

LAPORAN KINERJA

DIREKTORAT JENDERAL PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT

2024





KATA PENGANTAR



Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmatNya sehingga Laporan Kinerja Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2024 dapat disusun dengan baik.

Mengacu pada Perpres Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP), mengamanatkan untuk menyusun Laporan Kinerja yang terdiri dari Laporan Kinerja Interim dan Laporan Kinerja Tahunan. Sesuai dengan Permen PAN dan RB Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) maka Ditjen P2P menyusun Laporan Kinerja sebagai bentuk pertanggungjawaban atas capaian kerja berdasarkan penggunaan anggaran yang telah dialokasikan. Laporan Kinerja Ditjen P2P merupakan laporan pencapaian kinerja selama Tahun 2024.

Tahun 2024 merupakan tahun terakhir pelaksanaan RPJMN, Renstra Kementerian Kesehatan dan RAP Ditjen P2P periode 2020-2024. Laporan Kinerja Ditjen P2P akan menyajikan capaian dan analisa Indikator Kinerja Program selama Tahun 2024 yang telah ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja Tahun 2024. Capaian kinerja tahun 2024 ini akan dipergunakan sebagai masukan dan penyesuaian dalam perencanaan kinerja tahun 2025-2029

Pada akhirnya, kami berharap dapat memperoleh umpan balik untuk peningkatan kinerja Ditjen P2P melalui perbaikan perencanaan, pengukuran, pelaporan, evaluasi dan pencapaian kinerja, sehingga dapat menilai keberhasilan dan kegagalan dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab serta meningkatkan akuntabilitas dan kredibilitas instansi pemerintah yang akuntabel dan meningkatkan kepercayaan masyarakat.

Semoga informasi yang disajikan dapat bermanfaat bagi kita semua.

Jakarta, 30 Januari 2025
Plt. Direktur Jenderal Pencegahan dan
Pengendalian Penyakit

dr. Yudhi Pramono, MARS



IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Kinerja Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2024 merupakan laporan pertanggungjawaban kinerja Direktur Jenderal P2P kepada Menteri Kesehatan Republik Indonesia dan seluruh Lintas Sektor terkait. Laporan Kinerja Ditjen P2P menjabarkan capaian kinerja yang ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja Ditjen P2P, 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. Rata-rata capaian indikator kinerja pada program P2P tahun 2024 sebesar 105.90% dengan capaian setiap indikator sebagai berikut:

1. Persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi rutin, baru tercapai 46.7% dari target 95% dengan capaian kinerja sebesar 49.16%
2. Persentase cakupan penemuan dan pengobatan kasus HIV (ODHA on ART) tercapai 64% dari target 60% dengan capaian kinerja sebesar 106.67%
3. Cakupan penemuan dan pengobatan kasus TBC, tercapai 76% dari target 90% dengan capaian kinerja sebesar 84.44%
4. Jumlah kabupaten/kota yang mencapai API < 1/1000 penduduk, telah mencapai 456 Kab/Kota dari target 500 Kab/Kota dengan capaian kinerja sebesar 91.20%
5. Proporsi kasus kusta baru tanpa cacat, tercapai 84.27% dari target 90%, dengan capaian kinerja sebesar 93.63%
6. Persentase pengobatan penyakit menular pada balita, tercapai 94.45% dari target 90% atau dengan capaian kinerja sebesar 104.94%
7. Persentase skrining penyakit menular pada kelompok berisiko, tercapai 97.86% dari target 100% atau dengan capaian kinerja sebesar 97.86%
8. Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit tropis terabaikan, tercapai 360 Kab/Kota dari target 316 Kab/Kota atau dengan capaian kinerja sebesar 113.92%
9. Jumlah kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM, tercapai 514 Kab/Kota dari target 514 Kab/Kota atau dengan capaian kinerja sebesar 100%
10. Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pengendalian faktor risiko, tercapai 188 Kab/Kota dari target 90 Kab/Kota atau dengan capaian kinerja sebesar 208.89%
11. Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan, tercapai 88.91% dari target 80% atau dengan capaian kinerja sebesar 111.14%
12. Persentase fasyankes yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveillans berbasis digital, tercapai 96.34% dari target 100%, dengan capaian kinerja 96.34%
13. Persentase kab/kota yang melaksanakan deteksi, pengendalian penyakit resiko Kesehatan yang berpotensi KLB/wabah, tercapai 48.05% dari target 40%, dengan capaian kinerja 120.13%

Pada program dukungan manajemen, dari 4 Indikator Kinerja Program (IKP) Dukungan Manajemen, semua indikator telah mencapai target tahun 2024 yang ditetapkan dengan rata rata capaian IKP Dukungan Manajemen tahun 2024 sebesar 103.96%. Rincian capaian sebagai berikut:

1. Nilai Reformasi Birokrasi, tercapai 90.11% dari target 90.1%, dengan capaian kinerja 100.01%
2. Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, tercapai 91.48% dari target 80.1%, dengan capaian kinerja 114.21%



3. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, tercapai 96.52% dari target 95%, dengan capaian kinerja 101.60%
4. Persentase realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, tercapai 96.02% dari target 96%, dengan capaian kinerja 100.02%

Pagu anggaran Ditjen P2P Tahun Anggaran 2024 adalah Rp. 2.923.033.853.000 dengan realisasi anggaran sebesar Rp. 2.806.822.407.518 atau sebesar 96,02%.



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
IKHTISAR EKSEKUTIF	ii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR GRAFIK	vi
DAFTAR GAMBAR	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. ISU STRATEGIS	2
C. VISI DAN MISI	7
D. TUGAS, FUNGSI DAN STRUKTUR ORGANISASI	8
E. SUMBER DAYA MANUSIA	9
F. SISTEMATIKA PENULISAN	14
BAB II PERENCANAAN KINERJA	15
A. PERENCANAAN KINERJA	15
B. PERJANJIAN KINERJA	21
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA	23
A. CAPAIAN KINERJA PROGRAM P2P	23
B. CAPAIAN KINERJA PROGRAM DUKUNGAN MANAJEMEN	156
C. REALISASI ANGGARAN	179
D. EFISIENSI SUMBER DAYA	183
BAB IV PENUTUP	187
A. KESIMPULAN	187
B. TINDAK LANJUT	187
LAMPIRAN	191



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1.	Tujuan dan Sasaran Strategis Program P2P	16
Tabel 2.2.	Indikator Kinerja Program Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Pada RAP Awal Tahun 2020-2024	18
Tabel 2.3.	Indikator Kinerja Program Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Pada Revisi RAP Tahun 2020-2024	19
Tabel 2.4.	Indikator dalam Perjanjian Kinerja Awal dan Revisi Program Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Tahun 2024	21
Tabel 3.1.	Target dan Capaian Indikator Kinerja Program P2P Tahun 2024	23
Tabel 3.2.	Penduduk Berdasarkan Endemisitas Tahun 2024	60
Tabel 3.3.	Capaian jumlah Kab/Kota dengan API < 1 per 1000 penduduk	61
Tabel 3.4.	Proporsi Kasus Kusta Baru Tanpa Cacat Per Provinsi Tahun 2024*	71
Tabel 3.5.	Kabupaten/Kota yang 80% Puskesmasnya melakukan PANDU PTM dan 70% Puskesmasnya melaksanakan UBM TW IV Tahun 2024	116
Tabel 3.6.	Kab/Kota SBS, TFU, TPP, RS dan PKAM berdasarkan Provinsi Tahun 2024	128
Tabel 3.7.	Analisis SWOT untuk Indikator Kabupaten/Kota Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2024	130
Tabel 3.8.	Target dan Capaian Indikator Kinerja Program Dukungan Manajemen Tahun 2024	156
Tabel 3.9.	Rumusan DO Dan Cara Perhitungan Reformasi Birokrasi	157
Tabel 3.10.	Hasil Capaian Tindak Lanjut Hasil Pemeriksaan BPK	170
Tabel 3.11.	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK Ditjen P2P Yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti Tahun 2024	171
Tabel 3.12.	Pagu dan Realisasi Berdasarkan Unit Eselon I di Lingkungan Kementerian Kesehatan Tahun 2024	178
Tabel 3.13.	Distribusi Pagu Anggaran Berdasarkan Jenis Kegiatan Tahun 2024	179
Tabel 3.14.	Realisasi Anggaran Berdasarkan Jenis Belanja	180
Tabel 3.15.	Realisasi Anggaran Per Indikator Kinerja Tahun 2024	180
Tabel 3.16.	Perbandingan Realisasi Anggaran dan Capaian Kinerja Tahun 2024	182
Tabel 3.17.	Nilai Efisiensi Per Indikator Kinerja Program P2P Tahun 2024	184



DAFTAR GRAFIK

Grafik 1.1.	Distribusi Pegawai pada Ditjen P2P Tahun 2024	10
Grafik 1.2.	Distribusi Pegawai Berdasarkan Status Kepegawaian Tahun 2024	11
Grafik 1.3.	Distribusi pegawai berdasarkan pendidikan Tahun 2024	11
Grafik 1.4.	Distribusi Pegawai Berdasarkan Kelompok Umur Tahun 2024	12
Grafik 1.5.	Distribusi Pegawai Berdasarkan Jenis Kelamin Tahun 2024	12
Grafik 1.6.	Distribusi Pegawai Ditjen P2P Berdasarkan Jabatan Tahun 2024	13
Grafik 1.7.	Distribusi Pegawai Ditjen P2P Berdasarkan Jabatan Fungsional Tahun 2024.....	13
Grafik 3.1.	Target dan Capaian Persentase Kab/Kota Yang Mencapai Imunisasi Rutin Tahun 2022-2024.....	26
Grafik 3.2.	Persentase Kabupaten/kota Yang Mencapai Target Imunisasi Rutin Per Provinsi Tahun 2024	27
Grafik 3.3.	Target dan Capaian Indikator Komposit Imunisasi Rutin Tahun 2024.....	28
Grafik 3.4.	Persentase Kab/Kota dengan 80% Bayi Usia 0-11 Bulan Mendapat Imunisasi Dasar Lengkap Tahun 2020-2024	28
Grafik 3.5.	Persentase Kabupaten/Kota yang Mencapai Anak Usia 12-23 Bulan Mendapat Imunisasi Lanjutan Tahun 2020-2024	29
Grafik 3.6.	Persentase Kabupaten/Kota yang Mencapai Target Persentase Imunisasi Usia Sekolah Lengkap Tahun 2020-2024	30
Grafik 3.7.	Persentase Kabupaten/Kota yang Mencapai Target Persentase Imunisasi Td WUS Tahun 2020-2024	31
Grafik 3.8.	Capaian ODHIV on ART Tahun 2020-2024.....	47
Grafik 3.9.	Capaian Persentase Cakupan Penemuan dan Pengobatan Kasus HIV (ODHIV on ART) Per Provinsi Tahun 2024	48
Grafik 3.10.	Perkembangan Menuju 95-95-95 Tahun 2024	48
Grafik 3.11.	Estimasi Kasus, Notifikasi Kasus dan Kasus TBC Tahun 2020-2024	54
Grafik 3.12.	Target dan Capaian Cakupan Penemuan dan Pengobatan TBC Tahun 2020-2024	55
Grafik 3.13.	Cakupan Penemuan dan Pengobatan Kasus TB per Provinsi Tahun 2024.....	55
Grafik 3.14.	Capaian Jumlah Kabupaten/Kota mencapai API Malaria.....	62
Grafik 3.15.	Capaian Persentase Konfirmasi Pemeriksaan Sediaan Darah Tahun 2024.....	63
Grafik 3.16.	Persentase Pengobatan Standar Tahun 2024	64
Grafik 3.17.	Proporsi Kasus Kusta Baru Tanpa Cacat Tahun 2020-2024	71
Grafik 3.18.	Target dan Capaian Persentase Pengobatan Kasus Pneumonia Sesuai Standar Tahun 2024.....	79
Grafik 3.19.	Persentase Kasus Pneumonia Balita yang diberikan antibiotik per Provinsi Tahun 2024	80
Grafik 3.20.	Target dan Capaian Persentase Pengobatan Diare sesuai Standar	80



Grafik 3.21. Persentase Kasus Diare yang diberikan Oralit dan Zinc	81
Grafik 3.22. Persentase Pengobatan Penyakit Menular Pada Balita Sesuai Standar Tahun 2024.....	81
Grafik 3.23. Target dan Capaian Persentase Skrining Penyakit Menular Pada kelompok Berisiko Tahun 2020–2024	88
Grafik 3.24. Persentase skrining Penyakit Menular Pada Kelompok Berisiko Berdasarkan Provinsi Tahun 2024.....	88
Grafik 3.25. Persentase Ibu Hamil di Skrining Penyakit Menular (Hepatitis B) Berdasarkan Provinsi Tahun 2024.....	89
Grafik 3.26. Target dan Capaian Jumlah Kabupaten/Kota Mencapai Eliminasi Penyakit Infeksi Tropis Terabaikan Tahun 2022–2024	93
Grafik 3.27. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan per Provinsi Tahun 2024	94
Grafik 3.28. Capaian Kab/Kota Eradikasi Frambusia Tahun 2021-2024	95
Grafik 3.29. Jumlah Kabupaten/Kota Endemis Filariasis yang Mencapai Eliminasi Tahun 2018-2024	96
Grafik 3.30. Jumlah Kabupaten/Kota Endemis Rabies yang mencapai Eliminasi Tahun 2022-2024	96
Grafik 3.31. Target dan Capaian Kabupaten/Kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM Tahun 2020-2024.....	102
Grafik 3.32. Capaian Deteksi Dini Hipertensi Tahun 2024.....	103
Grafik 3.33. Cakupan Deteksi Dini Diabetes Mellitus Tahun 2024	104
Grafik 3.34. Cakupan Deteksi Dini Obesitas Tahun 2024.....	105
Grafik 3.35. Cakupan Deteksi Dini Kanker Leher Rahim Tahun 2024.....	106
Grafik 3.36. Cakupan Deteksi Dini Kanker Payudara Tahun 2024	106
Grafik 3.37. Cakupan Deteksi Dini Gangguan Indera Tahun 2024.....	107
Grafik 3.38. Cakupan Deteksi Dini PPOK Tahun 2024	108
Grafik 3.39. Cakupan Deteksi Dini Stroke Tahun 2024.....	109
Grafik 3.40. Cakupan Deteksi Dini Penyakit Jantung Tahun 2024	110
Grafik 3.41. Capaian Jumlah Kabupaten/Kota yang Melakukan Pengendalian Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular (PTM) Tahun 2024.....	114
Grafik 3.42. Jumlah Kabupaten/Kota yang 80% Puskesmasnya melakukan PANDU PTM dan 70% Puskesmasnya melaksanakan UBM Tahun 2024.....	115
Grafik 3.43. Jumlah Kabupaten/Kota di 38 Provinsi yang 80% Puskesmasnya Melakukan PANDU PTM Tahun 2024	121
Grafik 3.44. Jumlah Kabupaten/Kota di 38 Provinsi yang 80% Puskesmasnya Melakukan UBM Tahun 2024.....	121
Grafik 3.45. Tren Jumlah Klien yang Terlayani pada Layanan Konseling Berhenti Merokok melalui Quitline.Ina Periode 2020-2024.....	122
Grafik 3.46. Tren Peningkatan Jumlah Klien yang Berhenti Merokok melalui Quitline.Ina Periode 2020-2024	123
Grafik 3.47. Target dan Capaian Persentase Kabupaten/Kota yang memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2020-2024.....	127



Grafik 3.48. Proporsi Capaian Kabupaten/Kota yang memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2024.....	127
Grafik 3.49. Target dan Capaian Persentase Fasyankes terintegrasi sistem surveilans berbasis digital Tahun 2022-2024	140
Grafik 3.50. Jumlah Labkemas Terintegrasi Digital	141
Grafik 3.51. Puskesmas Klinik Terintegrasi Digital	142
Grafik 3.52. Rumah Sakit Terintegrasi Digital.....	143
Grafik 3.53. Target dan Capaian Persentase Kab/Kota yang melakukan deteksi dan respon potensi KLB/wabah serta pengendalian faktor risiko kesehatan yang berpotensi KLB/wabah Tahun 2023-2024	148
Grafik 3.54. Jumlah Kab/kota yang melakukan deteksi dan respon potensi KLB/wabah serta pengendalian faktor risiko kesehatan yang berpotensi KLB/wabah Berdasarkan Provinsi, Tahun 2024	148
Grafik 3.55. Target dan Capaian Kab/kota melaksanakan respon terhadap sinyal SKDR < 24 jam Berdasarkan Provinsi Tahun 2024	149
Grafik 3.56. Target dan Capaian pintu masuk internasional (Pelabuhan, Bandar Udara, Pos Lintas Batas Darat Negara) yang menyelenggarakan kekarantinaan kesehatan dalam upaya deteksi dan respon penyakit dan/atau faktor risiko potensi KLB/wabah Tahun 2024	150
Grafik 3.57. Capaian kab/kota yang melaksanakan pengendalian vektor dan/atau binatang pembawa penyakit Berdasarkan Provinsi Tahun 2024	151
Grafik 3.58. Capaian kab/kota yang menyusun dokumen rekomendasi dari hasil pemetaan risiko PIE berdasarkan Provinsi Tahun 2024	151
Grafik 3.59. Target dan Capaian Persentase Nilai Reformasi Birokrasi Tahun 2020-2024	158
Grafik 3.60. Capaian Nilai RB Unit Eselon I Kementerian Kesehatan Tahun 2024.....	159
Grafik 3.61. Nilai Kinerja Anggaran Ditjen P2P Tahun 3034	163
Grafik 3.62. Nilai Kinerja Perencanaan Anggaran Ditjen P2P	164
Grafik 3.63. Nilai Kinerja Pelaksanaan Anggaran.....	165
Grafik 3.64. Nilai Kinerja Anggaran Ditjen P2P Tahun 2020-2024	165
Grafik 3.65. Nilai Kinerja Anggaran Unit Eselon I Kemenkes tahun 2024	166
Grafik 3.66. Presentase Target dan Capaian Penyelesaian LHP BPK Tahun 2022-2024	171
Grafik 3.67. Presentase Target dan Capaian Penyelesaian LHP BPK antara Unit Utama Tahun 2024.....	172
Grafik 3.68. Target dan Realisasi Anggaran Ditjen P2P Tahun 2020-2024	177



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1.	Struktur Organisasi Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.....	9
Gambar 3.1.	Gambar Peta Kasus dan KLB PD3I Tahun 2023-2024.....	31
Gambar 3.2.	Kampanye ILM Imunisasi di transportasi umum dan media sosial	35
Gambar 3.3.	Bimbingan teknis, supervisi dan monitoring evaluasi program Imunisasi	36
Gambar 3.4.	Surat Umpan Balik Kementerian Kesehatan untuk Gubernur/Bupati/Walikota, Kepala Dinas Kesehatan.....	37
Gambar 3.5.	Pertemuan Evaluasi dan Penguatan Strategi Capaian Indikator Program Pengelolaan Imunisasi	38
Gambar 3.6.	Pertemuan Sinkronisasi Data Sasaran.....	40
Gambar 3.7.	Pertemuan Koordinasi Jejaring Penguatan Imunisasi Rutin Bersama LP/LS	41
Gambar 3.8.	Sosialisasi, edukasi dan penyampaian informasi kepada masyarakat tentang imunisasi melalui kegiatan Gerakan Masyarakat Sehat	42
Gambar 3.9.	Peningkatan kapasitas petugas bagi Mid Level Manager program imunisasi dan pengelola imunisasi terkait mikroplaning pelaksanaan imunisasi.....	42
Gambar 3.10.	Peninjauan PIN Polio di Papua oleh Presiden RI dan Menteri Kesehatan	44
Gambar 3.11.	Workshop Test and Treat.....	50
Gambar 3.12.	Penyusunan RAN Tahun 2025-2030.....	51
Gambar 3.13.	Kordinasi LPLS Binwil Papua	52
Gambar 3.14.	Peta Endemisitas Malaria di Indonesia Tahun 2024	60
Gambar 3.15.	Penandatanganan deklarasi stakeholder mendukung kegiatan kemoprofilaksis di Kota Palu	74
Gambar 3.16.	<i>On The Job Training</i> (OJT) Kemoprofilaksis dan Sistem Informasi Kusta dan Frambusia (SITASIA).....	76
Gambar 3.17.	<i>Orientasi</i> Penemuan Kasus dan Tatalaksana Pneumonia untuk Petugas Puskesmas.....	83
Gambar 3.18.	Bincang Sehat Kenali Pneumonia	84
Gambar 3.19.	Quitline.INA	124
Gambar 3.20.	Advokasi Kepala Daerah untuk Pembangunan Air Minum dan Sanitasi Tahun 2024	134
Gambar 3.21.	Pemberian Penghargaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM Award) Tahun 2024	136
Gambar 3.22.	Tampilan Dashboard Sistem Informasi SKDR	144
Gambar 3.23.	Workshop Manajemen dan Analisis Data SKDR bagi Kab/ Kota	145
Gambar 3.24.	Infografis dan Buletin Mingguan Kewaspadaan Dini dan Respons	145
Gambar 3.25.	OJT Pemetaan Risiko Penyakit Infeksi Emerging	153



Gambar 3.26. Bimbingan Teknis dan Supervisi surveilans Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit.....	154
---	-----



BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pembangunan kesehatan pada hakikatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan antar upaya program dan sektor, serta kesinambungan dengan upaya-upaya yang telah dilaksanakan dalam periode sebelumnya. Pandemi Covid-19 sangat mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat di seluruh dunia termasuk Indonesia, menyebabkan kematian ratusan ribu orang di seluruh dunia, membuat sistem kesehatan mengalami tekanan yang sangat besar dan mengganggu aktivitas ekonomi dan mengubah perilaku pribadi dan sosial. Pandemi juga menyadarkan bahwa diperlukan ketahanan kesehatan (*resilience*) dan perubahan kebijakan dan strategi dalam menghadapi pandemi.

Oleh karena itu, Presiden Republik Indonesia kepada Kementerian Kesehatan (Kemenkes) yakni percepatan pelaksanaan vaksinasi untuk mewujudkan *herd immunity*, penanganan pandemi secara lebih baik dan berkelanjutan dan transformasi sektor 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. Untuk menjamin pelaksanaan keenam pilar transformasi kesehatan ini maka Kemenkes merevisi Renstra sejak tahun 2022. sehingga akan mencerminkan prinsip dan tujuan dari transformasi kesehatan tersebut. Dalam pelaksanaan arahan Presiden tersebut, telah banyak pencapaian yang diraih diantaranya terkendalnya COVID-19 dan percepatan pelaksanaan program dan kegiatan yang terkendala akibat COVID-19.

Tahun 2024 telah ditetapkan Perjanjian Kinerja antara Ditjen P2P dan Menteri Kesehatan yang memuat indikator dan target kinerja yang harus dihasilkan atas penggunaan anggaran Tahun 2024. Hasil pencapaian kinerja yang dihasilkan disampaikan melalui Laporan Kinerja yang akan memberikan informasi kinerja Ditjen P2P selama Tahun 2024 yang telah ditetapkan dalam dokumen perjanjian kinerja; sebagai bentuk pertanggung jawaban Ditjen P2P dalam mencapai sasaran/tujuan strategis instansi; sebagai upaya perbaikan berkesinambungan bagi Ditjen P2P untuk meningkatkan kinerjanya; sebagai salah satu upaya mewujudkan manajemen pemerintah yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil yang merupakan salah satu agenda penting dalam reformasi pemerintah dan sebagai alat dan bahan evaluasi guna peningkatan kinerja Ditjen P2P di masa depan.



B. ISU STRATEGIS

1. Transformasi Kesehatan

Sejak tahun 2022, pelaksanaan transformasi kesehatan di Indonesia telah menghasilkan banyak pencapaian baik pada transformasi layanan primer maupun pada ketahanan masyarakat. Pada transformasi layanan primer telah dilaksanakan perluasan antigen imunisasi dan Indonesia memiliki komitmen dan kontribusi yang cukup kuat untuk capaian eradikasi polio global dan eliminasi campak rubella serta Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) lainnya. Hal ini tertuang dalam dokumen kebijakan dan strategi pemerintah yang menempatkan imunisasi sebagai agenda utama dalam pencegahan dan pengendalian penyakit yang berpotensi untuk Kejadian Luar Biasa (KLB). Sebagai upaya perlindungan terhadap PD3I, sejak tahun 2023, terdapat 14 jenis vaksin yang wajib dipenuhi, antara lain Hepatitis, BCG, Difteri, Pertusis, Tetanus, *Haemophilus influenzae type B*, *Polio oral*, Polio injeksi, Campak, Rubella, HPV, JE, Rotavirus dan PCV. Pada tahun 2024, tidak ada penambahan jenis antigen, namun terdapat penambahan lokus untuk pelaksanaan imunisasi JE yaitu Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

Notifikasi TBC menunjukkan peningkatan dari tahun 2021-2024, tahun 2021 sebanyak 443.235 kasus TBC ditemukan, meningkat menjadi 724.209 kasus pada tahun 2022, sebanyak 821.200 kasus TBC ditemukan pada tahun 2023 dan 831.328 kasus pada tahun 2024. Indonesia terlibat dalam komitmen global untuk mengakhiri tuberkulosis dituangkan dalam *End TB Strategy* yang menargetkan penurunan kematian akibat TBC hingga 90% pada tahun 2030 dibandingkan dengan tahun 2015, penurunan kejadian TBC sebesar 80% pada tahun 2035 dibandingkan dengan tahun 2015, dan tidak ada rumah tangga yang mengalami biaya katastrofik akibat TBC pada tahun 2030. Dalam *End TB Strategy*, ditekankan bahwa target tersebut diharapkan dapat dicapai dengan inovasi, seperti pengembangan vaksin dan obat TBC baru dengan rejimen jangka pendek. Kementerian Kesehatan menyusun dokumen Peta Jalan Eliminasi Tuberkulosis di Indonesia tahun 2020-2030. Dalam dokumen tersebut, dicantumkan target penurunan insidensi tuberkulosis, mencapai 65 kasus per 10.000 penduduk pada tahun 2030. Target eliminasi TBC tersebut juga tertuang dalam Perpres No. 67/2021 tentang Pengendalian Tuberkulosis.

Three Zero HIV merupakan salah satu strategi dalam penanggulangan HIV-AIDS yakni mengakhiri epidemi HIV pada tahun 2030, yaitu zero infeksi baru HIV, zero kematian terkait AIDS, dan zero stigma-diskriminasi. Jalur cepat (*fast track*) yang ditempuh Indonesia untuk mengakhiri epidemi HIV adalah dengan mencapai 95% Orang Dengan HIV (ODHIV) mengetahui status HIV-nya, 95% ODHIV diobati, dan 95% ODHIV yang diobati mengalami supresi virus. Pada tahun 2024, capaian yang diperoleh yakni sebanyak 70% ODHIV hidup mengetahui status, 55% ODHIV yang mengetahui status sedang pengobatan ARV, dan 54% dari yang sedang pengobatan virusnya tersupresi untuk 95 ketiga. Target 95 kedua dan ketiga menunjukkan peningkatan tren dibandingkan tahun sebelumnya.

Transformasi layanan primer lainnya yakni skrining 9 jenis Penyakit Tidak Menular (PTM) antara lain skrining Diabetes Melitus, Hipertensi, Obesitas, Gangguan Indra,



Kanker Payudara, Kanker Leher Rahim, Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK), stroke dan jantung. Pada tahun 2024, sebanyak 58.316.042 orang (35,83%) dari target sebesar 162.752.614 orang telah mendapatkan skrining obesitas, skrining diabetes melitus sebanyak 43.159.593 orang (36,45%) dari target sebesar 118.404.836 orang, skrining hipertensi sebanyak 41.783.806 orang (21,59%) dari target sebesar 193.449.730 orang, skrining gangguan indera sebanyak 41.463.659 orang (18,15%) dari target sebesar 228.498.791 orang, skrining kanker payudara sebanyak 10.840.869 orang (28,39%) dari target sebesar 42.422.363 orang, skrining kanker leher rahim sebanyak 10.009.882 orang (26,21%) dari target sebesar 42.422.363 orang, skrining PPOK sebanyak 7.086.641 orang (26,21%) dari 24.325.305 orang, skrining stroke sebanyak 3.266.010 orang (30,91%) dari target sebesar 10.565.816 orang, dan skrining jantung sebanyak 684.224 orang (6,4%) dari target sebanyak 10.565.816 orang.

2. Penyakit Tidak Menular

Penyakit Tidak Menular (PTM) menyebabkan kematian pada sekitar 41 juta orang setiap tahunnya dan angka ini setara dengan 74% dari seluruh penyebab kematian di dunia. Sekitar 17 juta orang meninggal sebelum usia 70 tahun akibat PTM dan 86% kematian dini tersebut terjadi di negara dengan pendapatan rendah dan menengah (low-and middle-income countries). Penyakit kardiovaskuler merupakan penyakit tidak menular yang menyebabkan angka kematian tertinggi yakni sekitar 17,9 juta kematian setiap tahunnya, diikuti dengan kanker (9,3 juta kematian), penyakit pernapasan kronik (4,1 juta kematian) dan diabetes (2 juta kematian termasuk penyakit ginjal kronik akibat diabetes). Keempat penyakit tersebut menyebabkan sekitar 80% kematian dini akibat PTM WHO, (2022).

Saat ini, Indonesia tengah menghadapi beban ganda penyakit menular dan tidak menular. Terdapat pergeseran pola penyakit dari tahun 1990 hingga tahun 2019 di Indonesia, di mana penyakit menular seperti tuberkulosis, penyakit diare, dan infeksi saluran pernapasan bawah tetap menjadi penyebab utama kematian dan sumber utama *Disability-adjusted life years* (DALYs) di Indonesia. Namun, dalam periode waktu yang sama, tingkat kematian dan kecacatan pada semua usia akibat penyakit tidak menular serta paparan faktor risikonya menyumbang DALYs yang lebih besar. Lebih dari setengah DALYs lost di Indonesia disebabkan oleh penyakit tidak menular (69%) diantaranya 10,9% disebabkan oleh stroke, 8,6% malignant neoplasms dan 7,7% ischaemic heart disease (GDB 2019; WHO 2019). Tekanan darah sistolik tinggi, konsumsi tembakau, diet tidak sehat, glukosa plasma puasa tinggi, dan indeks massa tubuh yang tinggi merupakan lima risiko utama yang berkontribusi terhadap penurunan kesehatan yang diukur sebagai DALY pada tahun 2019 (IHME, 2020; Tran et al., 2022).

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) mengeluarkan studi terbaru terkait beban penyakit di Indonesia pada tahun 2021 dan hasil studi ini menunjukkan pergeseran pola penyakit periode 2011-2021, namun tidak ada pergeseran yang signifikan. Penyakit stroke dan *ischaemic heart disease* tetap menjadi penyebab kematian utama di Indonesia dengan peningkatan kematian masing-masing sekitar 9.600 dan 17.600. Namun, COVID-19 menduduki peringkat ke-3 penyebab kematian



tertinggi setelah stroke dan penyakit jantung iskemik menggeser posisi tuberkulosis. Pada tahun 2021, penyakit tidak menular menyumbang lebih dari setengah angka kematian (64,4% dari total seluruh kematian) dan DALYs (59,8% dari total DALYs) di Indonesia. Ischaemic heart disease, stroke dan Penyakit Paru Obstruktif Kronik tetap menjadi kontributor angka kematian dan DALYs tertinggi di Indonesia.

Hasil Survei Kesehatan Indonesia Tahun 2023 menunjukkan prevalensi PTM yang terus mengalami peningkatan, antara lain Diabetes Melitus berdasarkan pemeriksaan kadar gula darah sebesar 11,7%, prediabetes untuk GDPT 13,4% dan TGT 18,6, DM ≥ 15 tahun berdasarkan diagnosa dokter 2,2%, jantung berdasarkan diagnosis dokter 0,85%, kolesterol total 11,7%, hipertensi berdasarkan diagnosis 8,0%, berdasarkan pengukuran 29,2%, stroke 8,3%, penyakit ginjal kronis 0,18%, kanker berdasarkan diagnosa Dokter pada semua umur 1,2%.

Sebagian besar PTM memiliki faktor risiko perilaku bersama, yaitu merokok, kurang aktivitas fisik, diet tidak sehat, dan mengonsumsi alkohol. Hasil Survei Kesehatan Indonesia 2023, faktor risiko perilaku penyebab terjadinya PTM antara lain proporsi perilaku merokok pada ≥ 10 tahun sebesar 22,6%, proporsi konsumsi makanan berpemanis ≥ 1 kali per hari pada usia ≥ 3 tahun 47,5%, proporsi kebiasaan konsumsi makanan asin ≥ 1 kali per hari umur ≥ 3 tahun 30,4%, proporsi pola konsumsi makanan berlemak/berkolesterol/Gorengan ≥ 1 kali per hari umur ≥ 3 tahun sebesar 37,4%, proporsi kebiasaan konsumsi makanan yang dibakar ≥ 1 kali per hari umur ≥ 3 tahun sebesar 4,5%, proporsi kurang makan buah/sayur pada umur ≥ 5 tahun sebesar 96,7%, proporsi konsumsi minuman beralkohol dalam 1 bulan terakhir umur ≥ 10 tahun sebesar 2,2%, proporsi aktivitas fisik kurang umur ≥ 10 tahun sebesar 37,4%.

Global Youth Tobacco Survey (GYTS) tahun 2019 menunjukkan bahwa 40,6% pelajar di Indonesia usia 13-15 tahun, 2 dari 3 anak laki-laki dan hampir 1 dari 5 anak perempuan sudah pernah menggunakan produk tembakau. Selain itu, 19,2% pelajar saat ini merokok dan di antara jumlah tersebut, 60,6% bahkan tidak dicegah ketika membeli rokok karena usia mereka, dan dua pertiga dari mereka dapat membeli rokok secara eceran (WHO, Kementerian Kesehatan RI, and CDC, 2019). Selain itu, pada tahun 2021, WHO bersama Kementerian Kesehatan mengeluarkan hasil *The Global Adult Tobacco Survey* (GATS) di mana diketahui bahwa 33,5% dari 68,9 juta penduduk Indonesia merupakan perokok (64,7% laki-laki dan 2,3% perempuan).

3. Penyakit Menular

Infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan infeksi menular seksual (IMS) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di dunia dan Indonesia, dan meluas hingga masalah sosial, ekonomi, dan budaya. Kasus HIV di kawasan Asia Tenggara menyumbang 10% dari total beban HIV di seluruh dunia. Secara nasional, epidemi HIV di Indonesia adalah epidemi terkonsentrasi pada populasi kunci dengan Prevalensi sebesar 0,26%. Hasil Survei Terpadu Biologi dan Perilaku (STBP) populasi kunci tahun 2018 menunjukkan prevalensi HIV pada populasi kunci di atas 10%. Terjadi pergeseran pola penularan HIV di mana pada awal tahun 2000 penularan HIV pada penggunaan jarum suntik bersama di kalangan Penasun, sedangkan pada tahun



2020 penularan melalui hubungan seksual merupakan cara penularan HIV utama. Epidemi HIV di Tanah Papua (Provinsi Papua dan Papua Barat) merupakan epidemi meluas tingkat rendah, dengan angka prevalensi HIV pada populasi umum sebesar 2,3% (STBP Tanah Papua, 2013). Kecenderungan prevalensi HIV lebih tinggi (2,9%) terjadi di wilayah pegunungan dan populasi suku Papua, sementara di dataran rendah dan perkotaan, prevalensi berada di bawah 2,3%. Data capaian tahun 2024 menunjukkan estimasi ODHIV sebanyak 568.401 orang, ODHIV yang masih hidup dan mengetahui status sebanyak 344.099 ODHIV (61%), ODHIV yang sedang mendapatkan pengobatan ARV sebanyak 219.081 (64%) dan ODHIV sedang dalam pengobatan ARV yang dites viral load dengan hasil virusnya tersupresi sebanyak 117.402 (54%). (SIHA, per 05 Januari 2025).

Tuberkulosis masih menjadi masalah kesehatan global hingga sekarang. Pada tahun 2022, secara global diperkirakan sebanyak 10,6 juta kasus TBC, meningkat sekitar 2,9% dibandingkan pada tahun 2021 sebanyak 10,3 juta kasus. Dengan demikian angka insidensi meningkat sekitar 8,8% dari tahun 2021. Berdasarkan *Global TB Report WHO 2023*, Indonesia merupakan negara dengan beban Tuberkulosis (TBC) tertinggi kedua di dunia, setelah India. Dua per tiga beban kasus TBC global ada di 8 negara sebagai berikut: India menyumbang kasus TBC sebesar 27%, Indonesia 10%, Cina 7,1%, Filipina 7%, Pakistan 5,7%, Nigeria 4,5%, Bangladesh 3,6% dan Republik Demokratik Kongo 3%.

Diestimasikan di Indonesia terdapat 1.060.000 kasus TBC baru setiap tahunnya dengan angka kematian mencapai 134.000 kasus. Estimasi jumlah kasus TBC anak pada tahun 2022 sebesar 205.000, meningkat lebih dari 2 kali lipat dari periode sebelumnya, dengan demikian kasus TBC anak memiliki presentase 18,6% di antara jumlah kasus TBC seluruhnya di Indonesia. Berdasarkan *Global TB Report 2023* juga diketahui bahwa terjadi peningkatan jumlah pasien TB dengan status HIV positif pada tahun 2021 hanya 22.000 kasus meningkat menjadi 24.000 kasus, TB kebal obat (MDR/ RR) semula hanya 28.000 kasus menjadi 31.000 kasus. Namun jika dilihat berdasarkan jenis kelamin, maka jumlah pasien TB laki – laki menurun dari sebelumnya sebanyak 637.000 kasus menjadi 608.000 kasus, sedangkan jumlah pasien yang wanita meningkat dari sebelumnya hanya 332.000 kasus menjadi 452.000 kasus.

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%). Secara global, pada tahun 2023, jumlah kematian diperkirakan mencapai 597.000, dengan tingkat kematian 13,7 per 100.000. Kawasan Afrika terus menanggung beban kematian terberat, dengan 95% dari perkiraan kematian akibat malaria di seluruh dunia. 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, 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. Kematian akibat malaria diperkirakan berkurang sebesar 82,9%, dari sekitar 35.000 pada tahun 2000 menjadi 6.000 pada tahun 2023. India dan Indonesia menyumbang sekitar 88% dari semua kematian malaria yang diperkirakan di wilayah ini pada tahun 2023. 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.

Penyakit Tropis Terabaikan (*Neglected Tropical Diseases/NTDs*) adalah sekelompok penyakit tropis yang beragam dan sangat umum terjadi pada populasi berpendapatan rendah di wilayah berkembang. Secara global penyakit ini telah membebani lebih dari 1 milyar penduduk di dunia terutama di daerah tropis dan subtropis WHO telah mengelompokkan 20 jenis penyakit sebagai penyakit tropis terabaikan dan delapan diantaranya ada di Indonesia. Dalam Pertemuan ke 73 *World Health Assembly* (WHA) secara *virtual* tanggal 12 November 2020, WHO telah meluncurkan *Roadmap* untuk penyakit tropis terabaikan (*Neglected Tropical Diseases/NTDs*) tahun 2021–2030. Sejalan dengan hal tersebut, Indonesia telah menargetkan eliminasi dan eradikasi pada penyakit NTDs pada tahun 2030 diantaranya adalah eradikasi frambusia, eliminasi filariasis dan eliminasi rabies.

Sebanyak 882 juta orang di 44 negara di seluruh dunia hidup di daerah endemis penyakit filariasis dan beresiko tertular penyakit ini. Indonesia telah menetapkan 236 kabupaten/kota di 32 provinsi sebagai daerah endemis filariasis. Program eliminasi filariasis menjadi memiliki agenda utama yaitu melaksanakan kegiatan Pemberian Obat Pencegahan secara Massal Filariasis untuk memutus rantai penularan Filariasis pada penduduk di semua Kabupaten/Kota Endemis Filariasis serta tatalaksana kasus kronis filariasis. Pada tahun 2022, sebanyak 168.239 kasus frambusia telah dilaporkan terjadi di 11 negara di dunia. Frambusia juga diketahui tercantum dalam rencana nasional penanggulangan penyakit pada 4 negara, termasuk Indonesia. Disebutkan bahwa untuk dapat mendapatkan sertifikasi eradikasi frambusia, nantinya suatu negara harus dapat membuktikan ketiadaan frambusia dengan melaporkan hasil surveilans aktif dan survei serologi pada anak-anak.

Indonesia hingga kini masih menjadi penyumbang kasus baru kusta nomor 3 terbesar di dunia. Sebanyak 14.376 kasus baru ditemukan sepanjang tahun 2023 dengan proporsi kasus anak 8,2% dan kasus baru tanpa cacat 84,8%. 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 Tata laksana Kusta. Tahun 2023, dilaporkan sebanyak 68 kasus frambusia dari 6 kabupaten/kota di Provinsi Maluku Utara, Papua, dan Papua Barat. 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.

Penyakit rabies endemis di lebih dari 150 negara di seluruh dunia. Meskipun rabies dapat dicegah, penyakit ini diperkirakan membunuh 59.000 orang di dunia setiap tahunnya. Sekitar 40% dari korban rabies adalah anak-anak berusia di bawah 15 tahun di Asia dan Afrika. Sembilan puluh sembilan persen dari kasus manusia di Asia dan Afrika disebabkan oleh gigitan anjing yang terinfeksi. Sebelumnya, respon global terhadap rabies masih terfragmentasi dan tidak terkoordinasi. Tahun 2016, untuk pertama kalinya Badan Kesehatan Dunia (World Health Organization), Badan Pangan dan Pertanian Dunia (Food and Agriculture Organization), Badan Kesehatan Hewan Dunia (Office International des Epizooties), dan Global Alliance for Rabies Control (GARC) bergabung untuk mendukung negara-negara di seluruh dunia dalam mempercepat aksi-aksi menuju eliminasi rabies yang ditularkan oleh anjing tahun 2030.

C. VISI DAN MISI

Visi Nasional pembangunan jangka panjang Indonesia adalah terciptanya manusia yang sehat, cerdas, produktif, dan berakhlak mulia serta masyarakat yang makin sejahtera dalam pembangunan yang berkelanjutan. 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 yakni “Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian, Berlandaskan Gotong Royong”.

Untuk melaksanakan visi Presiden 2020-2024 tersebut, Kementerian Kesehatan menjabarkan visi Presiden di bidang kesehatan, yaitu “Menciptakan Manusia yang Sehat, Produktif, Mandiri dan Berkeadilan”. Ditjen P2P menjabarkan visi Presiden dan Kementerian Kesehatan tersebut dalam visi bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit yakni “Mewujudkan masyarakat bebas penyakit dan kesehatan lingkungan yang berkualitas”

Dalam rangka mencapai terwujudnya visi Presiden yakni “Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian, Berlandaskan Gotong Royong”, maka telah ditetapkan 9 (sembilan) misi Presiden tahun 2020-2024, yakni antara lain 1) Peningkatan Kualitas Manusia Indonesia; 2) Penguatan Struktur Ekonomi yang Produktif, Mandiri dan



Berdaya Saing; 3) Pembangunan yang Merata dan Berkeadilan; 4) Mencapai Lingkungan Hidup yang Berkelanjutan; 5) Kemajuan Budaya yang Mencerminkan Kepribadian Bangsa; 6) Penegakan Sistem Hukum yang Bebas Korupsi, Bermartabat, dan Terpercaya; 7) Perlindungan bagi Segenap Bangsa dan Memberikan Rasa Aman pada Seluruh Warga; 8) Pengelolaan Pemerintahan yang Bersih, Efektif, dan Terpercaya; 9) 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, yakni 1) Meningkatkan Kesehatan Reproduksi, Ibu, Anak, dan Remaja; 2) Perbaikan Gizi Masyarakat; 3) Meningkatkan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit; 4) Pembudayaan GERMAS; dan 5) Memperkuat Sistem Kesehatan. Untuk mewujudkan tercapainya visi, Ditjen P2P telah menetapkan misi periode tahun 2022-2024 yang merupakan penjabaran misi Presiden dan Kementerian Kesehatan yakni:

1. Peningkatan Deteksi, Pencegahan dan Respon Penyakit;
2. Perbaikan Kualitas Lingkungan;
3. Penguatan sistem surveilans berbasis laboratorium penyakit dan faktor risiko;
4. Penguatan sistem tata kelola kesehatan

D. TUGAS, FUNGSI DAN STRUKTUR ORGANISASI

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 5 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, susunan organisasi Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit terdiri atas:

1. Sekretariat Direktorat Jenderal;
2. Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular;
3. Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular;
4. Direktorat Pengelolaan Imunisasi;
5. Direktorat Surveilans dan Kekarantinaan Kesehatan; dan
6. Direktorat Penyehatan Lingkungan.

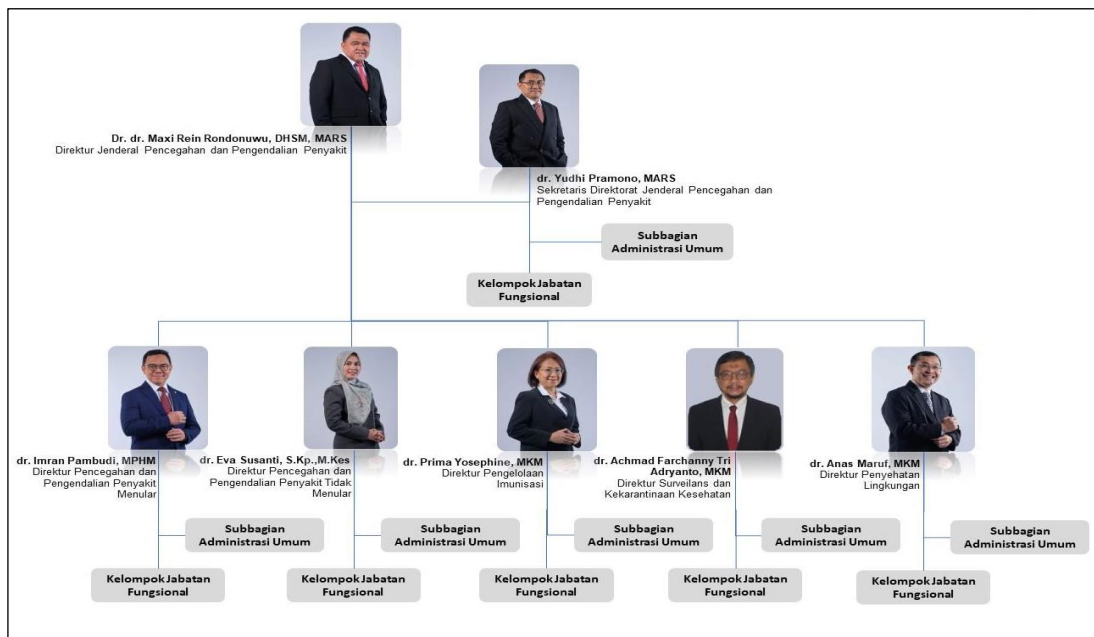
Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit mempunyai tugas menyelenggarakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit. Dalam melaksanakan tugas, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit melaksanakan fungsi antara lain sebagai berikut:

1. Perumusan kebijakan di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular, penyakit menular langsung dan tidak langsung, surveilans dan kekarantinaan kesehatan, dan penyehatan lingkungan;
2. Pelaksanaan kebijakan di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular, penyakit menular langsung dan tidak langsung, surveilans dan kekarantinaan kesehatan, dan penyehatan lingkungan;
3. Penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular, penyakit menular langsung dan tidak langsung, surveilans dan kekarantinaan kesehatan, dan penyehatan lingkungan;

4. Pemberian bimbingan teknis dan supervisi di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular, penyakit menular langsung dan tidak langsung, surveilans dan kekarantinaan kesehatan, dan penyehatan lingkungan;
5. Pelaksanaan evaluasi dan pelaporan di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular, penyakit menular langsung dan tidak langsung, surveilans dan kekarantinaan kesehatan, dan penyehatan lingkungan;
6. Pelaksanaan administrasi Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit; dan
7. Pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Menteri.

Struktur organisasi Ditjen P2P mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan digambarkan dalam grafik dibawah ini:

**Gambar 1.1. Struktur Organisasi
Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit**



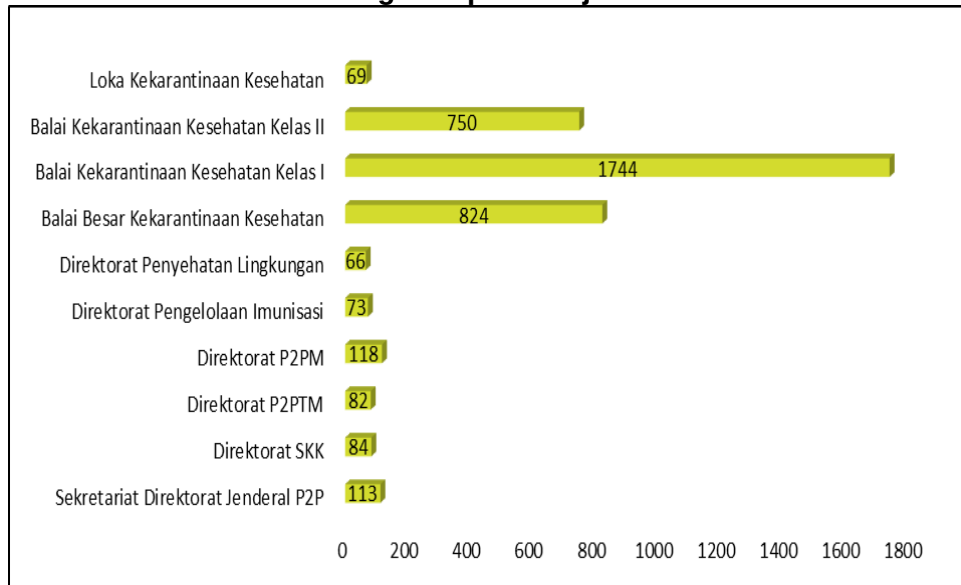
E. SUMBER DAYA MANUSIA

Dalam pelaksanaan tugas dan fungsinya, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit didukung oleh 3923 pegawai dari berbagai bidang keahlian dan jabatan dengan rincian sebagai berikut:

1. Distribusi Pegawai Berdasarkan Kelompok Satuan Kerja

Pegawai Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit tersebar pada 6 Satuan Kerja Kantor Pusat dan 51 Satuan Kerja Unit Pelaksana Teknis (UPT). Distribusi pegawai Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit tahun 2024 pada grafik dibawah ini:

Grafik 1.1. Distribusi Pegawai pada Ditjen P2P Tahun 2024



Sumber Data: Tim Kerja Kepegawaian dan Umum, Desember 2024

Data diatas menunjukkan jumlah distribusi pegawai pada satuan kerja Kantor Pusat dan Satuan Kerja Unit Pelaksana Teknis Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Distribusi pegawai satuan kerja Kantor Pusat berasal dari Sekretariat Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit sebanyak 113 pegawai, Direktorat Surveilans dan Kekarantinaan Kesehatan sebanyak 84 pegawai, Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular sebanyak 82 pegawai, Direktorat Pengelolaan Imunisasi sebanyak 73 pegawai.

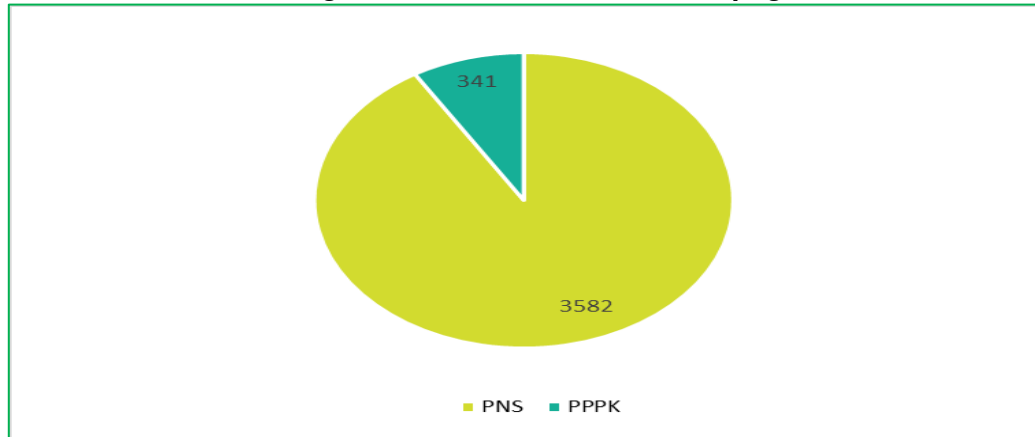
Jumlah Pegawai Satuan Kerja Kantor Pusat terbanyak ada di Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular sebanyak 118 pegawai, dan paling sedikit di Direktorat Penyehatan Lingkungan sebanyak 66 Pegawai. Untuk Satuan Kerja Unit Pelaksana Teknis, jumlah pegawai terbanyak tersebar di 26 Balai Kekarantinaan Kelas I yakni sebanyak 1744 orang, selanjutnya 7 Balai Besar Kekarantinaan Kesehatan yakni sebanyak 824 orang, 16 Balai Kekarantinaan Kesehatan Kelas II sebanyak 751, dan 2 Loka Kekarantinaan Kesehatan sebanyak 69 pegawai.

2. Distribusi Pegawai Berdasarkan Status Kepegawaian

Pegawai Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit terdapat dua status kepegawaian yaitu Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK). Distribusi pegawai berdasarkan kelompok umur dapat dilihat pada grafik berikut ini:



Grafik 1.2. Distribusi Pegawai Berdasarkan Status Kepegawaian Tahun 2024

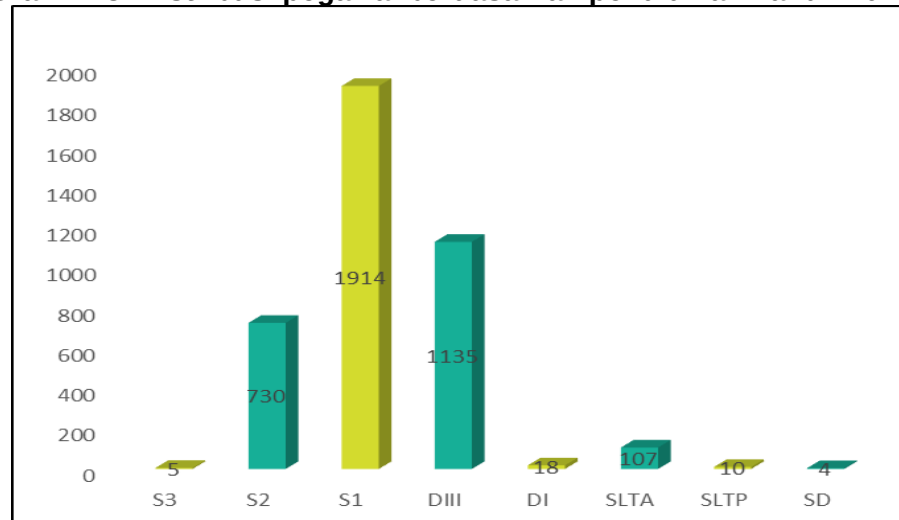


Sumber Data: Tim Kerja Kepegawaian dan Umum, Desember 2024

3. Distribusi Pegawai Berdasarkan Pendidikan

Pegawai Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit memiliki latar belakang Pendidikan yang beragam. Distribusi pegawai berdasarkan Jenjang Pendidikan dilingkungan Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit sebagaimana terlihat pada grafik berikut ini:

Grafik 1.3. Distribusi pegawai berdasarkan pendidikan Tahun 2024



Sumber Data: Tim Kerja Kepegawaian dan Umum, Desember 2024

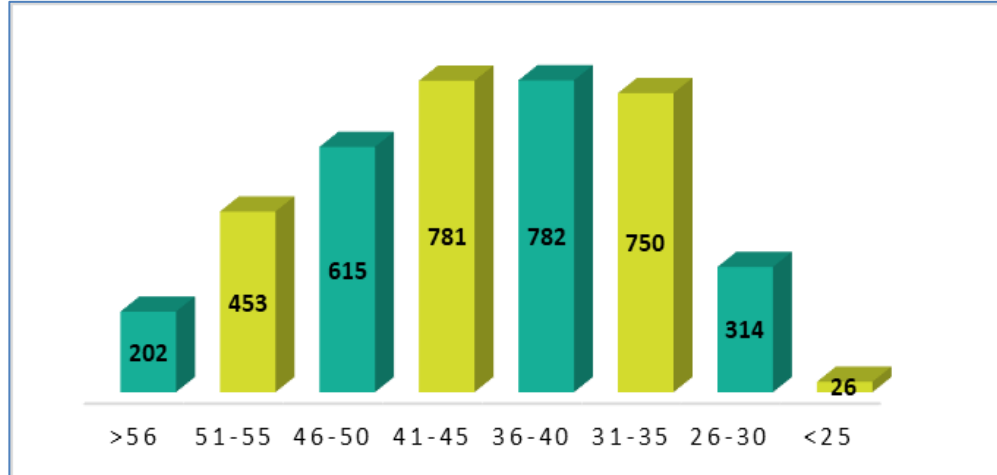
Berdasarkan grafik di atas, pegawai dengan pendidikan S1 mendominasi jumlah terbesar, yaitu sebanyak 1.917 pegawai, disusul pegawai dengan pendidikan DIII sebanyak 1.135 pegawai, Pendidikan S2 menempati urutan berikutnya dengan jumlah 731 pegawai, dan pegawai dengan tingkat pendidikan Sekolah Dasar merupakan jumlah terkecil sebanyak 4 pegawai.



4. Distribusi Pegawai Berdasarkan Kelompok Umur

Pegawai Sekretariat Ditjen P2P terbagi menjadi beberapa kelompok umur. Distribusi pegawai berdasarkan kelompok umur dapat dilihat pada grafik berikut ini:

Grafik 1.4. Distribusi Pegawai Berdasarkan Kelompok Umur Tahun 2024



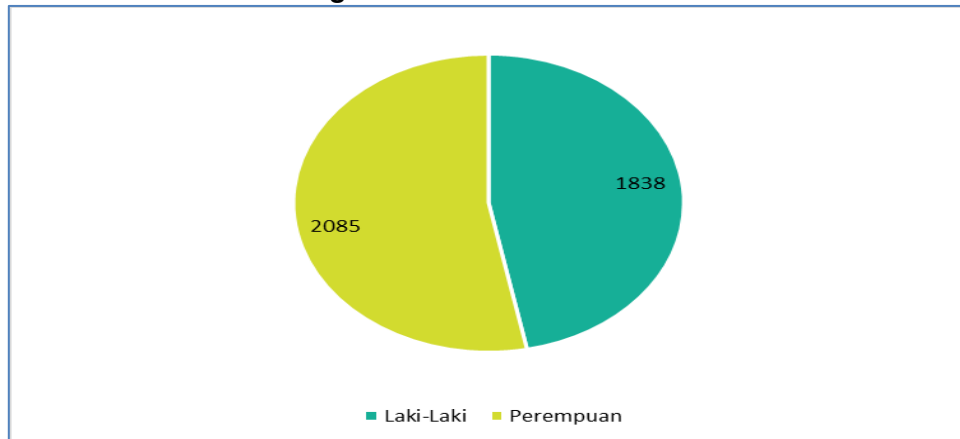
Sumber Data: Tim Kerja Kepegawaian dan Umum, Desember 2024

Distribusi pegawai Ditjen P2P, dengan kelompok umur terbanyak yaitu pada kelompok umur 36-40 tahun sebanyak 782 orang, dan diikuti kelompok umur 41-45 tahun sebanyak 781 orang. Sedangkan kelompok umur paling sedikit yaitu pada kelompok umur <25 tahun yaitu 26 orang.

5. Distribusi Pegawai Berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan jenis kelamin, Ditjen P2P memiliki jumlah pegawai perempuan lebih banyak dengan jumlah pegawai laki-laki. Adapun jumlah pegawai perempuan sebanyak 2085 orang (53,14%) dan jumlah pegawai laki-laki sebanyak 1838 orang (46,85%). Distribusi pegawai berdasarkan jenis kelamin sesuai grafik berikut ini:

Grafik 1.5. Distribusi Pegawai Berdasarkan Jenis Kelamin Tahun 2024



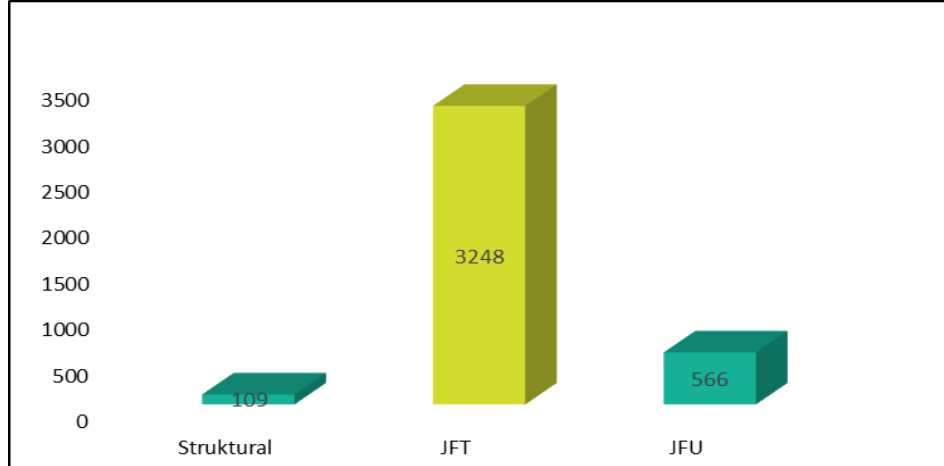
Sumber Data: Tim Kerja Kepegawaian dan Umum, Desember 2024



6. Distribusi Pegawai Berdasarkan Jabatan

Pegawai Ditjen berdasarkan jabatan terbagi menjadi jabatan pelaksana, jabatan struktural, dan jabatan fungsional tertentu, seperti pada grafik berikut ini:

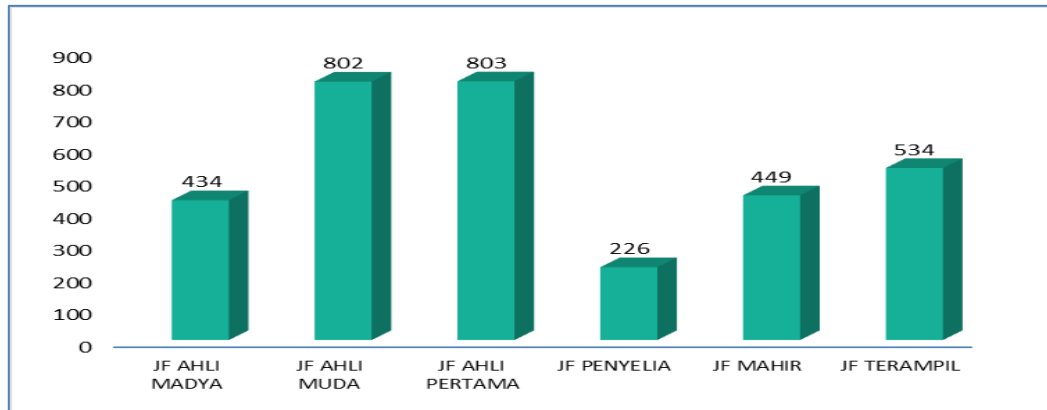
Grafik 1.6. Distribusi Pegawai Ditjen P2P Berdasarkan Jabatan Tahun 2024



Sumber Data: Tim Kerja Kepegawaian dan Umum, Desember 2024

Berdasarkan grafik di atas, maka jabatan terbanyak pada Ditjen P2P adalah jabatan fungsional tertentu sebanyak 3248 orang, jabatan fungsional umum/jabatan pelaksana sebanyak 566 orang dan struktural sebanyak 109 orang. Adapun jumlah jabatan fungsional tertentu yang berada di Ditjen P2P dapat dilihat pada grafik di bawah ini:

Grafik 1.7. Distribusi Pegawai Ditjen P2P Berdasarkan Jabatan Fungsional Tahun 2024



Sumber Data: Tim Kerja Kepegawaian dan Umum, Desember 2024

Grafik di atas menunjukkan jabatan fungsional terbanyak pada jabatan fungsional ahli pertama yakni sebanyak 803 orang, berikutnya ahli muda sebanyak 802 orang dan paling sedikit adalah jabatan fungsional penyelia sebanyak 226 orang.



F. 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 perencanaan dan perjanjian kinerja Ditjen P2P Tahun 2024.

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 kesimpulan umum atas capaian kinerja organisasi serta langkah tindak lanjut dimasa mendatang yang akan dilakukan organisasi.



BAB II

PERENCANAAN KINERJA

A. PERENCANAAN KINERJA

Periode tahun 2020-2024 merupakan tahapan terakhir dari RPJPN 2005-2025, sehingga merupakan periode pembangunan jangka menengah yang sangat penting dan strategis. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 akan mempengaruhi pencapaian target pembangunan RPJPN. Sesuai dengan RPJPN Tahun 2005-2025, sasaran pembangunan jangka menengah 2020-2024 adalah mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil, dan makmur, tatanan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil dan makmur, khususnya dalam program pencegahan dan pengendalian penyakit dalam bidang kesehatan ditandai dengan terjaminnya ketahanan sistem kesehatan melalui kemampuan dalam melakukan pencegahan, deteksi, dan respons terhadap ancaman kesehatan global.

Pada tahun 2022, Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan periode Tahun 2020-2024 mengalami revisi, yang diikuti dengan Revisi Rencana Aksi Program (RAP) Ditjen P2P. Sejak diterbitkannya Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan, yang mengatur mengenai uraian tugas pokok dan fungsi Kementerian Kesehatan sampai level Eselon I. Kementerian Kesehatan merubah Organisasi dan Tata Kerja (OTK) melalui Permenkes No. 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan. Adanya perubahan OTK ini menjadi salah satu dasar revisi Renstra Kemenkes melalui Permenkes No 13 tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategi Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Perubahan Struktur Organisasi Kementerian Kesehatan ini juga secara otomatis akan merubah struktur program dan kegiatan di Direktorat Jenderal P2P.

Selain itu, revisi Renstra juga dilakukan karena terjadinya pandemi Covid-19 sehingga dibutuhkan kebijakan dan strategi untuk menghadapi perubahan yang terjadi dari berbagai sektor dan Kementerian Kesehatan itu sendiri. Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit sebagai salah satu program di Kementerian Kesehatan yang terkait langsung dengan pengendalian pandemi memiliki peran kunci untuk menjamin dimasa depan kejadian Pandemi COVID-19 dan penyakit lain tidak terjadi, serta menjamin semua program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit dapat berjalan sesuai dengan tahapan pengendalian penyakit yakni Reduksi, Eliminasi dan Eradikasi. Tahun 2024 merupakan tahun terakhir pelaksanaan program dan kegiatan yang telah ditetapkan dalam Renstra Kemenkes dan Rencana Aksi Program P2P. Pada tahun 2022 telah ditetapkan 13 sasaran Program P2P yang harus dilaksanakan pada tahun 2022-2024 yakni sebagai berikut:



Tabel 2.1. Tujuan dan Sasaran Strategis Program P2P

No	Tujuan	Sasaran Strategis Program
1	Terwujudnya Pencegahan dan Pengendalian Penyakit yang komprehensif dan berkualitas serta penguatan pemberdayaan masyarakat	1. Meningkatnya upaya pencegahan penyakit 2. Menurunnya infeksi penyakit HIV 3. Menurunnya Insiden TBC 4. Meningkatnya kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria 5. Meningkatnya kabupaten/ Kota yang mencapai eliminasi Kusta 6. Meningkatnya Pencegahan dan pengendalian penyakit menular 7. Tidak meningkatnya prevalensi obesitas pada penduduk usia > 18 tahun 8. Menurunnya persentase merokok penduduk usia 10-18 tahun
2	Terwujudnya Kabupaten/Kota Sehat.	9. Meningkatnya jumlah kabupaten/kota sehat
3	Terciptanya sistem surveilans berbasis laboratorium penyakit dan faktor risiko diwilayah dan pintu masuk.	10. Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium 11. Meningkatnya Pelayanan kekarantina di pintu masuk negara dan wilayah 12. Meningkatnya pelayanan surveilans dan laboratorium kesehatan masyarakat
4	Terbangunnya tata kelola program yang baik, transparan, partisipatif dan akuntabel.	13. Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya pada Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

Guna mencapai sasaran strategis program P2P, telah ditetapkan arah kebijakan Ditjen P2P yakni mendukung Sistem Kesehatan yang tangguh, dengan penekanan pada perluasan dan penambahan jenis vaksinasi, penemuan dan tatalaksana kasus penyakit menular di masyarakat dan pelayanan kesehatan (primer dan rujukan), meningkatkan skrining dan tatalaksana Penyakit Tidak Menular di pelayanan primer, surveilans berbasis laboratorium dan peningkatan kualitas lingkungan serta penyelenggaraan kesehatan dengan tata kelola pemerintahan yang baik, didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi.

