Kemenkes
Ditjen P2

LAPORAN KINERJA

DIREKTORAT JENDERAL PENANGGULANGAN PENYAKIT

2025



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan rahmatNya sehingga Laporan Kinerja Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit (P2) Tahun 2025 dapat disusun dengan baik dan tepat waktu. 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 Laporan Kinerja Ditjen P2 disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban atas prestasi kerja berdasarkan penggunaan anggaran yang telah dialokasikan.

Tahun 2025 merupakan tahun pertama pelaksanaan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan dan Rencana Aksi Program Penanggulangan Penyakit periode 2025-2029. Sejak ditetapkan Renstra Kemenkes Tahun 2025-2029 tanggal 6 Oktober 2025, itjen P2 telah menyusun Rencana Aksi Program. Laporan Kinerja Ditjen P2 menyajikan capaian dan analisa Indikator Kinerja Program Tahun 2025 yang telah ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja Tahun 2025 dan mengacu pada RAP dan Renstra Tahun 2025-2029. Kami memberikan apresiasi atas dukungan dari Kementerian/Lembaga, *stakeholders*, dan seluruh pegawai Ditjen P2 yang telah berkomitmen dalam menjalankan tugas demi pencapaian kinerja yang optimal.

Pada akhirnya, kami berharap dapat memperoleh umpan balik untuk peningkatan kinerja Ditjen P2 melalui perbaikan penerapan fungsi-fungsi manajemen secara benar, mulai dari perencanaan, pengukuran, pelaporan, dan evaluasi pencapaian kinerja, sehingga dapat meningkatkan akuntabilitas dan kredibilitas instansi pemerintah dan meningkatkan kepercayaan masyarakat.

Semoga informasi yang disajikan dapat bermanfaat bagi kita semua.

Jakarta, 2 Februari 2026

Direktur Jenderal Penanggulangan Penyakit



drg. Murti Utami, MPH

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).

IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Kinerja Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit (P2) Tahun 2025 merupakan laporan pertanggungjawaban kinerja Direktur Jenderal P2 kepada Menteri Kesehatan Republik Indonesia dan seluruh Lintas Sektor terkait. Laporan Kinerja Ditjen P2 menjabarkan capaian kinerja yang ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja Ditjen P2 Tahun 2025. Terdapat 28 Iindikator Kinerja Program (IKP) pada Program P2 dengan rata-rata capaian kinerja tahun 2025 sebesar 133.8% dengan capaian setiap indikator sebagai berikut:

1. Persentase kabupaten/kota yang menyelenggarakan skrining PTM prioritas, tercapai 95.9% dari target 100% sehingga capaian kinerja sebesar 95.9%
2. Cakupan imunisasi bayi lengkap, tercapai 79.7% dari target 80% dengan capaian kinerja sebesar 99.6%
3. Cakupan imunisasi lengkap 14 antigen, tercapai 76.6% dari target 74% dengan capaian kinerja sebesar 103.5%
4. Persentase Hipertensi dalam Pengendalian, tercapai 6,3% dari target 20% dengan capaian kinerja sebesar 31.5%
5. Persentase Diabetes dalam Pengendalian, tercapai 1.2% dari target 15% dengan capaian kinerja sebesar 8.3%
6. Kab/kota yang mencapai target pra-eliminasi kanker leher rahim, tidak ada Kab/Kota yang mencapai target dari target 30 Kab/Kota dengan capaian kinerja sebesar 0%
7. Persentase kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini kanker prioritas (paru, kolorektal, payudara, tercapai 97.08% dari target 20% dengan capaian kinerja sebesar 485.4%
8. Persentase merokok pada penduduk 10-21 tahun, tercapai 4.9% dari target 12.4% dengan capaian kinerja sebesar 160.5%
9. Cakupan pangan yang beredar di masyarakat memiliki kandungan Gula Garam Lemak (GGL) sesuai batas maksimum yang ditetapkan, tercapai 0.1% dari target 10% dengan capaian kinerja sebesar 1%
10. Persentase Kabupaten/kota yang menyelenggarakan skrining risiko stroke pada 80% Puskesmas, tercapai 65.3% dari target 10% dengan capaian kinerja sebesar 653%
11. Insidensi Tuberkulosis, tercapai 382 per 100.000 penduduk dari target 329 per 100.00 penduduk dengan capaian kinerja sebesar 83.9%
12. Insidensi HIV, tercapai 0.08 per 1000 populasi tidak terinfeksi dari target 0.09 per 1000 populasi tidak terinfeksi dengan capaian kinerja sebesar 111.1%
13. Insidensi Hepatitis B, tercapai 13 per 100.000 penduduk dari target 33 per 100.000 penduduk dengan capaian kinerja sebesar 160.6%
14. Kab/Kota dengan eliminasi malaria, tercapai 412 Kab/Kota dari target 425 Kab/Kota dengan capaian kinerja sebesar 96.9%
15. Desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi, tercapai 28 Desa dari target 18 Desa dengan capaian kinerja sebesar 155.6%

16. Kab/Kota dengan eliminasi kusta, tercapai 6 Kab/Kota dari target 11 Kab/Kota dengan capaian kinerja sebesar 54.5%
17. Jumlah Kab/Kota eliminasi rabies, tercapai 418 Kab/Kota dari target 430 Kab/Kota dengan capaian kinerja sebesar 97.2%
18. Angka Kematian Dengue, tercapai 0.42% dari target 0.5% dengan capaian kinerja sebesar 119%
19. Persentase penurunan kejadian penyakit sensitif iklim, tercapai 15.14% dari target 10% dengan capaian kinerja sebesar 151.4%
20. Jumlah Desa/Kelurahan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat, tercapai 13.160 desa dari target 11.000 desa dengan capaian kinerja sebesar 119.6%
21. Persentase Kabupaten/kota yang memiliki proporsi obesitas < 23,4%, tercapai 83.85% dari target 50% dengan capaian kinerja sebesar 167.7%
22. Persentase kab/kota dengan pengendalian kejadian luar biasa (KLB)/wabah tercapai 46.11% dari target 40% dengan capaian kinerja sebesar 115.3%
23. Persentase Faktor risiko penyakit di pintu masuk negara yang dikendalikan tercapai 99.86% dari target 94% dengan capaian kinerja sebesar 106.2%
24. Kab/Kota yang menyelenggarakan adaptasi perubahan iklim bidang kesehatan tercapai 45.13% dari target 45% dengan capaian kinerja sebesar 100.3%
25. Kab/Kota dengan kualitas Air Minum yang memenuhi syarat tercapai 100 Kab/Kota dari target 100 Kab/Kota dengan capaian kinerja sebesar 100%
26. Kab/Kota dengan kualitas udara dalam ruang yang memenuhi syarat tercapai 70 Kab/Kota dari target 50 Kab/Kota dengan capaian kinerja sebesar 140%
27. Kab/Kota sehat tercapai 195 Kab/Kota dari target 182 Kab/Kota dengan capaian kinerja sebesar 107.1%
28. Jumlah KLB Keracunan Pangan tercapai 184 kejadian dari target 250 kejadian dengan capaian kinerja sebesar 122.4%

Pada Program Dukungan Manajemen, terdapat 6 Indikator Kinerja Mandatory (IKM), dengan rincian capaian sebagai berikut:

1. Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit, tercapai 91.3 dari target 77 dengan capaian kinerja 118.6%
2. Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit, tercapai 84.85 dari target 92,35, dengan capaian kinerja 91.9%
3. Indeks Kualitas SDM Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit, tercapai 83.72 dari target 81, dengan capaian kinerja 103.4%
4. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit, tercapai 96,9% dari target 95%, dengan capaian kinerja 102.0%
5. Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit, tercapai 4,04 dari target 3,95, dengan capaian kinerja 102.3%

6. Persentase realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit, tercapai 30.41% berdasarkan pagu total dari target 96%, dengan capaian kinerja 31.68%.

Pagu anggaran total Ditjen P2 Tahun Anggaran 2025 sebesar Rp. 7.868.024.070.000 dengan blokir Rp. 5.248.180.181.000 sehingga pagu efektif sebesar Rp.2.619.843.889.000, dengan realisasi anggaran sebesar Rp. 2.392.418.606.030 atau 30,41% berdasarkan pagu total dan 91,32% berdasarkan pagu efektif.

DAFTAR ISI

IKHTISAR EKSEKUTIF i
DAFTAR ISI iv
DAFTAR TABEL v
DAFTAR GRAFIK vii
DAFTAR GAMBAR xi
BAB I PENDAHULUAN 1
A. LATAR BELAKANG 1
B. ISU STRATEGIS 2
C. VISI DAN MISI 12
D. TUGAS, FUNGSI DAN STRUKTUR ORGANISASI 13
E. SUMBER DAYA MANUSIA 14
F. SISTEMATIKA PENULISAN 18
BAB II PERENCANAAN KINERJA 19
A. PERENCANAAN KINERJA 19
B. PERJANJIAN KINERJA 26
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA 32
A. CAPAIAN INDIKATOR KINERJA PROGRAM PENANGGULANGAN PENYAKIT 32
B. CAPAIAN INDIKATOR KINERJA PROGRAM DUKUNGAN MANAJEMEN 256
C. REALISASI ANGGARAN 288
D. EFISIENSI SUMBER DAYA 294
BAB IV PENUTUP 299
A. KESIMPULAN 299
B. TINDAK LANJUT 300

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Tujuan dan Sasaran Program Tahun 2025-2029 19

Tabel 2.2. Sasaran Program, IKP dan Target Tahun 2025 22

Tabel 2.3. Tabel Indikator Kinerja Program Penanggulangan Penyakit 24

Tabel 2.4. Perjanjian Kinerja Revisi Ditjen P2 Tahun 2025 27

Tabel 2.5. Perjanjian Kinerja Revisi Ditjen P2 Tahun 2025 28

Tabel 3.1. Target dan Capaian Indikator Kinerja Program P2 Tahun 2025 32

Tabel 3.2. Cakupan Imunisasi Lengkap 14 Antigen berdasarkan Provinsi Tahun 2025 48

Tabel 3.3. DM dalam pengendalian berdasarkan Provinsi Tahun 2025 58

Tabel 3.4. Persentase Merokok Penduduk Usia 10-21 Tahun Berdasarkan Data ASIK CKG Tahun 2025 75

Tabel 3.5. Perbandingan Insidensi India, China dan Indonesia Tahun 2018-2024 95

Tabel 3.6. Capaian Penduduk Berdasarkan Endemisitas Tahun 2025 117

Tabel 3.7. Jumlah Kab/Kota dengan Eliminasi Malaria Tahun 2025 118

Tabel 3.8. Sebaran Angka Kematian Dengue di Indonesia Tahun 2025 145

Tabel 3.9. Capaian Persentase Penurunan Kejadian Penyakit Sensitif Iklim Tahun 2025-2029 149

Tabel 3.10. Target dan Capaian Indikator Kinerja Program P2 Awal Tahun 2025 194

Tabel 3.11. Capaian jumlah Kab/Kota dengan API < 1 per 1000 penduduk per Provinsi Tahun 2025 211

Tabel 3.12. Proporsi Kasus Kusta Baru Tanpa Cacat Per Provinsi Tahun 2025 217

Tabel 3.13. Persentase merokok penduduk usia 10-21 tahun berdasarkan data ASIK Tahun 2025 247

Tabel 3.14. Target dan Capaian Indikator Kinerja Program Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan 251

Tabel 3.15. Target dan Capaian Indikator Kinerja Program Dukungan Manajemen Tahun 2025 256

Tabel 3.16. Definisi Operasional Variabel Pengukuran 258

Tabel 3.17. Skor Kepuasan Ditjen P2 per Aspek Layanan 261

Tabel 3.18. Konversi Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Ditjen P2 262

Tabel 3.19. Pembobotan Kesesuaian jenjang pendidikan pegawai 274

Tabel 3.20. Distribusi Pagu Anggaran Berdasarkan Jenis Kegiatan Tahun 2025 288

Tabel 3.21. Realisasi Anggaran Berdasarkan Jenis Belanja Tahun 2025 289

Tabel 3.22. Realisasi Anggaran Per Indikator Kinerja Tahun 2025 290
Tabel 3.23. Perbandingan Realisasi Anggaran dan Capaian Kinerja Tahun 2025 292
Tabel 3.24. Nilai Efisiensi Per Indikator Kinerja Program P2P Tahun 2025 295

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1.1. Distribusi Pegawai pada Ditjen P2 Tahun 2025 15
Grafik 1.2. Distribusi pegawai berdasarkan pendidikan Tahun 2025 15
Grafik 1.3. Distribusi Pegawai Berdasarkan Kelompok Umur Tahun 2025 16
Grafik 1.4. Distribusi Pegawai Berdasarkan Jenis Kelamin Tahun 2025 16
Grafik 1.5. Distribusi Pegawai Berdasarkan Jabatan Tahun 2025 17
Grafik 1.6. Distribusi Pegawai Ditjen P2 Berdasarkan Jabatan Fungsional Tahun 2025 17
Grafik 3.1. Persentase Kab/Kota menyelenggarakan skrining PTM Prioritas 35
Grafik 3.2. Kab/Kota menyelenggarakan skrining PTM Prioritas berdasarkan Provinsi Tahun 2025 35
Grafik 3.3. Cakupan Imunisasi Bayi Lengkap Tahun 2025 41
Grafik 3.4. Grafik Cakupan Imunisasi Bayi Lengkap Berdasarkan Provinsi Tahun 2025 41
Grafik 3.5. Target dan Capaian Imunisasi Bayi Lengkap Tahun 2022-2025 42
Grafik 3.6. Target dan Capaian Imunisasi Bayi Lengkap Tahun 2025-2029 42
Grafik 3.7. Target dan Capaian Cakupan Imunisasi Lengkap 14 Antigen Tahun 2025 47
Grafik 3.8. Cakupan Imunisasi Lengkap 14 Antigen Berdasarkan Provinsi Tahun 2025 47
Grafik 3.9. Cakupan Imunisasi Lengkap 14 Antigen Tahun 2022-2024 50
Grafik 3.10. Target dan Capaian Hipertensi dalam pengendalian Tahun 2022-2025 54
Grafik 3.11. DM dalam pengendalian Tahun 2023-2025 57
Grafik 3.12. Cakupan Imunisasi HPV Tahun 2025 65
Grafik 3.13. Capaian Kab/Kota melaksanakan pengobatan lesi pra kanker 66
Grafik 3.14. Capaian Kab/Kota yang mencapai kenaikan skrining DNA HPV Tahun 2025 67
Grafik 3.15. Cakupan deteksi dini kanker payudara berdasarkan Provinsi Tahun 2024-2025 71
Grafik 3.16. Cakupan deteksi dini kanker paru berdasarkan Provinsi Tahun 2024-2025 72
Grafik 3.17. Cakupan deteksi dini kanker kolorektal berdasarkan Provinsi Tahun 2024-2025 72
Grafik 3.18. Capaian Indikator Persentase Merokok Penduduk Usia 10-21 Tahun Tahun 2023-2025 75
Grafik 3.19. Prevalensi Merokok pada Anak dan Remaja di ASEAN Tahun 2024 77

Grafik 3.20. Target dan Capaian Kabupaten/ Kota yang menetapkan KTR Tahun 2020-2025 78
Grafik 3.21. Target dan Capaian Kab/ Kota yang Menyelenggarakan Layanan UBM Tahun 2020 - 2025 79
Grafik 3.22. Cakupan Skrining Stroke Tahun 2024-2025 89
Grafik 3.23. Kab/Kota melaksanakan skrining stroke yang minimal 80% Puskesmas 90
Grafik 3.24. Insidensi TB 2020-2024 93
Grafik 3.25. Target dan Capaian Insidensi TBC di Indonesia Tahun 2020-2025 93
Grafik 3.26. Target dan Capaian Insidensi TBC di Indonesia Tahun 2025-2029 94
Grafik 3.27. Tren Infeksi Baru HIV Global Tahun 2024 101
Grafik 3.28. Target dan Capaian Insidensi HIV Tahun 2020-2025 101
Grafik 3.29. Target dan Capaian Insidensi HIV Tahun 2025-2029 102
Grafik 3.30. Perkembangan Menuju Target 95-95-95 103
Grafik 3.31. Target dan Capaian Indikator Insiden Hepatitis B Tahun 2025-2029 109
Grafik 3.32. Insiden Hepatitis B Tahun 2021-2025 110
Grafik 3.33. Capaian Jumlah Kabupaten/Kota mencapai Eliminasi Malaria Tahun 2021 – 2025 117
Grafik 3.34. Target dan Capaian Desa Endemis Schistosomiasis Eliminasi Tahun 2020 - 2025 127
Grafik 3.35. Target Eliminasi Schistosomiasis Tahun 2025-2029 128
Grafik 3.36. Target dan Capaian Kab/Kota yang mencapai eliminasi kusta Tahun 2020-2025 132
Grafik 3.37. Target dan Capaian Jumlah Kab/Kota Eliminasi Rabies 138
Tahun 2025-2029 138
Grafik 3.38. Target dan Capaian Kab/Kota Eliminasi Rabies Tahun 2022-2025 138
Grafik 3.39. Grafik. Kabupaten/Kota Eliminasi Rabies per Provinsi Tahun 2025 139
Grafik 3.40. Tren Kematian dan *Case Fatality Rate* (CFR) Dengue di Indonesia Tahun 2020-2025 146
Grafik 3.41. Capaian Persentase penurunan kejadian penyakit sensitif iklim 148
Grafik 3.42. Penurunan Kasus Penyakit Akibat Sensitif Iklim Tahun 2025 149
Grafik 3.43. Capaian indikator Sensitif Iklim per bulan selama tahun 2025 150
Grafik 3.44. Perbandingan Baseline, Target dan Capaian Indikator Jumlah Desa/Kelurahan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) 163

Grafik 3.45. Prevalensi dan Proporsi Obesitas Tahun 2023 dan 2025 166
Grafik 3.46. Prevalensi dan Proporsi Obesitas Tahun 2025 168
Grafik 3.47. Persentase Kab/Kota dengan Pengendalian KLB/wabah Tahun 2024-2025 172
Grafik 3.48. Capaian Kabupaten/Kota dengan pengendalian kejadian luar biasa (KLB)/Wabah 173
Grafik 3.49. Target dan Capaian Indikator Persentase Faktor risiko penyakit di pintu masuk negara yang dikendalikan Tahun 2025 178
Grafik 3.50. Persentase Capaian Kabupaten/Kota Per Provinsi 182
Grafik 3.51. Perbandingan Capaian dengan Baseline dan Target Jangka Menengah Tahun 2024-2029 183
Grafik 3.52. Perbandingan Baseline, Target dan Capaian Indikator Kabupaten/Kota dengan Kualitas Air Minum yang Memenuhi Syarat 185
Grafik 3.53. Persentase Capaian Kabupaten/Kota Per Provinsi 187
Grafik 3.54. Perbandingan Capaian dengan Baseline dan Target Jangka Menengah Tahun 2025-2029 188
Grafik 3.55. Persentase Capaian KKS per Provinsi 189
Grafik 3.56. Perbandingan capaian dengan baseline dan target jangka menengah Tahun 2024-2029 190
Grafik 3.57. Target dan Capaian Persentase Kab/Kota yang mencapai target imunisasi lengkap Tahun 2022-2025 196
Grafik 3.58. Cakupan ODHIV on ART di Regional Asia Pasifik Tahun 2024 199
Grafik 3.59. Capaian ODHIV on ART Tahun 2020-2025 200
Grafik 3.60. Notifikasi Kasus TBC Tahun 2021-Tahun 2025 205
Grafik 3.61. Cakupan Penemuan Kasus TB Tahun 2020-Tahun 2025 206
Grafik 3.62. Cakupan Penemuan dan Pengobatan Kasus TB per Provinsi Tahun 2025 206
Grafik 3.63. Capaian Jumlah Kabupaten/Kota mencapai API Malaria < 1/1000 penduduk Tahun 2021-2025 213
Grafik 3.64. Proporsi Kasus Kusta Baru Tanpa Cacat Tahun 2020-2025 216
Grafik 3.65. Target dan Capaian Persentase Pengobatan Kasus Pneumonia Sesuai Standar Tahun 2022-2025 223
Grafik 3.66. Persentase Kasus Pneumonia Balita yang diberikan antibiotik per Provinsi Tahun 2025 224

Grafik 3.67. Target dan Capaian Persentase Pengobatan Diare Sesuai Standar Tahun 2022-2025 225
Grafik 3.68. Persentase Kasus Diare yang diberikan Oralit dan Zinc Tahun 2025 225
Grafik 3.69. Persentase Pengobatan Penyakit Menular Pada Balita Sesuai Standar Tahun 2025 226
Grafik 3.70. Target dan Capaian Persentase skrining Penyakit Menular Pada kelompok Berisiko Tahun 2022- 2025 232
Grafik 3.71. Persentase skrining Penyakit Menular Pada kelompok Berisiko Berdasarkan Provinsi Tahun 2025 232
Grafik 3.72. Target dan Capaian Jumlah kabupaten/kota mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan Tahun 2022–2025 236
Grafik 3.73. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan per Provinsi Tahun 2025 237
Grafik 3.74. Capaian Kab/Kota Eradikasi Frambusia Tahun 2021 - 2025 238
Grafik 3.75. Jumlah Kabupaten/Kota Endemis Filariasis yang Mencapai Eliminasi Tahun 2020 – 2025 238
Grafik 3.76. Capaian Prevalensi Merokok Pada Penduduk Usia 10-21 Tahun Tahun 2025 246
Grafik 3.77. Prevalensi Merokok pada Anak dan Remaja di Negara ASEAN Tahun 2024 248
Grafik 3.78. Target dan Capaian Persentase Kab/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan Tahun 2022-2025 252
Grafik 3.79. Hasil Survei Nilai Indeks Kepuasan Ditjen P2 260
Grafik 3.80. Indeks Ditjen P2, Agregat Kemenkes, dan Target Renstra 262
Grafik 3.81. Capaian Nilai Kinerja Anggaran Ditjen P2 266
Grafik 3.82. Nilai Kinerja Perencanaan Anggaran 267
Grafik 3.83. Nilai Kinerja Pelaksanaan Anggaran 269
Grafik 3.84. Nilai Kinerja Anggaran Ditjen P2 Tahun 2024 – 2025 270
Grafik 3.85. Nilai Kinerja Anggaran Unit Eselon I Kemenkes Triwulan IV Tahun 2025 271
Grafik 3.86. Target dan Capaian Penyelesaian LHP Tahun 2023-2025 279
Grafik 3.87. Target dan Realisasi Anggaran Ditjen P2 Tahun 2020-2025 287

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1. Struktur Organisasi Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit 14
Gambar 3.1. Gambar Peta Endemisitas Indonesia Tahun 2025 116
Gambar 3.2. Peta Daerah Endemis Schistosomiasis 125
Gambar 3.3. Peta Kasus Kusta Global 131
Gambar 3.4. Peta Eliminasi Kusta di Indonesia tahun 2025 132

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Indonesia memiliki cita-cita besar menjadikan Indonesia Emas 2045 sebagai Negara Kesatuan Republik Indonesia yang Bersatu, Berdaulat, Maju, dan Berkelanjutan. Indonesia akan menjadi negara dengan pendapatan per kapita setara negara-negara maju yang disertai kemiskinan menurun dan ketimpangan berkurang, negara yang berdaulat dan berperan penting di dunia Internasional, negara yang memiliki Sumber Daya Manusia yang unggul, serta negara yang berkomitmen menerapkan prinsip pembangunan berkelanjutan. Untuk mencapai Indonesia Emas 2045 dilakukan strategi besar yakni transformasi sosial, transformasi ekonomi, transformasi tata kelola, ketahanan sosial budaya dan ekologi, supremasi hukum, stabilitas, dan kepemimpinan Indonesia, mewujudkan pembangunan kewilayahan yang merata dan berkeadilan, mewujudkan sarana prasarana yang berkualitas dan ramah lingkungan serta mewujudkan kesinambungan pembangunan.

Pada transformasi sosial, sektor kesehatan menjadi fokus dan arah kebijakan yakni pada penuntasan pemenuhan pelayanan dasar kesehatan dan peningkatan kualitas Sumber Daya Manusia untuk membentuk manusia produktif. Kementerian Kesehatan berkomitmen untuk terus mempercepat, memperkuat, dan memperluas pelaksanaan transformasi kesehatan, sebagai bagian dari upaya kolektif untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat, produktif, mandiri, dan berkeadilan menuju Indonesia Emas 2045. Transformasi kesehatan dilaksanakan melalui 6 pilar transformasi yakni (i) transformasi layanan primer, (ii) transformasi layanan rujukan, (iii) transformasi sistem ketahanan kesehatan, (iv) transformasi sistem pembiayaan kesehatan, (v) transformasi SDM kesehatan, serta (vi) transformasi teknologi kesehatan. Secara bertahap, transformasi kesehatan di Indonesia telah menunjukkan kemajuan yang positif, sesuai arah dan target yang telah ditetapkan dalam rencana strategis.

Program Penanggulangan Penyakit melakukan pilar transformasi kesehatan khususnya pada transformasi layanan primer dan ketahanan kesehatan. Pada transformasi layanan primer, intervensi kunci pada peningkatan imunisasi, penanggulangan TBC, HIV, Malaria dan Penyakit Tidak Menular (PTM) sedangkan pada transformasi ketahanan kesehatan intervensi kunci untuk memperkuat ketahanan tanggap darurat dengan melakukan jejaring dan surveilans faktor risiko kesehatan.

Pada tahun 2025, telah ditetapkan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan yang memuat tentang Indikator Sasaran Strategis (ISS), Indikator Kinerja Program (IKP) dan Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) yang harus dicapai pada Tahun 2025-2029. Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit menyusun Rencana Aksi Program (RAP) Tahun 2025-2029

sebagai dokumen perencanaan lima tahunan yang mengacu pada Rencana Strategis Kementerian Kesehatan. Target IKP tersebut ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja antara Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit (P2) dan Menteri Kesehatan yang memuat indikator dan target kinerja yang harus dihasilkan atas penggunaan anggaran Tahun 2025.

Hasil pencapaian kinerja yang ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja Tahun 2025 disampaikan melalui Laporan Kinerja Tahun 2025 sebagai bentuk pertanggungjawaban Ditjen P2 dalam mencapai sasaran dan tujuan strategis instansi, sebagai upaya perbaikan berkesinambungan bagi Ditjen P2 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 P2 di masa depan.

B. ISU STRATEGIS

1. Transformasi Kesehatan

Transformasi kesehatan di Indonesia telah menghasilkan banyak pencapaian baik pada transformasi layanan primer maupun pada ketahanan kesehatan. Area prioritas pada pilar transformasi layanan primer Program Penanggulangan Penyakit meliputi imunisasi, TBC, HIV, Malaria dan PTM. **Transformasi layanan primer** telah melakukan perluasan antigen imunisasi dan Indonesia memiliki komitmen dan kontribusi 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 Penanggulangan 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, *Human Papillomavirus* (HPV), *Japanese Encephalitis* (JE), Rotavirus dan P*neumococcal Conjugate Vaccine* (PCV). Pada tahun 2024 dan 2025, tidak ada penambahan jenis antigen, namun terdapat penambahan lokus untuk pelaksanaan imunisasi JE yaitu Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

Notifikasi TBC menunjukkan peningkatan dari tahun 2021-2025, tahun 2021 sebanyak 443.235 kasus TBC ditemukan, meningkat menjadi 724.309 kasus pada tahun 2022, 821.200 kasus TBC ditemukan pada tahun 2023, 856.420 kasus pada tahun 2024 dan pada tahun 2025, 860.814 kasus. 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 katastropik 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 2025, dari estimasi 568.900 ODHIV yang hidup di Indonesia diketahui terdapat 372.635 (66%) ODHIV hidup yang mengetahui status HIV-nya, 266.681 (72%) ODHIV hidup yang mengetahui statusnya telah menerima pengobatan antiretroviral (ARV), dan 141.586 (53%) ODHIV dalam pengobatan ARV yang mencapai supresi virus. (SIHA per 20 Januari 2026)

Transformasi layanan primer juga mencakup pelaksanaan skrining terhadap sembilan jenis Penyakit Tidak Menular (PTM), yaitu Diabetes Melitus, Hipertensi, Obesitas, Gangguan Indra, Kanker Payudara, Kanker Leher Rahim, Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK), Stroke, dan Penyakit Jantung. Berdasarkan data capaian hingga tahun 2025 yang tercatat dalam Sistem Informasi ASIK, skrining obesitas telah menjangkau 52.042.584 orang atau 42,4% dari target 122.677.277 orang, skrining diabetes melitus sebanyak 41.534.091 orang (40,4%) dari target 102.837.565 orang, skrining hipertensi sebanyak 54.659.543 orang (35,8%) dari target 152.400.238 orang, Skrining Tajam Pendengaran sebanyak 43.157.635 orang dari target sebanyak 53.628.118 (80,48%), skrining tajam penglihatan sebanyak 38.720.440 dari target sebanyak 53.628.118 orang (72,20%), sedangkan skrining gigi pada kelompok usia 6-12 tahun didapatkan capaian skrining sebanyak 10.042.823 orang dari target 30.676.760 orang (32,73%), skrining kanker payudara telah dilakukan pada 4.089.557 orang (9,86%) dari target 41.477.584 orang, skrining kanker leher rahim pada 555.098 orang (6%) dari target sebesar 9.259.195 orang, skrining PPOK pada 36.148.593 orang atau 38,73% dari target 93.328.443 orang, skrining stroke pada 2.887.775 orang (52,3%) dari target 5.516.719 orang, sedangkan skrining penyakit jantung masih relatif rendah dengan capaian 2.415.198 orang atau 109,45% dari target 2.206.688 orang.

Transformasi sistem ketahanan kesehatan diarahkan pada penguatan sistem kesehatan yang tangguh dalam menghadapi ancaman penyakit berpotensi KLB/wabah, termasuk penyakit infeksi emerging. Transformasi ini menitikberatkan pada penguatan fungsi pencegahan, deteksi dini, respons cepat, dan pemulihan melalui penerapan manajemen risiko kesehatan, penguatan surveilans dan kewaspadaan dini, peningkatan kesiapsiagaan dan respons, serta pengendalian faktor risiko kesehatan baik di wilayah maupun di pintu masuk negara. Dalam konteks daerah, transformasi ketahanan kesehatan diwujudkan melalui peningkatan kapasitas kabupaten/kota dalam penanggulangan KLB/wabah. Hal ini mencakup tersedianya sistem surveilans epidemiologi yang berfungsi, mekanisme pelaporan dan analisis data yang tepat waktu, rencana kontinjensi yang disusun dan diuji, serta kemampuan respons awal yang cepat dan terkoordinasi, sesuai dengan prinsip 7-1-7. Penguatan kapasitas tersebut menjadi pondasi utama dalam mencegah perluasan wabah, menurunkan dampak kesehatan masyarakat, dan memperkuat ketahanan sistem kesehatan nasional secara berkelanjutan.

Pada tahun 2025, secara nasional tercatat 598.506 alert SKDR, dengan 591.020 alert (97%) telah diverifikasi. Dari alert yang diverifikasi tersebut, 82% ditindaklanjuti dalam waktu ≤24 jam, mencakup 420 kabupaten/kota di 24 provinsi, yang menunjukkan penguatan signifikan kapasitas respons dini daerah dalam pengendalian KLB/wabah. Pemantauan IBS SKDR minggu ke-53 tahun 2025 juga mengidentifikasi peningkatan kasus pada 10 penyakit prioritas, yaitu Malaria Konfirmasi, Suspek Dengue, Pneumonia, Suspek Leptospirosis, Diare Akut, Diare Berdarah, Jaundice Akut, Suspek Campak, Suspek Tetanus, dan Suspek HFMD, sebagai dasar kewaspadaan dan respons kesehatan masyarakat. Selain itu, pemetaan risiko penyakit infeksi emerging dimanfaatkan untuk mengidentifikasi wilayah rentan, faktor risiko lingkungan dan perilaku, serta kapasitas respons daerah, sehingga intervensi pencegahan dan pengendalian dapat dilakukan secara lebih terarah dan berbasis bukti.

Pelaksanaan surveilans penyakit infeksi emerging menghasilkan data epidemiologi yang menjadi dasar pengambilan kebijakan dan respons kesehatan masyarakat. Surveilans PIE dilakukan melalui sentinel dan non sentinel. Pada tahun 2025, surveilans PIE mencatat 18 kasus konfirmasi Hantavirus dari 189 kasus suspek yang tersebar di 7 provinsi, yaitu Daerah Istimewa Yogyakarta, Jawa Barat, DKI Jakarta, Sulawesi Utara, Nusa Tenggara Timur, Sumatera Barat, dan Banten. Selain itu, Legionellosis teridentifikasi sebanyak 68 kasus konfirmasi positif dari 358 kasus suspek yang tersebar di 4 provinsi (DKI Jakarta, Kepulauan Riau, Jawa Barat, dan Bali), dengan 4 kasus meninggal dunia selama periode 2023–2025. Beberapa penyakit infeksi emerging lainnya yang juga telah teridentifikasi di Indonesia yaitu mpox dengan 88 kasus konfirmasi. Selain itu, surveilans Penyakit Infeksi Emerging juga tetap dilakukan melalui peningkatan penemuan kasus suspek yang

sampai saat ini belum pernah teridentifikasi kasus konfirmasinya misalnya MERS, Nipah, Ebola, Demam Kuning.

Di Pintu Masuk Negara, deteksi dini penyakit dan faktor risiko kesehatan berpotensi KLB/wabah dilaksanakan terhadap orang, alat angkut, barang, dan lingkungan sebagai bagian dari sistem kewaspadaan dini kesehatan. Pelaksanaan kegiatan ini mengacu pada Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024, serta ketentuan International Health Regulations (IHR) 2005. Sepanjang tahun 2025, kegiatan pengawasan kesehatan yang dilakukan oleh seluruh Pintu Masuk mencakup pengawasan terhadap 49.660.171 orang, 4.776.002 alat angkut, 354.037 barang, serta 79.462 lokasi atau media lingkungan. Pengawasan tersebut merupakan bagian dari upaya pencegahan masuk dan menyebarnya penyakit serta faktor risiko kesehatan berpotensi KLB/wabah melalui mobilitas orang, alat angkut, dan barang lintas wilayah maupun lintas negara. Upaya deteksi dini dilaksanakan melalui penerapan surveilans dan pemeriksaan berbasis risiko, pemantauan kondisi lingkungan, serta penguatan koordinasi lintas sektor di Pintu Masuk. Pendekatan ini bertujuan untuk memastikan deteksi kejadian kesehatan secara cepat, respons yang tepat waktu, serta perlindungan kesehatan masyarakat secara berkelanjutan.

Penguatan deteksi dini tersebut didukung oleh peningkatan kesiapsiagaan di Pintu Masuk, antara lain melalui ketersediaan Dokumen Rencana Kontinjensi Kesiapsiagaan yang disusun sesuai standar nasional dan telah diuji melalui latihan atau simulasi. Keberadaan rencana kontinjensi yang teruji memastikan kesiapan respons awal yang cepat dan terkoordinasi apabila terjadi kejadian berpotensi KLB/wabah di Pintu Masuk Negara, sekaligus memperkuat peran karantina kesehatan sebagai garda terdepan dalam ketahanan kesehatan nasional.

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 menunjukan 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 mengkonsumsi alkohol. Hasil Survei Kesehatan Indonesia 2023, faktor risiko perilaku penyebab terjadinya PTM yaitu 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 2025 menunjukkan estimasi ODHIV sebanyak 568.900, ODHIV yang masih hidup dan mengetahui statusnya 372.635 (66%), ODHIV yang sedang mendapatkan pengobatan ARV 266.681 (72%) dan ODHIV sedang dalam pengobatan ARV yang dites viral load dengan hasil virusnya tersupresi 141.586 (53%).

Tuberkulosis masih menjadi masalah kesehatan global hingga sekarang. Sebagai penyakit menular, TBC menjadi pembunuh yang paling mematikan di dunia. Pada tahun 2024, secara global diperkirakan sebanyak 10,7 juta kasus TBC, menurun sekitar 0,9% dibandingkan pada tahun 2031 sebanyak 10,8 juta kasus. Dengan demikian angka

insidensi meningkat sekitar 2,3% dari tahun 2023. Berdasarkan Global TB Report WHO 2025, Indonesia merupakan negara dengan beban Tuberkulosis (TBC) tertinggi kedua di dunia, setelah India. Dua per tiga beban kasus TB global ada di 8 negara sebagai berikut: India menyumbang kasus TBC sebesar 25,3%, Indonesia 10,1%, Filipina 6,8%, Cina 6,51%, Pakistan 6,3%, Nigeria 4,8%, Republik Demokratik Kongo 3,9% dan Bangladesh 3,6%.

Diestimasikan di Indonesia terdapat 1.080.000 kasus TBC baru setiap tahunnya dengan angka kematian mencapai 126.000. Estimasi jumlah kasus TBC anak pada tahun 2024 sebesar 179.000 meningkat lebih dari 2 kali lipat dari periode sebelumnya, dengan demikian kasus TBC anak memiliki presentase 17% di antara jumlah kasus TBC seluruhnya di Indonesia. Berdasarkan *Global TB Report* 2025 juga diketahui bahwa terjadi peningkatan jumlah pasien TBC dengan status HIV positif pada tahun 2023 hanya 16.000 kasus meningkat menjadi 18.00 kasus, TB kebal obat (MDR/ RR) semula hanya 30.000 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* (2025), pada tahun 2024 secara global jumlah kasus malaria diperkirakan mencapai 282 juta di 80 negara endemis malaria. Terdapat peningkatan sekitar 9 juta kasus (3%) dibandingkan dengan tahun 2023. Terdapat 2,4 juta kasus malaria di sembilan negara endemis di Wilayah Pasifik Barat WHO , yang menyumbang kurang dari 1% kasus secara global pada tahun 2024. Papua Nugini menyumbang lebih dari separuh perkiraan kasus malaria di wilayah tersebut (65,6%), diikuti oleh Indonesia (25,8%) dan Kepulauan Solomon (7,4%).Dari tahun 2000 sampai 2015, terjadi penurunan kasus sebesar 42,1%, dari 3,9 juta menjadi 2,3 juta. Penurunan ini melambat menjadi 7,1% antara tahun 2015 dan 2024. Terdapat peningkatan 8,6% dalam perkiraan jumlah kasus malaria dari tahun 2023 hingga 2024. Peningkatan kasus baru-baru ini terutama didorong oleh peningkatan di Indonesia (+121.000, 23,7%), Papua Nugini (+75.700, 5,0%) dan Filipina (+8.200, 53%). Estimasi kasus malaria di Indonesia pada tahun 2024 sebesar 631.000 kasus (*World Malaria Report*, 2025).

Situasi malaria di Indonesia pada tahun 2025, sekitar 10% penduduk Indonesia masih tinggal di daerah endemis malaria baik endemis rendah, sedang dan tinggi sementara 90% lainnya, telah hidup di daerah bebas malaria. Jumlah Kabupaten/Kota yang mencapai eliminasi malaria sampai akhir tahun 2025 sebanyak 412 kabupaten/kota dari target yang ditentukan sebesar 425 kab/kota dengan pencapaian kinerja sebesar 97%. Kasus terbesar terlaporkan di Provinsi Tanah Papua yang berkontribusi menyumbang kasus positif 508.066 (93%) dari 543.959 kasus secara nasional pada tahun 2024. Tahun 2025 terlaporkan peningkatan kasus malaria menjadi 641.888 kasus dan 95% kasus malaria masih dilaporkan dari tanah Papua.

