuk menindaklanjuti, Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular melakukan koordinasi secara berkala dengan pihak terkait temuan LHP.
- f. Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target indikator
- Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK Yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti Direktorat Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Menular di antaranya:
- 1) Menginventarisasi dokumen-dokumen hasil tindak lanjut sebelumnya pada temuan yang belum selesai
 - 2) Berkoordinasi secara internal antara staf penanggung jawab PTL LHP dengan petugas BMN di mana setiap progress akan tercatat dan dievaluasi hal-hal yang perlu ditindaklanjuti
 - 3) Berkoordinasi antara Subbagian Administrasi Umum dengan tim kerja terkait temuan LHP
 - 4) Koordinasi tim kerja dengan daerah untuk penyelesaian tindak lanjut LHP
- g. Kendala/Masalah yang dihadapi
- Beberapa kendala yang dihadapi dalam tindak lanjut LHP BPK di antaranya:
1. Temuan BPK atas Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular memerlukan proses yang panjang dalam hal birokrasi seperti penyelesaian hibah



atas asset tetap renovasi terutama pada Lab Mikrobiologi UI

2. Proses pengiriman BMN ke daerah tidak dapat disertai secara langsung dengan BAST karena proses administrasi yang berjenjang sehingga terkadang ketika BAST terbit pimpinan di daerah yang menjadi lokasi distribusi sudah berganti.
3. Proses penyelesaian hibah dropping BMN ke daerah sering terhambat dengan tidak ditandatanganinya BAST segera setelah terbit dari pusat

h. Pemecahan Masalah

1. Dalam proses birokrasi pemerintahan harus tetap dijalankan sesuai dengan prosedurnya, namun sebagai upaya percepatan penyelesaian tindak lanjut LHP BPK RI, Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular meningkatkan koordinasi dengan beberapa pihak terkait tindak lanjut LHP seperti pengelola gudang P2P dalam pencatatan stok barang, pengelola program di daerah, dan pengelola BMN daerah distribusi BMN.
2. Direktorat P2PM Bersama tim kerja keuangan dan BMN P2P telah melakukan percepatan penyelesaian pencatatan hibah dropping

C. REALISASI ANGGARAN

1. Definisi Operasional

Realisasi Anggaran adalah laporan yang menggambarkan perbandingan antara realisasi anggaran dengan anggaran pendapatan dan belanja yang menunjukkan ketaatan terhadap peraturan dan ketentuan perundang-undangan.

2. Rumus/Cara Perhitungan

Total Realisasi Anggaran dibagi Total Pagu Anggaran dalam 1 (satu) tahun dikali 100%.

3. Capaian Indikator

Kinerja anggaran Tahun 2024 berdasarkan data per 31 Desember 2024 berdasarkan Sistem Perbendaharaan dan Anggaran Negara (SPAN) mencapai 98,39%, dengan realisasi Rp 1.222.357.279.205 dari pagu total sebesar Rp 1.242.350.903.000.

Perhitungan capaian indikator Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular adalah sebagai berikut :

$$\begin{aligned} \% \text{ Capaian} &= \frac{\sum \text{Realisasi Anggaran}}{\sum \text{Pagu Anggaran}} \times 100\% \\ &= \frac{1.222.357.279.205}{1.242.350.903.000} \times 100\% \\ &= 98,39\% \end{aligned}$$

Tabel 3. 11 Realisasi Anggaran Direktorat P2PM berdasarkan Klasifikasi Rincian Output Tahun 2024

No	Klasifikasi Rincian Output	Pagu	Realisasi	%
1	Koordinasi	96.933.675.000	95.085.408.882	98,09
2	Sosialisasi dan Diseminasi	29.632.276.000	28.441.842.896	95,98
3	Norma, Standard, Prosedur dan Kriteria	2.192.328.000	2.122.417.263	96,81
4	Pelayanan Publik kepada masyarakat	18.267.172.000	17.944.957.973	98,24
5	Pelayanan Publik Lainnya	435.951.132.000	432.710.349.961	99,26
6	Data dan Informasi Publik	42.363.726.000	42.289.933.859	99,83
7	Sarana Bidang Kesehatan	525.945.213.000	513.434.038.674	97,62
8	OM Sarana Bidang Kesehatan	810.733.000	803.186.280	99,07
9	Pelatihan Bidang Kesehatan	65.400.369.000	65.148.850.973	99,62
10	Fasilitasi dan Pembinaan Pemerintah Daerah	24.854.279.000	24.376.292.445	98,08
Jumlah		1.242.350.903.000	1.222.357.279.206	98,39

Sumber data : Realisasi berdasarkan aplikasi SAKTI, 31 Desember 2024

Berdasarkan tabel tersebut dapat dilihat bahwa capaian realisasi anggaran pada total kegiatan pencegahan dan pengendalian penyakit menular sudah mencapai target 96% dengan realisasi 98,39% di mana realisasi paling tinggi yaitu pada kegiatan Data dan Informasi Publik sebesar 99,83% dan terendah pada kegiatan Sosialisasi dan Diseminasi.

4. Realisasi anggaran per Tim Kerja

Tabel 3. 12 Realisasi Anggaran Direktorat P2PM berdasarkan Tim Kerja Tahun 2024

No	Tim Kerja	Pagu	Realisasi	%
1	Malaria	108.559.627.000	106.405.798.540	98,02
2	Arbovirosis	31.761.316.000	30.797.901.584	96,97
3	NTD	19.009.468.000	18.497.455.467	97,31

No	Tim Kerja	Pagu	Realisasi	%
4	Zoonosis & PAGHBTB	7.613.669.000	7.422.186.828	97,48
5	HIV PIMS	318.471.835.000	316.131.492.753	99,26
6	TBC	673.438.585.000	660.459.625.877	98,07
7	HPISP	75.109.079.000	74.372.556.819	99,01
8	ISPA	8.387.324.000	8.270.261.337	98,60
TOTAL		1.242.350.903.000	1.222.357.279.206	98,39

Berdasarkan tabel tersebut dapat dilihat bahwa capaian realisasi anggaran tertinggi yaitu tim kerja HIV PIMS sebesar 99,26% dan terendah yaitu tim kerja Arbovirolosis dengan capaian realisasi 96,97%.

5. Realisasi anggaran per indikator kinerja

Data realisasi anggaran kegiatan per Indikator Kinerja Kegiatan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3. 13 Data Realisasi Anggaran Kegiatan per Indikator Kinerja Kegiatan

NO	INDIKATOR	PAGU	REALISASI	%
1.	Persentase orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia yang mendapatkan skrining HIV	313.625.866.800	311.341.644.182	99,27
2.	Persentase Orang dengan HIV (ODHIV) baru ditemukan mendapatkan pengobatan ART	313.625.866.800	311.341.644.182	99,27
3.	Angka keberhasilan pengobatan TBC	673.438.585.000	660.459.625.877	98,07
4.	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai positivity rate (PR) < 5%	108.559.627.000	106.405.798.540	98,02
5.	Persentase penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan kusta tepat waktu	4.556.817.000	4.353.908.191	95,55
6.	Persentase pengobatan kasus pneumonia sesuai standar	8.387.324.000	8.270.261.337	98,60
7.	Persentase pengobatan kasus diare sesuai standar	3.352.179.000	3.248.502.855	96,91



NO	INDIKATOR	PAGU	REALISASI	%
8.	Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini Hepatitis B dan C pada populasi berisiko	71.756.900.000	71.124.053.964	99,12
9.	Persentase pasien sifilis yang diobati	4.845.968.200	4.789.848.571	98,84
10.	Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi	2.920.175.000	2.901.038.310	99,34
11.	Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies	6.153.952.000	6.044.860.483	98,23
12.	Persentase kabupaten/kota dengan Insiden Rate (IR) DBD $\leq$ 10 per 100.000 penduduk	31.761.316.000	30.797.901.584	96,97
13.	Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis berhasil menurunkan angka mikrofilaria $< 1\%$	5.371.345.000	5.244.277.884	97,63
14.	Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi	5.371.345.000	5.244.277.884	97,63
	RATA-RATA REALISASI ANGGARAN			98,39

Berdasarkan tabel di atas, menunjukan bahwa pada tahun 2024 realisasi anggaran tertinggi pada indikator Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi (99,34%) sedangkan realisasi terendah pada indikator Persentase penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan kusta tepat waktu (95,55%).