Arah kebijakan program P2P kemudian dirincikan dalam strategi peningkatan pengendalian penyakit, melalui peningkatan pengendalian penyakit dengan perhatian khusus pada jantung, stroke, hipertensi, diabetes, kanker, tuberkulosis, malaria, HIV/AIDS, *emerging diseases*, penyakit yang berpotensi menimbulkan kejadian luar biasa, penyakit tropis terabaikan (kusta, filariasis, schistosomiasis), dan gangguan penglihatan. Selengkapya strategi ini mencakup:



1. Pencegahan dan pengendalian faktor risiko penyakit utama, seperti diet tidak sehat, merokok, kurang aktivitas fisik, menggunakan tembakau dan alkohol; termasuk perluasan cakupan deteksi dini, penguatan surveilans real time, pengendalian vektor, dan perluasan layanan berhenti merokok;
2. Penguatan health security terutama peningkatan kapasitas untuk pencegahan, deteksi, dan respons cepat terhadap ancaman penyakit termasuk penguatan sistem kewaspadaan dini (*early warning systems*) kejadian luar biasa dan karantina kesehatan;
3. Peningkatan cakupan penemuan kasus dan pengobatan serta penguatan tata laksana penanganan penyakit;
4. Pengendalian resistensi antimikroba;
5. Pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian penyakit dan penguatan sanitasi total berbasis masyarakat.

Dalam rangka menjamin tercapainya tujuan strategis program, sasaran strategis program, maka ditetapkan Indikator Kinerja Program, maka ditetapkan Sasaran Program, Indikator Kinerja Program (IKP). Pada Renstra dan RAP Ditjen P2P awal ditetapkan IKP sebagai berikut:

1. Persentase Orang dengan HIV-AIDS yang menjalani Terapi ARV (ODHA on ART) sebesar 60% pada akhir tahun 2024;
2. Persentase angka keberhasilan pengobatan TBC (TBC succes rate) sebesar 90% pada akhir tahun 2024;
3. Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria sebanyak 405 kabupaten/kota pada akhir tahun 2024;
4. Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi kusta sebanyak 514 kabupaten/kota pada akhir tahun 2024;
5. Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi sebanyak 190 kabupaten/kota pada akhir tahun 2024;
6. Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan perokok usia < 18 tahun sebanyak 350 kabupaten/kota pada akhir tahun 2024;
7. Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM sebanyak 514 kabupaten/kota pada akhir tahun 2024;
8. Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap anak usia 0-11 bulan sebesar 95% pada akhir tahun 2024;
9. Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan penyalahgunaan napza sebanyak 514 kabupaten/kota pada akhir tahun 2024;
10. Persentase kabupaten/kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM sebesar 86% pada akhir tahun 2024;
11. Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan sebanyak 472 kabupaten/kota pada akhir tahun 2024.
12. Persentase faktor resiko penyakit di pintu masuk yang dikendalikan sebesar 100% pada akhir tahun 2024;
13. Persentase rekomendasi hasil surveilans faktor risiko dan penyakit berbasis laboratorium yang dimanfaatkan sebesar 100% pada akhir tahun 2024.

Indikator Kinerja Program Ditjen P2P tahun 2020-2024 pada RAP awal digambarkan dalam tabel berikut ini:

Tabel 2.2. Indikator Kinerja Program Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Pada RAP Awal Tahun 2020-2024

SASARAN	INDIKATOR		TARGET				
			2020	2021	2022	2023	2024
Menurunnya penyakit menular, penyakit tidak menular serta meningkatnya kesehatan jiwa	1.	Persentase Orang Dengan HIV-AIDS yang menjalani Terapi ARV (ODHA on ART)	40	45	50	55	60
	2.	Persentase angka keberhasilan pengobatan TBC (TBC succes rate)	90	90	90	90	90
	3.	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria	325	345	365	385	405
	4.	Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi kusta	416	436	458	482	514
	5.	Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi	80	93	106	150	190
	6.	Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan perokok usia < 18 tahun	50	100	175	275	350
	7.	Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM	52	129	232	360	514
	8.	Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap anak usia 0-11 bulan	79,3	83,8	87,9	91,6	95
	9.	Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini masalah kesehatan jiwa dan penyalahgunaan napza	330	380	430	480	514
	10.	Persentase kabupaten/kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM	56	65	74	83	86
	11.	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan	42	172	283	383	472
	12.	Persentase faktor resiko penyakit di pintu masuk yang dikendalikan	86	89	93	97	100

SASARAN	INDIKATOR	TARGET				
		2020	2021	2022	2023	2024
	13. Persentase rekomendasi hasil surveilans faktor risiko dan penyakit berbasis laboratorium yang dimanfaatkan	80	85	90	95	100

Pada Tahun 2022 dilakukan revisi Renstra Kemenkes dan RAP Ditjen P2P periode tahun 2020-2024. Terdapat beberapa perubahan IKP Ditjen P2P, secara lengkap Indikator Kinerja Program Ditjen P2P digambarkan dalam tabel berikut ini:

Tabel 2.3. Indikator Kinerja Program Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Pada Revisi RAP Tahun 2020-2024

No	Sasaran Program (Outcome)/Sasaran Kegiatan (Output)/Indikator		Lokasi	Target		
				2022	2023	2024
A	Sasaran Program: Meningkatnya upaya pencegahan penyakit		34 Provinsi			
	1	Persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi rutin		75	85	95
B	Sasaran Program: Menurunnya Infeksi penyakit HIV		34 Provinsi			
	2	Persentase cakupan penemuan dan pengobatan kasus HIV (ODHA on ART)		45	50	60
C	Sasaran Program: Menurunnya Insiden TBC		34 Provinsi			
	3	Cakupan penemuan dan pengobatan kasus TBC		90	90	90
D	Sasaran Program: Meningkatnya kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria		34 Provinsi			
	4	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai API < 1/1000 penduduk		484	495	500
E	Sasaran Program: Meningkatnya kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta		34 Provinsi			
	5	Proporsi kasus kusta baru tanpa cacat		89	90	90
F	Sasaran Program: Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit menular		34 Provinsi			
	6	Persentase pengobatan penyakit menular pada Balita		50	70	90
	7	Persentase skrining penyakit menular pada kelompok berisiko		95	100	100

No	Sasaran Program (Outcome)/Sasaran Kegiatan (Output)/Indikator		Lokasi	Target		
				2022	2023	2024
	8	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi peyakit tropis terabaikan		166	236	316
G	Sasaran Program: Tidak meningkatnya prevalensi obesitas pada penduduk usia > 18 tahun		34 Provinsi			
	9	Jumlah kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM		514	514	514
H	Sasaran Program: Menurunnya persentase merokok penduduk usia 10-18 tahun		34 Provinsi			
	10	Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pengendalian faktor risiko		43	63	90
I	Sasaran Program: Meningkatnya jumlah kabupaten/kota sehat		34 Provinsi			
	11	Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan		40	65	80
J	Sasaran Program: Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium					
	12	Persentase fasyankes yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveilans berbasis digital	34 Provinsi	60	90	100
	13	Persentase kab/kota yang melaksanakan deteksi, pengendalian penyakit dan faktor resiko Kesehatan yang berpotensi KLB/wabah		-	30	40

Pada tahun 2024, sejalan dengan berubahnya kebijakan terkait dengan penanggung jawab Balai Laboratorium Kesehatan Masyarakat dari Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit ke Ditjen Kesehatan Masyarakat, maka diikuti dengan penyesuaian indikator Persentase kabupaten/kota yang memiliki laboratorium kesehatan masyarakat dengan kemampuan surveilans beralih menjadi tanggung jawab Ditjen Kesehatan Masyarakat. Pada tahun 2024, Ditjen P2P mendapatkan penambahan indikator terkait Surveilans dan Kekarantinaan Kesehatan yakni indikator Persentase kab/kota yang melaksanakan deteksi. Indikator ini telah diusulkan pada tahun 2023 tetapi baru dimasukkan dalam perjanjian kinerja tahun 2024.



B. PERJANJIAN KINERJA

Perjanjian Kinerja Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit merupakan dokumen pernyataan dan kesepakatan kinerja atas penggunaan anggaran antara Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit dengan Menteri Kesehatan Republik Indonesia untuk mewujudkan target-target Indikator Kinerja Program Ditjen P2P. Perjanjian Kinerja Ditjen P2P disusun berdasarkan indikator yang tertuang dalam Rencana Rencana Aksi Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2020-2024 dan telah mendapat persetujuan anggaran. Perjanjian Kinerja Ditjen P2P Tahun 2024 telah ditandatangani dan target-target kinerja sasaran kegiatan yang ingin dicapai Ditjen P2P meliputi Indikator Sasaran Strategis (ISS), Indikator Kinerja Program (IKP) dan Indikator Kinerja Kegiatan dalam dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2024.

Pada bulan September 2024, dilakukan Pertemuan Tiga Pihak dalam Rangka Pembahasan Usulan Revisi Rencana Kerja (Renja) Kementerian Kesehatan Tahun yakni Kemenkes, Kementerian Keuangan dan Bappenas yang menghasilkan beberapa perubahan dan perubahan target kinerja pada semua Eselon I yakni pada indikator Nilai Reformasi Birokrasi semula target 98 menjadi 90.1 dan target indikator Nilai Kinerja Anggaran semula 95 menjadi 80.1. Perubahan target tersebut telah disesuaikan dalam Revisi Perjanjian Kinerja Tahun 2024 antara Eselon I dengan Menteri Kesehatan. Selain itu, pada Perjanjian Kinerja Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2024 awal telah dialokasikan anggaran sebesar Rp. 1.668.852.243.000, tetapi pada akhir Desember dilakukan revisi Perjanjian Kinerja dengan perubahan anggaran Ditjen P2P menjadi Rp. 2.923.033.853.000. Perjanjian Kinerja Ditjen P2P awal dan revisi Tahun 2024 digambarkan dalam tabel berikut ini:

Tabel 2.4. Indikator dalam Perjanjian Kinerja Awal dan Revisi Program Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Tahun 2024

Perjanjian Kinerja Tahun 2024 (Awal)		Perjanjian Kinerja Tahun 2024 (Revisi)	
Indikator	Target	Indikator	Target
Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit			
Persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi rutin	95	Persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi rutin	95
Persentase cakupan penemuan dan pengobatan kasus HIV (ODHA on ART)	60	Persentase cakupan penemuan dan pengobatan kasus HIV (ODHA on ART)	60
Cakupan penemuan dan pengobatan kasus TBC	90	Cakupan penemuan dan pengobatan kasus TBC	90
Jumlah kabupaten/kota yang mencapai API < 1/1000 penduduk	500	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai API < 1/1000 penduduk	500
Proporsi kasus kusta baru tanpa cacat	90	Proporsi kasus kusta baru tanpa cacat	90
Persentase pengobatan penyakit menular pada Balita	90	Persentase pengobatan penyakit menular pada Balita	90
Persentase skrining penyakit menular pada kelompok berisiko	100	Persentase skrining penyakit menular pada kelompok berisiko	100

Perjanjian Kinerja Tahun 2024 (Awal)		Perjanjian Kinerja Tahun 2024 (Revisi)	
Indikator	Target	Indikator	Target
Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi peyakit tropis terabaikan	316	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi peyakit tropis terabaikan	316
Jumlah kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM	514	Jumlah kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM	514
Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pengendalian faktor risiko	90	Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pengendalian faktor risiko	90
Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan	80	Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan	80
Persentase fasyankes yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveillans berbasis digital	100	Persentase fasyankes yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveillans berbasis digital	100
Persentase kab/kota yang melaksanakan deteksi, pengendalian penyakit dan faktor resiko Kesehatan yang berpotensi KLB/wabah	40	Persentase kab/kota yang melaksanakan deteksi, pengendalian penyakit dan faktor resiko Kesehatan yang berpotensi KLB/wabah	40
Program Dukungan Manajemen			
Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	98	Nilai Reformasi Birokrasi Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	90.01
Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	95	Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	80.1
Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	95	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	95
Persentase realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	96	Persentase realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	96



BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. CAPAIAN KINERJA PROGRAM P2P

Capaian kinerja Program P2P menggambarkan hasil pelaksanaan Rencana Aksi Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit meliputi capaian indikator dibandingkan target dan penjelasan capaian kinerja secara lengkap. Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan capaian Indikator Kinerja Program (IKP) dengan target kinerja dari masing-masing indikator kinerja yang telah ditetapkan dalam perjanjian kinerja Tahun 2024. Capaian kinerja dipantau secara berkala dan dilaporkan dalam Laporan Kinerja Semester dan Laporan Kinerja Tahunan. Berikut ini adalah target dan perkembangan capaian IKP pencegahan dan pengendalian penyakit tahun 2024:

Tabel 3.1. Target dan Capaian Indikator Kinerja Program P2P Tahun 2024

SASARAN	INDIKATOR	TARGET	CAPAIAN	KINERJA
Meningkatnya upaya pencegahan penyakit	Persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi rutin	95	46.7	49.16%
Menurunnya Infeksi penyakit HIV	Persentase cakupan penemuan dan pengobatan kasus HIV (ODHA on ART)	60	64	106.67%
Menurunnya Insiden TBC	Cakupan penemuan dan pengobatan kasus TBC	90	76	84.44%
Meningkatnya kabupaten/ kota yang mencapai eliminasi malaria	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai API < 1/1000 penduduk	500	456	91.20%
Meningkatnya kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta	Proporsi kasus kusta baru tanpa cacat	90	84.27	93.63%
Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit menular	Persentase pengobatan penyakit menular pada balita	90	94.45	104.94%
	Persentase skrining penyakit menular pada kelompok berisiko	100	97.86	97.86%
	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit tropis terabaikan	316	360	113.92%
Tidak meningkatnya prevalensi obesitas pada penduduk usia > 18 tahun	Jumlah kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM	514	514	100.00%
Menurunnya persentase merokok penduduk usia 10-18 tahun	Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pengendalian faktor risiko	90	188	208.89%

SASARAN	INDIKATOR	TARGET	CAPAIAN	KINERJA
Meningkatnya jumlah kabupaten/kota sehat	Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan	80	88.91	111.14%
Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	Persentase fasyankes yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveilans berbasis digital	100	96.34	96.34%
	Persentase kab/kota yang melaksanakan deteksi, pengendalian penyakit dan faktor risiko kesehatan yang berpotensi KLB/wabah	40	48.05	120.13%
Rata-Rata Capaian Kinerja		106.02%		

Dari 13 Indikator Kinerja Program (IKP) Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2024, terdapat 6 indikator yang melebihi target yang ditetapkan, 1 indikator mencapai target 100% sedangkan 6 indikator belum mencapai target tahunan. Rata rata capaian IKP tahun 2024 sebesar 106.02%. Bila dibandingkan dengan rata-rata capaian target tahun 2023 yakni sebesar 104%, maka rata-rata capaian tahun 2024 telah mengalami peningkatan sebesar 2%.

Gambaran atas upaya peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit sampai tahun 2024 dijelaskan pada 13 Indikator Kinerja Program P2P di bawah ini:

1) Persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi rutin sebesar 95%

a. Penjelasan Indikator

Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit sehingga apabila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan menjadi sakit, atau hanya akan mengalami sakit ringan. Pemberian imunisasi tidak hanya memberikan kekebalan spesifik pada individu yang bersangkutan, tetapi juga dapat membentuk kekebalan kelompok (*herd immunity*). Kekebalan kelompok di suatu daerah, dalam hal ini kabupaten/kota dapat terbentuk apabila cakupan imunisasi tinggi dan merata. Indikator yang digunakan untuk mengukur hal tersebut adalah persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi rutin. Indikator ini merupakan indikator komposit yang terpenuhi melalui pencapaian target satu indikator utama yaitu cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL), dan salah satu dari empat indikator pendukung yaitu cakupan Imunisasi Lanjutan Baduta, Imunisasi Antigen Baru, Imunisasi Lanjutan Usia Sekolah dan cakupan Status Imunisasi T2+ pada ibu hamil.

Berubahnya indikator ini sejalan dengan perubahan paradigma mengenai konsep imunisasi lengkap, yang semula hanya imunisasi dasar lengkap, dimana kelengkapan imunisasi cukup hanya imunisasi dasar yang harus dilengkapi sebelum anak berusia 1 tahun, menjadi imunisasi rutin lengkap. Paradigma imunisasi rutin lengkap ini merangkul berbagai kelompok sasaran imunisasi rutin yang merupakan kelompok rentan yaitu bayi, anak usia bawah dua tahun (baduta),



dan anak usia sekolah, dan juga menegaskan bahwa tidak cukup seorang anak mendapatkan imunisasi dasar secara lengkap saja akan tetapi harus dilanjutkan hingga seorang anak menyelesaikan sekolah dasarnya. Selanjutnya, penting untuk menjaga cakupan status imunisasi T2+ pada ibu hamil dalam kategori tinggi di tingkat kabupaten/kota.

Setiap indikator memiliki target pencapaian masing-masing untuk dapat memastikan bahwa setiap kelompok mendapatkan perlindungan yang optimal melalui pemberian imunisasi. Dengan tercapainya target pada tingkat kabupaten/kota untuk masing-masing indikator tersebut, maka diharapkan konsep kekebalan kelompok pada sasaran imunisasi rutin dapat lebih menyeluruh.

b. Definisi Operasional

Persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi rutin yaitu jumlah kabupaten/kota yang minimal 2 indikator kegiatan mencapai target (Cakupan IDL, cakupan Antigen Baru, Cakupan Imunisasi Lanjut Baduta, Imunisasi lanjutan lengkap di usia sekolah dan cakupan WUS yang memiliki status T2+). Adapun definisi operasional dan target indikator komposit Persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi rutin adalah sebagai berikut:

1. Persentase bayi usia 0-11 bulan yang mendapat IDL dengan target 80% adalah Persentase anak usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar lengkap meliputi 1 dosis Hepatitis B pada usia 0-7 hari, 1 dosis BCG, 4 dosis Polio tetes (bOPV), 1 dosis Polio suntik (IPV), 3 dosis DPT-HB-Hib, serta 1 dosis Campak Rubella (MR) di satu wilayah dalam kurun waktu 1 tahun.
2. Persentase bayi usia 0-11 bulan yang mendapat antigen baru dengan target 80% adalah Persentase anak usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar antigen baru, meliputi imunisasi PCV dan imunisasi rotavirus sesuai dosis jenis vaksin yang digunakan dalam kurun waktu satu tahun.
3. Persentase anak usia 12-24 bulan yang mendapat imunisasi lanjutan baduta dengan target 80%, adalah Persentase anak usia 12-24 bulan yang mendapat imunisasi lanjutan baduta (bawah 2 tahun) meliputi 1 dosis imunisasi DPT-HB-Hib serta 1 dosis imunisasi Campak Rubella di satu wilayah dalam kurun waktu 1 tahun.
4. Persentase anak yang mendapatkan imunisasi lanjutan lengkap di usia sekolah dasar dengan target 90%, adalah Persentase anak usia kelas 6 Sekolah Dasar (SD) yang sudah mendapat imunisasi lanjutan lengkap meliputi 1 dosis imunisasi DT, 1 dosis imunisasi Campak Rubella, 2 dosis imunisasi Td di satu wilayah dalam kurun waktu satu tahun.
5. Persentase wanita usia subur yang memiliki status imunisasi T2+ dengan target 100%, adalah Persentase ibu hamil yang sudah memiliki status imunisasi T2+ di satu wilayah dalam kurun waktu satu tahun.

Dalam melakukan penilaian dan perhitungan, indikator persentase kabupaten/kota mencapai target imunisasi rutin didapat melalui jumlah kabupaten/kota yang mencapai target cakupan IDL sebagai indikator utama, dan minimal mencapai

target salah satu indikator pendukung yaitu cakupan antigen baru/cakupan imunisasi lanjutan baduta/ imunisasi lanjutan lengkap di usia sekolah/cakupan WUS yang memiliki status T2+.

c. Rumus/cara perhitungan

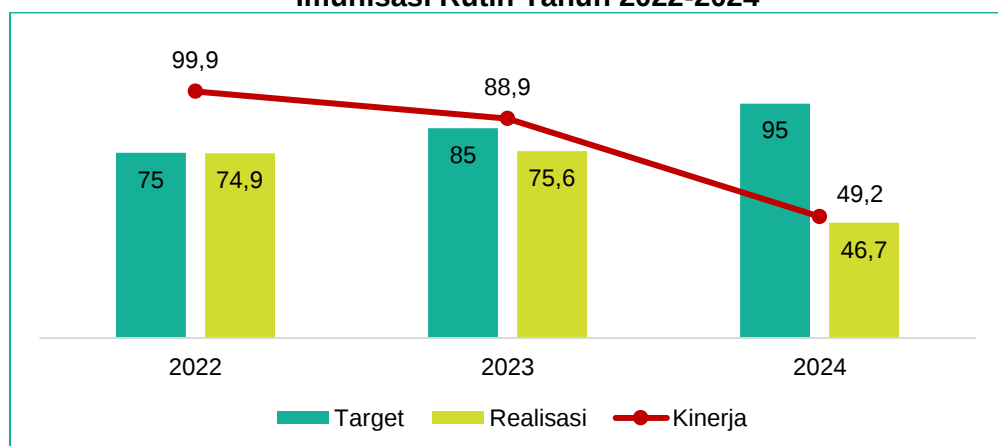
Cara perhitungan indikator ini adalah Jumlah kabupaten/kota dengan minimal 2 indikator kegiatan mencapai target (cakupan IDL, dan cakupan antigen baru/ cakupan imunisasi lanjut baduta/imunisasi lanjutan lengkap di usia sekolah/ cakupan WUS yang memiliki status T2+) dibagi dengan jumlah kabupaten/kota di kali 100 persen.

Persentase Kabupaten/Kota yang mencapai imunisasi rutin	=	$\frac{\text{Jumlah Kab/Kota yang mencapai target IDL dan minimal salah satu target cakupan antigen baru, lanjut baduta, lanjutan lengkap di usia sekolah dan cakupan WUS yang memiliki status T2+}}{\text{Jumlah Kab/Kota}} \times 100\%$
---	---	--

d. Capaian Indikator

Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang mencapai imunisasi rutin menggambarkan kinerja program imunisasi di Kabupaten/Kota. Indikator persentase kabupaten/kota mencapai target imunisasi rutin merupakan komposit dari beberapa indikator dalam program imunisasi yaitu Imunisasi Dasar Lengkap (IDL), Imunisasi Lanjutan Baduta, Imunisasi Antigen Baru, Imunisasi pada Anak Usia Sekolah dan Status Imunisasi T2+ pada Wanita Usia Subur (WUS). Berdasarkan tren capaian kab/kota yang mencapai imunisasi rutin tahun 2020-2024 belum mencapai target yang diharapkan. Tahun 2024 persentase kab/kota yang mencapai imunisasi rutin sebesar 46.7% atau 240 kabupaten/kota dari target 95% (488 kabupaten/kota). Pencapaian ini hanya berkontribusi sebesar 49.2% dari target tahunan (95%), sehingga masih terdapat gap capaian yang cukup besar. Tren capaian imunisasi rutin pada tahun 2022- 2024 digambarkan pada grafik berikut ini:

Grafik 3.1. Target dan Capaian Persentase Kab/Kota Yang Mencapai Imunisasi Rutin Tahun 2022-2024



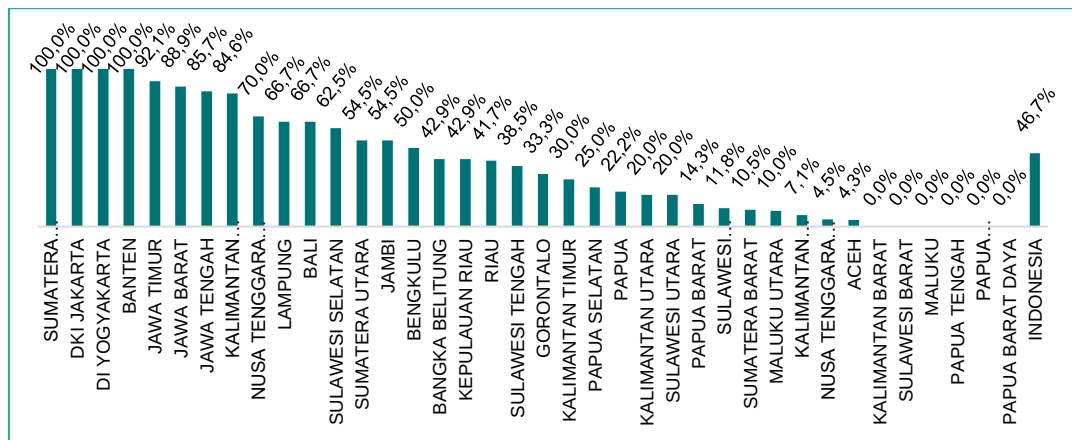
Sumber data: Laporan Direktorat Imunisasi per 31 Januari 2025



Grafik diatas menunjukkan terjadi penurunan capaian indikator Kab/Kota yang mencapai imunisasi rutin pada tahun 2022-2024 dengan pencapaian terendah pada tahun 2024. Faktor yang mempengaruhi tidak tercapainya indikator kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi rutin antara lain disebabkan karena pencatatan dan pelaporan yang tidak update dalam Aplikasi Sehat Indonesiaku (ASIK). Selain itu faktor penghambat pencapaian lainnya yakni *demand* masyarakat terhadap imunisasi masih rendah, kendala dalam pemenuhan ketersediaan vaksin sehingga pelayanan imunisasi tidak bisa dilaksanakan dengan baik, pemahaman yang kurang tentang manfaat imunisasi dan bahaya jika tidak diimunisasi (miss informasi), kekhawatiran terhadap pemberian imunisasi ganda, rotasi petugas yang sudah terlatih.

Untuk percepatan pencapaian target imunisasi rutin maka Ditjen P2P melakukan inovasi yakni Pelaksanaan Sepekan Mengejar Imunisasi/PENARI yang diinisiasi pada bulan Juli 2024 melalui KMK No. HK.01.07-MENKES-1056-2024 tentang Sepekan Mengejar Imunisasi. Pelaksanaan PENARI dilakukan 3 kali setahun pada momen Pekan Imunisasi Dunia, Hari Kemerdekaan RI dan Hari Kesehatan Nasional. Gambaran pencapaian imunisasi rutin berdasarkan Provinsi digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.2. Persentase Kabupaten/kota Yang Mencapai Target Imunisasi Rutin Per Provinsi Tahun 2024



Sumber data: Laporan Direktorat Imunisasi per 31 Januari 2025

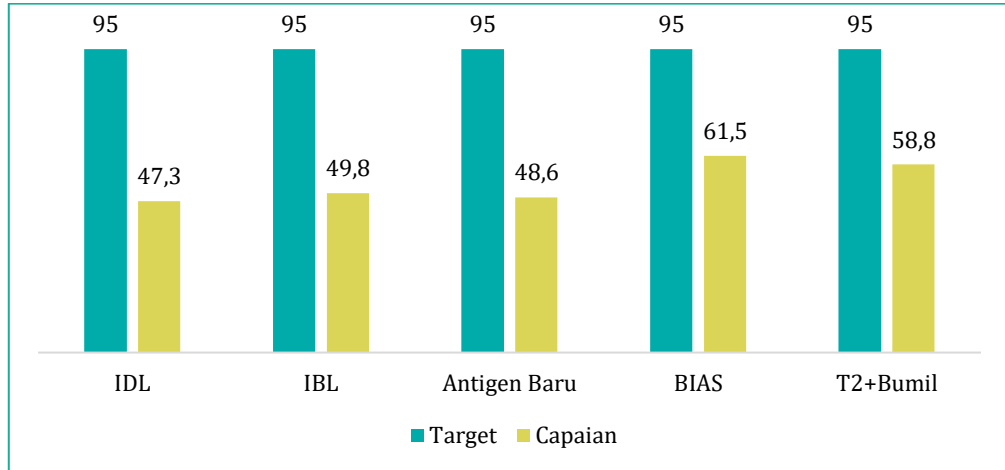
Grafik diatas menunjukkan bahwa sebaran indikator Kabupaten/kota yang mencapai target Imunisasi Rutin per provinsi cukup beragam dari yang sudah mencapai target sebanyak 4 provinsi yakni Provinsi Sumatera Selatan, DKI Jakarta, DI Yogyakarta dan Jawa Tengah, sedangkan Provinsi lainnya tidak mencapai target, dan terdapat 7 provinsi dengan tidak ada kabupaten kota yang mencapai target.

Untuk dapat membandingkan pencapaian kinerja indikator komposit, maka dilakukan perbandingan persentase kabupaten/kota dari masing-masing indikator komposit yakni Imunisasi Dasar Lengkap (IDL), Imunisasi Baduta Lanjutan (IBL),



Imunisasi Antigen Baru, Imunisasi BIAS dan Imunisasi WUS selama tahun 2024. Adapun capaian setiap indikator komposit digambarkan sebagai berikut:

Grafik 3.3. Target dan Capaian Indikator Komposit Imunisasi Rutin Tahun 2024



Sumber data : Laporan Direktorat Pengelolaan Imunisasi per 31 Januari 2025

Dari grafik diatas terlihat bahwa semua indikator komposit imunisasi rutin belum ada yang mencapai target pada tahun 2024 dengan capaian terendah pada persentase kabupaten/kota yang mendapatkan imunisasi Antigen Baru yang mencapai 47,3%, dan capaian tertinggi pada persentase kabupaten/kota yang mencapai Imunisasi pada anak usia sekolah sebesar 61,5%. Indikator Imunisasi Dasar Lengkap sebagai indikator komposit utama jika tidak mencapai target, meskipun capaian indikator komposit pendukung mencapai target, maka tidak akan dapat mengungkit capaian kabupaten/kota imunisasi rutin. Tren target dan capaian IDL sebagai berikut:

Grafik 3.4. Persentase Kab/Kota dengan 80% Bayi Usia 0-11 Bulan Mendapat Imunisasi Dasar Lengkap Tahun 2020-2024



Sumber data : Laporan Direktorat Pengelolaan Imunisasi per 31 Januari 2025

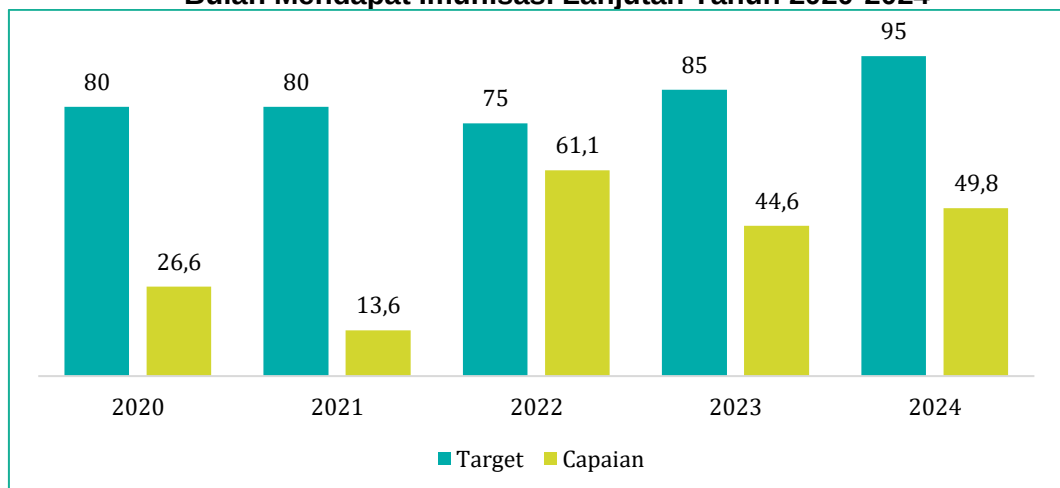
Grafik diatas menunjukkan bahwa Persentase Kab/Kota dengan minimal 80% bayi usia 0-11 bulan yang mendapat Imunisasi Dasar Lengkap mengalami fluktuatif



selama 5 tahun terakhir dan cenderung menurun selama 3 tahun terakhir yakni 56,2% atau 289 Kab/Kota pada tahun 2020, menjadi 60.3% atau 310 Kab/Kota pada tahun 2021 dan 78.4% atau 403 Kab/Kota pada tahun 2022. Akan tetapi, mengalami penurunan pada tahun 2023 sebanyak 357 kabupaten/kota atau 69% yang berhasil mencapai target, dan pada tahun 2024 terjadi penurunan menjadi 240 kabupaten/kota atau sebesar 47.3%.

Sebagai bentuk monitoring dan evaluasi terhadap hasil pelaksanaan imunisasi lanjutan pada baduta di tingkat kabupaten/kota, maka digunakan indikator persentase imunisasi pada anak usia baduta. Dengan mempertimbangkan indikator tersebut, maka target ini pula yang digunakan untuk menilai dan membandingkan capaian pada persentase kabupaten/kota yang mencapai target anak usia 12-23 bulan mendapat imunisasi lanjutan baduta tahun 2020-2024, dengan capaian digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.5. Persentase Kabupaten/Kota yang Mencapai Anak Usia 12-23 Bulan Mendapat Imunisasi Lanjutan Tahun 2020-2024



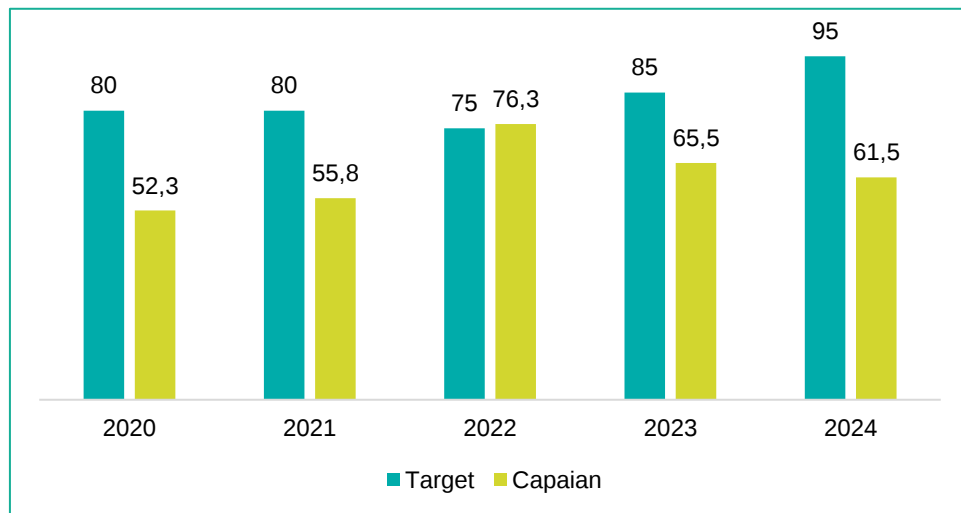
Sumber data: Laporan Direktorat Pengelolaan Imunisasi per 31 Januari 2024

Grafik diatas menunjukkan bahwa capaian kabupaten/kota yang mencapai 80% anak usia 12-23 bulan mendapat imunisasi lanjutan baduta belum ada yang mencapai target setiap tahunnya, dimana capaian tertinggi pada tahun 2022 (61.1%). Pada tahun 2023, dari target 85% (437 kabupaten/kota), baru mampu mencapai 44,6% atau sebanyak 229 kabupaten/kota. hal ini dikarenakan masih adanya penolakan, dan kurangnya pemahaman orang tua mengenai pentingnya imunisasi lanjutan pada baduta menjadi salah satu alasan yang mempengaruhi rendahnya pencapaian indikator. Pada tahun 2024 capaian menurun, hanya 256 kabupaten/kota atau 49,8% yang mencapai target imunisasi lanjutan usia 12-23 bulan.

Salah satu tujuan pemberian imunisasi pada anak usia sekolah adalah untuk memberikan kekebalan optimal pada anak usia sekolah dan mencegah terjadinya KLB PD3I pada anak usia sekolah diantaranya difteri, campak-rubella dan menurunkan risiko kasus rubella pada kelompok wanita usia subur yang hamil agar

anak yang dilahirkan nanti tidak menderita cacat bawaan (*Congenital Rubella Syndrome*). Capaian Kab/Kota yang mencapai target persentase BIAS digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.6. Persentase Kabupaten/Kota yang Mencapai Target Persentase Imunisasi Usia Sekolah Lengkap Tahun 2020-2024

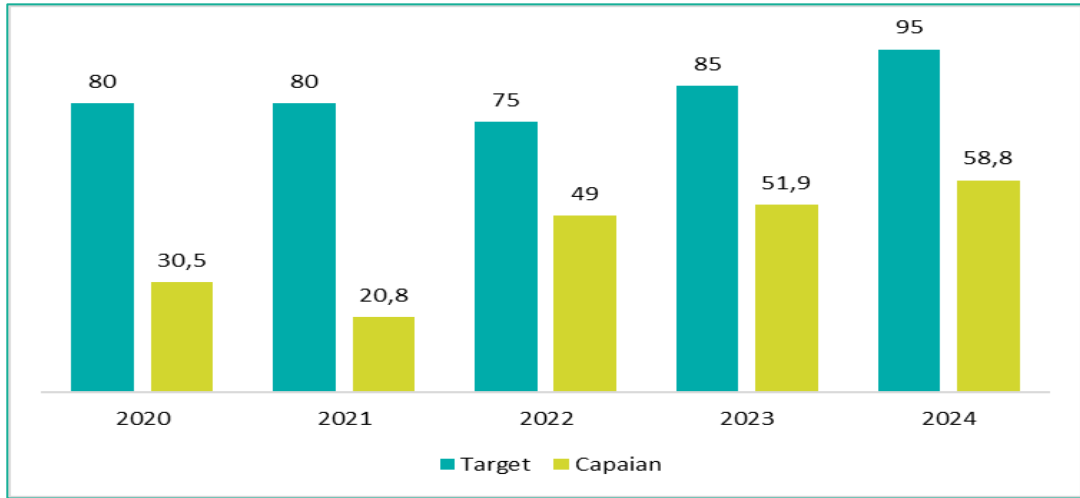


Sumber data : Laporan Direktorat Pengelolaan Imunisasi per 31 Januari 2025

Pada grafik diatas, terlihat selama 5 tahun terakhir capaian imunisasi usia sekolah pernah mencapai target yaitu pada tahun 2022. Hal ini tercapai karena pada tahun 2022 ada kegiatan BIAN (Bulan Imunisasi Anak Nasional) yang kegiatannya bertujuan untuk menutup kesenjangan capaian imunisasi saat pandemi. Pada tahun 2023 terdapat 65,5% atau 336 kabupaten/kota mencapai target. Capaian menurun pada tahun 2024 yakni sebanyak 316 kabupaten/kota yang mencapai imunisasi sekolah lengkap 61,5%.

Indonesia berkomitmen untuk melakukan eliminasi tetanus maternal dan neonatal dengan pemerataan cakupan imunisasi Td pada ibu hamil dan memastikan ibu hamil telah mendapatkan status imunisasi T2+ sebelum persalinannya, agar bayi dan ibu terhindar dari penyakit tetanus pada saat proses persalinan. Penapisan terhadap status atau riwayat imunisasi T pada WUS maupun ibu hamil yang belum optimal serta rendahnya input data hasil layanan imunisasi WUS dan ibu hamil ke dalam ASIK oleh petugas, menyebabkan rendahnya cakupan WUS dengan status T2+. Target tahunan untuk indikator persentase WUS dengan status T2+ yaitu minimal 100% dengan capaian sebagai berikut:

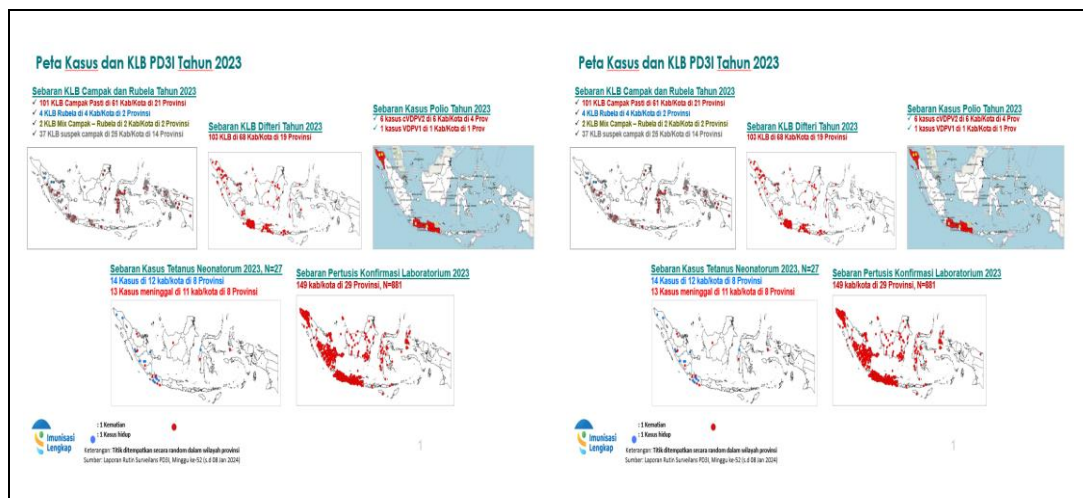
Grafik 3.7. Persentase Kabupaten/Kota yang Mencapai Target Persentase Imunisasi Td WUS Tahun 2020-2024



Sumber data : Laporan Direktorat Pengelolaan Imunisasi per 31 Januari 2025

Grafik diatas menunjukkan selama 5 tahun terakhir capaian T2+ bumil belum pernah mencapai target yang ditetapkan, walaupun dari trend selama 4 tahun terakhir cenderung meningkat. Pada tahun 2023 sebanyak 267 kabupaten/kota (51,9%) mencapai minimal cakupan 60% status imunisasi Td2+ pada ibu hamil, dan belum berhasil mencapai target 85% kabupaten/kota. Pada di tahun 2024 ini terdapat 298 kabupaten/kota atau 58,8% yang mencapai target.

Pemberian imunisasi pada anak sesuai usia dan jadwal akan mengurangi risiko terjadinya atau munculnya penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). Capaian imunisasi yang mencapai target, serta tinggi dan merata disetiap wilayah akan membentuk kekebalan kelompok/komunitas, namun jika target tersebut tidak tercapai, maka akan ada kantong-kantong penyakit PD3I, yang akan menyebabkan terjadinya Kejadian Luar Biasa (KLB), peta kasus dan KLB PD3I berikut ini:



Gambar 3.1. Gambar Peta Kasus dan KLB PD3I Tahun 2023-2024



Peta dan sebaran kasus dan KLB PD3I yang terjadi pada tahun 2023-2024, didapatkan KLB campak positif laboratorium tahun 2023 dari 161 KLB menurun menjadi 47 KLB di tahun 2024, namun untuk KLB difteri meningkat dari 103 KLB menjadi 127 KLB difteri, begitu juga untuk KLB Pertusis dan tetanus neonatorum meningkat di tahun 2024. Pada tahun tersebut diatas juga terjadi KLB polio tipe 2 di 4 provinsi yaitu Banten, Maluku Utara, Papua Selatan, Papua Pegunungan dan 1 provinsi tipe polio 1 yaitu Papua Tengah.

e. Analisa Penyebab Kegagalan Pencapaian

Indikator kabupaten/kota yang mencapai imunisasi rutin tidak mencapai target pada tahun 2024, disebabkan beberapa faktor penghambat sebagai berikut:

1) Data Sasaran *Surviving Infant* (SI)

Data sasaran imunisasi khususnya SI yang digunakan tahun 2024 adalah data sasaran sesuai dari KMK 140 yang merupakan Perubahan atas Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/5675/2021 tentang Data Penduduk Sasaran Program Pembangunan Kesehatan Tahun 2021-2025. Data sasaran SI digunakan untuk monitoring, evaluasi dan menghitung indikator capaian imunisasi yaitu IDL dan Antigen Baru. Berdasarkan identifikasi dan analisa terhadap data sasaran tersebut terdapat perbedaan data sasaran SI di beberapa kabupaten kota, ada yang terlalu tinggi dan ada juga yang terlalu rendah khususnya di daerah perkotaan. Perbedaan Pada tahun 2024 ini terdapat di beberapa kab/kota provinsi seperti DIY, Jawa Tengah, DKI, Banten, Jawa Barat.

2) Rendahnya *Demand* Masyarakat

Kebutuhan masyarakat untuk melengkapi imunisasi pada anak masih rendah, hal ini disebabkan antara lain oleh kurangnya pengetahuan tentang bahaya penyakit dan manfaat imunisasi, ketakutan akan terjadinya efek samping pasca pemberian imunisasi (demam, rewel), ketakutan dengan pemberian imunisasi ganda, keraguan akan kehalalan vaksin dan adanya hoax yang sering beredar di media sosial terkait imunisasi.

3) Sumber Daya Manusia

Beberapa hal yang dihadapi dalam pemenuhan sumber daya manusia, terutama dalam pelaksanaan imunisasi adalah:

- a. Ketidaksesuaian struktur organisasi terkait imunisasi antara pusat dengan provinsi dan kabupaten/kota. Di Pusat (Kementerian Kesehatan) terdiri dari 4 Tim Kerja yang masing-masing mempunyai tugas dan fungsi sesuai dengan indikator yang harus dicapai. Hal ini belum sejalan dengan struktur organisasi di daerah (provinsi dan kabupaten/kota) yang masih menggunakan struktur lama dengan 1 orang pengelola program.
- b. Tingginya rotasi petugas yang sudah terlatih.
- c. Kurangnya pengetahuan dan pemahaman petugas.
- d. Kurangnya jumlah petugas sehingga menyebabkan terjadinya beban ganda.



4) Ketersediaan Vaksin dan Logistik

Pemenuhan vaksin selama tahun 2024 mengalami kendala sehingga menyebabkan pelayanan imunisasi tidak bisa dilaksanakan dengan baik dan menyebabkan target tidak tercapai.

a) Vaksin DPT-HB-Hib

Kekosongan vaksin DPT-HB-Hib terjadi sejak akhir tahun 2023 sampai bulan Februari 2024, dengan kronologis sebagai berikut:

- Kebutuhan vaksin DPT-HB-Hib tahun 2023 sebanyak 2.717.690 vial dengan rincian 1.827.090 alokasi provinsi dan 890.600 vial alokasi pusat (Surat Direktur Pengelolaan Imunisasi, nomor PR.04.01/C.IV/303/2023, tanggal 24 Januari 2023, perihal Alokasi Provinsi Perubahan Ketiga Usulan Kebutuhan Vaksin dan Logistik tahun 2023).
- Surat dari Kepala Biro Pengadaan Barang dan Jasa nomor BJ.01.04/A.VI/2352/2023, tanggal 3 April 2023 perihal Informasi Stok dan kapasitas Produksi Vaksin DPT-HB-Hib. Disampaikan bahwa PT. Bio Farma hanya mampu menyediakan vaksin DPT-HB-Hib sesuai spesifikasi (ED minimal 14 bulan) sebanyak 822.000 vial, dan menawarkan vaksin DPT-HB-Hib dengan ED Desember 2023.
- Dengan kondisi tersebut, maka sebagian kebutuhan vaksin tahun 2023 dipenuhi dengan vaksin dengan ED Desember 2023, sehingga terjadi kekosongan pada bulan Januari 2024.
- Pada tahun 2024, vaksin DPT-HB-Hib baru tersedia dan terdistribusi ke provinsi pada minggu 3 Januari sebanyak 150.000 vial, selanjutnya sebanyak 103.000 vial pada minggu 2 Maret 2024. Pemenuhan ini tidak sebanding dengan kebutuhan vaksin dengan kebutuhan perbulan sebanyak 208.324 vial, menyebabkan pelayanan imunisasi DPT-HB-Hib pada bulan Februari sampai minggu 2 Maret 2024 tidak bisa dilaksanakan sehingga sebanyak 566.945 bayi dan 546.354 Baduta tidak mendapat imunisasi DPT-HB-Hib sesuai usia dan jadwal.
- Selain keterlambatan penyediaan, vaksin DPT-HB-Hib tahun 2024 dipenuhi dari 4 merk dagang yaitu *Pentavac*, *Easy Five*, *Combi Five* dan *Pentabio*. Hal ini menyebabkan kesulitan identifikasi saat terjadi KIPI dan menyebabkan peningkatan penolakan masyarakat yang menyebabkan turunnya cakupan imunisasi bayi dan baduta, dan peningkatan kasus PD3I bahkan KLB.

b) Vaksin HB0

- Kebutuhan vaksin HB0 tahun 2024 sebanyak 4.610.695 atau sebanyak 384.225 pouch/bulan yang harus tersedia secara rutin sampai ketinggian pelayanan.
- Dari data SMILE tanggal 2 Januari 2024, stok vaksin HB 0 disemua entitas sebanyak 1.479.733 pouch yang berarti memenuhi 3,9 bulan kebutuhan. Dari pengadaan tahun 2024, terdistribusi sebanyak 304.918 pouch pada bulan Januari 2024, sehingga sisa stok ditambah dengan



distribusi tahun 2024 tersebut vaksin HB0 hanya mampu memenuhi kebutuhan selama 4,6 bulan (sampai dengan minggu ke 3 Mei 2024).

- Distribusi vaksin HB0 berikutnya adalah pada bulan September sebanyak 191.600 *pouch*, Oktober sebanyak 382.800 *pouch* dan Nopember sebanyak 565.010 *pouch*. Total pemenuhan vaksin HB 0 tahun 2024 sebanyak 1.444.328 *pouch* dari 1.769.308 yang dibutuhkan,
- Terjadinya kekosongan vaksin HB0 antara bulan Juni sampai September 2024 menyebabkan bayi sekitar 1.152.673 tidak mendapatkan imunisasi HB0.
- Karena imunisasi HB0 harus diberikan pada bayi usia 0-7 hari, maka kekosongan vaksin yang terjadi pada bulan Juni sampai September tersebut akan menurunkan capaian imunisasi bayi lengkap sebanyak minimal 25% dan mengakibatkan cakupan IDL maksimal adalah 75% (dari 100% yang ditargetkan).

5) Pencatatan dan pelaporan

Terdapat beberapa permasalahan terkait pencatatan dan pelaporan capaian imunisasi dengan menggunakan ASIK, antara lain:

- a. Aplikasi sering mengalami perbaikan dan penyempurnaan sehingga menghambat dan mengganggu penginputan *real time*
- b. Sebagian petugas belum memahami secara baik dalam penggunaan aplikasi baik mobile maupun dashboard
- c. Kondisi jaringan internet yang belum baik di beberapa daerah
- d. Kepatuhan petugas dalam menginput hasil layanan kedalam ASIK secara *real time*
- e. Beban ganda petugas sebagai pelaksana program dan juga melakukan penginputan hasil layanan kedalam ASIK
- f. Tidak adanya tim khusus untuk penginputan ASIK
- g. Belum optimalnya pelaporan pelayanan imunisasi dari Fasyankes swasta, terutama yang menggunakan vaksin mandiri.

6) Anggaran operasional

- a. Belum optimalnya penggunaan dana operasional pelayanan imunisasi di daerah melalui BOK akibat petugas kurang memahami dalam melakukan analisa kebutuhan anggaran untuk kegiatan imunisasi
- b. Masih rendahnya komitmen daerah dalam menyediakan anggaran untuk imunisasi terutama untuk pendistribusian vaksin, monitoring, bimbingan teknis, evaluasi dan pelatihan petugas.

f. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

Indikator persentase bayi usia 0-11 bulan yang mendapat Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) dan indikator persentase anak usia 12-24 bulan yang mendapatkan imunisasi lanjutan lengkap merupakan indikator yang saling berkaitan dan tidak terpisahkan dan memiliki kontribusi dalam indikator kabupaten/kota yang mencapai imunisasi rutin. Setiap upaya yang dilakukan untuk meningkatkan cakupan dan pencapaian

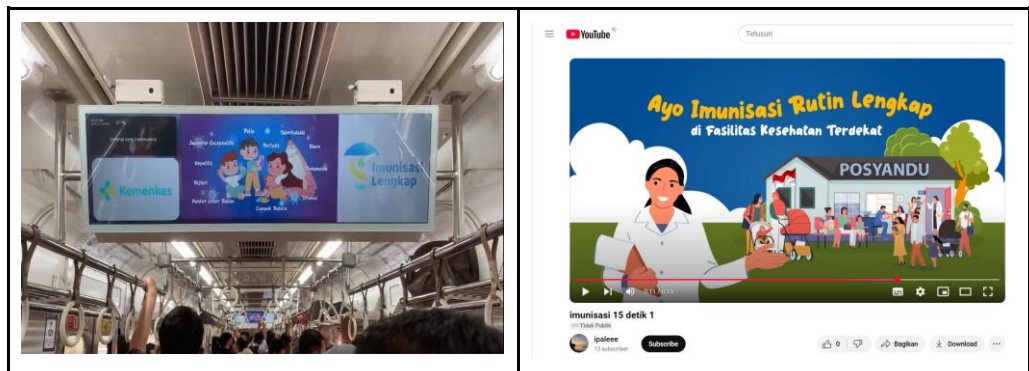


target bagi indikator imunisasi dasar lengkap juga merupakan upaya meningkatkan cakupan dan pencapaian target bagi indikator imunisasi lanjutan baduta. Beberapa upaya yang dilakukan untuk dapat mencapai indikator kabupaten/kota yang mencapai imunisasi rutin pada tahun 2024 yaitu:

1) Meningkatkan demand masyarakat

Dalam peningkatan kebutuhan masyarakat untuk melengkapi imunisasi pada bayi dan Baduta dilakukan dengan berbagai upaya, antara lain:

- Pembuatan dan penayangan iklan layanan Masyarakat melalui media cetak maupun media sosial dan juga pada sarana transportasi umum (KRL).
- Melalui kampanye imunisasi dengan melibatkan influencer serta organisasi profesi (IDAI, IDI)
- Pembuatan dan pendistribusian NSPK di 38 provinsi sebanyak 6.500 buku, Job Aids Imunisasi distribusi di 32 provinsi sebanyak 1.480 Job Aid, dan pedoman praktis di 38 provinsi sebanyak 1.950 buku.



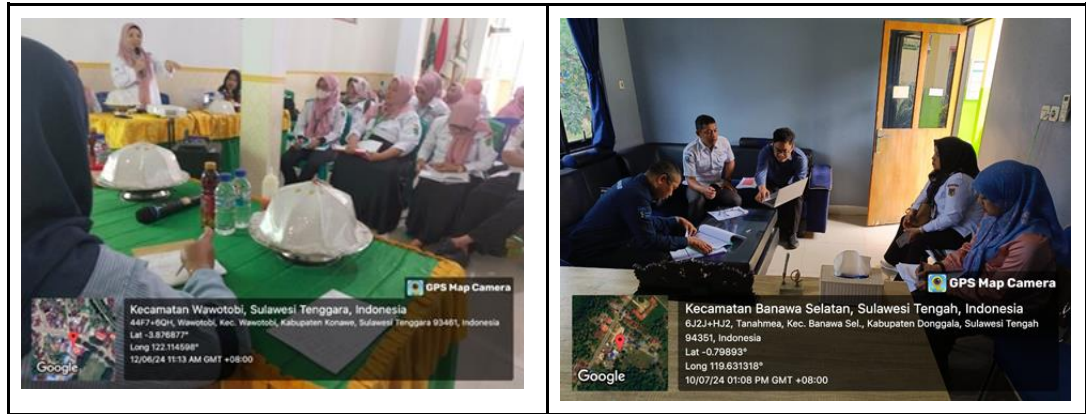
Gambar 3.2. Kampanye ILM Imunisasi di transportasi umum dan media sosial

2) Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia

Keterbatasan sumber daya manusia baik secara kualitatif maupun kuantitatif yang masih kurang, menyebabkan tidak optimalnya pelaksanaan imunisasi.

Upaya yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah SDM adalah:

- Pada Tahun 2024 telah dilakukan kegiatan TOT, Pelatihan, OJT, dan Workshop dengan jumlah peserta sebanyak 1.727 orang dengan sumber dana APBN maupun HLN (WHO, GAVI, dan CDC)
- Melakukan pelatihan terakreditasi bekerja sama dengan OSDM Kesehatan
- Melakukan Bimbingan teknis serta OJT kepada petugas/pengelola imunisasi saat kunjungan di 36 provinsi 174 kabupaten kota.
- Penyediaan dan pendistribusian pedoman, Juknis maupun SOP.



Gambar 3.3. Bimbingan teknis, supervisi dan monitoring evaluasi program imunisasi

3) Pemenuhan kebutuhan logistik

Upaya yang dilakukan dalam pemenuhan logistic (terutama vaksin) secara cukup dan tepat waktu adalah:

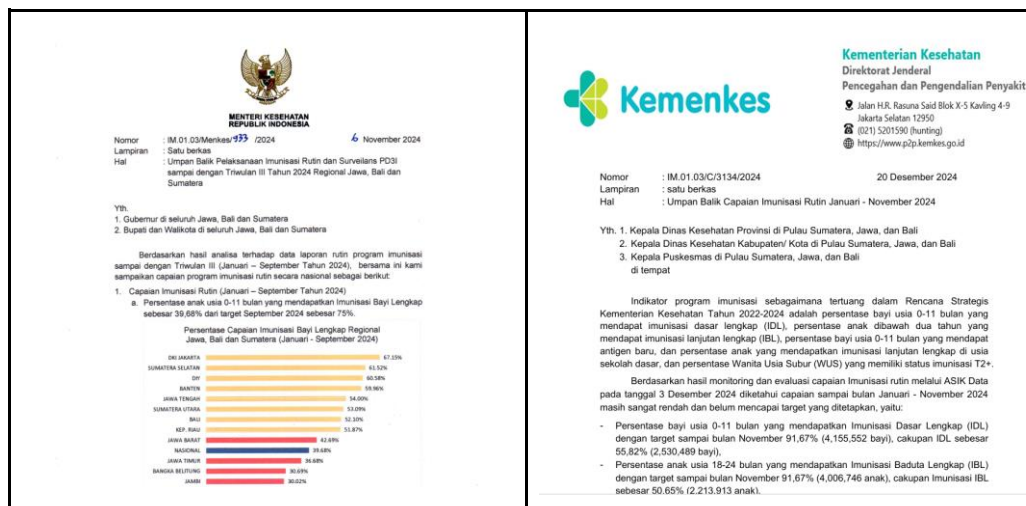
- Melakukan koordinasi intensif dengan Ditjen Farmalkes dalam perencanaan, pemenuhan dan monitoring kecukupan vaksin.
- Melakukan analisa ketersediaan vaksin di daerah secara berkala dan memberikan umpan balik.
- Melakukan realokasi vaksin dari daerah yang berlebihan ke daerah yang membutuhkan.
- Melakukan koordinasi dengan Komite Imunisasi Nasional untuk mendapatkan rekomendasi vaksin import (DPT-HB-Hib, HB0).
- Penyediaan *Cold Room* sebanyak 18 unit ke kabupaten/ kota melalui anggaran APBN

4) Penguatan Pencatatan dan Pelaporan

Berbagai upaya yang dilakukan dalam mengatasi kendala pencatatan dan pelaporan melalui ASIK adalah:

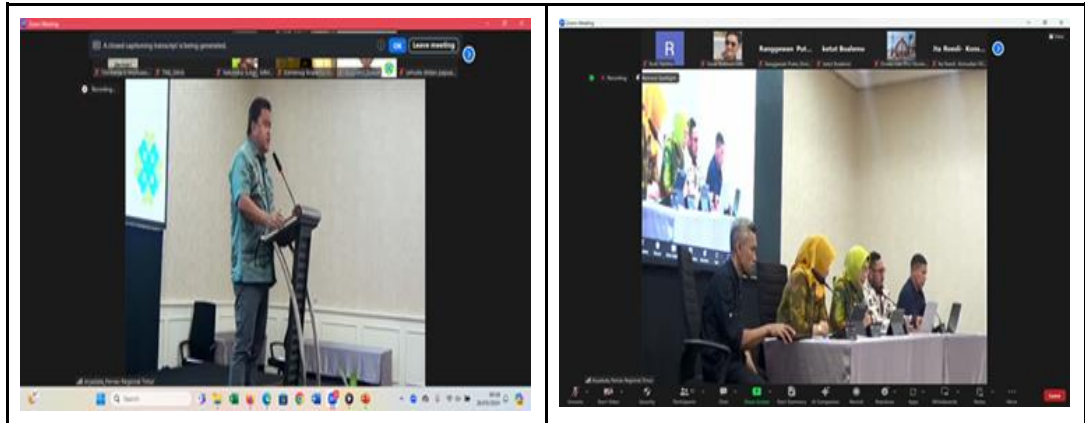
- Melakukan desk secara rutin sampai ke tingkat puskesmas untuk melakukan penginputan capaian imunisasi kedalam ASIK. Kegiatan ini dilakukan pada hari jumat dengan nama JERAMI (Jumat Bersama ASIK Imunisasi).
- Melakukan desk cakupan manual sampai ketingkat Puskesmas. Hal ini dilakukan dengan pertimbangan banyaknya kendala selama penginputan yang disebabkan oleh kendala jaringan, dan juga ketidakmampuan petugas dalam penginputan ke dalam ASIK.
- Melakukan koordinasi dengan Kemkominfo untuk penyediaan jaringan internet yang merata diseluruh wilayah Indonesia.
- Penyediaan tenaga Helpdesk di provinsi untuk pendampingan dan penyelesaian masalah ASIK.
- Penguatan integrasi pencatatan dan pelaporan hasil pelayanan imunisasi di Fasyankes swasta (integrasi sistem pencatatan imunisasi fasyankes swasta kedalam SATUSEHAT).

- 5) Meningkatkan komitmen pemerintah daerah dalam pencapaian imunisasi:
 - Memberikan penghargaan dari Menteri Kesehatan kepada Puskesmas, Kabupaten/Kota dengan cakupan imunisasi tertinggi pada saat Pekan Imunisasi Dunia.
 - Memberikan Penghargaan Menteri Kesehatan Kepada Kabupaten/Kota dengan capaian tertinggi selama kegiatan sepekan mengejar imunisasi (PENARI) 3 kali /tahun (saat PID, HUT Kemerdekaan RI dan HKN)
 - Penyampaian umpan balik capaian imunisasi secara rutin kepada seluruh Gubernur dan Bupati/Walikota setiap 3 bulan oleh Menteri Kesehatan.
 - Penyampaian umpan balik capaian imunisasi kepada seluruh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota setiap bulan oleh Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.
 - Selaian cakupan imunisasi, didalam umpan balik tersebut juga disampaikan kondisi surveilans PD3i, serta upaya yang harus dilakukan oleh daerah (Provinsi, Kabupaten/Kota serta Puskesmas).



Gambar 3.4. Surat Umpan Balik Kementerian Kesehatan untuk Gubernur/Bupati/Walikota, Kepala Dinas Kesehatan

- 6) Pertemuan Evaluasi dan Penguatan Strategi Capaian Indikator Program Pengelolaan Imunisasi (Pernas) untuk mengevaluasi pelaksanaan program imunisasi yang telah dilaksanakan pada tahun 2023, meningkatkan komitmen Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, lintas sektor, lintas program, dan mitra pembangunan yang terkait untuk memperkuat pelaksanaan program imunisasi tahun 2024 serta menyusun rencana aksi untuk mencapai target indikator yang telah ditetapkan. Kegiatan dilakukan dalam 2 regional yaitu Pernas Regional Barat di Kota Bekasi, 26 – 29 Februari 2024 dan Pernas Regional Timur di kota Makassar, 25 - 28 Maret 2024



Gambar 3.5. Pertemuan Evaluasi dan Penguatan Strategi Capaian Indikator Program Pengelolaan Imunisasi

Pada pertemuan evaluasi tersebut disepakati kesepakatan dan Rencana Tindak lanjut dalam pertemuan tersebut yakni:

1. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota:
 - a. Melaporkan Rencana Aksi yang telah disusun (sesuai template) kepada pimpinan dan mengirimkan secara resmi kepada Kementerian Kesehatan cq Direktur Jenderal P2P setelah ditandatangani Kepala Dinas Kesehatan paling lambat tanggal 7 Maret 2024.
 - b. Melaksanakan Rencana Aksi sesuai timeline yang telah disusun minimal berisi kegiatan sebagai berikut:
 - Melakukan monitoring (analisa cakupan, desk review, mapping risiko PD3I, supervisi suportif), OJT, dan memberikan umpan balik tertulis secara resmi kepada Puskesmas, lintas program, lintas sektor terkait secara berkala
 - Melanjutkan upaya imunisasi kejar dengan berbagai inovasi untuk melengkapi status imunisasi anak-anak balita yang belum lengkap sesuai ketentuan
 - Meningkatkan upaya pencatatan seluruh hasil pelayanan imunisasi baik rutin maupun tambahan ke dalam ASIK dan penggunaan vaksin dan logistik ke dalam SMILE secara real time
 - Meningkatkan pelibatan lintas program seperti program KIA, Promosi Kesehatan, Pelayanan Kesehatan, Instalasi Farmasi, Rumah Sakit, Klinik dan lintas sektor terkait seperti PKK, Perangkat Pemerintah Daerah, Dinas Pendidikan, Dinas Komunikasi dan Informasi, Dinas Pemberdayaan Desa, Dinas Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Dinas Sosial, Kanwil Kementerian Agama, Dinas Syariat Islam (Aceh), Tokoh Agama dan Tokoh Masyarakat, Kader dan Organisasi Profesi dalam peningkatan penerimaan masyarakat dan pelaksanaan imunisasi
 - Mengoptimalkan upaya promosi dan edukasi kepada masyarakat dengan memanfaatkan media KIE serta seluruh saluran komunikasi yang dimiliki, termasuk media sosial baik secara online maupun offline



- Melakukan kegiatan-kegiatan inovasi sesuai dengan situasi dan kondisi daerah masing-masing
 - Advokasi kepada pimpinan daerah dan lintas sektor/lintas program terkait untuk mendapatkan dukungan dan anggaran operasional dalam pencapaian indikator program imunisasi rutin yang tinggi, merata dan berkualitas.
2. Dinas Kesehatan Provinsi
- a. Melakukan advokasi kepada pimpinan daerah dan lintas sektor/lintas program terkait untuk mendapatkan dukungan dan anggaran operasional dalam pencapaian indikator program imunisasi rutin yang tinggi, merata dan berkualitas
 - b. Melakukan monitoring dan pendampingan (analisa cakupan, desk review, mapping risiko PD3I, supervisi suportif), OJT dan memberikan umpan balik tertulis secara resmi kepada Dinkes Kabupaten/Kota, lintas program, lintas sektor terkait secara berkala
 - c. Memantau pelaksanaan Rencana Aksi yang telah disusun oleh kabupaten/kota
3. Kementerian Kesehatan
- a. Menyediakan vaksin dan logistik yang cukup dan tepat waktu
 - b. Melakukan advokasi dan koordinasi terkait kebijakan kepada lintas Kementerian dan lintas program terkait, antara lain:
 - Kementerian Dalam Negeri membuat surat edaran kepada Gubernur dan Bupati/Walikota beserta jajarannya untuk memantau dan mengevaluasi pelaksanaan SKB 4 Menteri tentang Penyelenggaraan Peningkatan Status Kesehatan Peserta Didik
 - Kementerian Agama membuat surat edaran pelaksanaan SKB 4 Menteri tentang Penyelenggaraan Peningkatan Status Kesehatan Peserta Didik kepada Kanwil Kemenag dan Kemenag Kabupaten/Kota beserta jajarannya
 - Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi membuat surat edaran pelaksanaan SKB 4 Menteri tentang Penyelenggaraan Peningkatan Status Kesehatan Peserta Didik kepada Dinas Pendidikan Provinsi dan Kabupaten/Kota beserta jajarannya
 - Penambahan nomenklatur kegiatan imunisasi dalam menu penganggaran APBD
 - Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi untuk penambahan materi imunisasi di dalam kurikulum muatan lokal Sekolah Dasar (SD), Sekolah Menengah Pertama (SMP), dan Sekolah Menengah Atas (SMA) dan sederajat
 - Kementerian Dalam Negeri untuk memasukkan penganggaran imunisasi ke dalam dana alokasi umum kelurahan
 - Kemenko PMK memantau dan mengevaluasi capaian imunisasi rutin dan peningkatan kasus/KLB PD3I secara rutin dan memfasilitasi koordinasi dengan kementerian lembaga terkait
 - c. Melakukan evaluasi terhadap implementasi SKB 4 Menteri tentang Penyelenggaraan Peningkatan Status Kesehatan Peserta Didik

- d. Melakukan penyempurnaan ASIK sehingga mudah diakses dan digunakan oleh petugas, dapat dimanfaatkan oleh pengambil kebijakan, dan keamanan datanya terjamin, melalui kegiatan sebagai berikut:
 - Triwulan I, melakukan dukungan dalam pelatihan, desk review rutin dan membantu konfirmasi jika ada kesulitan yang dialami. Performance ASIK harus terus ditingkatkan dengan penyelesaian masalah via link aduan
 - Triwulan II, menyelesaikan masalah terkait data hilang
 - Triwulan III, fokus pada implementasi dashboard native dan data sasaran
 - Triwulan IV, Proses pengembangan menu aplikasi offline dan website
 - e. Melakukan monitoring (analisa cakupan, desk review, mapping risiko PD3I, supervisi suportif), OJT dan memberikan umpan balik tertulis secara resmi kepada Pimpinan Daerah, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, lintas program, lintas sektor terkait secara berkala
 - f. Mamantau pelaksanaan rencana aksi yang telah disusun oleh provinsi dan kabupaten/kota
- 7) Melakukan kegiatan pertemuan sinkronisasi data sasaran yang bertujuan untuk penetapan satu data yang menjadi referensi bagi pusat dan daerah dalam melakukan perhitungan sasaran khususnya denominator indikator dan perhitungan kebutuhan logistik pelayanan Imunisasi



Gambar 3.6. Pertemuan Sinkronisasi Data Sasaran

- 8) Melakukan pertemuan koordinasi jejaring penguatan imunisasi rutin bersama Lintas Program dan Lintas Sektor. Agenda pembahasan diutamakan pada strategi dan akselerasi pencapaian indikator tahun 2024 dilakukan sebanyak 4 kali dengan rincian yakni penguatan jejaring imunisasi rutin, Tindak Lanjut Pernas dengan Kementerian/Lembaga, Tindak Lanjut Pernas, Progres Renaksi Triwulan II dan Rencana Triwulan III dan Tindak Lanjut Pernas, Progres Renaksi Triwulan III dan Rencana Triwulan IV



Gambar 3.7. Pertemuan Koordinasi Jejaring Penguatan Imunisasi Rutin Bersama LP/LS

Koordinasi imunisasi lainnya yang dilakukan yakni:

- a. Melakukan koordinasi intensif dan rutin secara daring dengan Direktorat Tata Kelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan dalam upaya penyediaan vaksin
 - b. Melakukan koordinasi penguatan dan sinergitas dengan lintas kementerian/lembaga serta berbagai organisasi profesi, organisasi keagamaan, maupun organisasi kemasyarakatan yang dapat mendukung pelaksanaan program imunisasi nasional
 - c. Pelaksanaan desk PWS imunisasi rutin secara rutin berupa kegiatan JERAMI (Jum'at Bersama ASIK Imunisasi) untuk memonitoring cakupan baik IDL, imunisasi lanjutan baduta, status T2+ WUS dan ibu hamil maupun antigen baru. Kegiatan ini dilakukan secara daring dengan mengundang petugas imunisasi di tingkat provinsi dan kabupaten/kota setiap hari Jum'at.
 - d. Melakukan pertemuan koordinasi secara rutin dengan tim *Digital Transformation Office* (DTO) terkait progress pengembangan sistem dan dashboard ASIK yang dapat membantu dan memfasilitasi kebutuhan program dalam melakukan pemantauan dan evaluasi cakupan imunisasi, serta penyelesaian berbagai masalah penggunaan ASIK di lapangan, sekaligus Update terkait integrasi ASIK dengan SATU SEHAT
- 9) Melakukan kegiatan diseminasi data, informasi, edukasi imunisasi melalui kegiatan Pekan Imunisasi Dunia, penyediaan buku petunjuk teknis imunisasi baik secara softcopy maupun pencetakan yang didistribusikan ke seluruh Indonesia, dan media edukasi kepada petugas kesehatan sebagai upaya untuk peningkatan pemahaman petugas mengenai imunisasi;
 - 10) Melakukan sosialisasi, edukasi dan penyampaian informasi kepada masyarakat tentang imunisasi melalui kegiatan Gerakan Masyarakat Sehat bersama mitra, kegiatan webinar imunisasi. Berbagai kegiatan ini tidak hanya dilakukan oleh Kementerian Kesehatan, tetapi juga oleh provinsi/kabupaten/kota; dilaksanakan di 7 lokasi yaitu provinsi Sulawesi Selatan (Kota Gowa),

Jawa Tengah (Demak), Jawa Barat (Bekasi dan Bandung Barat), Sumatera Barat (Padang), Jawa Timur (Blitar) dan Bangka Belitung (Bangka Tengah).