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 Tatalaksana Kusta. Tahun 2023, dilaporkan sebanyak 68 kasus frambusia dari 6 kabupaten/kota di Provinsi Maluku Utara, Papua, dan Papua Barat. Pada tahun 2024 masih ditemukan kasus frambusia sebanyak 214 kasus di 9 kabupaten/kota di wilayah pulau Papua kecuali Papua Pegunungan yang tidak pernah melaporkan kasus frambusia .Dalam rangka mewujudkan eradikasi frambusia di Indonesia, diterbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2017 tentang Eradikasi Frambusia yang berisi tahapan kegiatan eradikasi melalui pelaksanaan surveilans adekuat bagi kabupaten/kota endemis dan non endemis, Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Frambusia total

penduduk pada desa endemis frambusia dan Survei Serologi Frambusia selama tiga tahun berturut-turut pada kabupaten/kota endemis frambusia untuk pembuktian bahwa sudah tidak terjadi transmisi frambusia di daerah tersebut.

Rabies masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia dan global sampai saat ini. Berdasarkan laporan rilis WHO Oktober 2025, kematian akibat rabies di Indonesia tahun 2024 menduduki peringkat ke dua di ASEAN setelah Philipina. Tahun 2024 Philipina melaporkan sabanyak 425 kasus rabies pada manusia, sedangkan Indonesia tahun 2024 melaporkan sebanyak 122 kasus dan tahun 2025 sebanyak 156 kasus rabies. 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. 99% dari kasus manusia di Asia dan Afrika disebabkan oleh gigitan anjing yang terinfeksi. Tahun 2015, Badan Kesehatan Dunia (World Health Organization), Badan Pangan dan Pertanian Dunia (Food and Agriculture Organization), Organisasi Kesehatan Hewan Dunia (World Organisation for Animal Health), dan Global Alliance for Rabies Control (GARC) bersama – sama dengan lebih dari 100 negara-negara endemik rabies 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*) untuk mempercepat aksi-aksi menuju eliminasi rabies yang ditularkan oleh anjing tahun 2030.

Penyakit diare merupakan penyakit infeksi saluran pencernaan yang menjadi salah satu penyebab utama kematian pada balita dan dapat menyebabkan stunting. Data UNICEF menunjukkan diare menyumbang sekitar 9 persen dari seluruh kematian anak di bawah usia 5 tahun di seluruh dunia pada tahun 2021. Menurut Data Profil Kesehatan Tahun 2023, diare merupakan penyebab kematian kedua pada balita di Indonesia dengan kontribusi sebesar 1% terhadap kematian pada post-neonatal (usia 29 hari - 11 bulan) dan 1,1% terhadap kematian balita kelompok usia 12-59 bulan. Walaupun berada di posisi yang sama, angka ini jauh menurun jika dibandingkan dengan Data Profil Kesehatan Tahun 2022 yang mencatat proporsi kematian balita 12-59 bulan sebesar 5,8%. Berdasarkan hasil Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023 prevalensi diare pada bayi, balita, dan semua umur mengalami penurunan yaitu menjadi 6,4%, 7,6% dan 4,3%, jika dibandingkan dengan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 yang berturut-turut sebesar 10,6%, 12,3%, dan 8%

4. Makanan Bergizi Gratis

Program Makan Bergizi Gratis (MBG) merupakan Proyek Strategis Nasional yang ditetapkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) periode 2025–2029. Program ini dirancang sebagai langkah strategis guna mendukung

terwujudnya visi Indonesia Emas 2045. Melalui MBG, pemerintah berupaya meningkatkan asupan gizi anak-anak agar tumbuh menjadi sumber daya manusia yang sehat, cerdas, dan produktif sekaligus menanamkan nilai-nilai karakter. Mengingat anak-anak saat ini akan menjadi bagian penting dari bonus demografi Indonesia pada tahun 2035, pemenuhan kebutuhan gizi sejak usia dini, mulai dari janin pada masa kehamilan, bayi, balita, hingga usia sekolah menjadi sangat krusial demi menciptakan generasi unggul yang berkualitas.

Berdasarkan Perpres nomor 83 tahun 2024 dalam rangka mendukung terwujudnya generasi emas menuju Indonesia 2045, maka Pemerintah merancang Program MBG yang bertujuan untuk pemenuhan gizi terhadap sasaran peserta didik dan non peserta didik. Sasaran lainnya dalam pemberian makanan bergizi gratis ini, juga diberikan kepada kelompok masyarakat yang membutuhkan seperti pemberian makanan tambahan pada balita, ibu hamil dan kelompok usia lanjut. Program MBG menyediakan makanan dalam jumlah besar untuk peserta didik dan masyarakat. Melihat hal tersebut, selain aspek gizi, keamanan pangan menjadi faktor penting untuk diperhatikan.

Selain aspek gizi dalam program MBG, keamanan pangan olahan siap saji merupakan faktor yang sangat penting untuk diperhatikan. Makanan yang disiapkan harus aman dikonsumsi oleh penerima manfaat, sehingga harus dilakukan upaya pengamanan dan pencegahan agar tidak terjadi kontaminasi di sepanjang rantai pengelolaan pangan. Pengelolaan pangan olahan siap saji dengan menerapkan prinsip-prinsip higiene sanitasi pangan yang benar merupakan strategi yang tepat untuk mengendalikan titik kritis pencemaran pada pengelolaan pangan. Tempat Pengelolaan Pangan menjadi sasaran prioritas pengawasan dan pembinaan. TPP memiliki beberapa kategori, TPP yang bersifat komersial yaitu usaha penyediaan pangan siap saji yang memperdagangkan produknya secara rutin, yaitu jasa boga/katering, restoran, TPP tertentu, depot Air Minum (DAM), rumah makan, gerai pangan jajanan, gerai pangan jajanan keliling, dapur gerai pangan jajanan, dan sentra gerai pangan jajanan/kantin.

5. Cek Kesehatan Gratis

Cek Kesehatan Gratis (CKG) merupakan upaya strategis yang dirancang oleh pemerintah untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan. Program ini memanfaatkan momentum ulang tahun sebagai pengingat bagi individu untuk melakukan deteksi dini terhadap berbagai kondisi kesehatan yang berpotensi berkembang menjadi penyakit serius. Tujuan CKG antara lain mengidentifikasi faktor risiko kesehatan agar masyarakat tetap sehat dan tidak berlanjut menyebabkan timbulnya penyakit, mendeteksi kondisi pra penyakit agar tidak berkembang menjadi penyakit dan mendeteksi penyakit lebih awal agar dapat diberikan penanganan yang tepat dan mencegah komplikasi serta menurunkan risiko kecacatan dan kematian.

C. VISI DAN MISI

Cita-cita Indonesia dalam RPJPN 2025-2045, yaitu Indonesia Emas 2045 dijabarkan dalam RPJMN 2025-2029 melalui visi Bersama Indonesia Maju Menuju Indonesia Emas 2045. Selaras dengan visi pada RPJMN 2025-2029, Kementerian Kesehatan menetapkan visi 2025-2029, yaitu Masyarakat Yang Sehat Dan Produktif Guna Mewujudkan Indonesia Emas 2045. Sejalan dengan visi Kemenkes maka Visi Ditjen P2 adalah **Masyarakat Bebas Penyakit Untuk Mewujudkan Masyarakat yang Sehat dan Produktif guna Mewujudkan Indonesia Emas 2045.**

Kementerian Kesehatan melaksanakan Misi (Asta Cita) Presiden dan Wakil Presiden Periode 2025-2029 terutama pada Asta Cita nomor 4, yaitu memperkuat pembangunan sumber daya manusia (SDM), sains, teknologi, pendidikan, kesehatan, prestasi olahraga, kesetaraan gender, serta penguatan peran perempuan, pemuda (generasi milenial dan generasi Z), dan penyandang disabilitas. Asta cita tersebut dituangkan dalam RPJMN 2025-2029 sebagai Prioritas Nasional (PN) ke-4 dalam RPJMN. Untuk mendukung PN 4 pada RPJMN dan mewujudkan Visi Kementerian Kesehatan Periode 2025-2029, maka ditetapkan Misi Kementerian Kesehatan sebagai berikut:

1. Mewujudkan masyarakat sehat pada seluruh siklus hidup
2. Membudayakan gaya hidup sehat
3. Memenuhi layanan kesehatan yang berkualitas, baik, adil, dan terjangkau
4. Mengimplementasikan sistem ketahanan kesehatan yang tangguh dan responsive
5. Menguatkan tata Kelola dan pendanaan kesehatan nasional yang berkecukupan, adil dan berkelanjutan
6. Mengembangkan teknologi kesehatan yang maju
7. Mewujudkan birokrasi dan layanan publik yang *agile*, efektif dan efisien

Selaras dengan misi Kemenkes dan Asta Cita, misi Ditjen P2 tahun 2025-2029 sebagai berikut:

1. Menurunkan beban penyakit menular dan tidak menular melalui penguatan intervensi promotif, preventif, kuratif , rehabilitatif dan/atau paliatif berbasis siklus hidup. Menjamin ketersediaan layanan penanggulangan penyakit yang bermutu, merata, dan berkeadilan di seluruh tingkat pelayanan kesehatan.
2. Meningkatkan penerapan gaya hidup sehat dan pengelolaan faktor risiko penyakit di masyarakat.
3. Memperkuat imunisasi nasional sebagai perlindungan utama terhadap penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi.
4. Meningkatkan kualitas sistem ketahanan kesehatan melalui Upaya penyehatan, pengamanan dan pengendalian faktor risiko lingkungan.
5. Meningkatkan perubahan perilaku hidup bersih dan sehat melalui pendekatan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM).
6. Meningkatkan sistem ketahanan kesehatan melalui penguatan sistem surveilans dan

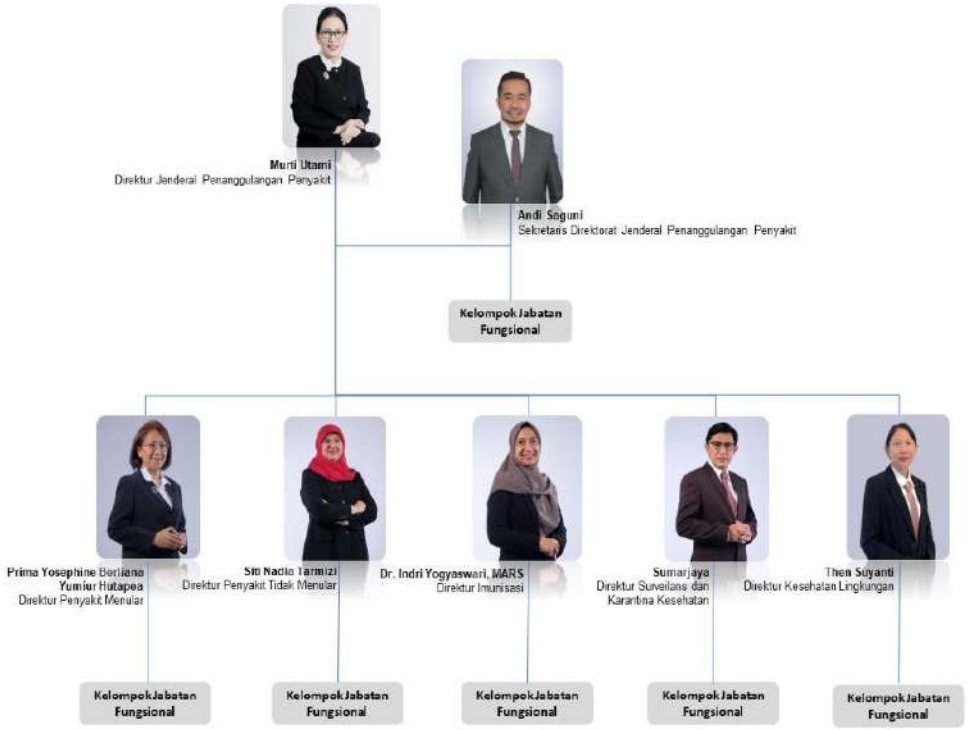
respons cepat terhadap kejadian luar biasa/wabah secara terintegrasi, berbasis data, dan teknologi di wilayah dan pintu masuk negara.
7. Meningkatkan akuntabilitas program penanggulangan penyakit melalui perencanaan berbasis data, transparansi anggaran dan pelaporan program.
8. Monitoring dan evaluasi berkala dan objektif.
9. Meningkatkan tata kelola program penanggulangan penyakit melalui perencanaan berbasis data, transparansi anggaran, evaluasi berkala, serta penguatan kapasitas SDM dan kolaborasi multisektor.

D. TUGAS, FUNGSI DAN STRUKTUR ORGANISASI

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, susunan organisasi Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit terdiri atas:
1. Sekretariat Direktorat Jenderal;
2. Direktorat Penyakit Tidak Menular;
3. Direktorat Penyakit Menular;
4. Direktorat Imunisasi;
5. Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan; dan
6. Direktorat Kesehatan Lingkungan.

Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit mempunyai tugas menyelenggarakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang Penanggulangan Penyakit. Dalam melaksanakan tugas, Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit melaksanakan fungsi antara lain sebagai berikut:
1. Perumusan kebijakan bidang pencegahan dan pengendalian penyakit, pemberantasan penyakit menular, dan penanganan penyakit tidak menular;
2. Pelaksanaan kebijakan di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit, pemberantasan penyakit menular, dan penanganan penyakit tidak menular;
3. Penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit, penyakit tidak menular;
4. Pemberian bimbingan teknis dan supervisi di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit, pemberantasan penyakit menular, dan penanganan penyakit tidak menular;
5. Pelaksanaan pemantauan, analisis, evaluasi, dan pelaporan di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit, pemberantasan penyakit menular, dan penanganan penyakit tidak menular;
6. Pelaksanaan administrasi Direktorat Jenderal; dan pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Menteri;
7. Pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Menteri.

Struktur organisasi Ditjen P2 mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan digambarkan dalam grafik dibawah ini:

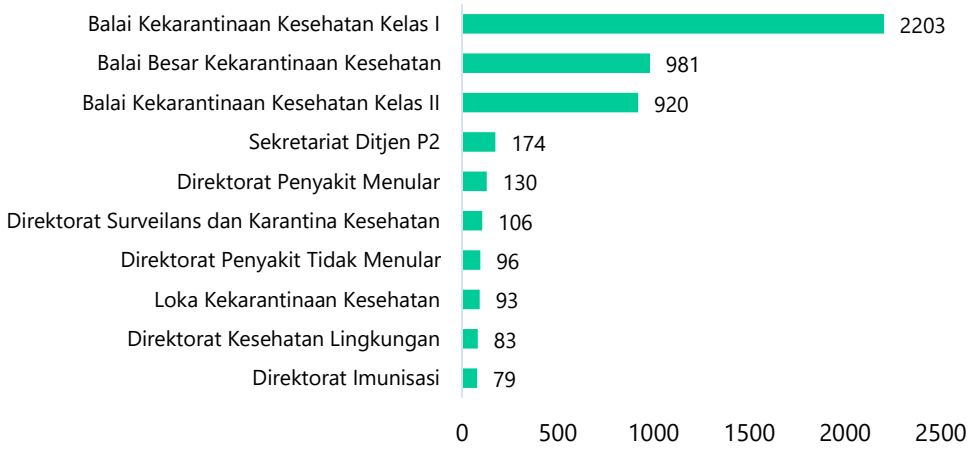


Gambar 1.1. Struktur Organisasi Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit

E. SUMBER DAYA MANUSIA

Dalam pelaksanaan tugas dan fungsinya, Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit didukung oleh 4844 pegawai dari berbagai bidang keahlian dan jabatan yang berada pada 6 Satuan Kerja Kantor Pusat dan 51 Satuan Kerja Unit Pelaksana Teknis (UPT). Distribusi pegawai Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit tahun 2025 pada grafik dibawah ini:

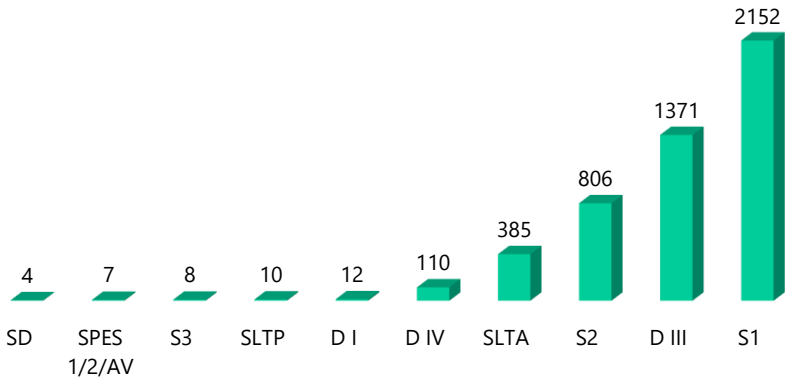
Grafik 1.1. Distribusi Pegawai pada Ditjen P2 Tahun 2025



Sumber Data: Tim Kerja Organisasi dan SDM, Desember 2025

Data diatas menunjukkan jumlah distribusi pegawai terbanyak pada Balai Kekarantinaan Kelas I (45%) sedangkan paling sedikit pada Direktorat Imunisasi (2%). Secara total pegawai pusat sebanyak 668 orang (14%) dan Unit Pelaksana Teknis 4197 orang (86%). Pegawai Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit memiliki latar belakang Pendidikan yang beragam. Distribusi pegawai berdasarkan Jenjang Pendidikan di lingkungan Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit sebagaimana terlihat pada grafik berikut:

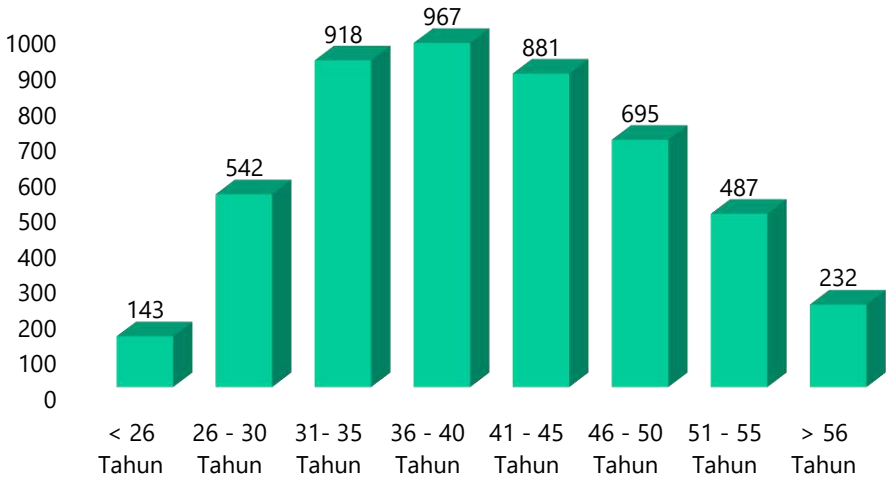
Grafik 1.2. Distribusi pegawai berdasarkan pendidikan Tahun 2025



Sumber Data: Tim Kerja Organisasi dan SDM, Desember 2025

Pegawai terbanyak dengan pendidikan S1 yakni sebesar 47%, DIII sebanyak 29%, S2 sebanyak 18%, sedangkan paling sedikit pegawai dengan pendidikan Sekolah Dasar. Pegawai Ditjen P2 terbagi menjadi beberapa kelompok umur yakni:

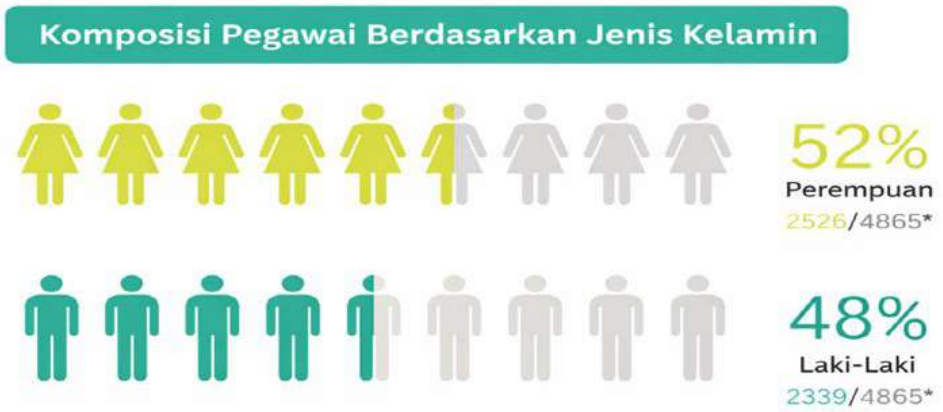
Grafik 1.3. Distribusi Pegawai Berdasarkan Kelompok Umur Tahun 2025



Sumber Data: Tim Kerja Organisasi dan SDM, Desemberi 2025

Distribusi pegawai Ditjen P2, dengan kelompok umur terbanyak yaitu pada kelompok umur 31-35 tahun dan 36-40 tahun yakni masing-masing sebanyak 18.2%, dan berdasarkan jenis kelamin terdiri dari 2339 orang laki-laki dan 2526 perempuan.

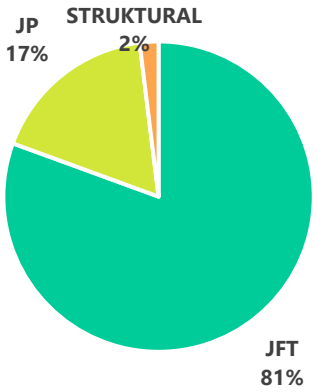
Grafik 1.4. Distribusi Pegawai Berdasarkan Jenis Kelamin Tahun 2025



Sumber Data: Tim Kerja Organisasi dan SDM, Desember 2025

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

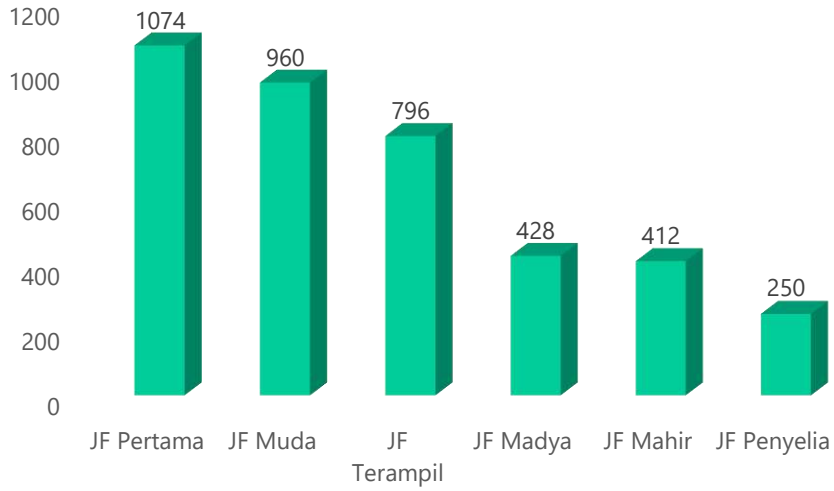
Grafik 1.5. Distribusi Pegawai Berdasarkan Jabatan Tahun 2025



Sumber Data: Tim Kerja Organisasi dan SDM, Desember 2025

Jabatan terbanyak pada Ditjen P2 adalah jabatan fungsional tertentu sebanyak 81%, jabatan pelaksana sebanyak 17% dan struktural sebanyak 2% orang. Adapun jumlah jabatan fungsional tertentu yang berada di Ditjen P2 dapat dilihat pada grafik di bawah ini:

Grafik 1.6. Distribusi Pegawai Ditjen P2 Berdasarkan Jabatan Fungsional Tahun 2025



Sumber Data: Tim Kerja Organisasi dan SDM, Desember 2025

Jabatan fungsional terdiri dari jabatan fungsional ahli madya, muda, pertama, terampil, mahir dan penyelia, terbanyak pada jabatan fungsional ahli Pertama yakni sebanyak 26% dan JF Muda sebanyak 24%.

F. SISTEMATIKA PENULISAN

Bab I. Pendahuluan

Bab ini menyajikan penjelasan umum organisasi, dengan penekanan kepada aspek strategis organisasi serta permasalahan utama (strategic issue) yang sedang dihadapi organisasi

Bab II. Perencanaan Kinerja

Bab ini menguraikan ringkasan/ikhtisar perencanaan dan perjanjian kinerja Ditjen P2 Tahun 2024

Bab III. Akuntabilitas KInerja

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

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

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

RPJMN Tahun 2025–2029 merupakan Tahap Pertama Implementasi RPJPN Tahun 2025–2045, sehingga di dalam RPJMN Tahun 2025–2029 dirumuskan berbagai upaya-upaya transformatif sesuai dengan fokus arah kebijakan antara lain transformasi sosial, transformasi ekonomi, transformasi tata kelola, supremasi hukum, stabilitas dan kepemimpinan Indonesia, ketahanan sosial budaya dan ekologi, pembangunan wilayah dan sarana prasarana, kesinambungan Pembangunan. Transformasi sosial terdiri dari kesehatan untuk semua, pendidikan berkualitas yang merata, perlindungan sosial yang adaptif.

Kementerian Kesehatan merespon kesehatan untuk semua, melalui pelaksanaan transformasi sistem kesehatan sejak tahun 2022, untuk mewujudkan sistem kesehatan yang baik, kuat, serta terintegrasi dengan sistem kesehatan dunia. Reformasi sistem kesehatan nasional diterjemahkan oleh Kementerian Kesehatan ke dalam enam pilar transformasi kesehatan, yaitu: (i) transformasi layanan primer, (ii) transformasi layanan rujukan, (iii) transformasi sistem ketahanan kesehatan, (iv) transformasi sistem pembiayaan kesehatan, (v) transformasi SDM kesehatan, serta (vi) transformasi teknologi kesehatan. Secara bertahap, transformasi kesehatan di Indonesia telah menunjukkan kemajuan yang positif, sesuai arah dan target yang telah ditetapkan dalam rencana strategis. Kementerian Kesehatan berkomitmen untuk terus mempercepat, memperkuat, dan memperluas pelaksanaan transformasi kesehatan, sebagai bagian dari upaya kolektif untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat, produktif, mandiri, dan berkeadilan menuju Indonesia Emas 2045.

Sasaran program P2P tahun 2025-2029 meliputi upaya pencegahan penyakit, pengendalian penyakit menular dan tidak menular, penyehatan lingkungan dan peningkatan tata kelola kesehatan. Pada Rencana Induk Bidang Kesehatan (RIBK) dan Renstra Kemenkes 2025-2029 ditetapkan tujuan dan sasaran program P2 yakni:

Tabel 2.1. Tujuan dan Sasaran Program Tahun 2025-2029

No	Tujuan	Sasaran Strategis	Sasaran Program P2
1	Masyarakat sehat di setiap siklus hidup	1. Meningkatnya kualitas pelayanan promotif dan preventif 2. Meningkatnya kualitas upaya pencegahan dan pengendalian penyakit	1. Meningkatnya proporsi kabupaten/kota yang menyelenggarakan skrining penyakit tidak menular prioritas 2. Tercapainya imunisasi lengkap pada populasi

No	Tujuan	Sasaran Strategis	Sasaran Program P2
			3. Meningkatnya pengendalian penyakit dan faktor risiko penyakit tidak menular 4. Meningkatnya tatalaksana penyakit kanker 5. Menurunnya proporsi perokok usia 10-21 tahun 6. Meningkatnya produk pangan olahan yang beredar di masyarakat memenuhi batas maksimum kandungan Gula Garam Lemak (GGL) 7. Meningkatnya Skrining kolesterol pada Puskesmas 8. Menurunnya insiden penyakit menular 9. Meningkatnya eliminasi penyakit menular 10. Menurunnya kematian akibat penyakit menular
2	Masyarakat berperilaku hidup sehat	3. Meningkatnya kualitas budaya hidup sehat masyarakat	11. Meningkatnya desa/kelurahan yang menerapkan lima pilar Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) secara berkelanjutan 12. Menurunnya proporsi obesitas di kabupaten/kota
3	Layanan Kesehatan yang baik, adil dan terjangkau	13. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes 14. Meningkatnya kuantitas dan kualitas SDM Kesehatan	-
4	Sistem Ketahanan Kesehatan yang Tangguh dan responsive	15. Meningkatnya kualitas sistem ketahanan kesehatan	13. Meningkatnya kualitas kesehatan lingkungan di kabupaten/kota 14. Menurunnya jumlah KLB Keracunan Pangan 15. Meningkatnya kabupaten/kota yang mendeteksi, merespon dan mengendalikan faktor risiko kesehatan yang berpotensi KLB/wabah 16. Meningkatnya pengendalian faktor risiko di pintu masuk negara 17. Meningkatnya kabupaten/kota yang menyelenggarakan

No	Tujuan	Sasaran Strategis	Sasaran Program P2
			adaptasi perubahan iklim bidang Kesehatan
5	Tata Kelola dan Pendanaan Kesehatan yang efektif	18. Meningkatnya keselarasan kebijakan dan prioritas bidang kesehatan antara pemerintah pusat dan daerah 19. Meningkatnya kualitas pendanaan kesehatan yang berkelanjutan	-
6	Teknologi Kesehatan yang Maju	20. Meningkatnya kualitas ekosistem teknologi Kesehatan 21. Meningkatnya kuantitas dan kualitas uji klinis	-
7	Kementerian Kesehatan yang agile, efektif dan efisien	22. Meningkatnya kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan	18. Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan

Sesuai arah kebijakan Kemenkes, maka dirumuskan arah kebijakan dan strategi Ditjen P2 untuk mendukung arah kebijakan strategi nasional dalam mencapai sasaran program Ditjen P2. Arah kebijakan dan strategi ini dirumuskan selaras dengan Renstra Kementerian Kesehatan, yakni terselenggaranya penanggulangan penyakit secara merata, terpadu, dan berkesinambungan di setiap wilayah dan pintu masuk melalui implementasi Transformasi Kesehatan untuk menjamin pemerataan akses dan kualitas pelayanan penanggulangan penyakit

Ditjen Penanggulangan Penyakit berkomitmen mendukung pelaksanaan transformasi kesehatan melalui strategi:

1) Meningkatkan cakupan deteksi dini dan tatalaksana penyakit dalam layanan primer,
2) Mengintegrasikan surveilans penyakit dalam satu sistem informasi Kesehatan nasional
3) Mengembangkan sistem pemantauan kualitas lingkungan yang terintegrasi dengan respon kesehatan masyarakat,
4) Melibatkan multisector meliputi pendidikan, pekerjaan dan lingkungan, transportasi dalam intervensi pengendalian penyakit berbasis faktor risiko,
5) Memperluas edukasi publik, komunikasi risiko, dan kampanye perubahan perilaku secara sistematis dan berkelanjutan,
6) Membangun sistem pembiayaan berkelanjutan untuk penanggulangan penyakit, termasuk pemanfaatan pembiayaan dalam negeri dan luar negeri.

7) Penguatan terhadap pemenuhan sumber daya manusia terlatih, pemenuhan alat dan bahan kesehatan, penguatan regulasi, dan peningkatan kualitas sistem pencatatan pelaporan.

Pada Renstra Keenterian Kesehatan telah ditetapkan Indikator Kinerja Program (IKP) tahun 2025-2029. Adapun sasaran program, indikator kinerja dan target tahun 2025 sebagai berikut:

Tabel 2.2. Sasaran Program, IKP dan Target Tahun 2025

No	Sasaran Program	Indikator Kinerja Program	Target Tahun 2025
1.	Meningkatnya proporsi Kab/Kota yang menyelenggarakan skrining penyakit tidak menular prioritas	1. Persentase kabupaten/ kota yang menyelenggarakan skrining PTM prioritas	100%
2.	Tercapainya imunisasi lengkap pada populasi	2. Cakupan Imunisasi Bayi Lengkap 3. Cakupan imunisasi lengkap 14 antigen mencapai target	80% 74%
3.	Meningkatnya pengendalian penyakit dan faktor risiko penyakit tidak menular	4. Persentase Hipertensi dalam Pengendalian 5. Persentase Diabetes dalam Pengendalian	20% 15%
4.	Meningkatnya tatalaksana penyakit kanker	6. Kab/kota yang mencapai target pra-eliminasi kanker leher Rahim 7. Persentase kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini kanker prioritas (paru, kolorektal, payudara	30 Kab/Kota 20%
5.	Menurunnya proporsi perokok usia 10-21 tahun	8. Persentase merokok pada penduduk 10-21 tahun	12.4%
6.	Meningkatnya produk pangan olahan yang beredar di masyarakat memenuhi batas maksimum kandungan Gula Garam Lemak (GGL)	9. Cakupan pangan yang beredar di masyarakat memiliki kandungan Gula Garam Lemak (GGL) sesuai batas maksimum yang ditetapkan	10%
7.	Meningkatnya skrining risiko stroke di puskesmas	10. Persentase Kabupaten/ kota yang menyelenggarakan skrining risiko stroke pada 80% Puskesmas	10%
8.	Menurunnya insiden penyakit menular	11. Insidensi Tuberkulosis 12. Insidensi HIV 13. Insidensi Hepatitis B	329 per 100.000 penduduk 0,09 per 1000 populasi tidak terinfeksi 33 per 100.000 penduduk
9.	Meningkatnya eliminasi penyakit menular	14. Kab/Kota dengan eliminasi malaria	425 Kab/Kota 18 Desa

No	Sasaran Program	Indikator Kinerja Program	Target Tahun 2025
		15. Desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi	11 Kab/Kota
		16. Kab/Kota dengan eliminasi kusta	430 Kab/Kota
		17. Jumlah Kab/Kota eliminasi rabies	
10.	Menurunnya kematian akibat penyakit menular	18. Angka Kematian Dengue	0.5%
11.	Menurunnya kejadian penyakit menular sensitif iklim	19. Persentase penurunan kejadian penyakit sensitif iklim	10%
12	Meningkatnya Desa/Kelurahan yang menerapkan lima pilar Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) secara berkelanjutan	20. Jumlah Desa/Kelurahan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat	11.000 Desa/ Kelurahan
13	Menurunnya proporsi obesitas di Kab/Kota	21. Persentase Kabupaten/kota yang memiliki proporsi obesitas < 23,4%	50%
14	Meningkatnya kabupaten/kota yang mendeteksi, merespon dan mengendalikan faktor risiko kesehatan yang berpotensi KLB/wabah	22. Persentase kab/kota dengan pengendalian kejadian luar biasa (KLB)/wabah	40%
15	Meningkatnya pengendalian faktor risiko di pintu masuk negara	23. Persentase Faktor risiko penyakit di pintu masuk negara yang dikendalikan	94%
16	Meningkatnya Kab/Kota yang menyelenggarakan adaptasi perubahan iklim bidang Kesehatan	24. Kab/Kota yang menyelenggarakan adaptasi perubahan iklim bidang Kesehatan	45%
17	Meningkatnya kualitas kesehatan lingkungan di Kab/Kota	25. Kab/Kota dengan kualitas Air Minum yang memenuhi syarat	100 Kab/Kota
		26. Kab/Kota dengan kualitas udara dalam ruang yang memenuhi syarat	50 Kab/Kota
		27. Kab/Kota sehat	182 Kab/Kota
18	Menurunnya jumlah KLB Keracunan Pangan	28. Jumlah KLB Keracunan Pangan	250 Kejadian

Sumber data: Renstra Kemenkes Tahun 2025-2029

Target Indikator Kinerja Program telah ditetapkan selama 5 tahun untuk mencapai sasaran strategis dan tujuan yang telah ditetapkan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029 sebagai berikut:

Tabel 2.3. Tabel Indikator Kinerja Program Penanggulangan Penyakit Tahun 2025-2029

No	Sasaran	Indikator Kinerja Program	Target				
			2025	2026	2027	2028	2029
1	Meningkatnya proporsi Kab/Kota yang menyelenggarakan skrining penyakit tidak menular prioritas	1. Persentase kabupaten/ kota yang menyelenggarakan skrining PTM prioritas	100%	100%	100%	100%	100%
2	Tercapainya imunisasi lengkap pada populasi	2. Cakupan Imunisasi Bayi Lengkap	80%	85%	90%	93%	95%
		3. Cakupan imunisasi lengkap 14 antigen mencapai target	74%	78%	82%	86%	90%
3	Meningkatnya pengendalian penyakit dan faktor risiko penyakit tidak menular	4. Persentase Hipertensi dalam Pengendalian	20%	25%	30%	35%	40%
		5. Persentase Diabetes dalam Pengendalian	15%	17.5%	20%	22.5%	25%
4	Meningkatnya tatalaksana penyakit kanker	6. Kab/kota yang mencapai target pra-eliminasi kanker leher Rahim	30 Kab/ Kota	50 Kab/ Kota	70 Kab/ Kota	100 Kab/ Kota	125 Kab/ Kota
		7. Persentase kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini kanker prioritas (paru, kolorektal, payudara	20%	35%	50%	65%	80%
5	Menurunnya proporsi perokok usia 10-21 tahun	8. Persentase merokok pada penduduk 10-21 tahun	12,4%	11,4%	10,4%	9,4%	8,4%
6	Meningkatnya produk pangan olahan yang beredar di masyarakat memenuhi batas maksimum kandungan Gula Garam Lemak (GGL)	9. Cakupan pangan yang beredar di masyarakat memiliki kandungan Gula Garam Lemak (GGL) sesuai batas maksimum yang ditetapkan	10%	20%	30%	40%	50%
7	Meningkatnya skrining risiko stroke di puskesmas	10. Persentase Kabupaten/kota yang menyelenggarakan skrining risiko stroke pada 80% Puskesmas	10%	19%	29%	39%	50%
8	Menurunnya insiden penyakit menular	11. Insidensi Tuberkulosis per 100.000 penduduk	329	252	231	211	190
		12. Insidensi HIV per 1000 populasi tidak terinfeksi	0,09	0,08	0,07	0,07	0,06

No	Sasaran	Indikator Kinerja Program	Target				
			2025	2026	2027	2028	2029
		13. Insidensi Hepatitis B per 100.000 penduduk	33	22	15	10	5
9	Meningkatnya eliminasi penyakit menular	14. Kab/Kota dengan eliminasi malaria 15. Desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi 16. Kab/Kota dengan eliminasi kusta 17. Jumlah Kab/Kota eliminasi rabies	425 Kab/ Kota 18 desa 11 Kab/ Kota 430 Kab/ Kota	440 Kab/ Kota 21 desa 19 Kab/ Kota 440 Kab/ Kota	460 Kab/ Kota 24 desa 27 Kab/ Kota 460 Kab/ Kota	480 Kab/ Kota 26 desa 35 Kab/ Kota 485 Kab/ Kota	500 Kab/ Kota 28 desa 42 Kab/ Kota 514 Kab/ Kota
10	Menurunnya kematian akibat penyakit menular	18. Angka Kematian Dengue	0.5%	0.4%	0.3%	0.2%	0.1%
11	Menurunnya kejadian penyakit menular sensitif iklim	19. Persentase penurunan kejadian penyakit sensitif iklim	10%	11%	12%	13%	14%
12	Meningkatnya Desa/Kelurahan yang menerapkan lima pilar Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) secara berkelanjutan	20. Jumlah Desa/Kelurahan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat	11.000 desa/ kel	16.000 desa/ kel	21.000 desa/ kel	30.000 desa/ kel	41.500 desa/ kel
13	Menurunnya proporsi obesitas di Kab/Kota	21. Persentase Kabupaten/kota yang memiliki proporsi obesitas < 23,4%	50%	54%	57%	61%	67%
14	Meningkatnya kabupaten/kota yang mendeteksi, merespon dan mengendalikan faktor risiko kesehatan yang berpotensi KLB/wabah	22. Persentase kab/kota dengan pengendalian kejadian luar biasa (KLB)/wabah	40%	50%	60%	65%	70%
15	Meningkatnya pengendalian faktor risiko di pintu masuk negara	23. Persentase Faktor risiko penyakit di pintu masuk negara yang dikendalikan	94%	96%	97%	98%	100%
16	Meningkatnya Kab/Kota yang menyelenggarakan adaptasi perubahan iklim bidang Kesehatan	24. Kab/Kota yang menyelenggarakan adaptasi perubahan iklim bidang Kesehatan	45%	60%	75%	90%	100%

No	Sasaran	Indikator Kinerja Program	Target				
			2025	2026	2027	2028	2029
17	Meningkatnya kualitas kesehatan lingkungan di Kab/Kota	25. Kab/Kota dengan kualitas Air Minum yang memenuhi syarat 26. Kab/Kota dengan kualitas udara dalam ruang yang memenuhi syarat 27. Kab/Kota sehat	100 Kab/ Kota 50 Kab/ Kota 182 Kab/ Kota	150 Kab/ Kota 100 Kab/ Kota 228 Kab/ Kota	200 Kab/ Kota 150 Kab/ Kota 274 Kab/ Kota	250 Kab/ Kota 200 Kab/ Kota 302 Kab/ Kota	300 Kab/ Kota 250 Kab/ Kota 330 Kab/ Kota
18	Menurunnya jumlah KLB Keracunan Pangan	28. Jumlah KLB Keracunan Pangan	250 Kejadian	200 Kejadian	100 Kejadian	75 Kejadian	50 Kejadian

Sumber data: Renstra Kemenkes Tahun 2025-2029

Pada tahun 2025-2029, terdapat 18 sasaran program dan 28 Indikator Kinerja Program pada Renstra Kemenkes Tahun 2025-2029. Pada Perjanjian Kinerja Ditjen Penanggulangan Penyakit awal tahun 2025 belum menggunakan indikator baru tetapi masih menggunakan indikator lama sesuai dengan Renja awal Tahun 2025 karena Renstra Kemenkes belum ditetapkan. Pada bulan Oktober 2025 ditetapkan Renstra Kemenkes sehingga dilakukan revisi Perjanjian Kinerja dengan menggunakan IKP baru.