- Perbandingan Capaian Kinerja Kegiatan dengan Realisasi Anggaran
Perbandingan capaian kinerja kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular dengan realisasi anggaran tiap indikator dapat dilihat sebagai berikut:

Tabel 3. 14 Perbandingan Capaian Kinerja Kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular dengan Realisasi Anggaran Tiap Indikator

NO	INDIKATOR	PERSENTASE KINERJA KEGIATAN	PERSENTASE REALISASI ANGGARAN
1.	Persentase orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia yang mendapatkan skrining HIV	98,89	99,27



NO	INDIKATOR	PERSENTASE KINERJA KEGIATAN	PERSENTASE REALISASI ANGGARAN
2.	Persentase Orang dengan HIV (ODHIV) baru ditemukan mendapatkan pengobatan ART	86,67	99,27
3.	Angka keberhasilan pengobatan TBC	92,22	98,07
4.	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai positivity rate (PR) < 5%	86,96	98,02
5.	Persentase penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan kusta tepat waktu	94,41	95,55
6.	Persentase pengobatan kasus pneumonia sesuai standar	101,92	98,60
7.	Persentase pengobatan kasus diare sesuai standar	108,33	96,91
8.	Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini Hepatitis B dan C pada populasi berisiko	98,05	99,12
9.	Persentase pasien sifilis yang diobati	86,67	98,84
10.	Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi	57,14	99,34
11.	Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies	86,21	98,23
12.	Persentase kabupaten/kota dengan Insiden Rate (IR) DBD ≤ 10 per 100.000 penduduk	12,63	96,97
13.	Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis berhasil menurunkan angka mikrofilaria < 1%	87,29	97,63
14.	Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi	59,47	97,63
	RATA-RATA	82,63%	98,39%

Apabila disandingkan antara capaian kinerja setiap indikator dengan realisasi anggarannya pada tahun 2024, maka dapat diketahui bahwa :

Terdapat indikator yang telah mencapai target kinerja melebihi 100% di antaranya yaitu persentase pengobatan kasus pneumonia sesuai standar (101,92%) dengan realisasi anggaran sebesar 98,60%, persentase pengobatan kasus diare sesuai standar (108,33%) dengan realisasi anggaran 96,91%. Pencapaian pengobatan pneumonia sesuai standar

dilakukan dengan pemberian antibiotik sesuai dengan pedoman tatalaksana kasus pneumonia balita. Sedangkan pengobatan kasus diare sesuai standar dilaksanakan dengan pemberian oralit dan zinc sesuai dengan pedoman tatalaksana diare. Adanya kepatuhan terhadap pelaksanaan pedoman tersebut khususnya di fasilitas kesehatan tingkat pertama berdampak pada keberhasilan pengobatan pneumonia dan diare. Sedangkan indikator lainnya, belum mencapai target dan diharapkan pada akhir tahun dapat mencapai target dengan realisasi anggaran yang optimal.

7. Analisis Keberhasilan Pencapaian Realisasi Anggaran

Analisis keberhasilan pencapaian realisasi anggaran Direktorat P2PM dapat dilihat dari:

1) Konsistensi pelaksanaan kegiatan terhadap perencanaan

Implementasi kegiatan pencegahan dan pengendalian penyakit menular dilaksanakan dengan dasar Rencana Pelaksanaan Kegiatan dan Rencana Penarikan Dana yang telah disusun pada masing-masing tim kerja. Kesesuaian pelaksanaan dengan jadwal yang telah ditentukan pada awal perencanaan menjadi langkah yang baik dalam penyerapan anggaran.

2) Revisi anggaran

Tabel 3. 15 Revisi Anggaran Tahun 2024

Anggaran TA 2024	Pagu	Automatic Adjustment/ Self Blokir	Keterangan Revisi Anggaran	Perubahan
DIPA Awal (23 November 2023)	352.393.520.000	-	-	Tetap
Revisi DIPA 02 (9 Februari 2024)	352.393.520.000	51.097.060.000	Revisi DJA Blokir Automatic Adjustment	Tetap
Revisi 05 (2 Mei 2024)	348.090.531.000	51.097.060.000	Revisi DJA Pemanfaatan sisa kontrak untuk kebutuhan haji di BKK Tahap 1	Berkurang Rp 4.302.989.000,-
Revisi 06 (4 Juni 2024)	375.692.161.000	51.097.060.000	Revisi Kanwil Pencatatan Hibah Tahap 1	Bertambah Rp 27.601.630.000
Revisi 07 (4 Juli 2024)	375.095.150.000	51.097.060.000	Revisi DJA Pemanfaatan sisa kontrak untuk kebutuhan haji di BKK Tahap 2	Berkurang Rp 597.011.000
Revisi 08 (22 Juli 2024)	695.917.617.000	51.097.060.000	Revisi Kanwil Pencatatan Hibah Tahap 2	Bertambah Rp 320.822.467.000
Revisi 10 (21 September 2024)	690.917.617.000	3.921.231.000	Revisi DJA Buka blokir AA sebesar Rp 47.184.829.000 sekaligus efisiensi pemanfaatan sisa	Berkurang Rp 5.000.000.000



Anggaran TA 2024	Pagu	Automatic Adjustment/ Self Blokir	Keterangan Revisi Anggaran	Perubahan
			kontrak senilai Rp 35. 766.981.999 dan pergeseran ke Direktorat SKK sebesar Rp 5.000.000.000	
Revisi 12 (6 November 2024)	726.989.553.000	3.921.231.000	Revisi DJA Optimalisasi sisa kontrak dan penambahan anggaran dari Direktorat Imunisasi sebesar Rp 11.794.936.000 dan PTM sebesar Rp 24.277.000.000	Bertambah Rp 36.071.936.000
Revisi 13 (22 November 2024)	726.989.553.000	6.826.352.000	Revisi Kanwil Penghematan Anggaran Belanja Perjalanan Dinas K/L TA 2024 yaitu Self Blokir sebesar Rp 2.914.121.000	Tetap
Revisi 16 (17 Desember 2024)	1.249.039.640.000	6.826.352.000	Revisi Kanwil Pencatatan Hibah Tahap 3	Bertambah Rp 522.050.087.000
Revisi 17 (30 Desember 2024)	1.249.177.255.000	6.826.352.000	Revisi Kanwil Pencatatan Hibah Tahap 4	Bertambah Rp 137.615.000

3) Percepatan penyerapan anggaran

Percepatan penyerapan anggaran telah dilakukan oleh Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular dengan melakukan optimalisasi atau pemanfaatan sisa kontrak serta adanya kebijakan Penghematan Anggaran Belanja Perjalanan Dinas Kementerian/Lembaga sehingga tim kerja mengajukan usulan self blokir pada akun perjalanan dinas.