Gambar 3.8. Sosialisasi, edukasi dan penyampaian informasi kepada masyarakat tentang imunisasi melalui kegiatan Gerakan Masyarakat Sehat

- 11) Kegiatan peningkatan kapasitas petugas bagi *Mid Level Manager* program imunisasi dan pengelola imunisasi terkait mikroplaning pelaksanaan imunisasi kejar melalui pemaparan materi, diskusi, tanya jawab, penugasan dan praktek lapangan; dilakukan tanggal 18-23 Februari 2024 di Kota Bogor, Jawa Barat



Gambar 3.9. Peningkatan kapasitas petugas bagi Mid Level Manager program imunisasi dan pengelola imunisasi terkait mikroplaning pelaksanaan imunisasi

- 12) Kegiatan peningkatan kapasitas petugas melalui OJT Microplanning Imunisasi dalam rangka Pelaksanaan Imunisasi Kejar dengan peserta dari pengelola program imunisasi terkait. Pelaksanaan imunisasi kejar dimaksudkan untuk melengkapi status imunisasi yang seharusnya diberikan baik pada bayi, balita dan anak usia sekolah. Salah satu faktor yang menentukan keberhasilan pelaksanaan imunisasi kejar adalah perencanaan/ *microplanning*; dilakukan tanggal 20-23 Maret 2024 di Kota Bekasi, Jawa Barat



- 13) Melaksanakan sosialisasi pelaksanaan Imunisasi
Untuk meningkatkan kesadaran dan pemahaman masyarakat umum terhadap imunisasi, maka dilakukan berbagai webinar tentang Imunisasi untuk masyarakat umum, Iklan Layanan Imunisasi yang dipasang pada media sosial imunisasi (Instagram, Youtube milik Kemenkes maupun Direktorat Imunisasi), melakukan pertemuan dengan organisasi agama, serta penyediaan media cetak berupa poster-poster dan flipchart mengenai imunisasi. Selain itu dilakukan juga penyusunan maupun melakukan pembaruan pedoman, petunjuk teknis mengenai imunisasi, serta melaksanakan kegiatan temu media dan temu penggiat media sosial/ blogger dalam memberikan asupan informasi mengenai imunisasi yang benar dan tepat kepada media baik cetak maupun elektronik, untuk kemudian disebarluaskan melalui media social masing-masing sehingga dapat meningkatkan peran serta semua pihak untuk mensukseskan pelaksanaan imunisasi.
- 14) Menyusun dan mengusulkan beberapa landasan hukum tentang pengelolaan imunisasi, meliputi:
 - a. KMK No. HK.01.07-MENKES-1056-2024 tentang Sepekan Mengejar Imunisasi
 - b. KMK No. HK.01.07-MENKES-1098-2024 tentang Jenis dan Jadwal Imunisasi Program
- 15) Melaksanakan Monitoring dan Supervisi Imunisasi
 - a. Melakukan Asistensi Teknis Program Imunisasi ke beberapa provinsi, kabupaten/kota guna pendampingan penguatan program imunisasi.
 - b. Melakukan supervisi suportif dan monitoring evaluasi pelaksanaan imunisasi secara berkala dan berjenjang disertai dengan pelaksanaan *on the job training* serta pemberian umpan balik/ tindakan perbaikan secara langsung
 - c. Melakukan monitoring *Sustainable Outreach Services* (SOS) untuk memastikan pelayanan imunisasi dapat menjangkau daerah-daerah dengan geografis sulit dan pelaksanaan pelayanan imunisasi yang terintegrasi dengan program kesehatan lainnya dengan konsep pelayanan yang mendekati masyarakat
 - d. Melakukan monitoring dan evaluasi imunisasi antigen baru dengan mengundang pengelola imunisasi di puskesmas
- 16) Kegiatan penanggulangan khususnya KLB Polio tahun 2024 telah dilakukan PIN Polio untuk Papua dimulai tanggal 23 Mei 2024 dan untuk 27 Provinsi dimulai pada 23 Juli 2024.



Gambar 3.10. Peninjauan PIN Polio di Papua oleh Presiden RI dan Menteri Kesehatan

g. Kendala/masalah yang dihadapi

Dalam pelaksanaan program imunisasi ditemukan beberapa permasalahan dan tantangan antara lain:

- a) Belum meratanya kesamaan pemahaman petugas imunisasi mengenai penyelenggaraan program imunisasi, termasuk dalam melakukan kegiatan pelacakan yang harus dilanjutkan dengan imunisasi kejar bagi anak-anak yang belum imunisasi atau belum lengkap imunisasinya;
- b) Adanya beberapa daerah dengan kondisi geografis yang sulit sehingga sebagian masyarakat memiliki akses yang terbatas untuk menjangkau pelayanan imunisasi;
- c) Masih adanya tantangan dalam penggunaan Aplikasi Sehat IndonesiaKu (ASIK) *Mobile* dan *Dashboard* ASIK sebagai alat pencatatan dan pelaporan elektronik hasil layanan imunisasi, dashboard ASIK yang tidak melakukan update data setelah 31 Desember 2024, perbaikan dan penyempurnaan ASIK yang menghambat dan mengganggu penginputan, belum optimalnya komitmen petugas di lapangan dalam melakukan input data hasil layanan imunisasi ke dalam ASIK, beban ganda petugas berupa pelaksanaan program dan melakukan input ASIK, minimnya monitoring dan evaluasi dari pimpinan institusi khususnya kepala puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota serta kepala daerah mengenai perkembangan input data pada ASIK, dan adanya kondisi jaringan internet yang belum baik di beberapa daerah.
- d) Belum optimalnya koordinasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan swasta (RS, Bidan Praktek Mandiri, praktek mandiri dokter, dan klinik) khususnya



dalam hal pelaporan hasil layanan imunisasi. Hal ini dikarenakan masih dikembangkannya sistem integrasi dengan SATU SEHAT;

- e) Adanya keterbatasan vaksin imunisasi rutin pada beberapa provinsi dan kabupaten/kota yang mempengaruhi kelengkapan imunisasi tepat waktu.

h. Pemecahan Masalah

Sebagai upaya dalam menyelesaikan permasalahan yang terjadi dalam Program Imunisasi antara lain;

1. Membuat bahan-bahan edukasi imunisasi melalui media cetak dan online untuk memberikan pemahaman dan pengetahuan kepada Masyarakat sehingga dapat meningkat kebutuhan masyarakat dengan imunisasi,
2. Melanjutkan kegiatan pelatihan, *On the Job Training* (OJT), Sosialisasi, Webinar terkait program imunisasi
3. Melaksanakan kegiatan *Sustainable Outreach Services* (SOS) untuk daerah sulit, dan mendorong agar puskesmas dapat melaksanakan kegiatan SOS tersebut
4. Melanjutkan koordinasi intensif dan rutin dengan Pusdatin dan DTO terkait progress pengembangan sistem dan dashboard ASIK yang dapat membantu dan memfasilitasi kebutuhan program serta penyelesaian berbagai masalah penggunaan ASIK di lapangan, sekaligus update terkait integrasi ASIK dengan SATUSEHAT,
5. Mendorong terlaksananya integrasi rekam medik elektronik ke dalam SATUSEHAT
6. Melanjutkan koordinasi rutin dengan Ditjen Farmalkes untuk memastikan pengadaan vaksin sesuai dengan kebutuhan dan jadwal, memaksimalkan sistim pencatatan dan pelaporan logistik secara real time menggunakan aplikasi SMILE.
7. Melaksanakan Monitoring dan Supervisi Imunisasi ke provinsi, kab/kota dan puskesmas terpilih melalui kegiatan asistensi teknis, supervise suportif, monitoring Fasyankes swasta dan survei cepat komunitas.

2) Persentase cakupan penemuan dan pengobatan kasus HIV (ODHIV on ART) sebesar 60%

a. Penjelasan Indikator

Orang Dengan HIV (ODHIV) adalah orang yang didiagnosa positif terinfeksi HIV AIDS. Indikator ODHIV dalam pengobatan ARV (ODHIV on ART) merupakan salah satu indikator dalam pencegahan dan pengendalian penyakit HIV AIDS. Untuk memutuskan mata rantai penularan HIV AIDS untuk 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. Definisi Operasional

Jumlah ODHIV yang ditemukan masuk dalam layanan tes dan pengobatan yang masih mendapatkan pengobatan Anti Retro Virus (ART). Angka ini menggambarkan temuan kasus HIV di suatu wilayah pada waktu tertentu dan mendapatkan penanganan

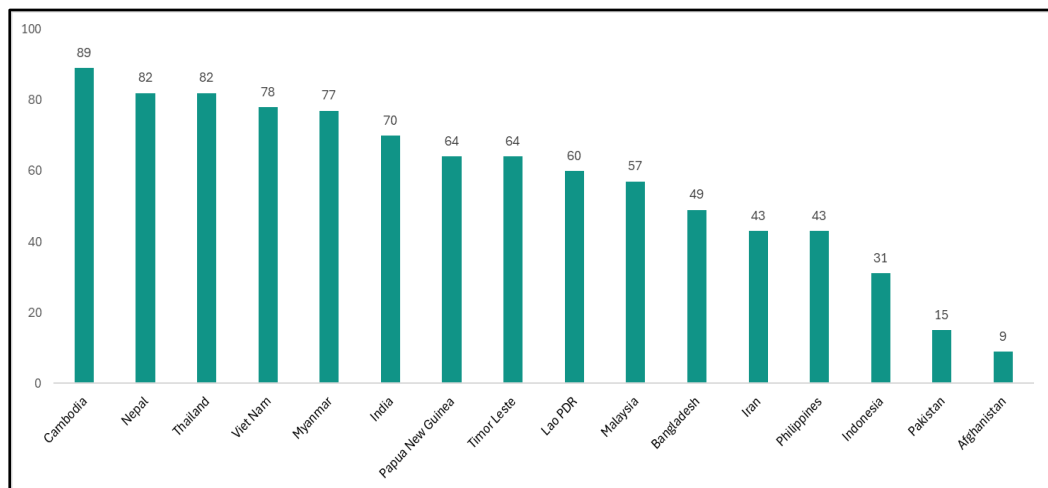
c. Rumus/Cara perhitungan

Persentase Cakupan Penemuan dan Pengobatan Kasus HIV (ODHIV on ART)	$= \frac{\text{Jumlah total orang dengan HIV yang ditemukan masuk dalam layanan tes dan pengobatan yang masih mendapatkan pengobatan Anti Retro Virus (ART)}}{\text{jumlah orang dengan HIV yang ditemukan dalam kurun waktu tertentu}} \times 100\%$
---	---

d. Capaian Indikator

Indikator ODHIV on ART menggambarkan sejauh mana program mampu mengendalikan laju transmisi penyakit. Berdasarkan hasil perhitungan matematis menggunakan data program HIV AIDS dan PIMS di Indonesia Tahun 2023, persentase Orang Dengan HIV (ODHIV) yang masih dalam pengobatan ART diantara estimasi ODHIV di Indonesia yang dilaporkan pada *Global AIDS Monitoring* (GAM) sebesar 31%, seperti digambarkan pada grafik dibawah ini:

Grafik
Cakupan ODHIV on ART di Regional Asia Pasifik Tahun 2023



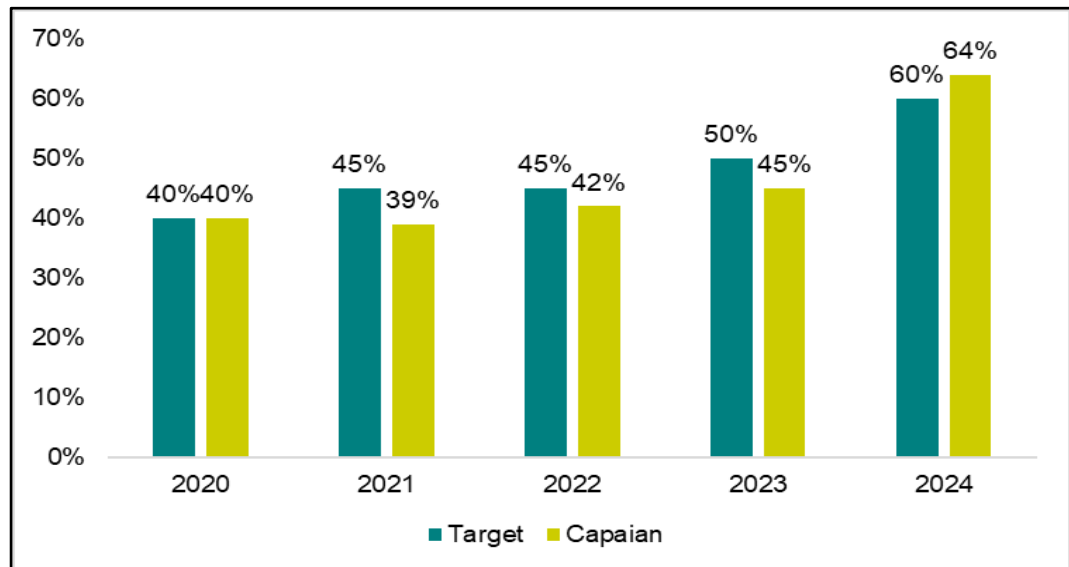
Sumber data: *Global AIDS monitoring*, 2024

Grafik diatas menunjukkan bahwa cakupan pengobatan ART di Indonesia tahun 2023 berada pada urutan 14 diantara Negara Regional Asia Pasifik yaitu sebesar 31%, namun jika berdasarkan Sistem Informasi HIV AIDS dan PIMS (SIHA) capaiannya adalah 45%. Perbedaan capaian tersebut dikarenakan perhitungan capaian ODHIV on ART untuk GAM (UNAIDS) menggunakan estimasi ODHIV yang

sedang pengobatan ARV, sedangkan perhitungan Ditjen P2P menggunakan ODHIV hidup mengetahui statusnya dan sedang pengobatan ARV.

Pada Tahun 2023, dilakukan migrasi data pengobatan ke Sistem Informasi HIV AIDS dan IMS (SIHA) 2.1, sehingga ada penyesuaian data pasien dalam pengobatan ARV pada tingkat fasilitas kesehatan (faskes) dan adanya *cleaning* data pencatatan data pengobatan dengan data identitas pasien yang tidak tercatat secara lengkap. Selain itu, ada beberapa faskes yang tidak melakukan finalisasi input data pada bulan pelaporan sehingga data tidak masuk dalam perhitungan capaian, hal tersebut menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi capaian ODHIV on ART tidak mencapai target. Tahun 2024, capaian persentase ODHIV on ART sebesar 64% dari target 60%, sehingga capaian kinerja sebesar 106,67%. Hasil capaian tersebut telah mencapai target yang ditetapkan pada tahun 2024. Tren capaian ODHIV on ART Tahun 2020-2024 digambarkan dalam grafik berikut ini:

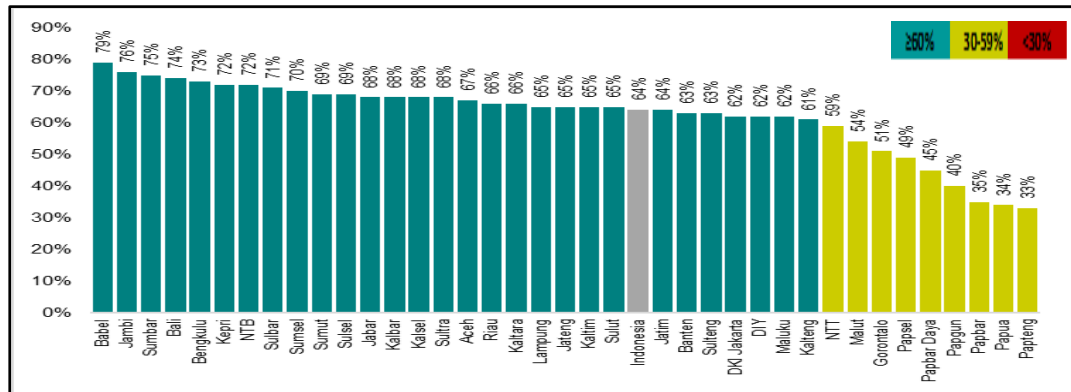
Grafik 3.8. Capaian ODHIV on ART Tahun 2020-2024



Sumber Data: SIHA per 05 Januari 2025

Tren capaian indikator persentase ODHIV on ART selama 5 tahun berturut-turut pada 2020-2024 setiap tahun cenderung mengalami kenaikan dengan capaian tertinggi tahun 2024 yaitu 64% dan telah melebihi target. Peningkatan capaian ODHIV on ART ini sejalan dengan penerapan kebijakan test and treat pada tahun 2018, di mana ODHIV dianjurkan untuk inisiasi pengobatan ARV sesegera mungkin yakni maksimal 7 hari dari hasil tes diketahui dan pada tahun 2024 adanya upaya untuk mengkategorikan ODHIV yang LFU >5 tahun sebagai ODHIV yang tidak aktif dan dikeluarkan dari perhitungan denominator (ODHIV hidup dan mengetahui statusnya) sehingga jumlah denominator berkurang jumlahnya. Bila dibandingkan capaian ODHIV on ART berdasarkan Provinsi terlihat dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.9. Capaian Persentase Cakupan Penemuan dan Pengobatan Kasus HIV (ODHIV on ART) Per Provinsi Tahun 2024

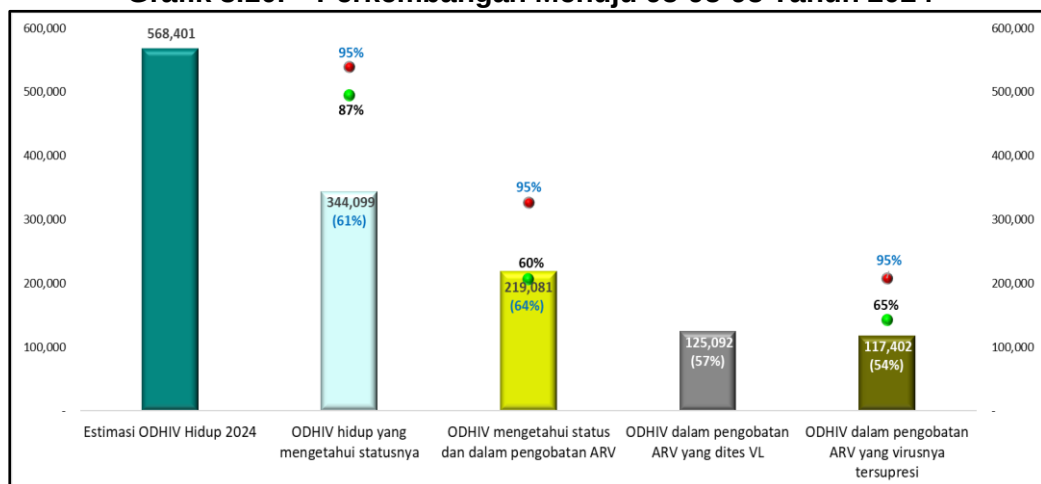


Sumber Data: SIHA per 05 Januari 2025

Grafik diatas menunjukkan terdapat 9 Provinsi di Indonesia yang tidak mencapai target ODHIV on ART Tahun 2024, yaitu NTT, Maluku Utara, Gorontalo dan Provinsi Papua Selatan, Papua Barat, Papua Barat Daya, Papua, Papua Pegunungan dan Papua Tengah. Capaian persentase ODHIV on ART tertinggi adalah Provinsi Bangka Belitung yaitu 79% dan terendah Papua Tengah (33%). Terdapat 29 Provinsi yang mencapai target 60%. Faktor yang mempengaruhi tingginya capaian tersebut antara lain karena dilakukannya OJT (*On the Job Training*) petugas bagi layanan PDP baru, dilakukan penelusuran antara petugas pelayanan kesehatan dengan penjangkau KDS (Kelompok Dukungan Sebaya) di wilayah masing-masing dan dilakukannya pendampingan ODHIV oleh KDS.

Kementerian Kesehatan berkomitmen mengakhiri endemi HIV pada tahun 2030 melalui upaya penanggulangan HIV-AIDS dengan percepatan 95-95-95, artinya mencapai target indikator 95% estimasi ODHIV diketahui status HIV-nya, 95% ODHIV diobati dan 95% ODHIV yang diobati mengalami supresi virus. Perkembangan capaian 95-95-95 Tahun 2024 digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.10. Perkembangan Menuju 95-95-95 Tahun 2024



Sumber Data: SIHA per 05 Januari 2025



Estimasi ODHIV yang hidup pada tahun 2024 sebanyak 568.401, ODHIV hidup dan mengetahui statusnya sebanyak 344.099 (61%), ODHIV mengetahui status dan sedang mendapat pengobatan ARV sebanyak 219.081 (64%) dan ODHIV sedang dalam pengobatan ARV yang dites viral load dengan hasil virusnya tersupresi sebanyak 117.402 (54%). Bila dibandingkan dengan target nasional 2024 yakni sebesar 87%-87%-87% maka masih terdapat tantangan dalam mencapai ketiga target tersebut. Bila dibandingkan dengan data global, berdasarkan *UNAIDS Global AIDS Update Report 2024* diketahui ada 9 negara yang telah mencapai target *triple 95 - 95 - 95* yaitu Botswana, Denmark, Eswatini, Kenya, Malawi, Rwanda, Saudi Arabia, Zambia dan Zimbabwe.

e. Analisa Penyebab Keberhasilan Pencapaian

Capaian Indikator ODHIV on ART pada Tahun 2024 mengalami kenaikan dari 45 % pada tahun 2023 menjadi 64 % pada tahun 2024 dan telah mencapai target. Beberapa faktor pendukung keberhasilan pencapaian indikator antara lain:

1. Penerapan kebijakan *test and treat* pada tahun 2018, yakni ODHIV dianjurkan untuk inisiasi pengobatan ARV sesegera mungkin yakni maksimal 7 hari dari hasil tes diketahui untuk semua layanan HIV di 38 Provinsi
2. Sistem Pencatatan dan Pelaporan Program yang terintegrasi
Pada tahun 2024 adanya upaya untuk mengkategorikan ODHIV yang LFU >5 tahun sebagai ODHIV yang tidak aktif dan dikeluarkan dari perhitungan denominator (ODHIV hidup dan mengetahui statusnya) sehingga capaian indikator meningkat.
3. Perluasan layanan PDP (Perawatan dan Dukungan Pengobatan HIV)
Pada tahun 2024 dalam upaya memperluas layanan PDP maka dilakukan workshop *test and treat* HIV di 126 layanan. Jumlah layanan PDP yang ada saat ini sebanyak 5.832 layanan.
4. Adanya koordinasi dan kerjasama antara layanan dan komunitas, kader HIV untuk mendampingi ODHIV dalam pengobatan ARV dan Pendampingan kasus ODHIV yang *lost to follow up* untuk kembali pengobatan ke layanan di 38 Provinsi.
5. Tersedianya Layanan HIV, IMS diluar jam kerja layanan (*layanan extra hour*).
Angka orang yang terdiagnosa HIV di Indonesia berada pada usia produktif yaitu usia 20–49 tahun karenanya layanan HIV di luar jam kerja sangat dibutuhkan oleh ODHIV. Jumlah layanan *extra hour* saat ini adalah sebanyak 112 layanan di 16 Provinsi.
6. Penerapan kebijakan ARV multi bulan hingga tiga bulan *Multi Month Dispensing* (MMD) bagi ODHIV yang stabil 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 diantara : Provinsi DKI Jakarta, Jawa Barat dan Banten yang dengan dukungan EpiC Indonesia melakukan komitmen untuk MMD di layanan.



f. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

Berbagai kegiatan dilakukan dalam upaya untuk mencapai indikator ODHIV on ART antara lain:

- 1) Penemuan kasus dini melalui skrining yang dilakukan oleh komunitas dan layanan kesehatan yang dilaksanakan 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 sejalan dengan Standar Pelayanan Minimum bidang kesehatan, selain itu juga dilakukan Skrining aktif oleh fasyankes dan komunitas melalui kegiatan *mobile clinic*. Dengan melakukan skrining HIV ini diharapkan penemuan kasus secara dini dapat dilakukan dan ODHIV dapat segera mendapatkan pengobatan ARV.

- 2) *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 3.11. Workshop Test and Treat

- 3) Mentoring Klinis

Penguatan dan peningkatan kualitas layanan Kesehatan dalam memberikan layanan tes dan pengobatan HIV dan PIMS juga dilakukan melalui kegiatan mentoring. Kegiatan ini dilakukan oleh para mentor yang telah dibentuk baik di tingkat Pusat, Provinsi dan Kabupaten Kota di 38 Provinsi. Prioritas mentoring diberikan kepada layanan yang baru dikembangkan. Layanan yang telah berjalan namun terjadi pergantian petugas dan layanan yang membutuhkan dukungan mentoring dengan berbagai tantangan yang dihadapi.

- 4) Penyusunan Rencana Aksi Nasional

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 2025-2030 sehingga diharapkan tercapai

konsensus prioritas masalah yang perlu menjadi fokus respon program HIV nasional, teridentifikasinya penyebab utama masalah yang dihadapi program HIV beserta dengan area intervensinya dan intervensi untuk mengatasi masalah utama dengan potensial kolaborasi lintas kementerian dan lintas program agar *Ending AIDS 2030* di Indonesia dapat diwujudkan.



Gambar 3.12. Penyusunan RAN Tahun 2025-2030

- 5) **Monitoring Program HIV, AIDS dan PIMS**
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.
- 6) **Pengembangan Jaringan *Public Private Community Partnership* (PPCP)**
Dalam upaya meningkatkan skrining/testing dan akses layanan bagi orang yang membutuhkan khususnya ODHIV maka dilakukan pengembangan jaringan PPCP sehingga diharapkan semua orang yang terinfeksi HIV dapat ditemukan sedini mungkin, diobati sesuai standar dengan virus tersupresi. Pada tahun 2024 implementasi PPCP dilaksanakan di 34 Provinsi/95 kab/kota
- 7) **Penguatan Reviu Program dan Penyusunan Strategi Pengendalian HIV di Tanah Papua (6 Provinsi)**
Dalam upaya pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan PIMS di tanah papua dilakukan pertemuan review program dan penyusunan strategi pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan PIMS di tanah papua yaitu Provinsi Papua, Papua Barat, Papua Barat Daya, Papua Selatan, Papua Tengah, Papua Pegunungan. Kegiatan ini diikuti oleh Timker HIV AIDS dan PIMS, Komunitas dan mitra pembangun. Diharapkan pertemuan ini menghasilkan strategi yang efektif dan tepat untuk mengendalikan dan menurunkan HIV AIDS dan PIMS di tanah papua.

8) Pertemuan *Refreshing* SIHA 2.1 Tanah Papua

Kegiatan ini dilaksanakan dengan tujuan untuk memberikan penguatan kapasitas petugas layanan terkait sistem informasi pencatatan dan pelaporan Program HIV AIDS dan PIMS sehingga diharapkan petugas dapat melakukan pencatatan pelaporan di SIHA 2.1

9) Pembinaan Wilayah Provinsi Papua

Kegiatan ini dilaksanakan dalam upaya untuk memberikan informasi terkait kebijakan Kemenkes, program prioritas, permasalahan, capaian program kesehatan dan lainnya sehingga diharapkan tanah papua untuk capaian program kesehatannya meningkat.



Gambar 3.13. Kordinasi LPLS Binwil Papua

10) 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.

g. Kendala/masalah yang dihadapi

Dalam pelaksanaan program dan kegiatan ditemukan kendala dan permasalahan yakni:

1. Masih ada ODHIV yang *denial* atau menyangkal status HIV nya karena merasa sehat dan tidak sakit.
2. Masih terbatasnya layanan PDP (Perawatan dukungan pengobatan) HIV di kab/kota. Saat ini jumlah layanan PDP adalah sebanyak 5.832 layanan.
3. Masih adanya stigma dan diskriminasi HIV di masyarakat sehingga ODHIV tidak mau membuka statusnya dan sulit untuk diobati.
4. ODHIV merasa bosan minum obat terus - menerus dan tidak melanjutkan pengobatan ARV
5. Adanya keterbatasan jangkauan wilayah komunitas dalam mendampingi dan menelusuri ODHIV.



h. Pemecahan Masalah

Terhadap permasalahan dan kendala yang ditemukan maka beberapa upaya pemecahan masalah berikut ini:

1. Edukasi atau konseling tentang pengobatan ARV secara lengkap dan terus menerus kepada ODHIV oleh petugas kesehatan sehingga ODHIV mau inisiasi ARV sedini mungkin.
2. Perluasan layanan mampu tes dan pengobatan untuk HIV dan PIMS melalui kegiatan pelatihan atau orientasi PDP serta di lakukan pendampingan bersama tim mentor Kabupaten/Kota/Provinsi serta melakukan jejaring layanan agar ODHIV mendapatkan layanan ARV sedini mungkin.
3. Promosi dan sosialisasi HIV AIDS dan PIMS di masyarakat untuk mengurangi stigma dan diskriminasi serta dengan dukungan dan pemberdayaan kelompok-kelompok dukungan sebaya (KDS) sebagai mitra kerja yang efektif dalam mengurangi stigma dan diskriminasi.
4. Pemberdayaan kader, komunitas, dan LSM untuk menjangkau masyarakat, mendampingi ODHIV, dan mengembalikan ODHIV yang *loss to follow up* agar bisa mengakses kembali ARV.
5. Mendorong kab/kota untuk membentuk kader HIV terutama kab/kota yang tidak memiliki komunitas pendamping.
6. Membangun jejaring layanan untuk memudahkan akses pengobatan bagi ODHIV dengan implementasi PPCP.
7. Mengembangkan layanan *Point of Care* (PoC) HIV untuk penyediaan layanan kesehatan yang mudah diakses oleh ODHIV terutama di wilayah terpencil yang jauh dari layanan kesehatan.

3) Cakupan penemuan dan pengobatan kasus TBC sebesar 90%

a. Penjelasan Indikator

Cakupan Penemuan dan Pengobatan TBC (*TBC Treatment Coverage*) merupakan indikator yang sangat bermanfaat untuk memberikan gambaran layanan Penemuan dan pengobatan pasien TBC dalam rangka memutus mata rantai penularan dan mencegah terjadinya kebal obat. Angka ini menggambarkan jumlah kasus TBC yang ditemukan dan mendapat layanan pengobatan yang dilaporkan ke program. Indikator ini juga memberikan gambaran upaya dalam menemukan pasien TBC melalui serangkaian kegiatan penjarangan terduga TBC, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang diperlukan, menentukan diagnosis, menentukan klasifikasi dan tipe pasien dan dilanjutkan pengobatan yang adekuat sampai sembuh sehingga tidak menular penyakit TBC ke orang lain.

b. Definisi Operasional

Berdasarkan Surat Direktur P2PM No. PM.01.01/C.III/4406/2023 tentang pemberitahuan perubahan definisi indikator *treatment coverage*, maka definisi operasional cakupan penemuan kasus tuberkulosis adalah jumlah kasus tuberkulosis yang ditemukan diantara perkiraan kasus tuberkulosis.

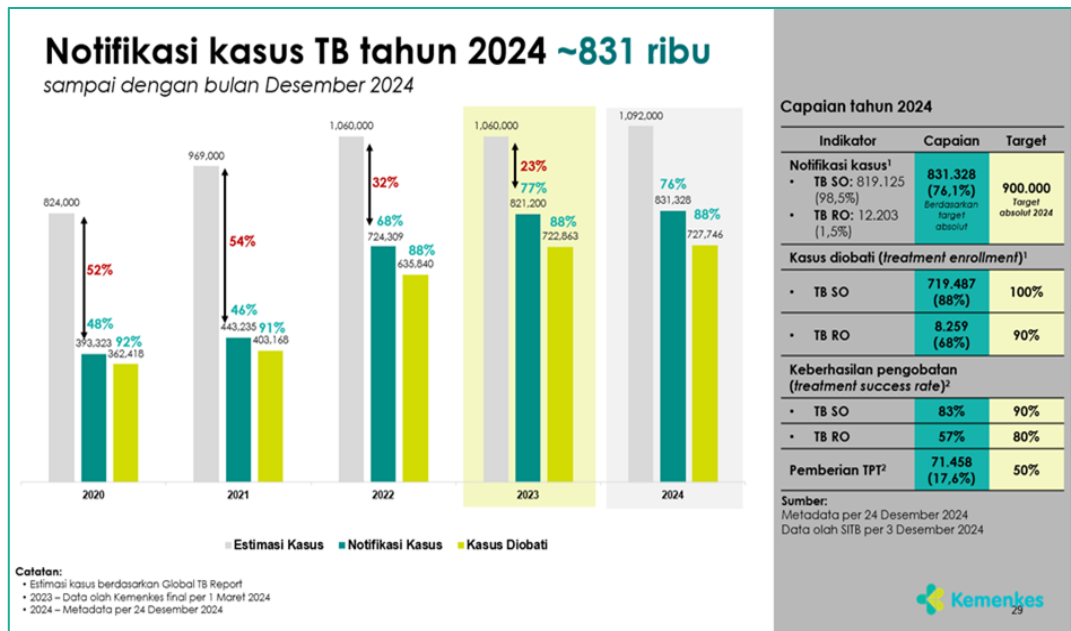
c. Rumus/cara perhitungan

$$\text{Cakupan Penemuan dan pengobatan kasus TBC} = \frac{\text{Jumlah semua kasus TBC ditemukan}}{\text{Perkiraan jumlah semua kasus TBC (insiden)}} \times 100\%$$

d. Capaian Indikator

Penanganan kasus dalam Penanggulangan TBC dilakukan melalui kegiatan Penemuan dan Pengobatan TBC untuk memutus mata rantai penularan dengan penemuan kasus melalui penegakan diagnosis, pengobatan dan pelaporan hasil pengobatan. Capaian Indikator Penemuan TBC secara lengkap dapat dilihat pada grafik berikut:

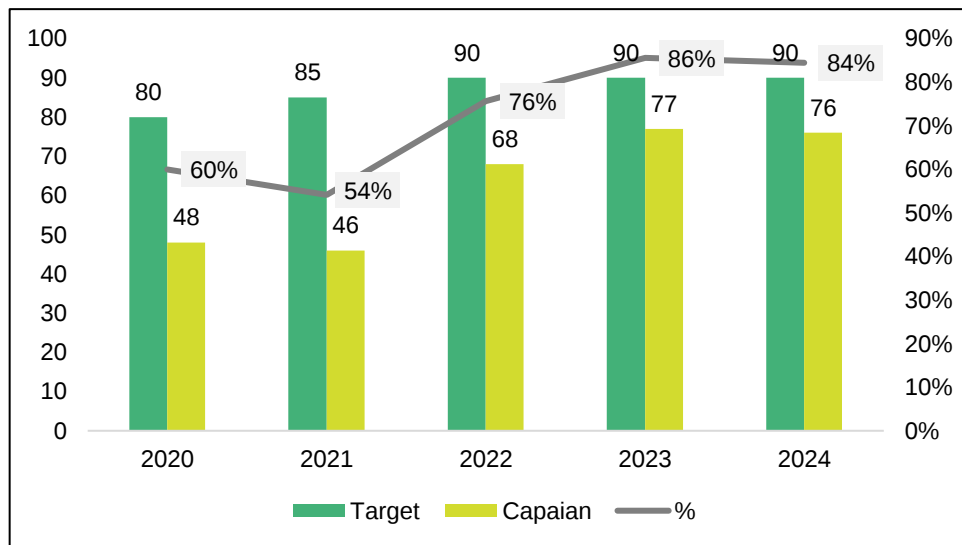
Grafik 3.11. Estimasi Kasus, Notifikasi Kasus dan Kasus TBC Tahun 2020-2024



Sumber data: Laporan Tim Kerja Tuberkulosis, Desember 2024

Grafik diatas menunjukkan bahwa capaian penemuan kasus TBC sampai dengan tanggal 3 Desember 2024 mencapai 76% (831.328) kasus dari target 90% pada tahun 2024. Dari jumlah penemuan kasus tersebut, sebanyak 88% (727.746) kasus telah mendapatkan pengobatan. Hal ini menunjukkan bahwa masih terdapat gap sebesar 14% untuk mencapai target cakupan penemuan dan pengobatan kasus TBC 90%. Tren perbandingan target dan capaian indikator cakupan penemuan kasus TBC tahun 2020-2024 digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.12. Target dan Capaian Cakupan Penemuan dan Pengobatan TBC Tahun 2020-2024

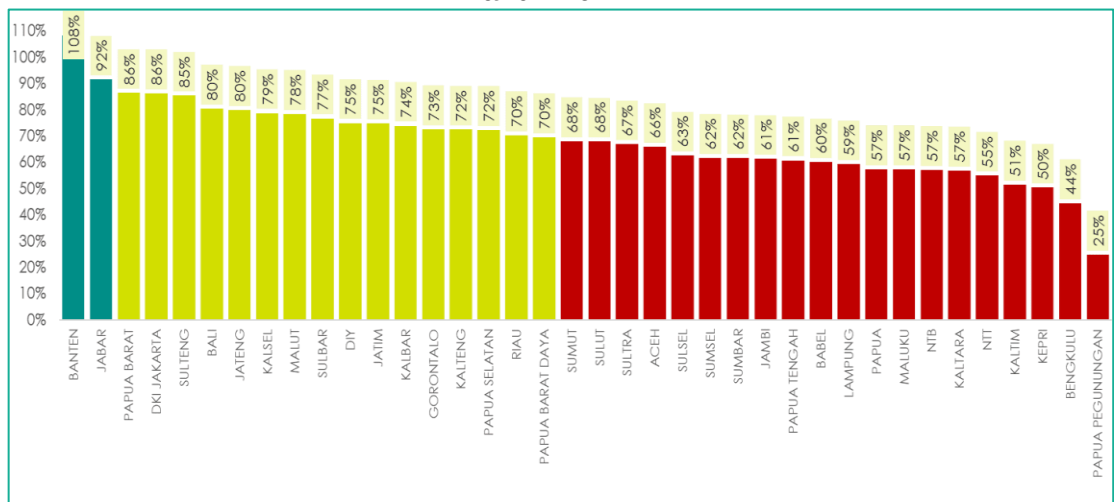


Sumber data: Laporan Tim Kerja Tuberkulosis, Desember 2024

Bila dibandingkan dengan capaian target tahun 2020-2022, terlihat bahwa selama tiga tahun berturut-turut tidak mencapai target dan gap antara capaian dan target cukup besar, sedangkan capaian tahun 2023-2024 juga tidak berjalan *on track* dan target tidak tercapai meskipun capaian meningkat setiap tahunnya dan gap capaian semakin berkurang. Oleh karena itu, tetap perlu dilakukan tindakan perbaikan agar kinerja di masa yang akan datang dapat lebih baik lagi dan mencapai target yang telah ditentukan.

Bila dibandingkan capaian cakupan penemuan dan pengobatan kasus TB per Provinsi maka terlihat gap antar capaian Provinsi terlihat dalam grafik berikut:

Grafik 3.13. Cakupan Penemuan dan Pengobatan Kasus TB per Provinsi Tahun 2024



Sumber data: Laporan Tim Kerja Tuberkulosis, Desember 2024



Grafik diatas menunjukkan range angka penemuan kasus tuberkulosis tahun 2024 per provinsi adalah antara 25%-108%. Provinsi dengan capaian tertinggi adalah Banten, Jawa Barat, Papua Barat. DKI Jakarta dan Banten sedangkan 5 provinsi dengan capaian terendah adalah NTT, Kalimantan Timur, Kepulauan Riau. Bengkulu dan Papua Pegunungan.

Secara global pada tahun 2023, sebanyak 8,2 juta orang baru didiagnosis menderita TB dan secara resmi dilaporkan sebagai kasus TB. Ini adalah jumlah tertinggi yang dilaporkan oleh WHO naik dari rekor sebelumnya sebesar 7,5 juta pada tahun 2022 dan 15% lebih tinggi dari tahun 2019. Angka tertinggi sepanjang sejarah pada tahun 2022 dan 2023 menunjukkan bahwa telah terjadi pemulihan global yang kuat dalam penyediaan dan akses terhadap diagnosis dan pengobatan TBC. Hal tersebut mencerminkan dua faktor lain yakni diagnosis sejumlah orang yang mengidap TBC pada tahun-tahun sebelumnya tetapi diagnosisnya tertunda karena gangguan terkait COVID, dan perkiraan peningkatan jumlah keseluruhan orang yang mengidap penyakit TBC. Pada tingkat wilayah WHO, tren dalam notifikasi kasus TB sebelum, selama, dan setelah pandemi COVID-19 bervariasi. Pola di Wilayah Asia Tenggara WHO sangat mirip dengan tren global, dengan penurunan besar (sebesar 24%) antara tahun 2019 dan 2020 diikuti oleh pemulihan parsial pada tahun 2021 dan kemudian rebound kuat ke atas level pra-COVID pada tahun 2022–2023; memang, wilayah inilah yang mendorong tren di tingkat global. Ada pola serupa di Wilayah Mediterania Timur WHO (sebagian besar dipengaruhi oleh tren di Pakistan) dan Wilayah Amerika. Di Wilayah Eropa WHO, notifikasi menurun pada tingkat di atas tren historis pada tahun 2020, meningkat pada tahun 2021 (mungkin mewakili beberapa penundaan dari tahun 2020), dan kemudian kembali ke tren menurun pada tahun 2022–2023. Di Wilayah Pasifik Barat WHO, notifikasi kasus pada tahun 2023 pulih ke level tahun 2019, setelah penurunan besar pada tahun 2020–2021. Pemulihan pada tahun 2023 di Wilayah Pasifik Barat didorong oleh Tiongkok dan Filipina,

Indikator cakupan penemuan dan pengobatan pasien TBC dengan indikator insidensi TBC memiliki hubungan negatif, yang artinya jika angka penemuan dan pengobatan pasien TBC semakin tinggi maka diharapkan angka insiden TBC juga akan menurun. Peningkatan indikator penemuan dan pengobatan pasien TBC juga harus diimbangi dengan angka keberhasilan pengobatan yang tinggi sehingga semakin banyak pasien TBC yang ditemukan dan diobati serta hasil pengobatan sembuh juga tinggi maka proses penularan penyakit TBC di masyarakat akan berkurang dan kasus TBC juga akan berkurang sehingga angka insiden kasus TBC juga akan menurun.

e. Analisa Penyebab Kegagalan

Indikator persentase cakupan penemuan dan pengobatan TBC belum tercapai pada tahun 2020-2024, dipengaruhi oleh beberapa faktor yakni belum semua kasus TBC baru berhasil ditemukan dan dijangkau, investigasi kontak belum maksimal karena kader belum aktif melakukan *tracking* dan *tracing* kasus TBC ke masyarakat. Selain itu, tidak tercapainya target tersebut dapat dijelaskan karena adanya perubahan



besaran estimasi insidensi kasus TB yang semula hanya 1.060.000 kasus per tahun berubah menjadi 1.092.000 kasus per tahun.

f. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

1. Memberikan umpan balik hasil capaian tiap triwulan pada provinsi dan kabupaten/kota yang belum melapor dan capaiannya masih rendah.
2. Dalam rangka evaluasi capaian indikator program TBC tahun 2023 dan percepatan peningkatan capaian indikator program TBC tahun 2024, maka dilaksanakan pertemuan monitoring dan evaluasi program TBC yang melibatkan pelaksana kegiatan TBC di pusat dan daerah serta lintas program dan lintas sektor agar target eliminasi TBC tetap dapat tercapai.
3. Melakukan Skrining TB dan Investigasi Kontak secara masif untuk menemukan kasus sedini mungkin dan memutus rantai penularan. Skrining masif TB pada kontak serumah dan kontak erat dilakukan di 25 Kab/kota berdasarkan gejala dan pemeriksaan X Ray. Skrining TB pada populasi berisiko tinggi (DM, HIV, lansia, gizi buruk, imigran, populasi padat), serta Skrining TB di Masyarakat dengan portable Xray.
4. Pendistribusian alat diagnosis TCM dan diversifikasi alat diagnosis TBC yaitu TCM genexpert, BDMAX, Truenat dan PCR based.
5. Peluncuran penggunaan rejimen pengobatan Bpal/M secara nasional mulai Januari 2024. Implementasi awal telah dilakukan di 4 provinsi.
6. Kolaborasi multi sektor: Pembentukan Wadah Kemitraan Percepatan Penanggulangan TBC (WPKTB) yang terdiri dari 19 kementerian dan 35 mitra.
7. Peningkatan kapasitas melalui Platform TB E-Learning yaitu platform pelatihan online asinkron dan lengkap untuk petugas kesehatan
8. Pelaksanaan kegiatan *Coaching* TB yang telah dilaksanakan di 28 (dua puluh delapan) kabupaten/kota di tahun 2023, dimana pada tahun 2022 telah dilakukan operational trial di 6 Kabupaten/Kota yaitu (Kota Jakarta Utara, Kota Jakarta Selatan, Kota Denpasar, Kabupaten Gresik, dan Kota Samarinda) yang telah menghasilkan banyak praktik baik. Sehingga, pada tahun 2024 kegiatan ini diekspansi di 80 kabupaten/kota termasuk Kota Pekanbaru, Riau.
9. Melakukan supervisi ke Provinsi/Kab/kota dan faskes terpilih untuk monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan di lapangan dalam rangka meningkatkan capaian indikator. Sehubungan telah diluncurkannya Strategi Nasional Penanggulangan TBC tahun 2020-2024 oleh Presiden RI, salah satu indikator yang perlu dipantau dalam rangka Peningkatan Akses Layanan Tuberkulosis Bermutu Berpihak pada Pasien adalah jumlah kabupaten/kota dengan fasyankes pelaksana layanan TBC Resisten Obat (TBC RO). Pada akhir tahun 2024 diharapkan semua kabupaten/kota memiliki minimal 1 (satu) fasyankes pelaksana layanan TBC RO.
10. Advokasi dan Monitoring Tindak Lanjut Perpres No. 67 tahun 2021
11. Komitmen pemerintah dalam eliminasi TBC ditegaskan oleh Bapak Presiden Republik Indonesia pada kegiatan “Gerakan Bersama Menuju Eliminasi TBC tahun 2030” dan penerbitan Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 Tentang Penanggulangan Tuberkulosis. Penerbitan Perpres Nomor 67 Tahun 2021 adalah penegasan kembali tentang komitmen presiden dan sebagai acuan bagi



kementerian/lembaga, pemerintah daerah provinsi dan kabupaten/kota, pemerintah desa, serta pemangku kepentingan lainnya dalam melaksanakan penanggulangan TBC. Pada tahun 2024 sudah dilaksanakan Advokasi dan Monitoring Tindak Lanjut Perpres No. 67 tahun 2021 pada Provinsi dengan beban kasus TB yang tinggi seperti DKI Jakarta, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sumatera Utara dan Sulawesi Selatan. Kegiatan advokasi diikuti oleh Perwakilan Kemenko PMK, Kantor Staf Presiden, Kemendes, Setkab, Kemendagri, Kemenkes dan Mitra.

g. Kendala/masalah yang dihadapi

Dalam mencapai indikator cakupan penemuan dan pengobatan TBC ditemukan kendala dan masalah antara lain:

1. Kendala dalam surveilans TBC yakni skrining TBC pada populasi risiko tinggi belum optimal, investigasi kontak belum optimal, notifikasi kasus faskes swasta masih rendah, jejaring internal faskes untuk tatalaksana kasus standar belum kuat dan *delay reporting* di fasyankes.
2. Kendala dalam pencegahan TBC yakni cakupan pemberian terapi pencegahan TBC (TPT) rendah, pemahaman tenaga kesehatan dalam pemberian TPT belum optimal, dukungan lintas sektor dalam pencegahan faktor risiko TBC dan perilaku hidup sehat untuk pencegahan masih rendah.
3. Kendala dalam penanganan kasus TBC antara lain jumlah dan akses ke layanan diagnosis perlu ditingkatkan, pemanfaatan dan akses obat anti TBC oleh faskes swasta kurang, peningkatan sarana dan kompetensi untuk menangani kasus TBC berat dan penguatan PMO pada pasien TBC, termasuk pendampingan komunitas.

h. Pemecahan Masalah

Dalam rangka pemecahan masalah yang ditemukan di lapangan, maka dilakukan upaya perbaikan sebagai berikut:

1. Koordinasi antar pihak terkait tentang implementasi skrining
2. Koordinasi dengan organisasi masyarakat untuk pelaksanaan Investigasi Kontak
3. Optimalisasi kegiatan PPM termasuk pelibatan RS swasta, klinik dan DPM
4. Optimalisasi Sistem Informasi TBC (SITB) ke dalam Satu Sehat serta sistem informasi terkait lainnya di layanan
5. Optimalisasi penggunaan SITB secara real time di fasyankes
6. Penyediaan obat TPT dan bahan untuk TST (Tuberkulin)
7. Workshop infeksi laten TB terkait dengan pemberian TPT
8. Promosi kesehatan terkait dengan minum obat TPT serta PHBS
9. Penyediaan alat diagnosis TBC
10. Pembukaan layanan/RS baru yang dapat menangani terutama kasus TBC RO
11. Pelatihan tenaga kesehatan di RS pemerintah dan swasta
12. Pemantauan dan supervisi berkala secara berjenjang



4) Jumlah kabupaten/kota yang mencapai API < 1/1000 penduduk sebesar 500 Kab/Kota

a. Penjelasan Indikator

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No 22 tahun 2022 tentang penanggulangan malaria serta dokumen rencana strategi (Renstra) 2020-2024 bahwa sampai tahun 2024, Indonesia harus mencapai API < 1 per 1000 penduduk sebesar 500 kabupaten/kota. *Annual Parasite Incidence* (API) merupakan angka kesakitan malaria per 1000 penduduk berisiko dalam satu tahun. Capaian indikator API < 1 merupakan salah indikator utama persyaratan eliminasi malaria, selain tidak ada kasus indigenous selama 3 tahun berturut-turut dan *positivity rate* (PR) mencapai <5 %.

b. Definisi operasional

Suatu Kabupaten/Kota yang telah mencapai angka kesakitan kurang dari 1 per 1000 penduduk merupakan salah satu kriteria eliminasi malaria sesuai dengan Permenkes No. 22 tahun 2022 tentang penanggulangan malaria. Selain itu, daerah tersebut harus memenuhi 3 kriteria utama yaitu API kurang dari 1 per 1000 penduduk, *Positivity Rate* (PR) kurang dari 5% dan tidak ada penularan setempat malaria selama tiga tahun berturut-turut serta memenuhi beberapa persyaratan lainnya. Status API < 1 per 1000 penduduk diperoleh dari jumlah kasus positif dibandingkan dengan jumlah penduduk pada tahun yang sama. Angka kasus kesakitan malaria berupa *parasite incidence* per tahun, dengan kabupaten/kota sebagai satuan wilayah terkecil. Angka *parasite incidence* merupakan kasus positif malaria yang diagnosisnya ditegakkan sesuai standar nasional menggunakan mikroskop dan atau RDT.

c. Rumus/cara perhitungan

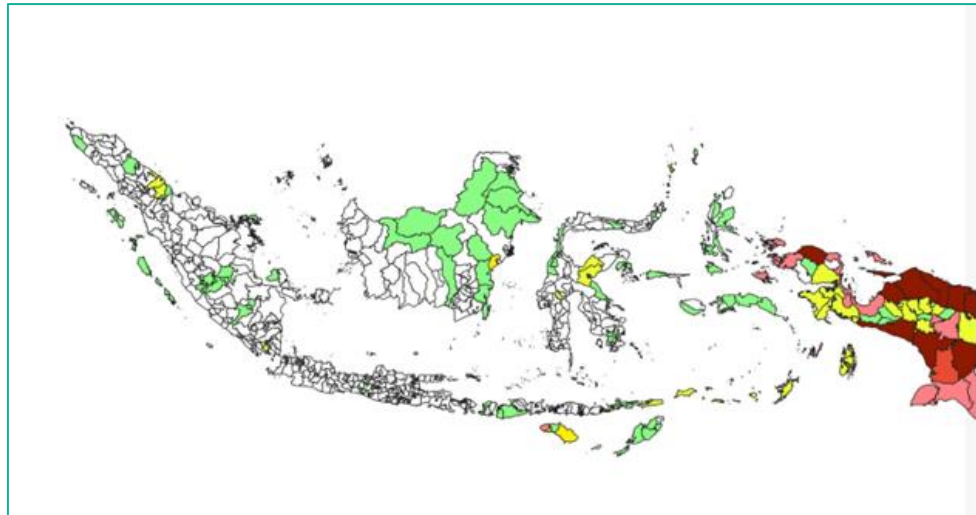
Indikator Jumlah Kabupaten/kota yang telah mencapai eliminasi malaria dihitung berdasarkan akumulasi jumlah kab/kota yang mencapai API < 1/1000 penduduk di akhir tahun. Sedangkan rumus untuk menghitung API adalah:

$\begin{array}{c} \text{Annual Parasite} \\ \text{Incidence} \\ \text{(API)} \end{array} = \frac{\text{Jumlah Kasus Positif}}{\text{Jumlah Penduduk}} \times 1000$
--

d. Capaian indikator

Berdasarkan data *World Malaria Report* (WMR) 2024 terdapat 83 Negara endemis Malaria di Dunia dan Nigeria adalah negara yang melaporkan kasus malaria tertinggi di dunia. Tahun 2023 diperkirakan 94% kasus dari 263 juta kasus malaria di Dunia berasal dari Afrika dan 1.5 % kasus dari Asia. Di Regional Asia Tenggara WHO (SEARO) masih terdapat 8 Negara endemis Malaria dimana Indonesia merupakan penyumbang kasus malaria ke-2 terbesar setelah India. Kasus malaria di Indonesia diestimasikan masih terdapat 1.156.000 kasus malaria (WMR, 2024).

Secara kumulatif pada tahun 2024 terdapat 456 kabupaten/kota dengan API < 1/1000 penduduk, dimana sekitar 91% penduduk Indonesia berada di wilayah bebas malaria, sedangkan 9% penduduk masih berada pada daerah dengan endemis malaria, seperti digambarkan berikut ini:



Gambar 3.14. Peta Endemisitas Malaria di Indonesia Tahun 2024

Endemisitas malaria dibagi atas endemis tinggi, sedang, rendah dan bebas malaria, penyebaran penduduk di wilayah endemis malaria digambarkan dalam tabel berikut ini:

Tabel 3.2. Penduduk Berdasarkan Endemisitas Tahun 2024

No	Endemisitas	Penduduk 2024		Kabupaten/Kota 2024	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Eliminasi (Bebas Malaria)	253,514,723	91 %	401	78 %
2	Endemis Rendah (API <1‰)	14,811,883	5 %	59	12 %
3	Endemis Sedang (API 1 - 5 ‰)	5,101,241	2 %	23	5 %
4	Endemis Tinggi (API > 5 ‰)	4,024,477	2 %	31	6 %
	TOTAL	277,452,324	100%	514	100%

Sumber data: Laporan Tim Kerja Malaria, per 13 Januari 2025

Tabel di atas menunjukkan bahwa 90% penduduk Indonesia telah hidup di daerah bebas malaria dan sekitar 10% penduduk Indonesia masih tinggal di daerah endemis malaria. Jumlah Kab/Kota pada tahun 2023 yang mencapai API < 1 per 1000 penduduk yaitu sebanyak 455 kabupaten/kota dari target yang ditentukan sebesar 495 kab/kota atau pencapaian kinerja sebesar 92%. Jumlah Kab/Kota yang mencapai API<1 per 1000 penduduk per Provinsi digambarkan dalam tabel berikut ini:

Tabel 3.3. Capaian jumlah Kab/Kota dengan API < 1 per 1000 penduduk per Provinsi Tahun 2024

No	Provinsi	Jumlah Kab/Kota	API < 1 per 1000 penduduk	API > 1 per 1000 penduduk	% API < 1 per 1000 penduduk
1	ACEH	23	23	0	100%
2	SUMATERA UTARA	33	29	4	88%
3	SUMATERA BARAT	19	19	0	100%
4	RIAU	12	11	1	92%
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	7	0	100%
11	DKI JAKARTA	6	6	0	100%
12	JAWA BARAT	27	27	0	100%
13	JAWA TENGAH	35	35	0	100%
14	DI YOGYAKARTA	5	5	0	100%
15	JAWA TIMUR	38	38	0	100%
16	BANTEN	8	8	0	100%
17	BALI	9	9	0	100%
18	NUSA TENGGARA BARAT	10	10	0	100%
19	NUSA TENGGARA TIMUR	22	18	4	82%
20	KALIMANTAN BARAT	14	14	0	100%
21	KALIMANTAN TENGAH	14	14	0	100%
22	KALIMANTAN SELATAN	13	13	0	100%
23	KALIMANTAN TIMUR	10	9	1	90%
24	KALIMANTAN UTARA	5	5	0	100%
25	SULAWESI UTARA	15	14	1	93%
26	SULAWESI TENGAH	13	10	3	77%
27	SULAWESI SELATAN	24	23	1	96%
28	SULAWESI TENGGARA	17	17	0	100%
29	GORONTALO	6	4	2	67%
30	SULAWESI BARAT	6	6	0	100%
31	MALUKU	11	6	5	55%
32	MALUKU UTARA	10	10	0	100%
33	PAPUA	9	0	9	0%
34	PAPUA TENGAH	8	4	4	50%

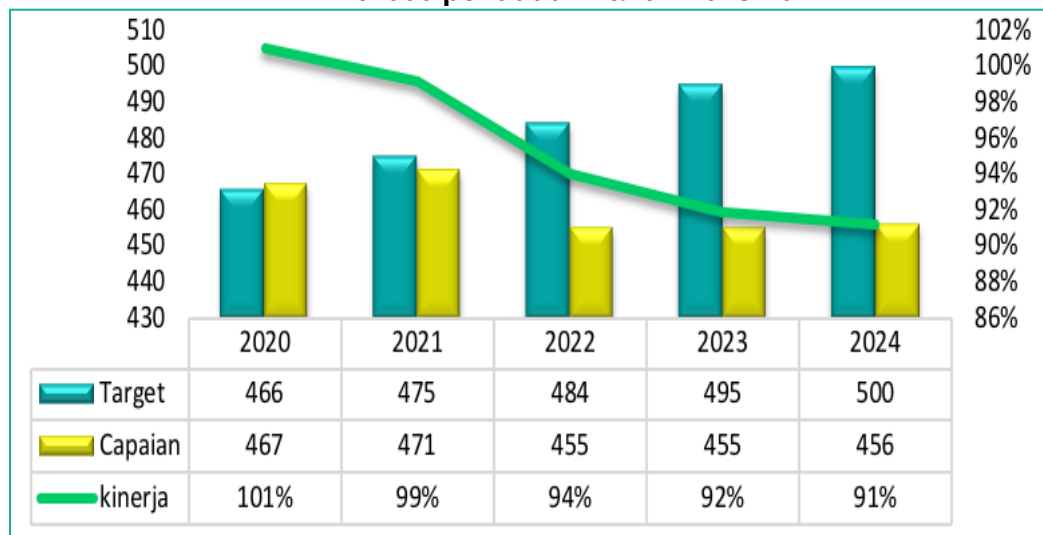
No	Provinsi	Jumlah Kab/Kota	API < 1 per 1000 penduduk	API > 1 per 1000 penduduk	% API < 1 per 1000 penduduk
35	PAPUA SELATAN	4	0	4	0%
36	PAPUA PEGUNUNGAN	8	1	7	13%
37	PAPUA BARAT	7	1	6	14%
38	PAPUA BARAT DAYA	6	1	5	17%
TOTAL		514	456	58	89%

Sumber data: Laporan Tim Kerja Malaria, 13 Januari 2025

Tabel diatas menunjukkan, sebanyak 89% kabupaten/kota di Indonesia telah mencapai API < 1 per 1000 penduduk, dimana pada tahun 2024 terdapat 26 Provinsi yang telah mencapai API < 1 per 1000 penduduk. Provinsi yang belum mencapai API < 1 per 1000 penduduk antara lain Provinsi Sumatera Utara, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Tengah, Kalimantan Timur, Maluku, Papua dan Papua Barat.

Tren capaian API < 1 per 1000 penduduk dari tahun 2020-2024 digambarkan dalam grafik dibawah ini:

Grafik 3.14. Capaian Jumlah Kabupaten/Kota mencapai API Malaria < 1/1000 penduduk Tahun 2018-2024



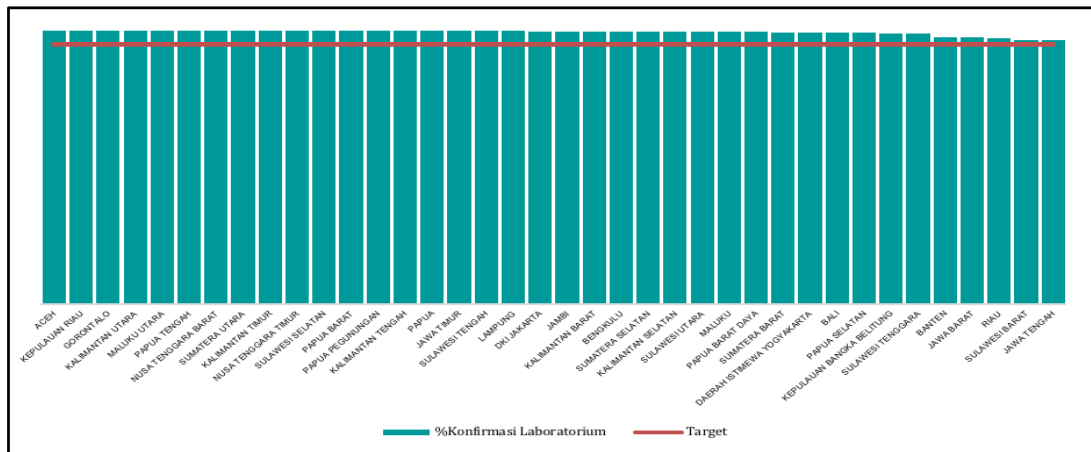
Sumber data: Laporan Tim Kerja Malaria, 13 Januari 2025

Data *Annual Parasite Incidence* (API) merupakan data tahunan dan secara nasional untuk target kumulatif tahun 2024 sebanyak 500 Kab/Kota dengan API<1 per 1000 penduduk, sedangkan pencapaiannya tahun 2024 sebesar 456 Kab/Kota dengan persentase capaian sebesar 91%. Tren selama 5 tahun pada grafik diatas menunjukkan bahwa selama 4 tahun yakni pada tahun 2021-2024, target tidak tercapai. Prognosa capaian API < 1 per 1000 penduduk tahun 2024 sebelumnya sebesar 485 kabupaten/kota juga tidak tercapai dan diperlukan upaya keras untuk

mencapai target di tahun berikutnya. Adanya perubahan strategi penemuan yang dilakukan menjadi *active case finding* di masyarakat berpengaruh pada peningkatan kasus malaria yang ditemukan.

Untuk mencapai target eliminasi malaria, perlu didukung oleh beberapa indikator komposit, yaitu persentase konfirmasi pemeriksaan sediaan darah dan persentase pengobatan standar yang juga merupakan indikator Pemantauan Program Prioritas Janji Presiden tahun 2024 oleh KSP (Kantor Staf Presiden) setiap triwulan. 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:

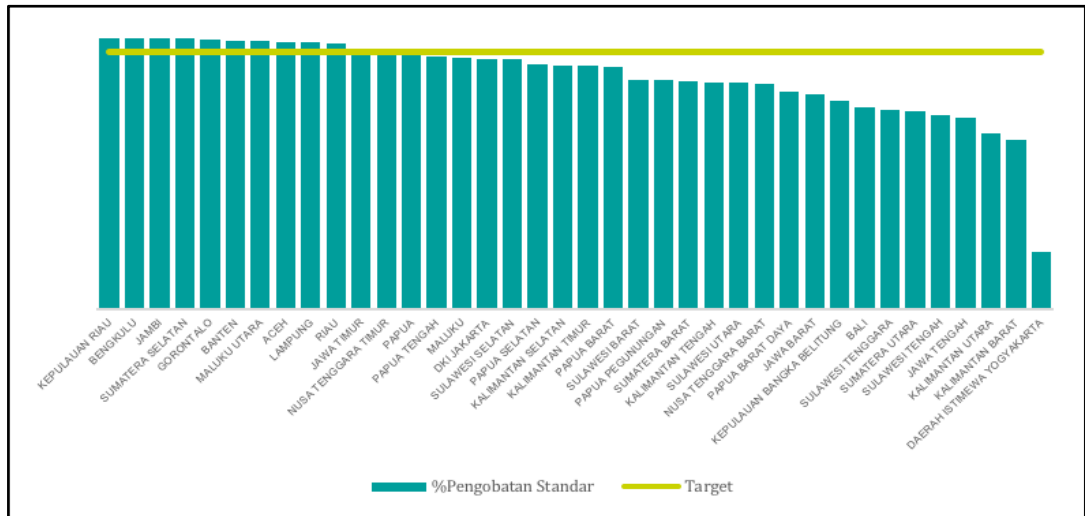
Grafik 3.15. Capaian Persentase Konfirmasi Pemeriksaan Sediaan Darah Tahun 2024



Sumber data: Laporan Tim Kerja Malaria, 13 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 sebesar 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. Pemberian terapi pengobatan pada pasien malaria saat ini telah diatur sesuai Kepmenkes No. 556 tahun 2019 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Malaria, dimana pasien positif malaria (berdasarkan pemeriksaan lab) diobati dengan menggunakan ACT dengan dosis yang disesuaikan dengan berat badan pasien. ACT (*Artemisinin based Combination Therapy*) merupakan obat yang saat ini dianggap paling efektif untuk membunuh parasit Malaria. Target dan capaian indikator persentase pasien malaria positif yang diobati sesuai standar ACT sebagai berikut:

Grafik 3.16. Persentase Pengobatan Standar Tahun 2024



Sumber data: Laporan Tim Kerja Malaria, 13 Januari 2025

Dari grafik diatas tercatat ada 11 provinsi di Indonesia (30%) yaitu Kepulauan Riau, Bengkulu, Jambi, Sumatera Selatan, Gorontalo, Banten, Maluku Utara, Aceh, Lampung, Riau dan Jawa Timur telah mencapai target nasional dalam pengobatan malaria sesuai standar. Target capaian pengobatan standar ACT yaitu sebesar 95% sementara capaian sampai tahun 2024 yaitu sebesar 92% dengan jumlah positif malaria sebanyak 487,493 orang dan jumlah yang diobati dengan pengobatan standar sebanyak 448,410. Berdasarkan hal tersebut, capaian indikator persentase pasien malaria positif yang diobati sesuai standar ACT sampai tahun 2024 belum mencapai target.

e. Analisa Penyebab Kegagalan Pencapaian

Indikator jumlah kabupaten/kota yang mencapai API<1 per 1000 penduduk belum mencapai target yang ditetapkan. Namun hal ini bukan menunjukkan kegagalan program pencegahan dan pengendalian malaria karena telah dilakukan banyak upaya pengendalian malaria yang telah dilakukan, diantaranya yaitu:

- 1) Terjadi peningkatan penemuan kasus dengan strategi *active case finding* melalui pemberdayaan kader malaria.
- 2) Upaya *Public Private Mix* (PPM) dalam pengendalian malaria yang dilakukan membuat akses layanan semakin terbuka dan baik sehingga berpengaruh juga pada penemuan, pencatatan, dan pelaporan kasus malaria.
- 3) Surveilans malaria juga semakin baik sehingga pelaporan yang dilaporkan daerah menjadi lebih lengkap, tepat waktu, dan kualitasnya semakin baik. Hal ini berpengaruh pada menurunnya kasus yang tidak dilaporkan (*under reporting*).
- 4) Penyediaan logistik melalui pendekatan epidemiologis (estimasi jumlah suspek yang mau diobati, dll) sehingga lebih tergambar sesuai dengan kasus di lapangan dibandingkan cara perhitungan yang dilakukan sebelumnya melalui pola konsumsi dan buffer 10% saja.