B. PERJANJIAN KINERJA

Perjanjian kinerja Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit merupakan dokumen pernyataan dan kesepakatan kinerja atas penggunaan anggaran antara Direktur Jenderal Penanggulangan Penyakit dengan Menteri Kesehatan Republik Indonesia untuk mewujudkan target-target Indikator Kinerja Program Ditjen P2. Perjanjian Kinerja Ditjen P2 Tahun 2025 awal tahun disusun berdasarkan Indikator Kinerja Program sesuai dengan Renja awal tahun 2025 dan sebagian besar masih menggunakan Indikator Kinerja Program. Pada Perjanjian Kinerja awal tahun 2025 ditetapkan sebanyak 11 sasaran dan 15 IKP sebagai berikut:

Tabel 2.4. Perjanjian Kinerja Revisi Ditjen P2 Tahun 2025

No.	Sasaran Strategis/Program/Sasaran Program/ Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
A.	**Sasaran Strategis (1)**		
	Menguatnya promotif preventif di FKTP melalui UKBM dan pendekatan keluarga	1. Insidensi HIV (per 100.000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV) 2. Insidensi tuberkulosis (per 100.000 penduduk) 3. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria 4. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta 5. Indeks pengendalian penyakit menular 6. Prevalensi obesitas pada penduduk usia > 18 tahun (%) 7. Persentase merokok penduduk usia 10-18 tahun 8. Jumlah kabupaten/kota sehat	0,18 190 405 514 0,5889 21,8 8,7 420
	Program : Pencegahan dan Pengendalian Penyakit		
1.	Meningkatnya upaya pencegahan penyakit	Persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi dasar lengkap	75
2.	Menurunnya Infeksi penyakit HIV	Persentase cakupan penemuan dan pengobatan kasus HIV (ODHA on ART)	65
3.	Menurunnya Insiden TBC	Cakupan penemuan dan pengobatan kasus TBC	90
4.	Meningkatnya kabupaten/ kota yang mencapai eliminasi malaria	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai API < 1/1000 penduduk	500
5.	Meningkatnya kabupaten/ kota yang mencapai eliminasi kusta	Proporsi kasus kusta baru tanpa cacat	90
6.	Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit menular	1. Persentase pengobatan penyakit menular pada Balita 2. Persentase skrining penyakit menular pada kelompok berisiko 3. Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi peyakit tropis terabaikan 4. Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi rabies 5. Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi kusta 6. Desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi	90 100 316 237 237 20

7.	Tidak meningkatnya prevalensi obesitas pada penduduk usia > 18 tahun	Jumlah kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM	514
8.	Menurunnya persentase merokok penduduk usia 10-18 tahun	Persentase merokok penduduk usia 10-21 tahun	7.3
9.	Meningkatnya jumlah kabupaten/kota seha	Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan	9.8
B.	**Sasaran Strategis (8)**		
	Menguatnya surveilans yang adekuat	**Presentase kabupaten/kota yang melakukan respon KLB/wabah (PE, pemeriksaan laboratorium, tata laksana kasus)**	**80**
	Program : Pencegahan dan Pengendalian Penyakit		
10.	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	Persentase kab/kota yang melaksanakan deteksi, pengendalian penyakit dan faktor resiko Kesehatan yang berpotensi KLB/wabah	40

Pada bulan Oktober 2025, ditetapkan Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029 yang memuat ISS, IKP dan IKK baru sehingga dilakukan Revisi Perjanjian Kinerja Tahun 2025 sebagai berikut:

Tabel 2.5. Perjanjian Kinerja Revisi Ditjen P2 Tahun 2025

No.	Tujuan/Sasaran Strategis/ Program/Sasaran Program	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
I.	**Tujuan 1: Masyarakat sehat di setiap siklus hidup**	**IT 1**	**Usia Harapan Hidup Sehat****	
	Sasaran Strategis 1.1 Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan promotif dan preventif	ISS 4	Angka harapan hidup sehat pada umur 60 tahun (HALE60)**	
		ISS 7	Persentase Kabupaten/ kota yang mencapai target kekebalan kelompok	30%
		ISS 8	Angka Populasi Bebas Penyakit Tidak Menular	50%
		ISS 9	Angka Populasi Bebas Penyakit Menular	10%
	Sasaran Strategis 1.2 Meningkatnya literasi kesehatan masyarakat	ISS 12	Kabupaten/kota Sanitasi Total Berbasis Masyarakat	30 Kab/Kota
		ISS 13	Prevalensi obesitas >18 tahun	23,4%
	024.DO Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit			
	Sasaran Program: Meningkatnya proporsi Kab/Kota yang	IKP 4.3	Persentase kabupaten/ kota yang menyelenggarakan skrining PTM prioritas	100%

No.	Tujuan/Sasaran Strategis/ Program/Sasaran Program	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
	menyelenggarakan skrining penyakit tidak menular prioritas		
	Sasaran Program: Tercapainya imunisasi lengkap pada populasi	IKP 7.1 Cakupan imunisasi bayi lengkap	80%
		IKP 7.2 Cakupan imunisasi lengkap 14 antigen mencapai target	74%
	Sasaran Program: Meningkatnya pengendalian penyakit dan faktor risiko penyakit tidak menular	IKP 8.1 Persentase Hipertensi dalam Pengendalian	20%
		IKP 8.2 Persentase Diabetes dalam Pengendalian	15%
	Sasaran Program: Meningkatnya tatalaksana penyakit kanker	IKP 8.3 Kab/kota yang mencapai target pra-eliminasi kanker leher Rahim	30 Kab/Kota
		IKP 8.4 Persentase kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini kanker prioritas (paru, kolorektal, payudara	20%
	Sasaran Program: Menurunnya proporsi perokok usia 10-21 tahun	IKP 8.5 Persentase merokok pada penduduk 10-21 tahun	12,40%
	Sasaran Program: Meningkatnya produk pangan olahan yang beredar di masyarakat memenuhi batas maksimum kandungan Gula Garam Lemak (GGL)	IKP 8.6 Cakupan pangan yang beredar di masyarakat memiliki kandungan Gula Garam Lemak (GGL) sesuai batas maksimum yang ditetapkan	10%
	Sasaran Program: Meningkatnya skrining risiko stroke di puskesmas	IKP 8.7 Persentase Kabupaten/ kota yang menyelenggarakan skrining risiko stroke pada 80% Puskesmas	10%
	Sasaran Program: Menurunnya insiden penyakit menular	IKP 9.1 Insidensi Tuberkulosis	329 per 100.000 penduduk
		IKP 9.2 Insidensi HIV	0,09 per 1000 populasi tidak terinfeksi
		IKP 9.3 Insidensi Hepatitis B	33 per 100.000 penduduk
	Sasaran Program: Meningkatnya eliminasi penyakit menular	IKP 9.4 Kab/Kota dengan eliminasi malaria	425 Kab/Kota
		IKP 9.5 Desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi	18 Desa
		IKP 9.6 Kab/Kota dengan eliminasi kusta	11 Kab/Kota
		IKP 9.7 Jumlah Kab/Kota eliminasi rabies	430 Kab/Kota

No.	Tujuan/Sasaran Strategis/ Program/Sasaran Program	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
	Sasaran Program: Menurunnya kematian akibat penyakit menular	IKP 9.8 Angka Kematian Dengue	0,50%
	Sasaran Program: Menurunnya kejadian penyakit menular sensitif iklim	IKP 9.9 Persentase penurunan kejadian penyakit sensitif iklim	10%
	Sasaran Program: Meningkatnya Desa/Kelurahan yang menerapkan lima pilar Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) secara berkelanjutan	IKP 12.1 Jumlah Desa/Kelurahan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat	11.000 Desa/ Kelurahan
	Sasaran Program: Menurunnya proporsi obesitas di Kab/Kota	IKP 13.1 Persentase Kabupaten/kota yang memiliki proporsi obesitas < 23,4%	50%
II.	**Tujuan 3: Sistem Ketahanan Kesehatan yang tangguh dan responsif**	**IT 3 International Health Regulations (IHR) score**	**74,5%**
	Sasaran Strategis 3.1 Meningkatnya kesiapsiagaan dan tanggap darurat kesehatan	ISS 24 Nilai Kapasitas IHR dalam JEE	61%
		ISS 25 Kab/Kota memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan	50 Kab/Kota
	024.DO Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit		
	Sasaran Program: Meningkatnya kabupaten/kota yang mendeteksi, merespon dan mengendalikan faktor risiko kesehatan yang berpotensi KLB/wabah	IKP 24.1 Persentase kab/kota dengan pengendalian kejadian luar biasa (KLB)/wabah	40%
	Sasaran Program: Meningkatnya pengendalian faktor risiko di pintu masuk negara	IKP 24.2 Persentase Faktor risiko penyakit di pintu masuk negara yang dikendalikan	94%
	Sasaran Program: Meningkatnya Kab/Kota yang menyelenggarakan adaptasi perubahan iklim bidang Kesehatan	IKP 24.5 Kab/Kota yang menyelenggarakan adaptasi perubahan iklim bidang kesehatan	45%
	Sasaran Program: Meningkatnya kualitas kesehatan lingkungan di Kab/Kota	IKP 25.1 Kab/Kota dengan kualitas Air Minum yang memenuhi syarat	100 Kab/Kota
		IKP 25.3 Kab/Kota dengan kualitas udara dalam ruang yang memenuhi syarat	50 Kab/Kota
		IKP 25.4 Kab/Kota sehat	182 Kab/Kota
	Sasaran Program: Menurunnya jumlah KLB Keracunan Pangan	IKP 25.2 Jumlah KLB Keracunan Pangan	250 Kejadian
III	**Tujuan 6:**	**IT 6 Nilai Good Public Governance Kementerian Kesehatan**	

No.	Tujuan/Sasaran Strategis/ Program/Sasaran Program	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
	Kementerian Kesehatan yang agile, efektif, dan efisien		
	Sasaran Strategis 6.1 Meningkatnya kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan	ISS 33 Nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan*	91,96 (Nilai)
	024.WA. Program Dukungan Manajemen		
	Sasaran Program: Meningkatnya Tata Kelola Organisasi dan Pengendalian Intern Kementerian Kesehatan	IKM 33.1 Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	77 (Nilai)
		IKM 33.2 Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	92,35 (Nilai)
		IKM 33.3 Indeks Kualitas SDM Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	81 (Nilai)
		IKM 33.4 Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	95%
		IKM 33.5 Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	3,95 (Nilai)
		IKD 33.1 Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	96%

BAB III
AKUNTABILITAS KINERJA

A. CAPAIAN INDIKATOR KINERJA PROGRAM PENANGGULANGAN PENYAKIT

Capaian kinerja Program P2 menggambarkan hasil pelaksanaan Program Penanggulangan Penyakit meliputi capaian indikator dibandingkan target dan penjelasan capaian kinerja secara lengkap. Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan capaian dengan target dari masing-masing IKP yang telah ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja Tahun 2025. Capaian kinerja dipantau secara berkala dan dilaporkan dalam Laporan Kinerja. Target dan Capaian IKP Penanggulangan Penyakit Tahun 2025 disampaikan sebagai berikut:

Tabel 3.1. Target dan Capaian Indikator Kinerja Program P2 Tahun 2025

	INDIKATOR KINERJA PROGRAM	TARGET	CAPAIAN	% CAPAIAN KINERJA
1.	Persentase kabupaten/ kota yang menyelenggarakan skrining PTM prioritas	100%	95.9%	95.9%
2.	Cakupan Imunisasi Bayi Lengkap	80%	79.7%	99.6%
3.	Cakupan imunisasi lengkap 14 antigen mencapai target	74%	76.6%	103.5%
4.	Persentase Hipertensi dalam Pengendalian	20%	6.3%	31.5%
5.	Persentase Diabetes dalam Pengendalian	15%	1.24%	8.3%
6.	Kab/kota yang mencapai target pra-eliminasi kanker leher Rahim	30	0	0.0%
7.	Persentase kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini kanker prioritas (paru, kolorektal, payudara	20%	97.1%	485.4%
8.	Persentase merokok pada penduduk 10-21 tahun	12.4%	4.90%	160.5%
9.	Cakupan pangan yang beredar di masyarakat memiliki kandungan Gula Garam Lemak (GGL) sesuai batas maksimum yang ditetapkan	10%	0.1%	1.0%
10.	Persentase Kabupaten/ kota yang menyelenggarakan skrining risiko stroke pada 80% Puskesmas	10%	65.30%	653.0%
11.	Insidensi Tuberkulosis	329	382	83.9%
12.	Insidensi HIV	0.09	0.08	111.1%
13.	Insidensi Hepatitis B	33	13	160.6%
14.	Kab/Kota dengan eliminasi malaria	425	412	96.9%

INDIKATOR KINERJA PROGRAM		TARGET	CAPAIAN	% CAPAIAN KINERJA
15.	Desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi	18	28	155.6%
16.	Kab/Kota dengan eliminasi kusta	11	6	54.5%
17.	Jumlah Kab/Kota eliminasi rabies	430	418	97.2%
18.	Angka Kematian Dengue	0.50%	0.42%	119.0%
19.	Persentase penurunan kejadian penyakit sensitif iklim	10%	15.14%	151.4%
20.	Jumlah Desa/Kelurahan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat	11.000	13160	119.6%
21.	Persentase Kabupaten/kota yang memiliki proporsi obesitas < 23,4%	50%	83.85%	167.7%
22.	Persentase kab/kota dengan pengendalian kejadian luar biasa (KLB)/wabah	40%	46.11%	115.3%
23.	Persentase Faktor risiko penyakit di pintu masuk negara yang dikendalikan	94%	99.86%	106.2%
24.	Kab/Kota yang menyelenggarakan adaptasi perubahan iklim bidang Kesehatan	45%	45.13%	100.3%
25.	Kab/Kota dengan kualitas Air Minum yang memenuhi syarat	100	100	100.0%
26.	Kab/Kota dengan kualitas udara dalam ruang yang memenuhi syarat	50	70	140.0%
27.	Kab/Kota sehat	182	195	107.1%
28.	Jumlah KLB Keracunan Pangan	250	194	122.4%
Rata-Rata Capaian Kinerja				**138.8%**

Tabel diatas menunjukkan dari 28 IKP Ditjen Penanggulangan Penyakit, sebanyak 17 IKP telah mencapai/melebihi target sedangkan 11 IKP belum mencapai target dengan rata rata capaian kinerja sebesar 138.8%. Selain itu, dari 11 IKP yang belum mencapai target terdapat 4 IKP dengan persentase capaian kinerja <50%. Capaian kinerja tertinggi pada indikator Persentase Kabupaten/kota yang menyelenggarakan skrining risiko stroke pada 80% Puskesmas (653%) dan terendah pada indikator Kab/kota yang mencapai target pra-eliminasi kanker leher Rahim (0%).

Gambaran atas upaya peningkatan Penanggulangan Penyakit berdasarkan Indikator Kinerja Program dalam Revisi Perjanjian Kinerja tahun 2025 dijelaskan sebagai berikut di bawah ini:

1. Persentase kabupaten/ kota yang menyelenggarakan skrining PTM prioritas sebesar 100%

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).

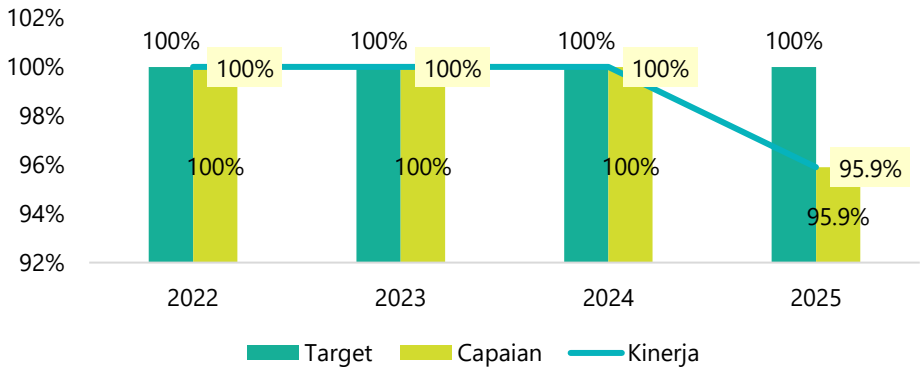
Fokus deteksi dini tahun 2020-2029 adalah memastikan Kabupaten/Kota yang menyelenggarakan semua skrining prioritas PTM secara lengkap seluruh jenis skrining Penyakit Tidak Menular (PTM) prioritas di wilayahnya dalam periode satu tahun oleh karena itu dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025–2029, definisi indikator persentase Kabupaten/kota yang menyelenggarakan skrining prioritas PTM.

Definisi operasional indikator ini adalah persentase Kabupaten/kota yang menyelenggarakan semua skrining prioritas PTM, meliputi skrining hipertensi, obesitas, Diabetes Mellitus, kanker, talasemia, penyakit paru obstruktif kronik (PPOK), gangguan indra, faktor risiko penyakit jantung, faktor risiko stroke, serta gigi dan mulut di wilayah kabupaten/kota. Indikator dihitung dari perhitungan jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan semua skrining prioritas PTM, meliputi skrining hipertensi, obesitas, DM, kanker, talasemia, PPOK, gangguan indra, faktor risiko penyakit jantung, faktor risiko stroke, serta gigi dan mulut di wilayah kabupaten/kota dibagi jumlah kabupaten/ kota dikali 100%

Berdasarkan hasil monitoring Dashboard Sehat IndonesiaKu periode Januari–Desember 2025, cakupan Kabupaten/Kota yang menyelenggarakan semua Skrining Prioritas PTM adalah sebanyak 493 Kab/Kota atau sebesar 95.9%. Bila dibandingkan dengan target indikator sebesar 100% atau 514 Kab/Kota maka indikator ini belum mencapai target tahun 2025. Bila dibandingkan dengan capaian tahun 2022-2024 maka digambarkan

dalam grafik berikut ini:

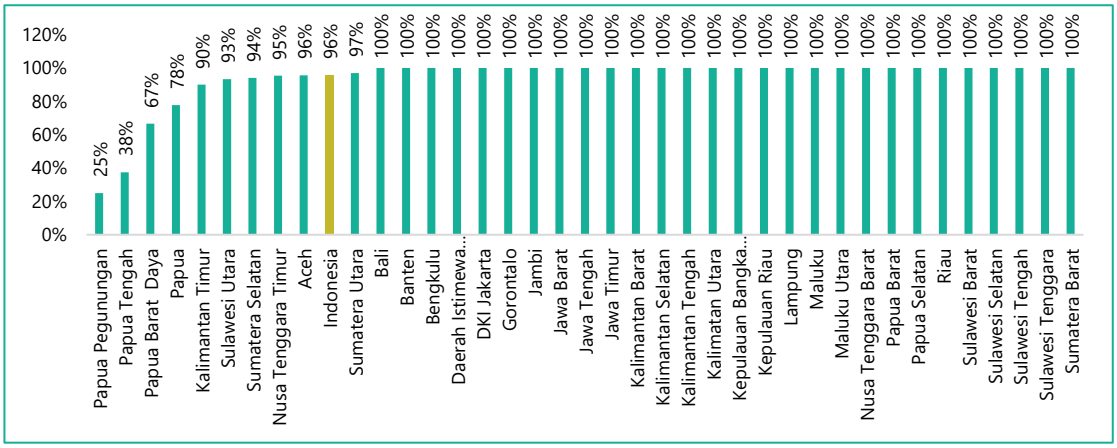
Grafik 3.1. Persentase Kab/Kota menyelenggarakan skrining PTM Prioritas



Sumber Data: LAKIP Semester I Tahun 2025 dan Sehat Indonesiaku Akses 31 Desember 2025

Grafik diatas menunjukkan capaian indikator tercapai selama tahun 2022-2024 tetapi tahun 2025 tidak mencapai target. Pada tahun 2022-2024, indikator yang ditetapkan adalah skrining 9 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 Indera. Pada tahun 2025 dilakukan skrining 10 PTM prioritas dan terdapat penambahan 1 skrining PTM Tahun 2025 yakni skrining Talasemia. Bila dibandingkan dengan tren capaian berdasarkan Provinsi maka terlihat bahwa sebanyak 28 Provinsi (73.7%) semua Kab/Kota telah melaksanakan skrining PTM prioritas, seperti dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.2. Kab/Kota menyelenggarakan skrining PTM Prioritas berdasarkan Provinsi Tahun 2025



Sumber Data: Sehat Indonesiaku Akses 31 Desember 2025

Grafik diatas juga menunjukkan bahwa 10 Kab/kota di provinsi belum melaksanakan skrining Prioritas PTM dengan capaian terendah Provinsi Papua Pegunungan (25%) dan Papua Tengah (38%). Adapun capaian untuk masing masing skrining Prioritas PTM adalah sebagai berikut:

1. Persentase Kab/kota yang sudah melakukan Skrining Hipertensi sebesar 99,8% atau 513 Kab/Kota, terdapat 1 Kabupaten yang belum melaksanakan yakni Kab Nduga
2. Persentase Kab/kota yang sudah melakukan Skrining Obesitas sebesar 99,6% atau 512 Kab/Kota. Terdapat 2 Kab/Kota yang belum melaksanakan yakni Kab. Yalimo dan Kab Nduga
3. Persentase Kab/kota yang sudah melakukan Skrining Diabetes Melitus sebesar 99,6% atau 512 Kab/Kota. Terdapat 2 Kab/Kota belum melaksanakan yakni Kab. Yalimo dan Kab Nduga
4. Persentase Kab/Kota yang sudah melakukan Skrining Kanker sebesar 99,8% atau 513 Kab/Kota. Terdapat 1 Kabupaten yang belum melaksanakan yakni Kab. Yahukimo.
5. Persentase Kab/kota yang sudah melakukan Skrining Talasemia sebesar 96,1% atau 494 Kab/Kota. Adapun kab/Kota yang belum melaksanakan adalah Kota Sabulussalam, Kab. Mahakam Ulu, Kab. Malaka, Kab. Mamberamo Raya, Kab. Supiori, Kab. Maybrat, Kab. Raja Ampat, Kab. Yahukimo, Kab. Nduga, Kab. Yalimo, Kab. Jayawijaya, Kab. Lanny Jaya, Kab. Deiyai, Kab. Puncak, Kab. Intan Jaya, Kab. Puncak Jaya, Kab. Paniai, Kab. Siau Tagulandang Biaro, Kab. Musi Rawas Utara, dan Kota Sibolga.
6. Persentase Kab/kota yang sudah melakukan Skrining PPOK sebesar 99,4% atau 511 Kab/Kota. Adapun kab/Kota yang belum melaksanakan adalah Kab. Yahukimo, Yalimo dan Kab Nduga
7. Persentase Kab/kota yang sudah melakukan Skrining Gangguan Indera sebesar 99,6% atau 512 Kab/Kota. Adapun kab/Kota yang belum melaksanakan adalah Kab. Yahukimo dan Kab Nduga
8. Persentase Kab/kota yang sudah melakukan Skrining Faktor Risiko Jantung sebesar 99% atau 509 Kab/Kota. Adapun kab/Kota yang belum melaksanakan adalah Kab. Yahukimo, Kab Nduga, Kab. Yalimo, kab. Lanny Jayadan Kab. Intan Jaya.
9. Persentase Kab/kota yang sudah melakukan Skrining Faktor Risiko Stroke sebesar 99,4% atau 511 Kab/Kota. Adapun kab/Kota yang belum melaksanakan adalah Kab. Yahukimo, Yalimo dan Kab Nduga
10. Persentase Kab/kota yang sudah melakukan Skrining Faktor Risiko Gigi dan Mulut sebesar 99% atau 509 Kab/Kota. Adapun kab/Kota yang belum melaksanakan adalah Kabupaten Yahukimo, Nduga, Yalimo, Mamberamo Tengah, dan Lanny Jaya.

Bila dibandingkan capaian tahun 2025 dengan target jangka menengah pada Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2025-2029 sebesar 100% setiap tahunnya maka diperkirakan indikator tidak dapat mencapai target 100% pada tahun 2026-2029,

khususnya pada daerah Papua karena .banyak kabupaten/kota, khususnya di wilayah Papua dan Papua Barat Daya, menghadapi keterbatasan jumlah dan kompetensi tenaga kesehatan yang mampu melaksanakan skrining seluruh jenis PTM prioritas, keterbatasan logistik dan kondisi geografis dan akses sulit khususnya daerah pegunungan untuk melakukan skrining PTM.

Beberapa upaya telah dilakukan untuk mencapai target indikator antara lain:

1) Penyusunan dan Penguatan Kebijakan Nasional
   Kementerian Kesehatan menetapkan kebijakan, pedoman, dan petunjuk teknis pelaksanaan skrining Penyakit Tidak Menular (PTM) sebagai acuan nasional bagi pemerintah daerah dalam menyelenggarakan deteksi dini PTM secara komprehensif dan terstandar. Pada tahun 2025, Kementerian Kesehatan juga meluncurkan program Pemeriksaan Kesehatan Gratis sebagai upaya strategis untuk meningkatkan cakupan dan capaian skrining PTM secara nasional. Selain itu, Kementerian Kesehatan menerbitkan pedoman teknis dan surat edaran sebagai penguatan implementasi kebijakan serta untuk memastikan keseragaman pelaksanaan skrining PTM di seluruh kabupaten/kota.
2) Peningkatan Kapasitas SDM secara nasional
   Pelaksanaan pelatihan dan bimbingan teknis bagi tenaga kesehatan dan pengelola program PTM di tingkat provinsi dan kabupaten/kota, termasuk melalui pelatihan daring dan luring, untuk mendukung pelaksanaan seluruh jenis skrining PTM prioritas. Adapun beberapa Pelatihan yang sudah dilakukan selama tahun 2025 adalah Tatalaksana Pelatihan DM Tipe 2, Edukator DM Tingkat dasar di FKTP, Pelatihan Stroke bagi Dokter dan Perawat di FKTP, Pelatihan Farmako Invasif Strategi Tatalaksana STEMI Indonesia (Fastemi) melalui Fibrinolisis Tenecteplase, Pelatihan Penanggulangan Stroke Bagi Dokter dan Perawat di FKTP, Pelatihan Deteksi Dini Kanker leher Rahim dan payudara bagi Dokter di Puskesmas, Pelatihan Deteksi Dini Penyakit Gigi dan Mulut Bagi Pengelola Program Kesehatan Gigi dan Mulut Di Puskesmas, Pelatihan penanggulangan Gangguan Indera Bagi Petugas Kesehatan di FKTP, Pelatihan Pelayanan Terpadu PTM di FKTP, dan Sosialisasi Pemeriksaan Kesehatan Gratis.
3) Fasilitasi Sarana dan Prasarana Pendukung
   Pusat memfasilitasi dukungan pengadaan dan distribusi sarana pendukung skrining PTM prioritas, serta mendorong optimalisasi pemanfaatan alat yang telah tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. Dalam mendukung pelaksanaan Pemeriksaan Kesehatan Gratis, Kemenkes memberikan bantuan berupa penyedian BMHP dan Alat Kesehatan selama tahun 2025.
4) Pengembangan dan Penguatan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Nasional
   Pengembangan dan penguatan sistem pencatatan dan pelaporan skrining PTM terintegrasi dilakukan sebagai dasar monitoring capaian indikator nasional, termasuk

peningkatan kualitas data, kelengkapan, dan ketepatan waktu pelaporan dari daerah. Dalam rangka penerapan sistem pencatatan dan pelaporan yang terintegrasi, pencatatan dan pelaporan skrining PTM saat ini dilaksanakan melalui Aplikasi Sehat IndonesiaKu. Sebagai bagian dari penguatan sistem, dilakukan pengembangan aplikasi yang tidak hanya mencakup tahap skrining, tetapi juga diperluas hingga pencatatan tatalaksana penyakit. Oleh karena itu, upaya yang dilakukan meliputi kegiatan sosialisasi, pendampingan teknis, serta monitoring dan evaluasi pelaksanaan pencatatan dan pelaporan skrining PTM melalui Aplikasi Sehat IndonesiaKu di tingkat daerah.

5) Monitoring, Evaluasi, dan Umpan Balik Nasional
   Pelaksanaan monitoring dan evaluasi capaian indikator skrining PTM prioritas dilakukan secara berkala di tingkat nasional sebagai dasar pemantauan kinerja program. Hasil monitoring dan evaluasi tersebut selanjutnya disampaikan kepada pemerintah daerah dalam bentuk umpan balik sebagai bahan perbaikan pelaksanaan program. Dalam rangka evaluasi capaian indikator PTM, diselenggarakan berbagai pertemuan evaluasi, baik secara daring maupun luring, yang melibatkan pemangku kepentingan terkait di tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten/kota.
6) Advokasi dan Koordinasi Lintas Program dan Lintas Sektor
   Penguatan koordinasi lintas unit di lingkungan Kementerian Kesehatan serta advokasi kepada pemerintah daerah dan pemangku kepentingan terkait untuk meningkatkan komitmen dan dukungan terhadap pelaksanaan skrining PTM prioritas.
7) Pendampingan Teknis Terfokus pada Daerah Prioritas
   Pelaksanaan pendampingan dan asistensi teknis secara khusus kepada kabupaten/kota dengan capaian rendah atau menghadapi tantangan geografis dan kapasitas sistem kesehatan yang terbatas.

Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang menyelenggarakan semua skrining prioritas PTM tidak mencapai target pada tahun 2025, masih terdapat 21 kabupaten/kota yang belum melaksanakan seluruh jenis skrining PTM prioritas. Ketidaklengkapan pelaksanaan ini terutama terkonsentrasi pada wilayah dengan tantangan geografis, keterbatasan akses, dan kapasitas sistem kesehatan yang masih terbatas. Beberapa faktor penghambat dan kendala utama yang berkontribusi terhadap belum tercapainya target 100% antara lain:

1) Keterbatasan Sumber Daya Manusia (SDM)
   Masih terdapat kabupaten/kota dengan keterbatasan tenaga kesehatan terlatih untuk melaksanakan seluruh jenis skrining PTM prioritas, khususnya skrining yang membutuhkan kompetensi dan prosedur khusus seperti talasemia, PPOK, serta faktor risiko penyakit jantung dan stroke
2) Keterbatasan Sarana dan Prasarana Skrining

Ketersediaan alat, bahan habis pakai, dan fasilitas penunjang skrining PTM belum merata di seluruh kabupaten/kota, sehingga tidak semua jenis skrining dapat dilaksanakan secara lengkap. Beberapa puskesmas belum memiliki alat pemeriksaan lengkap untuk seluruh jenis skrining prioritas, seperti alat tes fungsi paru (PPOK), hemoglobin (talasemia), atau alat deteksi gangguan indra (pendengaran dan penglihatan).

3) Kendala Geografis dan Aksesibilitas Wilayah
   Kondisi geografis yang sulit, wilayah terpencil, serta keterbatasan akses transportasi di beberapa kabupaten/kota menjadi hambatan dalam pelaksanaan skrining, baik di fasilitas pelayanan kesehatan maupun melalui kegiatan berbasis masyarakat. Wilayah dengan kondisi geografis sulit seperti pegunungan atau daerah terpencil menghadapi kendala transportasi, logistik alat dan bahan pemeriksaan, serta mobilisasi petugas ke lokasi layanan masyarakat.
4) Pencatatan dan Pelaporan Data
   Sebagian kabupaten/kota diduga telah melaksanakan skrining PTM namun belum seluruhnya tercatat atau terlaporkan dalam sistem Aplikasi Sehat IndonesiaKu secara lengkap dan tepat waktu, sehingga berdampak pada tidak tercapainnya indicator. Belum seluruh fasilitas kesehatan memiliki sistem input data yang optimal ke dalam aplikasi Sehat Indonesiaku atau sistem surveilans PTM lainnya.
5) Kurangnya Sosialisasi dan Koordinasi Lintas Program
   Pelaksanaan skrining PTM masih belum terintegrasi dengan kegiatan rutin pelayanan kesehatan lainnya, serta koordinasi lintas sektor (misalnya dengan pendidikan, ketenagakerjaan, dan pemerintah daerah) masih terbatas.
6) Belum Optimalnya Perencanaan Prioritas Program Daerah dan Keterbatasan Pembiayaan dan Dukungan Logistik.
   Perbedaan komitmen dan prioritas pemerintah daerah dalam penguatan skrining PTM, termasuk dalam aspek perencanaan, penganggaran, dan integrasi ke dalam layanan rutin, termasuk pelaksanaan Pemeriksaan Kesehatan Gratis yang belum dilaksanakan secara komprehensif. Anggaran untuk pengadaan alat skrining, bahan habis pakai, serta kegiatan sosialisasi masih minim di beberapa kabupaten/kota, terutama di wilayah dengan prioritas tinggi.

Adapun alternatif pemecahan masalah yang dilakukan untuk meningkatkan capaian Indikator Kabupaten Kota yang sudah melakukan semua Skrining Prioritas PTM adalah sebagai berikut:

1) Penguatan Kapasitas SDM Kesehatan
   Melakukan pelatihan terstandar bagi tenaga kesehatan puskesmas dalam pelaksanaan skrining komprehensif PTM, termasuk pengisian data digital melalui aplikasi *Sehat Indonesiaku*.
2) Peningkatan Dukungan Sarana dan Prasarana

Melakukan pemetaan ketersediaan alat skrining di seluruh kabupaten/kota, serta prioritas distribusi alat dan bahan pemeriksaan ke daerah dengan capaian 0%.

3) Optimalisasi Layanan Skrining Berbasis Komunitas
   Mengintegrasikan kegiatan skrining PTM ke dalam Posbindu PTM, pemeriksaan kesehatan gratis, atau kegiatan lintas sektor seperti kegiatan sekolah, tempat kerja, dan komunitas lokal.
4) Penguatan Sistem Pencatatan dan Pelaporan
   Memastikan seluruh hasil skrining dilaporkan melalui sistem digital nasional, serta memberikan pendampingan teknis dan monitoring berkala bagi petugas input data di daerah.
5) Penguatan Kolaborasi Lintas Sektor dan Pemerintah Daerah
   Melibatkan pemerintah daerah, lintas OPD, dan lembaga non-kesehatan dalam mendukung pelaksanaan skrining melalui pembiayaan, logistik, serta mobilisasi masyarakat.
6) Advokasi dan Dukungan Kebijakan
   Mendorong pemerintah daerah untuk menjadikan pelaksanaan skrining PTM sebagai bagian dari indikator kinerja daerah serta memastikan dukungan anggaran dalam APBD.

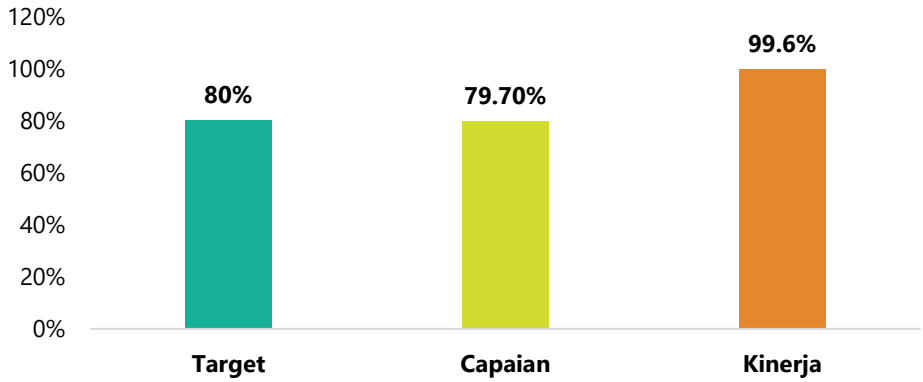
2. Cakupan imunisasi bayi lengkap sebesar 80%

Imunisasi merupakan upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit sehingga apabila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan. Bayi merupakan salah satu kelompok rentan yang berisiko tinggi untuk tertular penyakit. Sebelum berusia satu tahun seorang anak harus mendapatkan imunisasi secara lengkap sebagai bentuk perlindungan dirinya terhadap Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). Untuk mengukur nilai perlindungan terhadap PD3I yang ada di Indonesia pada kelompok bayi usia 0-11 bulan, maka digunakan indikator Cakupan Imunisasi Bayi Lengkap dengan target 80% sasaran bayi yang ada di daerah tersebut sudah mendapatkan imunisasi secara lengkap.

Definisi Operasional indikator cakupan imunisasi bayi lengkap adalah Persentase bayi (0-11 bulan) yang mendapatkan imunisasi lengkap di suatu wilayah dan dalam kurun waktu tertentu. Adapun imunisasi lengkap yang dimaksud 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 Rubela (MR) di satu wilayah dalam kurun waktu 1 tahun. Indikator ini dihitung dari jumlah bayi usia 0-11 bulan yang mendapatkan imunisasi lengkap di suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu dibagi target bayi (0-11 bulan) dalam waktu yang sama dikali 100%.