8. Masalah yang dihadapi

Masalah yang dihadapi dalam upaya penyerapan anggaran di antaranya yaitu Sumber daya pegawai terbatas dan Direktorat P2PM merupakan unit kerja yang kegiatannya banyak yang masuk dalam indikator sasaran strategis maupun dalam indikator kinerja program sehingga dalam pelaksanaannya memerlukan pegawai yang lebih banyak serta memiliki kompetensi sesuai dengan bidangnya.

9. Pemecahan Masalah

- 1) Melakukan penyesuaian langkah strategi dalam pelaksanaan kegiatan sesuai dengan kebutuhan program dan kegiatan seperti penyusunan rencana pelaksanaan kegiatan



dan rencana penarikan dana disesuaikan dengan perubahan kondisi masing-masing tim kerja

- 2) Melakukan revisi anggaran dalam rangka optimalisasi kegiatan sesuai dengan kebijakan/peraturan yang telah ditetapkan.
- 3) Memaksimalkan kapasitas pegawai agar lebih optimal dalam melaksanakan tugas dan fungsi direktorat sehingga berdampak pada percepatan pelaksanaan kegiatan dan penyerapan anggaran.

BAB IV

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Laporan Kinerja Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular merupakan bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan kegiatan dalam rangka pelaksanaan tugas dan fungsi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular. Tahun 2024, pencapaian kinerja Kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular menunjukkan hasil rata-rata capaian kinerja sebesar 85.06%. Dari seluruh Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular sampai tahun 2024, terdapat 4 indikator yang telah mencapai, sedangkan 12 indikator belum mencapai target.

Empat indikator yang telah mencapai target kinerja tahun 2024 yaitu Persentase pengobatan kasus pneumonia sesuai standar dengan capaian kinerja 101.92% dan Persentase pengobatan kasus diare sesuai standar dengan capaian kinerja 108.33%, dua indikator lainnya berasal dari dukungan manajemen yaitu Persentase rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti dengan capaian kinerja sebesar 101.60% dan indikator Persentase Realisasi Anggaran dengan capaian kinerja sebesar 102.49%. Capaian kinerja paling rendah yaitu pada indikator Persentase kabupaten/kota dengan Insiden Rate (IR) DBD ≤ 10 per 100.000 penduduk dengan capaian kinerja 12.63%.

Berdasarkan penyerapan dan pengukuran kinerja anggaran tahun 2024, Realisasi anggaran sebesar Rp1.222.357.279.206 dari pagu total sebesar Rp. 1.242.350.903.000 (98.39% atau capaian kinerja sebesar 102.49%). Hal ini menunjukkan bahwa realisasi telah mencapai target penyerapan dalam pelaksanaan tugas dan fungsi Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular. Namun jika dibandingkan dengan capaian kinerja kegiatan, masih belum seimbang. Beberapa factor yang mempengaruhinya yaitu kinerja kegiatan pencegahan dan pengendalian penyakit menular merupakan kegiatan yang pelaksanaannya melibatkan berbagai sector dan berjenjang hingga peran serta masyarakat secara langsung. Sehingga capaian kinerja Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular dapat dikatakan merupakan capaian kinerja keseluruhan instansi yang terlibat dan masyarakat.

Capaian kinerja kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular tahun 2024 lebih rendah jika dibandingkan capaian kinerja indicator tahun 2023 yang mencapai 91.56%. Hal ini disebabkan karena target tahun 2024 secara signifikan meningkat dibandingkan tahun 2023 dan meningkatnya penemuan kasus penyakit pada beberapa indicator. Banyaknya penemuan kasus di satu sisi menjadi awal yang baik dalam penanggulangan penyakit, namun juga menjadi tanggung jawab untuk menuntaskan pengobatan hingga kesembuhan kasus penyakit.

B. REKOMENDASI TINDAK LANJUT

Berdasarkan hasil evaluasi tahun 2024, Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular perlu melakukan upaya yang lebih intensif untuk mencapai kinerja yang lebih baik maka dapat direkomendasikan beberapa hal sebagai berikut :

1. Atas hasil capaian indikator Persentase orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia yang mendapatkan skrining HIV yang tidak



mencapai target, dan sebagai upaya mendorong capaian rencana indikator periode 2025-2029, diberikan rekomendasi :

- a. Meningkatkan cakupan penemuan kasus secara aktif melalui perluasan layanan mobile Tes HIV di wilayah dengan estimasi ODHIV tinggi dan hasil capaian skrining HIVnya rendah.
 - b. Melakukan pemenuhan kebutuhan bahan diagnostik / skrining HIV di wilayah dengan estimasi ODHIV tinggi dan hasil capaian skrining HIVnya rendah.
 - c. Meningkatkan layanan skrining melalui program Layanan one stop service TBC HIV di 38 provinsi khusus kab/kota dengan estimasi ODHIV dan kasus TBC tertinggi
2. Atas hasil capaian indikator Persentase Orang dengan HIV (ODHIV) baru ditemukan mendapatkan pengobatan ART yang tidak mencapai target, dan sebagai upaya mendorong capaian rencana indikator periode 2025-2029, diberikan rekomendasi :
- a. Meningkatkan koordinasi dengan daerah agar fasyankes melaksanakan layanan pengobatan extra hour khususnya di Provinsi/Kab/kota yang jumlah ODHIVnya tinggi
 - b. Meningkatkan pendampingan ODHIV oleh komunitas/kader terutama pada daerah yang kasus HIV tinggi
 - c. Melakukan perluasan layanan Perawatan, Dukungan Pengobatan (PDP) melalui Workshop test and treat HIV pada Provinsi/kab/kota yang ODHIVnya tinggi
 - d. Meningkatkan layanan komprehensif HIV di klinik komunitas terutama di wilayah dengan jumlah ODHIV tinggi
3. Atas hasil capaian indikator Angka keberhasilan pengobatan TBC yang tidak mencapai target, dan sebagai upaya mendorong capaian rencana indikator periode 2025-2029, diberikan rekomendasi :
- a. Meningkatkan pelaksanaan Layanan Skrining TB Resisten Obat (RO) dan TB Sensitif Obat (SO) di 514 kabupaten/kota dan 10.292 Puskesmas
 - b. Melaksanakan skrining pada orang berisiko tinggi melalui Layanan Skrining TB Laten dengan sasaran 348.754 orang
 - c. Meningkatkan layanan pengobatan TBC pada 10.142 faskes pemerintah dan 5300 faskes swasta.
4. Atas hasil capaian indikator Jumlah kabupaten/kota yang mencapai *Positivity Rate* (PR) < 5% (Malaria) yang tidak mencapai target, dan sebagai upaya mendorong capaian rencana indikator periode 2025-2029, diberikan rekomendasi :
- a. Melakukan Intervensi Khusus dalam Percepatan Eliminasi Malaria : EDAT (*Early Diagnostic and Treatment*) di Kabupaten/Kota Endemis tinggi Malaria di tanah Papua.
 - b. Meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan dalam diagnostik malaria khususnya diagnostic melalui mikroskopis di Pulau Sumba di Provinsi Nusa Tenggara Timur dan Kabupaten/Kota sasaran di 38 Provinsi dan meningkatkan kapasitas pengelola malaria dalam penyelidikan epidemiologi di kabupaten/kota terjadi peningkatan kasus malaria dan di daerah percepatan eliminasi malaria di tanah Papua.
 - c. Meningkatkan pengendalian vektor malaria secara komprehensif khususnya di wilayah IKN Provinsi Kalimantan Timur, wilayah endemis tinggi di tanah Papua serta kabupaten/kota lain yang memiliki daerah reseptif malaria.
 - d. Melakukan kolaborasi lintas sektoral terkait Surat Edaran Kementerian Dalam Negeri terkait Upaya Kolaboratif dalam Penanganan Tanggap Darurat Bencana Non Alam