- 5) Bersama dengan WHO telah dilakukan perhitungan estimasi kasus positif sehingga upaya yang dilakukan lebih tinggi dengan adanya gambaran kasus yang lebih besar.

Dengan dilakukannya berbagai upaya tersebut, menyebabkan adanya peningkatan API di kabupaten/kota di Indonesia terutama pada daerah yang sebelumnya sudah masuk kategori daerah endemis rendah/sedang. Kondisi ini akan terus meningkat di awal perubahan upaya yang dilakukan, namun pada tahun-tahun selanjutnya diharapkan akan terjadi penurunan kasus karena sudah adanya penanggulangan malaria yang sesuai dengan kondisi yang sebenarnya ada di lapangan.

f. Upaya yang dilaksanakan 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:

- a. Workshop Penyegaran Mikroskopis Malaria bagi Tenaga ATLM (Ahli Teknologi Laboratorium Medik)
- b. External Competency Assessment Mikroskopis Malaria (Ecam)
 - a. Supervisi dalam Rangka Narasumber Workshop Tatalaksana Kasus Malaria
 - b. Pendampingan diagnosis dan tatalaksana malaria
 - c. Assessment Petugas dan Pemantauan Mutu Laboratorium Malaria

2) Tatalaksana Kasus Malaria

Kementerian Kesehatan telah merekomendasikan pengobatan malaria menggunakan obat pilihan yaitu kombinasi *derivate 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 tatalaksana 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 sampai Juni tahun 2024 yaitu:

- a. Pelatihan TOT Tatalaksana Malaria
- b. Supervisi dalam Rangka Evaluasi Pelaksanaan FGD Minum Obat Massal Malaria (MOMAL)
- c. Evaluasi Pelaksanaan FGD Minum Obat Massal Malaria (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

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

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. Assessment 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 Programs

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 Risiko 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 meliputi pengambil kebijakan, pelaksana teknis dan masyarakat luas. Komunikasi, Informasi dan edukasi (KIE) kepada masyarakat luas dilakukan dengan membuat Iklan Layanan Masyarakat (ILM) mengenai Malaria. Beberapa kegiatan selama Tahun 2024 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

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.

g. Kendala/Masalah yang dihadapi

Dalam melaksanakan program dan kegiatan untuk mencapai eliminasi malaria di Indonesia, ditemukan permasalahan yang menjadi tantangan seperti:

- 1) *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) tidak segera dilakukan 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.
- 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 terbengkalai).



- 8) Ketepatan dan kelengkapan pelaporan yang belum optimal.
- 9) Belum semua daerah pembebasan dan pemeliharaan mempunyai pemetaan daerah fokus.
- 10) *Turn Off* 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.
- 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

h. Pemecahan Masalah

Dengan masih terdapatnya beberapa permasalahan maka alternatif solusi yang dapat dilakukan adalah

- 1) Peningkatan akses layanan malaria yang bermutu.
 - Desentralisasi pelaksanaan program oleh kab/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 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 ilegal, pekerja pembalakan liar, perkebunan ilegal 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 sistem informasi strategis dan penelitian operasional untuk menunjang basis bukti program.



- 12) Penguatan manajemen fungsional program, advokasi dan promosi program dan berkontribusi dalam penguatan sistem kesehatan.

5) Proporsi Kasus Kusta Baru Tanpa Cacat sebesar 90 persen

a. Penjelasan Indikator

Adanya keterlambatan dalam penemuan kasus dan tatalaksana, dapat mengakibatkan timbulnya disabilitas pada penderita kusta. Disabilitas tersebut dapat mengarah kepada stigmatisasi dan diskriminasi dalam aspek sosial, ekonomi dan budaya. Oleh sebab itu, penemuan kasus secara dini sebelum berkembangnya disabilitas sangat penting untuk dilakukan. Di masyarakat, stigma dan diskriminasi terhadap penderita kusta dan keluarganya seringkali menyebabkan penderita enggan mencari pengobatan. Kurangnya pengetahuan baik pada masyarakat maupun tenaga kesehatan juga dapat menyebabkan terjadinya keterlambatan penemuan kasus.

Salah satu strategi utama dalam program Pencegahan dan Pengendalian (P2) kusta adalah menemukan kasus kusta baru sedini mungkin tanpa cacat dan mengobati sampai sembuh. Untuk dapat mengevaluasi strategi tersebut, indikator yang digunakan adalah proporsi kasus kusta baru tanpa cacat. Indikator tersebut dapat merefleksikan keberhasilan kegiatan penemuan kasus secara dini, sehingga dapat menekan keterlambatan penemuan kasus dan mencegah berkembangnya kecacatan.

b. Definisi operasional

Proporsi kasus kusta baru tanpa cacat adalah Persentase Jumlah Penderita Kusta baru tanpa cacat (cacat tingkat 0) di antara total Penderita Kusta baru yang ditemukan di suatu wilayah dalam periode waktu satu tahun

c. Rumus/cara perhitungan

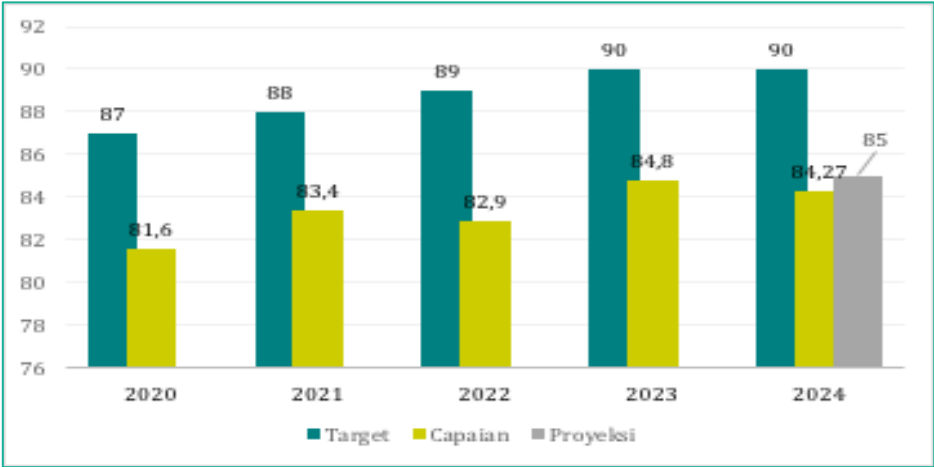
Jumlah kasus kusta baru tanpa cacat (cacat tingkat 0) dibagi dengan total kasus kusta baru pada periode tertentu dalam persentase dengan rumus perhitungan sebagai berikut:

Proporsi kasus kusta baru tanpa cacat	=	$\frac{\text{Jumlah kasus baru kusta tanpa cacat yang ditemukan (cacat tingkat 0)}}{\text{Jumlah kasus baru yang ditemukan dalam periode 1 tahun}} \times 100\%$
---------------------------------------	---	--

d. Capaian indikator

Indikator proporsi kasus kusta baru tanpa cacat mulai ditetapkan sebagai indikator nasional pada Renstra periode 2015-2019 dan dilanjutkan pada periode 2020-2024. Tren capaian proporsi kasus kusta baru tanpa cacat tahun 2020-2024 digambarkan sebagai berikut:

Grafik 3.17. Proporsi Kasus Kusta Baru Tanpa Cacat Tahun 2020-2024



Sumber data: Laporan Tim Kerja NTDs per 13 Januari 2025

Grafik diatas menggambarkan capaian indikator proporsi kasus kusta baru tanpa cacat yang cukup fluktuatif dari tahun ke tahun. Capaian proporsi kasus kusta baru tanpa cacat sebesar 81,6% pada tahun 2020, kemudian mengalami peningkatan di tahun 2021 menjadi 83,4%, mengalami penurunan di tahun 2022 menjadi 82,9%, dan kembali naik di tahun 2023 menjadi 84,8%. Capaian indikator tersebut per 13 Januari 2025 adalah sebesar 84,27%, lebih rendah dibanding capaian tahun 2023. Capaian dapat mengalami perubahan karena belum dilakukan validasi dan finalisasi data 2024. Diperkirakan capaian target final tahun 2024 adalah sebesar 85%. Bila dibandingkan capaian indikator proporsi kasus kusta baru tanpa cacat di tingkat provinsi dapat dilihat dalam tabel berikut ini:

Tabel 3.4. Proporsi Kasus Kusta Baru Tanpa Cacat Per Provinsi Tahun 2024

No	Provinsi	Tahun 2024		
		Kasus Baru Kusta	Tanpa Cacat	
			Jumlah	%
1	Aceh	257	244	94,94
2	Sumatera Utara	79	57	57
3	Sumatera Barat	33	23	23
4	Sumatera Selatan	176	145	82,39
5	Riau	111	106	95,50
6	Kepulauan Riau	29	25	25
7	Jambi	41	31	31
8	Bengkulu	8	5	5
9	Bangka Belitung	36	25	25
10	Lampung	118	89	89
11	Banten	691	595	86,11
12	Jawa Barat	1.245	955	76,71
13	Jawa Tengah	1218	988	81,12
14	Jawa Timur	1.853	1.416	76,42
15	Dki Jakarta	481	422	87,73
16	Di Yogyakarta	39	30	76,92
17	Bali	74	64	64

No	Provinsi	Tahun 2024		
		Kasus Baru Kusta	Tanpa Cacat	
			Jumlah	%
18	Nusa Tenggara Barat	267	257	96,25
19	Nusa Tenggara Timur	287	225	78,40
20	Kalimantan Barat	45	35	35
21	Kalimantan Selatan	109	91	91
22	Kalimantan Tengah	47	45	45
23	Kalimantan Timur	88	86	86
24	Kalimantan Utara	24	23	23
25	Gorontalo	131	126	96,18
26	Sulawesi Selatan	527	450	85,39
27	Sulawesi Tenggara	123	113	113
28	Sulawesi Tengah	328	316	96,34
29	Sulawesi Utara	309	289	93,53
30	Sulawesi Barat	158	144	91,14
31	Maluku	412	395	95,87
32	Maluku Utara	362	330	91,16
33	Papua	674	663	98,37
34	Papua Pegunungan	9	2	2
35	Papua Tengah	269	132	49,07
36	Papua Selatan	149	95	95
37	Papua Barat Daya	279	259	92,83
38	Papua Barat	369	357	96,75
INDONESIA		11.455	9.653	84,27

Sumber data: Laporan Tim Kerja NTDs per 13 Januari 2025

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa proporsi kasus kusta baru tanpa cacat tertinggi di Provinsi Papua (98,37%) dan Kalimantan Timur (97,73%) sedangkan terendah di Provinsi Tengah (49,07%) dan Papua Pegunungan (22,22%). Total sebanyak 16 Provinsi telah melebihi target nasional (90%) yakni Aceh, Riau, Kalimantan Tengah, Kalimantan Utara, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Barat, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Nusa Tenggara Barat, Maluku, Maluku Utara, Papua, Papua Barat, Papua Barat Daya.

Capaian indikator proporsi kasus kusta baru tanpa cacat dapat mempengaruhi capaian Indikator Sasaran Strategis (ISS) Kabupaten/Kota dengan Eliminasi Kusta, dan sebaliknya. Agar kecacatan akibat kusta dapat ditekan serendah mungkin, penemuan kasus perlu dilakukan secara dini dan berkesinambungan. Penemuan kasus secara dini dapat berpengaruh terhadap penghentian transmisi kasus kusta di masyarakat dan mendorong tercapainya status eliminasi kusta.

WHO dalam *Weekly Epidemiological Record* tahun 2024 melaporkan adanya peningkatan 1,8% kasus baru dengan cacat tingkat 2 di tingkat global pada tahun 2023 jika dibandingkan dengan tahun 2022. Tahun 2023, sebanyak 9.729 kasus baru dengan cacat tingkat 2 ditemukan dari seluruh negara di dunia (angka cacat tingkat 2 sebesar 1,2 per 1 juta penduduk). Dari jumlah tersebut, 826 kasus berasal dari Indonesia (angka cacat tingkat 2 sebesar 2,98 per 1 juta penduduk). Sebagai perbandingan, India sebagai negara penyumbang kasus terbesar pertama di dunia melaporkan 2.335 kasus cacat tingkat 2 (angka cacat tingkat 2 sebesar 1,63 per 1



juta penduduk), sementara itu Brazil dengan jumlah kasus tertinggi kedua di dunia melaporkan 2.173 kasus cacat tingkat 2 (angka cacat tingkat 2 sebesar 10,04 per 1 juta penduduk).

e. Analisa penyebab kegagalan pencapaian

Indikator proporsi kasus kusta baru tanpa cacat tidak mencapai target selama periode Renstra tahun 2020-2024. Faktor penghambat tidak tercapainya target antara lain sebagian besar wilayah, kusta tidak dipandang sebagai program prioritas, sehingga alokasi sumber daya dari pemerintah daerah setempat kurang memadai, terlebih karena Program P2 Kusta tidak masuk ke dalam Program SPM. Hal tersebut terutama terjadi pada daerah endemis rendah kusta dan daerah yang telah mencapai eliminasi. Selain itu, tidak semua daerah mengalokasikan anggaran untuk program P2 kusta melalui dana BOK. Dari 514 kabupaten/kota hanya 65 kabupaten/kota saja yang mengalokasikan dana untuk kegiatan Pelatihan Program P2 Kusta. Sementara itu, tidak semua daerah dapat mengalokasikan dana APBD, sehingga pembiayaan program P2 kusta sangat tergantung dengan pembiayaan dari pusat.

Surveilans kusta juga belum dilaksanakan secara adekuat di seluruh wilayah. Untuk dapat menekan kasus cacat serendah mungkin, deteksi dini perlu dilakukan diikuti dengan pengobatan yang tepat. Dengan masa inkubasi yang panjang, untuk dapat memutus mata rantai penularan, deteksi dini perlu dilakukan secara kontinu dan berkesinambungan. Ketidakpastian keberlanjutan penganggaran baik dari pusat maupun daerah menyebabkan upaya pemutusan mata rantai penularan tidak berjalan optimal. Selain itu, pemeriksaan kontak kasus belum dilakukan sesuai standar, yaitu dilakukan pemeriksaan minimal 20 kontak per 1 indeks kasus dan belum seluruh kontak diberikan obat pencegahan kemoprofilaksis.

Adanya stigma dan diskriminasi terhadap Orang Yang Pernah Mengalami Kusta (OYPMK) dan keluarganya juga menyebabkan penderita kusta terlambat memeriksakan diri dan mencari pengobatan, sehingga timbul kecacatan. Selain itu adanya stigma dan diskriminasi juga menghambat petugas kesehatan untuk dapat menemukan penderita sedini mungkin. Timbulnya stigma dan diskriminasi ini dapat disebabkan kurangnya pengetahuan dan pemahaman terhadap penyakit kusta baik pada petugas kesehatan maupun di masyarakat.

f. Upaya yang Dilaksanakan Mencapai Target Indikator

Untuk mencapai indikator proporsi kasus kusta baru tanpa cacat dilakukan beberapa kegiatan antara lain:

1. Melakukan kegiatan Advokasi dan Sosialisasi Program P2 Kusta dan Frambusia di Regional Papua terhadap Pemda setempat serta lintas sektor dan lintas program terkait. Kegiatan ini dilaksanakan di Kabupaten Kaimana, Papua Barat; Kota & Kabupaten Jayapura, Papua; Kota Sorong, Papua Barat; dan Timika, Papua Tengah.



2. Menyelenggarakan Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Kusta Bagi Pengelola Program Kusta di Hotel Santika, Makassar, Sulsel pada tanggal 18 Februari – 1 Maret 2024, dengan peserta 30 orang pengelola program P2 Kusta tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Adanya kegiatan ini diharapkan dapat meningkatkan kompetensi pengelola kusta dan frambusia agar dapat melakukan tatalaksana kusta dan frambusia maupun dalam manajemen pencegahan dan pengendalian penyakit menular.
3. Menyelenggarakan *On the Job Training* 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. Setelah kegiatan OJT tersebut, peserta diharapkan dapat melakukan tatalaksana kusta dan menjadi rujukan konsultasi tatalaksana di wilayah sekitarnya.
4. 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. Tujuan kegiatan yakni peserta mampu melakukan pemeriksaan laboratorium penunjang bagi program P2 kusta dan frambusia, sehingga dapat mendorong peningkatan penemuan kasus kusta secara dini, perbaikan kualitas tatalaksana kasus serta pengawasan pengobatan.
5. Memperluas implementasi dan cakupan kegiatan Pemberian Obat Pencegahan Kusta (kemoprofilaksis). Total sebanyak 44 kab/kota di 14 provinsi yang melaksanakan kemoprofilaksis di tahun 2024.



Gambar 3.15. Penandatanganan deklarasi stakeholder mendukung kegiatan kemoprofilaksis di Kota Palu

6. Merencanakan dan mengembangkan kegiatan *Active Case Finding* pada 55 kabupaten/kota terpilih berkolaborasi dengan Program TB, dengan target skrining adalah 3.000 orang per kab/kota.
7. Menyusun Rancangan Renstra 2025-2029 terutama dalam penajaman target dan rincian output Indikator Kinerja Program.



8. Menyelenggarakan rangkaian Peringatan Hari NTD Sedunia sebagai bentuk advokasi untuk meningkatkan komitmen pemerintah daerah, kesadaran masyarakat, serta keikutsertaan berbagai pihak dalam kegiatan penanggulangan NTDs. Kegiatan tersebut terdiri dari: temu media, penayangan pesan-pesan di media sosial, media cetak, dan media elektronik, serta rangkaian peringatan Hari NTD Sedunia di tingkat provinsi dan Kabupaten/Kota. Acara Puncak dilaksanakan di Puri Agung Convention Hall pada tanggal 6 Maret 2024. Pada acara tersebut, sekaligus dilakukan Launching MDT lepasan, penyerahan Sertifikat Eliminasi Filariasis dan Sertifikat Eradikasi Frambusia.
9. Menyelenggarakan Kegiatan Gerakan Masyarakat Kampanye Eliminasi Kusta dan Frambusia bersama DPR RI Komisi IX 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.
10. Melaksanakan Asesmen Eliminasi Kusta pada 8 Kabupaten/Kota yang telah memasuki eliminasi kusta fase 1 & 2, yaitu: Kota Sabang (1-4 Oktober 2024), Kota Gunung Sitoli dan Nias Utara (15-19 Oktober 2024), Kab Kepahiang (15-18 Oktober 2024), Kab Sekadau (12-15 November 2024), Kota Sungai Penuh (11-15 November 2024), Kota Pagar Alam (9-13 Desember 2024), Kota Solok (2-6 Desember 2024). Berdasarkan asesmen tersebut, Kota Gunung Sitoli, Nias Utara, Sekadau, Sungai Penuh, dan Kota Solok dinyatakan lulus fase 2.
11. Menyelenggarakan Pertemuan Evaluasi Program dan Validasi Data Kohort Nasional P2 Kusta dan Frambusia 2024. Dalam kegiatan ini dilakukan validasi dan finalisasi data tahun 2023 secara daring dengan peserta pengelola program Provinsi dan Kabupaten/Kota. Tim validator berasal dari Timker NTDs dan Tim Pencatatan dan Pelaporan Kusta dan Frambusia Nasional;
12. Melakukan pengembangan dan uji coba Sistem Informasi Kusta dan Frambusia (SITASIA) di Kabupaten Kuningan, Jabar; Kota Makassar, Sulsel; Kota Batam, Kepri. Adapun tujuan dari kegiatan ini adalah untuk memantau proses uji coba sistem dan memberikan masukan terhadap penyempurnaan sistem.
13. 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.



Gambar 3.16. On The Job Training (OJT) Kemoprofilaksis dan Sistem Informasi Kusta dan Frambusia (SITASIA)

14. Mengawal proses penyediaan obat MDT dari donor WHO dan obat produksi dalam negeri bekerjasama dengan Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan.

g. Kendala/masalah yang dihadapi

Beberapa kendala yang ditemukan dalam mencapai target antara lain:

1. Komitmen Pemerintah Pusat, Daerah dan Dukungan Lintas Program & Sektor
 - a. Kusta tidak dipandang sebagai prioritas masalah kesehatan masyarakat di banyak kabupaten/kota/provinsi, sehingga pengalokasian sumber daya untuk program p2 kusta kurang memadai, terutama di wilayah endemis rendah kusta dan yang telah mencapai status eliminasi.
 - b. Beberapa daerah tidak mengalokasikan APBD bagi Program P2 Kusta dan cenderung bergantung pada pembiayaan program dari pusat
 - c. Belum maksimalnya keterlibatan LP/LS, kader dan OYPMK dalam penemuan kasus kusta.
2. Surveilans kusta belum berjalan dengan adekuat
 - a. Surveilans kusta berjalan kurang maksimal, terutama di daerah endemis rendah. Hal ini terlihat dari tingginya proporsi kasus cacat tingkat 2 di daerah tersebut.
 - b. Cakupan pemeriksaan kontak belum memenuhi standar yang ditentukan (20 kontak per 1 indeks kasus) dan belum seluruh kontak diberikan obat pencegahan kemoprofilaksis.
 - c. Kelengkapan dan ketepatan waktu pengiriman pelaporan masih perlu ditingkatkan. Pencatatan dan pelaporan masih dilakukan menggunakan aplikasi manual dan dilaporkan berjenjang sehingga perekapan dan validasi data membutuhkan waktu lebih lama. Sementara itu, SITASIA baru



dilaunching dan mulai diperkenalkan, sehingga belum sebelumnya bisa dilakukan migrasi data.

3. Adanya stigma dan diskriminasi terhadap penderita kusta, keluarga, maupun masyarakat sehingga menghambat penemuan kasus sedini mungkin.
4. Tingginya angka mutasi petugas kesehatan terlatih menyebabkan program pencegahan dan pengendalian kusta di daerah berjalan kurang maksimal.
5. Adanya keterbatasan stok MDT di tingkat pusat dan daerah akibat keterlambatan penyediaan obat baik dari donor maupun penyediaan obat dalam negeri.

h. Pemecahan Masalah

1. Melakukan bimbingan teknis, supervisi, dan pendampingan terhadap kabupaten/kota/provinsi yang belum mencapai target indikator yang ditetapkan atau yang memiliki banyak kasus kusta baru dengan cacat tingkat 2.
2. Meningkatkan kegiatan advokasi dan sosialisasi program terhadap pemangku kepentingan terkait agar dapat meningkatkan komitmen dalam pencapaian target proporsi kasus kusta baru tanpa cacat;
3. Memperluas cakupan kegiatan deteksi dini dan pemeriksaan kontak hingga 20 kontak per 1 kasus indeks, diiringi dengan pemberian kemoprofilaksis kusta pada kasus kontak guna memutus rantai penularan kasus kusta
4. Mendorong perluasan dan cakupan kegiatan kemoprofilaksis di berbagai daerah
5. Mengawal implementasi *Active Case Finding* Kusta integrasi dengan TB di 55 kabupaten/kota terpilih.
6. Mengawal penyusunan draf Rancangan RENSTRA 2025-2029 untuk Indikator Kinerja Program (IKP)
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 termasuk rifampisin untuk kegiatan kemoprofilaksis.

6) Persentase pengobatan penyakit menular pada balita sebesar 90%

a. Penjelasan Indikator

Indikator persentase pengobatan penyakit menular pada balita merupakan indikator menggambarkan kinerja pengendalian ISPA dan Diare pada balita. Penyakit ini masih merupakan penyebab masalah kesehatan masyarakat di Indonesia karena masih penyebab kesakitan dan kematian terutama pada balita, sehingga sasaran prioritas sasaran pencegahan dan pengendaliannya adalah pada balita. 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 bernapas 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.

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

Indikator Persentase Pengobatan Penyakit Menular pada balita adalah persentase kasus pneumonia balita yang ditemukan dan diberikan pengobatan antibiotik dan kasus diare balita yang diberikan oralit dan zinc.

c. Rumus/cara perhitungan

Persentase pengobatan penyakit menular pada balita adalah rerata dari persentase kasus pneumonia pada balita yang diberikan antibiotik dan persentase kasus diare balita yang diberikan oralit dan zinc dibagi 2. Perhitungan persentase kasus pneumonia adalah sebagai berikut:

Persentase kasus pneumonia balita yang diberikan antibiotik	=	$\frac{\text{Jumlah kasus pneumonia balita yang diobati dengan antibiotik}}{\text{Total kasus pneumonia balita yang ditemukan di Fasyankes}} \times 100\%$
---	---	--

Sedangkan perhitungan persentase kasus diare balita yang diberikan oralit dan zinc adalah sebagai berikut:

Persentase Persentase kasus diare balita yang diberikan oralit dan zinc	=	$\frac{\text{Jumlah kasus diare balita yang diberi oralit dan zinc}}{\text{Total kasus diare balita yang ditemukan di Fasyankes}} \times 100\%$
---	---	---

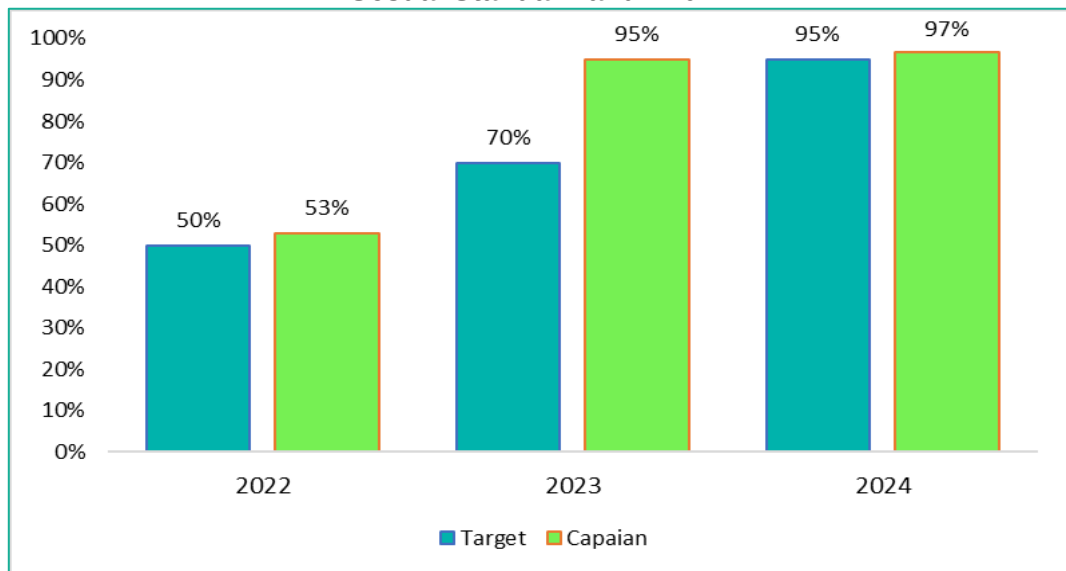
d. Capaian indikator

Indikator persentase pengobatan penyakit menular pada balita merupakan indikator baru dalam Revisi Renstra Tahun 2022. Indikator ini terdiri dari 2 indikator komposit yakni persentase kasus balita yang diberikan antibiotik dan persentase kasus diare balita yang diberikan oralit dan zinc.

1) Indikator Program ISPA

Tren capaian indikator program ISPA tahun 2022-2024 yaitu persentase pengobatan kasus pneumonia sesuai standar adalah sebagai berikut:

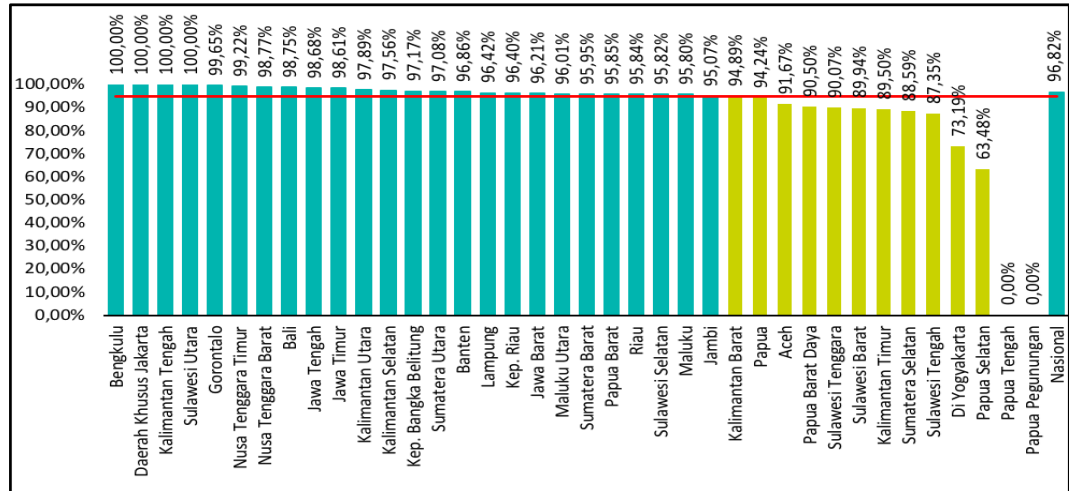
Grafik 3.18. Target dan Capaian Persentase Pengobatan Kasus Pneumonia Sesuai Standar Tahun 2024



Sumber data : Laporan Tim Kerja ISPA Tahun 2024

Grafik diatas menunjukkan capaian indikator pengobatan kasus pneumonia sesuai standar pada tahun 2022 sebesar 53%, meningkat menjadi 95,01% pada tahun 2023 dan capaian sampai bulan Desember tahun 2024 sebesar 96,82%. Capaian indikator ini telah melebihi target yang ditetapkan. Bila dibandingkan capaian per Provinsi digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.19. Persentase Kasus Pneumonia Balita yang diberikan antibiotik per Provinsi Tahun 2024



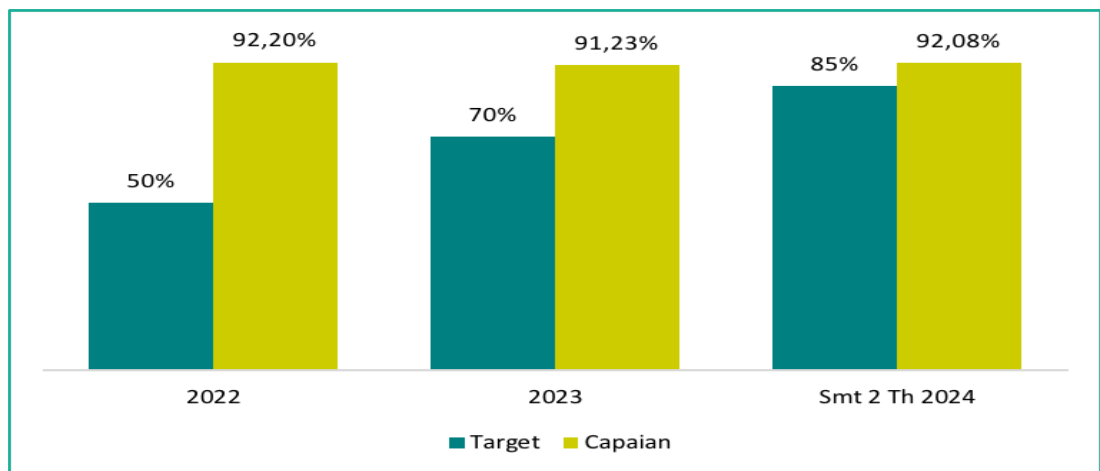
Sumber data : Laporan Tim Kerja ISPA, Tahun 2024

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 masih beberapa kabupaten/kota belum mengirim laporan. sedangkan Provinsi Papua dan Papua Tengah sampai akhir bulan Desember 2024 belum mengirimkan laporan.

2) Indikator Program Diare

Capaian nasional indikator pengobatan diare sesuai standar tahun 2024 untuk pengobatan kasus diare sebesar 92,08%. Capaian tersebut sudah melebihi target 2024 sebesar 85%.

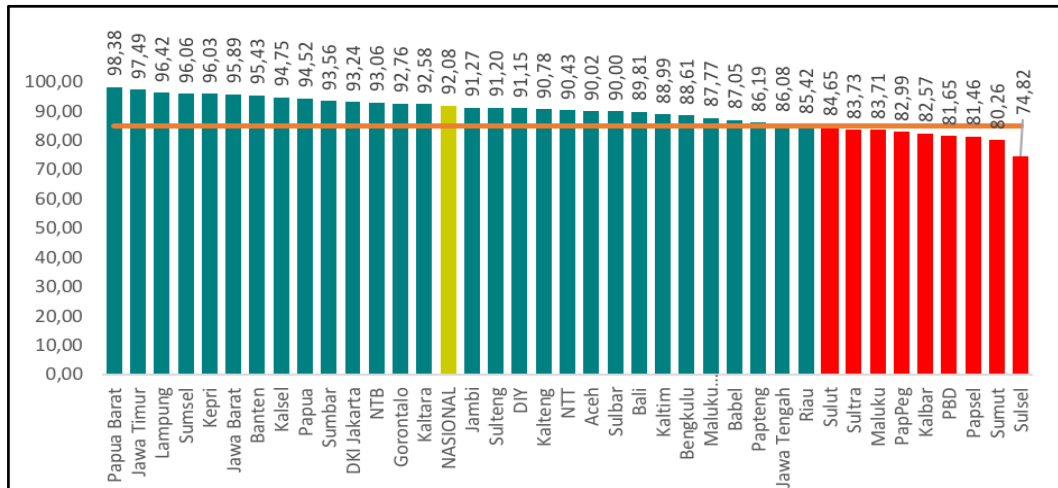
Grafik 3.20. Target dan Capaian Persentase Pengobatan Diare sesuai Standar Tahun 2022-2024



Sumber data : Laporan Tim Kerja HPISP, Desember 2024

Grafik diatas menunjukkan capaian tahun 2024 lebih tinggi dari tahun 2023 tetapi menurun bila dibandingkan dengan tahun 2022. Tren capaian berdasarkan Provinsi sebagai berikut:

Grafik 3.21. Persentase Kasus Diare yang diberikan Oralit dan Zinc Tahun 2024



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%. Dari capaian indikator persentase kasus balita yang diberikan antibiotik dan persentase kasus diare balita yang diberikan oralit dan zinc diperoleh capaian indikator persentase Pengobatan Penyakit Menular Pada Balita Sesuai Standar sebagai berikut:

Grafik 3.22. Persentase Pengobatan Penyakit Menular Pada Balita Sesuai Standar Tahun 2024



Sumber data : Laporan Tim Kerja ISPA dan Tim Kerja HPISP, Desember 2024



Capaian persentase pengobatan penyakit menular pada balita merupakan rerata dari persentase kasus pneumonia pada balita yang diberikan antibiotik (96,82%) dan persentase kasus diare balita yang diberikan oralit dan zinc (92,08%) dibagi 2 yaitu 94,45%. Capaian tersebut sudah melebihi target indikator tahun 2024 yaitu 90%.

e. Analisa penyebab keberhasilan pencapaian

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

1. Sudah ada pedoman tatalaksana untuk kasus pneumonia balita di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.
2. Adanya kegiatan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dan pengelola program ISPA dalam tatalaksana pneumonia sesuai standar termasuk dalam pencatatan dan pelaporan pneumonia
3. Adanya pendistribusian *pulse oximeter* dan *ARI soundtimer* di Puskesmas sebagai alat deteksi dini pneumonia balita.
4. Kegiatan pendampingan, supervisi dan monitoring evaluasi program pneumonia ditingkat provinsi dilakukan secara reguler

Persentase pengobatan kasus diare sesuai standar dapat mencapai target 98,02 % karena:

1. Adanya peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dan pengelola program terkait tatalaksana diare sesuai standar dan pencatatan dan pelaporan diare.
2. Adanya kegiatan pendampingan dan pemantauan kualitas layanan Pencegahan dan Pengendalian Diare di tingkat provinsi, kabupaten/kota, dan puskesmas
3. Tersedianya Pedoman Tatalaksana Diare, baik *softcopy* maupun *hardcopy* yang dapat menjadi acuan bagi tenaga kesehatan dalam pengobatan balita diare
4. Kerjasama lintas program yang baik dalam mendukung pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Diare. Kerjasama yang telah dilakukan antara lain dengan Direktorat Penyehatan Lingkungan yang mengkampanyekan CTPS (Cuci Tangan Pakai Sabun) untuk mencegah penyakit diare dan pelaksanaan kajian risiko Analisis Dampak Perubahan Iklim yang di dalamnya mencakup penyakit diare.

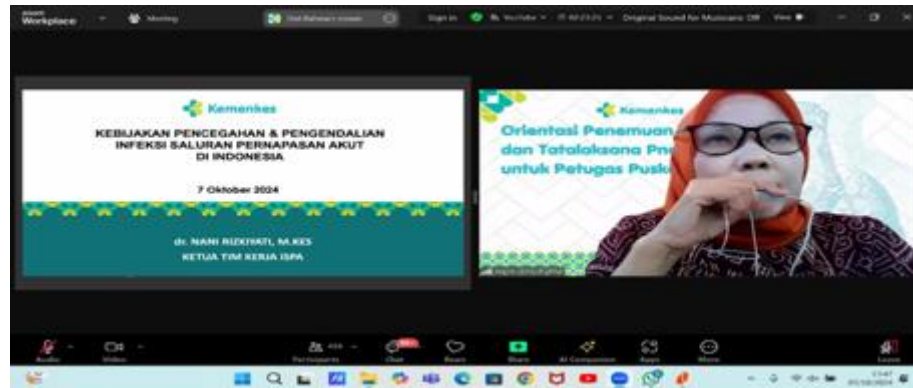
f. Upaya yang Dilaksanakan Mencapai Target Indikator

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 3.17. 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.
3. Rangkaian kegiatan Peringatan Hari Pneumonia Sedunia
 - a. Kegiatan *Press Briefing* dalam Rangka Peringatan Hari Pneumonia Sedunia
Kegiatan dilakukan dalam rangka melaksanakan sosialisasi upaya pencegahan dan pengendalian pneumonia ke masyarakat lewat media massa; dan meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan gejala, tanda, faktor risiko serta pencegahan pneumonia
 - b. Kegiatan Bincang Sehat Kenali Pneumonia Bareng Ibu Ida Budi G. Sadikin dalam Rangka Peringatan Hari Pneumonia Sedunia (*World Pneumonia Day*)
Senin, 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 3.18. 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 disemua 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 faskes sesuai standar.

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.
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.
3. Bimbingan Teknis 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).
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/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.
2. Belum adanya jejaring pencatatan dan pelaporan kasus pneumonia di RS dan klinik.
3. Tingginya tingkat rotasi PJ Program ISPA di tingkat Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kab/Kota, sehingga petugas kebingungan untuk mengisi pelaporan kasus pneumonia karena belum mendapatkan pelatihan sebelumnya.
4. Belum adanya sistem informasi Catpor ISPA berbasis web, sehingga masih menggunakan sistem catpor berbasis excel.

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

1. *Undetected (under-diagnosis cases)*
Orang yang sakit diare namun 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. Masih rendahnya kepatuhan pengelola program untuk mengirimkan laporan bulanan PISP provinsi.
4. Tidak teralokasikan kegiatan layanan rehidrasi oral aktif (LROA) dalam anggaran APBN pusat dan dana dekonsentrasi serta APBD sehingga capaian indikator tidak maksimal.
5. Kurangnya dukungan pemerintah daerah, dinas kesehatan, dan masyarakat terhadap penyakit infeksi saluran pencernaan terutama diare baik dalam pelaksanaan tata laksana diare, surveilans KLB, pelatihan petugas kesehatan, logistik (oralit dan *zinc*) dan alokasi anggaran untuk kegiatan-kegiatan pendukung
6. Belum semua petugas di puskesmas melaporkan data secara online melalui SIHEPI sehingga menyulitkan untuk analisis dan rekapitulasi data khususnya di level pusat.

h. Pemecahan Masalah

Upaya yang dilakukan dalam menghadapi permasalahan yang dihadapi yakni:

- 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) Mengatasi masalah *Under-reporting cases* dengan melakukan kegiatan validasi data di Puskesmas, penyisiran kasus di fasyankes swasta, menggunakan format catpor standar dan seragam.
- 3) Peningkatan kapasitas pengelola program dalam tatalaksana termasuk dalam pencatatan dan pelaporan pneumonia dan diare
- 4) Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam tatalaksana pneumonia dan diare.
- 5) Optimalisasi kemitraan dengan LSM, akademisi, mitra dalam dan luar negeri, ahli, *United Nation* serta lintas program.
- 6) Mobilisasi pendanaan, dan bantuan teknis.
- 7) Melakukan integrasi program dengan Direktorat Kesehatan Keluarga dan Direktorat Pengelolaan imunisasi dalam hal pencegahan dan pengendalian pneumonia dan diare.
- 8) Pemanfaatan teknologi informasi untuk penguatan kapasitas, bimbingan teknis, monitoring dan evaluasi program pada masa pandemi Covid 19.
- 9) Optimalisasi sumber daya yang ada dalam rangka percepatan pencapaian target.
- 10) Terus mendorong agar petugas pencatatan dan pelaporan di level Puskesmas untuk dapat melaporkan data diare secara online melalui SIHEPI dan juga melaporkan data pneumonia dengan cara memberikan bimbingan dan pelatihan.



7) Persentase skrining penyakit menular pada kelompok berisiko sebesar 100%

a. Penjelasan Indikator

Indikator Persentase Skrining penyakit menular pada kelompok berisiko merupakan indikator yang menggambarkan penyebaran dan berapa banyak kabupaten/kota yang telah melaksanakan skrining hepatitis B dan C pada populasi berisiko. Hepatitis B dan C merupakan penyakit menular yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang bisa menyebabkan sirosis hati, kanker dan kematian sehingga diperlukan skrining sedini mungkin untuk mencegah masalah kesehatan yang mungkin timbul seperti sirosis, kanker hati dan juga untuk mencegah penularan virus hepatitis B dan C.

b. Definisi Operasional

Persentase kabupaten/kota yang 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 C pada salah satu kelompok berisiko (ibu hamil, tenaga Kesehatan, WBP, Penasun, ODHA, pasien HD, dll) dibagi jumlah kabupaten/kota yang ada di Indonesia di kali 100%

d. Capaian Indikator

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 skrining Hepatitis B dan C sedini mungkin, sehingga bisa diambil tindakan sesegera mungkin baik untuk pengobatan maupun pencegahan penularan virus hepatitis B dan C.

Indikator persentase skrining penyakit menular pada kelompok berisiko menggambarkan sebaran dan seberapa banyak kabupaten/kota berperan dalam pencegahan dan penanggulangan penyakit menular dengan melakukan skrining Hepatitis B dan C pada populasi berisiko. Indikator ini merupakan indikator kinerja program sejak tahun 2022 seperti yang tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2022 Tentang Perubahan atas peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Tahun 2020-2021 indikator ini belum menjadi indikator yang akan dinilai sehingga tidak mempunyai target tetapi datanya dikumpulkan oleh Ditjen P2P sehingga capaian bisa diperoleh datanya.

Target kinerja tahun 2023 belum tercapai, dari 100% kabupaten/kota yang ditargetkan melaksanakan skrining penyakit menular pada kelompok berisiko, hanya sebesar 97.1% atau sebanyak 492 kabupaten/kota yang melaksanakan

skrining. Tahun 2024, capaian meningkat menjadi 97.86% Kab/Kota yang melaksanakan skrining. Tren capaian 5 tahun digambarkan dalam grafik berikut:

Grafik 3.23. Target dan Capaian Persentase Skrining Penyakit Menular Pada kelompok Berisiko Tahun 2020–2024

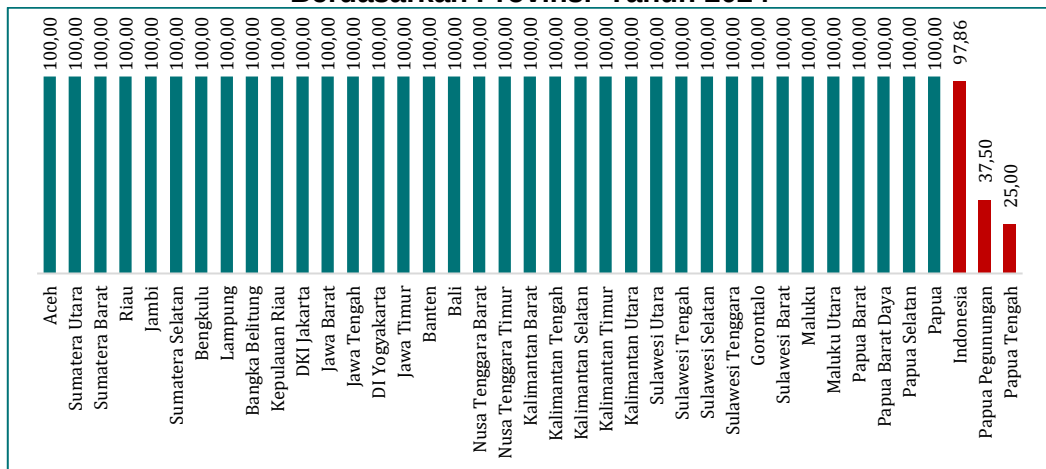


Sumber data : Laporan Tim Kerja HPISP per 13 Januari 2025

Grafik diatas menunjukkan capaian kinerja tahun 2020-2024 meningkat setiap tahunnya tetapi pada tahun 2023 dan 2024, indikator tidak mencapai target. Tahun 2024, dari 100% kabupaten/kota yang ditargetkan melaksanakan skrining penyakit menular pada kelompok berisiko, hanya sebesar 97.86% atau sebanyak 503 kabupaten/kota yang melaksanakan skrining seperti tergambar pada grafik di atas.

Bila dibandingkan capaian indikator persentase skrining penyakit menular pada kelompok berisiko maka terlihat bahwa sebanyak 2 Provinsi (39,5%) belum mencapai target indikator persentase skrining penyakit menular pada kelompok berisiko seperti tergambar pada grafik berikut ini:

Grafik 3.24. Persentase skrining Penyakit Menular Pada Kelompok Berisiko Berdasarkan Provinsi Tahun 2024

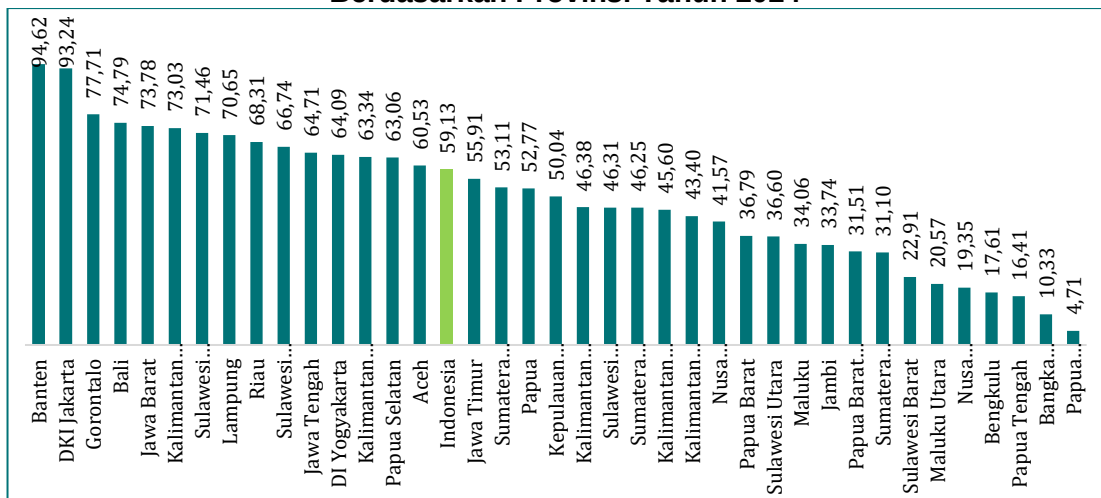


Sumber data : Laporan Tim Kerja HPISP per 15 Januari 2025

Grafik di atas menunjukkan, 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 Pegunungan (37,5%) dan Provinsi Papua Tengah (25%)

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. Sangat penting untuk melakukan skrining hepatitis B pada ibu hamil sehingga bisa dilakukan upaya-upaya 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 59,13% (2.878.423 ibu hamil) dari sasaran 4.867.979, dengan sebaran berdasarkan provinsi seperti tergambar pada grafik di bawah ini:

Grafik 3.25. Persentase Ibu Hamil di Skrining Penyakit Menular (Hepatitis B) Berdasarkan Provinsi Tahun 2024



Sumber data : Laporan Tim Kerja HPISP per 15 Januari 2025

Cakupan pemeriksaan hepatitis B pada ibu hamil sampai tahun 2024 masih rendah, dari target >95% capaian hanya 59,13%. Capaian di atas masih belum final karena belum semua provinsi mengirimkan laporan tahun 2024 dan belum dilaksanakan validasi data. Validasi data direncanakan dilaksanakan di akhir bulan Januari 2025 Tiga provinsi dengan cakupan tertinggi yaitu Banten (94,62), DKJ (93,24%) dan gorontalo 77,71%



e. Analisa Penyebab Kegagalan Pencapaian

Target Indikator Persentase skrining penyakit menular pada kelompok berisiko tahun 2024 sebesar 100% tidak bisa tercapai. Capaian target hanya sebesar 97,86%. Data ini belum final karena proses pengumpulan data masih berlangsung baik tingkat layanan maupun kabupaten/kota dan Provinsi. Validasi data akan dilaksanakan akhir Januari 2025. Provinsi yang belum mencapai target adalah Provinsi Papua Pegunungan, dan Papua Tengah. Beberapa faktor penghambat pencapaian target antara lain Belum semua kabupaten/kota di Provinsi pengembangan di Pulau Papua mempunyai pengelola program Hepatitis, kurangnya dukungan Pemerintah daerah terhadap program hepatitis, baik dukungan sumber daya maupun anggaran serta 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 di laksanakan 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 sebanyak 38 Orang Pengelola Hepatitis di 38 Provinsi dan peserta daring sebanyak 982 orang yang berasal dari puskesmas dan kabupaten/kota di seluruh Indonesia.
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 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 relay kanal Youtube pada Tanggal 14-17 Mei 2024 dengan output terlatihnya 2.438 Petugas kesehatan dalam tatalaksana hepatitis B khususnya pemberian profilaksis tenofovir pada ibu hamil hepatitis B.
3. 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.

4. Validasi Data secara Daring dengan mengundang seluruh Provinsi dan Kabupaten Kota tanggal 25-29 Januari 2024
5. Mengirimkan Umpan Balik Laporan Hepatitis ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Provinsi.
6. 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 dilakukan secara daring tanggal 19 April 2024.
7. 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 dengan narasumber pada pertemuan ini yakni 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 berasal dari Kabupaten/kota terpilih, serta diikuti 4490 orang secara daring yang berasal dari Puskesmas, rumah sakit dan kabupaten/kota di seluruh Indonesia
8. Bimbingan teknis ke Provinsi yang tahun 2023 belum mencapai target seperti Papua, Papua Pegunungan, Papua Tengah, Papua Barat Daya

g. Kendala atau Masalah yang Dihadapi

1. Masih Kurangnya pengetahuan dan kepedulian masyarakat terhadap hepatitis B dan C.
2. Program Hepatitis masih belum menjadi prioritas di daerah sehingga mengakibatkan kurangnya kepedulian dinas kesehatan provinsi dan Kabupaten akan program hepatitis termasuk dalam hal pencatatan dan Pelaporan hasil Kegiatan Program Hepatitis.
3. Kurangnya jumlah SDM dan SDM yang rangkap tugas, perpindahan yang begitu cepat, beban kerja yang tinggi merupakan masalah yang hampir ditemukan disemua tingkatan, baik layanan, kabupaten maupun Provinsi.
4. Keterbatasan akses layanan Hepatitis B dan C

h. Pemecahan Masalah

1. Mengoptimalkan teknologi komunikasi dalam meningkatkan komunikasi (Koordinasi dan kerjasama) dengan dinas kesehatan provinsi, kabupaten/kota dan puskesmas misalnya melalui aplikasi zoom, youtube dan Whatsapp
2. Deteksi Dini Hepatitis B pada Ibu hamil, bekerjasama dengan subdit HIV dan maternal Neonatal melalui Program Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (PPIA) HIV, Sifilis dan Hepatitis B (Triple Eliminasi)
3. Kolaborasi dengan Subdit HIV-AIDS untuk menjangkau populasi Berisiko Hepatitis C



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)

8) Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit tropis terabaikan sebanyak 316 Kab/Kota

a. Penjelasan Indikator

Penyakit infeksi tropis terabaikan adalah sekelompok penyakit tropis yang beragam dan sangat umum terjadi pada populasi berpendapatan rendah di wilayah berkembang. Dalam pertemuan ke-73 *World Health Assembly* (WHA) secara virtual tanggal 12 November 2020, WHO telah meluncurkan Roadmap untuk penyakit tropis terabaikan (*Neglected Tropical Diseases/NTDs*) tahun 2021–2030. Sebagai bagian dari masyarakat dunia, Indonesia ikut serta dalam kesepakatan global yang ditetapkan oleh WHO untuk melaksanakan eliminasi penyakit tropis terabaikan pada Tahun 2030. Ruang lingkup indikator jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan dalam laporan ini adalah penyakit frambusia, filariasis dan rabies. Eradikasi frambusia adalah upaya pembasmian yang dilakukan secara berkelanjutan untuk menghilangkan frambusia secara permanen sehingga tidak menjadi masalah Kesehatan masyarakat secara nasional. Pemerintah Indonesia menetapkan target Eradikasi frambusia di seluruh kabupaten/kota pada tahun 2025. Sertifikasi bebas frambusia merupakan salah satu upaya yang diselenggarakan untuk menilai apakah suatu kabupaten/kota terbukti tidak ditemukan kasus frambusia baru berdasarkan surveilans yang berkinerja baik. Kabupaten/Kota akan mendapatkan sertifikat bebas frambusia setelah dilakukan penilaian program dan surveilans oleh tim penilai bebas frambusia tingkat Provinsi dan Tim Penilai Bebas Frambusia Pusat.

Program eliminasi filariasis menjadi program nasional dengan agenda utama melaksanakan kegiatan Pemberian Obat Pencegahan secara Massal (POPM) filariasis untuk memutus rantai penularan Filariasis pada penduduk di semua kabupaten/kota endemis filariasis serta seluruh penderita filariasis dapat terjangkau pelayanan kesehatan yang memadai. Indonesia telah menetapkan sebanyak 236 kabupaten/kota di 28 provinsi adalah daerah endemis filariasis. Provinsi non endemis filariasis antara lain DKI Jakarta, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Bali, Nusa Tenggara Barat, dan Sulawesi Utara. Dalam pengendalian filariasis, sebelum suatu kabupaten/kota dinilai tingkat transmisi filariasisnya, kabupaten/kota tersebut harus telah selesai melaksanakan Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Filariasis pada seluruh penduduk sasaran di kabupaten/kota tersebut selama minimal 5 tahun berturut-turut dengan cakupan pengobatan minimal 65% dari total jumlah penduduk. Setelah itu kabupaten/kota endemis akan mengalami beberapa tahap evaluasi sebelum ditetapkan eliminasi filariasis



Selama 5 tahun terakhir kasus Gigitan Hewan Penular Rabies (GHPR) rata-rata pertahun adalah 83.775 kasus dengan angka kematian rata-rata 81 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 313 kabupaten/kota. Delapan provinsi yang masih dinyatakan sebagai daerah bebas rabies adalah Kepulauan Riau, Kepulauan Bangka Belitung, Papua, Papua Barat, DKI Jakarta, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, dan Jawa Timur. Indonesia sebagai bagian dari negara-negara dunia harus selalu aktif dan turut serta dalam kolaborasi Badan Kesehatan Dunia (WHO), Badan Kesehatan Hewan Dunia (OIE), 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*).

b. Definisi operasional

Indikator jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan adalah jumlah kabupaten/kota yang telah mencapai eradikasi frambusia dan atau eliminasi penyakit tropik terabaikan (filariasis dan rabies). Pada program eradikasi frambusia, kabupaten/kota kabupaten/kota dinyatakan bebas frambusia berdasarkan rekomendasi Tim Penilai Bebas Frambusia setelah melalui proses penilaian. Sedangkan Kabupaten/kota eliminasi filariasis adalah kabupaten/kota endemis yang telah lulus survei evaluasi penularan (*Transmission Assessment Survey*) tahap kedua. Kemudian yang dimaksud Kabupaten kota eliminasi rabies adalah Kabupaten/Kota yang tidak ditemukan kasus kematian pada manusia dan spesimen hewan positif rabies dalam kurun waktu dua tahun terakhir.

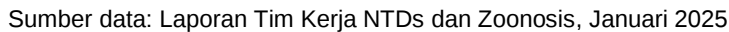
c. Rumus/cara perhitungan

Jumlah kabupaten/kota yang berhasil mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan dihitung dari Jumlah kabupaten/kota yang berhasil mencapai eradikasi frambusia dan atau eliminasi penyakit tropik terabaikan (filariasis dan rabies).

d. Capaian indikator

Indikator jumlah Kab/Kota yang berhasil mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan meliputi frambusia, filariasis dan rabies. Target dan capaian indikator jumlah kabupaten/kota yang berhasil mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

Grafik 3.26. Target dan Capaian Jumlah Kabupaten/Kota Mencapai Eliminasi Penyakit Infeksi Tropis Terabaikan Tahun 2022–2024



Grafik 3.27. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan per Provinsi Tahun 2024



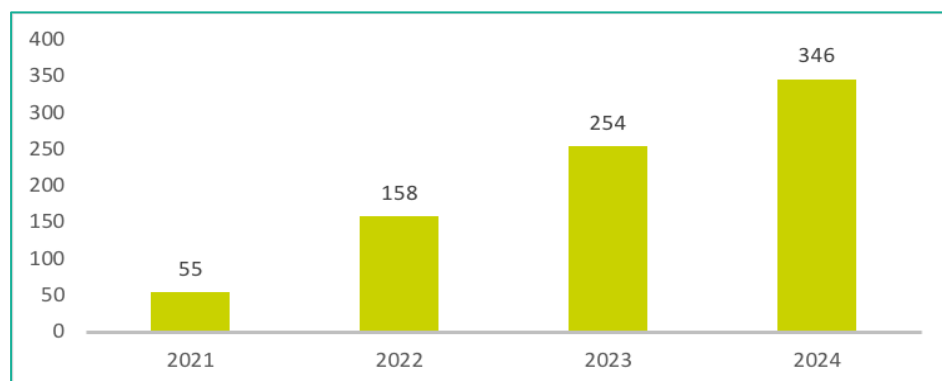
94 |



Tengah, Jawa Barat, Lampung, Sulawesi Utara, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Riau, Bengkulu, Kalimantan Timur, Nusa Tenggara Barat, Bali, Banten, Bangka Belitung, Kepulauan Riau, DKI Jakarta, Kalimantan Utara, dan DI Yogyakarta. Namun masih terdapat provinsi yang capaian nya masih 0% antara lain Maluku, Papua, Papua Tengah, Papua Pegunungan, Papua Barat, Papua Barat Daya, dan Papua Selatan. Hal ini menandakan bahwa program eliminasi penyakit tropis terabaikan di provinsi tersebut belum berjalan dengan baik.

Sertifikasi bebas frambusia merupakan salah satu upaya yang diselenggarakan untuk menilai apakah suatu kabupaten/kota terbukti tidak ditemukan kasus frambusia baru berdasarkan surveilans yang berkinerja baik. Unsur yang dinilai pada sertifikasi bebas frambusia meliputi kegiatan promosi kesehatan, pengendalian faktor risiko dan surveilans frambusia yang dilakukan oleh kabupaten/kota. Pemerintah Indonesia menetapkan target Eradikasi Frambusia di seluruh kabupaten/kota pada tahun 2025. Pada tahun 2021 sebanyak 55 kabupaten/kota telah ditetapkan sebagai daerah bebas frambusia, pada tahun 2022 sebanyak 158 kabupaten kota, pada tahun 2023, sebanyak 248 kabupaten/kota, dan tahun 2024 sebanyak 346 kabupaten/kota. Hasil capaian jumlah kabupaten/kota bebas frambusia tahun 2021 – 2024 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

Grafik 3.28. Capaian Kab/Kota Eradikasi Frambusia Tahun 2021-2024

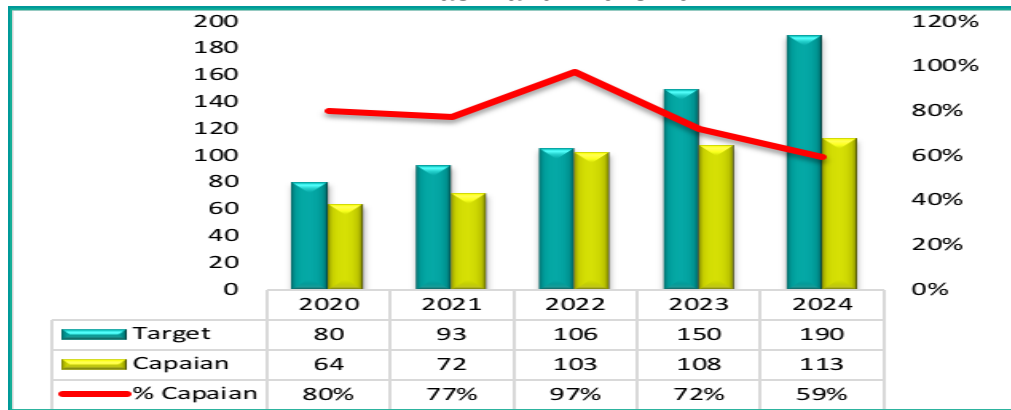


Sumber data: Laporan Tim Kerja NTDs, Januari 2025

Salah satu syarat mencapai target Kab/Kota eradikasi frambusia adalah surveilans berkinerja baik yang ditandai dengan adanya pelaporan yang rutin dari seluruh puskesmas di Indonesia serta adanya kegiatan penemuan kasus secara aktif berupa pemeriksaan anak sekolah dan pemeriksaan di desa atau puskesmas keliling untuk memperoleh informasi mengenai situasi frambusia yang terjadi di wilayah tersebut.

Program Eliminasi Filariasis dilaksanakan dalam rangka memutus rantai penularan pada daerah endemis. Data capaian jumlah kabupaten/kota endemis Filariasis yang mencapai eliminasi tahun 2018 – 2024 terlihat dalam grafik dibawah ini:

Grafik 3.29. Jumlah Kabupaten/Kota Endemis Filariasis yang Mencapai Eliminasi Tahun 2018-2024

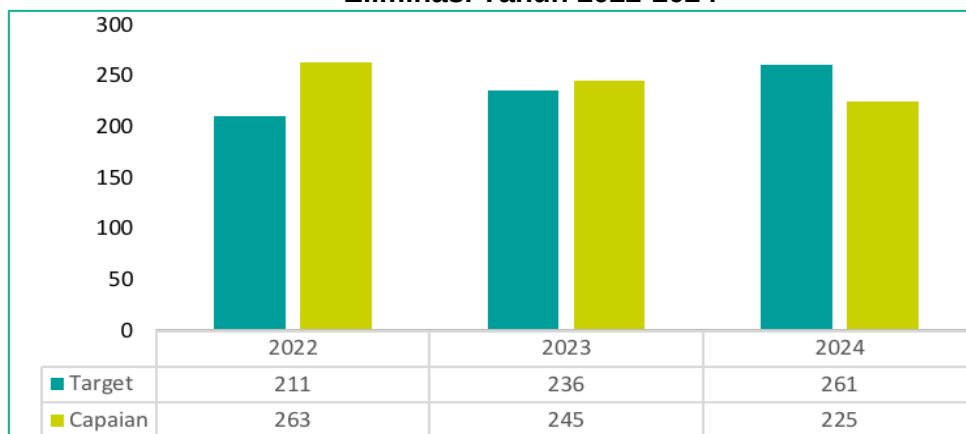


Sumber data: Laporan Tim Kerja NTDs, Januari 2025

Sampai dengan tahun 2024, sebanyak 113 kabupaten/kota dari 236 kabupaten/kota endemis Filariasis telah berhasil mencapai eliminasi Filariasis. Bila dibandingkan dengan target sebesar 190 Kab/Kota maka capaian eliminasi filariasis belum tercapai. Peningkatan jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi Filariasis menunjukkan semakin meningkatnya komitmen kabupaten/kota dalam melaksanakan program pengendalian Filariasis melalui Pemberian Obat Pencegahan Massal Filariasis selama minimal 5 tahun berturut-turut dengan cakupan minimal 65% total penduduk untuk memutus rantai penularan.

Pada tahun 2022 ditetapkan Indikator Kinerja Kegiatan program Zoonosis yaitu jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies. Data capaian target indikator Jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies dapat dilihat dari grafik dibawah ini:

Grafik 3.30. Jumlah Kabupaten/Kota Endemis Rabies yang mencapai Eliminasi Tahun 2022-2024



Sumber data: Data Tim Kerja Zoonosis, Januari 2025

Grafik diatas menunjukkan pada tahun 2022 capaian Indikator jumlah kabupaten/kota eliminasi Rabies dari target 211 kabupaten/kota, berhasil dicapai sebanyak 263 kabupaten/kota, dan pada tahun 2023 mengalami penurunan menjadi 245 kabupaten/kota, dan tahun 2024 mengalami penurunan menjadi 225 kabupaten/kota. Penurunan ini disebabkan oleh meningkatnya angka kematian rabies di beberapa kabupaten/kota.



e. Analisa penyebab keberhasilan

Pada tahun 2024, target indikator jumlah kabupaten/kota yang berhasil mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan masih tercapai sebesar 90,51%. Hal ini disebabkan masih berprosesnya upaya-upaya dan kegiatan-kegiatan yang diharapkan dapat mendukung pencapaian target kinerja Tahun 2024 sesuai perencanaan sebelumnya. Berbagai kegiatan telah dilaksanakan diantaranya komitmen pusat untuk menyediakan logistik, anggaran, legal aspek, serta asistensi teknis dalam penanggulangan penyakit tropis terabaikan sehingga dapat meningkatkan komitmen Pemerintah daerah dan partisipasi masyarakat dalam penanggulangan penyakit tropis terabaikan.

Sertifikasi bebas frambusia merupakan salah satu upaya yang diselenggarakan untuk menilai apakah suatu kabupaten/kota terbukti tidak ditemukan kasus frambusia baru berdasarkan surveilans yang berkinerja baik. Kabupaten/kota endemis dapat mengajukan sertifikasi bebas frambusia apabila telah melakukan surveilans berkinerja baik, mampu menghentikan penularan melalui kegiatan POPM Frambusia yang berkualitas dengan cakupan $\geq 90\%$, serta melakukan kegiatan Survei Serologi Frambusia selama 3 tahun berturut-turut dan tidak ditemukan kasus konfirmasi baru. Saat ini proses penilaian kabupaten/kota bebas frambusia dari provinsi sedang berjalan dan diharapkan adanya surat rekomendasi dan laporan hasil verifikasi untuk Sertifikasi Bebas Frambusia ke Tim Penilai Pusat. Selanjutnya Tim Penilai Pusat akan memberikan usulan pertimbangan atas rekomendasi provinsi serta menetapkan kabupaten/kota mendapatkan berhasil mendapatkan sertifikat bebas frambusia.

Sebanyak 236 kabupaten/kota dari total 514 kabupaten/kota adalah daerah endemis filariasis. Seluruh kabupaten/kota endemis filariasis tersebut telah dibuat peta proses tahapan menuju eliminasi filariasis berdasarkan data dimulainya POPM filariasis seluas kabupaten/kota, cakupan POPM Filariasis, serta hasil tahapan survei evaluasi Filariasis. Dari data tersebut maka dapat ditentukan jumlah kabupaten/kota endemis Filariasis telah berhasil mencapai eliminasi Filariasis pertahunnya. Tertundanya tahapan survei evaluasi kabupaten/kota akan berdampak pada tertundanya tahapan eliminasi filariasis tahun-tahun berikutnya. Pelaksanaan survei TAS pada seluruh kabupaten/kota endemis *Brugia Sp* mengalami penundaan berdasarkan rekomendasi dari Regional Programme Review Group (RPRG) pada Bulan Juni Tahun 2021. Indonesia diminta 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. Hal ini menyebabkan penundaan survei TAS tahap 2 sebagai penilaian eliminasi filariasis pada beberapa kabupaten/kota. Pada tahun 2023 akan dilaksanakan uji sensitivitas dan spesifisitas *Brugia Rapid Test* yang baru di Indonesia dan Malaysia. Diharapkan alat *brugia rapid test* baru tersebut dapat digunakan mulai Tahun 2025 sehingga kegiatan TAS 2 di beberapa kabupaten/kota yang tertunda dapat dilaksanakan mulai Tahun 2025. Selain itu perubahan struktur



organisasi BLKM yang sebelumnya UPT di Ditjen P2P menjadi berada di UPT Ditjen Kesmas, hal ini berdampak dalam berkurangnya pengalokasian anggaran kegiatan survei evaluasi penularan filariasis.