Cakupan imunisasi bayi lengkap pada tahun 2025 sebesar 79.7% seperti digambarkan dalam grafik berikut:

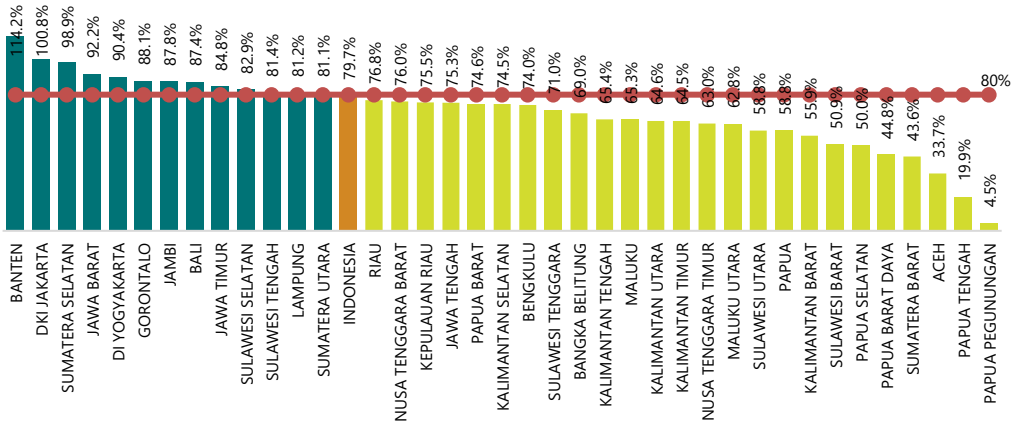
Grafik 3.3. Cakupan Imunisasi Bayi Lengkap Tahun 2025



Sumber data: Laporan Dit. Imunisasi 2025, 5 Februari 2026

Pada grafik diatas menunjukan capaian imunisasi bayi lengkap sebesar 79,7% (3.577.940 bayi) dari target sebesar 80% (3,600,954 bayi), sehingga capaian kinerja tahun 2025 sebesar 99,6%. Data ini menunjukkan bahwa indikator cakupan imunisasi bayi lengkap tahun 2025 tidak mencapai target yang telah ditetapkan dengan gap sebesar 0.3%. Meskipun demikian data cakupan imunisasi ini masih merupakan data yang belum final dengan kelengkapan laporan puskesmas sebesar 90%. Cakupan imunisasi Bayi Lengkap berdasarkan Provinsi menunjukkan gap yang cukup besar dengan cakupan tertinggi pada Provinsi Banten (114.2%) dan terendah pada Papua Pegunungan (4.5%), secara lengkap dalam grafik berikut ini:

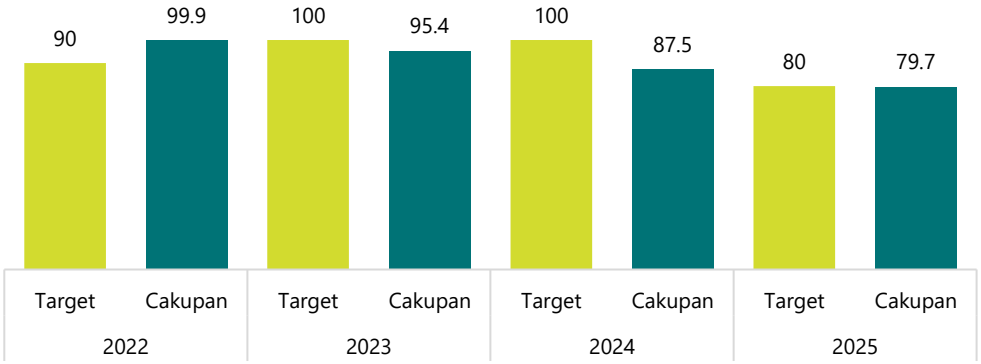
Grafik 3.4. Grafik Cakupan Imunisasi Bayi Lengkap Berdasarkan Provinsi Tahun 2025



Sumber data: Laporan Dit. Imunisasi 2025, 5 Februari 2026

Grafik diatas juga menunjukkan bahwa baru 13 provinsi yang mencapai target cakupan imunisasi bayi lengkap yaitu Provinsi Banten, DKI Jakarta, Sumatera Selatan, Jawa Barat, Di Yogyakarta, Gorontalo, Jambi, Bali, Jawa Timur, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tengah, Lampung dan Sumatera Utara. Indikator cakupan imunisasi bayi lengkap tidak mencapai target pada tahun 2025, bila dibandingkan dengan capaian selama periode 4 tahun maka cakupan imunisasi bayi lengkap tidak mencapai target sejak tahun 2023 dengan cakupan tertinggi pada tahun 2022 yakni 99.9%, secara lengkap perbandingannya sebagai berikut:

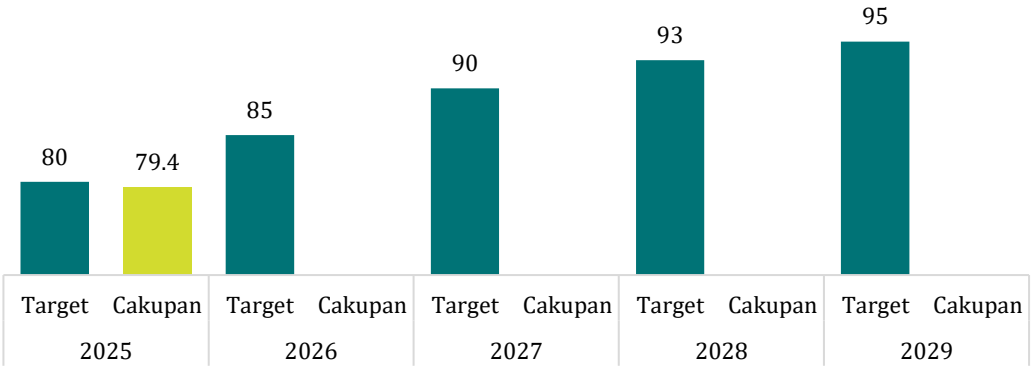
Grafik 3.5. Target dan Capaian Imunisasi Bayi Lengkap Tahun 2022-2025



Sumber data: Laporan Dit. Imunisasi 2025, 5 Februari 2026

Grafik diatas juga menunjukkan cakupan imunisasi bayi lengkap menunjukkan penurunan capaian setiap tahunnya dari tahun 2022 (99.9%), tahun 2023 (95.4%), 2024 (87.5%) dan tahun 2025 (79.7%). Dengan tren cakupan imunisasi bayi lengkap yang terus menurun setiap tahunnya dan target tahun 2026-2029 meningkat setiap tahunnnya maka diperkirakan cakupan imunisasi bayi lengkap tidak akan tercapai pada jangka menengah tahun 2027 dan jangka akhir tahun 2029 seperti dalam grafik dibawah ini:

Grafik 3.6. Target dan Capaian Imunisasi Bayi Lengkap Tahun 2025-2029



Sumber data: Laporan Dit. Imunisasi 2025, 20 Januari 2026

Grafik diatas menunjukkan bahwa masih terdapat gap capaian tahun 2025 yang cukup besar bila dibandingkan dengan target jangka menengah tahun 2027 dan target akhir 2029, sehingga untuk memastikan target tercapai pada tahun 2026-2029 diperlukan upaya strategis untuk meningkatkan *demand* masyarakat terhadap imunsasi. Dalam meningkatkan cakupan imunisasi bayi lengkap telah dilakukan beberapa upaya yakni antara lain:

1. Melakukan koordinasi secara rutin dengan farmalkes sebagai institusi yang bertanggung jawab terhadap penyediaan vaksin dan melakukan monitoring ketersediaan stok vaksin di semua entitas melalui aplikasi SMILE serta berkoordinasi dengan daerah untuk melakukan mitigasi untuk pemerataan vaksin dientitas.
2. Koordinasi/konsinyasi dengan LP LS, merupakan kegiatan yang sifatnya fleksibel untuk menghadiri kegiatan yang tidak dibiayai oleh penyelenggara khususnya LP LS terkait. Pada tahun 2025 telah terlaksana 17 kegiatan antara lain melaksanakan pendampingan pelaksanaan Bulan Imunisasi Anak Sekolah yang terintegrasi dengan Pelaksanaan CKG Sekolah.
3. Sosialisasi dalam rangka penguatan imunisasi bayi dan baduta, kegiatan ini ditujukan untuk masyarakat umum mengenai pentingnya imunisasi yang lengkap pada bayi dan baduta sesuai jadwal sebagai upaya yang efektif mencegah Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I), selain itu juga melakukan advokasi tentang pentingnya imunisasi yang lengkap pada bayi dan baduta sesuai jadwal sebagai upaya yang efektif mencegah Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I), kegiatan diatas dikemas dalam kegiatan GERMAS yang melibatkan anggota DPR RI. Kegiatan ini terlaksana di 7 Kabupaten Kota pada 7 Provinsi.
4. Workshop peningkatan capaian imunisasi di fasilitas pelayanan kesehatan swasta dengan tujuan untuk mendorong tersedianya tenaga pelaksana imunisasi di fasilitas pelayanan kesehatan swasta yang mampu menyelenggarakan layanan imunisasi sesuai standar, sehingga sasaran program yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan swasta dapat terlayani pemberian imunisasinya, kegiatan ini terlaksana 3 kali yaitu di Jawa Barat, Sumatera Utara dan Sulawesi Selatan.
5. Supervisi Supportive program imunisasi. Kegiatan ini bertujuan untuk eningkatkan kinerja petugas imunisasi dalam malakukan pelayanan baik segi teknis, manajerial, administrasi yang meliputi capaian target, ketepatan sasaran, kualitas vaksin dan pengelolaan rantai dingin yang berkualitas sesuai standar, dan terlaksana di 2 provinsi NTB dan Sulawesi Selatan.
6. Survey Cepat Komunitas Imunisasi Rutin dilaksanakan guna mengetahui secara cepat atas cakupan yang telah dilaporkan dengan yang ada di masyarakat dalam pelaksanaan program imunisasi, terlaksana di 2 provinsi Sulawesi Selatan dan NTB.

Cakupan imunisasi bayi lengkap tidak tercapai pada tahun 2025 disebabkan beberpa faktor penghambat antara lain:

1. Ketersediaan logistik vaksin merupakan salah satu pendukung yang sangat penting dalam melengkapi imunisasi pada bayi. Vaksin harus tersedia dengan cukup dan tepat waktu karena akan mempengaruhi capaian imunisasi bayi lengkap tersebut. Pada pertengahan tahun 2024 sempat terjadi kekosongan vaksin HB0 pada bulan Juni-September, sedangkan status imunisasi akan lengkap di awal sampai pertengahan tahun 2025 (usia 9 bulan). Imunisasi HB0 diberikan pada bayi usia 0-7 hari (waktu yang pendek) yang tidak bisa dikejar untuk melengkapi imunisasinya hal ini tentu sangat berdampak pada pencapaian imunisasi bayi lengkap di tahun 2025.
2. Adanya efisiensi anggaran yang sangat mempengaruhi pelaksanaan kegiatan, pendistribusian vaksin sampai ke pelayanan kesehatan, sosialisasi dan pembinaan, serta monitoring
3. Pada akhir bulan November tahun 2025 terjadi bencana hidrometeorologi parah berupa banjir bandang, luapan sungai, dan tanah longsor di 3 provinsi yaitu Aceh, Sumatera Utara dan Sumatera Barat yang tentu saja berdampak pada capaian ke 3 provinsi tersebut dan sekaligus dampaknya pada capaian imunisasi nasional.

Permasalahan dan kendala lainnya dalam mencapai target cakupan imunisasi bayi lengkap yakni:

1) Adanya penolakan pemberian imunisasi di beberapa tempat, karena hoax, ketakutan akan adanya kejadian ikutan pasca imunisasi (KIPI) dan pemahaman yang kurang tentang imunisasi;
2) Belum optimalnya kegiatan pelacakan dan dilanjutkan dengan imunisasi kejar bagi anak-anak yang belum imunisasi atau belum lengkap imunisasinya;
3) Beberapa daerah dengan kondisi geografis yang sulit sehingga sebagian masyarakat memiliki akses yang terbatas untuk menjangkau pelayanan imunisasi;
4) Pencatatan dan Pelaporan belum optimal. Tantangan dalam penggunaan Aplikasi SATU SEHAT /ASIK Mobile dan Dashboard sebagai alat pencatatan dan pelaporan elektronik hasil layanan imunisasi:

    a. Belum optimalnya komitmen petugas di lapangan dalam melakukan input data hasil layanan imunisasi ke dalam aplikasi SATU SEHAT
    b. Penginputan yang belum *real time* oleh petugas sehingga capaian imunisasi di aplikasi tidak menggambarkan capaian yang sebenarnya.
    c. Masih sering terjadi kendala penggunaan aplikasi dan pengembangan yang selalu dilakukan mengakibatkan terganggu dalam penginputan dan pemantauan cakupan bayi lengkap pada dashboard,
    d. Minimnya monitoring dan evaluasi dari pimpinan institusi khususnya kepala puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota serta kepala daerah mengenai

perkembangan penginputan hasil layanan imunisasi di aplikasi serta adanya kondisi jaringan internet yang belum baik di beberapa daerah.

5) Belum optimalnya koordinasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan swasta (RS, Bidan Praktek Mandiri, praktik mandiri dokter, dan klinik) khususnya dalam hal pelaporan hasil layanan imunisasi baik imunisasi program maupun yang mandiri.
6) Permasalahan pencatatan logistik vaksin di SMILE yang tidak *real time* yang mempengaruhi ketersediaan stok dan distribusi vaksin ke daerah

Pemecahan masalah yang dilakukan untuk mengatasi permasalahan dalam pencapaian target antara lain:

1) Membuat bahan-bahan edukasi imunisasi melalui media cetak dan online untuk memberikan pemahaman dan pengetahuan kepada masyarakat sehingga dapat meningkatkan *demand* masyarakat terhadap imunisasi;
2) Peningkatan minat masyarakat dalam imunisasi melalui kegiatan Pekan Imunisasi Dunia 2025, melalui media sosial, workshop dan lainnya;
3) Melanjutkan kegiatan sosialisasi baik melalui Webinar atau kegiatan pertemuan terkait program Imunisasi serta melalui Gerakan Masyarakat/Germas.
4) Desk Review berkala setiap bulan terkait pelaporan dan menjadi momen untuk menggali permasalahan yang terjadi di daerah.
5) Koordinasi intensif dan rutin dengan Pusdatin dan TTDK terkait beberapa permasalahan yang sering dihadapi petugas yang melakukan input data di SatuSehat/ASIK
6) Pemantauan stok vaksin setiap minggu melalui sistem pencatatan dan pelaporan vaksin dan logistik lainnya melalui aplikasi SMILE dan mengkoordinasikan segera ke kabupaten terkait vaksin yang stoknya minimum
7) Koordinasi dan memperkuat jejaring pelaksanaan imunisasi dengan fasyankes swasta
8) Menyampaikan umpan balik capaian secara rutin dari Menteri Kesehatan RI kepada seluruh Gubernur, Bupati/ Walikota dan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan kabupaten/Kota. Umpan balik ini bertujuan untuk meningkatkan komitmen daerah dalam peningkatan capaian imunisasi yang tinggi dan merata.

3. Cakupan Imunisasi Lengkap 14 Antigen mencapai target sebesar 74%

Imunisasi merupakan upaya untuk menimbulkan atau meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit sehingga apabila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan. Imunisasi adalah layanan kesehatan esensial yang melindungi individu rentan dari Penyakit - penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) seperti campak, rubela, polio, difteri, pertusis, tetanus neonatorum, pneumonia, diare, kanker leher rahim. Imunisasi terbukti sangat *cost effective* dalam menurunkan angka kesakitan, kecacatan dan

kematian akibat PD3I.

Imunisasi diberikan mulai dari usia bayi, baduta, dan anak usia sekolah dan jika imunisasi diberikan secara lengkap maka dapat memberikan perlindungan hingga usia dewasa. Saat ini, jadwal imunisasi rutin di Indonesia mencakup 14 antigen yang terkandung dalam 12 jenis vaksin yaitu HB0, BCG, bOPV, DPT-HB-Hib, PCV, IPV, Rotavirus, MR, JE, DT, Td, HPV. Setiap vaksin memiliki peran penting dalam mencegah penyebaran penyakit menular yang dapat menyebabkan komplikasi serius bahkan kematian. Perluasan antigen imunisasi menjadi 14 antigen merupkan strategi pilar transformasi layanan primer.

Untuk mencapai kekebalan kelompok dibutuhkan cakupan imunisasi per antigen minimal 90% dan merata di seluruh wilayah. Hal ini selaras dengan target global yang tertuang dalam Immunization Agenda 2030, bahwa untuk mengurangi angka kematian dan kesakitan akibat PD3I dibutuhkan cakupan imunisasi sebesar 90% di sepanjang siklus hidup atau seluruh kelompok usia. Untuk mengukur nilai perlindungan dan memastikan seluruh sasaran terlindungi dari PD3I, maka digunakan indikator cakupan imunisasi lengkap 14 antigen dengan target 90% pada tahun 2029.

Definisi operasional indikator cakupan imunisasi lengkap 14 Antigen adalah rata-rata persentase cakupan semua jenis vaksin imunisasi program di suatu wilayah dan dalam kurun waktu tertentu. Indikator ini dihitung dengan rumus yakni

$$\text{Persentase Cakupan Imunisasi Lengkap 14 Antigen} = \frac{\text{Jumlah persentase cakupan imunisasi HB0, BCG, DPT-HB-Hib 1, PCV 1, bOPV1, Rotavirus 1, IPV 1, MR 1, JE, HPV 1}}{\text{Jumlah jenis Vaksin}} \times 100$$

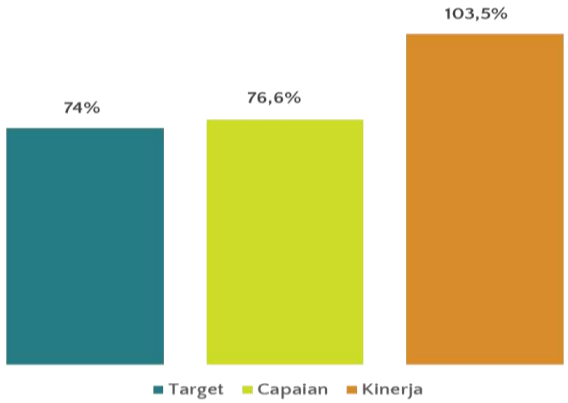
Beberapa hal yang menjadi perhatian dalam menghitung indikator ini yakni:

1. Pembagi 10 jenis vaksin bagi daerah yang melaksanakan imunisasi Japanese Encephalitis (JE) dan 9 jenis vaksin bagi daerah yang tidak melaksanakan imunisasi JE.
2. Imunisasi JE hanya untuk daerah yang sudah melakukan imunisasi JE yaitu Provinsi Bali, Kalimantan Barat dan DI Yogyakarta
3. Provinsi DI Yogyakarta tidak melaksanakan imunisasi bOPV
4. Imunisasi HPV dilaksanakan pada bulan Agustus dalam program Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS)

Pada Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029, ditetapkan target tahun 2025 sebesar 74%, yang kemudian meningkat secara bertahap sebesar 4% setiap tahunnya hingga mencapai 90% pada tahun 2029. Kenaikan target ini mencerminkan upaya berkelanjutan untuk meningkatkan cakupan imunisasi dan mencapai kekebalan kelompok yang optimal di seluruh wilayah. Cakupan imunisasi lengkap 14 antigen pada

tahun 2025 sebesar 76,6% dan capaian ini telah melampaui target nasional sebesar 74% dengan persentase capaian kinerja sebesar 103.5%, seperti dalam grafik berikut ini:

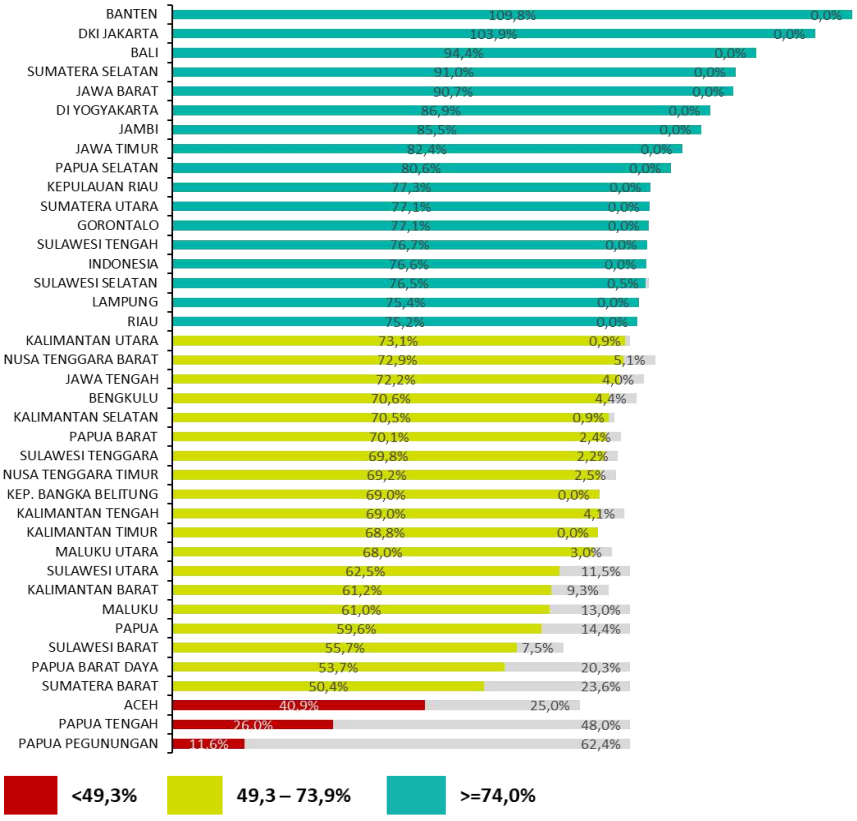
Grafik 3.7. Target dan Capaian Cakupan Imunisasi Lengkap 14 Antigen Tahun 2025



Sumber data: Laporan Dit. Imunisasi 2025, 26 Januari 2026

Sebaran capaian cakupan imunisasi lengkap 14 antigen per provinsi berdasarkan data kumulatif selama satu tahun digambarkan sebagai berikut:

Grafik 3.8. Cakupan Imunisasi Lengkap 14 Antigen Berdasarkan Provinsi Tahun 2025



Sumber data: Laporan Dit. Imunisasi 2025, 26 Januari 2025

Grafik diatas menunjukkan bahwa sebanyak 16 provinsi telah berhasil mencapai target indikator yang ditetapkan. Provinsi yang telah mencapai ≥ 74% antara lain Banten (109,8%), DKI Jakarta (103,9%), Bali (94,4%), Sumatera Selatan (91%), Jawa Barat (90,7%), DI Yoyakarta (86,9%), Jambi (85,5%), Jawa Timur (82,4%), Papua Selatan (80,6%), Kepulauan Riau (77,3%), Sumatera Utara (77,1%), Gorontalo (77,1%), Sulawesi Tengah (76,7), Sulawesi Selatan (76,5), Lampung (75,4%) dan Riau (75,2%). Adapun capaian per antigen per provinsi sebagai berikut:

Tabel 3.2. Cakupan Imunisasi Lengkap 14 Antigen berdasarkan Provinsi Tahun 2025

No	Provinsi	HB0	BCG	DPT-HB-HIB1	PCV1	bOPV1	RV1	IPV1	MR1	JE	HPV1	Rata rata
1	Aceh	62,2%	44,0%	39,5%	29,1%	51,7%	36,4%	29,9%	39,2%	0,0%	35,8%	40,9%
2	Sumatera Utara	72,3%	79,5%	78,3%	71,3%	76,2%	70,1%	73,2%	83,3%	0,0%	89,9%	77,1%
3	Sumatera Barat	64,7%	54,9%	51,6%	37,7%	55,8%	38,3%	38,1%	47,6%	0,0%	64,7%	50,4%
4	Riau	83,2%	76,9%	77,9%	69,5%	83,9%	60,6%	67,7%	77,3%	0,0%	79,6%	75,2%
5	Jambi	93,4%	84,6%	86,2%	79,7%	84,8%	74,6%	81,0%	86,7%	0,0%	98,2%	85,5%
6	Sumatera Selatan	87,5%	90,4%	92,8%	85,1%	91,0%	78,4%	89,9%	104,2%	0,0%	99,9%	91,0%
7	Bengkulu	70,5%	71,4%	70,4%	62,9%	72,3%	60,3%	63,3%	75,7%	0,0%	88,1%	70,6%
8	Lampung	74,6%	76,2%	79,0%	68,8%	76,0%	58,6%	74,5%	81,1%	0,0%	89,4%	75,4%
9	Kep. Bangka Belitung	70,1%	68,5%	65,5%	64,5%	67,7%	57,6%	62,7%	68,9%	0,0%	96,0%	69,0%
10	Kepulauan Riau	73,4%	79,8%	77,7%	71,0%	82,9%	80,7%	70,3%	74,6%	0,0%	85,3%	77,3%
11	Dki Jakarta	105,2%	108,6%	105,4%	104,3%	108,1%	106,5%	103,1%	108,2%	0,0%	85,3%	103,9%
12	Jawa Barat	91,7%	89,9%	92,1%	84,2%	90,6%	87,2%	89,5%	93,1%	0,0%	98,1%	90,7%
13	Jawa Tengah	65,3%	68,6%	69,5%	67,9%	68,1%	67,6%	68,5%	76,5%	0,0%	97,5%	72,2%
14	Di Yogyakarta	70,0%	67,9%	90,8%	94,0%	0,0%	94,2%	91,4%	92,3%	87,5%	94,3%	86,9%
15	Jawa Timur	80,9%	79,7%	81,5%	78,9%	79,8%	79,4%	79,0%	82,7%	0,0%	99,9%	82,4%
16	Banten	114,0%	113,4%	110,1%	106,9%	110,5%	106,9%	108,2%	116,5%	0,0%	101,9%	109,8%
17	Bali	113,1%	95,7%	79,9%	87,2%	109,7%	92,4%	76,0%	90,0%	76,1%	123,5%	94,4%
18	Nusa Tenggara Barat	72,0%	71,4%	67,3%	69,7%	70,3%	69,6%	70,8%	76,8%	0,0%	87,8%	72,9%
19	Nusa Tenggara Timur	67,2%	69,8%	71,6%	64,6%	71,7%	55,8%	64,1%	68,1%	0,0%	89,9%	69,2%
20	Kalimantan Barat	66,5%	66,1%	68,4%	55,3%	69,4%	45,9%	55,0%	61,2%	40,2%	84,2%	61,2%
21	Kalimantan Tengah	68,8%	70,4%	70,7%	60,2%	72,0%	54,7%	59,0%	67,8%	0,0%	97,5%	69,0%
22	Kalimantan Selatan	77,8%	71,1%	68,9%	65,4%	73,7%	62,0%	63,3%	73,8%	0,0%	78,8%	70,5%
23	Kalimantan Timur	73,0%	70,0%	69,0%	56,1%	73,5%	54,7%	61,4%	68,7%	0,0%	93,2%	68,8%

No	Provinsi	HB0	BCG	DPT-HB-HIB1	PCV1	bOPV1	RV1	IPV1	MR1	JE	HPV1	Rata rata
24	Kalimantan Utara	78,4%	73,0%	74,4%	65,2%	73,8%	58,2%	61,0%	66,5%	0,0%	107,7%	73,1%
25	Sulawesi Utara	57,1%	67,6%	69,2%	56,7%	71,9%	52,2%	57,7%	62,4%	0,0%	68,0%	62,5%
26	Sulawesi Tengah	80,8%	75,9%	81,9%	68,9%	77,3%	68,5%	74,8%	83,4%	0,0%	78,8%	76,7%
27	Sulawesi Selatan	73,1%	76,9%	78,2%	68,6%	76,3%	62,1%	73,9%	83,4%	0,0%	96,3%	76,5%
28	Sulawesi Tenggara	62,8%	72,3%	72,9%	63,7%	72,1%	57,8%	63,7%	73,6%	0,0%	89,5%	69,8%
29	Gorontalo	74,2%	76,2%	78,1%	71,4%	77,4%	68,4%	68,8%	80,3%	0,0%	98,6%	77,1%
30	Sulawesi Barat	70,3%	56,6%	56,7%	49,0%	58,8%	48,3%	46,9%	54,0%	0,0%	60,5%	55,7%
31	Maluku	57,5%	64,2%	70,3%	57,7%	65,0%	45,1%	59,0%	68,8%	0,0%	61,4%	61,0%
32	Maluku Utara	69,6%	71,6%	73,3%	65,8%	72,5%	62,0%	60,5%	65,2%	0,0%	71,2%	68,0%
33	Papua	44,4%	63,0%	64,5%	57,5%	65,9%	42,7%	56,5%	59,0%	0,0%	83,3%	59,6%
34	Papua Barat	76,1%	80,3%	80,3%	59,3%	85,7%	60,9%	80,8%	78,2%	0,0%	29,0%	70,1%
35	Papua Selatan	74,3%	102,6%	105,2%	68,4%	107,2%	77,6%	80,3%	73,4%	0,0%	36,1%	80,6%
36	Papua Tengah	26,8%	29,6%	28,0%	24,0%	30,2%	24,7%	23,5%	25,4%	0,0%	22,0%	26,0%
37	Papua Pegunungan	10,3%	15,3%	14,2%	9,2%	17,5%	6,7%	7,4%	8,6%	0,0%	15,5%	11,6%
38	Papua Barat Daya	62,0%	59,1%	61,6%	53,3%	61,6%	40,8%	47,2%	54,3%	0,0%	43,2%	53,7%
Indonesia		**78,6%**	**78,5%**	**79,1%**	**73,0%**	**78,5%**	**71,7%**	**74,6%**	**81,3%**	**59,7%**	**90,9%**	**76,6%**

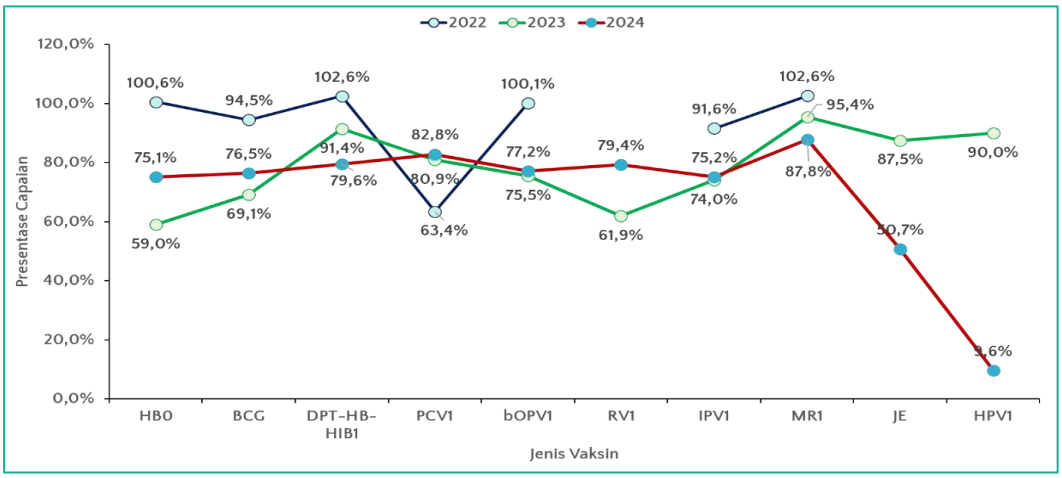
Sumber data: Laporan Dit. Imunisasi 2025, 26 Januari 2026

Indikator imunisasi lengkap 14 antigen pada tahun 2025 berhasil mencapai 76,6%, melebihi target 74% dengan persentase kinerja sebesar 103,5%, meski masih terdapat kendala dalam manajemen vaksin, distribusi, dan pencatatan logistik. Keberhasilan ini terutama didukung oleh capaian sebagian besar indikator vaksin tunggal yang termasuk dalam 14 antigen, di mana masing-masing telah melampaui target ≥ 74%. Dengan pencapaian vaksin tunggal yang konsisten tinggi, indikator 14 antigen secara keseluruhan berhasil tercapai.

Indikator capaian imunisasi lengkap 14 antigen ini merupakan indikator baru yang ditetapkan pada Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029. Penentuan angka target ditetapkan berdasarkan evaluasi capaian pada periode sebelumnya. Grafik dibawah menunjukkan tren capaian antigen dari tahun 2022 sampai 2024. Pada tahun 2022, vaksin Rotavirus (RV), Japanese Encephalitis (JE), dan HPV belum diintroduksikan,

sehingga capaian imunisasi pada tahun tersebut belum dapat dikategorikan sebagai imunisasi lengkap 14 antigen. Tahun 2023 hanya Provinsi Bali yang memulai introduksi vaksin JE.

Grafik 3.9. Cakupan Imunisasi Lengkap 14 Antigen Tahun 2022-2024



Sumber data: Laporan Dit. Imunisasi 2025 per 26 Jan 2026

Adapun upaya yang dilakukan untuk mencapa target kinerja antara lain:

a. Menjamin ketersediaan logistik imunisasi, khususnya vaksin, dalam jumlah yang cukup dan tepat waktu melalui koordinasi intensif dengan Ditjen Farmasi dan Alat Kesehatan (Ditjen Farmalkes) sebagai unit yang bertanggung jawab atas penyediaan vaksin program.
b. Mengantisipasi kendala penyediaan vaksin seperti efisiensi anggaran, keterlambatan pemenuhan produk, keterbatasan suplai bahan baku, dan kenaikan harga vaksin dengan melakukan perencanaan kebutuhan yang lebih matang, pemantauan stok secara berkala, serta penyesuaian distribusi ke daerah agar pemberian imunisasi tetap tepat waktu dan kelengkapan imunisasi terjaga.
c. Memperkuat pencatatan dan pelaporan layanan imunisasi melalui Aplikasi Sehat IndonesiaKu (ASIK) dengan melakukan koordinasi rutin, pendampingan teknis kepada petugas, serta desk review cakupan imunisasi secara berkala untuk memastikan data di lapangan tercatat secara lengkap, akurat, dan real time.

Selain hal tersebut, beberapa kegiatan juga dilakukan untuk dapat mencapai target indikator imunisasi lengkap 14 antigen antara lain:

a. Sosialisasi dalam rangka penguatan imunisasi bayi dan baduta.
   Kegiatan ini diharapkan sosialisasi kepada masyarakat umum mengenai pentingnya imunisasi yang lengkap pada bayi dan baduta sesuai jadwal sebagai upaya yang efektif mencegah Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I), selain itu juga melakukan advokasi tentang pentingnya imunisasi yang lengkap pada bayi dan baduta sesuai jadwal sebagai upaya yang efektif mencegah Penyakit yang Dapat

Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I), kegiatan diatas dikemas dalam kegiatan GERMAS yang melibatkan anggota DPR RI. Kegiatan ini terlaksana di 7 Kabupaten Kota pada 7 Provinsi.

b. Asistensi Teknis Penguatan Imunisasi Rutin. Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan asistensi dan pendampingan teknis yang bermanfaat untuk penguatan program imunisasi rutin khususnya imunisasi MR di daerah, kegiatan ini terlaksana di 5 provinsi dan 9 kabupaten kota
c. Desk Review Cakupan Imunisasi Rutin. Desk ini dilaksanakan secara daring. Pada kegiatan ini dilakukan validasi data cakupan imunisasi yang sudah diinput di ASIK, disandingkan dengan data cakupan manual di tingkat kabupaten/kota dan provinsi. Kegiatan ini dilakukan secara berkala setiap bulan.
d. Webinar Cegah Bahaya Diare dan Radang Paru, Webinar Peran Orang Tua dalam melindungi Anak dari Penyakit Pneumonia dan Diare Berat dengan Imunisasi, serta Webinar Imunisasi untuk Bidan di TPMB secara daring melalui situs LMS. Sasaran webinar ini adalah petugas kesehatan, masyarakat, dan bidan. Dalam webinar tersebut diberikan materi mengenai manfaat dan tata cara pemberian imunisasi terutama imunisasi PCV dan Rotavirus.
e. Melakukan supervisi dan monitoring melalui kunjungan lapangan sebagai bentuk pengawasan dan pembinaan kepada daerah yang dilakukan sampai puskesmas. Kegiatan ini dilaksanakan di 3 lokasi terpilih di Indonesia yaitu di Provinsi Bengkulu, Provinsi Lampung, dan Provinsi Jawa Barat.
f. Membuat dan menyebarluaskan media informasi mengenai imunisasi antigen baru. Media informasi ini dibuat dalam bentuk infografis, iklan layanan masyarakat, miniseri, serta video informasi melalui Key Opinion Leader (KOL) yang ditayangkan di media sosial
g. Pertemuan advokasi dan sosialisasi imunisasi HPV. Kegiatan dilaksanakan dengan pembiayaan hibah CHAI.
h. Melaksanakan Webinar "Imunisasi HPV: Perlindungan Nyata untuk Masa Depan Sehat" dengan peserta lintas K/L, organisasi profesi, organisasi agama, dan organisasi masyarakat. Webinar dilaksanakan pada tanggal 1 Agustus 2025 dengan dukungan UNICEF Indonesia.
i. Diseminasi media Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) imunisasi HPV melalui media sosial, untuk mensosialisasikan imunisasi HPV, terutama kebijakan HPV 1 dosis.

Dalam pencapaian target ditemukan beberapa kendala dan masalah yakni:

a) Masih adanya penolakan orang tua/keluarga dalam pemberian munisasi disebabkan kekhawatiran akan KIPI, adanya berita negatif/hoaks terkait imunisasi, penolakan imunisasi ganda, serta masalah keyakinan kehalalan vaksin;

b) Masih terdapat kendala dalam penggunaan Aplikasi Sehat IndonesiaKu (ASIK) Mobile dan Dashboard ASIK sebagai sarana pencatatan dan pelaporan elektronik hasil layanan imunisasi. Kendala tersebut meliputi belum optimalnya komitmen petugas di lapangan dalam melakukan input data secara real time akibat beban kerja ganda antara pelaksanaan program dan penginputan data ASIK. Selain itu, permasalahan lain aplikasi yang belum sepenuhnya terselesaikan turut menghambat proses penginputan dan pemantauan cakupan imunisasi. Kendala lainnya adalah keterbatasan kualitas jaringan internet di beberapa daerah.
c) Masih terdapat kendala dalam manajemen vaksin yang meliputi keterbatasan penyediaan vaksin di tingkat pusat serta pendistribusian vaksin hingga ke fasilitas pelayanan kesehatan akibat efisiensi anggaran. Kondisi tersebut mengakibatkan terjadinya kekosongan vaksin di beberapa daerah dan berdampak pada terganggunya pelayanan serta kelengkapan imunisasi tepat waktu. Selain itu, pencatatan logistik vaksin melalui sistem SMILE yang belum berjalan secara real time turut menyebabkan keterlambatan dan ketidaktepatan distribusi vaksin ke daerah, sehingga semakin mempengaruhi capaian kelengkapan imunisasi tepat waktu.
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;
e) Adanya bencana alam yang terjadi di 3 provinsi di Aceh, Sumatera Utara dan Sumatera Barat di akhir tahun
f) Dalam pelaksanaan vaksin HPV saat Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS), sebagian sekolah masih meminta penggunaan informed consent, sehingga beberapa orang tua menolak pemberian vaksin.