KLB Malaria terutama di 20 lokus kabupaten/kota yang terjadi peningkatan kasus malaria sampai tahun 2024.

5. Atas hasil capaian indikator Persentase penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan kusta tepat waktu yang tidak mencapai target, dan sebagai upaya mendorong capaian rencana indikator periode 2025-2029, diberikan rekomendasi :
 - a. Meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan khususnya pada pengelola program, dokter rujukan, dan analis laboratorium rujukan yang belum terlatih melalui Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Kusta
 - b. Meningkatkan Advokasi dan Sosialisasi Program P2 kusta khususnya wilayah Papua dan Papua Barat
 - c. Bersama dengan provinsi, melakukan sosialisasi dan OJT Sitasia hingga tingkat kab/kota dan fasyankes, sehingga pencatatan dan pelaporan dapat segera beralih berbasis digital.
6. Atas hasil capaian indikator Persentase pengobatan kasus pneumonia sesuai standar yang telah mencapai target, dan sebagai upaya mendorong capaian rencana indikator periode 2025-2029, diberikan rekomendasi :
 - a. Meningkatkan intensifikasi penemuan kasus pneumonia balita di 5 Provinsi yang jumlah kasus pneumonia tinggi atau jumlah kematian akibat pneumonia pada balita tinggi untuk melihat Pelaksanaan Tatalaksana Standar Pneumonia serta faktor risiko kejadian Pneumonia.
 - b. Melakukan pemenuhan alat diagnostik Pneumonia untuk daerah yang belum mempunyai ARI sound timer dan pulse oximeter. Pendistribusian berdasarkan permintaan dari Dinkes Provinsi ke Tim kerja ISPA.
 - c. Meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan di Puskesmas khususnya dalam penemuan dan tatalaksana kasus pneumonia secara daring dibagi menjadi 5 batch . Peserta terdiri dari PJ ISPA Provinsi/Kabupaten/Kota, Dokter umum, perawat/bidan penanggung jawab pelayanan anak/ MTBS dan PJ ISPA Puskesmas.
7. Atas hasil capaian indikator Persentase pengobatan kasus diare sesuai standar yang telah mencapai target, dan sebagai upaya mendorong capaian rencana indikator periode 2025-2029, diberikan rekomendasi :
 - a. Meningkatkan pencatatan dan pelaporan dengan validasi data diare secara tepat waktu
 - b. Meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan dan pengelola program diare khususnya terkait tatalaksana diare
 - c. Melakukan pemantauan dan evaluasi berkala pencapaian program diare dan PISP lainnya terutama di daerah yang tinggi kasus diare
8. Atas hasil capaian indikator Persentase penderita kusta yang menyelesaikan Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini Hepatitis B dan C pada populasi berisiko yang tidak mencapai target, dan sebagai upaya mendorong capaian rencana indikator periode 2025-2029, diberikan rekomendasi :
 - a. Melakukan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dan pengelola program khususnya terkait manajemen dan tatalaksana hepatitis B dan C baik dalam tatalaksana dan juga pencatatan dan pelaporan di 38 Provinsi

- 
- b. Meningkatkan pencatatan dan pelaporan dengan validasi data hepatitis B dan C secara tepat waktu. Validasi data dilaksanakan secara berjenjang mulai dari tingkat layanan sampai tingkat pusat minimal tiap semester.
 - c. Melakukan pemantauan dan evaluasi berkala pencapaian program hepatitis terutama di provinsi yang belum mencapai target di tahun 2024 yaitu Provinsi Papua Pegunungan dan Papua Tengah
 9. Atas hasil capaian indikator Persentase pasien sifilis yang diobati yang tidak mencapai target, dan sebagai upaya mendorong capaian rencana indikator periode 2025-2029, diberikan rekomendasi :
 - a. Meningkatkan penemuan kasus sifilis atau penyakit IMS lainnya melalui layanan Mobile Tes IMS terutama di daerah yang masih rendah cakupan penemuan dan pengobatan kasus IMS/Sifilis.
 - b. Meningkatkan pemenuhan kebutuhan bahan diagnostik IMS/Sifilis dan obat pada daerah yang tinggi kasus IMS/Sifilis.
 - c. Melakukan koordinasi dan evaluasi khususnya untuk daerah dengan angka penemuan dan pengobatan IMS/Sifilisnya rendah
 10. Atas hasil capaian indikator Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi yang tidak mencapai target, dan sebagai upaya mendorong capaian rencana indikator periode 2025-2029, diberikan rekomendasi :
 - a. Melanjutkan dan memperluas cakupan Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) di 12 desa endemis
 - b. Melakukan survei prevalensi Schistosomiasis pada manusia untuk mencapai eliminasi Schistosomiasis sebagai masalah kesehatan di 22 desa
 - c. Melakukan focus pemberantasan dan penanggulangan fokus keong pembawa Schistosomiasis melalui penyemprotan dengan moluscasida dan pembuatan saluran irigasi di wilayah Napu dan Lindu.
 11. Atas hasil capaian indikator Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies yang tidak mencapai target, dan sebagai upaya mendorong capaian rencana indikator periode 2025-2029, diberikan rekomendasi :
 - a. Meningkatkan integrase khususnya terkait *Integrated bite case management* rabies di provinsi endemis rabies yang memiliki tingkat kematian tinggi (cross Border NTT/ Timor Leste, Sumut, NTB dan Sulsel)
 - b. Mendorong penerapan strategi komunikasi perubahan sosial dan perilaku dalam pencegahan rabies di NTT
 - c. Memperluas assesmen rabies center dan advokasi pembentukan rabies center
 12. Atas hasil capaian indikator Persentase kabupaten/Kota dengan Insiden Rate (IR) DBD $\leq$ 10 per 100.000 penduduk yang tidak mencapai target, dan sebagai upaya mendorong capaian rencana indikator periode 2025-2029, diberikan rekomendasi :
 - a. Meningkatkan kapasitas pengelola program dalam deteksi dini Dengue melalui OJT di tingkat nasional 1 kali secara luring dan sudah diusulkan dalam APBD provinsi untuk dilaksanakan di beberapa provinsi endemis tinggi (Sumatera Selatan, Lampung, Daerah Khusus Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Daerah Istimewa Yogyakarta, Banten, Sulawesi Selatan) secara daring atau luring