Eliminasi rabies adalah usaha yang bersifat multisektoral (terpadu) dan berkelanjutan Peningkatan kerjasama lintas sektor dan lintas program khususnya dengan Kemenko PMK, Kementan, KemenLHK, Kemendagri, BNPB dan organisasi non profit lainnya terus dilaksanakan. Sejalan dengan One Health Roadmap Eliminasi Rabies Nasional 2030 maka dilaksanakan vaksinasi massal anjing yang reguler dapat menurunkan kasus rabies pada manusia secara bertahap hingga kematian akibat rabies menjadi nol. Vaksin rabies pada manusia (PEP) dapat mencegah kematian pada saat kejadian kasus gigitan hewan penular rabies (GHPR). Kasus infeksi dan kematian akibat gigitan anjing gila atau rabies di Indonesia pada periode Januari hingga Juni 2024 terus meningkat Kasus ini bahkan sudah ditetapkan sebagai kejadian luar biasa (KLB) rabies di sejumlah daerah. peningkatan kasus rabies dipengaruhi oleh situasi pandemi Covid-19. Pada awal pandemi, sebagian besar pelaksanaan vaksinasi rabies pada hewan berhenti dan menyebabkan risiko penularan menjadi tinggi. Namun, mobilitas manusia yang juga terbatas membuat risiko paparan dari hewan yang terinfeksi kepada manusia menjadi kecil. Risiko penularan menjadi tinggi setelah kasus penularan Covid-19 mulai melandai serta banyak aktivitas yang dilakukan dan bersinggungan dengan hewan liar yang tidak tervaksinasi dan terinfeksi rabies. Oleh karena itu diperlukan berbagai berbagai upaya-upaya pengendalian rabies dengan melibatkan lintas sektor dan masyarakat

f. Upaya yang Dilaksanakan Mencapai Target Indikator

Dalam mencapai jumlah Kabupaten/Kota yang mencapai eradikasi frambusia dilakukan beberapa upaya antara lain:

1. Advokasi, sosialisasi, serta koordinasi Program Eradikasi Frambusia melalui kegiatan Pertemuan Pokja/ Komite Ahli Eliminasi Kusta dan Eradikasi Frambusia,
2. Workshop P2 Kusta dan Frambusia bagi Dokter Rujukan Kusta dan Frambusia.
3. Surveilans melalui kegiatan intensifikasi Penemuan Kasus Frambusia (Intensified Case Finding/ ICF) (Pelaksanaan dan pendampingan), survei serologi Frambusia dan verifikasi Kasus Frambusia.
4. Monitoring dan Evaluasi dalam rangka Eradikasi Frambusia melalui kegiatan Assessment eradikasi frambusia, Supervisi dan Monitoring Program P2 Kusta dan Frambusia termasuk Data Surveilans dan Logistik.
5. Pertemuan Evaluasi Program dan Validasi Data Nasional P2 Kusta dan Frambusia yang bertujuan melakukan monitoring dan evaluasi program yang dilaksanakan oleh provinsi di Indonesia serta melakukan validasi dan finalisasi data.



Dalam mencapai jumlah Kabupaten/Kota yang mencapai eliminasi Filariasis dilakukan beberapa upaya antara lain:

1. Advokasi, sosialisasi, serta koordinasi pelaksanaan POPM filariasis kepada Pemerintah Daerah, Dinas Kesehatan dan Puskesmas pada kabupaten/kota yang gagal survei evaluasi serta cakupan POPM beberapa tahun terakhir masih rendah.
2. Koordinasi lintas sektor dan lintas program dalam rangka penguatan program pengendalian Filariasis serta koordinasi *National Task Force Filariasis* (NTF) dan Komite Ahli Pengobatan Filariasis (KAPFI)
3. Surveilans program filariasis melalui kegiatan *Transmission Assessment Survey/TAS* dan *Brugia Impact Survey/BIS*
4. Monitoring dan Evaluasi dalam rangka Eliminasi Filariasis melalui kegiatan surveilans Kasus Kronis Filariasis dan supervisi Survei penilaian pasca POPM Filariasis.
5. Distribusi obat, logistik dan bahan KIE ke daerah.

Dalam mencapai jumlah Kabupaten/Kota yang mencapai eliminasi Rabies dilakukan beberapa upaya antara lain:

1. Advokasi, Sosialisasi, serta Koordinasi tentang bahaya rabies serta program eliminasi rabies kepada Pemerintah Daerah.
2. Tatalaksana kasus gigitan hewan penular hewan rabies dengan melakukan cuci luka gigitan hewan penular rabies, pemberian Vaksin Anti Rabies dan atau Serum Anti Rabies bagi semua kasus gigitan hewan penular rabies sesuai indikasi medis.
3. Meningkatkan kapasitas sumber daya manusia di Rabies Center
4. Monitoring dan Evaluasi dalam rangka eliminasi rabies melalui kegiatan Assessment Rabies Center, Workshop Pencegahan dan Pengendalian penyakit Zoonosis dan monitoring Kewaspadaan Dini dan Penanggulangan KLB Zoonosis terpadu Lintas Sektor (Kemkes, Kementan, KLHK)
5. Distribusi KIE serta pemenuhan VAR dan SAR bagi daerah-daerah yang membutuhkan.

g. Kendala/Masalah yang Dihadapi

Dalam pelaksanaan kegiatan Frambusia ditemukan beberapa kendala/permasalahan yakni:

1. Angka mutasi petugas kesehatan yang cukup tinggi menyebabkan program pencegahan dan pengendalian frambusia di daerah berjalan kurang maksimal.
2. Sebagian besar daerah endemis frambusia berada di lokasi yang sulit dijangkau, menyebabkan sulitnya pencarian kasus dan akses masyarakat menuju pelayanan Kesehatan.
3. Pengetahuan, keterampilan dan kesadaran akan pelaporan oleh petugas pengelola program frambusia di tingkat Puskesmas, Kabupaten/Kota dan Provinsi belum maksimal.



Dalam pelaksanaan kegiatan Filariasis ditemukan beberapa kendala/permasalahan yakni:

1. Kondisi geografis beberapa wilayah di Indonesia yang sulit terjangkau menyebabkan terhambatnya pelaksanaan POPM Filariasis terutama di desa-desa terpencil.
2. Kegagalan survei evaluasi pasca POPM di beberapa daerah menyebabkan kabupaten/kota harus mengulang lagi POPM selama 2 tahun sehingga target eliminasi tidak tercapai.
3. Kondisi keamanan menyebabkan cakupan POPM Filariasis di Papua rendah, serta pelaksanaan survei evaluasi Filariasis tidak dapat dilaksanakan.
4. Adanya rekomendasi WHO untuk menghentikan sementara alat *Brugia Rapid Test* sehingga survei Evaluasi Penularan (Transmission Assessment Survei/TAS) Filariasis dilaksanakan menggunakan metode *Brugia Impact Survey* (BIS) yang membutuhkan sumber daya besar menyebabkan survei TAS di beberapa daerah endemis *Brugia Sp* tertunda.

Dalam pelaksanaan kegiatan Filariasis ditemukan beberapa kendala/permasalahan yakni:

1. Masih belum optimalnya sektor Kesehatan hewan untuk memaksimalkan cakupan vaksinasi rabies pada hewan
2. Ketergantungan daerah pada penyediaan VAR dan SAR dari Pusat
3. Program Eliminasi Rabies belum menjadi program prioritas di pusat dan di daerah

h. Pemecahan Masalah

Untuk mengatasi kendala dan permasalahan pelaksanaan kegiatan Frambusia dilakukan alternatif pemecahan masalah/solusi antara lain:

1. Bimtek dan pendampingan teknis pada provinsi dan atau kab/kota yang ditargetkan eradikasi frambusia secara intensif.
2. Meningkatkan kegiatan advokasi dan sosialisasi program terhadap pemangku kepentingan terkait agar dapat meningkatkan komitmen dalam pencapaian eradikasi frambusia
3. Menganggarkan dan melaksanakan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan secara rutin
4. Pelaksanaan assessment eradikasi frambusia pada beberapa kabupaten kota melalui metode daring.

Untuk mengatasi kendala dan permasalahan pelaksanaan kegiatan Filariasis dilakukan alternatif pemecahan masalah/solusi antara lain:

- a. 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.
- b. Optimalisasi koordinasi dan supervisi untuk meningkatkan cakupan POPM filariasis pada daerah gagal survey evaluasi untuk memutus rantai penularan.



- c. Menjamin keamanan pelaksanaan POPM dan survei dengan melibatkan seluruh Lintas Sektor khususnya TNI/POLRI jika memungkinkan
- d. Optimalisasi anggaran dan sumber daya yang ada untuk melaksanakan survey TAS dengan metode BIS di beberapa kabupaten/kota yang telah memasuki jadwal evaluasi.

Untuk mengatasi kendala dan permasalahan pelaksanaan kegiatan Rabies dilakukan alternatif pemecahan masalah/solusi antara lain:

1. Koordinasi dengan lintas sektor terkait melalui pendekatan one health secara berkala
2. Penyelesaian Rancangan Peraturan Menteri Kesehatan (RPMK) tentang Penyakit Menular termasuk Zoonosis
3. Melanjutkan Assessment Rabies Center di Provinsi Endemis Rabies
4. Advokasi pemerintah daerah provinsi dan kab/kota dalam implementasi Permenko PMK no 7 tahun 2022 tentang Pembentukan Tim Koordinasi Pencegahan dan Pengendalian Zoonosis dan PIB
5. Meningkatkan peran serta masyarakat dalam pengendalian zoonosis melalui surveilans berbasis masyarakat.

9) Jumlah Kabupaten/Kota yang melakukan deteksi dini PTM sebanyak 514 Kab/Kota

a. Penjelasan Indikator

Indikator jumlah Kabupaten/Kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM bertujuan untuk meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular serta menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit tidak menular.

b. Definisi Operasional

Jumlah Kabupaten/Kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM. Deteksi ini terdiri dari deteksi dini hipertensi dengan pemeriksaan tekanan darah, deteksi dini diabetes melitus dengan pemeriksaan gula darah, deteksi dini obesitas dengan pemeriksaan indeks massa tubuh, deteksi dini kanker payudara dengan pemeriksaan payudara klinis (SADANIS), deteksi dini kanker leher rahim dengan pemeriksaan Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA), deteksi dini gangguan indera dengan pemeriksaan penglihatan dan pendengaran, dan deteksi dini PPOK dengan wawancara menggunakan kuesioner PUMA.

c. Rumus/Cara perhitungan

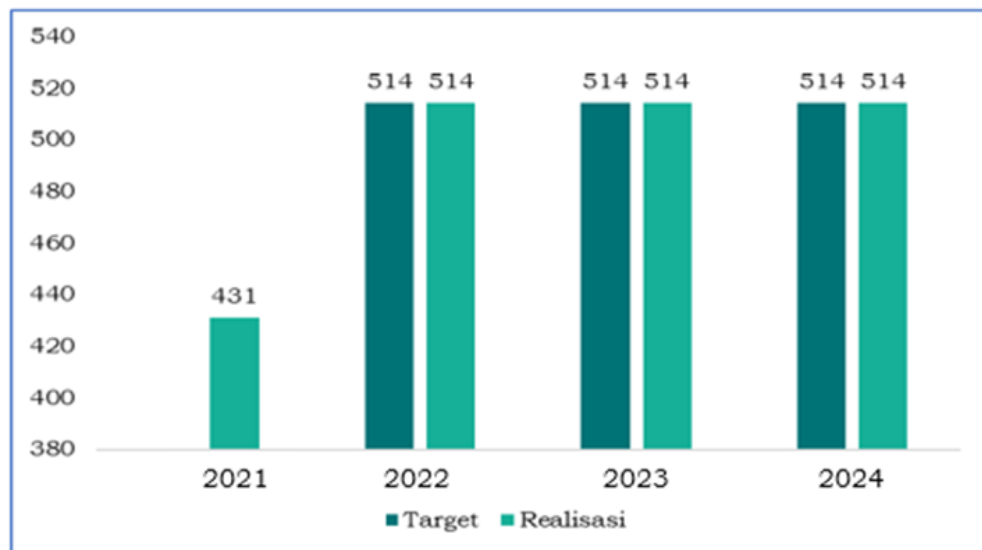
Jumlah kumulatif Kabupaten/Kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM. Sasaran kegiatan dalam indikator ini adalah penduduk sesuai kelompok usia dilakukan skrining PTM prioritas yaitu hipertensi, DM, obesitas, kanker payudara, kanker leher rahim, gangguan indera, PPOK, Jantung, dan Stroke. Kabupaten/Kota dikatakan melakukan deteksi dini faktor risiko PTM apabila melakukan 1 (satu) atau lebih skrining PTM prioritas.



d. Capaian Indikator

Indikator jumlah Kabupaten/Kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM pada tahun 2024 telah tercapai 100% atau sebanyak 514 Kab/Kota. Grafik dibawah ini menunjukkan tren capaian Indikator jumlah Kabupaten/Kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM tahun 2022-2024 telah mencapai target 100%. Skrining 9 (sembilan) penyakit tidak menular prioritas yang dilakukan meliputi Hipertensi, Obesitas, Diabetes Melitus, Jantung, Stroke, Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK), Kanker Payudara, Kanker Leher Rahim, dan Gangguan Indra.

Grafik 3.31. Target dan Capaian Kabupaten/Kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM Tahun 2020-2024



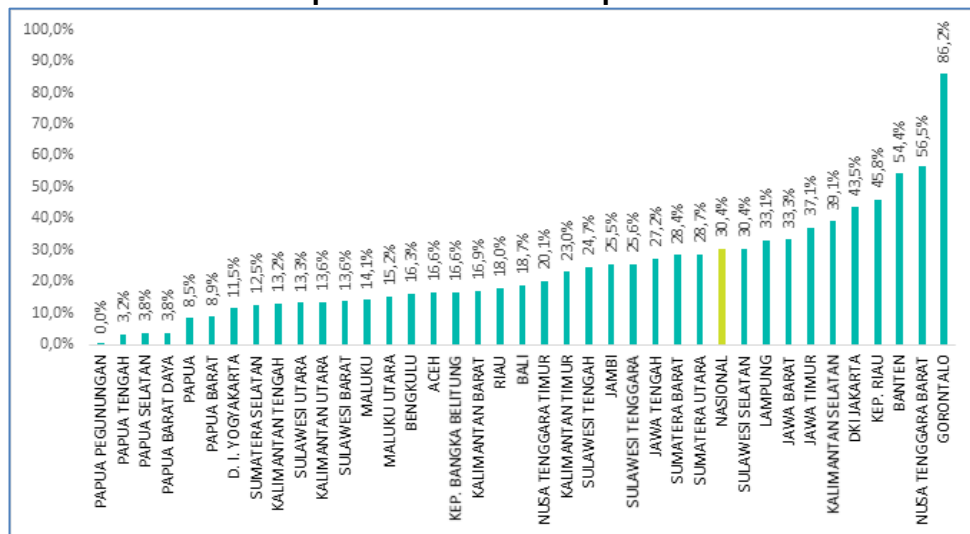
Sumber Data: Laporan Direktorat P2PTM, Desember 2024

Saat ini, Indonesia tengah menghadapi beban tinggi penyakit katastropik yaitu stroke, penyakit jantung dan pembuluh darah, diabetes, ginjal dan kanker. Beberapa faktor risiko yang paling tinggi menyebabkan kematian dan kesakitan akibat penyakit tidak menular ini adalah tekanan darah tinggi, konsumsi rokok, asupan gula, garam dan lemak tinggi, serta indeks massa tubuh tinggi (berat badan berlebih). Dengan mengetahui faktor risiko penyakit tidak menular lebih dini, penyakit tidak menular dapat diketahui lebih dini, maka angka kesakitan dan kematian akibat penyakit tidak menular dapat ditekan, pembiayaan kesehatan menjadi lebih kecil, serta produktivitas dan kualitas hidup masyarakat menjadi meningkat. Adapun jenis deteksi dini faktor risiko dan penyakit tidak menular minimal yang harus dilakukan adalah pengukuran obesitas (berat badan, tinggi badan, lingkar perut), tekanan darah, gula darah, kanker payudara dan kanker leher rahim pada wanita, kanker paru, Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK), serta gangguan penglihatan dan pendengaran (komplikasi dari diabetes dan hipertensi).

Hipertensi merupakan “*silent killer*”, dengan 1 dari 3 orang dengan Hipertensi di Indonesia tidak menyadari bahwa dirinya telah menyandang Hipertensi. Peningkatan tekanan darah yang menetap ini berkorelasi positif terhadap

meningkatnya risiko penyakit jantung, penyakit ginjal kronik, dan stroke. Perlu dilakukan pemeriksaan secara rutin dan berkala, agar dapat dideteksi secara dini. Dengan demikian tatalaksana awal dapat dilakukan, sehingga komplikasi dapat dihindari serta kecacatan dan kematian dapat dicegah. Dengan melakukan deteksi dini dan memeriksakan tekanan darah setiap bulannya, diharapkan komplikasi akibat hipertensi dapat dicegah dan dikendalikan. Deteksi dini Hipertensi dilakukan melalui pemeriksaan tekanan darah pada pasien usia ≥ 15 tahun. Jumlah target deteksi dini Hipertensi tahun 2024 adalah 193.449.730 orang. Cakupan deteksi dini Hipertensi tahun 2024 adalah 58.791.793 orang (30,8 %).

Grafik 3.32. Capaian Deteksi Dini Hipertensi Tahun 2024



Sumber Data: Aplikasi Sehat IndonesiaKu, 31 Desember 2024

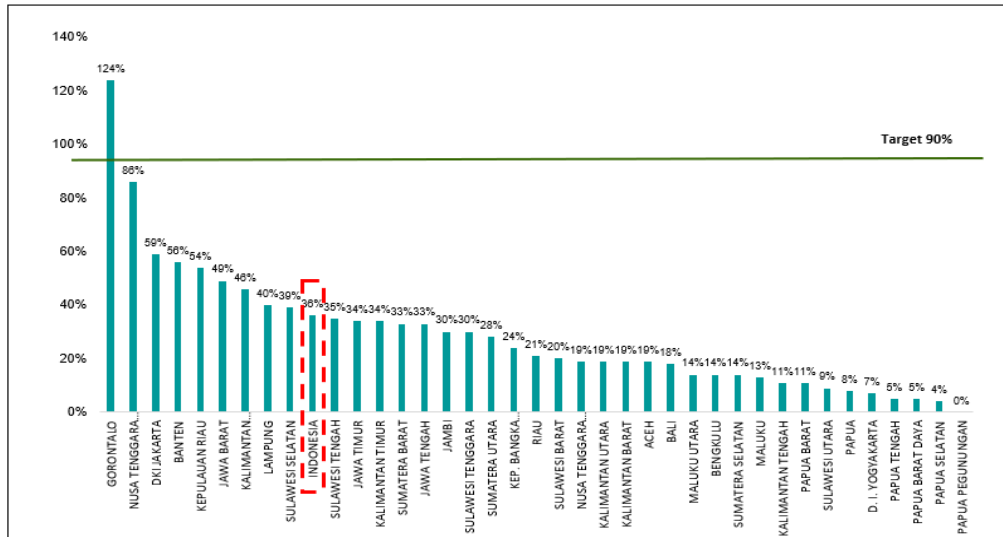
Grafik di atas menunjukkan capaian deteksi dini hipertensi di Indonesia. Provinsi dengan angka capaian deteksi dini Hipertensi (dari total target 90%) tertinggi yakni Gorontalo (86,2%). Provinsi dengan angka capaian deteksi dini Hipertensi (dari total target 90%) terendah yakni Papua Pegunungan (0%).

Diabetes adalah suatu kondisi medis kronis yang timbul ketika pankreas tidak menghasilkan insulin dalam jumlah yang cukup atau ketika tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efisien. Insulin merupakan hormon yang bertanggung jawab mengatur kadar glukosa dalam darah. Hiperglikemia, juga dikenal sebagai peningkatan kadar glukosa darah atau gula darah tinggi, merupakan efek yang sering terjadi pada diabetes yang tidak terkontrol dan seiring berjalannya waktu dapat menyebabkan kerusakan serius pada berbagai sistem tubuh, terutama sistem saraf dan pembuluh darah.

Agar menghindari terjadinya komplikasi tersebut, penting untuk melakukan pemeriksaan gula darah secara berkala guna mendeteksi diabetes sejak dini. Di Indonesia, deteksi dini diabetes melitus dilakukan dengan pemeriksaan gula darah pada penduduk usia ≥ 40 tahun. Target deteksi dini Diabetes Melitus Tahun 2024

adalah 118.404.836 orang. Cakupan deteksi dini diabetes melitus Tahun 2024 adalah 43.159.593 orang (36%).

Grafik 3.33. Cakupan Deteksi Dini Diabetes Mellitus Tahun 2024



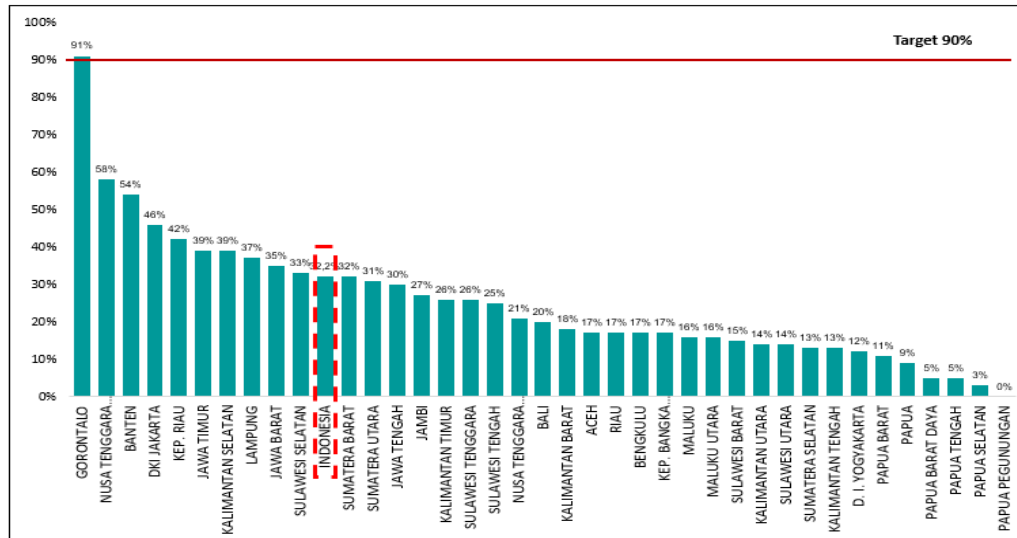
Sumber Data: Aplikasi Sehat IndonesiaKu, 31 Desember 2024

Grafik di atas menunjukkan cakupan deteksi dini Diabetes Melitus Tahun 2024 berdasarkan data ASIK. Provinsi Gorontalo memiliki cakupan deteksi dini tertinggi (124%), diikuti Nusa Tenggara Barat (86%) dan DKI Jakarta (59%). Sedangkan 3 Provinsi dengan cakupan terendah adalah Papua Pegunungan (0%), Papua Selatan (4%) dan Papua Barat Daya (5%).

Masalah kesehatan yang serius terkait dengan kelebihan berat badan menjadi faktor risiko bagi banyak penyakit tidak menular (PTM) seperti penyakit kardiovaskular (terutama penyakit jantung dan stroke), gangguan muskuloskeletal, dan kanker. Oleh karena itu, penting untuk secara berkala melakukan pemeriksaan antropometri guna mendeteksi peningkatan indeks massa tubuh (IMT) sehingga dapat mencegah terjadinya PTM akibat kelebihan berat badan. Di Indonesia, deteksi dini obesitas dilakukan melalui pemeriksaan antropometri, yang mencakup pengukuran berat badan dan tinggi badan untuk menghitung Indeks Massa Tubuh (IMT).

Data ASIK menunjukkan bahwa capaian penduduk yang mendapatkan deteksi dini obesitas berdasarkan data Tahun 2024 sebesar 23,780,050 (26%) dari jumlah sasaran bulan Maret sebesar 90.418.140 dan 13% dari target 180.836.238 (target 90%). Dari jumlah orang yang telah dideteksi dini ditemukan sebanyak 4.543.741 yang dikategorikan sebagai penderita Obesitas (IMT > 27).

Grafik 3.34. Cakupan Deteksi Dini Obesitas Tahun 2024



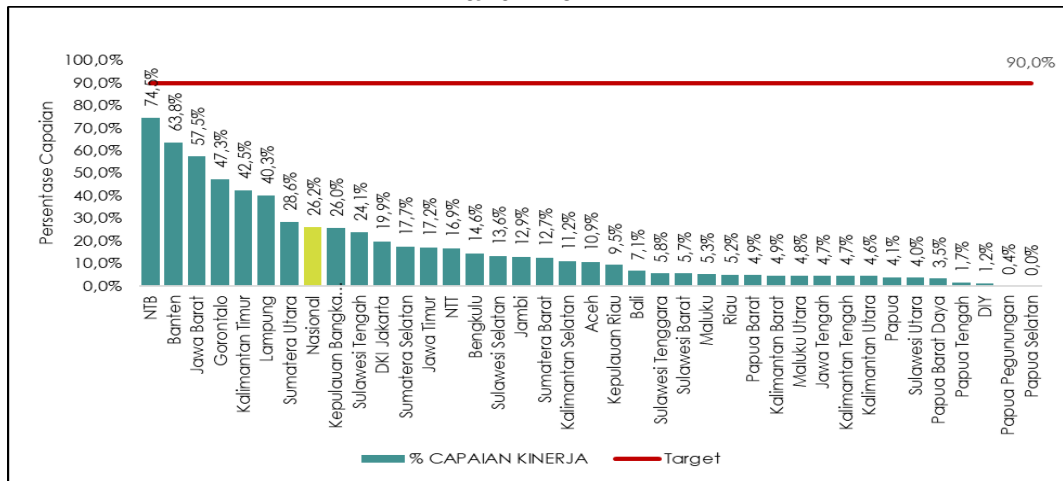
Sumber Data: Aplikasi Sehat IndonesiaKu, 31 Desember 2024

Grafik di atas menunjukkan cakupan deteksi dini Obesitas Tahun 2024 berdasarkan data ASIK. Provinsi Gorontalo memiliki cakupan deteksi dini tertinggi (91%), diikuti Nusa Tenggara Barat (58%) dan Banten (54%). Sedangkan 3 Provinsi dengan cakupan terendah adalah Papua Pegunungan (0%), Papua Selatan (3%) dan Papua Tengah (5%).

Di Indonesia, kanker leher rahim menempati peringkat kedua dalam jumlah kasus terbanyak setelah kanker payudara. Menurut data Globocan 2020, diperkirakan ada sekitar 36.633 kasus baru kanker leher rahim dengan angka kematian mencapai 21.003. Ini berarti lebih dari 57% kasus kanker serviks berakhir dengan kematian. Meskipun kanker leher rahim merupakan salah satu jenis kanker dengan angka kematian tinggi, namun ia juga termasuk jenis kanker yang paling bisa dicegah.

Upaya pencegahan yang bisa dilakukan adalah dengan melakukan deteksi dini untuk mengidentifikasi adanya lesi pra kanker sesegera mungkin, sehingga dapat ditangani sebelum berubah menjadi kanker yang sebenarnya. Deteksi dini kanker leher rahim dapat dilakukan melalui pemeriksaan klinis payudara (SADANIS). Dengan melakukan deteksi dini, diharapkan dapat mengurangi angka kematian akibat kanker leher rahim dan memberikan kesempatan untuk penanganan yang lebih efektif. Cakupan deteksi dini kanker leher rahim pada Tahun 2024 digambarkan dalam grafik berikut ini :

Grafik 3.35. Cakupan Deteksi Dini Kanker Leher Rahim Tahun 2024

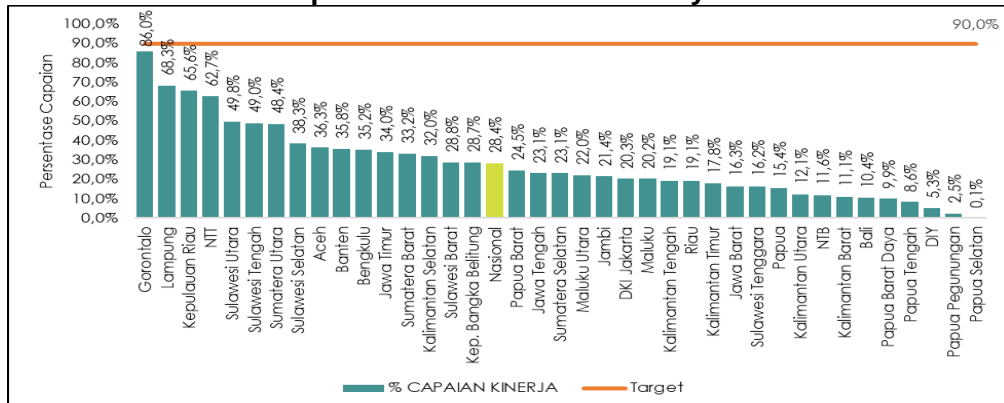


Sumber Data: Aplikasi Sehat IndonesiaKu, 31 Desember 2024

Grafik di atas menunjukkan bahwa cakupan deteksi dini kanker leher rahim di Indonesia sebesar 26,2%. Provinsi dengan capaian deteksi dini tertinggi yakni Nusa Tenggara Barat (74,5%), diikuti Banten (63,8%) dan Jawa Barat (57,5%). Sedangkan Provinsi dengan capaian deteksi dini terendah yakni Papua Selatan (0,0%), Papua Pegunungan (0,4%) dan DIY (1,2%).

Kanker payudara merupakan jenis kanker yang memiliki jumlah kasus tertinggi di Indonesia. Salah satu usaha yang dilakukan untuk mengurangi angka kesakitan dan kematian akibat kanker payudara adalah melalui deteksi dini guna menemukan kanker sejak dini. Hal ini bertujuan untuk mengurangi tingkat fatalitas, menyediakan pengobatan yang lebih mudah, serta mengurangi durasi rawatan dan biaya kesehatan. Upaya deteksi dini kanker payudara dilakukan dengan menggunakan metode SADANIS. Sasaran deteksi dini kanker payudara di Indonesia adalah wanita usia 30-50 tahun yakni sebanyak 42.422.363 orang, dengan target deteksi dini kanker payudara sebanyak 38.180.127 orang. Adapun jumlah peserta deteksi dini kanker payudara sebanyak 10.840.869 orang.

Grafik 3.36. Cakupan Deteksi Dini Kanker Payudara Tahun 2024

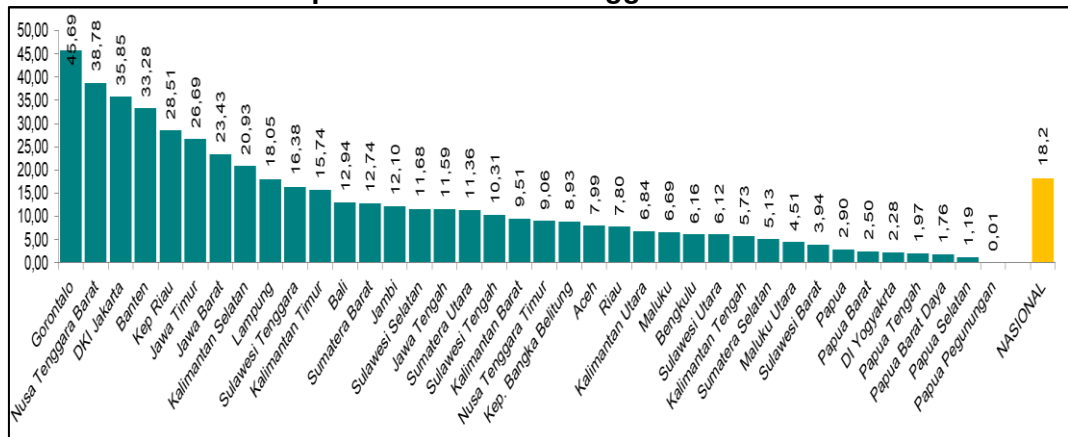


Sumber Data: Aplikasi Sehat IndonesiaKu, 31 Desember 2024

Grafik di atas menunjukkan cakupan deteksi dini kanker payudara di Indonesia pada Tahun 2024 sebesar 28,4%. Provinsi dengan capaian deteksi dini tertinggi yakni Gorontalo sebesar (86,0%), diikuti Lampung (68,3%) dan Kepulauan Riau (65,6%). Sedangkan Provinsi dengan capaian deteksi dini terendah yakni Papua Selatan (0,1%), Papua Pegunungan (2,5%) dan DIY (5,3%).

Gangguan penglihatan dan pendengaran memiliki dampak yang kompleks, tidak hanya secara fisik namun juga berimplikasi pada berbagai aspek kehidupan seseorang. Dampaknya termasuk menurunnya kualitas hidup dan berkurangnya produktivitas dalam melakukan pekerjaan dan aktivitas sehari-hari. Oleh karena itu, penting untuk mendeteksi gangguan tersebut sejak dini guna mencegah disabilitas akibat kebutaan dan ketulian. Upaya deteksi dini gangguan penglihatan dan pendengaran bisa dilakukan dengan metode pemeriksaan sederhana. Di lingkungan sekolah, metode hitung jari dan tes suara/tes berbisik modifikasi dapat digunakan untuk mendeteksi dini gangguan indera ini. Sedangkan di fasilitas kesehatan primer (FKTP), penggunaan snellen chart atau E-Chart dapat membantu dalam proses deteksi dini. Dengan melakukan deteksi dini secara tepat dan tepat waktu, diharapkan dapat mencegah komplikasi lebih lanjut serta memungkinkan tindakan penanganan yang lebih efektif untuk menjaga kesehatan penglihatan dan pendengaran seseorang. Sasaran deteksi dini gangguan penglihatan dan pendengaran di Indonesia Tahun 2024 adalah 228.498.791 orang dengan capaian deteksi dininya sebesar 41.463.659 orang (18,2%).

Grafik 3.37. Cakupan Deteksi Dini Gangguan Indera Tahun 2024



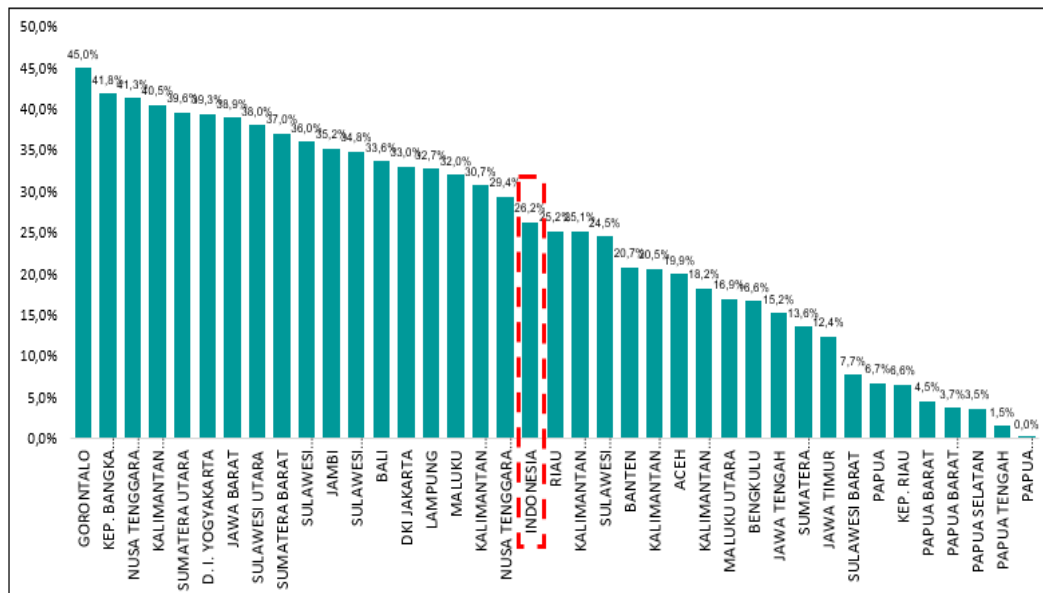
Sumber Data: Sistem Aplikasi Sehat IndonesiaKu, 31 Desember 2024

Grafik diatas menunjukan bahwa cakupan deteksi dini indera di Indonesia sebesar 18,2%. Cakupan tertinggi pada Provinsi Gorontalo (45,69%) dan terendah pada Provinsi Papua Pegunungan (0%). Selain itu terlihat bahwa cakupan deteksi dini indera di semua Provinsi masih sangat rendah sampai bulan Desember 2024.

Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) merupakan penyakit yang sering ditemukan pada diatas 40 tahun, dan sering mengalami penyulit berupa gangguan pernapasan yang berat, seringnya eksaserbasi, komorbid yang dapat menyebabkan buruknya kualitas hidup dan meningkatkan morbiditas dan

mortalitas. Menurut data penyebab kematian menunjukkan bahwa penyakit tidak Menular mendominasi 10 urutan teratas penyebab kematian pada semua kelompok umur. Saat ini PPOK sebagai peringkat keempat dalam kontribusi penyebab kematian dan diprediksi akan meningkat menjadi peringkat ketiga pada 20 tahun kedepan, oleh karena sejalan dengan meningkatnya jumlah perokok dan polusi udara sebagai faktor risiko PPOK maka diperkirakan jumlah penyakit tersebut akan meningkat, untuk itu perlu dilakukan upaya deteksi dini penyakit PPOK bagi masyarakat dengan menggunakan kuesioner PUMA. Sasaran Deteksi Dini PPOK adalah penduduk usia ≥ 40 tahun dan merokok dengan target sasaran 90% atau sebesar 27.028.117 orang.

Grafik 3.38. Cakupan Deteksi Dini PPOK Tahun 2024



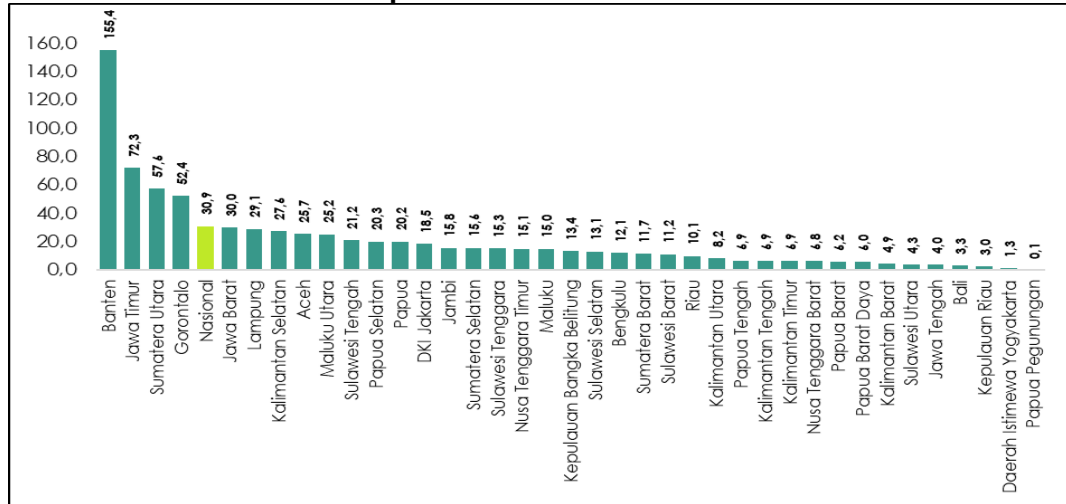
Sumber Data: Aplikasi Sehat IndonesiaKu, 31 Desember 2024

Berdasarkan grafik di atas, terlihat bahwa cakupan deteksi dini PPOK di Indonesia sebesar 26,22%. Persentase ini didapat dari jumlah peserta deteksi dini PPOK Tahun 2024 sebesar 7.086.641 orang, dibandingkan dengan jumlah target sasaran deteksi dini PPOK Tahun 2024 sebesar 27.028.117 orang. Provinsi dengan cakupan tertinggi adalah Gorontalo (44,95%), diikuti Kepulauan Bangka Belitung (41,84%), dan Nusa Tenggara Barat (41,31%) Terdapat 1 (satu) Provinsi yakni Papua Pegunungan, yang sampai akhir Tahun 2024, belum melakukan deteksi dini PPOK.

Stroke merupakan gangguan fungsi otak yang diakibatkan oleh penyakit pembuluh darah otak, bukan oleh sebab yang lain. Stroke merupakan penyebab disabilitas nomor satu dan penyebab kematian nomor tiga di dunia setelah penyakit jantung dan kanker, baik di negara maju maupun berkembang. Tahun 2019 diperkirakan 32% kematian di seluruh dunia disebabkan oleh penyakit kardioserebrovaskular (17,9 juta kematian) dan 85% diantaranya disebabkan oleh stroke dan serangan jantung (WHO). Skrining faktor risiko stroke dilakukan pada penderita hipertensi dan diabetes melitus usia 40 tahun keatas. Hal ini

dilakukan agar serangan stroke dapat dicegah. Sasaran Deteksi Dini Stroke adalah 8.216.022 orang.

Grafik 3.39. Cakupan Deteksi Dini Stroke Tahun 2024



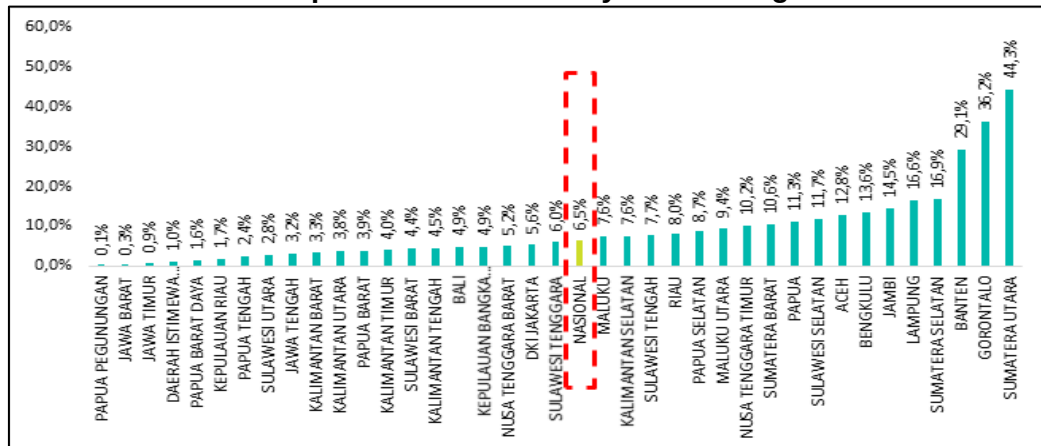
Sumber Data: Aplikasi Sehat IndonesiaKu, 31 Desember 2024

Grafik diatas, menunjukkan cakupan deteksi dini Stroke di Indonesia sebesar 30,9%. Provinsi dengan cakupan tertinggi skrining stroke adalah Banten (155,4%), Jawa Timur (72,3%), dan Sumatra Utara (57,6%). Sedangkan, Provinsi dengan cakupan terendah adalah Kepulauan Riau (3%), DIY (1,3%) dan Papua Pegunungan (0,1%). Sasaran skrining stroke ditentukan berdasarkan data Riskesdas 2018, sehingga jumlah penyandang hipertensi dan diabetes melitus yang ditemukan di daerah bisa jadi lebih banyak dibandingkan target pusat. Hal ini yang menyebabkan capaian kinerja Provinsi Banten bisa melebihi 100%.

Jantung atau penyakit Kardiovaskuler merupakan kondisi akibat penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah di jantung. Penyakit Jantung merupakan penyebab penyebab kematian nomor satu di dunia setelah itu diikuti penyakit kanker dan stroke, baik di negara maju maupun berkembang. Tahun 2019 diperkirakan 32% kematian di seluruh dunia disebabkan oleh penyakit kardioserebrovaskular (17,9 juta kematian) dan 85% diantaranya disebabkan oleh stroke dan serangan jantung (WHO).

Skrining penyakit Jantung dilakukan pada penderita hipertensi dan diabetes melitus usia 40 tahun keatas dengan melakukan pemeriksaan Elektrokardiogram (EKG). Hal ini dilakukan agar risiko terjadinya penyakit jantung dapat dicegah. Sasaran Deteksi Dini Jantung tahun 2024 adalah 10.656.320 orang.

Grafik 3.40. Cakupan Deteksi Dini Penyakit Jantung Tahun 2024



Sumber Data: Aplikasi Sehat IndonesiaKu, 31 Desember 2024

Berdasarkan grafik di atas, dapat dilihat cakupan deteksi dini Penyakit Jantung berdasarkan provinsi. Provinsi dengan cakupan deteksi dini tertinggi adalah Provinsi Sumatera Utara (44,3%), diikuti Provinsi Gorontalo (36,2%) dan Banten (29,1%). Sedangkan, provinsi dengan kinerja terendah adalah Papua pegunungan (0,1%), dan Jawa Barat (0,3%).

e. Analisa Penyebab Keberhasilan Pencapaian

Keberhasilan pencapaian indikator mencapai target didorong oleh beberapa faktor pendukung yakni:

- 1) Advokasi kepada Kepala Daerah, diikuti dengan *lobbying* kepada Kepala Daerah maupun Kepala Dinas Kesehatan sebagai penanggung jawab tercapainya target pemenuhan SPM Kabupaten/Kota bidang kesehatan khususnya yang terkait dengan Deteksi Dini PTM
- 2) Adanya koordinasi program dengan lintas program dan lintas sektor serta dukungan tokoh masyarakat dan tokoh agama.
- 3) Sosialisasi pentingnya deteksi dini faktor risiko PTM kepada tenaga kesehatan dan masyarakat baik melalui media sosial, media cetak dan media elektronik.
- 4) Penguatan NSPK dalam rangka Pengendalian PTM sebagai pedoman dan acuan pemerintah daerah dalam melaksanakan kegiatan pencegahan dan pengendalian PTM.
- 5) Peningkatan kapasitas SDM untuk menunjang pelaksanaan kegiatan pencegahan dan pengendalian PTM baik di masyarakat dan fasilitas pelayanan Kesehatan.
- 6) Penyediaan kit Posbindu PTM dan Bahan Habis Pakai (BHP) melalui pemanfaatan Dana Alokasi Khusus (DAK) Fisik.
- 7) Penyediaan media KIE sebagai alat edukasi dalam pelaksanaan posbindu PTM dan deteksi dini FR PTM di Masyarakat
- 8) Pelaksanaan Bimtek dan monev untuk memperkuat program pencegahan dan pengendalian PTM di daerah
- 9) Pelaksanaan kegiatan deteksi dini terintegrasi dengan pemberdayaan masyarakat dalam berbagai kegiatan komunitas.



f. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

- 1) Penguatan surveilans faktor risiko PTM melalui Sistem Informasi berbasis mobile yang merupakan sistem pelaporan hasil deteksi dini Penyakit Tidak Menular dan faktor risikonya.
- 2) Pemanfaatan Dana dekonsentrasi dalam monitoring dan evaluasi deteksi dini faktor risiko PTM.
- 3) Penyediaan Bahan Habis Pakai (BHP) untuk deteksi dini PTM prioritas melalui pemanfaatan Dana Alokasi Khusus (DAK) Fisik dan Dana Alokasi Khusus (DAK) Non Fisik untuk kegiatan deteksi dini PTM Prioritas dan Pelatihan Deteksi Dini Kanker Leher Rahim dan Payudara.
- 4) Advokasi kepada Pemerintah Daerah dalam penggunaan APBD, Anggaran Dana Desa, dan sumber dana lainnya sesuai dengan peraturan yang berlaku dalam rangka pencegahan dan pengendalian faktor risiko penyakit tidak menular dengan menggiatkan deteksi dini faktor risiko penyakit tidak menular melalui Posbindu PTM dan Gerakan Tekan Angka Obesitas
- 5) Advokasi kepada Pemerintah Daerah untuk pencapaian target indikator SPM.
- 6) Integrasi kegiatan Posbindu PTM melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat Posyandu Lansia, Kampus Sehat dan lainnya.
- 7) Penguatan NSPK, Pencegahan dan Deteksi Dini Obesitas bagi kader Pengenalan DM pada Anak, Juknis Pelayanan DM terpadu, Modul pelatihan edukasi penanganan Dini Stroke, Review Pedoman Hipertensi, Juknis Introduksi HPV DNA, Juknis Layanan Kesehatan mata terintegrasi, Posbindu, faktor risiko PTM, Pandu PTM, Gangguan Indera/Pendengaran, kanker, PPOK, Jantung dan stroke.
- 8) Pembuatan Media Informasi baik cetak maupun elektronik tentang PTM serta penyebarluasan informasi melalui semua kanal media Kementerian Kesehatan RI dan Direktorat P2PTM seperti radio kemenkes, website dan sosial media (*facebook, twitter dan Instagram*).
- 9) Inovasi dengan pemanfaatan teknologi dan informasi serta deteksi dini secara mandiri.
- 10) Penguatan jejaring kemitraan menunjang keberhasilan pelaksanaan kegiatan pengendalian penyakit jantung dan pembuluh darah, diabetes melitus, obesitas, kanker dan kelainan darah, penyakit paru obstruktif kronik, stroke dan gangguan indera secara terintegrasi, komprehensif, terorganisir, terkoordinasi dengan baik untuk mencapai hubungan kerjasama yang produktif dan kemitraan yang harmonis.
- 11) Peran serta aktif berbagai pihak lintas program, sektor, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan, institusi pendidikan, swasta, dunia usaha dan mitra potensial lainnya bersama-sama berupaya menekan kecenderungan peningkatan PTM dengan menurunkan angka mortalitas dan morbiditas melalui program Pandu PTM.
- 12) Pendampingan Implementasi pandu PTM di FKTP melalui asistensi Pandu PTM di Puskesmas, Pendampingan Percepatan Deteksi Dini PTM Prioritas, Bimbingan teknis dan Monitoring evaluasi deteksi dini FR PTM,
- 13) Pertemuan, *media briefing* dan webinar dalam Rangka Hari Penglihatan Sedunia dan Hari Pendengaran Sedunia, Peringatan Hari Stroke Sedunia,



Peringatan Hari Diabetes Sedunia, Peringatan Hari Jantung Sedunia, Peringatan Hari Hipertensi Sedunia, Peringatan Hari Ginjal Sedunia dan Peringatan Hari Kanker Sedunia.

- 14) Peningkatan kapasitas tenaga SDM Kesehatan yakni ToT Pelatihan DM tipe 2 bagi dokter di FKTP, Pelatihan penggunaan EKG bagi dokter di FKTP, Workshop Bantuan Hidup Dasar di komunitas, Workshop Deteksi Dini dan Pengendalian Stroke, ToT Deteksi Dini Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim, Pelatihan Deteksi Dini Kanker Payudara dan USG, ToT Penanggulangan Gangguan Indra bagi Nakes di FKTP dan ToT Pengendalian PPOK dan Asma

g. Kendala/masalah yang dihadapi

- 1) Sebanyak 9,6% Puskesmas yang belum melakukan pencatatan pelaporan melalui ASIK yang terintegrasi dengan Sistem Informasi PTM sehingga dibutuhkan tindak lanjut berupa Analisa penyebab belum terlaksananya pencatatan pelaporan baik dari sisi software dan hardware serta sumber daya lainnya yang mendukung terlaporkannya hasil deteksi dini faktor risiko.
- 2) Data pada Dashboard ASIK pada periode 1 Januari 2024- 30 Juni 2024 bersumber dari Pencatatan dan pelaporan ASIK saja sebesar 25,9% dan mengintegrasikan data bersumber dari Sistem Informasi PTM sebesar 74,1%
- 3) Capaian indikator ini sudah mencapai 98,1% dimana seluruh Kab/Kota di Indonesia telah melaksanakan deteksi dini faktor risiko PTM, namun belum seluruh Puskesmas melaporkan layanan deteksi dini dalam ASIK terintegrasi SI PTM.
- 4) Besarnya sasaran deteksi dini tidak sebanding dengan ketersediaan nakes pelaksana sehingga capaian deteksi dini belum sesuai dengan target yang ditetapkan.
- 5) Terbatasnya dukungan pemerintah daerah dalam penyediaan BMHP dan alat deteksi dini.
- 6) Rendahnya realisasi alokasi DAK di Kab/Kota untuk mendukung kegiatan deteksi dini.
- 7) Belum terintegrasinya sistem pencatatan dan pelaporan sehingga data bersumber dari 2 system vapor.
- 8) Kendala penginputan data yang membutuhkan waktu cukup lama dan belum optimalnya jaringan internet di beberapa daerah sehingga menyebabkan banyak data yang belum terlaporkan.
- 9) Rendahnya kesadaran masyarakat untuk melakukan deteksi dini PTM di Posbindu maupun Puskesmas.
- 10) Sistem pencatatan dan pelaporan ASIK belum mengakomodir pencatatan dan pelaporan di FKTP lainnya dan RS untuk data deteksi dini PTM sehingga tidak didapatkan data terkait deteksi dini di kedua faskes tersebut.
- 11) Sistem pencatatan dan pelaporan yang ada belum mengakomodir terkait pencatatan dan pelaporan terkait skrining penyakit jantung



h. Pemecahan Masalah

- 1) Menginstruksikan unit kerja terkait untuk melakukan evaluasi capaian Deteksi Dini PTM Triwulan II dengan Dinas Kesehatan Provinsi dan Kab/Kota untuk mengidentifikasi tantangan yang timbul di tiap daerah dan melaporkan secara berkala.
- 2) Menginstruksikan unit kerja terkait untuk melakukan kolaborasi dengan unit utama lainnya untuk melakukan deteksi dini faktor risiko pada kegiatan-kegiatan yang melibatkan masyarakat dalam jumlah besar dan melakukan kegiatan promosi kesehatan dalam bentuk Gerakan deteksi dini faktor risiko PTM
- 3) Menginstruksikan unit kerja terkait untuk melakukan koordinasi dengan tim DTO untuk melakukan perbaikan aliran data pada ASIK sehingga data dapat dilaporkan dengan baik.
- 4) Melakukan Advokasi kepada Kepala Daerah untuk mendukung kegiatan deteksi dini faktor risiko PTM
- 5) Berkolaborasi dengan DTO untuk memperbaiki sistem pencatatan dan pelaporan dan Menyusun sistem yang terintegrasi di semua fasilitas pelayanan kesehatan sehingga didapatkan data real capaian deteksi dini di Indonesia.
- 6) Berkolaborasi dengan Dit. Promkes untuk melaksanakan Gerakan deteksi dini PTM melalui Janji hidup sehat
- 7) Melakukan sosialisasi penggunaan ASIK pada provinsi yang belum 100% melaporkan.
- 8) Menyusun rancangan piloting untuk menggunakan Kader sebagai pendukung terlaksananya deteksi dini PTM dan melaporkannya melalui ASIK terintegrasi dengan SI PTM.
- 9) Melakukan asistensi teknis pengajuan usulan DAK Non Fisik dan pemanfaatan DAK Non Fisik untuk mendukung kegiatan deteksi dini faktor risiko PTM.
- 10) Berkoordinasi dengan Kemenkominfo untuk ketersediaan akses internet bagi daerah-daerah yang terkendala.
- 11) Melakukan koordinasi dengan DTO untuk pengembangan sistem pencatatan dan pelaporan terkait Skrining Penyakit Jantung dan Dashboard ASIK.

10) Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pengendalian faktor risiko sebesar 96 Kab/Kota

a. Penjelasan Indikator

Indikator jumlah Kabupaten/Kota yang melakukan pengendalian faktor risiko PTM bertujuan untuk mengetahui berapa banyak jumlah Kabupaten/Kota yang telah melakukan pengendalian PTM. Hal ini direpresentasikan berdasarkan nilai persentase puskesmas yang melakukan Pelayanan Terpadu PTM (PANDU PTM) dan Layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM).



b. Definisi Operasional

Jumlah Kabupaten/Kota yang minimal 80% Puskesmasnya melaksanakan PANDU PTM dan minimal 70% Puskesmasnya melaksanakan Layanan UBM.

c. Rumus/Cara perhitungan

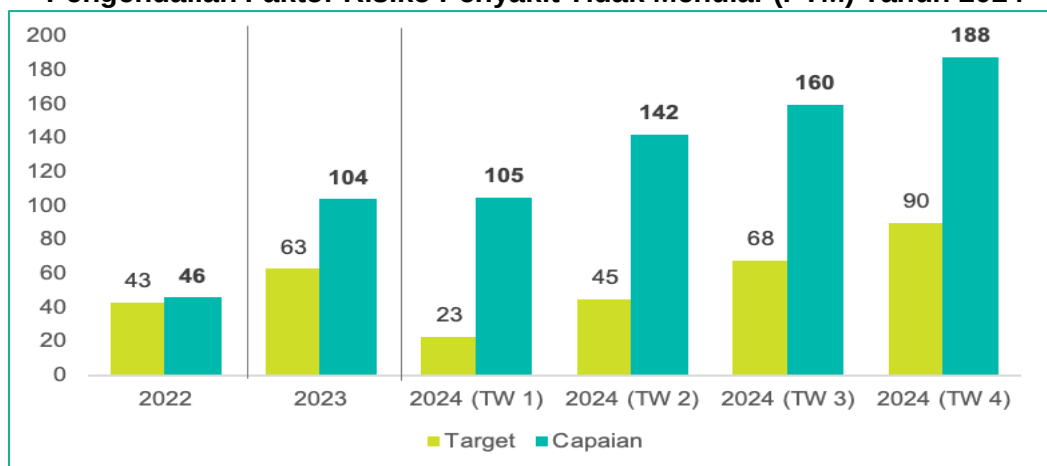
Akumulasi jumlah Kabupaten/Kota yang minimal 80% Puskesmasnya melaksanakan PANDU PTM dan minimal 70% Puskesmasnya melaksanakan Layanan UBM.

d. Capaian Indikator

Tingginya angka kesakitan PTM di Indonesia berkaitan dengan pola hidup yang tidak sehat seperti kurang aktivitas fisik serta kurang konsumsi buah dan sayur serta merokok. Selain itu, rendahnya kesadaran masyarakat untuk melakukan deteksi dini juga menjadi salah satu penyebab tingginya angka kesakitan dan kematian akibat PTM.

Untuk mengatasi masalah di atas, diperlukan suatu upaya pencegahan, pengendalian dan tatalaksana PTM yang komprehensif melalui “Pelayanan Terpadu PTM (PANDU PTM)” dengan pendekatan faktor risiko menggunakan CARTA prediksi faktor risiko WHO SEAR B yang dilakukan pada Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) maupun Upaya Kesehatan Perorangan (UKP). Selain itu, besarnya prevalensi konsumsi rokok juga menjadi salah satu penyebab meningkatnya angka PTM di Indonesia sehingga diperlukan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM) di Puskesmas untuk membebaskan perokok dari ketergantungan nikotin. Berikut adalah capaian kinerja untuk indikator Jumlah Kabupaten/Kota yang Melakukan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM):

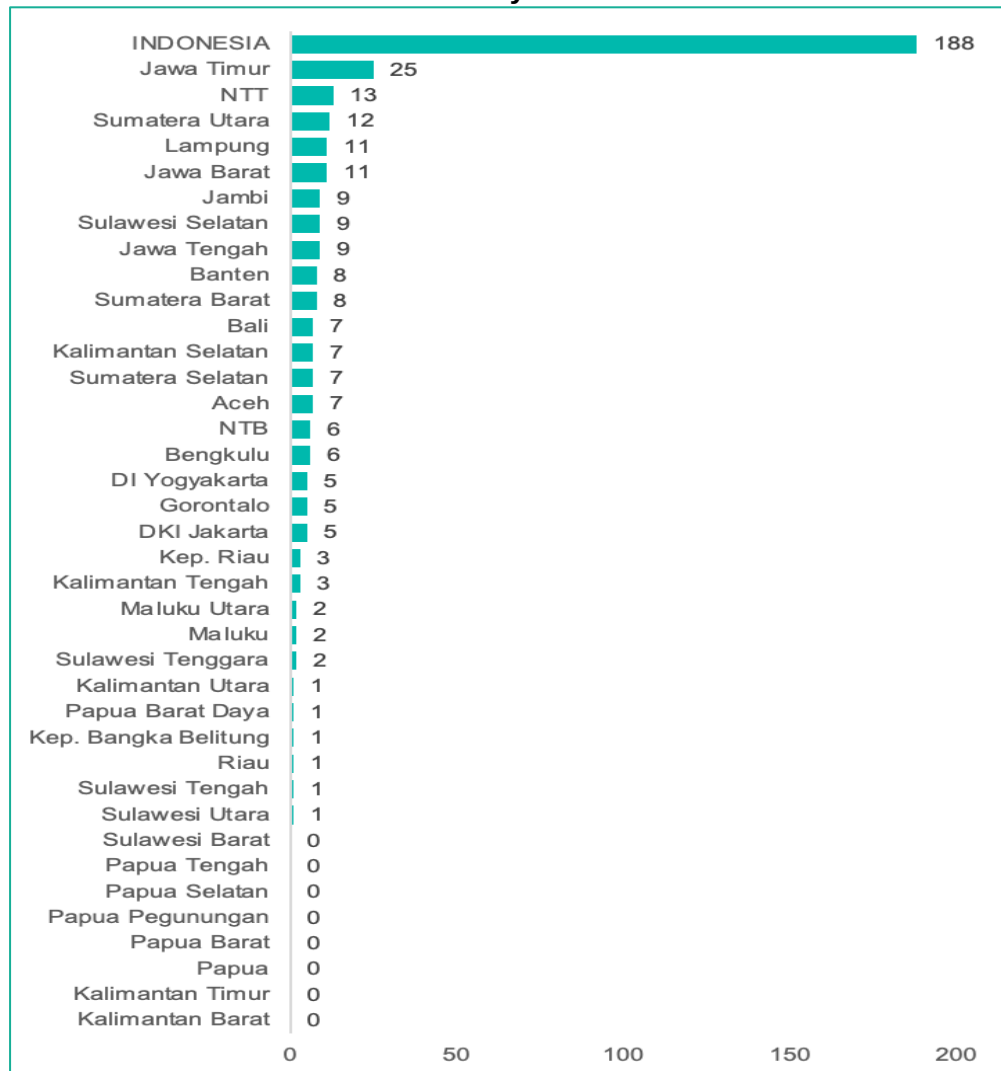
Grafik 3.41. Capaian Jumlah Kabupaten/Kota yang Melakukan Pengendalian Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular (PTM) Tahun 2024



Sumber Data: Direktorat PTM, Januari 2025

Berdasarkan Grafik 1.36. di atas menunjukkan bahwa pada tahun 2022, tahun 2023, dan tahun 2024 indikator jumlah Kabupaten/Kota yang melakukan pengendalian faktor risiko telah tercapai. Pada tahun 2023, terdapat 104 Kabupaten/Kota di Indonesia yang telah melakukan pengendalian faktor risiko PTM (80% puskesmasnya melakukan PANDU PTM dan 70% puskesmasnya melakukan layanan UBM dan angka ini meningkat pada triwulan IV tahun 2024 menjadi 188 Kabupaten/Kota. Capaian triwulan IV tahun 2024 ini melebihi dari angka yang diproyeksikan pada triwulan III sebelumnya, dimana diestimasikan jumlah Kabupaten/Kota yang melakukan pengendalian faktor risiko sampai dengan akhir tahun 2024 sebanyak 179 kab/kota. Adapun Jumlah Kabupaten/Kota yang Melakukan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM) pada tahun 2024 adalah sebagai berikut:

Grafik 3.42. Jumlah Kabupaten/Kota yang 80% Puskesmasnya melakukan PANDU PTM dan 70% Puskesmasnya melaksanakan UBM Tahun 2024



Sumber Data: Direktorat PTM, Januari 2025

Berdasarkan grafik dan tabel di atas, diketahui bahwa ada 188 Kabupaten/Kota (269,84% dari target tahun 2024 yakni 90 Kabupaten/Kota) di 30 provinsi yang minimal 80% Puskesmasnya melaksanakan PANDU PTM dan minimal 70% Puskesmasnya melaksanakan Layanan UBM.

Tabel 3.5. Kabupaten/Kota yang 80% Puskesmasnya melakukan PANDU PTM dan 70% Puskesmasnya melaksanakan UBM TW IV Tahun 2024

No	Provinsi	Capaian	% dari seluruh kab/kota	Nama Kab/Kota
1	Aceh	7	30,43%	Kab. Aceh Barat Kab. Aceh Barat Daya Kab. Aceh Besar Kab. Aceh Tamiang Kab. Simeulue Kota Langsa Kota Sabang
2	Bali	7	77,78%	Kab. Badung Kab. Bangli Kab. Buleleng Kab. Gianyar Kab. Jembrana Kab. Tabanan Kota Denpasar
3	Banten	8	100,00%	Kab. Lebak Kab. Pandeglang Kab. Serang Kab. Tangerang Kota Cilegon Kota Serang Kota Tangerang Kota Tangerang Selatan
4	Bengkulu	6	60,00%	Kab. Bengkulu Tengah Kab. Bengkulu Utara Kab. Kepahiang Kab. Muko-Muko Kab. Seluma Kota Bengkulu
5	DI Yogyakarta	5	100,00%	Kab. Bantul Kab. Sleman Kab. Gunung Kidul Kab. Kulon Progo Kota Yogyakarta
6	DKI Jakarta	5	83,33%	Jakarta Utara Jakarta Pusat Jakarta Barat Jakarta Timur Jakarta Selatan
7	Gorontalo	5	83,33%	Kab. Baolemo Kab. Bone Bolango Kab. Gorontalo Kab. Gorontalo Utara Kota Gorontalo

No	Provinsi	Capaian	% dari seluruh kab/kota	Nama Kab/Kota
8	Jambi	9	81,82%	Kab. Batang Hari Kab. Bungo Kab. Kerinci Kab. Merangin Kab. Muaro Jambi Kab. Sarolangun Kab. Tanjung Jabung Timur Kota Jambi Kota Sungai Penuh
9	Jawa Barat	11	40,74%	Kab. Bandung Kab. Pangandaran Kab. Subang Kab. Sukabumi Kab. Sumedang Kota Bandung Kota Banjar Kota Bogor Kota Cimahi Kota Cirebon Kota Tasikmalaya
10	Jawa Tengah	9	25,71%	Kab. Brebes Kab. Demak Kab. Pemalang Kab. Sragen Kab. Tegal Kota Magelang Kota Semarang Kota Surakarta Kota Tegal
11	Jawa Timur	25	65,79%	Kab. Banyuwangi Kab. Blitar Kab. Gresik Kab. Jember Kab. Jombang Kab. Lamongan Kab. Lumajang Kab. Madiun Kab. Malang Kab. Mojokerto Kab. Nganjuk Kab. Pacitan Kab. Ponorogo Kab. Probolinggo Kab. Sidoarjo Kab. Situbondo Kab. Tuban Kota Batu Kota Blitar Kota Kediri Kota Madiun Kota Mojokerto Kota Pasuruan Kota Probolinggo Kota Surabaya
12	Kalimantan Barat	0	0,00%	

No	Provinsi	Capaian	% dari seluruh kab/kota	Nama Kab/Kota
13	Kalimantan Selatan	7	53,85%	Kab. Banjar Kab. Hulu Sungai Selatan Kab. Hulu Sungai Utara Kab. Kotabaru Kab. Tanah Laut Kota Banjar Baru Kota Banjarmasin
14	Kalimantan Tengah	3	21,43%	Kab. Kapuas Kab. Murung Raya Kota Palangkaraya
15	Kalimantan Timur	0	0,00%	-
16	Kalimantan Utara	1	20,00%	Kota Tarakan
17	Kep. Bangka Belitung	1	14,29%	Kab. Bangka
18	Kep. Riau	3	42,86%	Kab. Lingga Kota Batam Kota Tanjung Pinang
19	Lampung	11	73,33%	Kab. Lampung Barat Kab. Lampung Selatan Kab. Lampung Timur Kab. Lampung Utara Kab. Pesawaran Kab. Pesisir Barat Kab. Pringsewu Kab. Tanggamus Kab. Tulang Bawang Barat Kota Bandar Lampung Kota Metro
20	Maluku	2	18,18%	Kab. Buru Selatan Kab. Kepulauan Aru
21	Maluku Utara	2	20,00%	Kota Tidore Kepulauan Kota Bima
22	NTB	6	60,00%	Kab. Lombok Barat Kab. Lombok Timur Kab. Lombok Utara Kab. Sumbawa Barat Kota Bima Kota Mataram

No	Provinsi	Capaian	% dari seluruh kab/kota	Nama Kab/Kota
23	NTT	13	59,09%	Kab. Belu Kab. Ende Kab. Flores Timur Kab. Malaka Kab. Manggarai Kab. Nagekeo Kab. Ngada Kab. Rote Ndao Kab. Sikka Kab. Sumba Tengah Kab. Timor Tengah Selatan Kab. Timor Tengah Utara Kota Kupang
24	Papua	0	0,00%	-
25	Papua Barat	0	0,00%	-
26	Papua Barat Daya	1	16,67%	Kab. Sorong
27	Papua Pegunungan	0	0,00%	-
28	Papua Selatan	0	0,00%	-
29	Papua Tengah	0	0,00%	-
30	Riau	1	8,33%	Kota Pekanbaru
31	Sulawesi Barat	0	0,00%	-
32	Sulawesi Selatan	9	37,50%	Kab. Barru Kab. Gowa Kab. Kepulauan Selayar Kab. Maros Kab. Pangkajene Dan Kepulauan Kab. Sidenreng Rappang Kab. Sinjai Kab. Wajo Kota Makassar
33	Sulawesi Tengah	1	7,69%	Kota Palu
34	Sulawesi Tenggara	2	11,76%	Kab. Buton Selatan Kab. Wakatobi
35	Sulawesi Utara	1	6,67%	Kab. Bolaang Mongondow Selatan
36	Sumatera Barat	8	42,11%	Kab. Dharmasraya Kab. Padang Pariaman Kab. Solok Kab. Tanah Datar Kota Bukittinggi Kota Padang Panjang Kota Payakumbuh Kota Solok

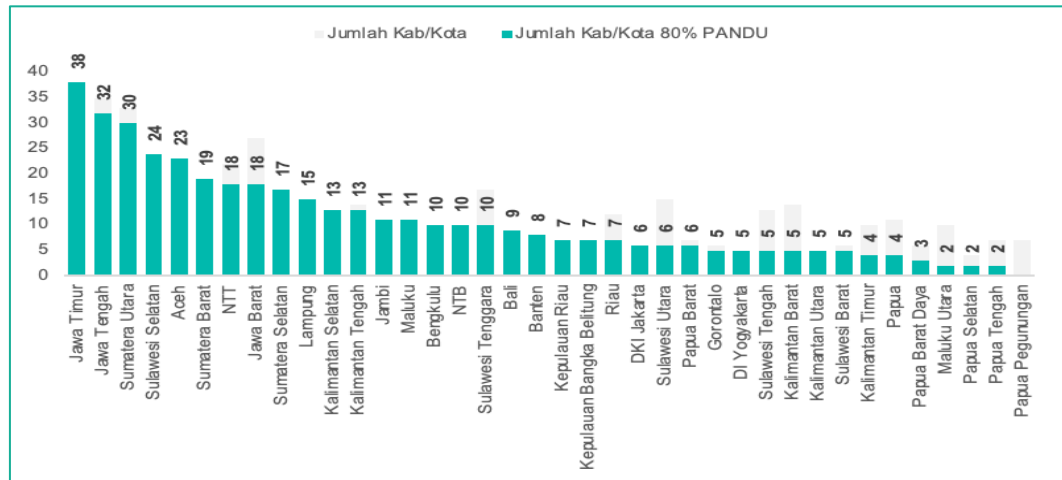
No	Provinsi	Capaian	% dari seluruh kab/kota	Nama Kab/Kota
37	Sumatera Selatan	7	41,18%	Kab. Banyuasin Kab. Musi Banyuasin Kab. Ogan Ilir Kab. Ogan Komering Ulu Selatan Kab. Penukal Abab Lematang Ilir Kota Lubuk Linggau Kota Palembang
38	Sumatera Utara	12	36,36%	Kab. Asahan Kab. Dairi Kab. Deli Serdang Kab. Labuhan Batu Selatan Kab. Labuhan Batu Utara Kab. Mandailing Natal Kab. Padang Lawas Kab. Pakpak Bharat Kab. Serdang Bedagai Kab. Tapanuli Utara Kota Medan Kota Sibolga
INDONESIA		188	36,58%	

Sumber data: Direktorat P2PTM, Januari 2025

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan Provinsi DIY dan Banten memiliki persentase tertinggi jumlah Kabupaten/Kota yang telah melakukan pengendalian PTM yakni sebesar 100% (5 dari 5 Kabupaten/Kota dari DIY yakni Kab. Bantul, Kab. Sleman, Kab. Gunung Kidul, Kab. Kulon Progo dan Kota Yogyakarta; dan 8 dari 8 Kabupaten/Kota untuk Banten yakni Kab. Lebak, Kab. Pandeglang, Kab. Tangerang, Kab. Serang, Kota Cilegon, Kota Serang, Kota Tangerang, Kota Tangerang Selatan), diikuti oleh Gorontalo (5 dari 6 Kabupaten/Kota : Kab. Boalemo, Kab. Bone Bolango, Kab. Gorontalo, dan Kab. Gorontalo Utara). DKI Jakarta yakni sebesar 83,3% (5 dari 6 Kabupaten/Kota : Jakarta Utara, Jakarta Pusat, Jakarta Barat, Jakarta Timur, Jakarta Selatan), Jambi 81,82% (9 dari 11 Kabupaten/Kota : Kab. Batang Hari, Kab. Bungo, Kab. Kerinci, Kab. Merangin, Kab. Muaro Jambi, Kab. Sarolangun, Kab. Tanjung Jabung Timur, Kota Jambi dan Kota Sungai Penuh), dan Bali yakni sebesar 77,78% (7 dari 9 Kabupaten/Kota : Kab. Badung, Kab. Bangli, Kab. Buleleng, Kab. Gianyar, Kab. Jembrana, Kab. Tabanan, Kota Denpasar).