Terhadap permasalahan tersebut dilakukan beberapa upaya pemecahan masalah antara lain**:**

a) Melakukan penyusunan bahan materi/edukasi imunisasi serta kegiatan sosialisasi melalui webinar, pertemuan, dan Gerakan Masyarakat (GERMAS) guna meningkatkan pemahaman dan pengetahuan masyarakat serta petugas kesehatan, sehingga mendorong peningkatan kebutuhan dan kualitas pelaksanaan imunisasi;
b) Melakukan koordinasi intensif dan rutin dengan Pusdatin dan TTDK terkait progress pengembangan sistem dan dashboard ASIK yang dapat membantu dan memfasilitasi kebutuhan program serta penyelesaian berbagai masalah penggunaan ASIK di lapangan; Melakukan desk review cakupan imunisasi secara rutin guna mengatasi permasalahan terkait pencatatan dan pelporan
c) Melakukan koordinasi dengan Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan (Ditjen Farmalkes) untuk memastikan pengadaan vaksin tepat waktu sesuai kebutuhan setiap daerah, optimalisasi pencatatan dan pelaporan logistik vaksin

secara real time melalui aplikasi SMILE agar distribusi dapat dipantau secara akurat, serta pemberian umpan balik secara rutin kepada daerah guna memantau ketersediaan vaksin, mencegah kekosongan, dan memastikan kelancaran pelayanan imunisasi.

d) Melakukan penguatan koordinasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan swasta (RS, bidan praktik mandiri, praktik mandiri dokter, dan klinik) melalui pertemuan, sosialisasi prosedur pelaporan hasil layanan imunisasi, serta pendampingan teknis untuk memastikan data imunisasi tercatat dan dilaporkan secara lengkap, akurat, dan tepat waktu.
e) Memberikan imunisasi tambahan MR di daerah bencana sesuai dengan SE HK.02.02/C/5745/2025 tentang Penanggulangan Penyakit Yang Dapat diCegah dengan Imunisasi pada Daerah Terdampak Banjir dan Tanah Longsor;
f) Penyampaian kembali regulasi/dukungan pelaksanaan BIAS yang tercantum dalam Surat Keputusan Bersama (SKB) 4 Menteri untuk mendukung pelaksanaan BIAS serta surat Direktur Sekolah Dasar, Kemendikdasmen terkait permohonan dukungan pelaksanaan BIAS yang ditujukan kepada Kepala Dinas Pendidikan se-Indonesia.

4. Persentase Hipertensi dalam Pengendalian sebesar 20%

Hipertensi atau tekanan darah tinggi, merupakan salah satu masalah kesehatan yang signifikan di Indonesia dan di seluruh dunia. Hipertensi adalah kondisi medis ketika tekanan darah dalam arteri terus meningkat dari batas yang dianjurkan secara menetap. Hal ini dapat meningkatkan risiko terkena berbagai penyakit serius seperti serangan jantung, stroke, gagal jantung, dan kerusakan organ lainnya. Hipertensi sering kali tidak menimbulkan gejala yang jelas pada awalnya, sehingga sering disebut sebagai "pembunuh diam-diam".

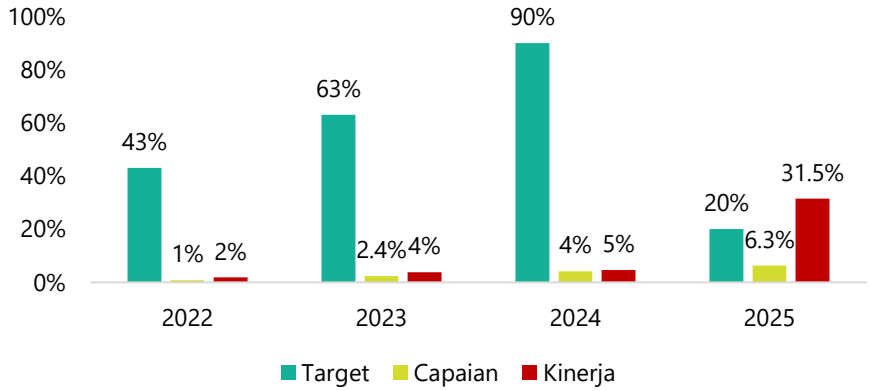
Di Indonesia, prevalensi hipertensi telah meningkat secara signifikan dalam beberapa dekade terakhir. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), prevalensi hipertensi di Indonesia meningkat dari 25,8% di tahun 2013 menjadi 34,1% tahun 2018. Angka ini menunjukkan bahwa lebih dari sepertiga penduduk Indonesia mengalami tekanan darah tinggi. Di antara mereka, hanya sebagian kecil yang sadar akan kondisi hipertensi mereka dan mendapatkan pengobatan yang tepat. Peningkatan kejadian hipertensi sejalan dengan perubahan gaya hidup masyarakat yang berisiko seperti, pola makan yang tidak sehat (tinggi gula, garam, dan lemak serta rendah serat), kurang aktifitas fisik, dan tingginya tingkat stres menjadi kontributor utama terhadap peningkatan jumlah kasus hipertensi. Pengendalian hipertensi menjadi upaya meningkatkan kesadaran masyarakat tentang faktor risiko hipertensi sehingga mengurangi risiko komplikasi jangka panjang.

Definisi operasional indikator persentase hipertensi dalam pengendalian adalah persentase individu terdaftar untuk tatalaksana hipertensi di fasilitas kesehatan dengan tekanan darah terkontrol < 140/90 mmHg pada kunjungan klinis terakhir (tidak termasuk yang baru didiagnosis dengan masa pengobatan kurang dari 3 bulan pada periode pelaporan). Perhitungan indikator dihitung dari Jumlah individu terdaftar untuk tatalaksana hipertensi di fasilitas kesehatan dengan tekanan darah terkontrol < 140/90 mmHg pada kunjungan klinis terakhir dibagi jumlah seluruh penyandang hipertensi.

Data terkait cakupan individu terdaftar untuk tatalaksana hipertensi di fasilitas kesehatan dengan tekanan darah terkontrol < 140/90 mmHg pada kunjungan klinis terakhir pada bulan Januari - Desember 2025, telah tercapai sebesar 6,3%. Bila dibandingkan dengan target sebesar 20% maka indikator hipertensi dalam pengendalian belum mencapai target yang ditetapkan dalam Renstra Kementerian Kesehatan dengan persentase capaian kinerja sebesar 31.5%.

Dalam Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024, indikator yang ditetapkan adalah penyandang hipertensi yang tekanan darahnya terkendali di Puskesmas/FKTP. Target yang ditetapkan sangat tinggi yakni sebesar 43% pada tahun 2022, meningkat menjadi 63% pada tahun 2023 dan 90% pada tahun 2024, seperti dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.10. Target dan Capaian Hipertensi dalam pengendalian Tahun 2022-2025



Sumber data: Laporan Direktorat PTM, 23 Januari 2026

Grafik diatas menunjukkan bahwa selama tahun 2022-2024, indikator tersebut tidak mencapai target meskipun capaian meningkat setiap tahunnya dengan gap target dan capaian sangat besar, sehingga dengan tren tersebut sebagai baseline, maka pada tahun 2025 target diturunkan menjadi 10% dan meningkat sebesar 5% setiap tahunnya yakni 25% pada tahun 2026, 30% tahun 2027, 35% tahun 2028 dan 40% tahun 2029. Bila dibandingkan dengan capaian tahun 2025 sebesar 6.3% maka perlu dilakukan upaya-

upaya strategis dan akselerasi sehingga capaian tahun 2026-2029 dapat tercapai.

Untuk mencapai target indikator hipertensi dalam pengendalian telah dilakukan beberapa upaya antara lain:

1) Sosialisasi dan advokasi program pengendalian PTM kepada pemerintah daerah untuk meningkatkan komitmen pemangku kebijakan didaerah terhadap program pengendalian PTM khususnya Hipertensi terus menerus dilakukan dalam pencapaian SPM bidang kesehatan khususnya untuk meningkatkan cakupan dini Hipertensi di Kab/Kota.
2) Sosialisasi pada masyarakat melalui media informasi dan peningkatan peran tokoh kunci seperti Tokoh Adat, dan Tokoh Masyarakat untuk meningkatkan kesadaran untuk memeriksakan kesehatan dan berobat teratur ke fasyankes terdekat. Sosialisasi melibatkan lintas program, lintas sektor, komunitas atau pun organisasi terkait untuk mencapai target indikator hipertensi terutama hipertensi terkendali.
3) Advokasi pemangku kebijakan dan lintas sektor dalam memperhatikan pemenuhan obat-obat esensial yang harus ada di FKTP, serta melakukan update obat-obat fornas di Kab/Kota dalam mendukung tatalaksana penyakit Hipertensi.
4) Optimalisasi peran lintas program, lintas sektor, komunitas atau pun organisasi dalam integrasi program untuk terlibat dalam penemuan kasus dan follow up kasus hipertensi yang sudah *loss to follow up*. Selain itu meningkatkan keterlibatan Klinik Swasta dan Praktek Dokter Swasta lainnya untuk pencatatan dan pelaporan pasien hipertensi. Selain itu, berkoordinasi dengan Daerah untuk menyelenggarakan MoU dengan FKTP lainnya yang ada di wilayah kerja Puskesmas agar pencatatan dan pelaporan terintegrasi dengan Sehat IndonesiaKu.
5) Bimbingan teknis atau asistensi kepada daerah yang capaiannya rendah tentang target dan capaian program PTM ditahun mendatang.
6) Mengintegrasikan layanan hipertensi dengan layanan lain yang tersedia agar efektif dan efisien termasuk layanan Prolanis.
7) Memaksimalkan pencatatan dan pelaporan dengan input data form offline khususnya untuk daerah DTPK dengan Akses internet terbatas.
8) Sosialisasi Pedoman hipertensi di FKTP/ Puskesmas baik secara Nasional maupun saat kunjungan Bimtek ke daerah.

Indikator hipertensi dalam pengendalian belum mencapai target yang ditetapkan 10% dalam Renstra Kementerian Kesehatan, karena adanya beberapa permasalahan yang ditemukan dalam pencapaian target antara lain:

a. Masih belum optimalnya cakupan deteksi dini hipertensi di Kab./ Kota sehingga penemuan kasus hipertensi masih rendah. Hal ini terjadi karena masih rendahnya kesadaran masyarakat untuk melakukan skrining dan tatalaksana Hipertensi di FKTP atau Faskes lainnya.

b. Sosialisasi yang masih terbatas dan belum optimal sehingga masih banyaknya kesalahan persepsi di masyarakat terkait pengobatan hipertensi.
c. Pengobatan yang kurang adekuat dikarenakan terbatasnya obat-obatan yang tersedia dimasyarakat dan protokol pengobatan yang tidak seragam.
d. Masih lemahnya follow up kasus hipertensi di masyarakat akibat SDM yang terbatas.
e. Beberapa wilayah masih terbatas akses ke pelayanan Kesehatan sehingga pengobatan sering terhambat.
f. Masih ada beberapa provinsi yang belum paham tentang target dan capaian program khususnya pada provinsi yang baru terbentuk.
g. Belum terintegrasinya sistem pencatatan dan pelaporan yang ada di Kab/kota pada level FKTP dan Fasyankes lainnya dengan sehat IndonesiaKu sehingga banyak Pasien Hipertensi yang tidak terlaporkan dan pengobatan berpindah tidak tercatat.
h. Pencatatan dan pelaporan yang terbatas pada daerah tertentu karena keterbatasan sarana prasaran serta akses internet khusunya didaerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan (DTPK)

5. Persentase Diabetes dalam Pengendalian sebesar 15%

Diabetes Mellitus (DM) merupakan salah satu masalah kesehatan global yang semakin meningkat prevalensinya dari tahun ke tahun. Penyakit ini ditandai oleh kadar glukosa darah yang tinggi akibat gangguan pada sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya. Diabetes Mellitus tidak hanya berdampak pada kualitas hidup individu, tetapi juga memberikan beban ekonomi dan sosial yang signifikan bagi keluarga dan sistem pelayanan kesehatan. Menurut data dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), jumlah penderita diabetes di dunia telah meningkat secara drastis dalam beberapa dekade terakhir, dan diperkirakan akan terus meningkat jika tidak dilakukan upaya pencegahan dan pengendalian yang efektif.

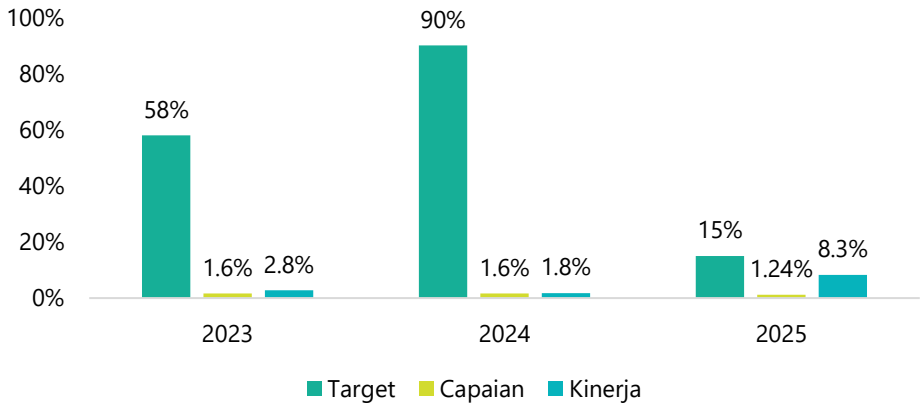
Diabetes Melitus (DM) telah menjadi tantangan kesehatan global yang estimasi prevalensi mencapai 11,1% dari total populasi dewasa di dunia. Berdasarkan laporan terbaru dari *International Diabetes Federation* (IDF) tahun 2025, sekitar 590 juta jiwa kini hidup dengan diabetes melitus, di mana lebih dari tiga perempat penderita berdomisili di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah. Lonjakan ini tidak hanya mencerminkan kegagalan dalam strategi preventif primer, tetapi juga memberikan tekanan luar biasa pada keberlanjutan ekonomi sistem kesehatan global. Di tengah krisis ini, fokus manajemen diabetes secara internasional mulai bergeser dari sekadar penemuan kasus menuju pencapaian target glikemik yang ketat sebagai indikator utama keberhasilan intervensi.

Pada Renstra Kemenkes Tahun 2025-2029 ditetapkan indikator Persentase Diabetes dalam Pengendalian dengan target sebesar 15% yang berarti sebanyak 15% dari seluruh pasien diabetes yang masuk dalam data diabetes berada dalam kondisi diabetes yang terkontrol dengan baik. Diabetes dalam pengendalian biasanya merujuk pada pasien diabetes yang kadar gula darahnya berada dalam target klinis sesuai standar pelayanan kesehatan (misalnya HbA1c < 7%, gula darah puasa/acak terkontrol, patuh minum obat, dan/atau menjalani kontrol rutin).

Definisi operasional indikator Persentase Diabetes dalam Pengendalian adalah Persentase individu dengan diabetes dengan kontrol glikemik terkendali berdasarkan target global HbA1C <7% atau gula darah preprandial kapiler 80-130 mg/dl atau gula darah 2 PP kapiler < 180 mg/dl pada kunjungan klinis terakhir. Indikator ini dihitung dari Jumlah individu dengan diabetes dengan kontrol glikemik terkendali berdasarkan target global HbA1C < 7% atau gula darah preprandial kapiler 80-130 mg/dl atau gula darah 2 PP kapiler < 180 mg/dl pada kunjungan klinis terakhir dibagi jumlah individu yang dilakukan pemeriksaan gula darah dikali 100%.

Target jumlah sasaran penderita diabetes yang gula darahnya terkendali sebanyak 1.692.413 kasus. Persentase capaian gula darah terkendali dari triwulan I tahun 2025 sebesar 0,01 meningkat menjadi 0,33 pada triwulan II, meningkat pada triwulan III menjadi 0,6% dan pada triwulan IV menjadi 1,24%, sehingga capaian indikator DM terkendali pada tahun 2025 yakni sebesar 1.24%. Bila dibandingkan dengan target 15%, indikator ini tidak mencapai target dengan persentase capaian sebesar 8.3%. Selama 3 tahun indikator DM dalam pengendalian tidak mencapai target seperti digambarkan dalam grafik sebagai berikut:

Grafik 3.11. DM dalam pengendalian Tahun 2023-2025



Sumber data: LAKIP Direktorat PTM 2023-2025

Indikator DM dalam pengendalian merupakan indikator yang telah tetapkan sejak tahun 2023-2024 dengan numenklatur indikator Penyandang Diabetes Melitus yang Gula Darahnya Terkendali. Terdapat perbedaan definisi operasional pada tahun 2023-2024 yakni penyandang diabetes melitus yang gula darah puasa < 126 mg/dl atau gula darah 2 jam pp nya < 200 mg/dl sebanyak minimal 3 kali (3 bulan) atau HbA1c < 7% minimal 1 kali dalam kurun waktu 1 tahun sedangkan pada tahun 2025 berubah menjadi Persentase individu dengan diabetes dengan kontrol glikemik terkendali berdasarkan target global HbA1C <7% atau gula darah preprandial kapiler 80-130 mg/dl atau gula darah 2 PP kapiler < 180 mg/dl pada kunjungan klinis terakhir. Grafik diatas menunjukkan bahwa capaian target tahun 2023-2024 tidak mencapai target dengan gap capaian dan target terlalu besar. Pada tahun 2023, capaian hanya 1.6% dari target 58%, tahun 2024 capaian hanya 1.6% dari target 90%. Karena gap capaian dan target tahun 2023-2024, maka target pada tahun 2025-209 diturunkan menjadi 15% tahun 2025, 17.5% pada tahun 2026, 20% tahun 2027, 22.5% pada tahun 2028 dan 25% tahun 2029. Bila dibandingkan dengan tren tahun 2023-2025 tidak tercapai maka diperkirakan capaian tahun 2026-2029 tidak akan tercapai.

Sebaran capaian DM dalam pengendalian digambarkan dalam tabel berikut ini:

Tabel 3.3. DM dalam pengendalian berdasarkan Provinsi Tahun 2025

Provinsi	Sasaran	DM Tak Terkendali	DM terkendali	Diagnosis DM	% Diagnosis DM	% DM terkendali
Aceh	32.463	540	42	25.845	79,61%	0,16%
Sumatera Utara	77.821	2.697	195	218.118	280,28%	0,09%
Sumatera Barat	25.605	342	34	21.223	82,89%	0,16%
Riau	36.277	1.226	405	35.691	98,38%	1,13%
Jambi	12.389	1.26	113	34.013	274,54%	0,33%
Sumatera Selatan	37.751	1.31	291	72.779	192,79%	0,40%
Bengkulu	7.937	200	13	10.983	138,38%	0,12%
Lampung	39.552	1.514	113	72.784	184,02%	0,16%
Kep. Bangka Belitung	11.574	15	0	2.765	23,89%	0,00%
Kep. Riau	12.322	291	9	14.134	114,71%	0,06%
DKI Jakarta	115.354	1	0	437	0,38%	0,00%
Jawa Barat	294.608	939	35	52.629	17,86%	0,07%
Jawa Tengah	242.261	549	60	41.217	17,01%	0,15%
D. I. Yogyakarta	38.129	1	0	1.629	4,27%	0,00%

Provinsi	Sasaran	DM Tak Terkendali	DM terkendali	Diagnosis DM	% Diagnosis DM	% DM terkendali
Jawa Timur	318.718	3.319	1.143	60.845	19,09%	1,88%
Banten	83.336	15.57	13.241	383.828	460,58%	3,45%
Bali	25.932	484	226	21.268	82,01%	1,06%
Nusa Tenggara Barat	26.474	1.132	251	39.913	150,76%	0,63%
Nusa Tenggara Timur	14.2	221	33	14.149	99,64%	0,23%
Kalimantan Barat	25.057	196	1	12.813	51,14%	0,01%
Kalimantan Tengah	13.896	441	47	14.706	105,83%	0,32%
Kalimantan Selatan	21.899	1.137	84	41.098	187,67%	0,20%
Kalimantan Timur	35.267	790	80	42.832	121,45%	0,19%
Kalimantan Utara	3.902	27	0	1.588	40,70%	0,00%
Sulawesi Utara	19.758	314	18	18.179	92,01%	0,10%
Sulawesi Tengah	18.335	823	58	27.842	151,85%	0,21%
Sulawesi Selatan	51.608	2.193	320	80.547	156,07%	0,40%
Sulawesi Tenggara	11.5	390	11	16.877	146,76%	0,07%
Gorontalo	7.615	2.344	734	27.182	356,95%	2,70%
Sulawesi Barat	5.425	858	349	13.077	241,05%	2,67%
Maluku	4.39	202	12	6.947	158,25%	0,17%
Maluku Utara	4.100	66	0	3.318	80,93%	0,00%
Papua Barat Daya	2.223	26	3	727	32,70%	0,41%
Papua Barat	2.276	43	3	2.040	89,63%	0,15%
Papua	4.681	8	0	2.335	49,88%	0,00%
Papua Selatan	2.069	148	2	3.090	149,35%	0,06%
Papua Tengah	3.999	40	10	1.474	36,86%	0,68%
Papua Pegunungan	1.710	0	0	17	0,99%	0,00%
INDONESIA	1.692.413	41.657	17.936	1.440.939	85,14%	1,24%

Sumber data: Laporan Direktorat PTM, 23 Januari 2026

Tabel diatas menunjukkan bahwa total sasaran gula darah terkendali merupakan jumlah orang yang diperkirakan mengalami penyakit diabetes melitus berdasarkan data SKI

tahun 2023 yaitu sebesar 11,7% sedangkan hasil deteksi dini yang dilakukan melalui kegiatan Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) menunjukkan bahwa jumlah orang yang terdiagnosa lebih dari yang di perkirakan yakni sebanyak 85.14%. Hal ini dapat dilihat pada beberapa provinsi yang menunjukkan bahwa terdapat lebih dari 100% orang yang terdiagnosa diabetes, seperti di Provinsi Banten dengan hasil diagnosa diabetes melitus sebanyak 460%. Data ini sebagai bukti bahwa masih banyak penderita diabetes melitus yang belum terdiagnosa di masyarakat.

Jumlah orang yang telah didiagnosa diabetes melitus sebanyak 1.440.939 (85%) dari 1.692.413 target orang yang dinyatakan penyandang diabetes melitus berdasarkan prevalensi diabetes (SKI 2023) dan yang dinyatakan terkendali sebanyak 5.710 (0,6%) pada triwulan III dan mengalami peningkatan menjadi 17.939 orang (1,24%) pada triwulan IV atau meningkat sebesar 32% dari triwulan III. Rendahnya capain gula darah terkendali berdasarkan data hingga triwulan IV tahun 2025 disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya SDM yang bertugas khusus untuk melakukan input data masih belum ada dan jumlah data yang akan dimasukkan dalam aplikasi dalam jumlah yang banyak serta tidak bisa dilakukan dalam satu waktu sehingga masih ada data yang disimpan. Selain itu penyebab rendahnya capaian ini karena masih ada kabupaten/kota yang belum optimal dalam melakukan pematauan gula darah pasien diabetes melitus. Table di atas juga menunjukkan bahwa setelah dilakukan skrining secara massif melalui kegiatan Pemeriksaan Kesehatan Gratis angka penduduk yang telah terdiagnosa diabetes melitus telah mencapai angka 85%.

Data diatas juga menunjukkan rata-rata persentase diabetes terkendali sebesar kurang lebih 0,5% dengan nilai median sekitar 0,16% dan nilai maksimum sebesar 3,4%. Secara nasional proporsi diabetes melitus dengan gula darah terkendali masih sangat rendah dan sebagian besar kabupaten/kota memiliki <1% diabetes melitus terkendali dari total sasaran. Hal ini menunjukkan bahwa tantangan besar dalam pengendalian gula darah terkendali pada penderita diabetes melitus adalah pada kepatuhan terapi, kontinuitas pelayanan, edukasi pasien, ketersediaan obat dan monitoring rutin.

Semakin meningkat jumlah masyarakat yang mengalami diabetes melitus maka perlu dilakukan penanganan dengan terus melakukan pemantauan gula darah pada pasien diabetes melitus. Pemantauan yang dilakukan setiap bulan apakah gula darah dalam kondisi normal atau tidak. Jika selama pemantantauan gula darah, pasien diabetes melitus memiliki gula darah yang terkontrol pada pemeriksaan kunjungan terakhir maka gula darah pasien diabetes melitus dianggap terkendali dengan waktu pemantauan dilakukan selama 1 tahun.

Indikator DM terkendali tidak mencapai target tahun 2025, hanya sebesar 1.24% dari target 15%. Beberapa faktor penghambat tidak tercapainya target dilihat dari beberapa faktor yakni:

1) Faktor penyandang DM
   Kepatuhan minum obat rendah (lupa, takut efek samping, atau berhenti saat merasa membaik), pola makan tidak terkontrol, tinggi gula sederhana dan lemak, serta porsi berlebih., aktivitas fisik kurang dan gaya hidup sedentari, kurangnya pemahaman penyakit DM, termasuk makna target gula darah dan komplikasi, faktor psikososial: stres, depresi, burnout kronis yang memengaruhi kontrol glikemik dan adanya Komorbiditas (obesitas, hipertensi, infeksi) yang memperberat kontrol gula darah.
2) Faktor Terapi dan Klinis
   Faktor yang mempengaruhi yakni regimen terapi tidak optimal (dosis kurang, titrasi lambat, atau kombinasi tidak adekuat), keterlambatan intensifikasi terapi, terutama pada pasien dengan HbA1c tetap tinggi, efek samping obat yang menyebabkan pasien menghentikan pengobatan dan ketergantungan pada terapi farmakologis tanpa pendekatan gaya hidup yang memadai.
3) Faktor Pelayanan Kesehatan
   Faktor yang mempengaruhi dari pelayanan kesehatan yakni kunjungan kontrol tidak teratur dan tingginya angka lost to follow-up, waktu konsultasi terbatas, sehingga edukasi tidak optimal, kurangnya pendekatan multidisiplin (dokter, perawat, nutrisionis, edukator DM) dan monitoring laboratorium tidak rutin (HbA1c jarang diperiksa)

Untuk mencapai indikator DM dalam pengendalian dilakukan beberapa upaya antara lain:

1) Terus mndorong puskesmas untuk melakukan Edukasi rutin seperti pola makan sehat (gizi seimbang, indeks glikemik rendah), pentingnya olahraga teratur dan bahaya komplikasi diabetes. Selain itu dilakukan juga penguatan konseling obat oleh tenaga farmasi.
2) Edukasi pasien DM untuk melakukan pemantauan Gula Darah secara mandiri dan teratur. Melalukan edukasi akan pentingnya Kepatuhan Terhadap Terapi.
3) Melakukan evaluasi capaian triwulan dengan Dinas Kesehatan Provinsi dan Kab/Kota untuk mengidentifikasi tantangan yang timbul di tiap daerah dan melaporkan secara berkala.
4) Melakukan sosialisasi dan cara pencapaian indikator pada semua pengelola PTM terutama pengelola diabetes melitus
5) Melakukan kolaborasi dengan unit utama lainnya untuk melakukan deteksi dini faktor risiko pada kegiatan-kegiatan yang melibatkan masyarakat dalam jumlah besar.

6) Melakukan kegiatan promosi kesehatan dalam bentuk Gerakan deteksi dini faktor risiko PTM
7) Melakukan koordinasi dengan tim DTO untuk melakukan perbaikan aliran data pada ASIK sehingga data dapat terlaporkan dengan baik.
8) Memastikan system pelaporan untuk indikator DM terkendali telah sesuai dengan definisi operasional yang telah di tetapkan

Indikator DM dalam pengendalian tidak mencapai target tahun 2025, ditemukan beberapa kendala dan hambatan pencapaian target indikator yakni:

a. Transisi Epidemiologi dan Gizi yang Cepat.
   Indonesia tengah mengalami transisi gizi ganda, di mana masalah kekurangan gizi masih ada, dan sisi lain kasus obesitas meningkat pesat. Urbanisasi, perubahan pola kerja, dan globalisasi pangan mendorong konsumsi makanan tinggi energi, gula, garam, dan lemak, sementara aktivitas fisik masyarakat menurun.
b. Perubahan pola konsumsi pangan.
   Ketersediaan makanan *ultra-proses (ultra-processed foods)* yang murah, mudah didapatkan, dan secara masif dipromosikan menjadi kendala besar. Konsumsi minuman berpemanis dalam kemasan (MBDK), makanan cepat saji, dan makanan ringan tinggi kalori meningkat, terutama pada kelompok usia muda.
c. Rendahnya aktifitas fisik masyarakat.
   Perubahan lingkungan binaan *(built environment)* yang kurang mendukung aktivitas fisik—seperti minimnya ruang terbuka hijau, trotoar yang tidak ramah pejalan kaki, dan transportasi publik yang belum optimal. Selain itu, budaya sedentari akibat penggunaan gawai dan pekerjaan berbasis online semakin meningkat.
d. Determinan sosial dan ketimpangan ekonomi.
   Obesitas di Indonesia semakin banyak ditemukan pada kelompok sosial ekonomi menengah ke bawah. Makanan tidak sehat sering kali lebih murah dan mengenyangkan dibandingkan pilihan sehat.
e. Keterbatasan Sistem Kesehatan dalam Pencegahan.
   Sistem kesehatan Indonesia masih relatif kuratif-oriented, dengan fokus besar pada pengobatan komplikasi obesitas (diabetes, hipertensi, penyakit kardiovaskular) dibandingkan pencegahan primer. Skrining obesitas, konseling gizi, dan intervensi perubahan perilaku di layanan primer, termasuk Puskesmas, belum optimal akibat keterbatasan SDM, waktu layanan, dan insentif program.

Untuk mengatasi permasalahan tersebut dilakukan beberapa strategi pemecahan masalah yakni:

1. Penguatan Sistem Kesehatan Primer

Saat ini telah dilakukan pencegahan primer dan sekunder seperti Skrining gula darah, obesitas melalui kegiatan CKG di Puskesmas, Posbindu PTM, dan UKS.

2. Kebijakan pangan sehat
   Dilakukan intervensi berbasis perilaku seperti Konseling gizi dan aktivitas fisik dipuskesmas melalui kegiatan posbindu di meja ke lima dengan melakukan Penguatan peran tenaga gizi dan promkes serta melakukan integrasi program penurunan berat badan dengan pengelolaan DM, hipertensi, dan dislipidemia.
3. Pendekatan Berbasis Siklus Hidup
   Diabetes harus dicegah sejak dini untuk memutus siklus antar generasi yaitu mencegah obesitas sejak kehamilan (edukasi gizi ibu hamil). Promosi ASI eksklusif dan MP-ASI sesuai standar serta melakukan skrining obesitas sejak di sekolah.

6. Kab/kota yang mencapai target pra-eliminasi kanker leher Rahim sebesar 30 Kab/Kota

Kanker leher rahim merupakan kanker dengan urutan keempat tertinggi pada perempuan. Diestimasikan, secara global, terdapat 661.044 kasus baru dan 348.186 kematian pada tahun 2022. Di Indonesia, kanker leher rahim merupakan kanker kedua tertinggi pada perempuan dengan kasus baru sebanyak 36.964 kasus baru dan menyebabkan 19.255 kematian. Meskipun kanker leher rahim merupakan salah satu jenis kanker dengan angka kematian tinggi, namun 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). Pada Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029 ditetapkan indikator Kab/Kota yang mencapai target pra eliminasi kanker leher rahim dengan target sebanyak 30 Kab/Kota.

Definisi operasional indikator adalah Jumlah kabupaten/kota yang mencapai target pra-eliminasi kanker leher rahim, yang memenuhui ke-3 kriteria berikut :

1) Cakupan imunisasi HPV 90%
2) Skrining kanker leher rahim menggunakan metode DNA HPV dengan kenaikan cakupan sebesar 15% dibandingkan tahun sebelumnya
3) Cakupan pengobatan/tatalaksana lesi pra kanker 90%

Cara perhitungan indikator adalah akumulasi kabupaten/kota yang mencapai target pra-eliminasi kanker leher rahim yang memenuhui ke-3 kriteria: (1) Cakupan imunisasi HPV 90%; (2) Skrining kanker leher rahim menggunakan metode DNA HPV dengan kenaikan cakupan sebesar 15% dibandingkan tahun sebelumnya; (3) Cakupan

pengobatan/tatalaksana lesi pra kanker 90%. Karena indiator ini merupakan indikator komposit, maka berikut adalah detail perhitungan untuk 3 kriteria yang menjadi syarat:

1) Cakupan imunisasi HPV 90%
   Cakupan imunisasi HPV Triwulan 3 tahun 2025 dihitung dari jumlah sasaran yang telah diimunisasi dibagi dengan total sasaran dikali 100%, yang dihitung dengan formula:

$$\frac{Jumlah\ anak\ sekolah\ kelas\ 6\ SD\ /\ sederajat\ yang\ telah\ diimunisasi}{Jumlah\ anak\ sekolah\ keals\ 6\ SD/sederajat}$$

2) Skrining kanker leher rahim menggunakan metode DNA HPV dengan kenaikan cakupan sebesar 15% dibandingkan tahun sebelumnya
   Perhitungan capaian skrining dan tatalaksana ini hanya menggunakan data dari 35 kabupaten/kota di 16 provinsi yang menjadi lokus implementasi deteksi dini kanker leher rahim dengan metode DNA HPV pada tahun 2024 karena implementasi secara nasional belum terlaksana. Perhitungan capaian dilakukan dengan membagi jumlah perempuan usia 30-69 yang dilakukan skrining kanker leher rahim menggunakan metode DNA HPV dibagi dengan jumlah perempuan usia 30-69 tahun. Persentase kenaikan capaian dihitung dengan mengurasi/menghitung selisih capaian tahun 2025 triwulan III dengan target kenaikan capaian (15% dari capaian tahun 2024 dan dibagi per triwulan dikali 2).

   Formula perhitungan target kenaikan capaian TW III**:**

$$\left(\frac{capaian\ 2025\ -\ capaian\ 2024}{capaian\ 2024}\right) x100\%$$

3) Cakupan pengobatan/tatalaksana lesi pra kanker 90%

   Sama seperti cakupan skrining, cakupan tatalaksana dihitung menggunakan data dari 35 kabupaten/kota di 16 provinsi yang menjadi lokus implementasi deteksi dini kanker leher rahim dengan metode DNA HPV pada tahun 2024. Selain itu, saat ini belum tersedia data dari FKTL, sehingga data tatalaksana yang digunakan adalah jumlah perempuan dengan IVA positif yang dilakukan krioterapi/*thermal ablation* di Puskesmas ditambah dengan jumlah perempuan dengan IVA positif yang dirujuk ke FKTL.

   Perhitungan capaian dilakukan dengan membagi perempuan yang ditemukan lesi pra kanker leher rahim yang ditemukan saat pemeriksaan IVA (IVA positif) yang

mendapatkan tatalaksana krioterapi/*thermal ablation* di puskesmas dan yang dirujuk ke FKTL dengan jumlah perempuan dengan IVA positif berdasarkan hasil skrining.

Formula:

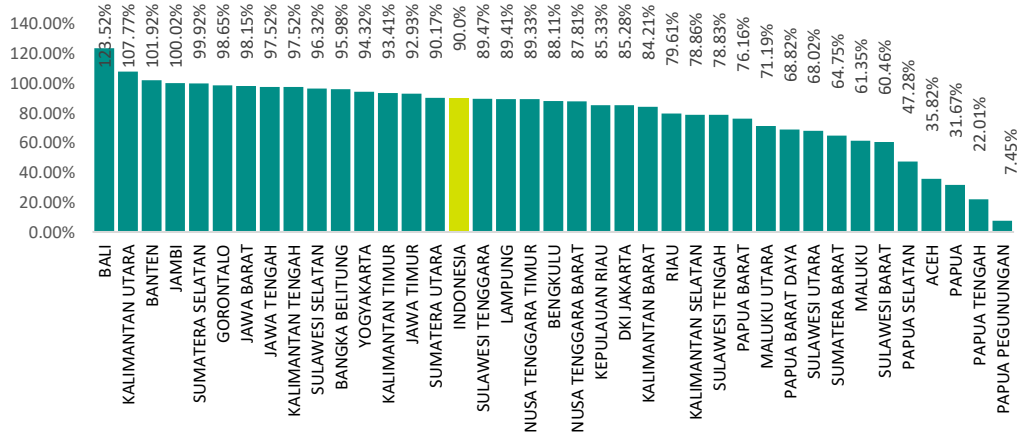
$$\frac{\text{jumlah perempuan dengan IVA positif dilakukan krioterapi /thermal ablation di Puskesmas dan dirujuk}}{\text{jumlah perempuan dengan IVA positif}} \times 100\%$$

Berdasarkan formula tersebut maka hasil capaian indikator Jumlah kabupaten/kota yang mencapai target pra-eliminasi kanker leher rahim adalah:

Jumlah Kab/Kota dengan Cakupan Imunisasi HPV 90%	Jumlah Kab/Kota dengan Skrining HPV dengan Kenaikan 15% dibandingkan tahun sebelumnya	Jumlah Kab/Kota dengan Pengobatan Lesi Pra Kanker 90%	Target Kab/Kota yang mecapai target pra eliminiasi kanker leher rahim	Capaian Kab/Kota yang mecapai target pra eliminiasi kanker leher rahim
262	19	17	30	0

Berdasarkan tabel diatas, terdapat 292 kab/kota yang memiliki cakupan imunisasi 90%. Skrining HPV dengan kenaikan 15% dari tahun sebelumnya ada 19 kab/kota. Pengobatan lesi pra kanker minimal 90% terdapat 17 kab/kota. Meskipun beberapa Kab/Kota telah mencapai komposit indikator tetapi tidak ada kab/kota yang mencapai target 3 kriteria pra eliminasi kanker leher rahim tahun 2025 atau capaian indikator 0%. Bila dibandingkan dengan target sebesar 30 Kab/Kota maka indikator ini tidak mencapai target tahun 2025. Adapun ebaran Kab/Kota dengan cakupan imunisasi HIV 90% tahun 2025 digambarkan dalam grafik berikut:

Grafik 3.12. Cakupan Imunisasi HPV Tahun 2025

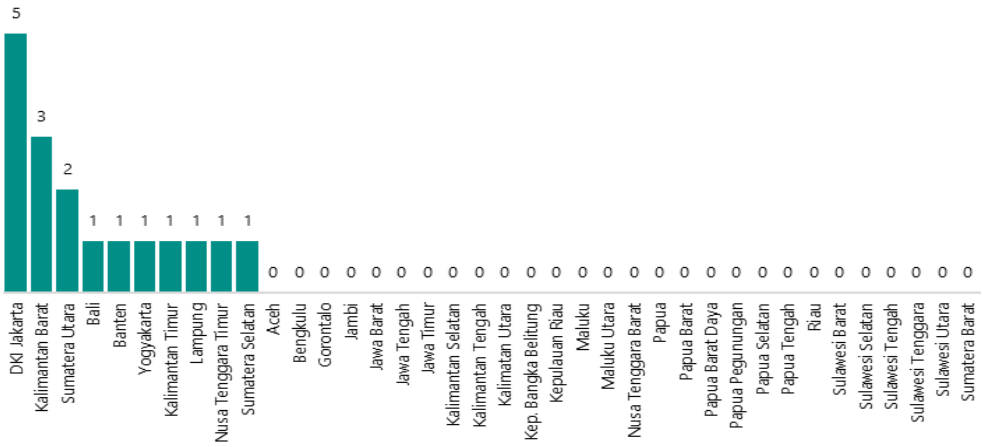


Sumber data: Laporan Direktorat PTM, Januari 2026

Grafik diatas menunjukkan bahwa Capaian imunisasi HPV secara nasional telah mencapai 90%. Capaian imunisasi tertinggi di Provinsi Bali (123.52%), Kalimantan Utara (107.77%), dan Banten (101.92%) disusul 12 provinsi lainnya. Disisi lain, terdapat 5 provinsi yang capaiannya masih dibawah 50%, yaitu Papua Selatan (47.28%), Aceh (35.82%), Papua (31.67%), Papua Tengah (22.01%), dan Papua Pegunungan (7.45%).