- b. Melaksanakan penguatan surveilans melalui respon peningkatan kasus dan KLB Dengue yang akan dilaksanakan di semua provinsi dan kabupaten/kota yang terindikasi terjadi peningkatan kasus dan KLB Dengue (situasional)
 - c. Memperluas koordinasi penetapan target sasaran Dengue dan arbovirosis lainnya di tingkat nasional 1 kali secara luring dan akan dilaksanakan di tingkat provinsi (38 provinsi) dengan peserta tingkat kabupaten/kota secara daring atau luring
13. Atas hasil capaian indikator Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis berhasil menurunkan angka mikrofilaria < 1% yang tidak mencapai target, dan sebagai upaya mendorong capaian rencana indikator periode 2025-2029, diberikan rekomendasi :
- a. Memperkuat dukungan dan pelibatan lintas sektor pemerintah daerah hingga masyarakat dengan sosialisasi dan pembekalan teknis POPM filariasis pada beberapa daerah yang masih melaksanakan POPM Filariasis terutama di daerah Papua serta kabupaten yang masih gagal survei evaluasi
 - b. Meningkatkan kapasitas Petugas Kesehatan untuk pemeriksaan mikroskopis filariasis dengan prioritas peserta yang belum pernah dilatih serta masih ditemukan kasus positif mikrofilaria.
 - c. Melanjutkan Survei Evaluasi *Pre Transmission Assessment* Survei pada daerah yang telah selesai melaksanakan tahapan POPM filariasis .
14. Atas hasil capaian indikator Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi yang tidak mencapai target, dan sebagai upaya mendorong capaian rencana indikator periode 2025-2029, diberikan rekomendasi :
- a. Melanjutkan Survei penilaian penularan filariasis (Transmission Assessment Survey/TAS) Pasca POPM Filariasis di 30 provinsi
 - b. Meningkatkan monitoring dan evaluasi program filariasis melalui Pertemuan Koordinasi dengan jejaring Laboratorium Kesehatan Masyarakat Tingkat 4 dan 5 di Indonesia.
 - c. Meningkatkan dan mempertahankan kapasitas petugas kesehatan pada pelaksanaan surveilans TAS filariasis dengan peserta BLKM yang belum pernah dilatih serta Pengelola Program Filariasis kabupaten/kota yang akan melaksanakan survey.

Keberhasilan program penyakit menular merupakan upaya bersama pemerintah pusat, pemerintah daerah hingga masyarakat. Untuk mendukung keberhasilan program penanggulangan penyakit menular, Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular akan menyampaikan edaran penyampaian arahan strategis penguatan peran Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam hal sebagai berikut:

1. Penguatan surveilans dan penemuan kasus
2. Promosi kesehatan dan pencegahan penyakit menular
3. Penguatan penanganan kasus dan kapasitas layanan kesehatan
4. Optimalisasi kolaborasi lintas program dan lintas sektor daerah
5. Peningkatan pendanaan dan efisiensi anggaran

LAMPIRAN

1. Kerangka Logis Program (*Logical Frame*)



Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit Menular penduduk



Persentase pengobatan kasus pneumonia sesuai standar

Persentase pengobatan kasus diare sesuai standar

Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini Hepatitis B dan C pada populasi berisiko

Persentase pasien sifilis yang diobati

Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi

Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies

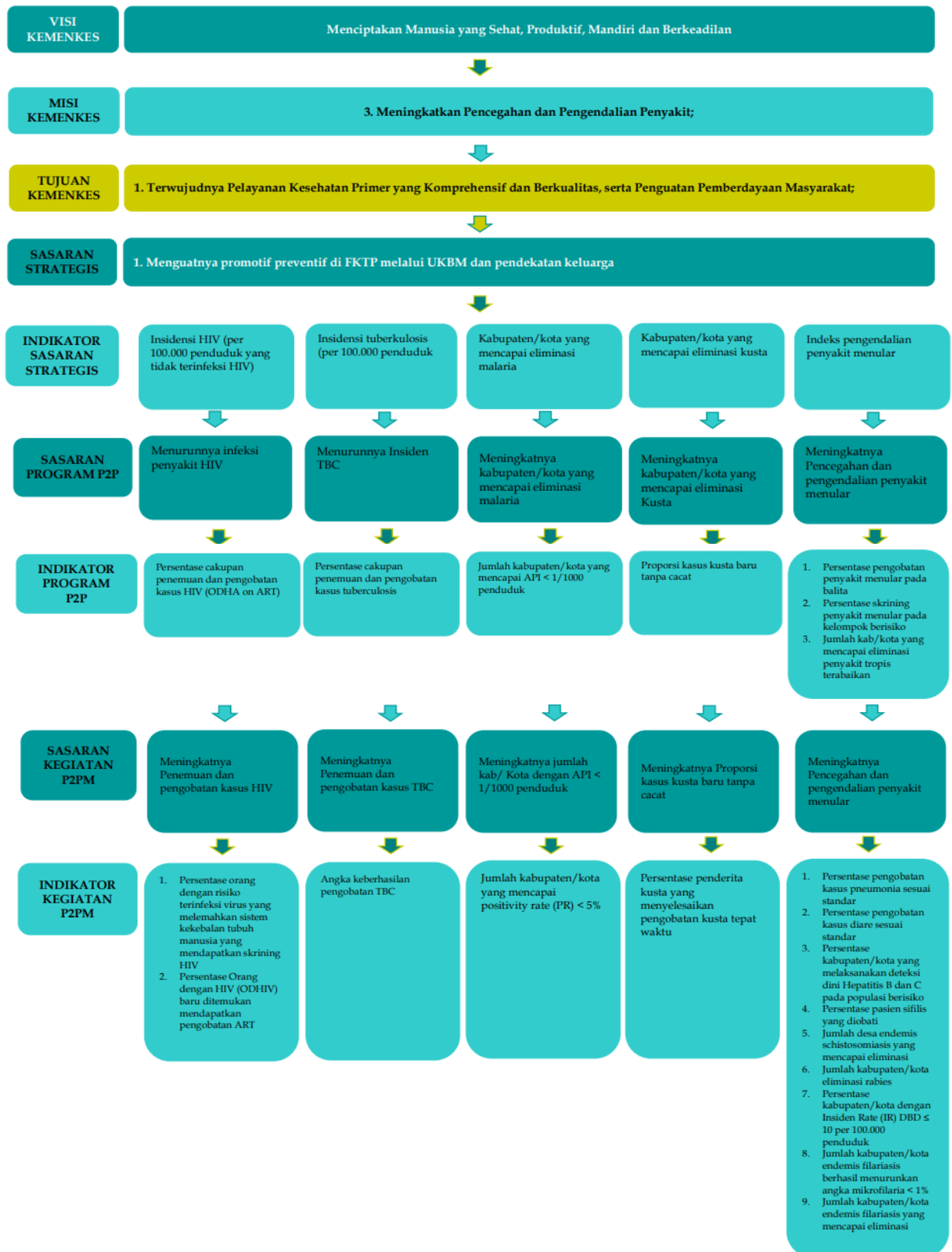
Persentase kabupaten/kota dengan Insiden Rate (IR) DBD ≤ 10 per 100.000 penduduk

Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis berhasil menurunkan angka mikrofilaria $< 1\%$

Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi

Bagan *Logical Frame* program Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular

2. Cascading Visi, Misi, Tujuan, Sasaran Dan Indikator Sasaran Strategis Dengan Sasaran Dan Indikator Kegiatan Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Menular



3. Crosscutting Indikator Kegiatan Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Menular

No	Indikator Kinerja Kegiatan	Lintas Program	Lintas Sektor	Mitra/ Organisasi	Kerja sama Luar Negeri
1	Persentase orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia yang mendapatkan skrining HIV	Tim Kerja TB Ditjen Yankes Ditjen Farmalkes Ditjen Nakes Ditjen Kesmas	Kementerian Dalam Negeri Kementerian Komunikasi dan Informasi Kementerian Pendidikan Kebudayaan dan Riset Teknologi Kementerian Sosial Kementerian Pariwisata dan Ekonomi Kreatif Kementerian Sosial Kementerian Agama Kementerian Desa Kementerian Pehubungan Kementerian Hukum dan HAM Kemenpora Kemenaker KemenPPPA Kemenkeu KemenPANRB Bappenas BNN BKKBN BRIN BPOM BPJS Kesehatan BUMN BNPB TNI POLRI	LSM Nasional: Rumah Cemara, Siklus, YKIS, ADINKES, Lentera Anak Pelangi , Yayasan Kusuma Buana, Yayasan KNCV Indonesia, Yayasan Kasih Suwitno, Yayasan Pelita Ilmu,Yayasan Srikandi Sejati, Yayasan Karisma	WHO USAID TBPS GF ATM



No	Indikator Kinerja Kegiatan	Lintas Program	Lintas Sektor	Mitra/ Organisasi	Kerja sama Luar Negeri
2	Persentase Orang dengan HIV (ODHIV) baru ditemukan mendapatkan pengobatan ART	Ditjen Yankes Ditjen Farmalkes Ditjen Nakes Ditjen Kesmas	Kementerian Dalam Negeri Kementerian Komunikasi dan Informasi Kementerian Pendidikan Kebudayaan dan Riset Teknologi Kementerian Sosial Kementerian Pariwisata dan Ekonomi Kreatif Kementerian Sosial Kementerian Agama Kementerian Desa Kementerian Pehubungan Kementerian Hukum dan HAM Kemenpora Kemenaker KemenPPPA Kemenkeu KemenPANRB Bappenas BNN BKKBN BRIN BPOM BPJS Kesehatan BUMN BNPB TNI POLRI	LSM Nasional: Rumah Cemara, Siklus, YKIS, ADINKES, Lentera Anak Pelangi , Yayasan Kusuma Buana, Yayasan KNCV Indonesia, Yayasan Kasih Suwitno, Yayasan Pelita Ilmu,Yayasan Srikandi Sejati, Yayasan Karisma	WHO USAID TBPS GF ATM
3	Angka Cakupan Penemuan dan Pengobatan TBC	Tim Kerja HIV PIMS Ditjen Yankes Ditjen Farmalkes Ditjen Nakes Ditjen Kesmas	Kemenko PMK Kemenko Perekonomian Kemenko Polhukam Kementerian Dalam Negeri Kementerian Keuangan Kementerian PPN/Bappenas Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi Kementerian Agama Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat Kementerian Ketenagakerjaan Kementerian Komunikasi dan Informatika Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi BRIN BPOM BPJS TNI/POLRI	STPI, Yayasan KNCV Indonesia, POP TB Indonesia, Konsorsium Penabulu STPI, Organisasi masyarakat (Aisyiyah, Yayasan PETA, REKAT, YAMALI TB, KAREBA BAJI (CSO Makassar), PESAT, Perdhaki Medan, Yahbisa (Surabaya), YSKI, Yayasan Mitra Husada dan YMMA (CSO	GF, WHO, UNICEF , USAID



No	Indikator Kinerja Kegiatan	Lintas Program	Lintas Sektor	Mitra/ Organisasi	Kerja sama Luar Negeri
				Medan), BAZNAZ level kota, BPJS level kota, Asosiasi Profesi (IDI, PDPI, KOPI TB)	
4	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai positivity rate (PR) < 5%	Ditjen Farmalkes Ditjen Yankes Ditjen Kesmas BPPSDM BKPK	Kemendagri Setkab Kemenko PMK Kemenkominfo Kemendikbudristek Kementan Kementerian Kelautan Perikanan KLHK Kemensos Kemenag KemenPUPR Kemendes KemenESDM Kemenhub Bappenas TNI POLRI	Industri Padat Karya, Perkebunan, Pertambangan Telekomunikasi, Jasa Keuangan, Jasa transportasi, Retail Pariwisata: Hotel, restoran, wahana wisata Layanan Kesehatan Swasta	GF ATM
5	Persentase penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan kusta tepat waktu	Ditjen Nakes Ditjen Farmalkes Ditjen Yankes Ditjen Kesmas	Kemenko PMK Kementerian Dalam Negeri Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi Kementerian Sosial Kementerian PPN/Bappenas Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi Kementerian Komunikasi dan Informatika Kementerian Pertahanan Kementerian Agama BRIN BPJS	Organisasi Profesi : IDAI PAPDI PERDOSKI PERDOSRI PERDAMI PAMKI PPPMKI IAKMI IDI IBI PPNI PAEI HAKLI LSM : NLR Katamataku PerMaTa Pelita Organisasi Masyarakat : Tim Penggerak PKK MUI	WHO



No	Indikator Kinerja Kegiatan	Lintas Program	Lintas Sektor	Mitra/ Organisasi	Kerja sama Luar Negeri
				PDGI Konferensi Wali Gereja Indonesia PHDI WALUBI MATAKIN NU MUHAMMADI YAH	
6	Persentase pengobatan kasus pneumonia sesuai standar	Direktorat Pengelolaan Imunisasi Direktorat Kesehatan Lingkungan Ditjen Kesmas	Kemenko PMK Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi Kementerian PPN/Bappenas Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat BPJS BRIN BNPB	Organisasi Profesi : IDAI PDPI PAPDI PAMKI PDS Patklin IDI IBI PPNI PAEI IAKMI PDUI PDKI LSM : YSTC	WHO, Unicef, CDC
7	Persentase pengobatan kasus diare sesuai standar	Direktorat Kesehatan Keluarga Direktorat PL Direktorat Tata Kelola Kesmas Ditjen Yankes	Kementerian PUPR Kemenkumham KemenPPPA Kemensos		WHO, Unicef
8	Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini Hepatitis B dan C pada populasi berisiko	Direktorat Tata Kelola Kesmas Ditjen Yankes	Kementerian Sosial Kementerian Hukum dan HAM Kementerian PPPA	LSM: Rumah Cemara, Siklus, YKIS, ADINKES, Yayasan CHAI Yayasan Peduli Hati Bangsa	WHO, CHAI