Capaian indikator ini direpresentasikan berdasarkan nilai persentase puskesmas yang melakukan Pelayanan Terpadu PTM (PANDU PTM) dan Layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM). Kabupaten/Kota yang telah memiliki 80% puskesmas melakukan PANDU PTM dan 70% puskesmas melakukan layanan UBM masuk ke dalam capaian indikator ini. Capaian Pelayanan Terpadu Penyakit Tidak Menular (PANDU PTM) digambarkan dalam indikator Kabupaten/Kota di 38 Provinsi yang 80% puskesmasnya telah melakukan PANDU PTM, seperti dalam grafik dibawah ini:

Grafik 3.43. Jumlah Kabupaten/Kota di 38 Provinsi yang 80% Puskesmasnya Melakukan PANDU PTM Tahun 2024

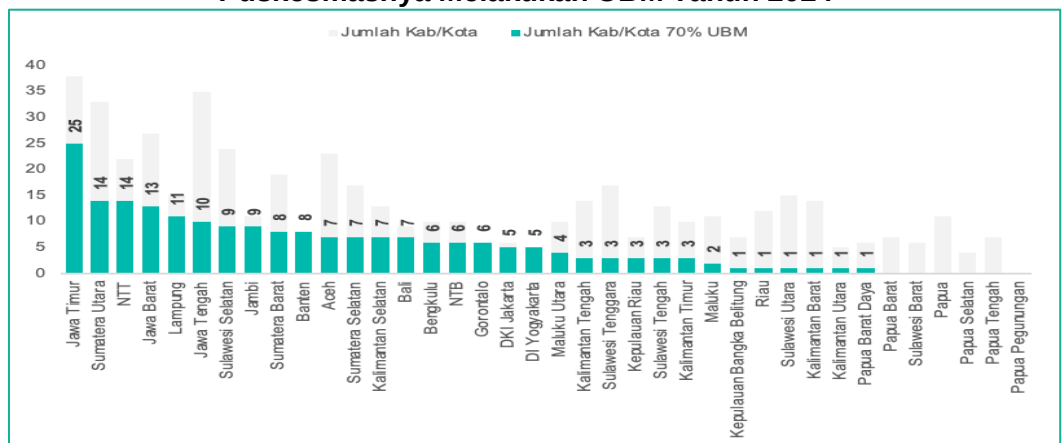


Sumber data: Direktorat P2PTM, Januari 2025

Grafik diatas menunjikan bahwa provinsi dengan jumlah Kabupaten/Kota terbanyak yang 80% puskesmasnya melakukan PANDU PTM adalah Provinsi Jawa Timur (38 dari 38 Kab/Kota), diikuti oleh Provinsi Jawa Tengah (32 dari 35 kab/Kota), Provinsi Sumatera Utara (30 dari 33 Kab/Kota), Provinsi Sulawesi Selatan (24 dari 24 Kab/Kota), dan Provinsi Aceh (23 dari 23 Kab/Kota).

Capaian Layanan Upaya Berhenti Merokok dengan indikator Kabupaten/Kota di 38 Provinsi yang 70% puskesmasnya telah melakukan layanan UBM digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.44. Jumlah Kabupaten/Kota di 38 Provinsi yang 80% Puskesmasnya Melakukan UBM Tahun 2024



Sumber data: Direktorat P2PTM, Januari 2025

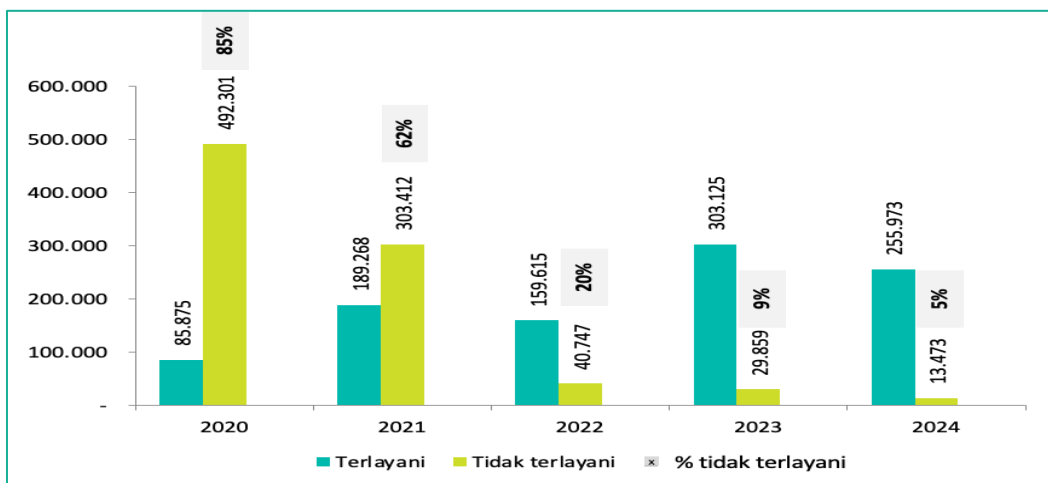
Berdasarkan grafik diatas, diketahui bahwa provinsi dengan jumlah Kabupaten/Kota terbanyak yang 70% puskesmasnya melakukan UBM adalah Provinsi Jawa Timur (25 dari 38 Kab/Kota, diikuti oleh Provinsi Sumatera Utara (14 dari 33 Kab/Kota), Provinsi NTT (14 dari 22 Kab/Kota), Jawa Barat (13 dari 27



Kab/Kota), Provinsi Lampung (11 dari 15 Kab/Kota), dan Provinsi Jawa Tengah (10 dari 35 Kab/Kota).

Pelayanan konseling berhenti merokok nasional melalui Quitline.Ina berbasis telepon tidak berbayar pada nomor 0800-177-6565 selama periode tahun 2024 sebagai berikut: telepon masuk sebanyak 269.446, telepon terlayani 255.973 (95,0%). Sedangkan melalui chatbot (layanan konsultasi berhenti merokok berupa pesan otomatis yang dapat menjangkau lebih banyak orang yang ingin berhenti merokok) sebanyak 120.507 yang terbagi pada 4 channel yaitu link website sebanyak 25.657 (21,3%), telegram 10.612 (8,8%), facebook 4.932 (4,1%) dan whatsapp 79.306 (65,8%). Dari total klien yang mendapatkan konseling UBM baik melalui telepon tidak berbayar maupun chatbot sebanyak 417.841, yang siap berhenti merokok 2.539 (0,61%), yang sudah berhenti merokok 471 (0,11%), masih proses konseling 1.042 (0,25%). Apakah status klien ini benar-benar berhenti merokok setelah dilakukan konseling UBM, tidak dapat dipastikan karena hanya dilakukan *follow up* melalui panggilan telepon. Telepon yang tidak terlayani dapat terjadi karena beberapa hal diantaranya 1) telepon klien yang masuk ke konselor tetapi pada saat bersamaan seluruh konselor sedang melayani konseling kepada klien dan saat menunggu waktu antrian layanan telepon diangkat waktu sudah habis karena daftar antrian hanya 5-10 orang (*missed-called*) sehingga bila lebih dari itu dial telepon tidak bisa masuk, 2) saat klien di kontak untuk *follow up* via telepon namun tidak diangkat (telepon tidak aktif). Berikut adalah grafik tren layanan konseling berhenti merokok melalui Quitline.Ina dengan nomor telepon 0800-177-6565 periode 2020-2024:

Grafik 3.45. Tren Jumlah Klien yang Terlayani pada Layanan Konseling Berhenti Merokok melalui Quitline.Ina Periode 2020-2024

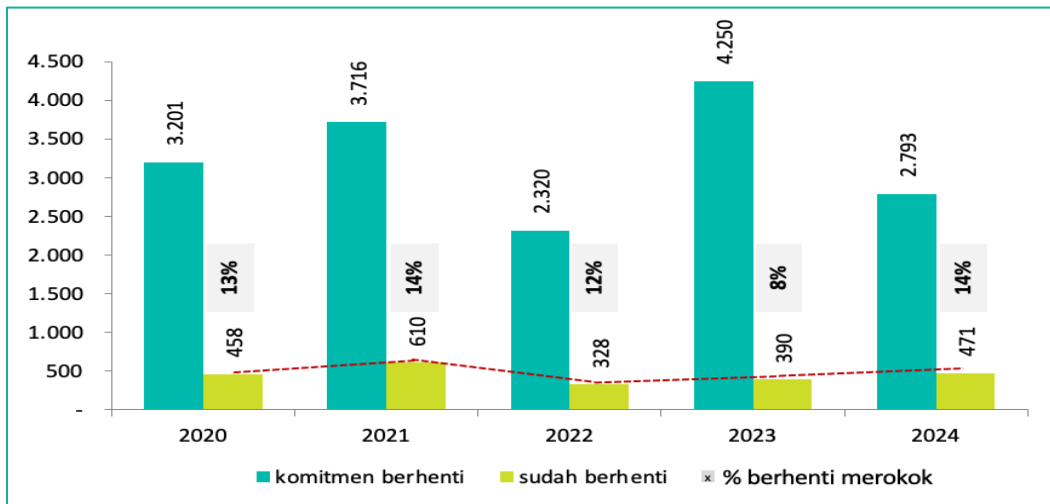


Sumber data: Quitline, 2020-2024

Pada grafik diatas, terlihat adanya penurunan signifikan jumlah klien yang tidak terlayani di tahun 2024 dibandingkan pada tahun sebelumnya (yang tidak terlayani hanya 5,0%). Hal ini menunjukkan kualitas layanan Quitline.Ina yang semakin baik. Salah satu penyebab keberhasilan peningkatan kuantitas layanan adalah

pengembangan chatbot Quiline.Ina pada tahun 2022. Sedangkan klien yang sudah berhenti merokok setelah mendapatkan konseling berhenti merokok Quitline.Ina juga menunjukkan fluktuasi. Berikut grafik tren peningkatan klien yang sudah berhenti merokok periode 2020-2024.

Grafik 3.46. Tren Peningkatan Jumlah Klien yang Berhenti Merokok Melalui Quitline.Ina Periode 2020-2024



Sumber data: Quitline, 2020-2024

Pada grafik diatas, meskipun tidak signifikan, dapat terlihat adanya peningkatan proporsi jumlah klien yang berhasil berhenti merokok melalui Quitline.Ina dari total klien yang menyampaikan komitmen berhenti merokok di tahun 2024 (dari 8% pada tahun 2023 menjadi 14% pada tahun 2024). Namun, jumlah klien yang menyatakan komitmen untuk berhenti merokok pada tahun 2024 lebih rendah dibandingkan dengan tahun sebelumnya.

e. Analisa Penyebab Keberhasilan Pencapaian

Indikator Jumlah Kab/Kota yang melakukan pengendalian faktor risiko PTM telah mencapai target dan diproyeksikan akan tercapai pada akhir tahun 2024. Hal ini didorong oleh beberapa faktor pendukung antara lain:

- 1) Komitmen dan dukungan pemerintah daerah serta *stakeholder* lain dalam penanggulangan rokok dengan penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan pembukaan klinik UBM di Puskesmas serta layanan PANDU PTM dan layanan UBM di Puskesmas
- 2) Pengalokasian Dana Alokasi Khusus Non Fisik untuk peningkatan kapasitas petugas dalam rangka melaksanakan layanan PANDU PTM di puskesmas
- 3) *Assesment*/Penilaian PANDU PTM tingkat Kab/Kota dan Provinsi untuk membuat *role model* puskesmas dengan PANDU PTM terbaik sehingga dapat menjadi motivasi pembangunan dan perbaikan layanan PANDU PTM di puskesmas dan/ atau Kab/Kota lain.
- 4) Implementasi *Quitline* INA untuk Upaya Berhenti Merokok di Puskesmas



Gambar 3.19. Quitline.INA

- 5) Pembahasan dan uji coba integrasi layanan Quitline.Ina dengan layanan UBM di daerah berbasis e-ticketing sebagai tindak lanjut dari uji coba yang telah dilakukan pada akhir tahun 2023. yang meliputi 12 lokus yaitu: Kota Medan, Kota Bandar Lampung, Kota Bandung, Kota Makassar, Kota Pekanbaru, Kota Jambi, Kota Bekasi, Kota Depok, Kota Administrasi Jakarta Selatan, Kota Surabaya, Kota Bogor dan Kota Palembang.
- 6) Monitoring dan evaluasi program Quitline.Ina berhenti merokok terintegrasi dengan layanan UBM di daerah berbasis e-ticketing yang dilaksanakan di 8 kab/kota meliputi: Kota Surabaya (Jawa Timur), Kota Bogor, Kota Depok (Jawa Barat), Kota Jambi (Jambi), Kota Makassar (Sulawesi Selatan), Kota Bandar Lampung (Lampung), Kota Palembang (Sumatera Selatan), Kota Pekanbaru (Riau). Ada 4 kab/kota yang tidak dilakukan monev karena ada efisiensi anggaran yang dilakukan menjelang Triwulan IV, namun demikian sudah terlaksana 67% yang dilakukan monev sebagai sampling yang menggambarkan situasi pelaksanaan program tersebut.
- 7) Monitoring dan evaluasi berkala yang melibatkan Provinsi dan Kab/Kota.

f. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

- 1) Advokasi kepada pemerintah daerah dan *stakeholder* terkait dalam meningkatkan upaya pengendalian PTM melalui Layanan PANDU PTM dan UBM.
- 2) Sosialisasi Algoritma PANDU dan layanan UBM kepada seluruh Dinas Kesehatan Provinsi, Kabupaten/Kota dan puskesmas.
- 3) Optimalisasi Puskesmas PANDU PTM sebagai upaya untuk mencapai target indikator SPM Bidang Kesehatan terkait PTM (pelayanan skrining kesehatan usia produktif, pelayanan penderita hipertensi dan DM)
- 4) Menyusun reviu pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Terpadu (PANDU) PTM
- 5) Memperbaharui algoritma Pandu dengan menambahkan beberapa komponen antara lain tajam penglihatan, tajam pendengaran, skrining PTM komplikasi dan kegawatdaruratan PTM.
- 6) Mendorong implementasi layanan konseling UBM di puskesmas melalui upaya kerjasama dan kolaborasi lintas program dan lintas sektor.



- 7) Peningkatan kapasitas SDM pengelola PTM terkait penyelenggaraan pengendalian PTM khususnya paya layanan Pandu PTM dan UBM.
- 8) Melakukan Layanan Konseling UBM melalui telepon gratis Layanan Quitline INA
- 9) Mengintegrasikan aplikasi berhenti merokok dengan Chatbot Quitina dengan SATU SEHAT.
- 10) Mendorong puskesmas untuk menyediakan akses pelaporan Pandu melalui E-Pus atau Simpus bekerjasama dengan Vendor yang ditunjuk oleh Dinas Kesehatan Kab/Kota.
- 11) Memfasilitasi/mendorong DTO untuk melakukan integrasi E-Pus/Simpus dengan ASIK
- 12) Monitoring dan Evaluasi terpadu pelaksanaan Pandu PTM secara rutin setiap triwulan.
- 13) Melakukan validasi data layanan PANDU PTM dan UBM serta mengirimkan *feedback* capaian UBM ke daerah

g. Kendala/masalah yang dihadapi

- 1) Sistem pencatatan dan pelaporan rutin belum mengakomodir capaian indikator Pandu PTM.
- 2) Penyesuaian Layanan Pandu dengan Integrasi Layanan Primer
- 3) Masih ada keluhan petugas terkait alur layanan Pandu yang cukup panjang dan membutuhkan waktu lama untuk 1 siklus pemeriksaan.
- 4) Mutasi dan rotasi petugas di daerah yang tidak diikuti dengan *transfer knowledge*.
- 5) Belum optimalnya pelaksanaan monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelayanan terpadu (PANDU) PTM secara berjenjang.
- 6) Pencatatan dan pelaporan di SIPTM tidak dilaporkan karena beberapa daerah mengira SIPTM sudah tidak lagi digunakan karena sudah ada Aplikasi Sehat IndonesiaKu (ASIK).
- 7) Kekurangan tenaga kesehatan yang terlatih khusus dalam pelayanan PANDU PTM.
- 8) Pelayanan Pandu PTM beberapa Puskesmas Belum menjadi Prioritas
- 9) Pemahaman Tenaga kesehatan belum merata layanan Pandu PTM era integrasi layanan Primer di Puskesmas.
- 10) Sarana Prasarana pemeriksaan deteksi dini PTM Prioritas tidak lengkap
- 11) Daerah enggan menginput klien apabila klien belum berhasil berhenti merokok atau hanya ada satu klien saja yang ada.
- 12) Belum optimal mengintegrasikan layanan UBM sebagai rujukan dari kegiatan penjangkaran perokok pada berbagai kegiatan skrining PTM baik pada event tertentu maupun pada skrining PTM di Posbindu atau PIS-PK.
- 13) Kurang aktif mempromosikan layanan UBM dalam berbagai event baik lintas program maupun kepada stakeholder sehingga akses layanan tidak optimal dan sulit mendapatkan klien.
- 14) Ketersediaan tenaga terlatih belum merata di semua daerah.



h. Pemecahan Masalah

- 1) Peningkatan kapasitas petugas Kesehatan dan kader dalam pelaksanaan pengendalian faktor risiko PTM melalui pelatihan berjenjang dan pembekalan baik melalui dana dekonsentrasi, APBD, dana DAK Non Fisik maupun dana lain sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- 2) Mendorong Pemerintah Daerah untuk mengalokasikan anggaran untuk pengendalian faktor risiko PTM diantaranya untuk penyiapan SDM dan peningkatan kapasitas layanan UBM.
- 3) Mendorong pemerintah daerah untuk melakukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan pengendalian faktor risiko PTM.
- 4) Meningkatkan kerjasama dengan lintas program dan lintas sektor terkait dalam rangka peningkatan cakupan pengendalian faktor risiko PTM.

11. Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan sebanyak 80%

a. Penjelasan Indikator

Kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan merupakan indikator komposit yang menggambarkan status kualitas kesehatan lingkungan skala kabupaten kota. Komposit dari dua indikator RPJMN yaitu desa/kelurahan Stop Buang Air Besar Sembarangan dan sarana air minum dengan kualitas air minum sesuai standar. Kemudian ditambah dua indikator Renstra Kemenkes sebelum revisi yaitu Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) memenuhi standar dan Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) yang dilakukan pengawasan sesuai standar. Serta ditambah satu indikator baru yaitu RS melaksanakan penyelenggaraan kesehatan lingkungan yang merupakan pengembangan dari indikator RPJMN yaitu Fasyankes yang melaksanakan pengelolaan limbah medis sesuai standar.

b. Definisi Operasional

Kabupaten/kota yang memenuhi 3 dari 5 kualitas kesling yaitu kabupaten/kota yang:

1. 50% Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) memenuhi standar
2. 65% Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) yang dilakukan pengawasan sesuai standar
3. 68% sarana air minum dengan kualitas air minum sesuai standar
4. 60% desa/kelurahan Stop Buang Air Besar Sembarangan
5. 40% RS melaksanakan penyelenggaraan kesehatan lingkungan

c. Rumus/cara perhitungan

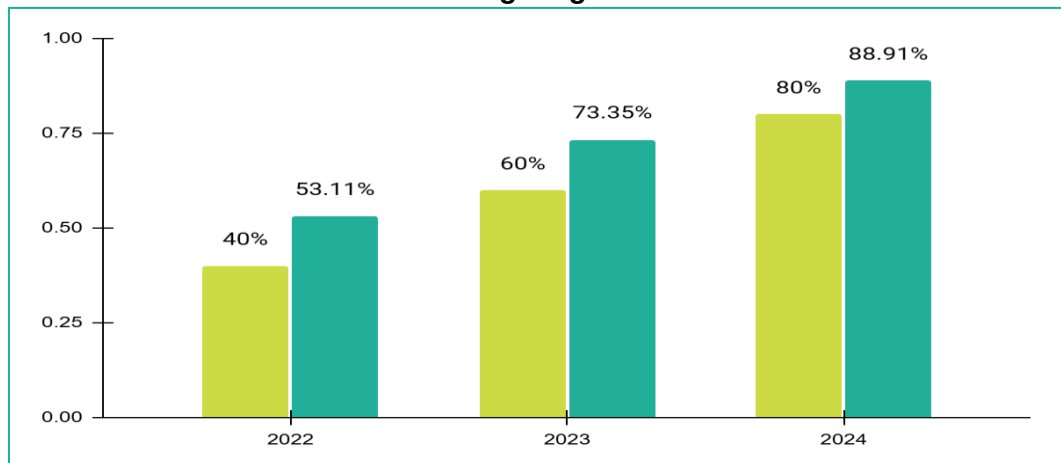
Persentase Kabupaten Kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan	=	$\frac{\text{Jumlah kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan}}{\text{Jumlah kabupaten/kota}} \times 100\%$
---	---	--



d. Capaian Indikator

Capaian indikator kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan pada tahun 2022-2023 telah melebihi target yang ditetapkan. Pada tahun 2024 telah tercapai sebesar 88,91% dari target 80% dengan kinerja sebesar 111,14%. Tren capaian indikator indikator kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan tahun 2022-2024 digambarkan dalam grafik berikut ini:

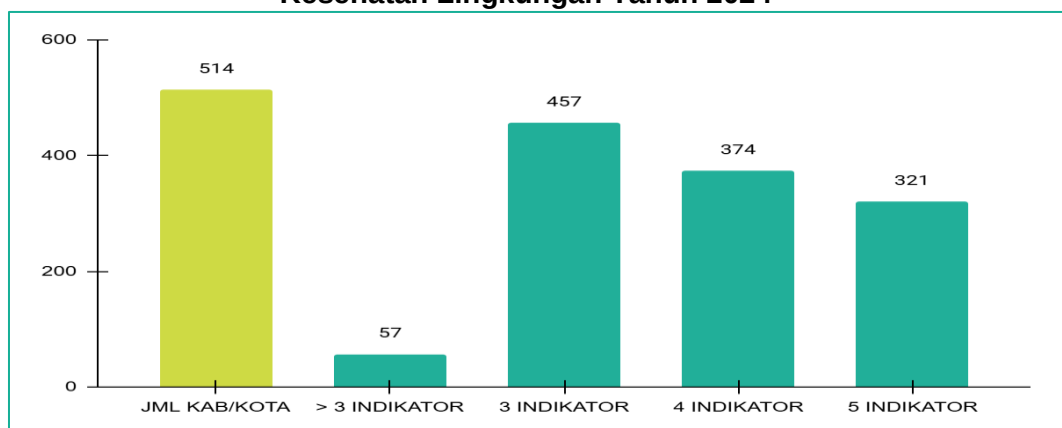
Grafik 3.47. Target dan Capaian Persentase Kabupaten/Kota yang memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2020-2024



Sumber data: Direktorat Penyehatan Lingkungan, Desember 2024

Indikator Kab/Kota yang memenuhi kualitas Kesehatan lingkungan dinyatakan memenuhi target bila 3 dari 5 indikator komposit mencapai target 80% yakni indikator komposit 50% Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) memenuhi standar, 65% Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) yang dilakukan pengawasan sesuai standar, 68% sarana air minum dengan kualitas air minum sesuai standar, 60% desa/kelurahan Stop Buang Air Besar Sembarangan dan 40% RS melaksanakan penyelenggaraan kesehatan lingkungan. Capaian digambarkan dalam grafik berikut:

Grafik 3.48. Proporsi Capaian Kabupaten/Kota yang memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2024

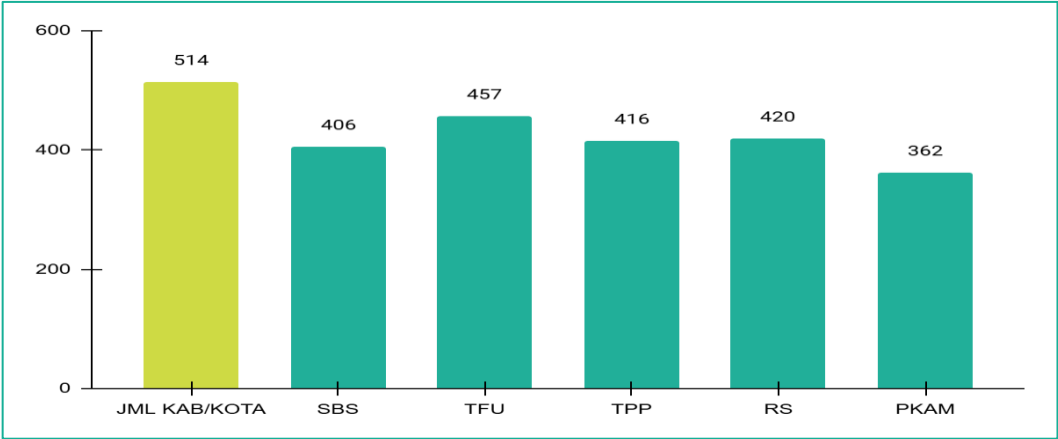


Sumber data: Direktorat Penyehatan Lingkungan, Desember 2024



Grafik diatas menunjukkan bahwa dari 514 kabupaten/kota, 231 (44,94%) kabupaten/kota telah memenuhi 5 indikator kualitas kesehatan lingkungan, 374 (72,76%) kabupaten/kota memenuhi 4 indikator, dan 457 (88,91%) kabupaten/kota memenuhi 3 indikator. Masih terdapat 57 kabupaten/kota yang belum memenuhi kualitas kesehatan lingkungan yang hanya memenuhi 2 indikator, 1 indikator atau bahkan tidak ada indikator yang memenuhi. Salah satu tantangan dalam pencapaian indikator (komposit) kualitas kesehatan lingkungan ini adalah bagaimana daerah (provinsi) dalam memprioritaskan program dan kegiatan penyelenggaraan kesehatan lingkungan pada indikator kualitas kesehatan lingkungan yang masih rendah. Berikut adalah grafik capaian indikator komposit persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan di 38 provinsi yakni:

Grafik 1.1. Capaian Kab/Kota SBS, TFU, TPP, RS dan PKAM Tahun 2024



Sumber data: Direktorat Penyehatan Lingkungan, Desember 2024

Grafik diatas menunjukan bahwa dari 514 kabupaten/kota, 406 kabupaten/kota telah mencapai 60% desa/kelurahan Stop Buang Air Besar Sembarangan, 457 kabupaten/kota telah mencapai 65% Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) yang dilakukan pengawasan sesuai standar, 416 kabupaten/kota telah mencapai 50% Tempat Pengelolaan Pangan (TPP) memenuhi standar, 420 kabupaten/kota telah mencapai 40% RS melaksanakan penyelenggaraan kesehatan lingkungan, 362 kabupaten/kota telah mencapai 68% sarana air minum dengan kualitas air minum sesuai standar.

Tabel 3.6. Kab/Kota SBS, TFU, TPP, RS dan PKAM berdasarkan Provinsi Tahun 2024

NO	PROVINSI	JML KAB/ KOTA	KAB/KOTA KESLING					
			SBS	PKAM	TFU	TPP	RS	CAPAI 3 INDIKATOR
	NASIONAL	514	406	362	457	416	420	457
1	ACEH	23	23	23	14	18	15	23

NO	PROVINSI	JML KAB/ KOTA	KAB/KOTA KESLING					
			SBS	PKAM	TFU	TPP	RS	CAPAI 3 INDIKATOR
2	BALI	9	9	9	9	8	9	9
3	BANTEN	8	5	7	8	4	8	7
4	BENGKULU	10	8	9	10	9	8	10
5	DI YOGYAKARTA	5	5	5	5	5	5	5
6	DKI JAKARTA	6	6	6	6	6	4	6
7	GORONTALO	6	3	5	4	4	6	6
8	JAMBI	11	8	11	11	11	9	11
9	JAWA BARAT	27	27	24	27	20	27	27
10	JAWA TENGAH	35	35	33	35	35	32	35
11	JAWA TIMUR	38	38	36	38	38	38	38
12	KALIMANTAN BARAT	14	4	9	13	14	10	13
13	KALIMANTAN SELATAN	13	11	10	13	11	13	13
14	KALIMANTAN TENGAH	14	12	13	13	11	10	13
15	KALIMANTAN TIMUR	10	10	8	10	8	9	10
16	KALIMANTAN UTARA	5	5	4	5	5	5	5
17	KEP BANGKA BELITUNG	7	6	6	7	7	7	7
18	KEP RIAU	7	7	5	7	7	6	7
19	LAMPUNG	15	14	8	12	15	15	15
20	MALUKU	11	1	6	7	5	9	6
21	MALUKU UTARA	10	6	5	9	10	6	7
22	NUSA TENGGARA BARAT	10	10	8	9	8	9	10
23	NUSA TENGGARA TIMUR	22	17	14	14	14	17	19
24	PAPUA	9	6	0	8	8	5	7
25	PAPUA BARAT	7	4	0	6	4	2	3
26	PAPUA BARAT DAYA	6	1	0	4	4	4	3
27	PAPUA PEGUNUNGAN	8	1	1	8	1	1	1
28	PAPUA SELATAN	4	0	2	4	3	3	3
29	PAPUA TENGAH	8	0	0	7	4	3	2

NO	PROVINSI	JML KAB/ KOTA	KAB/KOTA KESLING					
			SBS	PKAM	TFU	TPP	RS	CAPAI 3 INDIKATOR
30	RIAU	12	12	11	12	9	11	12
31	SULAWESI BARAT	6	3	6	6	4	6	6
32	SULAWESI SELATAN	24	24	16	24	23	21	24
33	SULAWESI TENGAH	13	10	9	8	13	11	13
34	SULAWESI TENGGARA	17	16	9	17	10	13	16
35	SULAWESI UTARA	15	15	12	9	8	14	14
36	SUMATERA BARAT	19	16	10	19	18	18	18
37	SUMATERA SELATAN	17	17	9	16	16	16	17
38	SUMATERA UTARA	33	11	13	23	18	15	16

Sumber data: Direktorat Penyehatan Lingkungan, Desember 2024

Dari data tabel diatas, provinsi dengan jumlah kabupaten/kota yang mencapai 3 indikator dari 5 indikator komposit Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan terbanyak dicapai oleh provinsi Jawa Timur dengan 38 kabupaten kota. Provinsi Papua Pegunungan menjadi provinsi dengan jumlah kabupaten/kota terendah yang mencapai 3 indikator dari 5 indikator komposit Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan dengan 1 kabupaten kota, hal tersebut dikarenakan provinsi Papua Pegunungan merupakan provinsi baru dari pemekaran provinsi Papua.

e. Analisis Penyebab Keberhasilan Pencapaian

Pencapaian indikator kabupaten/kota memenuhi kualitas kesehatan lingkungan mencapai target yaitu sebesar 88,91% dari target 80%, namun apabila dilakukan analisis lebih dalam terdapat beberapa penyebab yang dapat diantisipasi untuk mencegah kegagalan pencapaian di tahun depan. Hasil analisis berdasarkan analisis SWOT sebagai berikut:

Tabel 3.7. Analisis SWOT untuk Indikator Kabupaten/Kota Memenuhi Kualitas Kesehatan Lingkungan Tahun 2024

	Membantu	Menghambat
Dari Dalam	<i>Strengths</i> (Kekuatan) Kriteria atau indikator kabupaten/kota kualitas kesehatan lingkungan merupakan program-program yang sudah berjalan	<i>Weaknesses</i> (Kelemahan) Indikator-indikator kabupaten/kota kualitas kesehatan lingkungan memiliki pelaporan capaian yang terpisah

Dari Luar	<i>Opportunities</i> (Peluang) Capaian nasional per masing masing indikator pembentuk indikator komposit telah tercapai melebihi target	<i>Threats</i> (Ancaman) Penyebaran capaian indikator pembentuk indikator komposit belum merata
-----------	--	--

Sumber data: Direktorat Penyehatan Lingkungan, Desember 2024

f. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

Berbagai upaya telah dilakukan untuk mencapai kabupaten kota memenuhi kualitas kesehatan lingkungan, antara lain:

1. Tempat Pengolahan Pangan (TPP) memenuhi standar

Berdasarkan Permenkes Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Sektor Kesehatan, TPP yang menjadi fokus pencapaian indikator adalah jasa boga, restoran, TPP tertentu, Depot Air Minum (DAM), rumah makan, gerai pangan jajanan, gerai pangan jajanan keliling, dapur gerai pangan jajanan dan sentra pangan jajanan/kantin. Pengawasan dilakukan dengan berbasis risiko. Upaya-upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator antara lain seperti pembuatan buku pedoman, buku saku, media KIE dan Video. Kegiatan yang telah dilakukan dalam percepatan pencapaian target indikator TPP antara lain:

- a. Menyusun NSPK antara lain modul pelatihan keamanan pangan siap saji bagi penjamah pangan dan video tutorial pengajuan Sertifikat Laik Higiene Sanitasi (SLHS) di sistem *Online Single Submission* (OSS).
- b. Penyampaian surat edaran kepada dinas kesehatan provinsi dan kabupaten kota untuk percepatan indikator TPP memenuhi standar sekaligus evaluasi.
- c. Pertemuan koordinasi monitoring dan evaluasi secara daring dengan daerah secara berkala.
- d. Penguatan regulasi Permenkes Nomor 14 Tahun 2021 dengan melakukan Sosialisasi Pedoman Higiene Sanitasi pada TPP tempe dan tahu.
- e. Sosialisasi secara berkala tata cara melakukan pengawasan melalui Inspeksi Kesehatan Lingkungan (IKL) berbasis risiko baik yang dilakukan oleh pusat secara hybrid (daring dan luring) dan luring di beberapa kabupaten kota terpilih.
- f. Mengawal review PP 5 Tahun 2021 dan perubahan kedua Permenkes Nomor 14 Tahun 2021.
- g. Melakukan pengawasan keamanan pangan pada even nasional dan internasional bersama dengan daerah
- h. Program Padat Karya Tunai Desa (PKTD) sentra pangan jajanan di 20 lokus di kabupaten/kota.



- i. Mendukung terwujudnya Zona Kuliner, Halal, Aman dan Sehat (Zona KHAS) yang diinisiasi oleh Komite Nasional Ekonomi dan Keuangan Syariah (KNEKS) seperti Zona KHAS BI di Bandung dan Masjid Istiqlal Jakarta.
 - j. Pengawasan keamanan pangan di embarkasi haji tahun 2023 M/1444 H bersama dengan Kantor Kesehatan Pelabuhan (KKP).
 - k. Melaksanakan kegiatan talks show pada peringatan Hari Keamanan Pangan Sedunia (HKPS) tahun 2024.
 - l. Peningkatan kapasitas petugas kesehatan lingkungan terkait pangan siap saji kepada provinsi, kab/kota dan puskesmas seperti workshop higiene sanitasi DAM, investigasi KLB keracunan pangan.
 - m. Berperan aktif dalam kegiatan internasional seperti sidang CAC CODEX dan penilaian Joint External Evaluation (JEE)
2. Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) yang dilakukan pengawasan sesuai standar.

Untuk mempercepat pencapaian target indikator Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) sesuai RPJMN di sekolah, pasar, dan Puskesmas, berbagai kegiatan telah dilaksanakan. Termasuk pertemuan koordinasi dan sosialisasi dengan lintas sektor dan lintas program dalam rangka penguatan pengawasan TFU, penyusunan pedoman dan video tentang pengawasan kesehatan lingkungan di TFU, pertemuan evaluasi capaian indikator kesehatan lingkungan per triwulan, revisi instrumen inspeksi kesehatan lingkungan, serta pengembangan aplikasi E-monev TFU. Selain itu, pendampingan dilakukan baik secara luring dan daring kepada kabupaten / kota dengan capaian pengawasan yang rendah, dan penyampaian surat umpan balik capaian indikator dari pusat kepada daerah per triwulan sebagai bentuk apresiasi dan evaluasi.

Kegiatan ini bertujuan untuk memastikan implementasi yang efektif dan konsisten dalam pengawasan tempat dan fasilitas umum, serta untuk meningkatkan kinerja pengawasan di daerah-daerah yang memerlukan perhatian lebih. Dengan adanya pedoman, materi pelatihan, pendampingan dan evaluasi berkala, serta alokasi DAK Fisik untuk reagen pemeriksaan kualitas air di TFU, diharapkan indikator TFU dapat mencapai target dan dengan kualitas yang memenuhi syarat. Dalam rangka peningkatan kualitas kesehatan lingkungan di lokasi TFU lainnya, dilakukan kegiatan:

- a. Diseminasi lima kunci pasar pangan aman dan sehat.
- b. Sosialisasi Pedoman Peningkatan Kapasitas Bagi Petugas Kebersihan dalam pemenuhan persyaratan SLS.
- c. Sosialisasi SLS dan SLHS bagi seluruh kabupaten dan kota di Indonesia
- d. Analisis dan Surveilans kualitas udara dan penyakit di beberapa kabupaten kota.



- e. Bimbingan Teknis terpadu pengendalian penyakit berbasis lingkungan di kawasan industri smelter.
- f. Pengawasan terpadu berbasis risiko bersama lintas kementerian dan lembaga.
- g. Pendampingan Provinsi dalam rangka peningkatan capaian TFU pada provinsi yang capaian TFU nya rendah.
- h. Coaching clinic PBUS untuk seluruh Bandar Udara dan Pelabuhan di wilayah kerja Balai Kekarantinaan Kesehatan se Indonesia.
- i. Implementasi penguatan PBUS di enam wilayah kerja Balai Kekarantinaan Kesehatan.
- j. Pengawasan Kesehatan Lingkungan di Asrama Haji sebagai bentuk Perlindungan Kesehatan Haji sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 62 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Kesehatan Haji.
- k. Pemantauan kesehatan lingkungan pada situasi dan event-event khusus.
- l. Peningkatan Kualitas Kesehatan Lingkungan di Pondok Pesantren dan Lembaga Pendidikan Keagamaan Lainnya melalui penyediaan sarana kesehatan lingkungan berupa sarana Cuci Tangan Pakai Sabun, Tempat Pembuangan Sementara (TPS) Sampah, dan rehab dapur.

3. Sarana air minum dengan kualitas air minum sesuai standar

Salah satu upaya dalam percepatan pencapaian akses air minum yang aman dilakukan dengan upaya pengawasan terhadap sarana air minum baik pada tingkat Kabupaten/Kota sampai ke tingkat desa/kelurahan.

Koordinasi dengan dinas kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota dilakukan secara berkala untuk meningkatkan pengawasan terhadap sarana air minum. Sosialisasi dan orientasi tenaga sanitasi lingkungan dalam upaya pengawasan kualitas air minum dilakukan secara virtual kepada seluruh tenaga sanitasi lingkungan di Puskesmas, Dinas Kesehatan kabupaten/kota, dan Dinas Kesehatan Provinsi guna memastikan pemahaman yang konsisten tentang standar pengawasan kualitas air minum.

Upaya lain yang dilakukan adalah dengan menyusun NSPK audit rencana pengamanan air minum (RPAM) dalam rangka melaksanakan verifikasi dokumen RPAM yang telah di susun oleh sistem peyediaan air minum kabupate/kota maupun pedesaan/kelurahan. Penyusunan pedoman audit RPAM serta instrumen dalam melaksanakan audit RPAM telah disusun bersama dengan Kementerian PUPR dan Kemendagri serta telah dilaksanakan uji coba audit RPAM pada 20 Kabupaten/Kota dengan kriteria memiliki Perusahaan Daerah Air Minum yang telah selesai menyusun dokume RPAM.

Peringatan Hari Air Sedunia juga dilaksanakan di Kota Cilegon pada tahun 2024. Kegiatan dilaksanakan dalam rangka advokasi kepada pemerintah daerah dalam percepatan pencapaian akses air minum aman. Workshop Pengawasan Kualitas Air Minum juga telah dilaksanakan dalam rangkaian kegiatan Hari Air Sedunia tahun 2024.



Bantuan teknologi tepat guna untuk air minum disalurkan ke 41 lokasi dengan melibatkan Dinas Kesehatan dan B/B Labkesmas, sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas air dimasyarakat.

Sosialisasi dan pembelajaran tematik dalam mendukung program surveilans kualitas air minum rumah tangga (KAMRT) telah dilaksanakan dengan sasaran seluruh tenaga sanitasi lingkungan di Puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota maupun Dinas Kesehatan Provinsi telah dilaksanakan melalui pertemuan virtual (zoom meeting dan live streaming youtube)

Pendampingan dan pembinaan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota terpilih dalam pelaksanaan surveilans KAMRT dilaksanakan dalam rangka memastikan pelaksanaan surveilans KAMRT telah sesuai dengan pedoman yang ada.

Selain itu, Direktorat Penyehatan Lingkungan telah mempersiapkan media pelaporan dan pencatatann berbasis aplikasi online yang diberi nama “SIPEKAM” atau Sistem Informasi Pengawasan Kualitas Air Minum yang selalu diupdate dalam mendukung pelaporan kegiatan pengawasan kualitas air minum dan surveilans KAMRT yang dilaksanakan oleh daerah.



Gambar 3.20. Advokasi Kepala Daerah untuk Pembangunan Air Minum dan Sanitasi Tahun 2024

4. Desa/kelurahan Stop Buang Air Besar Sembarangan

Kegiatan yang dilakukan dalam upaya pencapaian target desa/kelurahan Stop Buang Air Besar Sembarangan adalah sebagai berikut :

- a. Penguatan peran Koordinator STBM Provinsi dan Dinas Kesehatan Provinsi dalam percepatan pencapaian SBS dan air minum aman.
- b. Rapat persiapan advokasi percepatan SBS pada 17 provinsi yaitu Provinsi Jawa Timur, Provinsi DKI Jakarta, Provinsi Kalimantan Selatan, Provinsi Kalimantan Barat, Provinsi Kalimantan Timur, Provinsi Sumatera Barat, Provinsi Sumatera Selatan, Provinsi Jambi, Provinsi Sulawesi Tengah, Provinsi Nusa Tenggara Timur, Provinsi Aceh, Provinsi Sumatera Utara, Provinsi Jawa Barat, Provinsi Banten, Provinsi Kalimantan Tengah, Provinsi Sulawesi Tenggara, dan Provinsi Maluku Utara.



- c. Diskusi dan sharing pembelajaran solusi pembiayaan alternatif dan kemitraan air minum dan sanitasi kepada 38 provinsi dan 514 kabupaten/kota dengan mengundang secara daring Pokja PKP Provinsi, Pokja PKP Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- d. Advokasi kepada pemangku kepentingan pada 7 provinsi untuk percepatan SBS yaitu Provinsi Aceh, Provinsi Sumatera Utara, Provinsi Kalimantan Selatan, Provinsi Kalimantan Barat, Provinsi Papua, Provinsi Sumatera Selatan, Provinsi Sulawesi Tengah dan Provinsi Kalimantan Timur.
- e. Evaluasi capaian SBS pada triwulan I dan II tahun 2024.
- f. Sosialisasi Pedoman Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) revisi I kepada 38 Provinsi dalam mendukung percepatan SBS melalui komitmen dan verifikasi pilar STBM.
- g. Koordinasi dengan lintas sektor (Pokja PPAS Nasional, Kementerian PUPR, Kementerian Dalam Negeri, dan Kementerian PPN/Bappenas) untuk percepatan capaian SBS dan STBM.
- h. Rapat koordinasi Program Percepatan Pembangunan Sanitasi Perkotaan (PPSP).
- i. Pendampingan pelaksanaan studi EHRA (Environmental Health Risk Assessment) dengan target pendampingan sebanyak 42 kabupaten/kota yang akan menyusun SSK (Strategi Sanitasi Kabupaten Kota) dalam Program Percepatan Pembangunan Sanitasi Permukiman (PPSP).
- j. Memberikan intervensi kesehatan lingkungan melalui bantuan stimulan Teknologi Tepat Guna (TTG) sarana sanitasi di 122 lokasi sebagai salah satu model atau percontohan untuk dapat direplikasi melalui anggaran desa dan atau sumber dana lain.
- k. Menyediakan anggaran lokus STBM di Puskesmas melalui DAK Non Fisik untuk kegiatan pemicuan, pendampingan dan verifikasi SBS.



Gambar 3.21. Pemberian Penghargaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM Award) Tahun 2024

5. RS melaksanakan penyelenggaraan kesehatan lingkungan

Pengelolaan kesehatan lingkungan (Kesling) di rumah sakit merupakan komponen vital untuk memastikan pelayanan kesehatan yang aman, ramah lingkungan, dan berkelanjutan. Kesling di rumah sakit mencakup lima domain utama, yaitu pengelolaan air, sanitasi, limbah medis, higiene tangan, serta energi dan kebersihan lingkungan. Dalam upaya memperkuat pelaksanaan program ini, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia berkolaborasi dengan lintas program dan sektor, termasuk organisasi internasional seperti WHO, UNDP, dan UNICEF. Selain itu, pemerintah menyediakan pendanaan melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dan Dana Alokasi Khusus (DAK) untuk mendukung implementasi program ini di fasilitas pelayanan kesehatan.

Pengembangan sistem informasi kelola limbah medis (Sikelim) berbasis digital, menjadi salah satu inovasi kunci yang didukung oleh WHO. WHO berkontribusi pada pengembangan pedoman kesehatan lingkungan di rumah sakit, pelatihan tenaga kesehatan, dan integrasi inisiatif global terkait resistensi antimikroba (AMR), perubahan iklim, dan prinsip kesetaraan (GEDSI). UNDP mendukung pengembangan platform digital seperti SMILE yang terintegrasi dengan Sikelim serta SATUSEHAT, untuk menciptakan ekosistem pengelolaan limbah. UNICEF, di sisi lain, membantu pengembangan kurikulum pelatihan, peningkatan sarana kesehatan lingkungan, dan pemberdayaan tenaga kesehatan.

Peran lintas program dan sektor menjadi krusial untuk keberhasilan pengelolaan kesehatan lingkungan di rumah sakit. Kerja sama antara sektor kesehatan, lingkungan, energi, dan keuangan diperlukan untuk mengembangkan sistem yang terpadu dan berkelanjutan. Penggunaan teknologi ramah lingkungan menjadi prioritas, termasuk pengadaan alat



pengolah limbah medis, sistem pengelolaan air bersih dan limbah cair, serta energi terbarukan. Pendanaan melalui APBN dan DAK memainkan peran penting dalam mendukung peningkatan kapasitas. Rumah sakit yang berhasil menerapkan praktik terbaik juga diberikan penghargaan dan hibah untuk mendorong inovasi dan motivasi berkelanjutan.

g. Kendala/masalah yang dihadapi

Dalam pelaksanaan kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan daerah yang belum tercapai masih terkendala dalam sumber daya yang ada, diantaranya tenaga sanitarian/pengelola program kesling, peralatan/bahan, reagen dan dukungan penganggaran. Namun potensi terjadinya kegagalan dalam pencapaian kabupaten/kota memenuhi kualitas lingkungan di tahun yang akan datang dapat diantisipasi dengan memperhatikan ketersediaan anggaran terutama reagensia bagi yang telah memiliki alat uji kualitas lingkungan pada sanitarian kit dan ketersediaan anggaran pemeriksaan kualitas lingkungan di laboratorium kesehatan daerah yang ada provinsi/kabupaten/kota. Dalam sistem penganggaran Kementerian Kesehatan sudah mengalokasikan melalui anggaran DAK fisik dan non fisik untuk pengadaan reagen dan sanitarian kit, peningkatan kapasitas di tingkat provinsi/kabupaten/kota sampai puskesmas (pelatihan Tenaga Sanitasi Lingkungan & pelatihan Pengelolaan Limbah Fasyankes), surveilans kualitas lingkungan (Surveilans KAMRT, TFU dan TPP). Diharapkan kedepannya daerah dapat mengalokasikan kegiatan sesuai dengan kebutuhan masing-masing untuk peningkatan pelayanan kesehatan lingkungan di daerah.

h. Pemecahan Masalah

Secara umum kendala dan permasalahan dalam mencapai indikator kabupaten kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan dapat dipecahkan dengan strategi:

- 1) Peningkatan pengawasan kualitas kesling
- 2) Pemetaan wilayah berbasis risiko/ kerentanan menjadi dasar untuk intervensi
- 3) Peningkatan jejaring kemitraan
- 4) Meningkatkan advokasi dan sosialisasi kepada pemegang kebijakan
- 5) Peningkatan kualitas Kesehatan lingkungan melalui intervensi peningkatan akses/perbaikan kualitas untuk pencegahan penyakit
- 6) Peningkatan kapasitas dan jejaring laboratorium
- 7) Penerapan teknologi tepat guna (TTG) untuk meningkatkan kualitas lingkungan
- 8) Berkoordinasi dengan stakeholder terkait
- 9) Pelayanan kesehatan lingkungan didukung dengan sistem informasi/digitalisasi di setiap layanan
- 10) Pemberian reward kepada daerah yang berprestasi dalam rangka percepatan pembangunan Sanitasi
- 11) Peningkatan kapasitas petugas sanitarian di level Provinsi/Kab/Kota/Puskesmas melalui pembiayaan APBN, DAK Non Fisik dan Hibah



Namun, secara spesifik pemecahan masalah dapat dilakukan dengan:

1) Tempat Pengolahan Pangan (TPP) memenuhi standar

Untuk meningkatkan efektivitas pengawasan kesehatan lingkungan, perlu dilakukan peningkatan kapasitas petugas kesehatan lingkungan di daerah secara berkala. Selain itu, pembuatan video-video pembelajaran tentang pengawasan higiene sanitasi pangan juga penting untuk memudahkan akses informasi bagi Puskesmas, sehingga petugas dapat memperoleh pengetahuan yang relevan dengan cara yang lebih praktis dan terjangkau.

2) Tempat dan Fasilitas Umum (TFU) yang dilakukan pengawasan sesuai standar

- Meningkatkan efektivitas pengawasan tempat dan fasilitas umum (TFU), perlu dilakukan pemetaan target sasaran berdasarkan data baseline dari lintas sektor dan lintas program terkait. Fasilitasi teknis juga penting untuk perhitungan target indikator dan operasionalisasi pengawasan sesuai standar di daerah yang masih rendah.
- Menyediakan alternatif pengumpulan data secara manual akan membantu mengatasi hambatan teknis dalam aplikasi e-satu. Pengembangan aplikasi e-monev TFU serta integrasi data dengan lintas sektor dan lintas program terkait juga harus dilakukan untuk memastikan sistem monitoring dan evaluasi yang lebih terintegrasi dan efektif.

3) Sarana air minum dengan kualitas air minum sesuai standar

Advokasi kepada pemangku kepentingan di daerah mengenai pengawasan kualitas air merupakan langkah penting yang dilakukan bersama dengan orientasi pengawasan kualitas air minum secara virtual. Orientasi ini melibatkan seluruh dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, dan Puskesmas, yang dibagi dalam tiga regional, untuk memastikan pemahaman yang menyeluruh dan konsisten tentang standar dan praktik pengawasan kualitas air.

4) Desa/kelurahan Stop Buang Air Besar Sembarangan

Advokasi kepada kepala daerah dalam pemenuhan layanan sanitasi dan percepatan SBS menjadi kunci dalam percepatan pencapaian desa/kelurahan SBS. Selain itu, pusat dalam hal ini Kementerian Kesehatan bersama Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional, dan Kementerian Pekerjaan Umum yang tergabung dalam Kelompok Kerja Bidang Perumahan, Permukiman, Air Minum dan Sanitasi (Pokja PPAS) Nasional melakukan pendampingan kepada provinsi/kabupaten/kota yang sudah merencanakan Strategi Sanitasi Kabupaten/Kota (SSK) guna percepatan pencapaian SBS.

5) RS melaksanakan penyelenggaraan kesehatan lingkungan

Pelatihan berkelanjutan bagi tenaga kesehatan di rumah sakit dilakukan melalui program-program yang telah diakreditasi oleh Kementerian Kesehatan. Fokus pelatihan meliputi penerapan pedoman dalam pengelolaan



air, sanitasi, limbah medis, higiene tangan, serta kebersihan lingkungan. Selain itu, sistem pelaporan seperti Sikelim dan SMILE dirancang untuk mempermudah pemantauan kinerja dan meningkatkan akuntabilitas. Data yang dihasilkan dari sistem ini membantu pengambilan keputusan oleh pemangku kepentingan untuk memperbaiki pengelolaan kesehatan lingkungan.

Advokasi dan sosialisasi dilakukan secara intensif untuk meningkatkan pemahaman dan partisipasi lintas sektor, termasuk Dinas Kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, dan pihak terkait lainnya. Kunjungan lapangan, media edukasi seperti video dan buku pedoman, serta koordinasi rutin menjadi bagian dari strategi implementasi program. Dengan pendekatan yang kolaboratif, terpadu, dan didukung oleh pendanaan yang memadai, pengelolaan kesehatan lingkungan di rumah sakit diharapkan tidak hanya meningkatkan kualitas layanan kesehatan tetapi juga mendukung pencapaian tujuan pembangunan berkelanjutan (SDGs).

12. Persentase fasyankes yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveilans berbasis digital sebesar 100%

a. Penjelasan Indikator

Fasyankes yang telah terintegrasi dalam sistem surveilans berbasis digital adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan Kesehatan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah dan masyarakat yang meliputi laboratorium kesehatan masyarakat, Rumah Sakit, Puskesmas, dan klinik yang telah terintegrasi dan melaporkan hasil kegiatan surveilans dalam sistem Informasi surveilans berbasis digital.

Sistem data kesehatan yang terintegrasi adalah suatu sistem dengan arsitektur tata kelola satu data kesehatan, yang merupakan bagian dari sistem *big data* berbasis *single-health identity*, dan memiliki sistem analisis kesehatan berbasis kecerdasan buatan/AI (*Artificial Intelligence*) dan dengan perluasan cakupan *single-health identity*. Integrasi dan sinkronisasi data dan kebijakan pusat dan daerah dalam sistem surveilans menjadi aspek yang sangat penting dan kritis dalam penanganan pandemi khususnya kesiapsiagaan pada kejadian Kedaruratan Kesehatan Masyarakat melalui dukungan sistem Informasi Kesehatan yang terintegrasi dengan arsitektur interoperabilitas sistem kesehatan, dengan sistem informasi fasilitas pelayanan kesehatan terintegrasi dan perluasan cakupan layanan.

b. Definisi Operasional

Persentase fasyankes yang meliputi laboratorium kesehatan masyarakat, puskesmas, klinik dan rumah sakit yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveilans berbasis digital. Persentase fasyankes yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveilans berbasis digital.

1. Sistem Informasi surveilans berbasis digital yang digunakan untuk mencapai indikator yaitu sistem Informasi surveilans berbasis laboratorium seperti:
 - SKDR (Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon) untuk penyakit potensial KLB/wabah.
 - Aplikasi NAR (*New All Record*) baik NAR TC-19 maupun NAR Antigen yang digunakan untuk pencatatan dan pelaporan COVID-19, Monkeypox dan Gangguan ginjal akut pada anak yang tidak diketahui etiologinya.
 - Aplikasi SITB yang digunakan untuk pencatatan dan pelaporan kasus TB.
2. Indikator ini merupakan komposit dari Indikator Kinerja Kegiatan:
 - Labkesmas yang terintegrasi dan melaporkan hasil surveilans ke sistem Informasi Kementerian Kesehatan.
 - Puskesmas dan Klinik yang terintegrasi dan melaporkan hasil surveilans ke sistem Informasi Kementerian Kesehatan.
 - Rumah Sakit yang terintegrasi dan melaporkan hasil surveilans ke sistem Informasi Kementerian Kesehatan.

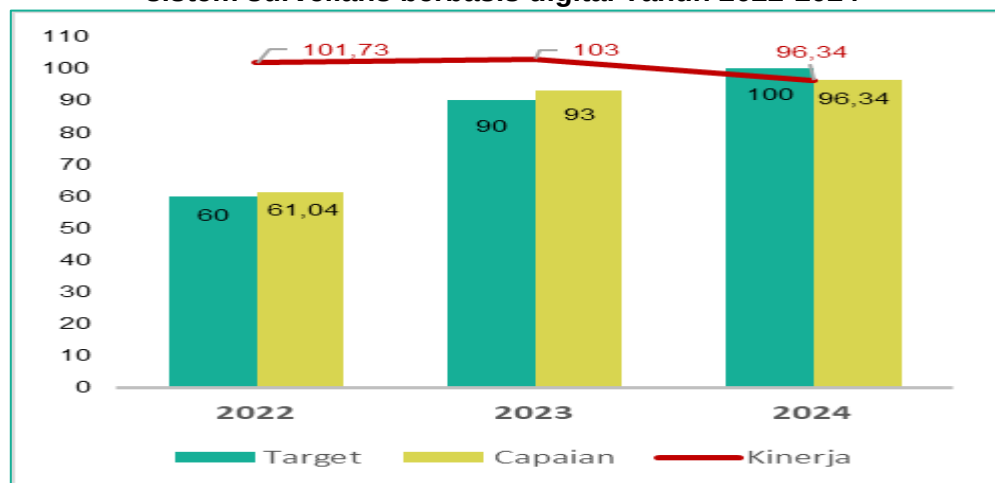
c. Rumus/Cara Perhitungan

Persentase Fasyankes yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveilans berbasis digital	=	$\frac{\text{Jumlah Labkesmas, puskesmas, klinik dan RS yang terintegrasi sistem surveilans}}{\text{Jumlah Labkesmas, Puskesmas, klinik dan Rumah Sakit}} \times 100\%$
---	---	---

d. Capaian Indikator

Pada tahun 2023, persentase puskesmas dan klinik yang terintegrasi dan melaporkan hasil surveilans ke sistem informasi Kemenkes dengan target indikator sebesar 90%. Pada tahun 2024, capaian indikator ini telah mencapai 96,34% dari target 100% seperti yang digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.49. Target dan Capaian Persentase Fasyankes terintegrasi sistem surveilans berbasis digital Tahun 2022-2024

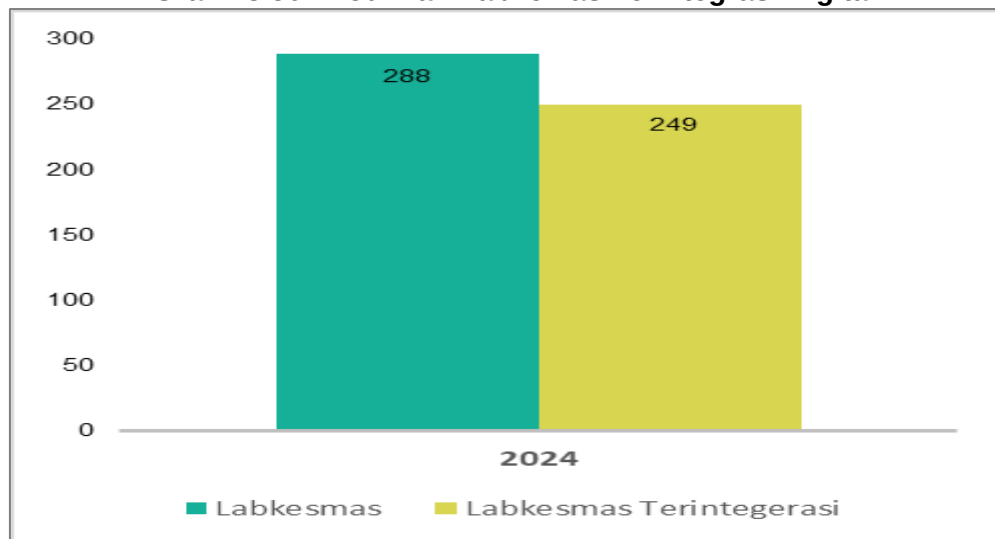


Sumber data: Laporan Direktorat SKK, Desember 2024

Grafik diatas menunjukkan bahwa capaian indikator persentase fasyankes yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveilans berbasis telah tercapai pada tahun 2022 – Tahun 2023, namun untuk tahun 2024 target belum tercapai. Indikator ini didukung dari capaian indikator jumlah fasyankes yang terintegrasi dalam sistem informasi surveilans berbasis digital yakni Labkesmas, Rumah Sakit dan Puskesmas dengan capaian masing-masing indikator sebagai berikut:

1. Persentase labkesmas yang terintegrasi dan melaporkan hasil surveilans ke sistem informasi Kemenkes ditetapkan target 100% namun hingga akhir tahun 2024, tercapai 86,5%, dikarenakan kemampuan surveilans berbasis laboratorium di daerah yang masih belum merata karena keterbatasan sarana prasarana, dan terkendala akses ke sistem Informasi terintegrasi baik dari sisi teknologi nya maupun SDM.

Grafik 3.50. Jumlah Labkemas Terintegrasi Digital



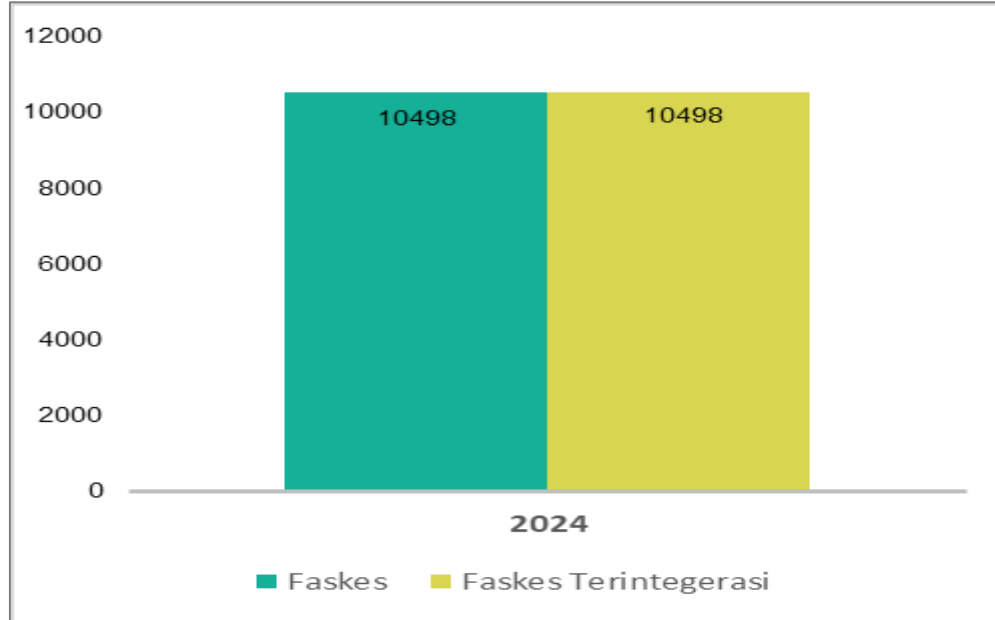
Sumber data: Laporan Direktorat SKK, Desember 2024

Pencapaian Laboratorium kesehatan terintegrasi ke sistem informasi Kemenkes, hingga saat ini mencapai 249 dari total 288 faskes yang ada. Angka ini mencerminkan tingkat keberhasilan sebesar 86,46%, menunjukkan progres yang signifikan dalam upaya pengintegrasian fasilitas kesehatan ke dalam sistem yang telah dirancang. Integrasi ini mencakup konektivitas sistem informasi pelayanan kesehatan, pelaporan hasil surveilans kesehatan, serta koordinasi antar unit layanan untuk mendukung efisiensi dan akurasi data kesehatan. Capaian Labkesmas terintegrasi belum mencapai target 100%, masih diperlukan upaya lebih lanjut untuk memastikan seluruh fasilitas kesehatan mampu memberikan layanan yang terstandar dan berbasis data secara terintegrasi.

2. Persentase puskesmas dan klinik yang terintegrasi dan melaporkan hasil surveilans ke sistem informasi Kemenkes ditetapkan target 100% dengan capaian 100%. Walaupun sudah mencapai target, namun masih ditemukan kendala seperti Rotasi/mutasi petugas SKDR seringkali tidak diikuti dengan

proses serah terima penugasan yang baik, sehingga berpotensi menyebabkan kinerja SKDR dapat menurun serta tidak meratanya jaringan komunikasi di beberapa wilayah.