Jumlah Kab/Kota yang melaksanakan pengobatan lesi pra kanker minimal 90% dari jumlah kasus lesi pra kanker (HPV+ dan IVA+) yang ditemukan oleh FPKTP dilakukan pengobatan krioterapi atau termal ablasi secara nasional adalah 17 Kab/Kota dari 514 Kab/Kota. Gambaran capaian Kab/Kota yang melaksanakan pengobatan lesi pra kanker sebagai berikut:

Grafik 3.13. Capaian Kab/Kota melaksanakan pengobatan lesi pra kanker Tahun 2025

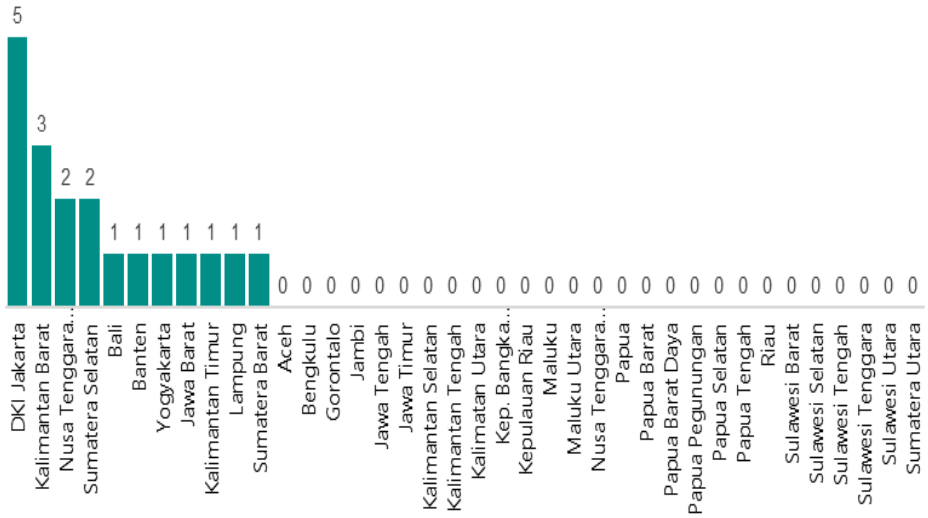


Sumber data: Laporan Direktorat PTM, Januari 2026

Grafik diatas menunjukkan Provinsi tertinggi yang melaksanakan pengobatan lesi pra kanker adalah DKI Jakarta (5 Kab/Kota), Kalimantan Barat (3 Kab/Kota), Sumatera Utara (2 Kab/Kota).

Jumlah Kab/kota yang mencapai kenaikan skrining DNA HPV sebesar 15% dari tahun sebelumnya ada 19 Kab/Kota, dengan rincian DKI Jakarta (5 Kab/Kota), Kalimantan Barat (3 Kab/Kota), NTB (2 Kab/Kota), Sumatera Selatan (2 Kab/Kota), dan Bali, Banten, DIY, Jawa Barat. Kalimantan Timur, Lampung, dan Sumatera Barat masing-masing (1 Kab/Kota). Gambaran capaian tahun 2025 disampaikan dalam grafik sebagai berikut:

Grafik 3.14. Capaian Kab/Kota yang mencapai kenaikan skrining DNA HPV Tahun 2025



Sumber data: Laporan Direktorat PTM, Januari 2026

Pada tahun 2025, tidak ada Kab/kota yang mencapai target pra-eliminasi kanker leher Rahim. Beberapa penyebab tidak tercapaianya target antara lain:

1. Faktor imunisasi
   a. Salah satu kendala utama adalah keterbatasan pengetahuan dan kesadaran masyarakat, khususnya orang tua dan remaja, mengenai pentingnya vaksin HPV dalam mencegah kanker leher rahim. Hal ini seringkali diperburuk oleh adanya stigma dan mispersepsi bahwa vaksin HPV berkaitan dengan perilaku seksual dan isu kehalalan, yang menyebabkan penolakan terhadap imunisasi.
   b. Pemenuhan logistik dan infrastruktur, seperti distribusi vaksin yang merata ke wilayah terpencil, ketersediaan fasilitas penyimpanan rantai dingin (*cold chain*), serta kapasitas tenaga kesehatan, turut menghambat cakupan imunisasi yang optimal.
   c. Dukungan pembiayaan yang berkelanjutan, terutama untuk perluasan cakupan vaksinasi pada anak laki-laki dan perluasan usia target. Koordinasi lintas sektor dan penguatan sistem pencatatan serta pelaporan juga menjadi aspek krusial dalam memastikan efektivitas program ini di seluruh wilayah Indonesia.
2. Faktor layanan skrining
   a. Dari sisi *demand*, rendahnya partisipasi masyarakat karena rasa takut, malu, tabu karena persepsi dan nilai sosial yang berkembang di masyarakat
   b. Penyediaan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) yang digunakan untuk pemeriksaan DNA HPV. Hingga April 2025, BMHP untuk pemeriksaan DNA HPV seperti *Collecting Kit*, reagen tes dan reagen ekstraksi belum terpenuhi, baik

pembelian melaui mekanisme Banper yang diadakan oleh Ditjen Farmalkes, maupun pembelian melalui DAK Non Fisik 2025. Hal ini mengakibatkan implementasi skrining dengan DNA HPV secara nasional terhambat.

c. Belum semua puskesmas memiliki tenaga kesehatan terlatih deteksi dini kanker leher rahim dengan DNA HPV. Hingga April 2025, baru 2.547 tenaga kesehatan yang telah dilakukan *on The Job Training* dan baru 115 tenaga kesehatan yang mendapatkan pelatihan tersertifikasi.
d. Ketersediaan laboratorium rujukan yang terbatas. Saat ini, terdapat 169 Labkesmas yang dapat menjadi rujukan pemeriksaan DNA HPV (120 Labkesmas Tier 2, 29 Labkesmas Tier 3, 20 Labkesmas Tier 4).
e. Implementasi Petunjuk Pelaksanaan di Puskesmas, baik petunjuk teknis, petunjuk pembiayaan, petunjuk pengepakan dan pengiriman spesimen, serta petunjuk penyediaan logistik belum optimal karena Petunjuk Teknis baru ditetapkan pada triwulan akhir Tahun 2025
f. Belum ada standar tarif pemeriksaan laboratorium DNA HPV
g. Belum ada mekanisme yang jelas terkait sistem transportasi spesimen menggunnakan pihak ketiga

3. Faktor tatalaksana awal lesi-pra kanker
   a. Hanya 1.554 dari 10.212 puskesmas yang memiliki krioterapi. Hal ini menjadi penghambat utama dalam melakukan tatalaksana lesi prakanker, sehingga beberapa puskesmas merujuk pasien dengan hasil pemeriksaan IVA positif seringkali secara horizontal ke Puskesmas yang memiliki krioterapi atau langsung merujuk ke FKTL tanpa melihat eligibilitas tatalaksana pada kondisi lesi. Hal ini mengakibatkan banyak pasien yang *Lost To Follow Up*
   b. Selain kuantitas krioterapi terbatas, beberapa alat krioterapi di puskesmas banyak yang rusak dan mengalami kekosongan gas. Padahal, tidak semua daerah di Indonesia memiliki *supply* distributor gas sehingga saat gas habis, kesulitan untuk isi ulang
   c. Sistem informasi yang saat ini digunakan secara nasional belum bisa mengakomodir kebutuhan data program. Mulai dari imunisasi, skrining dan tatalaksana. Pada Aplikasi Sehat IndonesiKu (ASIK) belum ada variabel terkait dengan tatalaksana lesi prakanker
   d. Pencatatan yang tidak lengkap, sehingga banyak data terkait pemeriksaan IVA dan tindak lanjut dari hasil pemeriksaan IVA kosong..

Upaya yang dilakukan untuk pemecahan permasalahan dan kendala yakni:

1. Reviu rekomendasi hasil ImPACT Review untuk merevisi algoritma Deteksi Dini Kanker Leher Rahim dengan DNA HPV di Indonesia.

2. Monitoring dan evaluasi hasil *piloting project* deteksi dini kanker leher rahim dengan metode DNA HPV melalui pengambilan sampel secara mandiri (*self-sampling*) sebagai alternatif dalam rangka mendorong peningkatan capaian skrining yang saat ini sedang dilakukan di Jawa Timur berkolaborasi dengan ROCHE dan JHPIEGO serta yang saat ini sedang dilakukan di Kota Jakarta Barat, Kota Depok, Kab. Pandeglang dan Kota Jayapura berkolaborasi dengan PT. Beckton Dickinson dan RS Kanker Dharmais
3. Percepatan implementasi dan perluasan *New All Record* sebagai *platform* pencatatan dan pelaporan hasil deteksi dini.
4. Melakukan koordinasi dengan Dit. Mutu SDMK untuk melakukan percepatan pelatihan deteksi dini kanker payudara dan kanker leher rahim.
5. Pemantauan penyediaan alat PCR pada laboratorium kesehatan masyarakat yang diajukan Ditjen Kesmas serta penyediaan *Thermal Ablation* melalui pembiayaan *Public Laboratory System Strengthening* (InPULS) dan *Strengthening of Primary Healthcare in Indonesia* (SOPHI).
6. Mengkaji efektifitas penggunaan *dry-sample* sebagai alternatif permasalahan ketersediaan laboratorium rujukan di Kabupaten/Kota atau jarak laboratorium yang jauh.

7. Persentase kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini kanker prioritas (paru, kolorektal, payudara) sebesar 20%

Sebagai salah satu penyebab utama kematian akibat penyakit tidak menular, kanker terus menjadi beban kesehatan global yang kian meningkat. Pada tahun 2022, kanker diperkirakan menyebabkan sekitar 9,7 juta kematian atau setara dengan 18,7% dari seluruh kematian di dunia. Tiga jenis kanker dengan kontribusi kematian tertinggi secara global adalah kanker payudara, kanker paru, dan kanker kolorektal. Peningkatan beban kanker terutama dipicu oleh faktor risiko perilaku seperti kebiasaan merokok, pola makan tidak sehat, serta rendahnya aktivitas fisik. Berbagai upaya pencegahan, deteksi dini, dan perluasan akses pengobatan telah diupayakan secara global, namun distribusinya belum merata sehingga memicu disparitas tingkat kesintasan, khususnya di negara berpendapatan rendah dan menengah. Jumlah kasus kanker dunia bahkan diproyeksikan melonjak dari sekitar 20 juta kasus baru pada tahun 2022 menjadi 35 juta pada tahun 2050. Kondisi ini menekankan pentingnya langkah strategis lintas sektor, baik melalui penguatan layanan kesehatan maupun perubahan perilaku masyarakat. Kanker prioritas seperti paru, kolorektal, payudara menjadi fokus pengendalian kanker dalam Renstra Kemenkes Tahun 2025-2029 dengan indikator .persentase kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini kanker prioritas (paru, kolorektal, payudara).

Definisi operasional indikator persentase kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini kanker prioritas (paru, kolorektal, payudara) adalah Jumlah kabupaten/kota yang melakukan skrining kanker payudara/kanker paru/kanker kolorektal dengan capaian kenaikan minimal 10% dibandingkan tahun sebelumnya pada masing-masing jenis skrining. Indikator dihitung dari Akumulasi jumlah kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini kanker payudara *atau* kanker paru *atau* kanker kolorektal dengan capaian dengan kenaikan minimal 10% dibandingkan tahun sebelumnya pada salah satu jenis deteksi dini dibagi jumlah kabupaten/ kota dikali 100%.

$$\frac{\text{Akumulasi jumlah kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini kanker payudara atau kanker paru atau kanker kolorektal dengan kenaikan capaian minimal 10\% dengan dibandingkan tahun sebelumnya}}{\text{Jumlah Kabupaten/Kota}} \times 100\%$$

1) Kenaikan Capaian Deteksi Dini Kanker Payudara
   Kenaikan capaian deteksi dini kanker payudara dihitung dengan mengkalkulasi selisih jumlah deteksi dini tahun 2025 dan tahun 2024 dibagi dengan jumlah deteksi dini tahun 2024 dikali 100%. Sumber data yang digunakan untuk perhitungan capaian ini bersumber dari Aplikasi Sehat IndonesiaKu (ASIK) PTM dan ASIK CKG.

   Formula:

$$\frac{(\text{Jumlah deteksi dini kanker 2025} - \text{jumlah deteksi dini 2024})}{\text{Jumlah deteksi dini 2024}} \text{ x } 100\%$$

2) Kenaikan Capaian Deteksi Dini Kanker Paru
   Kenaikan capaian deteksi dini kanker paru dihitung dengan mengkalkulasi selisih jumlah deteksi dini tahun 2025 dan tahun 2024 dibagi dengan jumlah deteksi dini

$$\frac{(\text{Jumlah deteksi dini kanker 2025} - \text{jumlah deteksi dini 2024})}{\text{Jumlah deteksi dini 2024}} \text{ x } 100\%$$

3) Kenaikan Capaian Deteksi Dini Kanker Kolorektal
   Kenaikan capaian deteksi dini kanker kolorektal dihitung dengan mengkalkulasi selisih jumlah deteksi dini tahun 2025 dan tahun 2024 dibagi dengan jumlah deteksi dini tahun 2024 dikali 100%. Sumber data yang digunakan untuk perhitungan capaian ini bersumber dari Aplikasi Sehat IndonesiaKu (ASIK) PTM dan ASIK CKG.

   Formula:

$$\frac{(\text{Jumlah deteksi dini kanker 2025} - \text{jumlah deteksi dini 2024})}{\text{Jumlah deteksi dini 2024}} \text{ x } 100\%$$

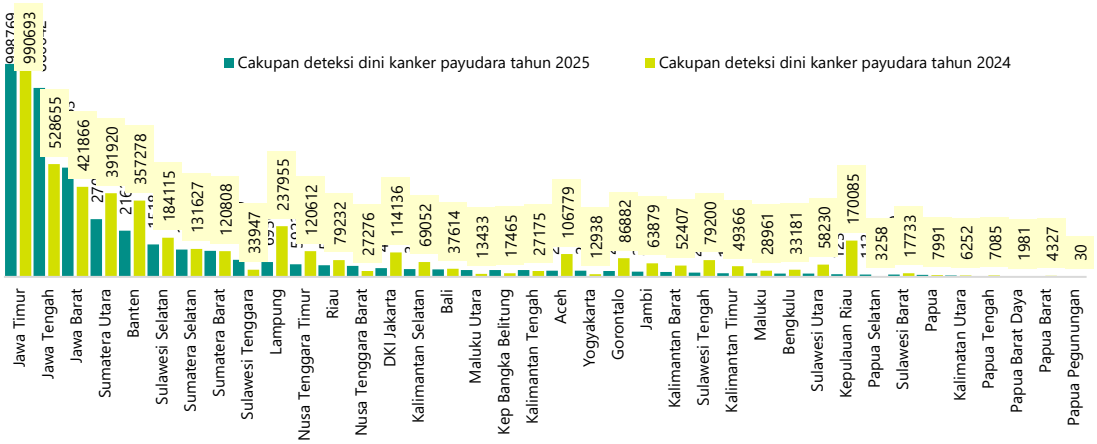
Capaian kinerja indikator persentase kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini kanker prioritas (paru, kolorektal, payudara) pada tahun 2025 sebesar 96.71% dengan rincian sebagai berikut:

Kab/Kota dengan kenaikan capaian DD kanker payudara ≥10%	Kab/Kota dengan kenaikan capaian DD kanker paru ≥10%	Kab/Kota dengan kenaikan capaian DD kanker kolorektal ≥10%	Capaian IKP	% Capaian IKP
227	478	482	499	97.08%

Berdasarkan tabel diatas, terdapat 492 kab/kota yang memiliki kenaikan minimal 10% dari tahun sebelumnya terkait capaian deteksi dini kanker payudara atau kanker paru atau kanker kolorektal. Target tahun 2025 adalah 35% kab/kota melakukan deteksi dini kanker prioritas. Berdasarkan data diatas, 95,72% kab/kota atau sebanyak 492 Kab/Kota di Indonesia telah melaksanakan deteksi dini kaner prioritas. Bila dibandingkan dengan target 20% maka capaian telah melebihi target dengan persentase kinerja sebesar 485.4%.

Cakupan deteksi dini kanker payudara tertinggi pada Provinsi Jawa Timur baik pada pada tahun 2024 dan 2025, dan cakupan terendah pada Provinsi Papua Pegunungan, secara lengkap dalam grafik berikut ini:

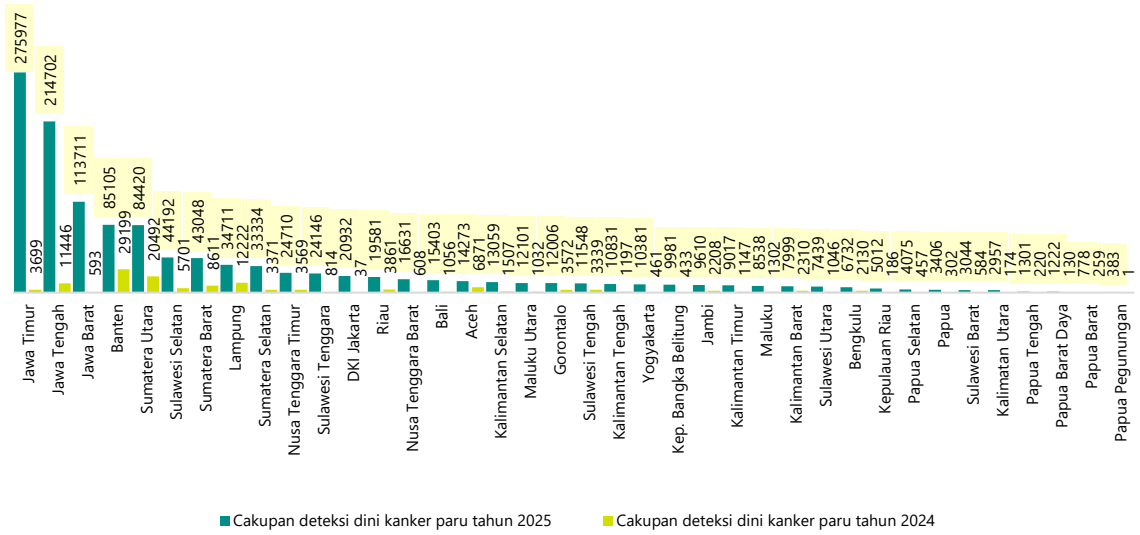
Grafik 3.15. Cakupan deteksi dini kanker payudara berdasarkan Provinsi Tahun 2024-2025



Sumber data: Lapora Direktorat PTM, Januari 2026

Cakupan deteksi dini kanker paru pada tahun 2025 tertinggi di Provinsi Jawa Timur, sedangkan pada tahun 2024 tertinggi di Provinsi Banten dan cakupan terendah pada Provinsi Papua Pegunungan, seperti pada grafik berikut ini:

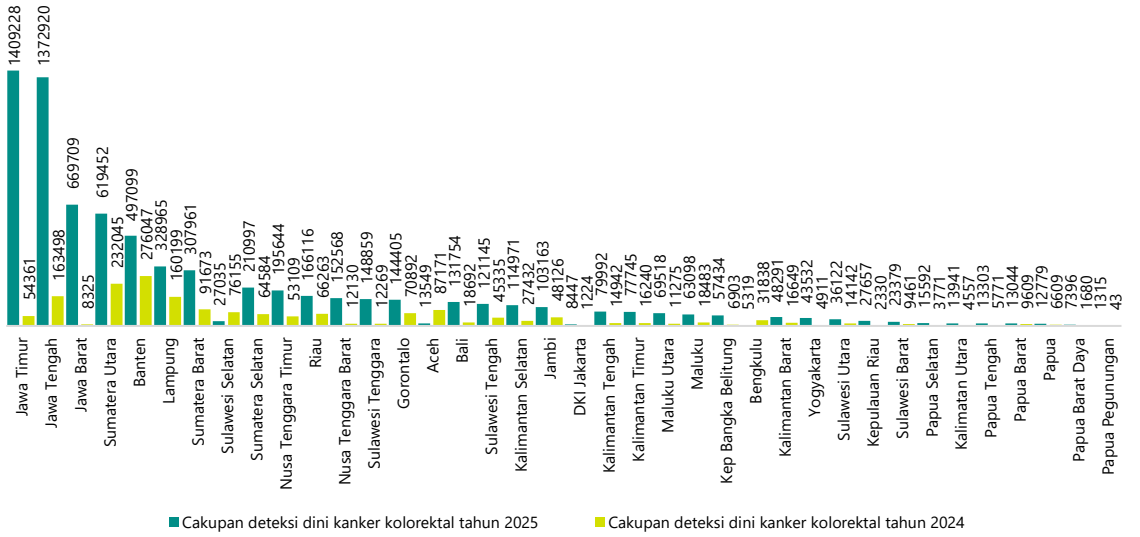
Grafik 3.16. Cakupan deteksi dini kanker paru berdasarkan Provinsi Tahun 2024-2025



Sumber data: Lapora Direktorat PTM, Januari 2026

Cakupan deteksi dini kanker kolorektal pada tahun 2025 tertinggi pada Provinsi Jawa Timur sedangkan pada tahun 2024 tertinggi pada Provinsi Banten. Cakupan terendah pada Provinsi Papua Pegunungan, seperti digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.17. Cakupan deteksi dini kanker kolorektal berdasarkan Provinsi Tahun 2024-2025



Sumber data: Lapora Direktorat PTM, Januari 2026

Untuk mencapai target indikator dilakukan kegiatan dan upaya antara lain:

1. Perluasan kegiatan promotif dan preventif untuk melakukan kegiatan deteksi dini kanker di Puskesmas melalui KIE maupun melalui kader kesehatan setempat.
2. Mapping wilayah dengan alat USG Probe Linier untuk diajukan pelatihan tenaga kesehatan di puskesmas dalam penggunaan alat USG Payudara.
3. Mapping kebutuhan dan ketersediaan BMHP dan alkes penunjang di daerah agar semua program skrining kanker bisa berjalan dengan BMHP dan alat yang ada.
4. Mempercepat penyesuaian sistem pencatatan dan pelaporan yang digunakan, yaitu ASIK sesuai dengan kebutuhan program serta sosialisasi penggunaan ASIK untuk input data di puskesmas dalam kegiatan Cek Kesehatan Gratis.

Karena deteksi dini kanker kolorektal merupakan deteksi dini yang baru prioritas pada tahun 2025, maka dilakukan berbagai kegiaatan meliputi:

1. Penyusunan petunjuk teknis deteksi dini kanker kolorektal di FPKTP
2. Skrining kanker kolorektal terintegrasi dengan CKG, namun per Desember 2025, cakupannya masih terdapat ketimpangan antar provinsi.
3. Penyediaan BMHP untuk mendukung pelaksanaan skrining di Puskesmas.
4. Pelaporan skrining kanker kolorektal dan tindak lanjut telah terintegrasi dengan dashboard ASIK CKG,
5. Sosialisasi dan edukasi skrining kanker kolorektal bagi petugas kesehatan melalui webinar di 3 Regional.

8. Persentase merokok pada penduduk 10-21 tahun sebesar 12.4%

Perilaku merokok merupakan beban masalah kesehatan masyarakat, dimana termasuk dalam perilaku berisiko dan berdampak negatif pada kesehatan, ekonomi, sosial dan psikologis. Pertumbuhan perokok aktif di Indonesia tidak terlepas dari industri produk tembakau yang secara gencar memasarkan produknya di kalangan masyarakat terutama anak dan remaja. Hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 menunjukkan prevalensi merokok penduduk umur 10-21 tahun sebesar 12,4% dengan adanya peningkatan 2 kali lipat pada penggunaan rokok elektronik yang mana sebelumnya sebesar 0,06% (Riskesdas 2018) menjadi 0,13% (SKI 2023). Data menunjukkan adanya peningkatan tren inisiasi merokok pada usia <15 tahun dari 11,5% (Riskesdas, 2018) menjadi 19,9% (SKI, 2023) dan inisiasi merokok pada usia <20 tahun dari 59,7% (Riskesdas, 2018) menjadi 76,4% (SKI, 2023). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar perilaku merokok dimulai pada usia remaja dan usia mulai merokok penduduk Indonesia juga semakin tahun semakin muda dengan usia mulai merokok terbanyak

adalah 15-19 tahun (56,5%) dan selanjutnya adalah 10 - 14 tahun (18,4%).

Kebiasaan merokok masyarakat Indonesia, terutama anak remaja, merupakan salah satu masalah kesehatan karena peningkatan jumlah konsumsinya lebih tinggi dibandingkan pada dewasa. Persoalan perokok pada usia remaja juga menjadi ancaman besar, karena anak yang sudah mulai merokok di bawah usia 18 tahun berisiko memiliki kualitas kesehatan yang buruk. Seiring waktu, jika kebiasaan merokok tidak dihentikan, perokok remaja berpotensi mengidap kanker paru, penyakit jantung, ginjal, pembuluh darah, gangguan kesehatan reproduksi, masalah tulang dan otot, gangguan paru dan otak.

Penurunan persentase merokok pada penduduk usia 10-21 tahun ditargetkan sejalan dengan target global SDGs untuk menurunkan angka perokok sebesar 30% sampai dengan tahun 2030. Penurunan angka perokok harus didukung dengan strategi pengendalian konsumsi tembakau lainnya seperti implementasi Kawasan Tanpa Rokok (KTR) optimalisasi layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM), kampanye dan edukasi masalah konsumsi rokok dan dampaknya melalui pencantuman peringatan kesehatan bergambar pada kemasan produk tembakau dan rokok elektronik, pengendalian iklan, promosi dan sponsor rokok serta koordinasi lintas sektor.

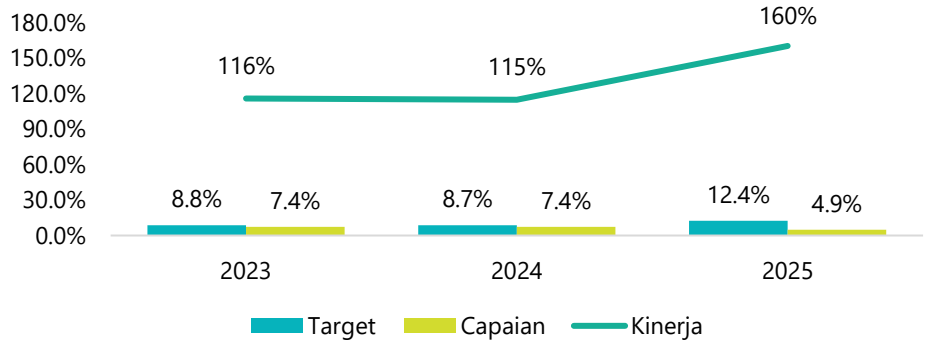
Definisi operasional indikator Persentase merokok pada penduduk usia 10-21 tahun adalah perbandingan antara jumlah penduduk umur 10-21 tahun yang merokok dengan jumlah penduduk umur 10-21 tahun. Indikator dihitung dari Jumlah penduduk umur 10-21 tahun yang merokok dibagi jumlah semua penduduk umur 10-21 tahun dan dinyatakan dalam satuan persen (%). Jumlah penduduk umur 10-21 tahun yang merokok dibagi jumlah semua penduduk umur 10-21 tahun dan dinyatakan dalam satuan persen (%), dengan rumus sebagai berikut:

$$\text{Persentase Merokok Penduduk Usia 10-21 Tahun} = \frac{\text{Jumlah penduduk Usia 10-21 Tahun yang merokok pada waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk Usia 10-21 Tahun pada periode waktu yang sama}} \times 100\%$$

Berdasarkan data Sehat IndonesiaKu sampai dengan bulan Desember 2025, capaian persentase merokok pada penduduk usia 10-21 tahun menurun dan mencapai target sebesar 4,9%. Data ini menggunakan proxy dari data hasil skrining perilaku merokok yang dilakukan oleh Puskesmas, baik melalui pelaksanaan Cek Kesehatan Gratis (CKG) maupun kegiatan skrining faktor risiko PTM, yang diinput ke dalam website Sehat Indonesiaku dan Aplikasi Sehat IndonesiaKu (ASIK) mobile. Jumlah seluruh peserta skrining usia 10-21 tahun yang ditanya terkait perilaku merokok sebanyak 5.772.494 jiwa. Indikator Persentase merokok pada penduduk usia 10-21 tahun merupakan indikator

negatif sehingga semakin rendah capaian maka semakin tinggi kinerjanya. Bila dibandingkan dengan target 12.4%, maka capaian sebesar 4.9% telah mencapai taget yang ditetapkan dengan persentase kinerja sebesar 160%.

Grafik 3.18. Capaian Indikator Persentase Merokok Penduduk Usia 10-21 Tahun Tahun 2023-2025



Sumber Data: SKI (2023) dan ASIK (2025)

Berdasarkan perbandingan dari target dan capaian tahun 2023-2025, grafik diatas menunjukkan bahwa indikator selalu mencapai target dan ada penurunan angka persentase merokok penduduk usia 10-21 tahun dari tahun 2023-2025. Persentase perokok usia 10-21 tahun berdasarkan data ASIK per Provinsi digambarkan dalam grafik berikut ini:

Tabel 3.4. Persentase Merokok Penduduk Usia 10-21 Tahun Berdasarkan Data ASIK CKG Tahun 2025

Kode	Provinsi	Persentase Perokok Usia 10-21 Tahun
11	Aceh	4.5%
12	Sumatera Utara	2.6%
13	Sumatera Barat	6.1%
14	Riau	4.1%
15	Jambi	4.0%
16	Sumatera Selatan	4.5%
17	Bengkulu	4.4%
18	Lampung	5.4%
19	Kepulauan Bangka Belitung	3.7%
21	Kepulauan Riau	5.6%
31	DKI Jakarta	2.8%
32	Jawa Barat	5.4%
33	Jawa Tengah	5.7%
34	Di Yogyakarta	6.0%
35	Jawa Timur	5.0%
36	Banten	3.2%

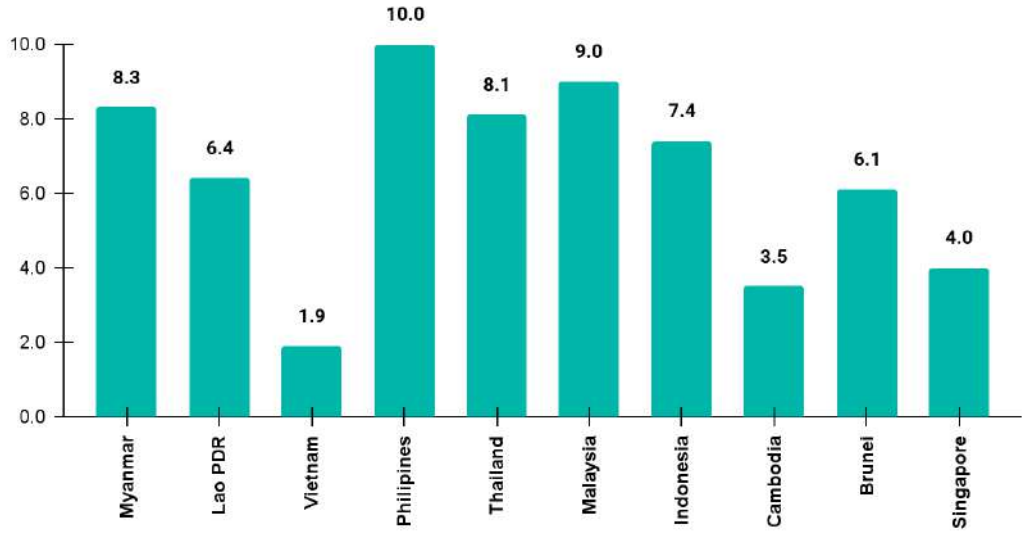
Kode	Provinsi	Persentase Perokok Usia 10-21 Tahun
51	Bali	1.8%
52	Nusa Tenggara Barat	4.5%
53	Nusa Tenggara Timur	6.9%
61	Kalimantan Barat	5.4%
62	Kalimantan Tengah	6.2%
63	Kalimantan Selatan	5.0%
64	Kalimantan Timur	5.6%
65	Kalimantan Utara	9.0%
71	Sulawesi Utara	9.4%
72	Sulawesi Tengah	4.7%
73	Sulawesi Selatan	4.1%
74	Sulawesi Tenggara	4.1%
75	Gorontalo	5.8%
76	Sulawesi Barat	3.3%
81	Maluku	6.3%
82	Maluku Utara	7.6%
91	Papua	4.4%
92	Papua Barat	10.4%
93	Papua Selatan	13.0%
94	Papua Tengah	9.6%
95	Papua Pegunungan	7.1%
96	Papua Barat Daya	13.8%
	Indonesia	**4.9%**

Sumber Data: ASIK Tahun 2025

Tabel diatas menunjukkan bahwa persentase merokok penduduk usia 10-21 tahun yang masih di atas target terdapat di 2 provinsi yaitu Papua Barat Daya (13.8%) dan Papua Selatan (13.0%), sedangkan 36 provinsi lainnya sudah dapat mencapai target yang ditentukan yaitu sebesar 12,4%.

Selain di Indonesia, juga diperoleh data perbandingan perokok anak dan remaja di beberapa negara Tahun 2024. Perbandingan angka perokok anak dan remaja usia 13 - 15 tahun di negara-negara ASEAN sebagian besar menggunakan sumber data *Global Youth Tobacco Survey* (GYTS), namun beberapa negara menggunakan sumber data dan kelompok umur yang berbeda, seperti Indonesia (10 - 18 tahun), Malaysia (13 - 17 tahun) dan Singapura (13 - 20 tahun). Pada kelompok usia 13 - 15 tahun, negara dengan prevalensi perokok tertinggi adalah Filipina sebesar 10%, namun jika dibandingkan dengan jumlah penduduk maka Indonesia adalah negara dengan jumlah perokok anak dan remaja tertinggi berdasarkan angka absolut. Secara lengkap dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.19. Prevalensi Merokok pada Anak dan Remaja di ASEAN Tahun 2024



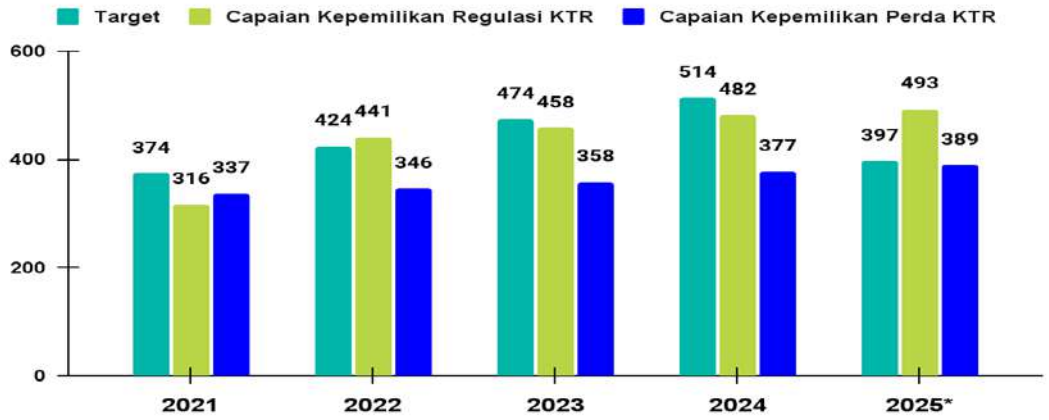
Sumber Data: Tobacco Atlas 6th Edition, 2024

Pengendalian konsumsi rokok harus dilakukan secara komprehensif dan sinergis antara strategi non fiskal dan fiskal. Kenaikan berkala cukai rokok (10–12% per tahun) menaikkan Harga Eceran Tertinggi (HJE) sebagai kebijakan fiskal, menurunkan daya beli terutama anak-anak dan masyarakat berpenghasilan rendah. Sedangkan kebijakan non fiskal meliputi :

1) Penguatan regulasi melalui PP Nomor 28 tahun 2024 yang mengatur lebih ketat terkait:
   a. Larangan penjualan pada penduduk dibawah usia 21 tahun dan ibu hamil, secara eceran per batang, radius 200 meter dari tempat belajar mengajar dan tempat bermain anak, melalui mesin layan diri, dan aplikasi elektronik komersial
   b. Larangan iklan, promosi dan sponsor produk tembakau dan rokok elektronik di media sosial berbasis digital, situs web dan aplikasi elektronik komersial
   c. Pengaturan batas maksimal kadar nikotin dan tar produk tembakau dan rokok elektronik dan Penetapan bahan tambahan yang berbahaya pada produk tembakau dan rokok elektronik
2) Implementasi Kawasan Tanpa Rokok (KTR)
3) Optimalisasi Layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM), termasuk pemberian farmakoterapi pada layanan UBM.
4) Pengaturan pencantuman pesan dan peringatan kesehatan pada kemasan produk tembakau dan rokok elektronik.

Capaian penurunan angka perokok dapat dibandingkan dengan capaian strategi pengendalian konsumsi tembakau lainnya yang juga menjadi indikator kinerja Renstra Kementerian Kesehatan, yaitu penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan Layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM).

Grafik 3.20. Target dan Capaian Kabupaten/ Kota yang menetapkan KTR Tahun 2020-2025



Sumber Data: Direktorat Penyakit Tidak Menular, Desember 2025

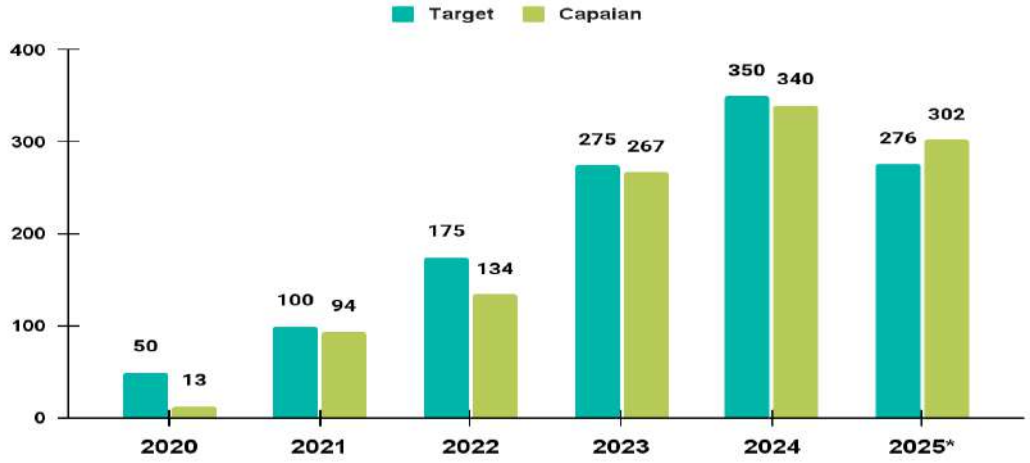
* Target indikator KTR sesuai Renstra Kemenkes tahun 2025 – 2029

Kawasan Tanpa Rokok (KTR) adalah area atau ruangan yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan/atau mempromosikan produk tembakau. Tujuan utama KTR adalah untuk melindungi masyarakat, terutama non-perokok, dari dampak negatif asap rokok. Grafik diatas menunjukan capaian indikator KTR sampai dengan Tahun 2024 adalah sebanyak 482 Kab/ Kota menerapkan KTR (93,8%) dengan dasar telah menetapkan regulasi KTR berupa Peraturan Daerah dan/ atau Peraturan Kepala Daerah (Peraturan Bupati/ Walikota). Pada tahun 2025, Pemerintah Daerah diamanahkan untuk menetapkan Peraturan Daerah KTR sesuai UU Nomor 17 tahun 2023 dan PP Nomor 28 tahun 2024 tentang Kesehatan. Sebanyak 389 Kabupaten/ Kota telah menetapkan Perda KTR atau 97,8% dari target. Diperlukan upaya bersama dari semua komponen/unsur baik pemerintah, swasta, organisasi masyarakat, tokoh masyarakat, tokoh agama untuk mendukung penerapan KTR melalui berbagai kegiatan yang lebih produktif bagi anak-remaja dan edukasi secara berkelanjutan. Daerah-daerah yang telah berhasil dalam penerapan KTR perlu mendapatkan apresiasi sebagai pemicu bagi daerah lain untuk ikut serta mengembangkan penerapan KTR di wilayahnya.