No	Indikator Kinerja Kegiatan	Lintas Program	Lintas Sektor	Mitra/ Organisasi	Kerja sama Luar Negeri
9	Persentase pasien sifilis yang diobati	Ditjen Yankes Ditjen Farmalkes Ditjen Nakes Ditjen Kesmas	Kementerian Dalam Negeri Kementerian Komunikasi dan Informasi Kementerian Pendidikan Kebudayaan dan Riset Teknologi Kementerian Sosial Kementerian Pariwisata dan Ekonomi Kreatif Kementerian Sosial Kementerian Agama Kementerian Desa Kementerian Pehubungan Kementerian Hukum dan HAM Kemenpora Kemenaker KemenPPPA Kemenkeu KemenPANRB Bappenas BNN BKKBN BRIN BPOM BPJS Kesehatan BUMN BNPB TNI POLRI	LSM Nasional: Rumah Cemara, Siklus, YKIS, ADINKES, Lentera Anak Pelangi , Yayasan Kusuma Buana, Yayasan KNCV Indonesia, Yayasan Kasih Suwitno, Yayasan Pelita Ilmu,Yayasan Srikandi Sejati, Yayasan Karisma	WHO USAID TBPS GF ATM
10	Jumlah desa endemis schistomiasis yang mencapai eliminasi	Direktorat Promkes, Direktorat PL, Kantor Kesehatan Pelabuhan	Bappenas, Kemenko PMK, Kemendagri, Kementan, KLHK, KemenPUPR, Kemendesa, BKPK		WHO
11	Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies	Direktorat Promkes Direktorat Kesling Direktorat PKDR Direktorat Surkarkes Direktorat Tata Kelola Obat Publik BBTKL PP	Kemenko PMK Kementerian PPN/Bappenas Kementerian Dalam Negeri Kementerian Pertanian Kementerian Agama Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi Kementerian Komunikasi dan Informatika BRIN BPOM	PAPDI PDPI PDHI PAEI P4I PEKI PDS PARKI IDI PERDOSI	WHO, FAO, OIE, USAID, UNICEF , CDC,AI HSP



No	Indikator Kinerja Kegiatan	Lintas Program	Lintas Sektor	Mitra/ Organisasi	Kerja sama Luar Negeri
12	Persentase kabupaten/kota dengan Insiden Rate (IR) DBD $\leq$ 10 per 100.000 penduduk	Sekjen Ditjen Yankes Ditjen Kesmas Ditjen Nakes Ditjen Farmalkes Ditjen P2P BKPK	Kemendes Kementerian Komunikasi dan Informatika Kementerian Dalam Negeri Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi Kementerian Keuangan	WMP ITAGI CSR	WHO
13	Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis berhasil menurunkan angka mikrofilaria < 1%	Direktorat Promkes, BTKL, BKPK, Tim Kerja Tular Vektor, Ditjen farmalkes	Kemenko PMK, Kemendagri BRIN	Dept parasitologi FK UI Organisasi Profesi : IDI PAPDI POGI IDAI PDS PARKI P4I PAEI PPNI IBI	WHO
14	Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi	Direktorat Promkes, BTKL, BKPK, Tim Kerja Tular Vektor, Ditjen farmalkes	Kemenko PMK, Kemendagri BRIN	Dept parasitologi FK UI Organisasi Profesi : IDI PAPDI POGI IDAI PDS PARKI P4I PAEI PPNI IBI	WHO

4. Pengukuran Kinerja Indikator Kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular

a. Hasil Kinerja Triwulan I

	Indikator	Target	Capaian TW I					
		2024	Target Jan (s.d bulan)	Capaian s.d Jan	Target Feb (s.d bulan)	Capaian s.d Feb	Target Mar (s.d bulan)	Capaian s.d Maret
1	Persentase orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia yang mendapatkan skrining HIV	90	90% (target tahunan)	7%	90% (target tahunan)	13%	90% (target tahunan)	20%
2	Persentase Orang dengan HIV (ODHIV) baru ditemukan mendapatkan pengobatan ART	90	90% (target tahunan)	77,00%	90% (target tahunan)	76,00%	90% (target tahunan)	76,00%
3	Angka keberhasilan pengobatan TBC	90%	90%	84,6%	90%	84,2%	90%	84,1%
4	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai positivity rate (PR) < 5%	414	414	333	414	333	414	333
5	Persentase penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan kusta tepat waktu	90	90 (target tahunan)	84,97	90 (target tahunan)	84,97	90 (target tahunan)	84,97
6	Persentase pengobatan kasus pneumonia sesuai standar	95	95 (target tahunan)	95,03%	95 (target tahunan)	96,76%	95 (target tahunan)	95,77%
7	Persentase pengobatan kasus diare sesuai standar	85	85% (target tahunan)	91,80%	85% (target tahunan)	92,43%	85% (target tahunan)	94,19%
8	Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini Hepatitis B dan C pada populasi berisiko	100	80	79	80	79	80	79
9	Persentase pasien sifilis yang diobati	90	90% (target tahunan)	76%	90% (target tahunan)	73%	90% (target tahunan)	75%



	Indikator	Target	Capaian TW I					
		2024	Target Jan (s.d bulan)	Capaian s.d Jan	Target Feb (s.d bulan)	Capaian s.d Feb	Target Mar (s.d bulan)	Capaian s.d Maret
10	Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi	28	28 (target tahunan)	16	28 (target tahunan)	16	28 (target tahunan)	16
11	Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies	261	261 (target tahunan)	225	261 (target tahunan)	225	261 (target tahunan)	225
12	Persentase kabupaten/kota dengan Insiden Rate (IR) DBD $\leq$ 10 per 100.000 penduduk	95	95 (Target tahunan)	77	95 (Target tahunan)	56	95 (Target tahunan)	51
13	Jml kabupaten/kota endemis filariasis berhasil menurunkan angka mikrofilaria < 1%	236	236 (target tahunan)	205	236 (target tahunan)	205	236 (target tahunan)	205
14	Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi	190	190 (target tahunan)	108	190 (target tahunan)	109	190 (target tahunan)	109

b. Hasil Kinerja Triwulan II

	Indikator	Target 2024	Capaian TW II					
			Target April (s.d bulan)	Capaian s.d April	Target Mei (s.d bulan)	Capaian s.d Mei	Target Juni (s.d bulan)	Capaian s.d Juni
1	Persentase orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia yang mendapatkan skrining HIV	90	90% (target tahunan)	26%	90% (target tahunan)	34%	90% (target tahunan)	41%
2	Persentase Orang dengan HIV (ODHIV) baru ditemukan mendapatkan pengobatan ART	90	90% (target tahunan)	73,00%	90% (target tahunan)	75,00%	90% (target tahunan)	74,00%
3	Angka keberhasilan pengobatan TBC	90%	90%	83,4%	90%	83,0%	90%%	82,9%
4	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai positivity rate (PR) < 5%	414	414	340	414	340	414	340
5	Persentase penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan kusta tepat waktu	90	90 (target tahunan)	84,97%	90 (target tahunan)	84,97%	90 (target tahunan)	84,97
6	Persentase pengobatan kasus pneumonia sesuai standar	95	95 (target tahunan)	96,08%	95 (target tahunan)	96,61%	95 (target tahunan)	96,13%
7	Persentase pengobatan kasus diare sesuai standar	85	85% (target tahunan)	92,61%	85% (target tahunan)	91,99%	85% (target tahunan)	93,02%
8	Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini Hepatitis B dan C pada populasi berisiko	100	85	88,5	85	89,3	85	90,5
9	Persentase pasien sifilis yang diobati	90	90% (target tahunan)	80%	90% (target tahunan)	91%	90% (target tahunan)	70%
10	Jumlah desa endemis schistosomiasis	28	28 (target tahunan)	16	28 (target tahunan)	16	28 (target tahunan)	16