Grafik 3.51. Puskesmas Klinik Terintegrasi Digital

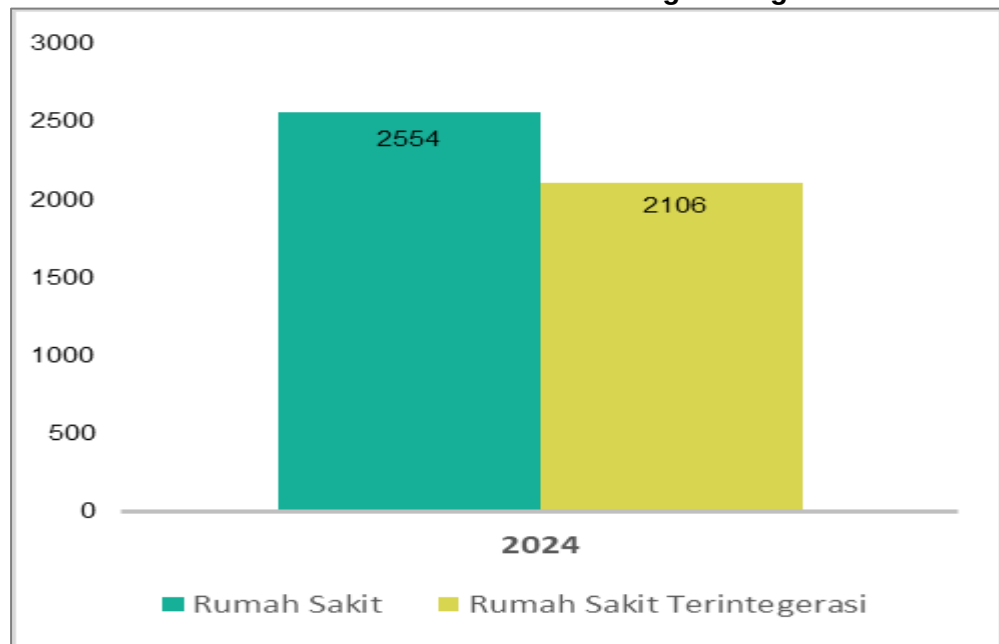


Sumber data: Laporan Direktorat SKK, Desember 2024

Pencapaian puskesmas dan klinik yang terintegrasi dan melaporkan hasil surveilans ke sistem informasi Kemenkes hingga saat ini mencapai 10.498 dari total 10.498 faskes yang ada. Angka ini mencerminkan tingkat keberhasilan sebesar 100%, menunjukkan progres yang signifikan dalam upaya pengintegrasian fasilitas kesehatan ke dalam sistem yang telah dirancang. Integrasi ini meliputi konektivitas sistem informasi pelayanan kesehatan, pelaporan hasil surveilans yang andal, serta koordinasi antarunit layanan, menciptakan efisiensi dan akurasi yang lebih baik dalam pengelolaan data kesehatan. Meskipun target 100% telah tercapai, langkah berkelanjutan tetap dibutuhkan untuk memastikan semua fasilitas kesehatan dapat memberikan layanan yang terstandar, berbasis data, dan terintegrasi secara optimal

3. Persentase RS yang terintegrasi dan melaporkan hasil surveilans ke sistem informasi Kemenkes ditetapkan target 100%, namun hingga akhir tahun 2024, tercapai 82,50%.

Grafik 3.52. Rumah Sakit Terintegrasi Digital



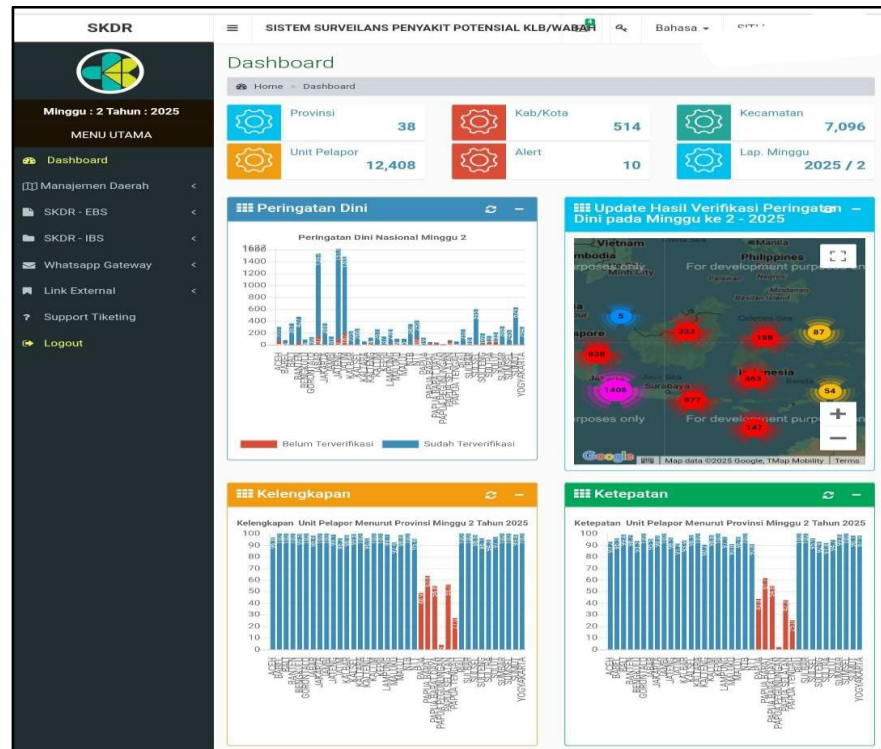
Sumber data: Laporan Direktorat SKK, Desember 2024

Pencapaian integrasi rumah sakit dalam melaporkan hasil surveilans ke sistem informasi Kementerian Kesehatan hingga akhir tahun masih menghadapi kendala. Dari total 2.554 rumah sakit, baru 2.106 yang berhasil terintegrasi, menunjukkan adanya celah yang perlu segera diatasi untuk meningkatkan kinerja sistem secara keseluruhan. Integrasi ini mencakup konektivitas sistem informasi pelayanan kesehatan, pelaporan hasil surveilans yang andal, serta koordinasi yang efektif antarunit layanan. Upaya ini bertujuan menciptakan efisiensi dan meningkatkan akurasi pengelolaan data kesehatan. Meski target 100% menjadi tujuan akhir, tantangan ini menggaris bawahi perlunya langkah strategis dan berkelanjutan untuk memastikan seluruh fasilitas kesehatan dapat memberikan layanan terstandar, berbasis data, dan terintegrasi secara optimal.

e. Analisa Penyebab Kegagalan Pencapaian Target

Indikator ini mencapai target pada tahun 2022-2023 namun belum tercapai pada akhir tahun 2024. Belum tercapainya target dipengaruhi beberapa faktor antara lain:

1. Telah ada sistem Informasi seperti SKDR dan NAR dengan unit pelapor puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium dan BKK yang secara periodik dilakukan pemantauan dan feedback hasil pelaporan secara berjenjang. Namun, belum semua laboratorium daerah memiliki akun SKDR sehingga belum melakukan pelaporan terintegrasi secara digital.



Gambar 3.22. Tampilan Dashboard Sistem Informasi SKDR

2. Peningkatan kapasitas petugas dalam bentuk workshop, *on the job training*, Sosialisasi dan orientasi terus dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan petugas dan upgrade jika ada pengembangan dalam sistem yang dilakukan dalam meningkatkan performa pencatatan dan pelaporan data kasus/notifikasi kasus penyakit potensial KLB/wabah. Namun, baru 18 provinsi dapat mengikuti workshop pada tahun 2024, sedangkan 20 provinsi lainnya direncanakan akan ikut dalam berbagai kegiatan peningkatan kapasitas pada tahun 2025.

f. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

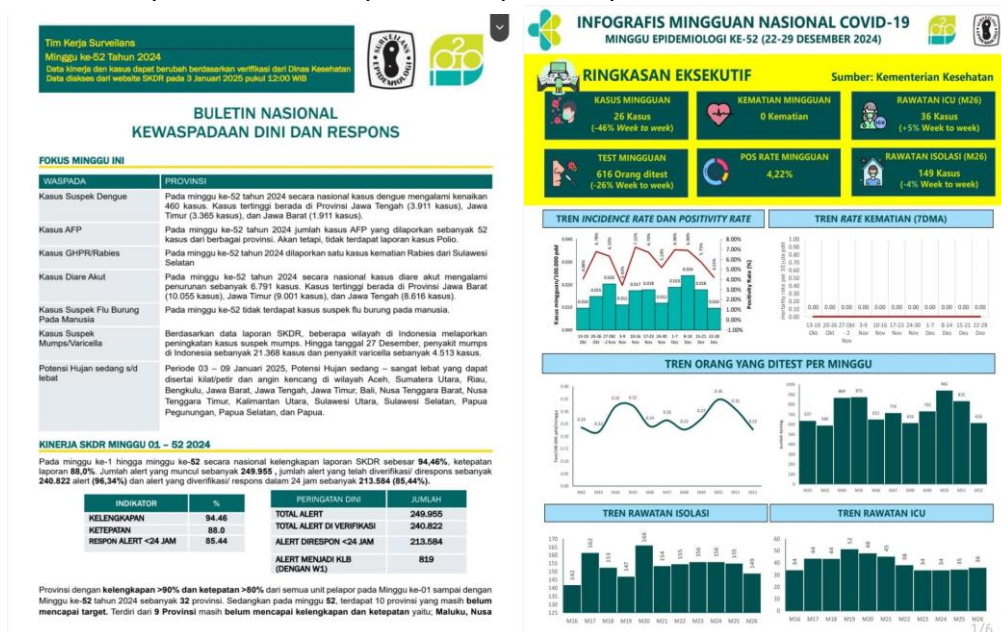
Upaya mencapai indikator yang telah dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Melakukan evaluasi capaian program secara berkala melalui Pertemuan Evaluasi Program Surveilans dan Kekarantinaan Kesehatan yang dihadiri oleh seluruh Tim Kerja di lingkungan Direktorat SKK, perwakilan Setditjen P2P, serta mitra WHO, CDC dan FETP Indonesia.
2. Melakukan peningkatan kapasitas SDM (pelatihan/refreshing) tentang surveilans dan pencatatan pelaporan data kasus melalui sistem informasi (SKDR) kepada petugas di Puskesmas, Rumah Sakit dan Labkesmas



Gambar 3.23. Workshop Manajemen dan Analisis Data SKDR bagi Kab/ Kota

3. Memberikan umpan balik Pelaporan data SKDR dan rekomendasi dalam bentuk surat ataupun buletin setiap bulan kepada Kepala Daerah



Gambar 3.24. Infografis dan Buletin Mingguan Kewaspadaan Dini dan Respons

4. Melakukan revisi regulasi terkait penyelenggaraan Surveilans di RS dan klinik swasta
5. Melakukan advokasi pemanfaatan dana BOK kepada pemerintah daerah untuk meningkatkan pencatatan dan pelaporan data penyakit potensial KLB/wabah di wilayah kerjanya.
6. Menetapkan penanggung jawab pengelola pelaporan di RS berdasarkan SK yang ditetapkan oleh pejabat setempat
7. Sosialisasi revisi Pedoman Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon ke provinsi.
8. Melakukan bimbingan teknis dan supervisi program surveilans



g. Kendala/Masalah yang dihadapi

1. Di beberapa provinsi, kabupaten mengalami rotasi atau pergantian penanggung jawab sehingga perlu ada refreshing atau *on the job training*
2. Masih terdapat wilayah kabupaten/puskesmas di Indonesia Bagian Timur tidak terjangkau oleh jaringan sinyal komunikasi seluler.
3. Kepatuhan petugas dalam pelaporan data kasus
4. Belum semua Labkesmas khususnya Labkesda terpapar akan sistem Informasi SKDR
5. Tidak tercapainya target pada tahun 2024 dapat disebabkan sulitnya akses untuk melakukan monitoring fasyankes yang menginput laporan ke dalam aplikasi SKDR/NAR, belum semua RS melaporkan penyakit berpotensi KLB ke dalam aplikasi SKDR/NAR dan terbatasnya tenaga epidemiolog kesehatan di RS/Puskesmas/kabupaten/kota/provinsi dan seringnya pergantian petugas surveilans yang terlatih

h. Pemecahan Masalah

Strategi Pemecahan Masalah dalam persentase fasyankes yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveilans berbasis digital adalah:

1. Advokasi dan sosialisasi program surveilans terintegrasi dengan kegiatan lain.
2. Dukungan asistensi dan bimbingan teknis bagi petugas pelaksana surveilans dan Laboratorium di daerah
3. Untuk puskesmas yang koneksi internetnya kurang, maka Dinkes Kabupaten harus memasukkan laporannya kedalam web SKDR
4. Berkoordinasi dengan Badan Kepegawaian Daerah (BKD) untuk membuat peta jabatan tenaga epidemiolog dan/atau surveilans di RS dan Labkesda.
5. Advokasi kepada kepala Daerah untuk meningkatkan komitmen Pemerintah Daerah
6. Revisi regulasi terkait penyelenggaraan Surveilans di RS dan klinik swasta
7. Melakukan pelatihan/peningkatan kapasitas petugas dalam pelaksanaan surveilans termasuk surveilans berbasis laboratorium.

13. Persentase Kab/kota yang melakukan deteksi dan respon potensi KLB/wabah serta pengendalian faktor risiko Kesehatan yang berpotensi KLB/wabah sebesar 40%

a. Penjelasan Indikator

Ancaman munculnya berbagai penyakit baru (*new emerging*) dan *re-emerging* menjadi tantangan global yang harus tanggap dilakukan antisipasi deteksi dini, kewaspadaan, pencegahan dan penanggulangannya. Indonesia perlu memperkuat sistem ketahanan kesehatan melalui kemampuan dalam melakukan pencegahan dan mitigasi (*to prevent*), peningkatan kemampuan deteksi/diagnosis (*to detect*) termasuk penguatan sistem laboratorium nasional dan sistem surveilans yang didukung sistem informasi *real time*, peningkatan kemampuan respons terhadap kasus yang muncul (*to respond*) termasuk penyiapan sarana, prasarana dan SDM yang kompeten.



Sistem deteksi dan respons terhadap penyakit potensial KLB/wabah yang efektif dan tepat waktu menjadi hal yang penting dalam mengendalikan penularan penyakit, meminimalkan risiko dan dampak dari potensi KLB atau wabah penyakit yang mungkin terjadi di masyarakat. Deteksi Dini dan Respons yang efektif dan efisien terintegrasi dalam sistem surveilans dan respons kesehatan masyarakat merupakan dasar untuk keamanan kesehatan nasional, regional dan global.

Komponen inti dalam deteksi dini dan respon penyakit potensial KLB/wabah meliputi kapasitas peringatan dini untuk mendeteksi sinyal melalui sistem surveilans terintegrasi berdasarkan data *Indicator Based Surveillance* (IBS) atau *Event Based Surveillance* (EBS) atau surveilans sentinel; kemampuan untuk mengelola peringatan termasuk melakukan verifikasi sinyal, penilaian risiko, dan karakterisasi risiko; kapasitas untuk menanggapi peristiwa yang dinilai risiko termasuk kapasitas Laboratorium yang mendukung sistem surveilans teridentifikasi dan memiliki kapasitas untuk mendeteksi patogen potensi epidemi, serta sistem surveilans terintegrasi.

b. Definisi Operasional

Persentase Kab/kota yang melakukan deteksi dan respon potensi KLB/wabah serta pengendalian faktor risiko Kesehatan yang berpotensi KLB/wabah yang memenuhi 4 dari 5 kriteria di bawah ini yaitu:

1. Persentase Kab/Kota yang melaksanakan respon terhadap sinyal SKDR < 24 jam.
2. Persentase pintu masuk internasional (Pelabuhan, Bandar Udara, Pos Lintas Batas Darat Negara) yang menyelenggarakan kekarantina kesehatan dalam upaya deteksi dan respon penyakit dan/atau faktor risiko potensi KLB/wabah.
3. Persentase kab/kota yang melaksanakan pengendalian vektor dan/atau binatang pembawa penyakit.
4. Persentase Kabupaten/ Kota yang menyusun dokumen rekomendasi dari hasil pemetaan risiko penyakit infeksi emerging.
5. Persentase kab/kota yang memiliki laboratorium Kesehatan yang melaksanakan pemeriksaan penyakit dan /atau faktor risiko Kesehatan berpotensi KLB/wabah yang terintegrasi dengan sistem informasi Kemenkes.

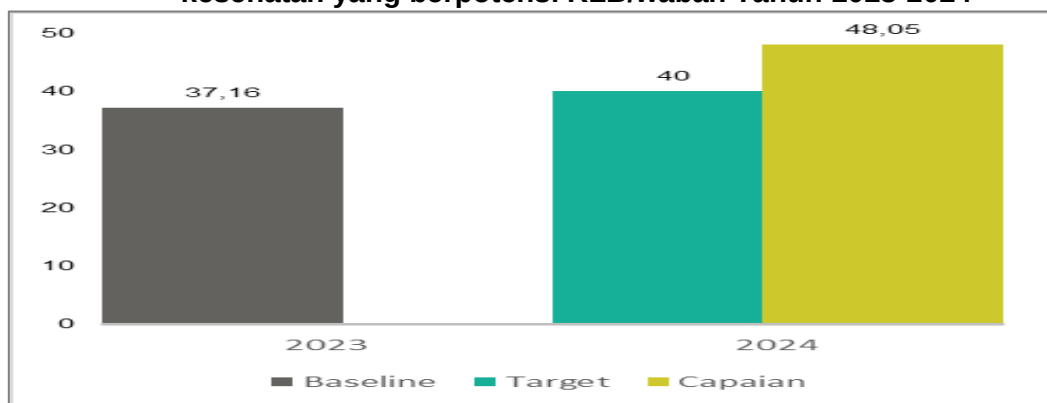
c. Rumus/Cara Perhitungan

Persentase kabupaten/kota yang melakukan deteksi dan respon potensi KLB/wabah serta pengendalian faktor risiko kesehatan yang berpotensi KLB/wabah	=	$\frac{\text{Jumlah Kab/Kota yang memenuhi 4 dari 5 kriteria mampu melakukan deteksi dan respon potensi KLB/wabah serta pengendalian faktor risiko Kesehatan yang berpotensi KLB/wabah}}{\text{Jumlah Seluruh Kab/Kota}} \times 100\%$
--	---	--

d. Capaian Indikator

Indikator Persentase Kabupaten Kota yang melakukan deteksi dan respon potensi KLB/wabah serta pengendalian faktor risiko Kesehatan yang berpotensi KLB/wabah merupakan indikator Kinerja Program direktif pimpinan di Direktorat Surveilans dan Kekarantinaan Kesehatan pada tahun 2024 karena adanya penyesuaian kebijakan. Indikator ini merupakan komposit dari 5 indikator sesuai dengan yang tersebut pada definisi operasional di atas.

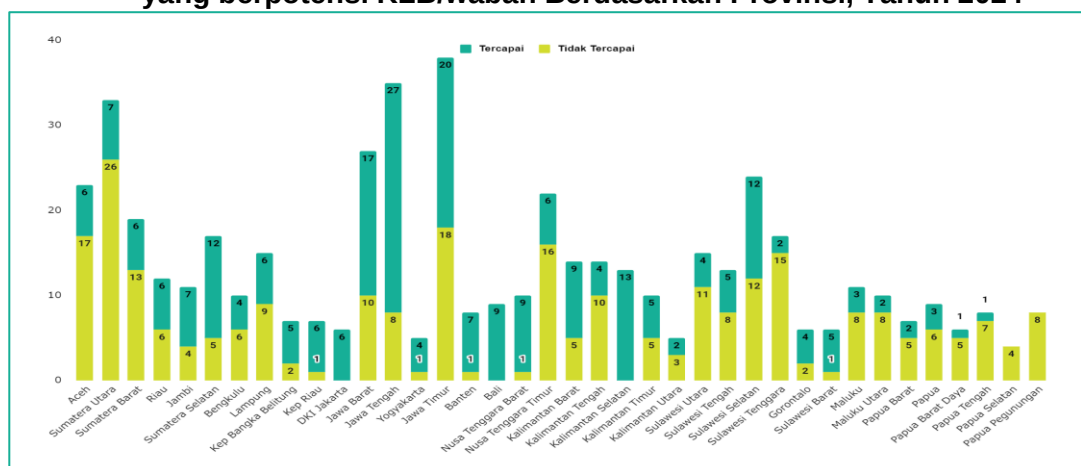
Grafik 3.53. Target dan Capaian Persentase Kab/Kota yang melakukan deteksi dan respon potensi KLB/wabah serta pengendalian faktor risiko kesehatan yang berpotensi KLB/wabah Tahun 2023-2024



Sumber data: Laporan Direktorat SKK, Desember 2024

Grafik diatas menunjukkan Persentase Kabupaten Kota yang melakukan deteksi dan respon potensi KLB/wabah serta pengendalian faktor risiko Kesehatan. Capaian kinerja tahun 2024 telah melebihi target yaitu 120,12%. Berdasarkan data tahun 2023 belum ditetapkan menjadi target, namun terdapat baseline data sebesar 37,16%. Capaian indikator tahun 2024 sebesar 48,05% dengan target 40%.

Grafik 3.54. Jumlah Kab/kota yang melakukan deteksi dan respon potensi KLB/wabah serta pengendalian faktor risiko kesehatan yang berpotensi KLB/wabah Berdasarkan Provinsi, Tahun 2024



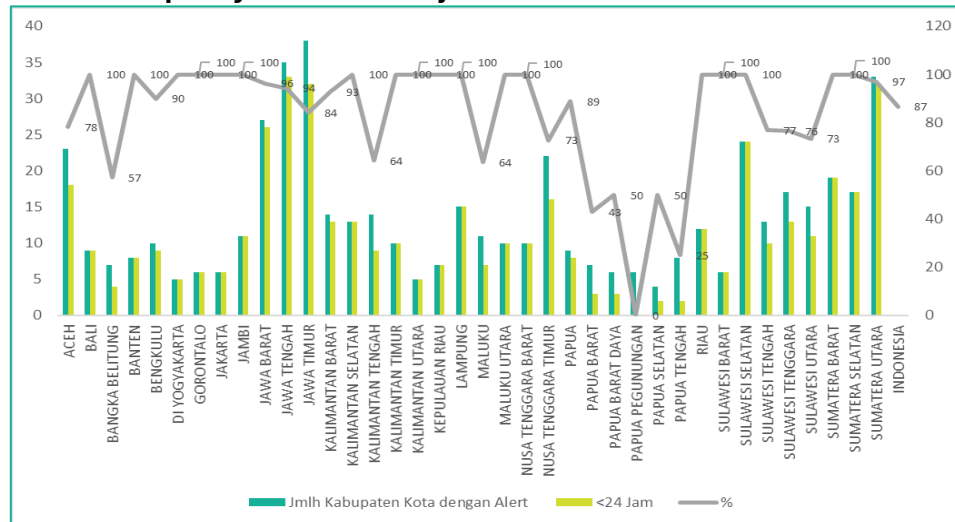
Sumber data: Laporan Direktorat SKK, Desember 2024

Grafik diatas menunjukkan bahwa 3 provinsi yang Kab/Kota nya telah memenuhi 4 dari 5 kriteria mampu melakukan deteksi dan respon potensi KLB/wabah serta pengendalian faktor risiko Kesehatan yang berpotensi KLB/wabah, yaitu DKI Jakarta, Kalimantan Selatan, dan Bali. Terdapat 5 provinsi masih ada 1 kab/kota yang belum memenuhi 4 dari 5 kriteria yang ditetapkan yaitu provinsi Kepulauan Riau, DI Yogyakarta, Banten, NTB, dan Sulawesi Barat. Provinsi yang sama sekali Kab/Kotanya belum memenuhi kriteria mampu melakukan deteksi dan respon potensi KLB/wabah serta pengendalian faktor risiko Kesehatan yang berpotensi KLB/wabah yaitu Papua Selatan dan Papua Pegunungan.

Adapun capaian dari masing-masing indikator yang merupakan komponen komposit dari indikator tersebut sebagai berikut:

1. Persentase Kab/Kota yang melaksanakan respon terhadap sinyal SKDR < 24 jam.

Grafik 3.55. Target dan Capaian Kab/kota melaksanakan respon terhadap sinyal SKDR < 24 jam Berdasarkan Provinsi Tahun 2024



Sumber data: Laporan Direktorat SKK, Desember 2024

Grafik diatas menunjukkan bahwa secara Nasional terdapat 444 kabupaten/kota telah melakukan respon alert <24 jam minimal 50% dari alert yang muncul. Sehingga capaian indikator untuk Kabupaten/Kota yang melakukan respon alert <24 jam minimal 50% dari alert yang muncul adalah 86,71%. Ada beberapa provinsi dengan capaian 100%, antara lain Provinsi Sulawesi Selatan, Sumatera Barat dan Provinsi Sulawesi Selatan. Sedangkan capaian paling rendah adalah Provinsi Papua Pegunungan karena dari 6 kabupaten yang memunculkan alert, belum ada yang direspon < dari 24 jam. Selain itu, Provinsi Tengah juga rendah karena dari 8 kabupaten yang memunculkan alert, baru ada 2 kabupaten (25%) yang sudah direspon < dari 24 jam



2. Persentase pintu masuk internasional (Pelabuhan, Bandar Udara, Pos Lintas Batas Darat Negara) yang menyelenggarakan kekarantinaan kesehatan dalam upaya deteksi dan respon penyakit dan/atau faktor risiko potensi KLB/wabah. Penyelenggaraan kekarantinaan kesehatan dalam upaya deteksi dan respon penyakit dan/atau faktor risiko potensi KLB/wabah yang dimaksud adalah penyelenggaraan yang sesuai standar baik dari ketersediaan tenaga terlatih, alat deteksi, dokumen rencana kontinjensi Kedaruratan Kesehatan Masyarakat, maupun pelaporan digital yang dilakukan terhadap orang, barang, alat angkut dan lingkungan terhadap penyakit dan/atau faktor risiko potensi KLB/wabah.

Grafik 3.56. Target dan Capaian pintu masuk internasional (Pelabuhan, Bandar Udara, Pos Lintas Batas Darat Negara) yang menyelenggarakan kekarantinaan kesehatan dalam upaya deteksi dan respon penyakit dan/atau faktor risiko potensi KLB/wabah Tahun 2024

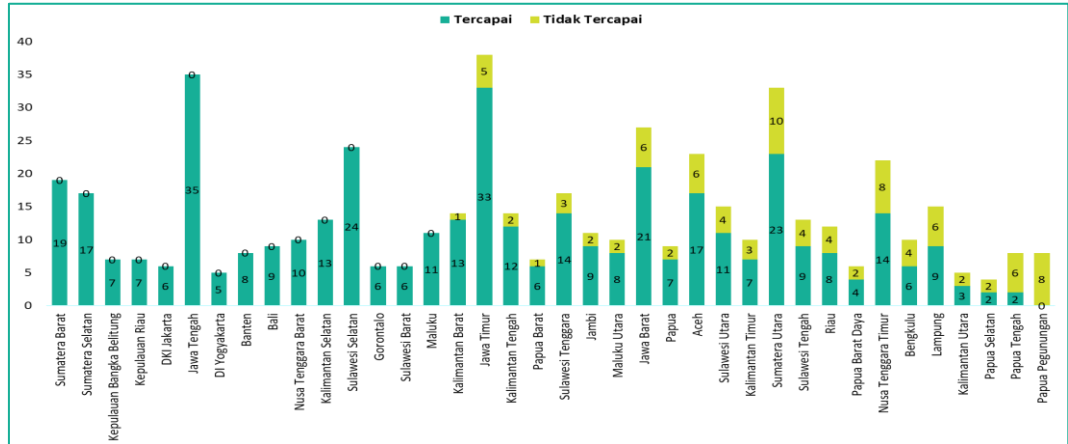


Sumber data: Laporan Direktorat SKK, Desember 2024

Pintu masuk Internasional (PoE) di Indonesia pada tahun 2023 tercatat, 139 pintu masuk internasional baik pelabuhan, bandara dan PLBDN, yang tersebar di 35 provinsi di Indonesia. Pada tahun 2023 target PoE adalah sebesar 40% dari total PoE, yang menyelenggarakan kekarantinaan kesehatan dalam upaya deteksi dan respon penyakit dan/atau faktor risiko potensi KLB/wabah. Pencapaian tahun 2023 adalah 46%. Sehingga kinerja pencapaian indikator adalah sebesar 115%. Pada 2024, target PoE yang menyelenggarakan kekarantinaan kesehatan dalam upaya deteksi dan respon penyakit dan/atau faktor risiko potensi KLB/wabah, naik menjadi 80% atau sebanyak 111 PoE. Capaian PoE di tahun 2024 adalah sebanyak 118 PoE atau 85% dari total PoE. Sehingga capaian kinerja pada tahun 2024 adalah sebanyak 106%. Bila dilihat dari sebaran provinsi di Indonesia, terdapat 3 provinsi yang tidak memiliki pintu masuk internasional, yakni provinsi Sulawesi Barat, Papua Barat, dan Papua Pegunungan. Sedangkan kabupaten kota yang memiliki pintu masuk di wilayahnya adalah sebanyak 103 kabupaten kota dari total 514 kabupaten kota. Sedangkan yang mencapai target adalah PoE di 87 kabupaten kota. Sehingga capaian di tahun 2024 adalah 85%.

- Persentase kab/kota yang melaksanakan pengendalian vektor dan/atau binatang pembawa penyakit, target 60%.

Grafik 3.57. Capaian kab/kota yang melaksanakan pengendalian vektor dan/atau binatang pembawa penyakit Berdasarkan Provinsi Tahun 2024

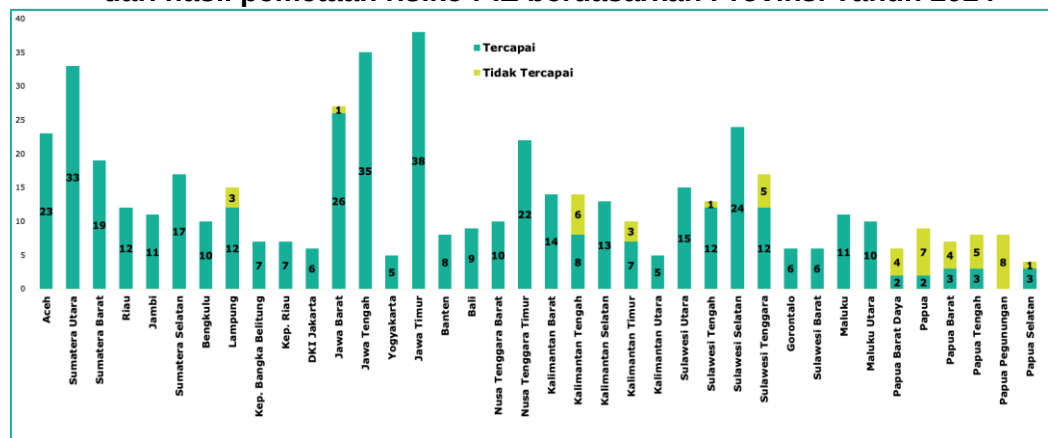


Sumber data: Laporan Direktorat SKK, Desember 2024

Kab/kota yang melaksanakan pengendalian vektor dan/atau binatang pembawa penyakit adalah kab/kota yang minimal 50% puskesmasnya melaksanakan pengendalian vektor. Capaian nasional indikator tersebut tahun 2024, yaitu 81,9% (421 kabupaten/kota tercapai). Berdasarkan grafik diatas, terdapat 15 provinsi yang seluruh kabupaten/kotanya memiliki minimal 50% puskesmas melaksanakan pengendalian vektor, baik secara biologi, fisik, kimia, maupun terpadu. Terdapat 3 provinsi yang tidak mencapai target sasaran, yaitu Papua Selatan, Papua Tengah, dan Papua Pegunungan.

- Persentase Kabupaten/ Kota yang menyusun dokumen rekomendasi dari hasil pemetaan risiko penyakit infeksi emerging (PIE).

Grafik 3.58. Capaian kab/kota yang menyusun dokumen rekomendasi dari hasil pemetaan risiko PIE berdasarkan Provinsi Tahun 2024



Sumber data: Laporan Direktorat SKK, Desember 2024



Dari grafik diatas terlihat bahwa sebagian besar provinsi, seluruh kabupaten/kotanya (100%) telah menyusun dokumen rekomendasi hasil pemetaan risiko penyakit infeksi emerging. Capaian nasional dari indikator ini tahun 2024 yaitu 95,77% (476 kabupaten/kota), capaian ini melebihi target yang direncanakan sebesar 50%, sehingga kinerjanya sebesar 191,5%. Namun demikian jika dilihat sebaran menurut provinsi, masih terdapat beberapa provinsi yang belum mencapai target 50% kabupaten/kotanya menyusun dokumen rekomendasi hasil pemetaan risiko penyakit infeksi emerging. Terdapat 5 provinsi yang belum mencapai target 50% yaitu Papua barat daya, Papua, Papua barat, Papua tengah, dan Papua pegunungan. Kendala pada kabupaten/kota yang belum melakukan penyusunan dokumen rekomendasi dikarenakan belum adanya pemahaman yang komprehensif terkait manfaat dalam penyusunan dokumen tersebut.

5. Persentase kab/kota yang memiliki laboratorium Kesehatan yang melaksanakan pemeriksaan penyakit dan /atau faktor risiko Kesehatan berpotensi KLB/wabah yang terintegrasi dengan sistem informasi Kemenkes. Pada tahun 2024, capaian indikator ini telah mencapai 96,34% dari target 100%

e. Analisis Penyebab Kegagalan Pencapaian Target

Indikator ini sudah mencapai target pada tahun 2024, hal ini disebabkan beberapa faktor pendukung ketercapaian target antara lain:

1. Terdapat aplikasi Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon yang telah digunakan oleh Puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan dan Balai Kekarantinaan Kesehatan sebagai *alert digital system* yang dapat memberikan notifikasi terhadap munculnya penyakit potensial KLB/wabah yang sudah berbasis laboratorium pada menu *Event Based Surveillans* dan dapat dinilai kelengkapan, ketepatan dan respon KLB yang dilakukan dalam waktu <24 jam.
2. Terdapat sistem informasi berbasis web untuk penilaian risiko penyakit infeksi emerging yang diakses dan dilaporkan oleh seluruh Kab/Kota disertai dengan rekomendasi hasil penilaian risiko oleh masing – masing Kab/Kota. Informasi disajikan secara *real time* berupa mapping wilayah berdasarkan hasil pemetaan risiko penyakit infeksi emerging disease (sedang, rendah dan tinggi).
3. Monitoring terhadap penyelenggaraan kekarantinaan kesehatan dalam upaya deteksi dan respon penyakit dan/atau faktor risiko potensi KLB/wabah di Pintu masuk internasional (Pelabuhan, Bandar Udara, Pos Lintas Batas Darat Negara) secara berkesinambungan baik dari kapasitas SDM, alat deteksi dini, dokumen renkon dan Pelaporan secara digital melalui SINKARKES.
4. Kegiatan pengendalian vektor sudah berjalan dan dilaporkan dalam sistem informasi SILANTOR
5. Telah dilakukan mapping kapasitas laboratorium kepada Laboratorium Kesehatan Masyarakat dan Rumah Sakit serta pelaksanaan surveilans berbasis laboratorium dengan menilai kemampuan dalam pemeriksaan penyakit dan pelaporan data surveilans berbasis laboratorium pada aplikasi NAR dan SKDR pada menu EBS.

6. Adanya komitmen global yang mendukung peningkatan kapasitas surveilans dan kapasitas laboratorium (IHR, GHSA, JEE) dan support dari mitra kerja dalam pelaksanaan surveilans berbasis laboratorium.

f. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

Upaya mencapai indikator yang telah dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Melakukan update kapasitas tenaga melalui workshop dan pelatihan SKDR
2. Melakukan monitoring dan feedback data secara rutin kepada faskes dan Dinas Kesehatan
3. Melakukan update pemetaan kapasitas laboratorium pada Fasyankes kab/kota & Provinsi yang berkemampuan surveilans epidemiologi (deteksi penyakit, vektor dan faktor risiko Kesehatan) dan melakukan validasi secara rutin melalui monev program dan aplikasi ASPAK untuk kapasitas alat laboratorium.
4. Meningkatkan koordinasi antara Lintas Program dan Lintas Sektor terkait baik di pusat maupun di daerah dan dengan mitra kerja Pembangunan untuk mendukung pelaksanaan pencegahan dan pengendalian penyakit infeksi emerging dan surveilans berbasis laboratorium dalam rangka deteksi dan respon terhadap munculnya penyakit potensial wabah salah satunya melalui pertemuan nasional.
5. Melakukan sosialisasi, evaluasi dan diseminasi program surveilans penyakit potensial KLB/wabah khususnya surveilans berbasis laboratorium.
6. Melakukan pelatihan/peningkatan kapasitas petugas bagi petugas surveilans dan Laboratorium Kesehatan Masyarakat dalam rangka pelaksanaan deteksi dan respon KLB, pemeriksaan penyakit prioritas potensial KLB/wabah, surveilans berbasis laboratorium, pemeriksaan penyakit potensial KLB/wabah bagi petugas laboratorium, pencatatan dan Pelaporan kasus, TOT/pelatihan Entomologi Malaria, Pelatihan surveilans dan pengendalian vektor dan Binatang pembawa penyakit, OJT Penyakit Infeksi Emerging, OJT Surveilans Sindrom, OJT Pemetaan Risiko Penyakit Infeksi Emerging, Pelatihan Kekarantinaan Kesehatan (Jiwa Korsia) tingkat Dasar, Mahir dan Lanjutan.



Gambar 3.25. OJT Pemetaan Risiko Penyakit Infeksi Emerging

On The Job Training (OJT) Pemetaan Risiko PIE dilakukan untuk meningkatkan kapasitas dan keterampilan tenaga kesehatan atau pihak terkait dalam

melakukan identifikasi, analisis, dan evaluasi risiko PIE.

7. Penyediaan reagen dan BMHP pemeriksaan penyakit potensial KLB/wabah
8. Melakukan evaluasi kinerja program secara rutin.
9. Melakukan evaluasi kinerja program bertujuan untuk menilai efektivitas, efisiensi, relevansi, dan dampak dari program yang telah dilaksanakan
10. Memberikan umpan balik dan diseminasi program surveilans penyakit dan vektor/binatang pembawa penyakit
11. Melakukan Advokasi tentang penyelenggaraan surveilans penyakit potensial KLB/wabah dan faktor risiko Kesehatan (vektor dan binatang pembawa penyakit)
12. Melakukan bimbingan teknis dan supervisi program surveilans dan Kekarantinaan Kesehatan



Gambar 3.26. Bimbingan Teknis dan Supervisi surveilans Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit

13. Melakukan pendampingan pelaksanaan Rencana Kontijensi Kesiapsiagaan dalam penanggulangan penyakit dan masalah Kesehatan di Kab/Kota.
14. Pengembangan sistem informasi surveilans sindrom
15. Pengembangan sistem informasi SKDR terintegrasi dalam SATU SEHAT

g. Kendala/Masalah yang dihadapi

1. Kapasitas internet yang belum merata di seluruh Indonesia khususnya pada wilayah terpencil dan perbatasan.
2. Mutasi pegawai yang cukup tinggi di daerah
3. Tenaga Epidemiolog, Entomolog dan atau Sanitarian belum terdapat di seluruh puskesmas
4. Alat dan bahan pengendalian vektor masih belum mencukupi
5. Belum semua Provinsi/Kab/Kota menggerakkan kegiatan surveilans vektor dan binatang pembawa penyakit
6. Terbatasnya jumlah, kualitas dan distribusi tenaga analis Kesehatan (ATLM/Ahli Teknologi Laboratorium Medik) dan tenaga surveilans/tenaga epidemiolog pada laboratorium laboratorium kesehatan daerah baik di provinsi maupun Kab/Kota.
7. Belum semua Provinsi dan Kabupaten/Kota memiliki laboratorium Kesehatan daerah yang dapat mendukung pelaksanaan surveilans berbasis laboratorium.
8. Kemampuan surveilans berbasis laboratorium di daerah yang rendah karena keterbatasan sarana prasarana, SDM dan alat laboratorium dan/atau bahan habis pakai.



9. Rendahnya komitmen pemerintah daerah dalam penyelenggaraan surveilans penyakit dan vektor/BP2 termasuk dukungan laboratorium Kesehatan daerah dalam pelaksanaan surveilans berbasis laboratorium
10. Sistem rujukan dan pengiriman spesimen penyakit dari faskes ke laboratorium dan antar laboratorium belum optimal.
11. Belum adanya sistem Informasi laboratorium terintegrasi (Sistem Informasi Laboratorium Nasional) yang dapat memantau penyelenggaraan surveilans penyakit berbasis laboratorium.
12. Ketersediaan dana untuk operasional laboratorium, reagen dan biaya pengiriman spesimen yang belum mencukupi untuk mendukung penyelenggaraan surveilans termasuk surveilans sentinel (Surveilans sindrom penyakit infeksi emerging)
13. Kapasitas deteksi dini di pintu masuk yang belum optimal.
14. Belum ada sistem informasi surveilans yang terintegrasi (data epidemiologi, data laboratorium sampai ke genomik dan notifikasi kasus)

h. Strategi Pemecahan Masalah.

Strategi pemecahan masalah dalam mencapai indikator antara lain:

1. Melakukan advokasi kepada pemerintah daerah dalam mendukung penyelenggaraan surveilans penyakit berbasis laboratorium.
2. Melakukan Advokasi dan meningkatkan komitmen pemerintah daerah dalam mendukung penyelenggaraan surveilans penyakit potensial KLB/wabah, surveilans vektor/BP2, surveilans di pintu masuk, surveilans berbasis laboratorium melalui penguatan kapasitas laboratorium Kesehatan dalam penyelenggaraan surveilans, penilaian risiko penyakit infeksi emerging dan pelaksanaan rekomendasinya.
3. Dukungan asistensi, bimbingan teknis dan pelatihan/peningkatan kapasitas bagi petugas surveilans, petugas laboratorium dan petugas entomolog kesehatan di daerah.
4. Penyediaan Regulasi/Pedoman dan update regulasi penyelenggaraan surveilans Kesehatan termasuk surveilans berbasis laboratorium, surveilans vektor/BP2 dan Kekarantinaan Kesehatan.
5. Meningkatkan koordinasi dan Jejaring kerja dengan lintas program dan lintas sektor termasuk mitra kerja Pembangunan dalam mendukung pelaksanaan surveilans penyakit khususnya dalam rangka deteksi dan respon penyakit potensial KLB/wabah dan faktor risiko Kesehatan.
6. Dukungan anggaran, sarana prasarana, biaya pemeriksaan dan pengiriman spesimen untuk penyelenggaraan surveilans penyakit potensial KLB/wabah melalui dana transfer daerah atau dana lainnya yang tidak mengikat.
7. Pengembangan Sistem Informasi surveilans terintegrasi.
8. Meningkatkan deteksi dan respon penyakit potensial KLB/wabah baik di wilayah maupun pintu masuk.



B. CAPAIAN KINERJA PROGRAM DUKUNGAN MANAJEMEN

Capaian kinerja dukungan manajemen menggambarkan hasil pelaksanaan dukungan manajemen pelaksanaan teknis lainnya pada Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan capaian Indikator Kinerja Program (IKP) dengan target kinerja dari masing-masing indikator kinerja yang telah ditetapkan dalam perjanjian kinerja Tahun 2024. Berikut ini adalah target Tahun 2024 dan perkembangan capaian IKP dukungan manajemen tahun 2024:

Tabel 3.8. Target dan Capaian Indikator Kinerja Program Dukungan Manajemen Tahun 2024

SASARAN	INDIKATOR	TARGET	CAPAIAN	KINERJA
Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	Nilai Reformasi Birokrasi	90.1	90.11	100.01%
	Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	80.1	91,48	114,21%
	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	95	96,52	101.60%
	Persentase realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	96	96,02	100.02%
Rata-Rata Capaian Kinerja				103.96%

Dari 4 Indikator Kinerja Program (IKP) Dukungan Manajemen, semua indikator telah mencapai target tahun 2024 yang ditetapkan. Rata rata capaian IKP Dukungan Manajemen tahun 2024 sebesar 103.96%. Bila dibandingkan dengan rata-rata capaian target tahun 2023 yakni sebesar 99.76%, maka capaian tahun 2024 telah mengalami peningkatan sebesar 4.2%.

Gambaran atas upaya peningkatan kinerja dukungan manajemen sampai tahun 2024 dijelaskan pada 4 Indikator Kinerja Program Dukungan Manajemen di bawah ini:

1. Nilai Reformasi Birokrasi sebesar 90,11

a. Penjelasan Indikator

Dengan terbitnya Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 9 Tahun 2023 tentang Evaluasi Reformasi Birokrasi, dan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi



Nomor 182 Tahun 2024 tentang Petunjuk Teknis Evaluasi Reformasi Birokrasi Tahun 2024, maka dipandang perlu dilakukan penyesuaian terhadap mekanisme pelaksanaan dan evaluasi pelaksanaan program RB pada Instansi Pemerintah, termasuk di lingkungan Kementerian Kesehatan. Tahun 2024, Indikator Nilai Reformasi Birokrasi Tematik Direktorat Jenderal P2P masih terkait Pengentasan Kemiskinan dengan lokus meningkatnya sanitasi dan higiene masyarakat dengan STBM melalui peningkatan persentase desa/kelurahan yang Stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS).

b. Definisi Operasional

Perubahan kebijakan pelaksanaan dan evaluasi pelaksanaan RB berdampak terhadap perubahan target pada dokumen Renstra Kemenkes 2020-2024, yang sebelumnya indikator nilai RB Kementerian Kesehatan dan masing-masing Unit Eselon I dihitung menggunakan LKE PMPRB. Rumusan Definisi Operasional (DO) adalah hasil penilaian Kementerian PANRB atas pelaksanaan RB General dan RB Tematik di lingkungan Kementerian Kesehatan

Tabel 3.9. Rumusan DO Dan Cara Perhitungan Reformasi Birokrasi

No	Indikator Kinerja	Target		Definisi Operasional	Cara Perhitungan
		2023	2024		
1	Nilai RB Kementerian Kesehatan	85	90,1	Hasil penilaian Kementerian PANRB atas pelaksanaan RB General dan RB Tematik di lingkungan Kementerian Kesehatan	Menggunakan hasil penilaian Kementerian PANRB
2	Nilai RB Unit Eselon I	85	90,1	Hasil penilaian Kementerian PANRB atas pelaksanaan RB General dan RB Tematik di lingkungan Kementerian Kesehatan	Menggunakan hasil penilaian Kementerian PANRB
3	IKK terkait Indeks RB General di masing-masing Unit Eselon II sebagai penanggung jawab RB General	Mengacu pada target yang ditetapkan dalam rencana aksi RB General	Mengacu pada target yang ditetapkan dalam rencana aksi RB General	Hasil penilaian mandiri masing-masing indikator program RB General yang menjadi tanggung jawab unit kerja	Menggunakan tools penilaian dari setiap <i>Leading Institution</i> yang dilakukan secara mandiri



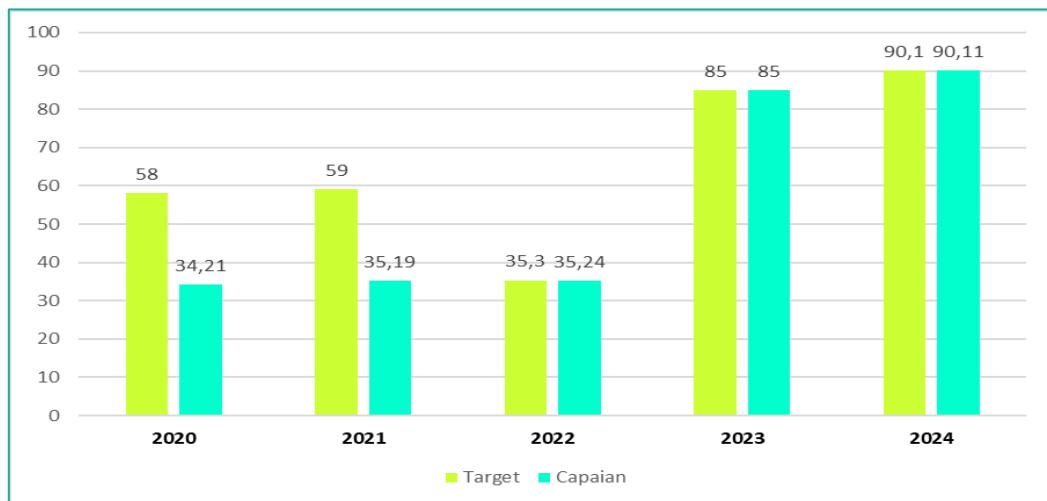
c. Rumus/Cara Perhitungan

Rumusan/Cara Perhitungan, dan Target Indeks RB Unit Eselon I disamakan dengan Indeks RB Kementerian Kesehatan, mengingat Kementerian PANRB tidak menyediakan LKE untuk menilai RB Unit Eselon I. Oleh karena itu, cara perhitungan nilai RB Kemenkes yaitu menggunakan hasil penilaian Kementerian PAN dan RB. Adanya arahan Pimpinan agar memasukkan indeks penilaian masing-masing Indikator pada program RB General dan RB Tematik pada IKK Unit Eselon II yang berkesesuaian tugas dan fungsinya, yang nilainya didapatkan dari hasil penilaian *Leading Institution*.

d. Capaian Indikator

Berdasarkan hasil penilaian mandiri (PM) indeks Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan Tahun 2024 pada Triwulan IV, telah tercapai nilai sebesar **90,11** yang terdiri dari nilai Reformasi General sebesar 85,21 dan Nilai Reformasi Tematik sebesar 4,90. Dari hasil ini maka capaian Nilai RB untuk Ditjen P2P sama dengan Capaian Nilai RB Kemenkes yakni **90,11**. Pada Reformasi General, penilaian yang dilakukan meliputi Strategi Pelaksanaan RB General, capaian pelaksanaan kebijakan RB dan capaian sasaran strategis, sedangkan pada RB tematik penilaian dilakukan terhadap Capaian Utama RB Tematik meliputi penggunaan produk dalam negeri, pengentasan kemiskinan, realisasi investasi, laju inflasi dan digitalisasi administrasi pemerintahan berfokus pada penanganan stunting.

Grafik 3.59. Target dan Capaian Persentase Nilai Reformasi Birokrasi Tahun 2020-2024



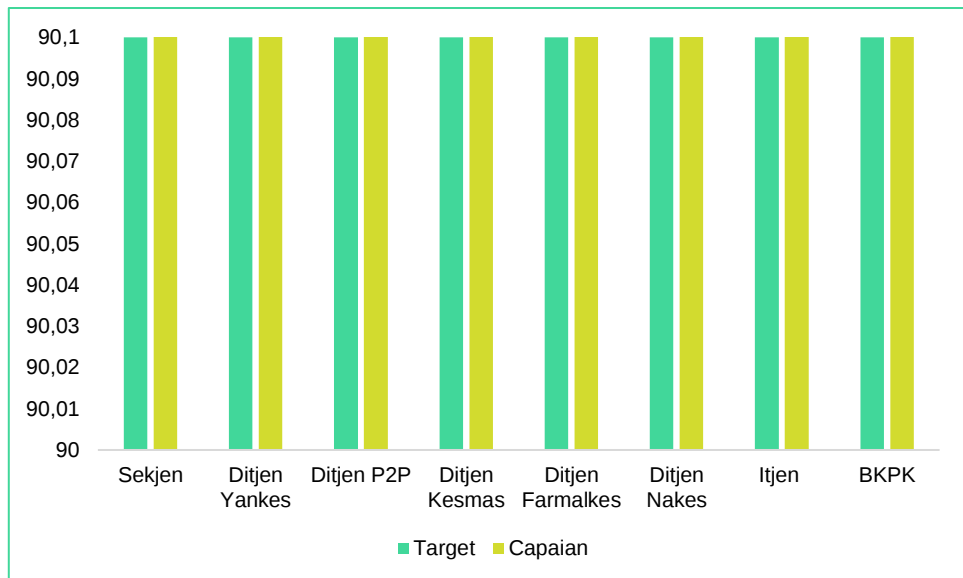
Sumber Data: Laporan Tim Kerja Hukormas Desember 2024

Dari grafik diatas terlihat bahwa tren target nilai RB pada Ditjen P2P fluktuatif dari tahun 2020-2024, hal ini terjadi karena adanya perbedaan cara perhitungan penilaian RB. Pada tahun 2020-2022, target disusun sesuai dengan *baseline* capaian tahun 2019 dengan PMPRB. Capaian tidak memenuhi target pada tahun 2020 dan 2021 disebabkan karena adanya perbedaan perhitungan pada Lembar



Kerja Evaluasi (LKE), pada tahun 2019 hanya menghitung pada Komponen Pengungkit, sedangkan pada LKE 2020-2021 ada penambahan komponen Reform sehingga mempengaruhi penghitungan nilainya. Pada tahun 2022 target telah disesuaikan dengan nilai tertinggi pada komponen pengungkit yakni sebesar 35,3, meskipun demikian target tidak tercapai. Pada tahun 2023 sesuai dengan direktif pimpinan yang disampaikan dalam Rapat Koordinasi Pimpinan dan Rapat Koordinasi Staf pada tanggal 20 Januari 2023, nilai RB Ditjen P2P tahun 2023 merupakan nilai yang diperoleh dari hasil penilaian RB Kemenkes sehingga nilai RB Ditjen P2P dan semua eselon I lainnya di lingkungan Kemenkes adalah sama dengan nilai RB Kemenkes yakni target 85 dan capaian 85. Pada tahun 2024 target nilai RB yang sebelumnya 98 sesuai dengan hasil rapat Berita Acara Trilateral Meeting pada tanggal 17 September 2024, target nilai RB disesuaikan menjadi 90,1 menyesuaikan dengan usulan kenaikan tunjangan kinerja menjadi 100 persen sesuai dengan amanat Permenpan RB Nomor 8 Tahun 2024 tentang Tata Cara Penyesuaian Tunjangan Kinerja maka indeks nilai RB harus diangka 90,1. Bila dibandingkan dengan target dan capaian semua unit utama di lingkungan Kemenkes maka target dan capaian tahun 2024 adalah sama, seperti dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.60. Capaian Nilai RB Unit Eselon I Kementerian Kesehatan Tahun 2024



Grafik diatas menunjukkan capaian nilai indeks RB seluruh Unit Eselon I tahun sebesar 90,11. Capaian tersebut seluruhnya sama, karena seluruh Unit Eselon I menggunakan hasil penilaian RB Kementerian Kesehatan yang dilakukan oleh Kementerian PAN dan RB, mengingat Kementerian PAN dan RB tidak menyediakan LKE untuk menilai RB Unit Eselon I.

e. Analisis Penyebab Keberhasilan Pencapaian Target

Indikator Nilai Reformasi Birokrasi Ditjen P2P Tahun 2024 telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 90,11 dari target 90,1, hal ini dipengaruhi faktor-faktor



keberhasilan antara lain adanya koordinasi Tim Reformasi Birokrasi Kemenkes dan Tim Reformasi Birokrasi Ditjen P2P. Pada Pelaksanaan RB Tematik Ditjen P2P yang terdiri dari PMO Sekretariat Ditjen, Sekretariat RB Ditjen P2P (Tim Kerja Hukormas), Direktorat Penyehatan Lingkungan (PMO, Kasubbag Adum, Subbag Adum, dan Tim Kerja PASD) secara komprehensif telah berupaya memenuhi dokumen dan data dukung yang dibutuhkan dalam mengungkit penilaian RB Tematik. Tim Evaluasi Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan secara berkala pertriwulan mengadakan Desk Tindak Lanjut Rekomendasi Penilaian *Leading Institution* dan Penyusunan Rencana Aksi Reformasi Birokrasi Tahun 2024 terhadap seluruh Tim/Penanggung Jawab RB General dan RB Tematik Unit Eselon I seluruh capaian pada link <https://link.kemkes.go.id/TLPenilaianLI>.

d. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

Beberapa upaya perbaikan telah dilakukan Ditjen P2P dalam mencapai target indikator ini antara lain:

1. Melakukan percepatan pencapaian target pembangunan sesuai dengan rencana aksi RB Tematik yaitu pengentasan kemiskinan oleh Direktorat Penyehatan Lingkungan.
2. Melakukan pemetaan dan identifikasi capaian serta dampak yang telah dilakukan terhadap perbaikan Tema RB Tematik yaitu Pengentasan Kemiskinan dengan indikator Stop Buang Air Besar Sembarangan (Stop BABS).
3. Menginput progres capaian capaian Rencana Aksi RB Tematik Ditjen P2P secara berkala pertriwulan bersama Tim RB Ditjen P2P termasuk menyiapkan data/bukti dukung.
4. Mengikuti kegiatan desk pelaksanaan evaluasi (*on-going*) Rencana Aksi RB Tahun 2024 setiap triwulan oleh Tim Monev RB Kemenkes.
5. Tim RB Ditjen P2P bersama-sama dengan Tim dari Direktorat Penyehatan Lingkungan, dan PMO Ditjen P2P melakukan koordinasi secara berkala dengan Tim Sekretariat RB Kemenkes dan Tim Monev RB Kemenkes dalam pemenuhan pengisian penilaian RB Tematik Kemenkes.

e. Kendala/Masalah yang dihadapi

Pada pelaksanaan Reformasi Birokrasi Tematik Ditjen P2P ini diperlukan peningkatan koordinasi teknis untuk pemenuhan data yang diperlukan dalam pengisian matriks RB tematik antara Setditjen P2P, Tim di Direktorat Penyehatan Lingkungan, dan PMO di lingkungan Ditjen P2P. Kendala lainnya adalah tidak bisa diperolehnya nilai RB dari masing-masing Unit Eselon I, karena Kementerian PANRB tidak menyediakan LKE untuk menilai RB Eselon I, sehingga nilai yang



digunakan adalah hasil penilaian atas pelaksanaan RB General dan RB Tematik di lingkungan Kementerian Kesehatan.

Selain itu capaian nilai RB untuk tahun 2024 masih bersifat tentatif yang didapat dari hasil Penilaian Mandiri triwulan IV yang dilakukan pada Desember 2024 atas pelaksanaan RB General dan RB Tematik dan masih *On-Going* sampai dengan saat ini, dikarenakan belum keluarnya hasil penilaian *Leading Institution* (penilaian LKE PMPRB Kementerian Kesehatan) untuk tahun 2024 oleh Kementerian PANRB.

f. Strategi Pemecahan Masalah

1. Melakukan koordinasi dengan Biro Perencanaan dan Anggaran Kemenkes terkait dengan tata cara penilaian RB, pertemuan dilaksanakan dengan melibatkan Tim RB Sekjen dan seluruh unit eselon I di lingkungan Kemenkes.
2. Melakukan koordinasi secara berkala dengan Tim Kerja dan PMO terkait perencanaan renaksi dan penyiapan dokumen data dukung.
3. Tim Reformasi Birokrasi Ditjen P2P bersama Tim RB Sekretariat Kemenkes mengawal perbaikan Renaksi yang telah disusun sesuai dengan masukan KemenPANRB.
4. Seluruh unit kerja penanggung jawab indikator program RB General dan RB Tematik agar melakukan penyempurnaan sesuai masukan KemenPAN RB dan menyampaikan kembali pada Tim Sekretariat RB Kemenkes sesuai waktu yang ditentukan.
5. Tim RB Ditjen P2P melakukan Monitoring dan evaluasi berkala triwulan untuk melihat progress capaian RB Tematik Ditjen P2P.
6. Menggunakan hasil penilaian mandiri terakhir (triwulan IV) sebagai dasar penentuan capaian hasil nilai RB tahun 2024.
7. Melakukan koordinasi dengan Tim Sekretariat RB Kementerian Kesehatan dan Tim Monev RB Kementerian Kesehatan terkait pelaksanaan PMPRB Kementerian Kesehatan periode 2024.

2. Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit sebesar 80,1

a. Penjelasan Indikator

Nilai Kinerja Anggaran (NKA) merupakan alat ukur untuk menilai efektivitas dan efisiensi pengelolaan anggaran dalam suatu organisasi atau instansi pemerintah. Indikator ini digunakan untuk memastikan bahwa dana yang dialokasikan sesuai dengan perencanaan, dapat mendukung pencapaian tujuan program, dan diimplementasikan sesuai dengan peraturan yang berlaku. NKA diharapkan dapat mendorong peningkatan akuntabilitas dan transparansi dalam pengelolaan anggaran, sekaligus menjadi panduan dalam mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan. Secara umum, NKA terdiri dari dua komponen utama, yaitu Nilai Kinerja Perencanaan Anggaran dan Nilai Kinerja Pelaksanaan Anggaran, masing-masing dengan bobot 50%. Nilai Kinerja Perencanaan Anggaran mencakup capaian rincian output (75%), penggunaan satuan biaya keluaran sesuai PMK 113



Tahun 2023 (10%), dan efisiensi penggunaan satuan biaya keluaran (15%). Sementara itu, Nilai Kinerja Pelaksanaan Anggaran meliputi aspek realisasi anggaran, kepatuhan terhadap aturan pelaksanaan, dan efisiensi dalam proses pelaksanaan anggaran. Kedua komponen ini mencerminkan integrasi antara perencanaan yang matang dan pelaksanaan yang optimal.

Penerapan NKA membantu Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit untuk memantau serta mengevaluasi pencapaian target anggaran secara berkala. Dengan adanya indikator ini, instansi dapat mengevaluasi hambatan dalam perencanaan dan pelaksanaan anggaran, seperti ketidaksesuaian antara rencana dan realisasi, penggunaan anggaran yang tidak efisien, atau rendahnya capaian output program. Selain itu, NKA menjadi dasar untuk memberikan rekomendasi perbaikan dalam pengelolaan anggaran ke depan sehingga mendukung pengelolaan anggaran yang lebih strategis, akuntabel, dan berorientasi pada hasil.

b. Definisi Operasional

Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit adalah besarnya nilai kinerja anggaran pada aplikasi SMART Kementerian Keuangan (<https://monev.kemenkeu.go.id/>) yang terdiri dari dua komponen:

1. Nilai Kinerja Perencanaan Anggaran

Komponen yang digunakan untuk mengukur kualitas perencanaan anggaran berdasarkan pencapaian target output, penggunaan satuan biaya keluaran (SBK) yang sesuai regulasi, dan efisiensi dalam penganggaran. Komponen ini mencakup:

- Indikator Kinerja Program IKP (30%): merupakan alat ukur untuk menilai capaian Kinerja Program Ditjen P2P.
- Capaian Rincian Output (45%): Persentase realisasi output program atau kegiatan terhadap target yang direncanakan dalam dokumen perencanaan. Output yang dinilai harus sesuai dengan indikator kinerja yang telah ditetapkan.
- Kesesuaian Penggunaan Satuan Biaya Keluaran (10%): Tingkat kepatuhan terhadap aturan PMK 113 Tahun 2023 mengenai penggunaan SBK dalam setiap output kegiatan. Kesesuaian ini mengacu pada standar biaya yang telah ditentukan.
- Efisiensi Satuan Biaya Keluaran (15%): Kemampuan mengelola anggaran dengan menggunakan SBK secara efisien tanpa mengurangi kualitas dan kuantitas output.

2. Nilai Kinerja Pelaksanaan Anggaran

Komponen yang digunakan untuk mengukur efektivitas pelaksanaan anggaran berdasarkan realisasi anggaran, kepatuhan terhadap aturan, dan efisiensi dalam proses pelaksanaan. Komponen ini mencakup:



- **Realisasi Anggaran:** Persentase penggunaan anggaran terhadap pagu yang telah ditetapkan dalam dokumen anggaran, dengan memperhatikan ketepatan waktu dan tujuan.
- **Kepatuhan terhadap Aturan Pelaksanaan:** Tingkat kesesuaian pelaksanaan anggaran dengan peraturan perundang-undangan, termasuk mekanisme pencairan dan pelaporan.
- **Efisiensi Pelaksanaan:** Kemampuan memanfaatkan anggaran secara optimal untuk menghasilkan output yang direncanakan, dengan meminimalkan pemborosan atau penyimpangan.

c. Rumus/Cara Perhitungan

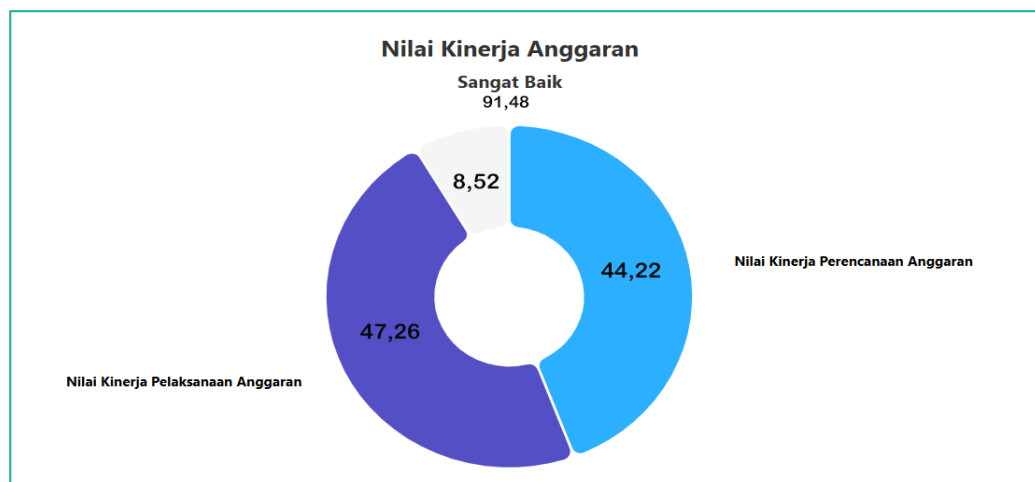
Berdasarkan KMK No. 466 Tahun 2023, indikator kinerja anggaran merupakan hasil penjumlahan dari 50% (lima puluh persen) nilai kinerja perencanaan anggaran dan 50% (lima puluh persen) nilai kinerja pelaksanaan anggaran. Nilai kinerja anggaran dikelompokkan ke dalam kategori sebagai berikut:

- **Sangat Baik** jika nilai kinerja anggaran lebih dari 90
- **Baik** jika nilai kinerja anggaran lebih dari 80
- **Cukup** jika nilai kinerja anggaran lebih dari 60 sampai 80
- **Kurang** jika nilai kinerja anggaran lebih dari 50 sampai 60
- **Sangat Kurang** jika nilai kinerja anggaran sampai dengan 50

d. Capaian Indikator

Nilai kinerja anggaran Ditjen P2P tahun 2024 sebesar 91,48 dengan kategori sangat baik (kinerja 114,21%). NKA tersebut terdiri dari komponen nilai kinerja perencanaan anggaran sebesar 88,44 dan nilai kinerja pelaksanaan anggaran 94,52 yang masing-masing memiliki bobot 50% dalam penghitungan NKA. Secara lengkap capaian Nilai Kinerja Anggaran Ditjen P2P digambarkan sebagai berikut:

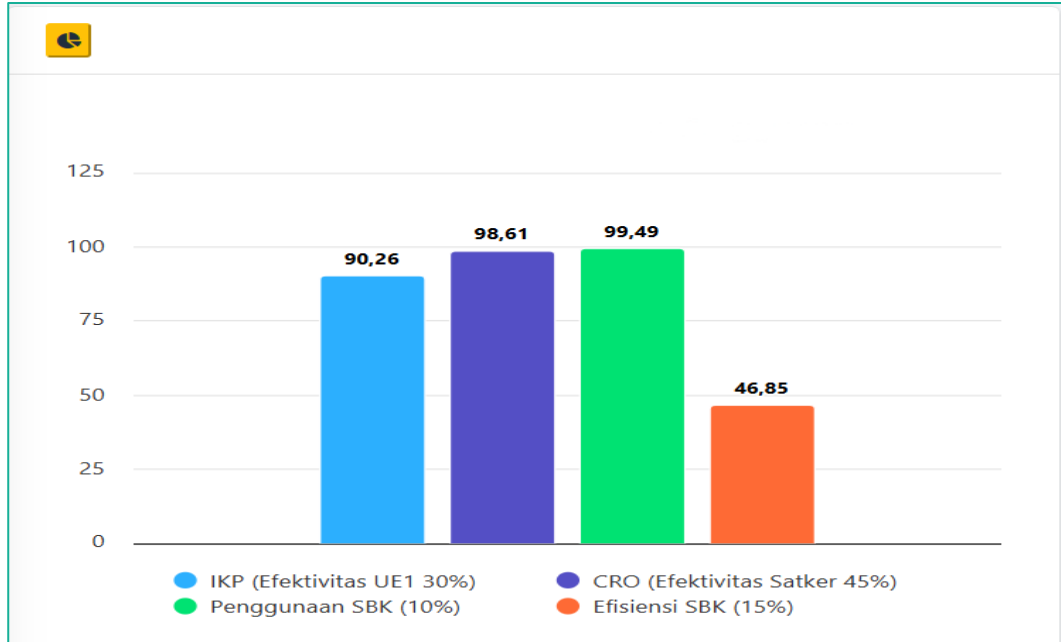
Grafik 3.61. Nilai Kinerja Anggaran Ditjen P2P Tahun 3034



Sumber: <https://monev.kemenkeu.go.id/> 17 Januari 2025

NKA sebesar 91,48 dengan kategori sangat baik menunjukkan bahwa Ditjen P2P berhasil mengelola perencanaan dan pelaksanaan anggaran dengan efisien dan efektif, sesuai dengan prinsip-prinsip akuntabilitas dan transparansi.