Layanan upaya konseling berhenti merokok (UBM) adalah upaya promotif dan preventif dalam membantu perokok untuk berhenti merokok dan mengatasi gejala putus nikotin

di Puskesmas dan melalui layanan Quitline.INA. Capaian layanan UBM Tahun 2020 - 2025 sebagai berikut:

Grafik 3.21. Target dan Capaian Kab/ Kota yang Menyelenggarakan Layanan UBM Tahun 2020 - 2025



Sumber Data: Direktorat P2PTM, Desember 2026

* Target indikator KTR sesuai Renstra Kemenkes tahun 2025 – 2029

Grafik diatas menunjukkan selama tahun 2020-2024, capaian terus meningkat setiap tahunnya, meskipun belum mencapai target yang ditentukan. Pada akhir tahun 2024, dari target 350 Kabupaten/ Kota, hanya tercapai 340 Kabupaten/ Kota atau sebesar 97,1%. Ketersediaan SDM dan anggaran di masing-masing daerah perlu diperkuat dan perlu ada komitmen bersama untuk mewujudkan layanan UBM sebagai salah satu upaya dalam menurunkan prevalensi perokok pada penduduk usia 10-18 tahun. Pada tahun 2025, target layanan UBM ditingkatkan menjadi minimal 50% Puskesmas di 276 Kabupaten/ Kota, capaian yang diperoleh sampai dengan Desember 2025 sebesar 302 Kabupaten/ Kota atau sebesar 109.4%.

Indikator persentase merokok penduduk usia 10-21 tahun bukan merupakan indikator baru dalam RPJMN, tetapi terdapat perluasan kelompok usia pada RPJMN 2025-2029, dimana sebelumnya indikator yang dipantau adalah prevalensi merokok penduduk usia 10-18 tahun. Indikator ini dapat tercapai pada tahun 2025 melalui komitmen Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, serta adanya dukungan dan kolaborasi dari lintas program, lintas sektor, mitra dan dan jejaring pengendalian tembakau di Indonesia. Persentase perokok pada penduduk usia 10-21 tahun dapat terus menurun, apabila penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dilakukan secara optimal, serta perluasan akses dan peningkatan efektivitas layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM) dapat dicapai.

Adapun analisis keberhasilan pencapaian indikator persentase merokok penduduk usia 10-21 tahun adalah sebagai berikut:

1) Komitmen dan dukungan Kepala Daerah dalam pengendalian konsumsi rokok di masing-masing daerah melalui penyusunan regulasi KTR, baik peraturan daerah maupun peraturan kepala daerah, serta praktik baik penerapan KTR di wilayahnya.
2) Adanya integrasi program skrining dan deteksi dini faktor risiko merokok dengan pelaksanaan Cek Kesehatan Gratis.
3) Penguatan regulasi dan NSPK (Norma/ Standar/ Prosedur/ Kriteria) dalam rangka pengendalian konsumsi produk tembakau dan rokok elektronik sesuai amanat Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
4) Peningkatan kapasitas SDM dan pemerintah daerah untuk menunjang pelaksanaan kegiatan pengendalian konsumsi produk tembakau dan rokok elektronik.
5) Koordinasi dan dukungan Kementerian/ Lembaga terkait dan jejaring pengendalian tembakau.

Untuk mencapai target indikator penurunan merokok penduduk usia 10-21 tahun dilakukan kegiatan-kegiatan selama Tahun 2025, antara lain:

1) Peningkatan pelaksanaan skrining PTM dan faktor risiko PTM terintegrasi dengan Cek Kesehatan Gratis (CKG), meliputi:
   a. Skrining perilaku merokok anak dan remaja usia 10 - 21 tahun di satuan pendidikan terintegrasi dengan CKG sekolah, CKG Ulang Tahun dan komunitas;
   b. Skrining PPOK pada penduduk laki-laki usia > 40 tahun dan Kanker Paru pada usia 45 - 70 tahun yang merokok dan/ atau memiliki riwayat kanker.
2) Penguatan kebijakan pengendalian konsumsi produk tembakau dan rokok elektronik amanah Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan melalui :
   a. Penyusunan dan pembahasan draft Rancangan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pencantuman Pesan dan Peringatan Kesehatan pada Kemasan Produk tembakau dan Rokok Elektronik;
   b. Penyusunan dan pembahasan pengaturan batas kadar maksimal nikotin dan tar yang dikoordinasikan oleh Kementerian Koordinator PMK;
   c. Penyusunan dan pembahasan draft rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Penetapan Bahan Tambahan yang Dilarang;
   d. Penyusunan dan pembahasan Petunjuk Teknis Pengawasan Iklan, Promosi dan Sponsor Produk Tembakau dan Rokok elektronik di Media Sosial Berbasis Digital, Situs Web dan Aplikasi elektronik Komersial.
3) Sosialisasi PP No.28 tahun 2024 terkait Kawasan Tanpa Rokok bersama Kementerian Dalam Negeri bekerjasama dengan jejaring pengendalian tembakau pada tanggal 12 Juni 2025.

4) Peningkatan kapasitas penerapan Kawasan Tanpa Rokok dan advokasi larangan iklan, promosi dan sponsor rokok bekerjasama dengan WHO untuk seluruh Kabupaten/ Kota di Provinsi Banten pada pada 11 - 14 Juni 2025 dan seluruh Kabupaten/ Kota di Provinsi Kalimantan Timur pada 22 - 25 Juli 2025.
5) Penguatan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM) melalui:
    a. Meningkatkan kualitas layanan UBM di Puskesmas dan jumlah minimal Puskesmas yang memiliki layanan UBM dari > 40% menjadi > 50% di Kabupaten/ Kota pada target indikator Renstra 2025-2029.
    b. Surat Edaran Direktur Jenderal Nomor TM.04.01/C/417/2025 tentang Upaya Percepatan Capaian Program Pengendalian Dampak Konsumsi Rokok Bagi Kesehatan melalui program Skrining Perilaku Merokok Anak dan Remaja dan program Layanan UBM di Puskesmas.
    c. Penyusunan konsep Nasihat Singkat Berhenti Merokok oleh konsultan berupa panduan dan leaflet sebagai upaya peningkatan akses layanan UBM di Puskesmas terintegrasi dengan alur layanan Puskesmas.
    d. Pelaksanaan *piloting* pemberian farmakoterapi dalam layanan UBM di Provinsi DKI Jakarta dan Kota Bogor untuk meningkatkan efektivitas layanan UBM.
    e. Keberlanjutan layanan Quitline.INA Berhenti Merokok, layanan mulai beroperasi Bulan Juni 2025.
6) Penyusunan rancangan Petunjuk Teknis pemanfaatan Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT) untuk penguatan layanan UBM di daerah dengan Biro Perencanaan dan Anggaran dan lintas program di Kemenkes berkoordinasi dengan Direktorat Jenderal Perimbangan Keuangan Kementerian Keuangan.
7) Kolaborasi penguatan implementasi KTR di daerah melalui Kabupaten Kota Sehat (KKS) dan Kabupaten/ Kota Layak Anak (KLA)
8) Penyediaan dukungan anggaran DAK non fisik tahun 2025 untuk pengendalian konsumsi rokok di daerah, berupa pelatihan konseling UBM dan follow up klien layanan UBM.

Dalam pencapaian target indikator penurunan merokok penduduk usia 10-21 tahun melalui optimalisasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan perluasan akses dan peningkatan efektivitas layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM) ditemukan kendala dan permasalahan yakni:

1) Belum optimalnya penerapan kebijakan UU No 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang No 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan bagian Pengamanan Zat Adiktif berupa Produk tembakau dan Rokok Elektronik, terutama karena tingginya penolakan dari sektor industri.
2) Masih lemahnya komitmen pemerintah daerah dalam menetapkan dan menerapkan kebijakan KTR. Sampai dengan Desember 2025, masih ada 125 Kabupaten/ Kota

belum memiliki Peraturan Daerah dan 21 Kabupaten/ Kota belum sama sekali memiliki regulasi KTR. Kepatuhan penerapan KTR di masing-masing daerah belum mencapai 100% di tiap-tiap tatanan KTR karena belum optimalnya pengawasan oleh Satuan Tugas Pengawas Implementasi KTR.

3) Masih minimnya Kabupaten/Kota (<30) yang menerapkan praktik baik implementasi KTR larangan total iklan, promosi dan sponsor rokok.
4) Aplikasi Sehat Indonesiaku (ASIK) belum optimal menyediakan data capaian skrining PTM dan faktor risiko PTM.
5) Sistem pencatatan pelaporan melalui aplikasi mobile KTR tidak dapat digunakan sejak awal Januari 2025 dikarenakan perlu update dan tidak ada biaya pemeliharaan, sedangkan Dashboard e-Monev KTR tidak dapat digunakan sejak 5 Mei 2025 karena terindikasi terkena serangan cyber crime. Kedua sistem pencatatan pelaporan tersebut baru dapat digunakan kembali pada bulan Desember 2025.
6) Sistem pencatatan pelaporan layanan UBM yang semula menggunakan Sistem Informasi PTM tidak beroperasi lagi dan sistem cadangan melalui formulir offline di aplikasi ASIK belum disediakan dashboardnya, sehingga pencatatan pelaporan layanan UBM masih menggunakan form manual yang diupload melalui google form.
7) Kurangnya anggaran untuk operasional layanan Quitline sehingga layanan baru dimulai bulan Juni 2025 dan untuk tahun 2026 tidak tersedia anggaran untuk layanan Quitline ini selanjutnya.
8) Masifnya iklan, promosi dan sponsor produk tembakau dan rokok elektronik di berbagai media yang menargetkan anak dan remaja sebagai konsumen masa depan.

Dalam mengatasi permasalahan tersebut, dilakukan beberapa upaya solusi antara lain:

1) Sosialisasi Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan kepada kementerian/lembaga, pemerintah daerah, organisasi profesi, akademisi, tokoh/pemuka agama, tokoh masyarakat, para pemerhati pengendalian tembakau dan para stakeholder sesuai kewenangan Kementerian/ Lembaga terkait.
2) Melanjutkan proses penyusunan dukungan regulasi dalam rangka implementasi PP Nomor 28 tahun 2024 berupa :
    a. Melakukan pembahasan lanjutan RPMK pencantuman pesan dan peringatan kesehatan pada kemasan produk tembakau dan rokok elektronik
    b. Finalisasi Petunjuk Teknis Pengawasan Larangan Iklan, Promosi dan Sponsor Produk Tembakau dan Rokok Elektronik di Media Sosial Berbasis Digital, Situs Web dan Aplikasi elektronik Komersial dan penetapan Kepmenkes
    c. Melakukan kajian bahan tambahan yang berbahaya pada produk tembakau dan rokok elektronik dan ditetapkan melalui Kepmenkes

3) Melakukan advokasi dan sosialisasi penetapan regulasi KTR di 4 Kabupaten/Kota yang sama sekali belum memiliki regulasi KTR atau memerlukan pendampingan proses Rancangan Peraturan Daerah KTR di tahun 2025.
4) Peningkatan kapasitas penerapan Kawasan Tanpa Rokok dan advokasi larangan iklan, promosi dan sponsor rokok untuk seluruh Kabupaten/ Kota di Provinsi Banten pada pada 11 - 14 Juni 2025 dan seluruh Kabupaten/ Kota di Provinsi Kalimantan Timur pada 22 - 25 Juli 2025.
5) Melakukan uji coba draft Buku Saku Nasihat Singkat Berhenti Merokok kepada tenaga kesehatan Puskesmas dan praktik uji coba pemberian Nasihat Singkat Berhenti Merokok terintegrasi dengan alur layanan Puskesmas di 4 lokasi, yaitu Provinsi DKI Jakarta, Kota Surabaya (Jawa Timur), Kota Bekasi dan Kota Depok (Jawa Barat) pada bulan Juli 2025.
6) Melakukan peningkatan fitur pencatatan dan pelaporan implementasi KTR melalui e-Monev KTR berbasis web maupun aplikasi menyesuaikan dengan pengaturan PP Nomor 28 tahun 2024 bekerja sama dengan WHO pada bulan Juli - Desember 2025.
7) Melakukan monitoring evaluasi layanan UBM di 6 Kabupaten/Kota yang belum mencapai > 50% Puskesmas menyelenggarakan layanan UBM pada bulan Agustus - November 2025.
8) Pelibatan anak dan remaja di wilayah Provinsi DKI Jakarta dalam kampanye generasi muda sehat tanpa rokok bekerja sama dengan WHO, UNICEF dan jejaring pengendalian tembakau pada bulan Juli 2025.
9) Penyusunan peta jalan pengendalian dampak konsumsi tembakau terhadap kesehatan menyesuaikan PP Nomor 28 tahun 2024 dan target RPJMN serta Renstra 2025 - 2029.
10) Revisi Petunjuk Teknis KTR menyesuaikan kebijakan baru sesuai PP Nomor 28 tahun 2024 pada bulan September - Desember 2025.
11) Melakukan uji coba farmakoterapi layanan UBM bersama organisasi Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI) di 44 Puskesmas di Provinsi DKI Jakarta dan Kota Bogor, Jawa Barat pada bulan September - Desember 2025.

9. Cakupan pangan yang beredar di masyarakat memiliki kandungan Gula Garam Lemak (GGL) sesuai batas maksimum yang ditetapkan sebesar 10%

Indonesia pada saat ini menghadapi transisi epidemiologi, yakni pergeseran pola penyakit dari penyakit menular menjadi penyakit tidak menular (PTM). Laporan WHO dalam *Global Report on Non Communicable Disease* (NCD) tahun 2023, menunjukkan bahwa prosentase kematian akibat PTM sebesar 74% dari seluruh kematian di Dunia atau sebesar 41 Juta orang meninggal akibat PTM setiap tahunnya. Setiap tahun sekitar 17 juta orang meninggal akibat PTM sebelum usia 70 tahun dan 86% kematian dini terjadi pada negara dengan pendapatan rendah hingga menengah.

Berdasarkan Data *Global Burden Disease* (GDB), *Institute for Healths Metrics and Evaluation* (IHME), Tren kematian akibat PTM di Indonesia meningkat, dari 46,54% di tahun 1990 menjadi 77,83% di tahun 2019. Dimana saat ini, PTM tidak hanya dialami oleh usia lanjut atau diatas 60 tahun, tetapi juga banyak diderita oleh usia muda atau usia produktif. Data juga memperlihatkan 30% penderita PTM yang terdeteksi saat Skrining dan dari yang terdeteksi hanya 30% yang berobat, sisanya terdiagnosis setelah terjadi serangan penyakit. Peningkatan kejadian PTM dipengaruhi oleh perubahan pola gaya hidup yang tidak sehat meliputi merokok, kurang aktivitas fisik, konsumsi alkohol, pola makan tidak sehat, dan polusi udara. Data Riskesdas tahun 2018 menunjukkan 26,1% penduduk kurang aktifitas fisik, 36,3% penduduk usia diatas 15 tahun merokok, 1,9% perempuan usia diatas 10 tahun merokok, dan 4,6% penduduk usia diatas 10 tahun mengkonsumsi alkohol. Selain itu, Pola Makan tidak sehat meliputi kurang mengkonsumsi buah dan sayur, tinggi konsumsi makanan tinggi Gula, Garam, dan Lemak.

Survei Konsumsi Makanan Individu (SKMI) 2014 menjelaskan bahwa 29,7 persen atau 77 juta jiwa penduduk Indonesia telah mengkonsumsi garam, gula dan lemak (GGL) melebihi batasan konsumsi gula, garam dan lemak yang dianjurkan dikonsumsi dalam 1 hari yang atur dalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 63 tahun 2015 yaitu gula (>50 gram/hari), garam (>5 gram/hari), dan lemak (>67 gram/hari). Konsumsi GGL berlebihan berdampak besar pada prevalensi penyakit tidak menular (PTM) yang dapat mempengaruhi peningkatan angka morbiditas dan mortalitas (Pervin dkk., 2020). Berdasarkan piramida determinan dari WHO (2015), konsumsi GGL merupakan bagian dari bentuk diet yang tidak sehat (unhealthy diet) yang dapat berisiko besar terhadap PTM. Diet yang tidak memadai dan tidak sehat sangat terkait dengan berbagai PTM seperti Obesitas, Hipertensi, dan DM. Disamping itu Diet yang tidak sehat dapat menjadi pemicu faktor risiko biologis lebih lanjut.

Dampak dari konsumsi GGL ini tidak hanya meningkatkan prevalensi PTM, tetapi juga mempengaruhi beban terhadap keuangan negara, pembangunan sosial-ekonomi dan pertumbuhan ekonomi melalui hilangnya produktivitas individu, kecacatan berkepanjangan dan peningkatan pengeluaran kesehatan dan perawatan sosial (Bloom dkk, 2011). Pada sebuah sistematik review, ditemukan bahwa di sebagian besar negara, pengeluaran tertinggi kesehatan dikaitkan dengan PJK. Antara 12% dan 16,5% dari keseluruhan anggaran perawatan kesehatan dihabiskan untuk satu kondisi ini saja; proporsi pengeluaran untuk PTM lainnya berkisar antara 0,7-7,4%. Selanjutnya, PTM memiliki dampak besar pada pendapatan nasional, dengan perkiraan kerugian mulai dari 4,1 juta USD karena kanker serviks di Malaysia, hingga 71 miliar USD di Jerman dan 600 miliar USD di AS karena PJK. Kehilangan produktivitas skala besar terutama karena ketidakhadiran dan ketidakmampuan untuk bekerja, yang disebabkan oleh dampak fisik

dan mental PTM yang melemahkan, memiliki dampak merugikan langsung pada pendapatan nasional (Muka dkk, 2015).

Pengaturan konsumsi GGL di Indonesia belum dapat diterapkan secara optimal karena banyak faktor, diantaranya adalah masih lemahnya kebijakan yang mengatur konsumsi GGL, belum ada pelibatan multi-stakeholder, pola konsumsi masyarakat, distribusi pemasaran dan lainnya. Untuk menangani konsumsi GGL tersebut agar tidak berdampak lebih meluas pada kesehatan masyarakat, maka pelu dilakukan upaya yang terintegrasi sebagai langkah dalam upaya pengendalian Konsumsi GGL di Indonesia.

Karena urgensi diatas, maka implementasi pengaturan GGL perlu menjadi sebuah prioritas dalam menekan angka kejadian PTM dan komplikasinya. Regulasi terkait tercantum dalam UU no 17 tahun 2023 dan diturunkan secara lebih detil dalam Peraturan Pemerintah no 28 tahun 2024 tentang petunjuk pelaksanaan Undang-Undang Kesehatan nomor 17 tahun 2023 terkait Pengendalian Gula Garam dan Lemak. Pengaturan konsumsi GGL yang dilakukan meliputi:

a. Kebijakan Reformulasi, melalui penetapan batas masksimal kandungan gula, garam dan lemak dalam pangan olahan termasuk siap saji yang dilakukan dengan pertimbangan kajian risiko dan/atau standar internasional
b. Kebijakan Pelabelan, hal ini berlaku terhadap setiap orang yang memproduksi, mengimpor, dan atau mengedarkan pangan olahan termasuk pangan olahan siap saji wajib mencantumkan label gizi termasuk kandungan gula, garam dan lemak pada kemasan untuk pangan olahan atau media informasi pada pangan siap saji
c. Kebijakan Iklan dengan melakukan pengaturan/ pelarangan iklan, promosi, dan sponsor produk-produk pangan olahan termasuk pangan olahan siap saji yang melebihi ketentuan batas maksimum kandungan GGL pada kegiatan, waktu, lokasi dan kelompok sasaran tertentu.
d. Kebijakan Penjualan dalam bentuk pengaturan/ pelarangan penjualan ataupun peredaran pangan olahan termasuk pangan olahan siap saji yang melebihi ketentuan batas maksimum kandungan gula, garam dan lemak pada kawasan tertentu.
e. Penetapan Cukai terhadap pangan olahan tertentu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang ditetapkan oleh Kementerian dan Lembaga terkait.

Definisi operasional indikator Cakupan pangan yang beredar di masyarakat memiliki kandungan Gula Garam Lemak (GGL) sesuai batas maksimum yang ditetapkan adalah cakupan pangan olahan dan atau pangan siap saji yang kandungan GGLnya sesuai batas maksimum yang ditetapkan, dengan cara perhitungan yakni jumlah pangan olahan dan

atau pangan siap saji yang kandungan GGLnya sesuai batas maksimum yang ditetapkan dibagi total jumlah pangan olahan dan atau pangan siap saji dikali 100%. Indikator ini merupakan indikator baru pada Renstra Kemenkes Tahun 2025-2029.

Capaian indikator Cakupan pangan yang beredar di masyarakat memiliki kandungan Gula Garam Lemak (GGL) sesuai batas maksimum yang ditetapkan tahun 2025 adalah 0.1% sehingga bila dibandingkan dengan target 10% maka indikator ini tidak mencapai target dengan kinerja 1%. Data bersumber dari Badan Pengawas Obat dan Makanan yakni jumlah pangan olahan yang mencantumkan Pilihan Lebih Sehat (Pilihan Lebih Sehat) sebanyak 247 pangan olahan dibandingkan dengan pangan olahan yang registrasi masih berlaku sebanyak 240.820 pangan olahan sehingga capaian kinerja 0.1%

Indikator tidak mencapai target karena beberapa faktor penghambat antara lain:

a. Dalam pencapaian indikator diatas diperlukan proses yang meliputi penetapan regulasi teknis batas GGL dan pelabelan pangan, sistem monitoring dan evaluasi, edukasi dan komunikasi risiko kepada masyarakat, pengawasan dan penegakan sanksi implementasi secara terpadu, serta penguatan kapasitas daerah dan pemberdayaan masyarakat. Sebagian dari proses yang diperlukan sedang berjalan dalam mempersiapkan implementasi pengendalian konsumsi gula, garam dan lemak.
b. Diperlukan advokasi dan sosialisasi lebih lanjut terkait regulasi gula garam dan lemak dengan instansi terkait di level pusat sampai dengan daerah serta pihak terkait lainnya agar didapatkan komitmen dan pemahaman yang sama dalam penerapan kebijakan tersebut.
c. Indikator yang ada saat ini tidak cukup *feasible* untuk menghitung cakupan, karena pangan yang beredar sebagai denominatornya sangat banyak sehingga diusulkan pergantian cara perhitungan menjadi jumlah pangan olahan dan atau pangan siap saji (yang terdiri dari minuman berpemanis dan makanan olahan beras dan mie) yang kandungan GGLnya sesuai batas maksimum yang ditetapkan dibagi total jumlah pangan olahan dan atau pangan siap saji (yang terdiri dari minuman berpemanis dan makanan olahan beras dan mie) yang teregistrasi dikali 100% sebagai capaian indikator dengan target awal 3% di tahun 2025.

Pengendalian konsumsi gula, garam, dan lemak memerlukan proses yang komprehensif dalam penyusunannya. Untuk itu beberapa upaya telah dilakukan antara lain sebagai tindak lanjut PP no 28 tahun 2024, rangkaian kegiatan dilakukan sebagai proses yang meliputi:

a. Penyusunan Rancangan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pengendalian Penyakit

b. Penyusunan Rancangan Keputusan Menteri tentang Pelaksanaan Edukasi Pilihan Sehat Melalui Informasi Kandungan Gula, Garam, Lemak, Dan Kalori Pada Pangan Olahan Siap Saji
c. Penyusunan Landskap Analisis Pengendalian Konsumsi GGL
d. Penyusunan Peta Jalan Pengendalian Konsumsi Gula, Garam dan Lemak
e. Persiapan kajian dalam penyusunan batas maksimal kadar gula, garam dan lemak pada pangan olahan siap saji
f. Penyusunan Kit Advokasi Pengendalian Konsumsi gula, garam dan lemak
g. Penyusunan Profil Nutrisi Pangan Siap Saji
h. Kegiatan Advokasi bersama Mitra dalam Pengendalian Konsumsi GGL di 4 lokasi yaitu Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur dan Lampung.
i. Koordinasi LS/LP dengan Kementerian dan Lembaga terkait.
j. Terkait pencapaian target indikator, diperlukan penyesuaian DO dan cara perhitungan agar mampu dilakukan implementasi. Oleh karena itu Direktorat PTM telah menyusun nota dinas dan Telaah Staf kepada Direktur Jenderal P2 tentang Evaluasi Pencapaian Indikaotr terkait Pengendalian Gula, Gram dan Lemak dengan nomor TM.01.01/C.II/3339/2025 tanggal 18 Oktober 2025.

Capaian indikator cakupan pangan yang beredar di masyarakat memiliki kandungan Gula Garam Lemak (GGL) sesuai batas maksimum yang ditetapkan tidak mencapai target tahun 2025, salah satunya karena datanya belum tersedia. Kendala lainnya adalah:

a. Belum tersedianya peraturan turunan dalam hal pengendalian konsumsi gula garam dan lemak yang dapat memberikan gambaran secara detil terkait poin-poin regulasi yang akan diatur sampai dengan tingkat daerah dan masyarakat.
b. Koordinasi yang belum optimal dengan Kementerian dan Lembaga terkait pembagian tanggung jawab dalam implementasi pengendalian konsumsi GGL.
c. Pelaksanaan edukasi dan kampanye terkait masih terbatas dan belum dapat secara tepat menjangkau masyarakat untuk memberikan pemahaman dalam implementasi pengendalian GGL Rendahnya pengetahuan masyarakat tentang kebutuhan dan Batasan konsumsi GGL perlu menjadi salah satu fokus intervensi program dengan mengakselerasi peningkatan literasi secara masif dan terus menerus.
d. Belum adanya instrumen dalam melakukan monitoring dan evaluasi program secara komprehensif.
e. Adanya resistensi dan intervensi dari sektor swasta terkait pembatasan kadar maksimal GGL dan reformulasi produk.

Upaya pemecahan masalah yang dilakukan untuk meningkatkan capaian indikator antara lain:

1) Menyusun regulasi peraturan turunan dalam hal pengendalian konsumsi gula garam dan lemak.
2) Melakukan koordinasi dengan Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM) untuk ketersediaan data GGL. Melakukan koordinasi lebih masif dengan Kementerian Lembaga terkait serta sektor swasta untuk dapat mensinergikan implementasi pengendalian konsumsi gula, garam dan lemak sesuai dengan amanat undang-undang dan peraturan pemerintah.
3) Meningkatkan edukasi dan kampanye GGL untuk mendukung pengendalian GGL di masyarakat.
4) Penguatan sistem Monitoring dan evaluasi perlu dilakukan secara kolaboratif dan terintegrasi.
5) Mengusulkan revisi definisi operasional, cara perhitungan, sumber data dan target indikator Cakupan pangan yang beredar di masyarakat memiliki kandungan Gula Garam Lemak (GGL) sesuai batas maksimum yang ditetapkan.

10. Persentase Kabupaten/kota yang menyelenggarakan skrining risiko stroke pada 80% Puskesmas sebesar 10%

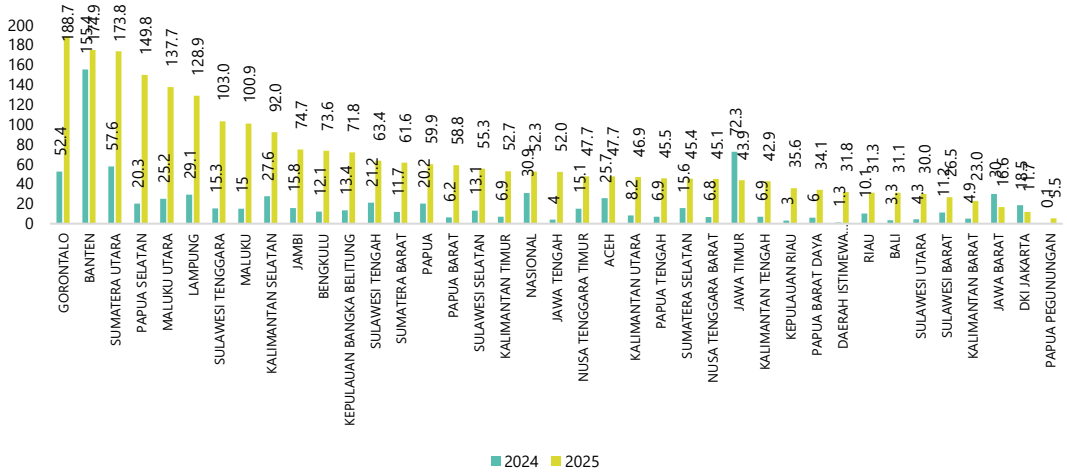
Stroke merupakan gangguan fungsi otak yang diakibatkan oleh penyakit pembuluh darah otak, bukan oleh sebab yang lain. Stroke merupakan penyebab disabilitas nomor satu dan penyebab kematian nomor dua di dunia setelah penyakit jantung dan kanker, baik di negara maju maupun berkembang. Tahun 2019 diperkirakan 32% kematian di seluruh dunia disebabkan oleh penyakit kardioserebrovaskular (17,9 juta kematian) dan 85% diantaranya disebabkan oleh stroke dan serangan jantung (WHO, 2021). Data IHME tahun 2021 menunjukkan bahwa stroke sebagai penyebab kematian utama di Indonesia (18,5% dari total kematian). Berdasarkan hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023, prevalensi stroke di Indonesia adalah 8,3 per 1.000 penduduk. Jumlah ini lebih rendah dibandingkan hasil Riskesdas 2018, yaitu sebesar 10,9 per 1.000 penduduk. Meskipun demikian, pembiayaan stroke justru meningkat dari 3,2 triliun rupiah pada tahun 2022 menjadi 5,2 triliun rupiah pada tahun 2023 (BPJS Kesehatan, 2023). Untuk mengukur jangkauan upaya pencegahan stroke, digunakan indikator persentase kabupaten/kota yang menyelenggarakan skrining risiko stroke pada 80% puskesmas.

Definisi indikator persentase kabupaten/kota yang menyelenggarakan skrining risiko stroke pada 80% puskesmas adalah Kabupaten/kota yang minimal 80% Puskesmasnya melaksanakan skrining risiko stroke dengan pemeriksaan Kolesterol total/ LDL/ HDL/ trigliserida. Indikator dihitung dari Jumlah kabupaten/kota yang 80% Puskesmas di wilayah kerjanya melaksanakan skrining risiko stroke dengan pemeriksaan kolesterol total/ LDL/ HDL/ trigliserida dibagi jumlah total kabupaten/ kota dikali 100%

Sampai dengan bulan Desember 2025, sebanyak 336 dari 514 kabupaten/kota (65,37%) yang minimal 80% puskesmasnya melaksanakan skrining risiko stroke dengan pemeriksaan kolesterol/LDL/HDL/trigliserida. Bila dibandingkan dengan target sebesar 10% maka indikator capaian indikator sebesar 65.37% telah melebihi target dengan persentase kinerja sebesar 653.7%. Indikator cakupan skrining stroke yang minimal 80% puskesmasnya melaksanakan skrining stroke merupakan indikator baru sehingga pembandingan dengan data tahun-tahun sebelumnya tidak bisa dilakukan.

Pada tahun 2024 dilakukan deteksi dini stroke di Kab/Kota tetapi data yang tersedia adalah jumlah Kab/Kota yang melakukan deteksi dan data cakupan deteksi dini stroke, sehingga perbandingan target dan capaian indikator dengan tahun-tahun sebelumnya tidak bisa dilakukan. Perbandingan Cakupan Deteksi Dini Stroke tahun 2024-2025 digambarkan sebagai berikut:

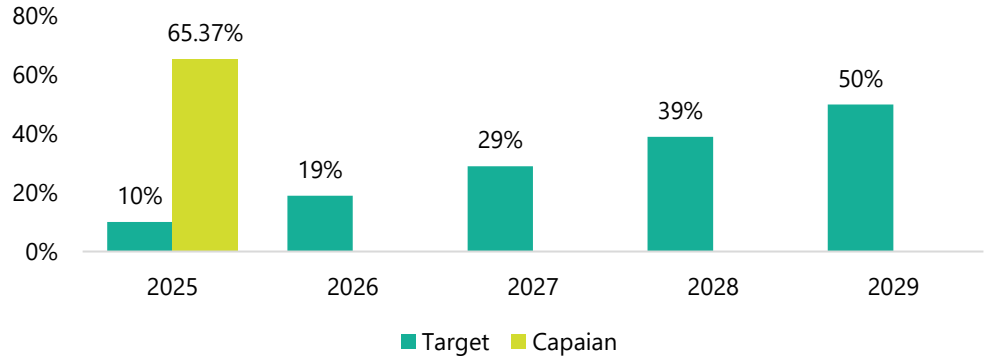
Grafik 3.22. Cakupan Skrining Stroke Tahun 2024-2025



Sumber data: Laporan Direktorat PTM, Januari 2026

Pada tahun 2024, indikator skrining stroke menjadi indikator komposit dari skrining PTM prioritas dengan capaian kinerja sebesar 30,9% dari target 90% pada tahun 2024 dan 52,3% dari target 50% pada tahun 2025. Bila dibandingkan dengan proyeksi capaian pada target jangka menengah tahun 2027 dan jangka akhir tahun 2029 terlihat dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.23. Kab/Kota melaksanakan skrining stroke yang minimal 80% Puskesmas



Sumber data: Laporan Direktorat PTM, Januari 2026

Grafik diatas menunjukkan bahwa capaian indikator pada tahun 2025 telah melebihi target bahkan melebihi target jangka akhir tahun 2029 sehingga dengan upaya yang sama maka diperkirakan capaian target jangka menengah tahun 2027 dan jangka akhir 2029 akan tercapai. Faktor-faktor pendukung tercapainya indikator antara lain:

1. Skrining stroke menjadi salah satu paket layanan Cek Kesehatan Gratis (CKG) yang menjadi program prioritas nasional
2. Alat fotometer merupakan alat yang wajib ada di puskesmas, meskipun belum semua puskesmas memiliki alat tersebut
3. Sudah ada pengadaan BMHP profil lipid melalui DAK Non Fisik sejak tahun 2023 untuk lokus yang memiliki alat
4. Pemeriksaan profil lipid merupakan salah satu manfaat dari peserta JKN yang menjadi anggota PROLANIS
5. Sistem pencatatan asik baru menjadikan inputan kolesterol total sebagai variabel *mandatory* sehingga banyak puskesmas yang mengisinya dengan hasil pemeriksaan strip kolesterol total, bukan pemeriksaan profil lipid.

Selain itu telah dilakukan beberapa upaya dan kegiatan dalam mencapai target indikator antara lain:

a. Melakukan Training of Trainers Pelatihan Teknis Pengendalian Stroke bagi Dokter dan Perawat di FKTP bekerja sama dengan BBPK Jakarta
b. Melakukan Pelatihan Teknis Pengendalian Stroke bagi Dokter dan Perawat di FKTP melalui dana DAK Non Fisik.
c. Berkoordinasi dengan Direktorat Tata Kelola untuk pengadaan alat chemistry analyzer melalui pendanaan SOPHI bagi puskesmas yang belum memiliki.
d. Pengadaan BMHP profil lipid melalui DAK Non Fisik maupun Banper.
e. Mengusulkan perubahan metode dari profil lipid dengan fotometer menjadi POCT lipid panel.

f. Berkoordinasi dengan Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan untuk pengadaan BMHP POCT Lipid Panel

Beberapa kendala dan permasalahan dalam mencapai target tersebut adalah:

1. Belum dapat memilah capaian skrining yang benar-benar hasil pemeriksaan profil lipid dengan yang hanya kolesterol total.
2. Potensi *over* estimasi karena ada puskesmas yang hanya melakukan pemeriksaan strip kolesterol total dan bukan profil lipid.
3. Data capaian puskesmas yang melaksanakan skrining profil lipid tidak tersedia otomatis dalam sistem ASIK CKG, perlu pengolahan data lanjutan untuk mendapatkan capaian persentase kabupaten/kota yang minimal 80% puskesmasnya melaksanakan skrining risiko stroke.

Upaya pemecahan masalah yang dilakukan:

1. Mendorong distribusi POCT Lipid panel agar puskesmas yang tidak memiliki alat fotometer/*chemistry analyzer* dapat melaksanakan skrining risiko stroke
2. Telah mengusulkan Training of Trainers Pelatihan Teknis Pengendalian Stroke bagi Dokter dan Perawat di FKTP melalui dana SOPHI
3. Menganggarkan Pelatihan Teknis Pengendalian Stroke bagi Dokter dan Perawat di FKTP melalui dana DAK Non Fisik tahun 2026
4. Mengubah sistem pencatatan ASIK CKG dengan menjadi total kolesterol, HDL, dan trigliserida menjadi *mandatory* dan LDL dikalkulasi secara indirect oleh sistem agar bisa memastikan pemeriksaan yang dilakukan adalah pemeriksaan profil lipid atau POCT Lipid panel

11. Insidensi Tuberkulosis sebesar 329 per 100.000 penduduk

Tuberkulosis merupakan penyakit menular disebabkan kuman *Mycobacterium tuberculosis (M.Tb)* ditularkan secara *airborne* melalui percikan dahak yang tersebar saat penderita TBC batuk, bersin atau berbicara. TB dapat menyerang semua golongan umur dari bayi, balita, anak-anak hingga dewasa. TBC dapat menyerang semua organ antara lain paru-paru, tulang, kelenjar getah bening, selaput otak, kulit dan lain-lain, namun TBC paru merupakan jenis TBC yang paling banyak ditemukan. Untuk menggambarkan jumlah kasus TBC yang ada di populasi, tidak hanya kasus TBC yang datang ke pelayanan kesehatan dan dilaporkan ke program dengan menggunakan indikator Insiden Tuberkulosis. Insidensi Tuberkulosis adalah jumlah kasus TB baru dan yang kambuh (termasuk kasus TBC pada orang yang hidup dengan HIV) yang muncul selama periode waktu tertentu per 100.000 penduduk.