	Indikator	Target 2024	Capaian TW II					
			Target April (s.d bulan)	Capaian s.d April	Target Mei (s.d bulan)	Capaian s.d Mei	Target Juni (s.d bulan)	Capaian s.d Juni
	yang mencapai eliminasi							
11	Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies	261	261 (target tahunan)	225	261 (target tahunan)	225	261 (target tahunan)	225
12	Persentase kabupaten/kota dengan Insiden Rate (IR) DBD $\leq$ 10 per 100.000 penduduk	95	95 (Target tahunan)	25	95 (Target tahunan)	23	95 (Target tahunan)	22
13	Jml kabupaten/kota endemis filariasis berhasil menurunkan angka mikrofilaria < 1%	236	236 (target tahunan)	205	236 (target tahunan)	205	236 (target tahunan)	205
14	Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi	190	190 (target tahunan)	110	190 (target tahunan)	110	190 (target tahunan)	110

c. Hasil Kinerja Triwulan III

	Indikator	Target 2024	Capaian TW III					
			Target Juli (s.d bulan)	Capaian s.d Juli	Target Agustus (s.d bulan)	Capaian s.d Agustus	Target Sept (s.d bulan)	Capaian s.d Sept
1	Persentase orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia yang mendapatkan skrining HIV	90	90% (target tahunan)	49%	90% (target tahunan)	58%	90% (target tahunan)	65%
2	Persentase Orang dengan HIV (ODHIV) baru ditemukan mendapatkan pengobatan ART	90	90% (target tahunan)	64%	90% (target tahunan)	59%	90% (target tahunan)	70%
3	Angka keberhasilan pengobatan TBC	90%	90%	81,7%	90%	81,1%	90%	81,0%
4	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai positivity rate (PR) < 5%	414	414	340	414	340	414	355
5	Persentase penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan kusta tepat waktu	90	90 (target tahunan)	84,97	90 (target tahunan)	84,97	90 (target tahunan)	84,97
6	Persentase pengobatan kasus pneumonia sesuai standar	95	95 (target tahunan)	96,75%	95 (target tahunan)	97,01%	95 (target tahunan)	97,25%
7	Persentase pengobatan kasus diare sesuai standar	85	85% (target tahunan)	92,05%	85% (target tahunan)	92,05%	85% (target tahunan)	92,05%
8	Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini Hepatitis B dan C pada populasi berisiko	100	90%	96,1	90%	96,1	90%	96,7
9	Persentase pasien sifilis yang diobati	90	90% (target tahunan)	76%	90% (target tahunan)	77%	90% (target tahunan)	78%
10	Jumlah desa endemis schistosomiasis	28	28 (target tahunan)	16	28 (target tahunan)	16	28 (target tahunan)	16



	Indikator	Target 2024	Capaian TW III					
			Target Juli (s.d bulan)	Capaian s.d Juli	Target Agustus (s.d bulan)	Capaian s.d Agustus	Target Sept (s.d bulan)	Capaian s.d Sept
	yang mencapai eliminasi							
11	Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies	261	261 (target tahunan)	225	261 (target tahunan)	225	261 (target tahunan)	225
12	Persentase kabupaten/kota dengan Insiden Rate (IR) DBD $\leq$ 10 per 100.000 penduduk	95	95 (Target tahunan)	15	95 (Target tahunan)	15	95 (Target tahunan)	18,72%
13	Jml kabupaten/kota endemis filariasis berhasil menurunkan angka mikrofilaria < 1%	236	236 (target tahunan)	205	236 (target tahunan)	205	236 (target tahunan)	205
14	Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi	190	190 (target tahunan)	110	190 (target tahunan)	110	190 (target tahunan)	110

d. Hasil Kinerja Triwulan IV

	Indikator	Target 2024	Target dan Capaian TW IV					
			Target Okt (s.d bulan)	Okt	Target Nov (s.d bulan)	Nov	Target Des (s.d bulan)	Des
1	Persentase orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia yang mendapatkan skrining HIV	90	90% (target tahunan)	104%	90% (target tahunan)	95%	90% (target tahunan)	89%
2	Persentase Orang dengan HIV (ODHIV) baru ditemukan mendapatkan pengobatan ART	90	90% (target tahunan)	65	90% (target tahunan)	59	90% (target tahunan)	78
3	Angka keberhasilan pengobatan TBC	90%	90%	83,6%	90%	83,4%	90%	83,00%
4	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai positivity rate (PR) < 5%	414	414	360	414	360	414	360
5	Persentase penderita kusta yang menyelesaikan pengobatan kusta tepat waktu	90	90 (target tahunan)	84,97	90 (target tahunan)	84,97	90 (target tahunan)	84,97
6	Persentase pengobatan kasus pneumonia sesuai standar	95	95 (target tahunan)	98,05	95 (target tahunan)	96,37	95 (target tahunan)	96,82
7	Persentase pengobatan kasus diare sesuai standar	85	85% (target tahunan)	92,07	85% (target tahunan)	92,08	85% (target tahunan)	92,08
8	Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini Hepatitis B dan C pada populasi berisiko	100	100%	97,3	100%		100%	98,05%
9	Persentase pasien sifilis yang diobati	90	90% (target tahunan)	85	90% (target tahunan)	80	90% (target tahunan)	78
10	Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi	28	28 (target tahunan)	16	28 (target tahunan)	16	28 (target tahunan)	16



	Indikator	Target 2024	Target dan Capaian TW IV					
			Target Okt (s.d bulan)	Okt	Target Nov (s.d bulan)	Nov	Target Des (s.d bulan)	Des
11	Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies	261	261 (target tahunan)	225	261 (target tahunan)	225	261 (target tahunan)	225
12	Persentase kabupaten/kota dengan Insiden Rate (IR) DBD $\leq$ 10 per 100.000 penduduk	95	95 (Target tahunan)	13	95 (Target tahunan)	12	95 (Target tahunan)	12
13	Jml kabupaten/kota endemis filariasis berhasil menurunkan angka mikrofilaria < 1%	236	236 (target tahunan)	206	236 (target tahunan)	206	236 (target tahunan)	206
14	Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi	190	190 (target tahunan)	113	190 (target tahunan)	113	190 (target tahunan)	113



TIM PENYUSUN

Penanggungjawab : dr. Ina Agustina Isturini, MKM

Pengarah :
1. dr. Tiffany Tiara Pakasi
2. dr. Endang Lukitosari, MPH
3. dr. Ratna Budi Hapsari, MKM
4. dr. Regina Tiolina Sidjabat, M.Epid
5. dr. Fadjar Surya Mensing Silalahi
6. dr. Hellen Dewi Prameswari, MARS
7. dr. Yulita Evarini Yuzwar, MARS
8. dr. Nani Rizkiyati, M.Kes

Koordinator : Utama Pranata, SE, MKM

Anggota : Retno Trisari, SKM; Megawati Aslyna, SKM, M.Epid; Kristina Sitorus, SKM, MKM; dr. Nur Indah Sri Lestari; Irma Surya Kusuma, SKM, M.Kes; Yayuk Agustin Hapsari, SKM; Sunardi, SKM, MKM; DR. Agus Handito, SKM, M.Epid; Riskha Tiara Pusadewi, SKM; drh. Maya Esrawati; dr. Febby Mayangsari; Bella Agustina Noor Artiarini, SKM; Azkiya Zulfa, SKM