Grafik 3.62. Nilai Kinerja Perencanaan Anggaran Ditjen P2P



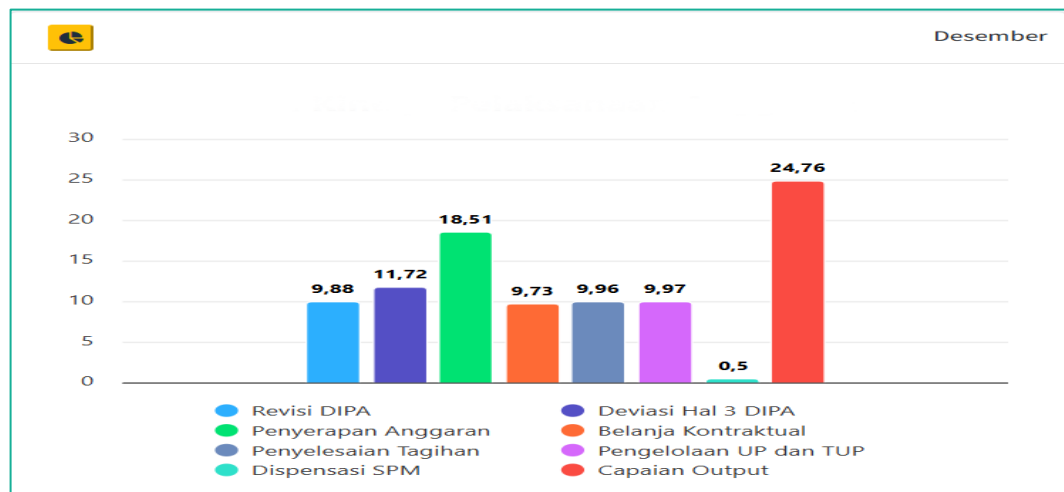
Sumber: <https://monev.kemenkeu.go.id/> 17 Januari 2025

Nilai kinerja perencanaan anggaran sebesar 88,44, mendekati kategori sangat baik. Hasil ini mencerminkan bahwa:

- IKP (capaian indikator kinerja program) sebesar 90,26 yang menggambarkan efektivitas penggunaan anggaran Ditjen P2P sangat baik. Hal ini menunjukkan efektivitas penggunaan anggaran Ditjen P2P.
- Capaian rincian output (98,61) telah dilaksanakan secara maksimal, meskipun masih perlu dilakukan penyempurnaan. CRO ini menggambarkan efektivitas penggunaan anggaran 52 satker Ditjen P2P.
- Penggunaan satuan biaya keluaran (SBK) sesuai PMK 113 Tahun 2023 telah diupayakan sejalan dengan regulasi mencapai 99,49 yang berarti bahwa seluruh RO SBK telah digunakan mengacu pada indeks SBK.
- Tingkat efisiensi SBK (46,85) menunjukkan bahwa alokasi anggaran dilakukan secara hemat namun tetap efektif.

Namun, nilai ini lebih rendah dibandingkan nilai pelaksanaan anggaran yang menunjukkan perlunya penguatan dalam perencanaan agar lebih optimal pada tahun berikutnya.

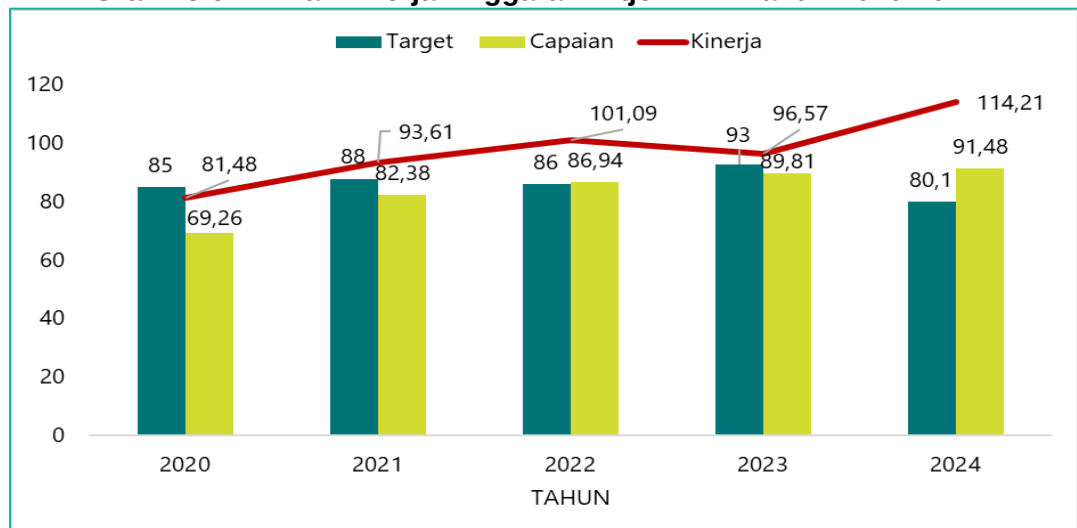
Grafik 3.63. Nilai Kinerja Pelaksanaan Anggaran



Sumber: <https://monev.kemenkeu.go.id/> 17 Januari 2025

Nilai kinerja pelaksanaan anggaran mencapai 94,52, yang termasuk kategori sangat baik. Hal ini mengindikasikan bahwa pelaksanaan kegiatan sesuai dengan rencana yang telah disusun; serapan anggaran dilakukan tepat waktu dan tepat sasaran; koordinasi antar tim kerja maupun koordinasi antara pusat dengan satker UPT dalam pelaksanaan anggaran berjalan efektif, sehingga mengurangi risiko keterlambatan dan pelaksanaan anggaran.

Grafik 3.64. Nilai Kinerja Anggaran Ditjen P2P Tahun 2020-2024



Sumber: <https://monev.kemenkeu.go.id/> 17 Januari 2025

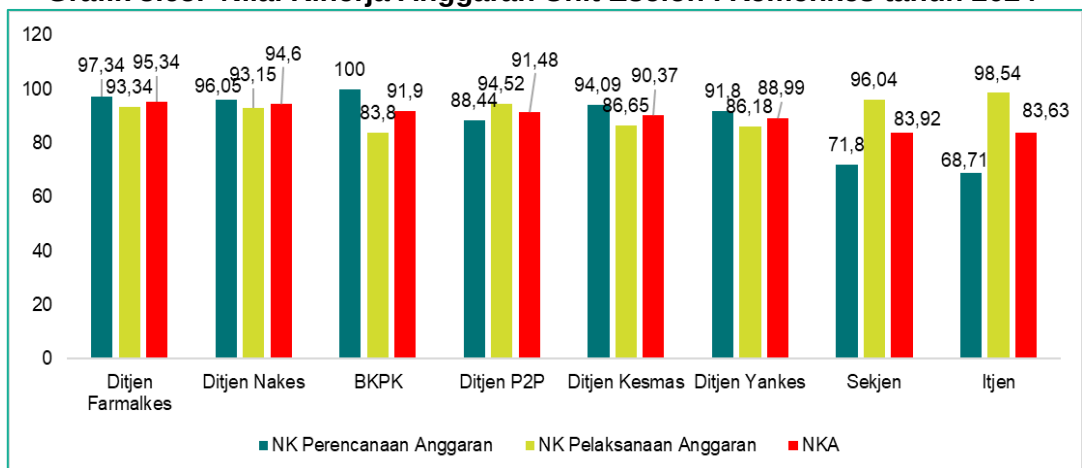
Nilai Kinerja Anggaran (NKA) Ditjen P2P tahun 2020-2024 menunjukkan tren peningkatan yang signifikan, terutama setelah perubahan formulasi pada tahun 2024. Selama periode 2020-2023, NKA hanya memperhitungkan aspek



perencanaan anggaran, sementara pada tahun 2024, formulasi NKA diubah dengan memasukkan aspek pelaksanaan anggaran, yang memberikan penilaian lebih komprehensif. Perubahan ini berkontribusi pada capaian NKA tahun 2024 sebesar 91,48 dengan persentase kinerja mencapai 114,21%, melampaui target yang telah ditetapkan dan menjadi capaian tertinggi dalam empat tahun terakhir.

Tren capaian NKA menunjukkan fluktuasi dari tahun ke tahun. Pada tahun 2020, capaian NKA sebesar 69,26 dari target 85, menghasilkan persentase kinerja sebesar 81,48%. Capaian ini tergolong rendah dibandingkan tahun-tahun berikutnya, kemungkinan dipengaruhi oleh kondisi pandemi COVID-19 yang mempengaruhi pelaksanaan program kesehatan secara nasional. Hambatan operasional di lapangan dan perubahan prioritas anggaran menjadi salah satu faktor penyebab tidak tercapainya target. Pada tahun 2021, capaian meningkat menjadi 82,38, dengan target 88 dan kinerja sebesar 93,61%. Peningkatan ini menunjukkan adanya upaya perbaikan dalam perencanaan dan pelaksanaan anggaran dibandingkan tahun sebelumnya. Namun, capaian ini masih di bawah target, yang mungkin disebabkan oleh proses adaptasi terhadap perubahan kebijakan selama pandemi. Pada tahun 2022 capaian meningkat menjadi 86,94 melampaui target 86 dengan kinerja 101,09% menandakan perbaikan dalam perencanaan. Namun, pada tahun 2023 capaian 89,81 dari target 93 menghasilkan kinerja 96,57% yang sedikit menurun dibandingkan tahun sebelumnya. Perubahan formulasi pada tahun 2024 dimana perencanaan dan pelaksanaan mendapat bobot penilaian menghasilkan capaian yang lebih tinggi meskipun target diturunkan menjadi 80,1. Pencapaian ini sangat baik, meskipun target tahun 2024 lebih rendah dibandingkan tahun sebelumnya, kemungkinan karena adanya perubahan formulasi NKA yang memasukkan aspek pelaksanaan anggaran. Fokus pada pelaksanaan anggaran terbukti mampu mendorong pencapaian capaian yang lebih optimal. Perbandingan NKA pada unit eselon I dilingkungan Kemenkes digambarkan dalam grafik berikut:

Grafik 3.65. Nilai Kinerja Anggaran Unit Eselon I Kemenkes tahun 2024



Sumber: <https://monev.kemenkeu.go.id/> 17 Januari 2025

Grafik di atas menunjukkan capaian Nilai Kinerja Anggaran pada setiap unit Eselon I Kemenkes dengan nilai tertinggi pada Ditjen Farmalkes yakni sebesar 95,34 dan



terendah pada Itjen yakni sebesar 83,63. Ketika dibandingkan dengan capaian NKA eselon I lainnya di Kementerian Kesehatan, capaian Ditjen P2P yang 91,48 ini berada di atas beberapa unit kerja yang mungkin menghadapi tantangan yang sama, seperti kompleksitas pelaksanaan program di wilayah terpencil atau koordinasi lintas sektor. Namun, terdapat unit kerja lain dengan capaian yang lebih tinggi dan mendekati atau bahkan melampaui target Renstra, yang menunjukkan adanya praktik terbaik yang bisa dijadikan rujukan oleh Ditjen P2P, seperti penguatan efisiensi SBK dan optimalisasi sistem pelaksanaan anggaran.

Dalam hal kinerja perencanaan anggaran, Ditjen P2P memperoleh nilai sebesar 88,43 merupakan peringkat ke 6 di level eselon I Kemenkes. Hal ini menunjukkan kinerja perencanaan anggaran Ditjen P2P masih tertinggal jika dibandingkan unit-unit eselon I lain yaitu: BPKP, Ditjen Farmalkes, Ditjen Nakes, Ditjen kesmas dan Ditjen Yankes. Kinerja pelaksanaan anggaran Ditjen P2P mencapai peringkat ke tiga dalam lingkup eselon I Kemenkes setelah Itjen dan Sekjen. Capaian ini mencerminkan kemampuan Ditjen P2P dalam merealisasikan anggaran sesuai dengan rencana dan menciptakan hasil yang sesuai dengan target. Hal ini menunjukkan efisiensi dalam penggunaan dana dan pelaksanaan kegiatan yang tepat waktu dan sesuai dengan peruntukan anggaran.

Meskipun pelaksanaan anggaran telah dilakukan dengan baik, hasil ini juga menunjukkan adanya ketidakseimbangan antara capaian perencanaan dan pelaksanaan. Kinerja perencanaan yang masih rendah dibandingkan dengan pelaksanaan anggaran menjadi sebuah tantangan. Meskipun pelaksanaan anggaran sudah optimal, perencanaan yang kurang matang dapat berpotensi menyebabkan ketidaktepatan dalam alokasi anggaran yang dapat berdampak pada ketidakefisienan jangka panjang. Oleh karena itu, perlu ada upaya yang lebih besar untuk mengoptimalkan perencanaan anggaran agar sesuai dengan standar yang sudah diterapkan pada pelaksanaan anggaran.

Jika dibandingkan dengan target NKA pada Renstra Kemenkes sebesar 95, terdapat gap capaian NKA Ditjen P2P sebesar 3,52. Adanya gap ini menunjukkan bahwa kinerja Ditjen P2P masih perlu melakukan perbaikan agar sepenuhnya selaras dengan ekspektasi nasional. Target Renstra Kemenkes 2024 yang lebih ambisius dirancang untuk mendorong optimalisasi anggaran kesehatan secara menyeluruh, sementara target internal Ditjen P2P sebesar 80,1 lebih bersifat realistis terutama mengingat tantangan teknis dan operasional yang dihadapi dalam pelaksanaan program kesehatan. Fokus Ditjen P2P pada pencapaian target internal tahun 2024 juga dipengaruhi oleh adanya formulasi baru dalam penghitungan NKA, yang mencakup aspek pelaksanaan anggaran selain perencanaan, sehingga memerlukan penyesuaian strategi untuk memastikan efisiensi dan efektivitas.



e. Analisis Penyebab Keberhasilan Pencapaian Target

Nilai Kinerja Anggaran (NKA) Ditjen P2P tahun 2024 telah mencapai nilai 91,48 dengan kinerja 114,21%, terdapat beberapa faktor-faktor pendukung keberhasilan capaian indikator diantaranya adanya penggunaan SBK pada Ditjen P2P baik ditingkat Pusat maupun Unit Pelaksana Teknis (99.49%). Penggunaan SBK pada Ditjen P2P telah ada selama tahun 2020-2024, pada unit kerja pusat menggunakan SBKU dan pada UPT menggunakan SBK. Selain itu didukung juga oleh tingginya efektifitas pencapaian Indikator Kinerja Program (90.26%), efektifitas satker dalam pencapaian Capaian Rincian Output (98.61) dan adanya efisiensi SBK (46.85%)

f. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator Nilai Kinerja Anggaran (NKA) Ditjen P2P tahun 2024 dengan melakukan optimalisasi perencanaan dan pelaksanaan anggaran. Hal ini dilaksanakan dengan beberapa kegiatan seperti:

- Memanfaatkan aplikasi berbasis teknologi informasi untuk memfasilitasi proses perencanaan yang lebih akurat.
- Melakukan pertemuan desk Monev Kinerja Anggaran yang melibatkan satker pusat dan UPT.
- Secara rutin mengadakan rapat koordinasi antar tim kerja di tingkat pusat dan UPT untuk memastikan sinergi antara perencanaan dan pelaksanaan dengan melibatkan Kementerian Keuangan dan Bappenas.
- Melaksanakan monitoring secara berkala untuk memastikan pelaksanaan anggaran berjalan sesuai dengan rencana berdasarkan aplikasi (emonev).
- Memberikan feedback hasil monitoring pada emonev secara rutin triwulanan.
- Memperkuat sistem pengendalian internal. Mekanisme pengendalian internal diperkuat untuk mencegah penyimpangan dalam pelaksanaan anggaran dan memastikan penggunaan anggaran sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan
- Pendampingan satker untuk percepatan pencapaian Nilai Kinerja Anggaran dan kualitas data capaian kinerja

g. Kendala/Masalah yang dihadapi

Kendala atau masalah yang dihadapi Ditjen P2P dalam pencapaian Nilai Kinerja Anggaran (NKA) 2024 antara lain:

- Formulasi baru Nilai Kinerja Anggaran (NKA) tahun 2024 menjadi tantangan tersendiri bagi Ditjen P2P karena adanya perubahan variabel penilaian yang membutuhkan adaptasi cepat dari seluruh satuan kerja. Perubahan ini, seperti bobot capaian rincian output, penggunaan satuan biaya keluaran, dan efisiensi satuan biaya keluaran, memerlukan pemahaman baru yang belum sepenuhnya dikuasai oleh pelaksana program di pusat maupun daerah. Sosialisasi yang belum merata, keterbatasan kompetensi sumber daya manusia (SDM), serta sistem monitoring yang belum sepenuhnya terintegrasi dengan formulasi baru turut menjadi kendala dalam mencapai target kinerja.



- Adanya RO yang tidak tercapai sesuai target, terutama RO yang berkaitan dengan pengadaan karena keterlambatan realisasi anggaran. Terkadang pengadaan barang atau jasa terlambat, yang menyebabkan pelaksanaan kegiatan tidak sesuai jadwal.
- Satker tidak melakukan updating RPK dan RPD pada revisi DIPA.
- Adanya revisi dan blokir anggaran yang mempengaruhi realisasi anggaran dan kegiatan.
- Kurangnya capaian efisiensi SBK karena realisasi anggaran SBK sangat optimal.

h. Strategi Pemecahan Masalah

Untuk memecahkan permasalahan tersebut, maka dilakukan:

- Meningkatkan komitmen seluruh satuan kerja agar perencanaan dan pelaksanaan anggaran berjalan secara sinergis. Ditjen P2P telah melakukan rapat koordinasi, sosialisasi dan pendampingan teknis secara rutin untuk memperkuat pemahaman pelaksana terhadap formulasi baru.
- Memastikan satker melaksanakan kegiatan sesuai dengan yang direncanakan sebagaimana tercantum dalam Halaman III DIPA.
- Memanfaatkan kesempatan pemutakhiran RPD Hal III DIPA setiap triwulan.
- Memastikan deviasi antara pelaksanaan dengan rencana yang tercantum pada Halaman III DIPA tidak melebihi 5% (lima persen).
- Mengoptimalkan penyerapan anggaran secara proporsional setiap bulan berdasarkan target, rencana kegiatan, dan rencana penarikan dana yang telah disusun, serta tidak menumpuk pencairan anggaran pada akhir tahun.
- Evaluasi dan pemberian feedback berkala terhadap implementasi formulasi baru melalui aplikasi emonev keuangan (SMART) agar realisasi anggaran menjadi lebih efisien, terutama pada RO SBK dengan tetap mempertimbangkan efektivitas pelaksanaan program.

3. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit sebesar 95%

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 diawasi dalam aturan hukum yaitu Undang-Undang Dasar 1945 pasal 23 ayat 5 yang mengatur pembentukan BPK untuk memeriksa keuangan negara dan pasal 23E yang mengatur BPK sebagai badan yang bebas dan mandiri untuk memeriksa keuangan negara. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 dan Undang-Undang Nomor



15 Tahun 2006 menyatakan bahwa Pejabat wajib menindaklanjuti rekomendasi dalam hasil pemeriksaan setelah pemeriksaan diterima. Tindak lanjut hasil pemeriksaan BPK pada Kementerian Kesehatan melalui Sekretaris Jenderal menetapkan bahwa tindak lanjut penyelesaian LHP menjadi salah satu komponen dalam Indikator Kinerja kegiatan seluruh unit utama di lingkungan Kementerian Kesehatan.

b. Definisi Operasional

Indikator persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit adalah 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 verifikator Inspektorat Jenderal yang telah dinyatakan lengkap.

c. Rumus/Cara Perhitungan

Indikator persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit dihitung dengan menggunakan rumus:

Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti	=	$\frac{\text{Jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti}}{\text{Jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK}} \times 100\%$
---	---	--

d. Capaian Indikator

Hasil capaian tindak lanjut hasil pemeriksaan BPK RI pada Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit sampai dengan tanggal 31 Desember 2024 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.10. Hasil Capaian Tindak Lanjut Hasil Pemeriksaan BPK Direktorat Jenderal Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit

Unit Kerja	Saldo Awal Berdasarkan seluruh saldo BPK RI				Progress Tindak Lanjut			
	LHP	TEMUAN	SARAN	Nilai Awal (Rp)	LHP	TEMUAN	SARAN	Setoran Diterima(Rp)
Ditjen P2P	57	269	574	841.068.491	49	253	554	764.157.915

Sumber Data: Tim Kerja Keuangan dan BMN, Januari 2025

Tabel diatas menunjukkan dari 57 LHP, 269 Temuan, 574 Saran dengan Nilai Kerugian Negara Rp 841.068.491, telah ditindaklanjuti sebanyak 49 LHP, 253 Temuan dan 554 Saran dengan Kerugian Negara yang telah disetor sebesar Rp 764.157.915.



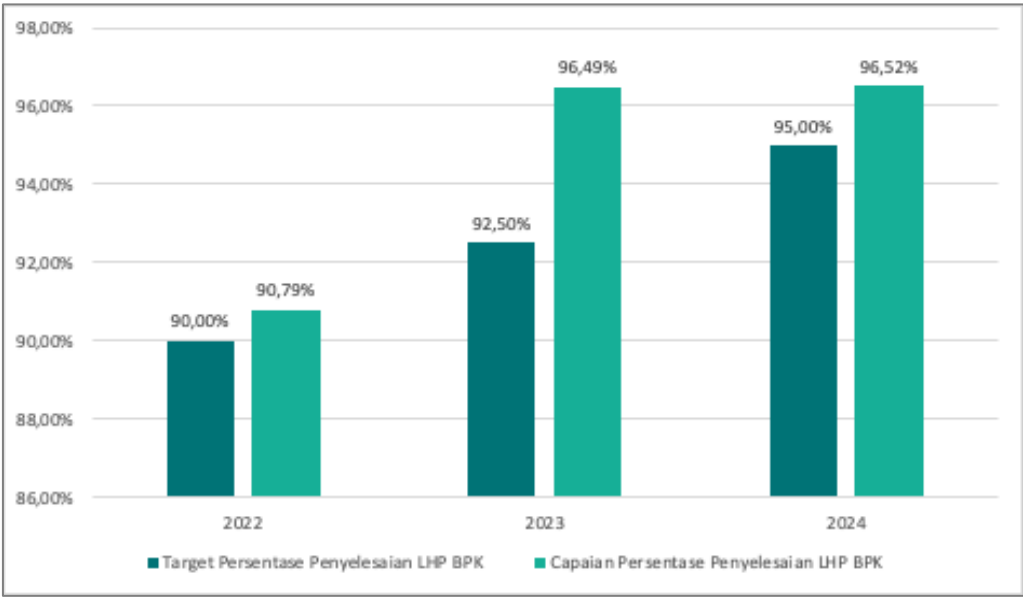
Tabel 3.11. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK Ditjen P2P Yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti Tahun 2024

Unit Kerja	Saldo Awal Berdasarkan seluruh saldo BPK RI				Saldo Akhir				Progress
	LHP	TEMUAN	SARAN	Nilai Awal (Rp)	LHP	TEMUAN	SARAN	Nila Temuan (Rp)	
Ditjen P2P	57	269	574	841.068.491	8	16	20	10.807.860	96.52%

Sumber Data: Tim Kerja Keuangan dan BMN, Januari 2025

Dari tabel tersebut diatas maka capaian indikator persentase Rekomendasi Hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Ditjen P2P pada tahun 2024 adalah sebesar 96,52%. Bila dibandingkan dengan indikator 2024 sebesar 95% maka capaian indikator telah melebihi target dengan kinerja sebesar 101,6%.

Grafik 3.66. Presentase Target dan Capaian Penyelesaian LHP BPK Tahun 2022-2024

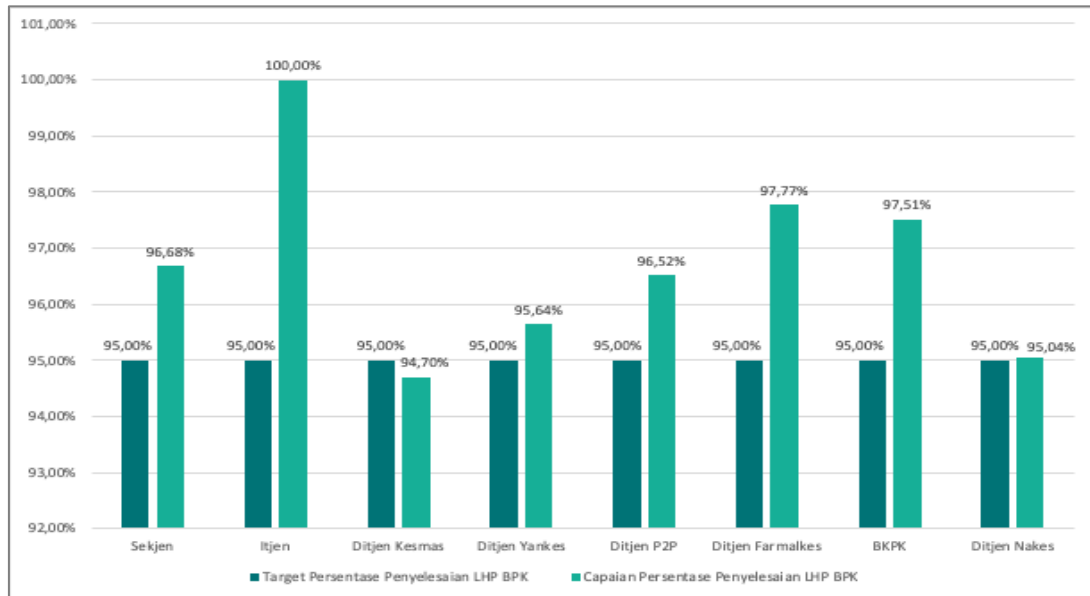


Sumber Data: Tim Kerja Keuangan dan BMN, Januari 2025

Grafik diatas menunjukkan bahwa capaian indikator persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK tercapai pada tahun 2022-2024 dengan rincian sebagai berikut: tahun 2022 target 90% realisasi 90,79%, tahun 2023 target 92,50% realisasi 96,49%, dan tahun 2024 target 95% realisasi 96,52%.



Grafik 3.67. Presentase Target dan Capaian Penyelesaian LHP BPK antara Unit Utama Tahun 2024



Sumber Data: Tim Kerja Keuangan dan BMN, Januari 2025

Grafik di atas menunjukkan bahwa capaian indikator persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK pada tahun 2024 yang mencapai/ lebih dari 95% sebagai berikut: Itjen 100%, Ditjen Farmalkes 97,77%, BKPK 87,51%, Sekjen 96,68%, Ditjen P2P 96,52%, Ditjen Yankes 95,64%, Ditjen Nakes 95,04%. Sedangkan capaian indikator persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK pada tahun 2024 yang tidak mencapai 95% pada Ditjen Kesmas.

Tahun 2024 Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit telah menindaklanjuti beberapa temuan atas laporan Hasil Pemeriksaan BPK diantaranya:

1. Tindak Lanjut atas Program Kerja Pengawasan Tahun 2023 Laporan Hasil Pemeriksaan Kinerja Atas Upaya Kementerian Kesehatan Dalam Pengawasan Kualitas Air Minum Dan Pembinaan Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Dalam Mendukung Penyediaan Akses Air Minum Dan Sanitasi Layak Dan Aman Tahun 2021 Dan 2022 Pada Kementerian Kesehatan Dan Instansi Terkait Lainnya temuan BPK nomor 4 BPK RI merekomendasikan Menginstruksikan Dirjen P2P untuk memerintahkan Direktur Penyehatan Lingkungan supaya: Berkoordinasi dengan Direktur Peningkatan Mutu Tenaga Kesehatan untuk memutakhirkan kurikulum dan modul pelatihan sesuai dengan regulasi/kebijakan teknis yang berlaku dan menyediakan media pelatihan. Atas Rekomendasi tersebut Direktur Penyehatan Lingkungan bersurat kepada Direktur Peningkatan Mutu Tenaga Kesehatan, Nomor: KL.01.04/C.VI/912/2023 tanggal 03 Agustus 2023 perihal:



- a. Penyampaian Kurikulum Dan Modul E-Learning STBM Stunting. Ditembuskan juga kepada Deputi Bidang Dukungan Kebijakan Pembangunan Manusia dan Pemerataan Pembangunan, Sekretariat Wakil Presiden.
 - b. Telah dilampirkan Kurikulum Pelatihan Jarak Jauh Fasilitator STBM-Stunting
2. Tindak Lanjut atas Program Kerja Pengawasan Tahun 2024 Laporan Hasil Pemeriksaan Kinerja Atas Upaya Pemerintah Dalam Percepatan Penurunan Prevalensi Stunting Tahun 2022 Dan 2023 Pada Kementerian Kesehatan Dan Instansi Terkait Lainnya Di Jakarta Dan Daerah temuan nomor 2 BPK RI merekomendasikan Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit agar menginstruksikan Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular lebih tertib dalam menyusun Renja dan melakukan tagging upaya konvergensi penurunan stunting pada Renja Aplikasi KRISNA. Atas Rekomendasi tersebut Direktorat P2PM telah melakukan tagging upaya konvergensi penurunan stunting pada Renja Aplikasi KRISNA dengan melampirkan:
 - a. Pelaksanaan kegiatan yang berkaitan yang berkaitan dengan upaya konvergensi stunting oleh Direktorat P2PM TA 2023;
 - b. Daftar tagging upaya konvergensi penurunan stunting oleh Direktorat P2PM TA 2024.
3. Tindak Lanjut atas Program Kerja Pengawasan Tahun 2024 Laporan Hasil Pemeriksaan Kinerja Atas Upaya Pemerintah Dalam Percepatan Penurunan Prevalensi Stunting Tahun 2022 Dan 2023 Pada Kementerian Kesehatan Dan Instansi Terkait Lainnya Di Jakarta Dan Daerah temuan nomor 4, BPK RI merekomendasikan Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit supaya menginstruksikan Direktur Pengelolaan Imunisasi untuk melakukan pengawasan dan pengendalian atas kegiatan pendistribusian vaksin. Atas Rekomendasi tersebut Direktur Pengelolaan Imunisasi telah melakukan monitoring dan evaluasi vaksin dan logistik imunisasi, stok opname vaksin buffer pusat di Biofarma Jawa Barat, memantau ketersediaan stok dan masa kedaluwarsa/ED Vaksin Program Imunisasi, pengelolaan vaksin sisa BIAS Tahun 2023 di wilayah Dinkes Kab/Kota.
4. Tindak Lanjut atas Program Kerja Pengawasan Tahun 2024 Laporan Hasil Pemeriksaan Kinerja Atas Upaya Pemerintah Dalam Percepatan Penurunan Prevalensi Stunting Tahun 2022 Dan 2023 Pada Kementerian Kesehatan Dan Instansi Terkait Lainnya Di Jakarta Dan Daerah temuan nomor 5, BPK merekomendasikan agar Menteri Kesehatan: Menginstruksikan Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit untuk memerintahkan Direktur Penyehatan Lingkungan menindaklanjuti seluruh rekomendasi Pemeriksaan Kinerja atas Upaya Kementerian Kesehatan dalam Pengawasan Kualitas Air Minum dan Pembinaan Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat dalam Mendukung Penyediaan Akses Air Minum dan Sanitasi Layak dan Aman Tahun 2021 dan 2022 pada Kementerian Kesehatan dan Instansi Terkait Lainnya yang belum selesai pada Semester II 2023. Atas



Rekomendasi tersebut Surat Direktur Penyehatan Lingkungan kepada Sesditjen P2P Nomor PS.07.01/C.VI/1940/2024 tanggal 24 Juni 2024 perihal Tindak Lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan yang menyatakan bahwa Direktorat Penyehatan Lingkungan telah menindaklanjuti seluruh rekomendasi atas LHP Kualitas Air Minum dan Pembinaan Pelaksanaan STBM dalam mendukung Penyediaan Akses Air Minum dan Sanitasi Layak dan Aman Tahun 2021 dan 2022 pada Kementerian Kesehatan dan Instansi Terkait Lainnya.

5. Tindak Lanjut atas Program Kerja Pengawasan Tahun 2024 Penatausahaan Aset Tetap pada Lima Unit Utama Eselon I Belum Memadai temuan nomor 34,, BPK merekomendasikan agar Menteri Kesehatan memerintahkan:Dirjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit supaya menginstruksikan Sesditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit selaku KPB untuk: Meningkatkan fungsi pengawasan dan pengendalian dalam kegiatan penatausahaan BMN. Atas Rekomendasi tersebut telah dilakukan tindak lanjut:
 1. Surat Sesditjen P2P kepada Dirjen P2P nomor KN.01.07/C.I/5286/2024 tanggal 28 Juni 2024 hal penyampaian Laporan Pengawasan dan Pengendalian BMN semester I Tahun 2024 Setditjen P2P
 2. Surat sesditjen P2P nomor PS.07.01/C.I/5379/2024 tanggal 03 Juli 2024 ditujukan kepada Plt. Dirjen P2P hal Tanggapan tindak lanjut LHP BPK atas LK 2023 dengan temuan penatausahaan aset tetap pada lima unit utama Eselon I belum memadai telah ditingkatkan fungsi pengawasan dan pengendalian dalam kegiatan penatausahaan BMN

e. Analisis Penyebab Keberhasilan Pencapaian Target

Indikator ini telah mencapai target didukung oleh beberapa faktor pendukung antara lain

1. Adanya penetapan target yang jelas dalam Perjanjian Kinerja dan SKP Dirjen P2P dengan Menteri Kesehatan.
2. Diterbitkannya Peraturan Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit No. HK.02.02/C/4257/2023 tentang Pedoman Pemantauan Penyelesaian Hibah Barang Milik Negara Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.

f. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

1. Melakukan rekonsiliasi dan konsolidasi bukti/dokumen tindak lanjut LHP BPK dengan Tim BPK dan Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan RI.
2. Membahas, melakukan klarifikasi dan solusi dalam rangka tindak lanjut LHP BPK sekaligus untuk mendapatkan status penyelesaian temuan yang dibahas.
3. Melakukan koordinasi percepatan tindak lanjut antara Ditjen P2P, Inspektorat Jenderal dan BPK RI melalui mekanisme Desk Tindak Lanjut LHP secara rutin.



g. Kendala/Masalah yang dihadapi

1. Adanya mutasi pergantian pejabat yang cepat mengakibatkan terhambatnya proses Hibah Asset dan Persediaan.
2. Beberapa temuan memerlukan proses yang panjang dalam hal birokrasi seperti penyusunan peraturan.

h. Strategi Pemecahan Masalah

1. Dalam proses birokrasi pemerintahan harus tetap dijalankan sesuai dengan prosedurnya, namun sebagai Upaya percepatan penyelesaian tindak lanjut LHP BPK RI, Ditjen P2P meningkatkan koordinasi dengan beberapa lintas program dan lintas sektor. Pada penyelesaian tindak lanjut LHP BPK atas Laporan Hasil Pemeriksaan Kinerja Atas Upaya Kementerian Kesehatan Dalam Pengawasan Kualitas Air Minum Dan Pembinaan Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Dalam Mendukung Penyediaan Akses Air Minum Dan Sanitasi Layak Dan Aman, Tim Kerja Hukormas P2P berkoordinasi dengan Biro Hukum Menteri Kesehatan RI.
2. Telah melakukan percepatan penyelesaian pencatatan hibah droping pada aplikasi bantu BMN pada akhir tahun 2024.
3. Melakukan pencatatan dan inventarisasi Aset Tak Berwujud (ATB) dalam bentuk Berita Acara Pemusnahan.
4. melakukan Rekonsiliasi, konsolidasi bukti/dokumen tindak lanjut dan Konsolidasi Percepatan Tindak Lanjut antara Ditjen P2P, Inspektorat Jenderal dan BPK RI melalui mekanisme Desk Tindak Lanjut LHP secara Rutin yang dilakukan per semesteran.

4. Persentase realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit sebesar 96%

a. Penjelasan Indikator

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara, Menteri/Pimpinan lembaga selaku Pengguna Anggaran (PA)/Pengguna Barang (PB) berwenang untuk menyusun dan menyampaikan Laporan Keuangan Kementerian/Lembaga yang dipimpinnya menggunakan sistem akuntansi dan pelaporan keuangan yang ditetapkan oleh Menteri Keuangan selaku Bendahara Umum Negara (BUN). Dalam rangka menyelenggarakan sistem akuntansi dan pelaporan keuangan instansi untuk menghasilkan laporan keuangan yang berkualitas, Pemerintah dalam hal ini Kementerian Keuangan telah mengembangkan sistem aplikasi yang mengintegrasikan seluruh proses pengelolaan keuangan negara sejak perencanaan anggaran, pelaksanaan anggaran, hingga pelaporan keuangan.

Sistem Aplikasi Terintegrasi tersebut diterapkan di seluruh Kementerian Lembaga sejak tahun 2022. Penerapan Sistem Aplikasi Terintegrasi di seluruh Kementerian/Lembaga dan pengembangannya yang masih berkelanjutan, penerbitan dan penyempurnaan regulasi-regulasi terkait, serta dinamika dan



perkembangan variasi transaksi yang terjadi pada Kementerian/Lembaga berdampak pada kebutuhan penyesuaian proses bisnis terkait pelaporan keuangan. Untuk memayungi proses bisnis penyusunan dan penyampaian Laporan Keuangan Kementerian/Lembaga sesuai dengan Standar Akuntansi Pemerintahan dan Kebijakan Akuntansi Pemerintah Pusat dalam kerangka Sistem Akuntansi dan Pelaporan Keuangan Pemerintah Pusat, perlu disusun Modul Sistem Akuntansi dan Pelaporan Keuangan Instansi (SAI).

Kementerian/Lembaga selaku Pengguna Anggaran dan Pengguna Barang menyelenggarakan akuntansi atas transaksi keuangan dan barang yang berada dalam tanggung jawabnya. Menteri Keuangan selaku Bendahara Umum Negara berwenang menetapkan sistem akuntansi dan pelaporan keuangan negara serta mengatur pengelolaan anggaran dan barang milik negara. Menteri Keuangan juga menghimpun laporan keuangan dan laporan barang dari seluruh Kementerian/Lembaga untuk menyusun Laporan Keuangan Pemerintah Pusat (LKPP) sebagai bentuk pertanggungjawaban pemerintah dalam pengelolaan anggaran dan barang milik negara.

Laporan Keuangan Kementerian/Lembaga (LKKL) yang digunakan sebagai pertanggungjawaban keuangan Kementerian/Lembaga meliputi Laporan Realisasi Anggaran (LRA), Neraca, Laporan Operasional (LO), Laporan Perubahan Ekuitas (LPE), dan Catatan atas Laporan Keuangan (CaLK) yang disertai dengan Pernyataan Telah Direviu yang ditandatangani oleh Aparat Pengawasan Intern Pemerintah (APIP), dan Pernyataan Tanggung Jawab yang ditandatangani oleh Menteri/Pimpinan Lembaga sebagai Pengguna Anggaran. Realisasi anggaran diambil dari Laporan realisasi anggaran hasil aplikasi OM SPAN.

b. Definisi Operasional

Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal P2P adalah penyerapan anggaran dibandingkan dengan pagu anggaran Ditjen P2P dalam satu tahun anggaran. Data diperoleh dari Laporan Realisasi Anggaran (LRA) yakni laporan yang menyajikan informasi realisasi pendapatan, belanja, transfer, surplus/defisit dan pembiayaan, sisa lebih/kurang pembiayaan anggaran yang masing-masing dibandingkan dengan anggarannya dalam satu periode.

c. Rumus/Cara Perhitungan

Perhitungan capaian indikator persentase realisasi anggaran dihitung dari Jumlah anggaran yang diserap dibagi dengan jumlah pagu anggaran satker dikali 100%.

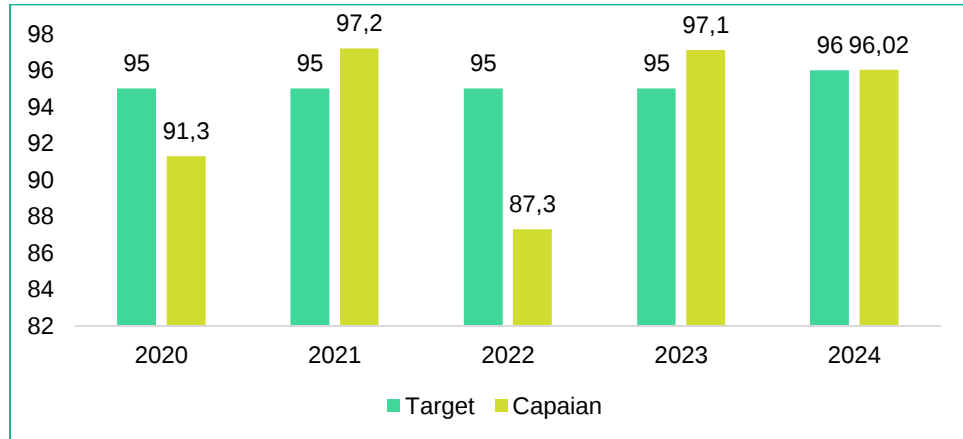
Persentase Realisasi Anggaran Ditjen P2P	=	$\frac{\text{Jumlah anggaran Ditjen P2P yang diserap}}{\text{Jumlah pagu anggaran Ditjen P2P}} \times 100\%$
--	---	--



d. Capaian Indikator

Pada tahun 2024 pagu anggaran Direktorat Jenderal P2P sebesar Rp. 2.923.033.853.000 dengan realisasi anggaran per 5 Januari 2025 sebesar Rp. 2.806.822.407.518 atau sebesar 96,02%.

Grafik 3.68. Target dan Realisasi Anggaran Ditjen P2P Tahun 2020-2024



Sumber Data: Timker Keuangan dan BMN, Januari 2025

Grafik di atas menunjukkan bahwa realisasi anggaran Ditjen P2P tertinggi pada tahun 2021 (97,20%) dan terendah pada tahun 2022 (87,3%). Realisasi anggaran Tahun 2024 sudah mencapai target realisasi anggaran yakni 96,02% dari target yang ditetapkan sebesar 96%. Keberhasilan ini antara lain pelaksanaan kegiatan sesuai jadwal, realisasi anggaran sesuai Rencana Penarikan Dana, dan pelaksanaan pertemuan koordinasi dan evaluasi pelaksanaan anggaran secara berkala yang menghasilkan rekomendasi dan tindak lanjut antara lain:

1. Seluruh satker/uker melakukan proses revisi DIPA jika terdapat kegiatan yang memerlukan revisi DIPA terlebih dahulu;
2. Percepatan penandatanganan dan belanja kontraktual, mempercepat proses Pengadaan Barang dan Jasa sampai kontrak ditandatangani dan mendaftarkan ke KPPN maksimal 5 hari Kerja sejak kontrak ditandatangani;
3. Percepatan pembayaran belanja kontraktual, melakukan pembayaran atas PBJ kontraktual yang sudah selesai dilaksanakan dan sudah ada tagihan dari penyedia maksimal 17 hari Kerja setelah ada BAST;
4. Meningkatkan ketepatan waktu pertanggungjawaban UP dan TUP, optimalisasi penggunaan UP dan TUP, dan mendorong penggunaan UP BKK;
5. Meningkatkan ketepatan waktu pembayaran tagihan belanja dan mengurangi penumpukan pencairan dana pada akhir tahun anggaran; dan
6. Melakukan Monitoring dan pengendalian pelaksanaan anggaran secara ketat oleh masing-masing KPA pada masing-masing satuan kerja.



Tabel 3.12. Pagu dan Realisasi Berdasarkan Unit Eselon I di Lingkungan Kementerian Kesehatan Tahun 2024

No	Eselon 1	Pagu	Realisasi	%
1	Sekretariat Jenderal	52.001.139.402.000	51.655.928.189.205	99,34%
2	Ditjen Kefarmasian dan Alat Kesehatan	4.302.191.107.000	4.247.603.419.847	98,73%
3	Inspektorat Jenderal	35.819.377.000	34.979.396.529	97,65%
4	Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan	5.676.767.357.000	5.496.546.686.829	96,83%
5	Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	2.923.033.853.000	2.806.822.407.518	96,02%
6	Ditjen Pelayanan Kesehatan	32.842.122.747.000	29.367.772.508.136	89,42%
7	Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan	464.908.773.000	395.846.782.365	85,15%
8	Ditjen Kesehatan Masyarakat	1.620.900.335.000	1.057.241.811.868	65,23%
Jumlah		99.866.882.951.000	95.062.741.202.297	95,19%

Sumber Data: OMSPAN, 17 Januari 2025

Tabel di atas menunjukkan bahwa realisasi anggaran tertinggi dicapai Sekretariat Jenderal sebesar 99,34% dan terendah Ditjen Kesehatan Masyarakat sebesar 65,23%, sedangkan realisasi anggaran oleh Ditjen P2P dengan capaian 96,02% berada dalam peringkat ke 5 (lima) dari 8 (delapan) Unit Eselon I di lingkungan Kementerian Kesehatan

e. Analisis Keberhasilan Pencapaian Target

Indikator persentase realisasi anggaran per 31 Desember 2024 mencapai 96,02%, angka tersebut sudah melampaui target indikator sebesar 96%, hal ini didukung dengan:

1. Pelaksanaan kegiatan sesuai dengan rencana penarikan dana (RPD);
2. Pelaksanaan koordinasi, monitoring, dan evaluasi atas pelaksanaan anggaran secara berkala;
3. Pelaksanaan monitoring dan pendampingan ke satuan kerja yang terdapat permasalahan dari sisi pelaksanaan dan penggunaan anggaran (Laporan Keuangan-Perbendaharaan-Pengelolaan BMN)

f. Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator

1. Selektif dalam melakukan pergeseran anggaran, mengelola dan menghimpun kebutuhan revisi untuk dijadwalkan sesuai dengan frekuensi revisi yaitu 1 kali dalam setiap triwulan;
2. Memperbaiki perencanaan dan eksekusi kegiatan secara relevan dan terjadwal;
3. Memantau progres penyelesaian kegiatan sesuai rencana dan menetapkan mitigasi risiko penyelesaian kegiatan;
4. Melakukan koordinasi dalam bentuk evaluasi pelaksanaan anggaran yang dilaksanakan secara rutin;
5. Meningkatkan koordinasi antara unit pengelola kegiatan dengan unit pelaporan serta secara periodik memantau persentase realisasi anggaran.



g. Kendala/Masalah yang dihadapi

1. Pengelolaan Hibah Langsung Luar Negeri terutama dalam proses revisi DIPA dan proses pengesahan hibah (pendapatan, belanja, dan pengembalian sisa anggaran bersumber hibah) baik hibah dalam bentuk uang, barang, maupun jasa masih menjadi permasalahan setiap tahun anggaran. Hal ini disebabkan antara lain: a) amandment atas MoU hibah (Uang/Barang/Jasa), jumlah hibah, sasaran hibah, dan lain-lain yang disesuaikan dengan kebutuhan program; b) cut off hibah; dan c) proses input dalam aplikasi SAKTI;
2. Masih terdapat pekerjaan pengadaan yang masih dalam tahap kontrak dan proses kaji PPK;
3. Terdapat proses pembangunan berdasarkan kontrak yang kurang dari 50% atas target pembangunan 100% yang belum selesai sampai dengan berakhirnya tahun anggaran 2024, hal ini mengakibatkan proses pengusulan RPATA yaitu Rekening Penampungan Akhir Tahun Anggaran untuk digunakan sebagai penampungan dana pekerjaan yang belum selesai pada akhir tahun anggaran berjalan dan pekerjaan tersebut bisa dilanjutkan pada tahun anggaran berikutnya. Tahun 2024 masih terdapat 6 Satuan Kerja di lingkungan Ditjen P2P yang melanjutkan pembangunannya di tahun anggaran 2025.

h. Strategi Pemecahan Masalah

1. Melakukan penyesuaian kegiatan dan percepatan pelaksanaan kegiatan.
2. Koordinasi secara berkala dengan pengelola hibah untuk proses pendipaian dan pertanggungjawaban hibah.
3. Meningkatkan koordinasi pengelola anggaran di lingkungan Ditjen P2P sehingga lebih tertib, teliti, dan disiplin dalam proses pelaksanaan anggaran.

C. REALISASI ANGGARAN

1. Realisasi Anggaran Ditjen P2P

Pagu anggaran Ditjen P2P Tahun Anggaran 2024 adalah Rp. 2.923.033.853.000 dengan realisasi sebesar Rp. 2.806.822.407.518 atau sebesar 96,02%. Distribusi pagu anggaran dan realisasi berdasarkan jenis kegiatan dalam tabel berikut ini:

Tabel 3.13. Distribusi Pagu Anggaran Berdasarkan Jenis Kegiatan Tahun 2024

No.	Program/Kegiatan	Pagu Kegiatan	Realisasi	%
1	Surveilans Kekarantinaan Kesehatan	85.814.804.000	84.585.963.772	98,57
2	Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular	169.125.242.000	119.807.786.966	70,84
3	Dukungan Pelayanan Kekarantinaan di Pintu Masuk Negara dan Wilayah	177.129.222.000	168.849.719.025	95,33
4	Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen P2P	838.267.059.000	816.312.858.484	97,38
5	Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular	1.249.177.255.000	1.220.622.705.040	97,71
6	Pengelolaan Imunisasi	332.679.219.000	330.637.951.633	99,39
7	Penyehatan Lingkungan	70.841.052.000	66.005.423.098	93,17
	Jumlah	2.923.033.853.000	2.806.822.408.018	96,02

Sumber data: Data OM SPAN per 17 Januari 2025

Tabel diatas menunjukkan pagu tertinggi pada kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular sedangkan pagu terendah pada kegiatan Penyehatan Lingkungan. Realisasi tertinggi pada kegiatan Pengelolaan Imunisasi (99,39%) sedangkan realisasi terendah pada kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (70,84%). Realisasi anggaran per jenis belanja digambarkan dalam tabel berikut ini:

Tabel 3.14. Realisasi Anggaran Berdasarkan Jenis Belanja Tahun 2024

No.	Kegiatan	Pagu	Realisasi	%
Rupiah Murni				
1	Belanja Pegawai	504.109.787.000	493.060.699.542	97,81
2	Belanja Barang	1.082.480.350.000	994.091.069.307	91,83
3	Belanja Modal	74.619.049.000	72.519.306.418	97,19
	<i>Jumlah Rupiah Murni</i>	1.661.209.186.000	1.559.671.075.267	93,89
PNBP				
1	Belanja Barang	62.705.101.000	58.108.807.408	92,67
2	Belanja Modal	22.857.525.000	21.711.500.369	94,99
	<i>Jumlah PNBP</i>	85.562.626.000	79.820.307.777	93,29
Hibah Langsung Luar Negeri				
1	Belanja Barang	1.175.126.053.000	1.166.200.314.669	99,24
2	Belanja Modal	1.135.988.000	1.130.709.805	99,54
	<i>Jumlah Hibah Langsung Luar Negeri</i>	1.176.262.041.000	1.167.331.024.474	99,24
	Total	2.923.033.853.000	2.806.822.407.518	96,02

Sumber data: Data OMSPAN per 17 Januari 2025

Tabel diatas menunjukkan pagu anggaran terbesar pada belanja barang dan terendah pada belanja modal. Realisasi anggaran tertinggi pada belanja pegawai (97,81%) sedangkan realisasi terendah pada belanja barang (91.83%).

2. Realisasi Anggaran Per Indikator Kinerja

Data realisasi anggaran per indikator kinerja yang menjadi target dalam RAP Ditjen P2P, digambarkan pada tabel berikut ini:

Tabel 3.15. Realisasi Anggaran Per Indikator Kinerja Tahun 2024

No	Indikator Kinerja Program	Pagu	Realisasi	%
Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit				
1	Persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi rutin	332.679.219.000	331.098.999.081	99.52%
2	Persentase cakupan penemuan dan pengobatan kasus HIV (ODHIV on ART)	313.625.866.800	311.341.644.182	99,27%
3	Cakupan penemuan dan pengobatan kasus TBC	673.438.585.000	660.459.625.877	98,07%
4	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai API < 1/1000 penduduk	108.034.825.000	106.169.414.029	98,27%



No	Indikator Kinerja Program	Pagu	Realisasi	%
5	Proporsi kasus kusta baru tanpa cacat	4.556.817.000	4.353.908.191	95.55%
6	Persentase pengobatan penyakit menular pada Balita	11.739.503.000	11.164.878.436	95,11%
7	Persentase skrining penyakit menular pada kelompok berisiko	71.756.900.000	71.098.128.564	99,08%
8	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit tropis terabaikan	17.129.062.000	16.628.820.782	97.08%
9	Jumlah kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM	132.144.307.000	94.530.984.676	71.53%
10	Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pengendalian faktor risiko	28.614.392.000	27.199.725.000	95.05%
11	Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan	24.296.656.643	23.972.012.485	98.66%
12	Persentase Kabupaten Kota yang melaksanakan deteksi, pengendalian penyakit dan faktor risiko kesehatan yang berpotensi KLB/wabah	81.599.442.000	80.471.251.700	98.62%
13	Persentase fasyankes yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveilans berbasis digital	2.651.317.000	2.604.306.781	98.23%
Program Dukungan Manajemen				
1	Nilai Reformasi Birokrasi	17,518,654,000	17,427,565,875	99.48%
2	Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	52,418,812,000	44,283,319,424	84.48%
3	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	5,282,016,000	5,004,655,386	94.75%
4	Persentase realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	5,575,943,000	5,396,568,292	96.78%

Sumber Data: Rekapitulasi Laporan Tim Kerja Tahun 2024

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa realisasi anggaran tertinggi pada indikator jumlah Persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi rutin yakni sebesar 99.52% dan terendah pada indikator Jumlah kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM yakni sebesar 71.53%



Tabel 3.16. Perbandingan Realisasi Anggaran dan Capaian Kinerja Tahun 2024

No	Indikator Kinerja Program	Capaian Kinerja	Realisasi Anggaran	Selisih
Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit				
1	Persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi rutin	49.42%	99.52%	-50.10%
2	Persentase cakupan penemuan dan pengobatan kasus HIV (ODHIV on ART)	106.67%	99.27%	7.40%
3	Cakupan penemuan dan pengobatan kasus TBC	84.44%	98.07%	-13.63%
4	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai API < 1/1000 penduduk	91.20%	98.27%	-7.07%
5	Proporsi kasus kusta baru tanpa cacat	93.63%	95.55%	-1.92%
6	Persentase pengobatan penyakit menular pada Balita	104.94%	95.11%	9.83%
7	Persentase skrining penyakit menular pada kelompok berisiko	97.86%	99.08%	-1.22%
8	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit tropis terabaikan	113.92%	97.08%	16.84%
9	Jumlah kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM	100.00%	71.53%	28.47%
10	Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pengendalian faktor risiko	208.89%	95.05%	113.84%
11	Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan	111.14%	98.66%	12.48%
12	Persentase Kabupaten Kota yang melaksanakan deteksi, pengendalian penyakit dan faktor risiko kesehatan yang berpotensi KLB/wabah	96.34%	98.62%	-2.28%
13	Persentase fasyankes yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveilans berbasis digital	120.13%	98.23%	21.90%
Program Dukungan Manajemen				
1	Nilai Reformasi Birokrasi	100.01%	99.48%	0.53%
2	Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	114,21%	84.48%	29.73%
3	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	101.60%	94.75%	6.85%

No	Indikator Kinerja Program	Capaian Kinerja	Realisasi Anggaran	Selisih
4	Persentase realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	100.02%	96.78%	3.24%

Sumber Data : Rekapitulasi Laporan Tim Kerja

Berdasarkan tabel diatas terlihat perbandingan antara capaian kinerja dengan anggaran yang dipergunakan yakni:

1. Terdapat 6 indikator dengan capaian kinerja lebih kecil dibandingkan dengan realisasi anggaran yakni pada indikator Persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi rutin, Cakupan penemuan dan pengobatan kasus TBC, Jumlah kabupaten/kota yang mencapai API < 1/1000 penduduk, Persentase skrining penyakit menular pada kelompok berisiko, Persentase Kabupaten Kota yang melaksanakan deteksi, pengendalian penyakit dan faktor risiko kesehatan yang berpotensi KLB/wabah. Gap tertinggi pada indikator Persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi rutin yakni sebesar 52.01%
2. Beberapa indikator kinerja dengan capaian kinerja lebih besar dibandingkan dengan realisasi anggaran dengan gap tertinggi pada indikator Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pengendalian faktor risiko sebesar 113.84%
3. Pada program dukungan manajemen, semua capaian indikator kinerja telah melebihi realisasi anggaran.

D. EFISIENSI SUMBER DAYA

Berdasarkan PMK No.22/PMK.02/2021 tentang Pengukuran dan Evaluasi Kinerja Anggaran atas Pelaksanaan Rencana Kerja 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

Nilai efisiensi diperoleh dengan asumsi bahwa minimum efisiensi yang dicapai sebesar - 20% dan nilai paling tinggi sebesar 20%. Oleh karena itu dilakukan transformasi skala



efisiensi agar diperoleh skala nilai yang berkisar 0% sampai 100% dengan rumus sebagai berikut:

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

Keterangan:

NE : Nilai Efisiensi

E : Efisiensi

Jika efisiensi diperoleh lebih dari 20%, maka NE yang digunakan dalam perhitungan adalah nilai skala maksimal (100%) dan jika efisiensi yang diperoleh kurang dari -20%, maka NE yang digunakan adalah skala minimal 0%. Dari hasil perhitungan tersebut, diperoleh Nilai Efisiensi indikator Ditjen P2P diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 3.17. Nilai Efisiensi Per Indikator Kinerja Program P2P Tahun 2024

No	Indikator	Pagu Anggaran Keluaran (PAK)	Realisasi Anggaran Keluaran (CAK)	Capaian Keluaran (CK)	Efisiensi	Nilai Efisiensi	Interpretasi
1.	Persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi rutin	332,679,219,000	331,098,999,081	0.4751	-1.09	-224%	Tidak efisien
2.	Persentase cakupan penemuan dan pengobatan kasus HIV (ODHIV on ART)	313,625,866,800	311,341,644,182	1.0667	0.07	67%	Efisien
3.	Cakupan penemuan dan pengobatan kasus TBC	673,438,585,000	660,459,625,877	0.8444	-0.16	10%	Tidak efisien
4.	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai API < 1/1000 penduduk	108,034,825,000	106,169,414,029	0.912	-0.08	31%	Tidak efisien
5.	Proporsi kasus kusta baru tanpa cacat	4,556,817,000	4,353,908,191	0.9363	-0.02	45%	Tidak efisien
6.	Persentase pengobatan penyakit menular pada Balita	11,739,503,000	11,164,878,436	1.0494	0.09	73%	Efisien
7.	Persentase skrining penyakit menular pada kelompok berisiko	71,756,900,000	71,098,128,564	0.9786	-0.01	47%	Tidak efisien

No	Indikator	Pagu Anggaran Keluaran (PAK)	Realisasi Anggaran Keluaran (CAK)	Capaian Keluaran (CK)	Efisiensi	Nilai Efisiensi	Interpretasi
8.	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit tropis terabaikan	17,129,062,000	16,628,820,782	1.1392	0.15	87%	Efisien
9.	Jumlah kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM	132,144,307,000	94,530,984,676	1	0.28	121%	Efisien
10.	Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pengendalian faktor risiko	28,614,392,000	27,199,725,000	2.0889	0.54	186%	Efisien
11.	Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan	24,296,656,643	23,972,012,485	1.1114	0.11	78%	Efisien
12.	Persentase Kabupaten Kota yang melaksanakan deteksi, pengendalian penyakit dan faktor risiko kesehatan yang berpotensi KLB/wabah	81,599,442,000	80,471,251,700	0.9634	-0.02	44%	Tidak efisien
13	Persentase fasyankes yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveilans berbasis digital	2,651,317,000	2,604,306,781	1.2013	0.18	96%	Efisien

Sumber Data : Rekapitulasi Laporan Tim Kerja Tahun 2024

Tabel diatas menunjukkan bahwa efisiensi pelaksanaan 13 indikator pada program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit dapat disimpulkan sebagai berikut yakni:

1. Indikator yang telah berjalan efisien adalah indikator kinerja dengan Nilai Efisiensi >50% sebanyak 7 indikator yakni Persentase cakupan penemuan dan pengobatan kasus HIV (ODHIV on ART), Persentase pengobatan penyakit menular pada Balita, Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi, Jumlah kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM, Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pengendalian faktor risiko, Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas



kesehatan lingkungan dan Persentase fasyankes yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveilans berbasis digital.

2. Indikator yang tidak berjalan efisien sebanyak 6 indikator yakni Persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi rutin, Cakupan penemuan dan pengobatan kasus TBC, Jumlah kabupaten/kota yang mencapai API < 1/1000 penduduk, Proporsi kasus kusta baru tanpa cacat, Persentase skrining penyakit menular pada kelompok berisiko, Persentase Kabupaten Kota yang melaksanakan deteksi, pengendalian penyakit dan faktor risiko kesehatan yang berpotensi KLB/wabah



BAB IV

PENUTUP

A. KESIMPULAN

1. Pencapaian kinerja Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2024 menunjukkan peningkatan dibandingkan dengan Tahun 2023. Berdasarkan Perjanjian Kinerja Program P2P yang telah ditetapkan pada tahun 2024, rata-rata capaian kinerja IKP sebesar 105.90%, meningkat bila dibandingkan dengan rata-rata capaian target tahun 2023 yakni sebesar 73.5%, maka rata-rata capaian tahun 2024 telah mengalami peningkatan sebesar 43.9%.
2. Capaian kinerja tertinggi pada indikator Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pengendalian faktor risiko (208.89%) dan terendah pada indikator Persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi rutin (47.51%)
3. Terdapat 6 indikator yang melebihi target yang ditetapkan, 1 indikator mencapai target 100% sedangkan 6 indikator belum mencapai target.
4. Pada tahun 2024 pagu anggaran Direktorat Jenderal P2P sebesar Rp. 2.923.033.853.000 dengan realisasi anggaran per 5 Januari 2025 sebesar Rp. 2.806.822.407.518 atau sebesar 96,02%.
5. Sebanyak 7 indikator berjalan efisien yakni Persentase cakupan penemuan dan pengobatan kasus HIV (ODHIV on ART), Persentase pengobatan penyakit menular pada Balita, Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi, Jumlah kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM, Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pengendalian faktor risiko, Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan dan Persentase fasyankes yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveilans berbasis digital.
6. Sebanyak 6 indikator tidak terlaksana dengan efisien yakni Persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi rutin, Cakupan penemuan dan pengobatan kasus TBC, Jumlah kabupaten/kota yang mencapai API < 1/1000 penduduk, Proporsi kasus kusta baru tanpa cacat, Persentase skrining penyakit menular pada kelompok berisiko, Persentase Kabupaten Kota yang melaksanakan deteksi, pengendalian penyakit dan faktor risiko kesehatan yang berpotensi KLB/wabah.

B. TINDAK LANJUT

Berikut ini Rencana Tindak Lanjut yang akan dilaksanakan oleh Ditjen P2P yakni:

1. Terhadap capaian kinerja yang masih sangat rendah dan tidak tercapai pada tahun 2024 yakni pada Persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi rutin maka tindak lanjut yang akan dilakukan antara lain:
 - a. Meningkatkan asistensi teknis khususnya bagi Provinsi dengan capaian imunisasi rendah dan tidak mencapai target yakni di 15 Provinsi Aceh, Sumatera Barat, Papua, Sumatera Utara, Kalimantan Barat, Jawa Barat, Jawa Timur, Kalimantan



- Timur, Riau, Babel, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Selatan, Gorontalo, Sulawesi Barat, Maluku Utara.
- b. Melakukan supervisi suportif di 10 provinsi yakni Aceh, Riau, Jambi, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara, Sulawesi Tenggara, NTB, Maluku Utara, Papua Barat Daya, Papua Tengah, masing-masing provinsi 2 kab/kota.
 - c. Survey cepat komunitas di 10 provinsi yakni Sumatera Selatan, Bengkulu, Lampung, Kepri, Bangka Belitung, Sulawesi Utara, Sulawesi Barat, Sulawesi Selatan, Gorontalo, NTT, dimana satu provinsi 1 kab kota, 2 Puskesmas masing Puskesmas 2 desa.
 - d. Melaksanakan *Sustainability Outreach Service* (SOS) di 5 provinsi yakni Maluku Utara, Maluku, Papua, Papua Selatan, Papua Pegunungan.
 - e. Pelaksanaan Sepekan Mengejar Imunisasi (PENARI) yang merupakan kegiatan pemberian imunisasi serentak secara nasional selama satu minggu di pos pelayanan terpadu, pusat kesehatan masyarakat, dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, serta pos imunisasi yang ditetapkan pada hari Kemerdekaan RI dan Hari Kesehatan Nasional.
2. Terhadap masih rendahnya capaian kinerja indikator Persentase Cakupan Penemuan dan Pengobatan TBC, akan dilakukan tindak lanjut upaya percepatan sebagai berikut:
- a. Integrasi Sistem Informasi Tuberkulosis (SITB) dengan E -Klaim, P Care dan RME yang bertujuan untuk meminimalisir under reporting di rumah sakit
 - b. Pelaksanaan Layanan Skrining TB Resisten Obat (RO) dan TB Sensitif Obat (SO) di 514 kabupaten/kota dan 10.292 Puskesmas
 - c. Melaksanakan skrining pada orang berisiko tinggi melalui Layanan Skrining TB Laten dengan sasaran 348.754 orang
 - d. Pemberian insentif untuk notifikasi kasus TB dan kasus yang berhasil diobati pada 10.142 FKTP pemerintah dan 5300 FKTP swasta
 - e. Pengembangan interoperabilitas SIMRS – SITB di 4 jaringan rumah sakit swasta
 - f. Skrining TB dan pengumpulan spesimen di 68 rumah sakit di 24 kabupaten/kota
 - g. Melaksanakan Coaching TB di 5 rumah sakit Muhammadiyah
 - h. Pelatihan Manajemen Logistik dan monitoring logistic TBC
 - i. Penyusunan Juknis Investigasi Kontak terintegrasi TPT, Rencana Aksi Daerah dan Desa Siaga TBC
 - j. Workshop Pelaksanaan Investigasi Kontak dan TPT untuk Big Chain Hospital
 - k. Perluasan Kolaborasi Intervensi IK dan TPT di 229 kab/kota
 - l. Pelaksanaan kegiatan implementasi awal pemeriksaan TCM dengan spesimen stool pada terduga TBC anak di 20 fasyankes
 - m. Pengembangan E-Learning TB untuk 100.000 nakes di platform Plataran Sehat



- n. Pelaksanaan *Active Case Finding* (ACF) Tahap 3 di 55 Kabupaten/Kota termasuk skrining X-ray pada populasi berisiko tinggi (lapas, HIV, DM)
 - o. Perluasan dukungan komunitas di 285 kabupaten/kota untuk meningkatkan capaian investigasi kontak (IK) dan TPT
 - p. Pelaksanaan *Active Case Finding* terintegasi dengan program Kusta di 4 provinsi: Sumatera Utara, Jawa Barat, Jawa Tengah dan Jawa Timur.
3. Terhadap capaian indikator proporsi Jumlah kabupaten/kota yang mencapai API < 1/1000 penduduk maka tindak lanjut yang akan dilakukan antara lain:
- a. Intervensi Khusus dalam Percepatan Eliminasi Malaria yakni EDAT (*Early Diagnostik and Treatment*) di 14 Kabupaten/Kota dengan API > 100 per 1000 penduduk yakni Kota Jayapura, Kab. Jayapura, Kep. Yapen, Mimika, Bocen Digoel, Asmat, Sarmi, Keerom, Mamberamo Raya, Mappi, Biak Numfor, Yahukimo, Nabire, dan Waropen)
 - b. Peningkatan kapasitas diagnostik malaria yakni mikroskopis dan pengelola malaria (PE) dengan sasaran Kabupaten/Kota endemis tinggi di Provinsi Papua
 - c. Dukungan logistik pengendalian vektor Malaria seperti Larvasida, Insektisida, Kelambu serta dukungan logistik diagnostic malaria seperti, RDT dan bahan pemeriksaan malaria
 - d. Kolaborasi Lintas Sektor terkait Surat Edaran Kementerian Dalam Negeri terkait Upaya Kolaboratif dalam Penanganan Tanggap Darurat Bencana Non Alam KLB Malaria di 20 lokus yang terjadi peningkatan kasus malaria (Aceh Singkil, Labuhan Batu, Nias Selatan, Serdang Bedagai, Rokan Hilir, Indragi Hilir, Kota Tanjung Pinang, Pesawaran, Rejang Lebong, Banyumas, Sikka, Minahasa, Kep. Sangihe, Miasa Selatan, Tojo Una-una, Morowali Utara, Boalemo, Gorontalo, Pohuwato, Gorontalo dan Utara)
4. Terhadap capaian kinerja yang tidak tercapai pada indikator proporsi kasus kusta baru tanpa cacat maka tindak lanjut yang akan dilakukan antara lain:
- a. Meningkatkan kegiatan advokasi dan Sosialisasi Kebijakan dan Program P2 Kusta, terutama di regional Papua.
 - b. Melakukan kegiatan peningkatan kapasitas petugas Kesehatan, yaitu pelatihan program P2 kusta dan frambusia bagi pengelola program untuk 30 kab/kota, serta *On The Job Training (OJT)* bagi dokter rujukan.
 - c. Melakukan sosialisasi dan OJT Sistem Informasi Kusta dan Frambusia (SITASIA) kepada kab/kota/fasyankes bersama dengan Provinsi.
 - d. Memperluas cakupan kegiatan pemberian obat pencegahan (kemoprofilaksis) bagi kontak kusta.
 - e. Koordinasi dan integrasi pencarian kasus aktif kusta bersama dengan program Tuberkulosis.



5. Tindak lanjut yang akan dilakukan untuk mencapai target indikator Persentase skrining penyakit menular pada kelompok berisiko yang belum mencapai target tahun 2024 antara lain:
 - a. 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.
 - b. 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.
 - c. Melaksanakan validasi data hepatitis B dan C secara berjenjang dan dilaksanakan minimal tiap semester, serta mengirimkan umpan balik ke seluruh Provinsi dan Kabupaten/Kota.
6. Terhadap masih rendahnya capaian kinerja indikator Persentase fasyankes yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveilans berbasis digital, akan dilakukan tindak lanjut antara lain menyesuaikan indikator kinerja tahun berikutnya dalam hal definisi operasional dan cara perhitungan.

Demikian Laporan Kinerja Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2024 disusun sebagai bahan masukan untuk perencanaan program dan kegiatan tahun berikutnya.



LAMPIRAN