Insidensi TBC tidak diperoleh dari laporan melainkan dari survei, yakni survei prevalensi TBC dan inventori studi, kemudian dilakukan pemodelan. Perhitungan insidensi TBC dilakukan oleh WHO dan diumumkan pada triwulan IV setiap tahunnya sebagaimana tertuang pada *Global Tuberculosis Report* (GTR) tahun berikutnya sehingga capaian tahun ini adalah capaian insidensi TBC tahun sebelumnya. Insidensi Tahun 2025 menunjukkan insidensi TBC pada tahun 2024. Rumus perhitungan Insidensi TBC adalah jumlah semua kasus TBC pada waktu tertentu dibagi jumlah penduduk pada periode waktu yang sama kemudian dikali 100.000.

Insidensi TBC adalah indikator yang memberikan gambaran beban penyakit TBC dan dapat memberikan petunjuk seberapa banyak jumlah kasus TBC yang baru muncul pada setiap tahunnya. Angka ini menggambarkan jumlah kasus TBC di populasi, tidak hanya kasus TBC yang datang ke pelayanan kesehatan dan dilaporkan ke program. Insidensi TBC dipengaruhi oleh kondisi masyarakat termasuk kemiskinan, ketimpangan pendapatan, akses terhadap layanan kesehatan, gaya hidup, dan buruknya sanitasi lingkungan yang berakibat pada tingginya risiko masyarakat terjangkit TBC. Insidensi TBC tidak dihitung melalui survei pada populasi saja pada level nasional, karena akan membutuhkan suatu studi kohort yang besar yang mengikuti sejumlah besar peserta (ratusan ribu sampel), membutuhkan biaya yang besar dan berbagai kendala logistik.

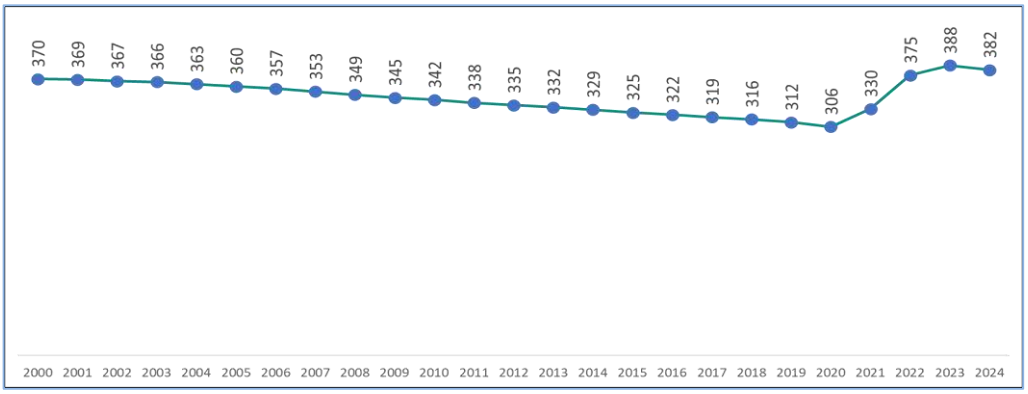
Notifikasi kasus TBC memberikan perkiraan insidensi TBC pada negara-negara dengan sistem surveilans yang baik (misalnya hanya ada sedikit kasus yang tidak terlaporkan/ *under-reporting*), dan dimana kualitas dan akses terhadap pelayanan kesehatan cukup baik juga, sehingga kesalahan diagnosa kasus TBC juga sangat sedikit. Pada sejumlah negara dimana kriteria ini tidak dapat terpenuhi, estimasi insidensi TBC terbaik dapat diperoleh dari studi inventori. Studi Inventori adalah suatu survey yang menghitung tingkatan kasus yang tidak terlaporkan/*under-reporting*, jika syarat tertentu terpenuhi, metode *capture- recapture* juga dapat digunakan untuk mengestimasi insidensi TBC. Estimasi insiden TBC di Indonesia diperoleh berdasarkan angka notifikasi dan opini para ahli tentang *gap* yang didapat dari deteksi dan pelaporan sebelum survei prevalensi nasional, dan diturunkan dari hasil survei prevalensi yang dilaksanakan antara tahun 2013 -2014. Studi inventori sudah dilaksanakan di Indonesia pada tahun 2016 – 2018. Berdasarkan hasil kedua survei tersebut, lalu dilakukan pemodelan untuk perhitungan estimasi insidensi TBC setiap tahunnya. Estimasi insidensi TBC juga melibatkan angka penemuan kasus, pemberian terapi pencegahan TBC (TPT), angka keberhasilan pengobatan (*success rate*) dan semua faktor risiko TBC ke dalam perhitungan**.**

Definisi operasional indikator Insidens Tuberkulosis (ITB) adalah jumlah kasus TB baru dan yang kambuh (termasuk kasus TB pada orang yang hidup dengan HIV) yang muncul

selama periode waktu tertentu per 100.000 penduduk. Cara perhitungan indikator yakni Jumlah kasus TB baru dan kambuh pada populasi dibagi jumlah penduduk pada periode tertentu dikali 100.000 penduduk

Berdasarkan hasil *Global TB Report*, Insidensi TBC tahun 2000-2020 menunjukkan penurunan yang signifikan setiap tahunnya dari 370 per 100.000 penduduk pada tahun 2000 menjadi 301 per 100.000 penduduk pada tahun 2020. Seiring terjadinya pandemi covid-19, insidensi TBC meningkat menjadi 330 per 100.000 penduduk pada tahun 2021 dan kemudian meningkat lagi pada tahun 2024 menjadi 382 per 100.000 penduduk melampaui insidensi TBC pada tahun 2000, seperti digambarkan dalam grafik berikut ini:

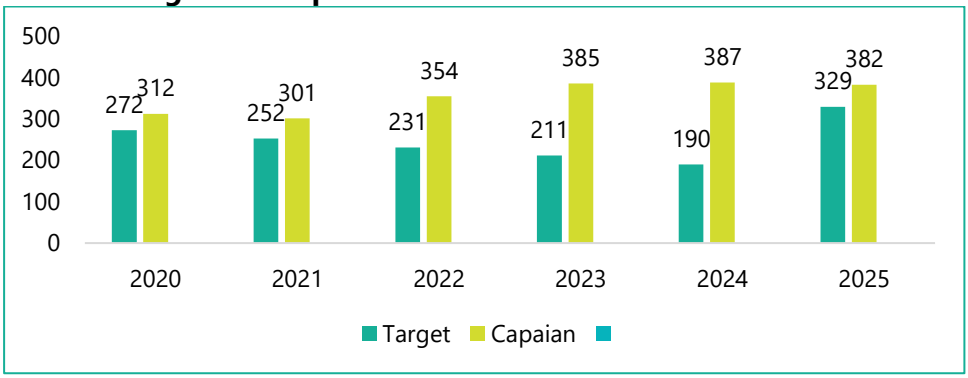
Grafik 3.24. Insidensi TB 2020-2024



Sumber data: Laporan Direktorat Penyakit Menular, Januari 2026

Grafik diatas menunjukkan peningkatan Insidensi TBC dari tahun 2020 ketahun 2023 dan menurun pada tahun 2024. Tahun 2025, dari target 328 per 100.000 penduduk, tercapai 382 per 100.000 penduduk dengan capaian kinerja sebesar 83,9%. Pada tahun 2025. Meningkatnya insidensi TBC ini bukan saja menunjukkan tidak tercapainya target tapi juga menunjukkan semakin banyaknya kasus TBC di masyarakat sehingga perlu dilakukan kegiatan penemuan dan pengobatan kasus yang bersifat aktif dan masif. Tren capaian target insidensi digambarkan dalam grafik di bawah ini:

Grafik 3.25. Target dan Capaian Insidensi TBC di Indonesia Tahun 2020-2025

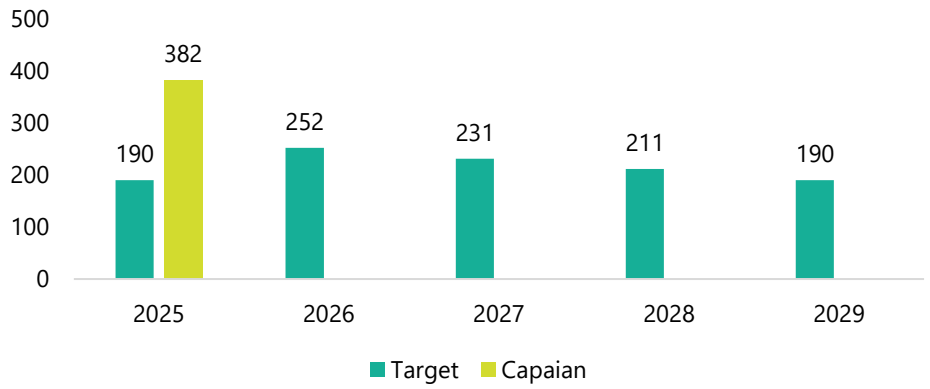


Sumber data: Laporan Direktorat Penyakit Menular, Januari 2026

Grafik diatas menunjukkan bahwa capaian insidensi TBC Tahun 2025 tidak mencapai target, dari target 329 per 100.000 penduduk tetapi capaian insidensi TBC meningkat yakni 382 per 100.000 penduduk dengan persentase capaian kinerja sebesar 83.9%. Indikator ini adalah indikator negatif yang artinya jika semakin besar realisasi maka semakin rendah capaian kinerjanya dan sebaliknya jika semakin kecil realisasi maka semakin tinggi capaian kinerjanya. Grafik diatas juga menunjukkan tren capaian tahun 2020-2025 tidak tercapai karena insidensi TBC yang ditargetkan untuk turun tetapi mengalami kenaikan angka insidensi. Meskipun telah mengalami penurunan selama 20 tahun terakhir tetapi penurunan insidensi di Indonesia cenderung lambat dan lebih kecil dibanding kenaikan jumlah penduduk.

Bila dibandingkan dengan target jangka menengah tahun 2027 dan target akhir tahun 2029 dalam Renstra Kemenkes dan jangka akhir pada tahun 2029, maka dengan gap capaian yang cukup besar dari target pada tahun 2025, insidensi TBC yang masih tinggi dan tidak mencapai target selama tahun 2020-2025, maka diperkirakan target tidak tercapai, seperti digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.26. Target dan Capaian Insidensi TBC di Indonesia Tahun 2025-2029



Sumber data: Laporan Direktorat Penyakit Menular, Januari 2026

Bila dibandingkan penurunan insidensi TBC di Indonesia dengan negara beban kasus TBC tertinggi yakni India dan China, maka Indonesia belum dapat mengimbangi laju penurunan dua negara tersebut pada periode 2018 – 2024, namun pada tahun 2020 China mengalami kenaikan insidensi sehingga posisi China menjadi ranking 4, namun pada tahun 2021 Indonesia mengalami peningkatan juga sehingga pada tahun 2024 Indonesia menduduki peringkat kedua setelah India sebagaimana berikut ini:

Tabel 3.5. Perbandingan Insidensi India, China dan Indonesia Tahun 2018-2024

No	Negara	Insidensi	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1	India	Absolute	2.860.000	2.810.000	2.770.000	2.770.000	2.790.000	2.760.000	2.710.000
		rate	208	202	197	196	196	192	187
	% penurunan		4,15	2,88	2,48	0,51	0,00	2,04	2,60
2	China	Absolute	861.000	827.000	834.000	781.000	748.000	741.000	696.000
		rate	61	58	58	55	52	52	49
	% penurunan		1.61	4.92	(-3,45)	8.33	5.45	5.45	5.45
3	Indonesia	Absolute	852.000	851.000	840.000	915.000	1.050.000	1.090.000	1.080.000
		rate	316	312	306	330	375	388	382
	% penurunan		0,94	1,27	1,92	-7,84	-13,64	-3,47	1,55

Sumber data: Laporan Direktorat Penyakit Menular, Januari 2026

Kementerian Kesehatan terus berkomitmen menurunkan insidensi TBC sampai menjadi 190 per 100.000 penduduk pada akhir tahun 2029, dengan melakukan program dan kegiatan TBC. Penuntasan TBC juga menjadi salah satu Percepatan Hasil Terbaik Cepat (PHTC) dalam rangka menurunkan. Oleh karena itu dilakukan beberapa upaya yakni:

1. Penyediaan Vaksin & Uji Klinis. Pada Semester I Tahun 2025, Indonesia menjadi tuan rumah uji klinis vaksin TB dari GSK, CanSino, dan rencana uji vaksin mRNA dari BioNTech. Selain itu terlibat juga dalam uji fase 3 vaksin kandidat M72/AS01E
2. Perluasan Akses Diagnosis TB yang Lebih Akurat dan Cepat
   a. Penambahan alat Tes Cepat Molekuler (TCM) dan *Near Point-of-Care testing* (Near-POCt) serta perluasan jejaring laboratorium telah memungkinkan diagnosis TB diperoleh lebih cepat.
   b. Waktu tunggu diagnosis yang dulu berhari-hari kini bisa dipangkas menjadi hitungan jam.
3. Inovasi Diagnosis & Teknologi Digital
   a. Penggunaan X-ray portable, TCM, dan teknologi PCR (swab tenggorokan), serta uji coba USG bertenaga AI untuk identifikasi TB
   b. Pengembangan Inisiatif Ilmu Biomedis & Genom (BGSi) demi pengurutan genom TB untuk meningkatkan pengobatan presisi
   c. Aplikasi teknologi video observed therapy (VOT) dan SMS reminder untuk memantau pasien secara digital
   d. Reminder "Peduli Sehat" Pada Masyarakat dan Faskes terkait Program TBC
4. Percepatan Penemuan Kasus yang Lebih Masif
   a. Integrasi skrining TB dalam kerangka Cek Kesehatan Gratis di Puskesmas dan Komunitas
   b. Skrining TB pada kelompok berisiko tinggi dengan penambahan modalitas X-ray

c. *Tracing* pada kontak serumah dan kontak erat pasien TB

Selain itu upaya lainnya yang dilakukan dalam menurunkan angka insidensi tuberkulosis telah menghasilkan output yakni:

1. Perluasan Intervensi Berbasis Komunitas Program komunitas TB telah menjangkau 160 kabupaten/kota, dengan rencana peningkatan ke 229 wilayah dengan fokus kegiatan pada edukasi/kampanye TBC, pelaksanaan investigasi kontak terintegrasi Terapi Pencegahan TBC (TPT), pendampingan pengobatan pasien TBC RO, pelacakan kasus mangkir dan lainnya.
2. Pada tahun 2025, konsorsium telah mendukung sekitar 9.874 kader TBC komunitas aktif di lapangan yang mencerminkan kapasitas luas komunitas dalam menyasar deteksi dini, pencegahan, serta pendampingan pengobatan.Konsorsium juga menjalankan investigasi kontak dan skrining populasi berisiko tinggi, serta membantu pelaporan secara digital lewat platform seperti "Lapor TBC"
3. Penguatan Kapasitas Tenaga Kesehatan dan Kader
   a. Bulan Januari 2025 Kemenkes meluncurkan Buku Panduan dan Lembar Balik TB untuk lebih dari 1,3 juta kader-posyandu dan tenaga kesehatan
   b. Meningkatkan pelatihan lewat e-learning TB, yang hingga pertengahan 2025 diakses oleh lebih dari 500.000 tenaga kesehatan
   c. Materi Tuberkulosis sudah terintegrasi dalam pelatihan kader posyandu yang sudah dilaksanakan oleh Ditjen Kesprimkom
4. Pemberian Sertifikat Kesembuhan untuk Pasien TBC, Sertifikat otomatis keluar sebagai pasien yang telah menyelesaikan pengobatan Tuberkulosis, ditandatangani Menkes dan barcode autentikasi.

5. Reward SKP bagi tenaga kesehatan. Tambahan Point SKP diluar Pemberian SKP yang diatur Sesuai KMK Nomor HK.01.07/MENKES/1561/2024 Nakes yang terlibat dalam pelayanan TB: Dokter Umum dan Dokter Spesialis, Perawat Ahli Tenaga Laboratorium Medik, Apoteker, Tenaga Vokasi Farmasi dan Radiografer

6. Piloting Desa kelurahan Siaga TBC. Tahun 2025 Menteri Kesehatan bersama dengan kementerian/lembaga terkait telah meluncurkan secara resmi Gerakan Bersama Penguatan Desa dan Kelurahan Siaga TBC. Gerakan ini mendorong pengembangan strategi penanggulangan TBC secara bottom-up yang berbasis kewilayahan dan kebutuhan lokal. Strategi tersebut meliputi peningkatan cakupan pengobatan (treatment enrollment), pelaksanaan investigasi kontak secara aktif, penghapusan stigma terhadap pasien TBC, peningkatan akses terhadap layanan dan transportasi pengobatan, serta penguatan sistem rujukan dan pelaporan. Adapun desa dan kelurahan siaga TBC merupakan desa dan kelurahan yang penduduk dan perangkat wilayahnya telah memiliki komitmen, kesiapan sumber

daya serta kemampuan untuk mencegah dan menanggulangi TBC secara mandiri. Tujuan gerakan ini adalah untuk: Memperkuat komitmen, kesiapan sumber daya serta kemampuan untuk menanggulangi TBC berbasis kewilayahan, Mempercepat penemuan kasus TBC, Memastikan pengobatan berjalan hingga tuntas, Menekan penularan TBC melalui upaya pencegahan TBC dan Menjamin masyarakat mudah mengakses layanan TBC.

7. Perluasan Akses Diagnosis TB yang Lebih Akurat dan Cepat

    a. Penambahan alat Tes Cepat Molekuler (TCM) dan *Near Point-of-Care testing* (Near-POCt) serta perluasan jejaring laboratorium telah memungkinkan diagnosis TB diperoleh lebih cepat.
    b. Waktu tunggu diagnosis yang dulu berhari-hari kini bisa dipangkas menjadi hitungan jam.
8. Perluasan Akses Layanan TB Resistan Obat (RO) dan Adopsi BPaL/M untuk Pengobatan TB RO
    a. Implementasi regimen oral jangka pendek BPaL dan BPaLM untuk TB resisten obat (MDR-TB), efektif menyederhanakan durasi pengobatan
    b. Inisiatif riset regimen yang lebih singkat, termasuk Clinical Trial sekali suntik atau satu bulan oral untuk TB sensitif
    c. Kementerian Kesehatan terus berupaya untuk mendekatkan akses layanan TB RO kepada pasien salah satunya dengan melibatkan Puskesmas dalam inisiasi pengobatan pasien TB RO sejak 2023.
    d. Layanan TB RO tersedia di 574 RS/balkes di 446 kabupaten/kota dan 464 Puskesmas Inisiasi di 100 kabupaten/kota.
    e. Sejak 2024, Indonesia menjadi salah satu negara yang mengimplementasikan pengobatan dengan regimen 6 bulan (BPaL/M) untuk TB Resistan Obat secara programatik.
    f. Hasil awal menunjukkan: tingkat penerimaan pasien lebih tinggi, angka putus berobat relatif lebih rendah, dan lebih banyak pasien menyelesaikan pengobatan. Hal ini menjadi lompatan besar dalam memperbaiki kualitas hidup pasien TB RO.
9. Pencegahan TB dengan Terapi Pencegahan TB (TPT)
    Sepertiga penduduk Indonesia diperkirakan terinfeksi laten, dan sebagian dari mereka berisiko berkembang menjadi penyakit TB aktif kapan saja. Dengan memberikan TPT kepada kelompok berisiko, kita dapat menurunkan risiko sakit TB, dan memutus rantai penularan baik di keluarga maupun komunitas.
10. Penanganan Stigma dan Pemberian Dukungan Sosial
    a. Tidak kalah penting, pelibatan multisektor dalam upaya dukungan sosial bagi pasien TB terlihat jelas salah satunya pada Program Desa dan Kelurahan

Siaga TB, misalnya pemberian makanan bergizi, pendampingan pasien, dan edukasi komunitas.

b. Komunikasi klinis yang empatik dan layanan yang lebih inklusif, kita mulai melihat penurunan stigma di layanan kesehatan dan masyarakat.

11. Penguatan Pelibatan Lintas Sektor dan Peran Masyarakat
    a. Monitoring rutin pusat dan daerah melalui Rapat Koordinasi Penanggulangan TB antara Kemendagri, Kemenkes, Kemenko PMK dan KSP dengan seluruh Pemerintah Daerah di 38 Provinsi dan 514 Kab/Kota yang dilakukan secara rutin mingguan sejak 2024 hingga 2025.
    b. Pembentukan Desa dan Kelurahan Siaga TB. Hingga 22 Desember 2025, sebanyak 5.127 desa dan kelurahan di 22 provinsi dan 104 kabupaten/kota telah berkomitmen siaga TB.
    c. Tim Percepatan Penanggulangan TBC (TP2TB) kini aktif di 21 provinsi dan 142 kabupaten/kota, sesuai Perpres No. 67/2021
    d. Melibatkan pemerintah daerah, sektor swasta, komunitas, media, dan dana desa—80% desa kini mengalokasikan anggaran untuk penanganan TB
    e. Pelibatan organisasi penyintas TB (POP-TB) yakni 26 organisasi di 21 provinsi, fokus pada edukasi, pendampingan, dan advokasi

Insidensi tuberkulosis merupakan gambaran kasus TBC yang terdapat di masyarakat dan terdapat kendala yang dihadapi dalam mencapai target Insidensi Tuberkulosis yaitu:

1. Dalam penemuan kasus, tantangan utama adalah masih banyaknya kasus TB yang belum terdeteksi dan terlaporkan. Hal ini dipengaruhi oleh kurangnya informasi TB sehingga mengakibatkan masih adanya stigma serta rendahnya kesadaran masyarakat untuk memeriksakan diri sejak dini. Tantangan lainnya adalah belum meratanya akses layanan TB, termasuk sarana diagnosis yang memadai dan penemuan kasus secara aktif belum merata di seluruh wilayah terutama di daerah terpencil, kepulauan, dan kawasan dengan akses layanan kesehatan yang terbatas, termasuk pada kelompok berisiko tinggi seperti masyarakat miskin, pekerja informal, penghuni Lapas/Rutan, dan komunitas marginal. Selain itu, pencatatan pelaporan juga belum sepenuhnya optimal, sehingga terdapat keterlambatan diagnosis, duplikasi data, atau bahkan kasus yang terdeteksi tetapi tidak tercatat dan tidak segera ditindaklanjuti dengan pengobatan.
2. Kasus TB yang ditemukan tidak langsung mendapatkan atau memutuskan untuk segera memulai pengobatan. Faktor penyebabnya antara lain kurangnya edukasi dan konseling awal dari petugas kesehatan, adanya efek samping obat, kondisi sosial ekonomi yang lemah, jarak dan biaya transportasi ke fasilitas kesehatan, serta kurangnya dukungan keluarga dan lingkungan.

3. TB termasuk penyakit kronis, sehingga pengobatan TB memerlukan waktu panjang dan kepatuhan tinggi. Faktor efek samping obat, stigma, keterbatasan dukungan sosial, serta kondisi ekonomi pasien sering kali menyebabkan putus berobat, yang berdampak pada rendahnya angka keberhasilan pengobatan dan meningkatnya risiko TB resistan obat.
4. Stigma masih menjadi hambatan utama dalam penemuan kasus, investigasi kontak, dan keberhasilan pengobatan. Pasien TB sering menyembunyikan penyakitnya karena takut dikucilkan di lingkungan kerja, keluarga, maupun masyarakat.
5. Penanggulangan TB membutuhkan keterlibatan aktif sektor lain seperti ketenagakerjaan, pendidikan, perumahan, sosial, dalam negeri, keuangan, serta pemerintah daerah. Hingga saat ini, koordinasi lintas sektor belum berjalan optimal karena belum adanya landasan hukum yang kuat dan mengikat seluruh pemangku kepentingan.
6. Perbedaan kapasitas fiskal, sumber daya manusia, dan prioritas pembangunan daerah menyebabkan capaian program TB tidak merata antar wilayah. Hal ini berpotensi memperlebar kesenjangan kesehatan dan menghambat pencapaian target nasional.

Untuk mengatasi kendala dan permasalahan dilakukan strategi pemecahan masalah antara lain

1. Meningkatkan deteksi dan pelaporan kasus TB dengan penguatan edukasi dan komunikasi perubahan perilaku (KIE) tentang TB kepada masyarakat secara masif dan berkelanjutan untuk mengurangi stigma dan meningkatkan kesadaran pemeriksaan dini, pelibatan tokoh masyarakat, tokoh agama, kader kesehatan, dan penyintas TB sebagai agen edukasi dan anti-stigma.

2. Percepatan penemuan kasus yang lebih masif melalui:

    a. Integrasi skrining TB dalam kerangka Cek Kesehatan Gratis di Puskesmas dan Komunitas
    b. Skrining TB pada kelompok berisiko tinggi dengan penambahan modalitas X-ray
    c. *Tracing* pada kontak serumah dan kontak erat pasien TB
    d. Perluasan Akses Diagnosis TB yang Lebih Akurat dan Cepat
    e. Penambahan alat Tes Cepat Molekuler (TCM) dan Near-POCt serta perluasan jejaring laboratorium telah memungkinkan diagnosis TB diperoleh lebih cepat.
    f. Mengurangi waktu tunggu diagnosis di fasiltas pelayanan kesehatan

3. Keterlibatan komunitas perlu ditingkatkan melalui peningkatan koordinasi dan kolaborasi antara fasyankes dan komunitas pendampingan, pemantauan pasien dalam pengobatan serta melakukan kasus pelacakan kasus mangkir.

4. Memperkuat integrasi pemberian terapi pencegahan tuberkulosis dengan kegiatan penemuan kasus TB dan pelaksanaan investigasi kontak pasien TB

5. Peningkatan pelibatan multisektor dalam upaya dukungan sosial bagi pasien TB melalui Program Desa dan Kelurahan Siaga TB, misalnya pemberian makanan bergizi, pendampingan pasien, dan edukasi komunitas.

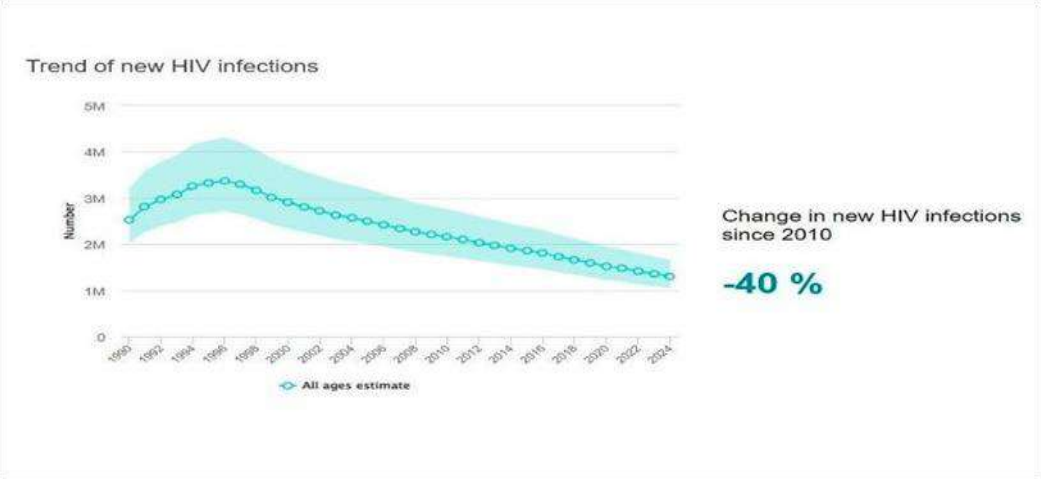
6. Peningkatan monitoring rutin pusat dan daerah melalui Rapat Koordinasi Penanggulangan TB antara Kemendagri, Kemenkes, Kemenko PMK dan KSP dengan seluruh Pemerintah Daerah di 38 Provinsi dan 514 Kab/Kota yang dilakukan secara rutin mingguan.

12. Insidensi HIV sebesar 0,09 per 1000 populasi tidak terinfeksi

Insidensi HIV digunakan sebagai indikator dampak dalam menilai tren perubahan penambahan kasus baru dalam periode waktu tertentu. Insiden HIV dipengaruhi oleh upaya pencegahan penularan dengan penggunaan alat pencegahan diantaranya penggunaan kondom pada hubungan seksual berisiko dan alat suntik steril khususnya pada pengguna narkoba suntik (penasun). Selain itu cakupan ODHIV (orang dengan HIV AIDS) terapi ARV dengan retensi yang baik akan mengurangi bahkan menghilangkan risiko penularan HIV dari ODHIV kepada pasangan atau anaknya. Insiden HIV diperoleh melalui perhitungan yang kompleks, yang mengintegrasikan berbagai sumber data program, seperti data rutin final dari tahun sebelumnya dan data survei (STBP). Dikarenakan membutuhkan data program sebagai salah satu sumber data, hasil perhitungan insiden HIV hanya menghasilkan angka proyeksi pada tahun berjalan, selanjutnya dengan melakukan pembaharuan perhitungan menggunakan data program tahun bersangkutan.

Definisi operasional Insidensi HIV adalah Jumlah infeksi baru HIV yang terjadi pada populasi selama periode waktu tertentu per 1.000 populasi tidak terinfeksi. Indikator dihitung dari Jumlah infeksi baru HIV yang terjadi pada populasi dibagi jumlah penduduk yang belum terkena infeksi HIV dalam kurun waktu tertentu dikali 1.000 *menggunakan modelling matematis AEM dan spectrum. Berdasarkan UNAIDS estimasi epidemiologi tahun 2025, infeksi baru di dunia menurun sampai dengan 40% dari 2,2 juta di tahun 2010 menjadi 1,3 juta pada tahun 2024, seperti digambarkan dalam grafik berikut ini:

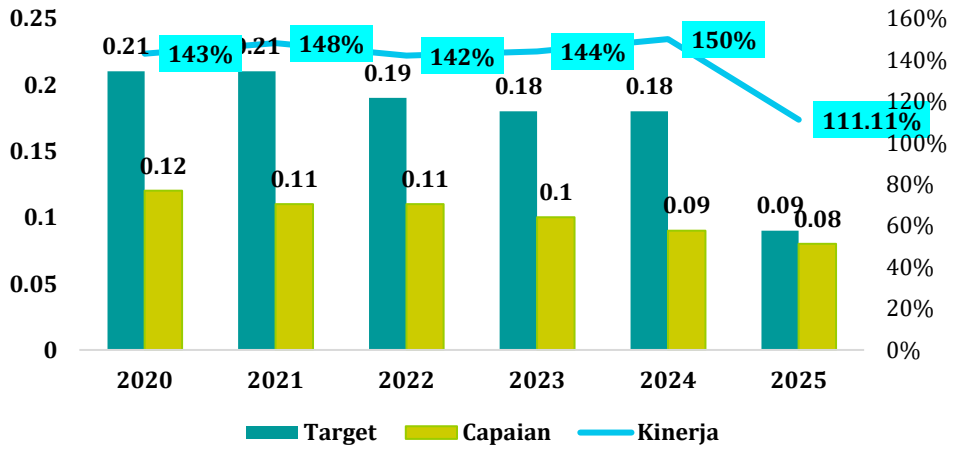
Grafik 3.27. Tren Infeksi Baru HIV Global Tahun 2024



Sumber Data: UNAIDS *Epidemiological Estimates* 2025

Di Indonesia, tren pencapaian indikator insiden HIV menunjukan penurunan yang signifikan sejak tahun 2015. Hasil pemodelan menggunakan *AIDS Epidemic Modeling* (AEM) dan spectrum menunjukkan proyeksi capaian insiden HIV tahun 2025 sebesar 0.08 per 1.000 populasi yang tidak terinfeksi HIV. Bila dibandingkan dengan target tahun 2025, yakni sebesar 0,09 per 1.000 populasi yang tidak terinfeksi HIV maka capaian insidensi HIV tahun 2025 telah mencapai target dengan capaian kinerja sebesar 111,11%. Tren insidensi HIV di Indonesia Tahun 2020 - 2025 menujukkan penurunan angka insidensi seperti dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.28. Target dan Capaian Insidensi HIV Tahun 2020-2025



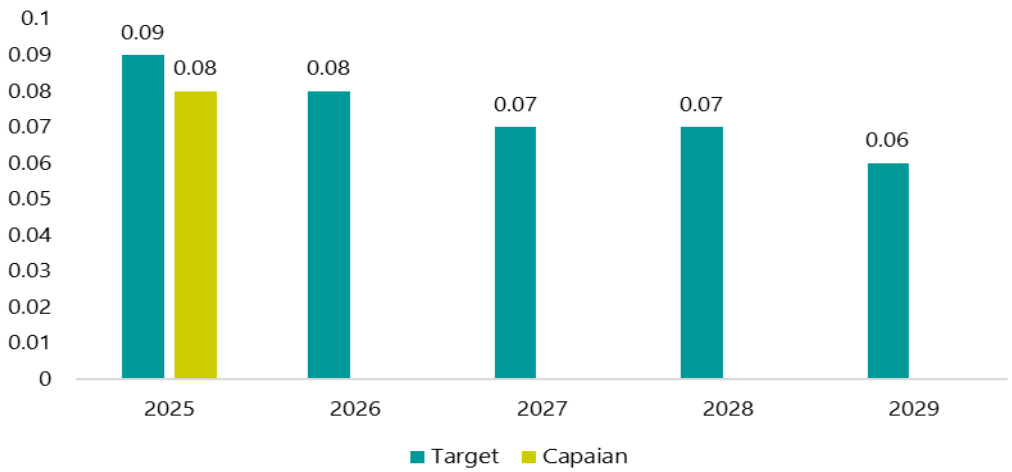
Sumber Data: *AIDS Epidemic Model* (AEM) dan *Spectrum*

Grafik diatas menunjukkan target insidensi HIV telah tercapai sejak tahun 2020-2025, hal tersebut sejalan dengan peningkatan capaian ODHIV yang mendapatkan pengobatan ARV yang cukup signifikan dari tahun ketahun baik di tingkat global

maupun nasional. Pada tingkat global, capaian pengobatan HIV meningkat secara signifikan dari 26,2 juta pada tahun 2020 menjadi 31,6 juta tahun 2024. Di Indonesia sejak tahun 2024, capaian ODHIV on ART telah mengalami peningkatan yang cukup baik dimana capaiannya telah melebihi target. Data SIHA per 06 Januari 2026, capaian ODHIV on ART sebesar 71%. Peningkatan capaian ODHIV on ART ini sejalan dengan penerapan kebijakan test and treat yang dimulai sejak tahun 2018, yakni ODHIV dianjurkan untuk inisiasi pengobatan ARV sesegera mungkin yakni maksimal 7 hari dari hasil tes diketahui.

Bila dibandingkan capaian tahun 2020-2025 selalu mencapai target dengan target jangka menengah tahun 2027 dan jangka akhir tahun 2029 maka capaian target diperkirakan juga akan tercapai pada tahun 2027 dan 2029, seperti digambarkan dalam grafik berikut ini:

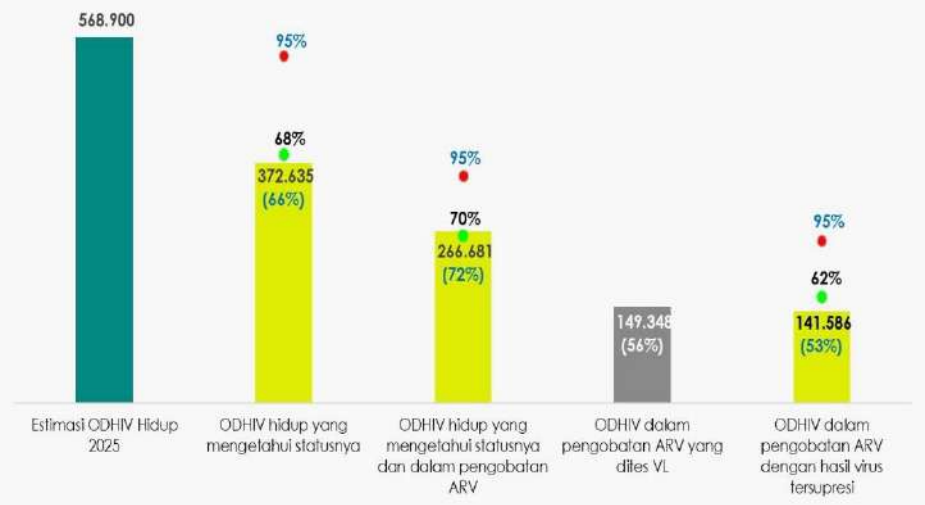
Grafik 3.29. Target dan Capaian Insidensi HIV Tahun 2025-2029



Sumber Data: Renstra Kemenkes 2025-2029

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 hidup diketahui status HIV-nya, 95% ODHIV tahu status sedang pengobatan dan 95% ODHIV yang diobati mengalami supresi virus. Capaian indikator 95-95-95 Tahun 2025 sebagai berikut:

Grafik 3.30. Perkembangan Menuju Target 95-95-95



Sumber Data: SIHA per 20 Januari 2026

Grafik diatas menunjukkan bahwa pada tahun 2025, estimasi ODHIV sebanyak 568.900, ODHIV yang masih hidup dan mengetahui statusnya 372.635 (66%), ODHIV yang sedang mendapatkan pengobatan ARV 266.681 (72%) dan ODHIV sedang dalam pengobatan ARV yang dites viral load dengan hasil virusnya tersupresi 141.586 (53%).

Insidensi HIV telah mencapai target pada tahun 2025, 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. Perluasan layanan PDP (Perawatan dan Dukungan Pengobatan HIV)
   Tahun 2025 jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat melakukan tes HIV baik pemerintah maupun swasta adalah sebanyak 12.822 dan yang mampu melakukan pengoban HIV sebanyak 6.348 layanan (SIHA, per 12 Oktober 2025).
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Dilakukannya mentoring melalui manajemen kasus untuk menjaga kepatuhan, serta

penelusuran ODHIV putus obat (LTFU) untuk inisisasi kembali di layanan.

7. Mengembangkan layanan Point of Care (PoC) HIV untuk penyediaan layanan kesehatan yang mudah diakses oleh populasi kunci dan ODHIV terutama di wilayah terpencil yang jauh dari layanan kesehatan.
8. Menyediakan akses rutin terhadap tes VL untuk memastikan efektivitas ART dan mengidentifikasi pasien yang gagal terapi sejak dini untuk diberikan intervensi.
9. Adanya layanan PrEP (Profilaksis Pra Pajanan)
   Layanan PrEP (*Pre-Exposure Prophylaxis*) adalah layanan pencegahan HIV yang memberikan obat antiretroviral kepada orang yang belum terinfeksi HIV tetapi berisiko tinggi, untuk mencegah terjadinya infeksi HIV.
10. Adanya Penguatan Kapasitas Tenaga Kesehatan dan Komunitas Melalui Workshop Penyegaran Mentor Lokal HIV dan IMS
    Program ini bertujuan untuk memberikan pendampingan teknis dalam rangka meningkatkan kapasitas pengelola program dan fasilitas layanan kesehatan (fasyankes) dalam penanggulangan HIV dan PIMS di kabupaten/kota terpilih. Pelaksanaan intervensi akan dilakukan melalui kolaborasi erat dengan Dinas Kesehatan, mentor lokal, serta mitra komunitas untuk memastikan bahwa pendampingan berjalan efektif, kontekstual, dan berkelanjutan.
11. 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 2025 PPCP dilaksanakan di 34 Provinsi, 30 Kab/Kota.
12. Integrasi Tes HIV dalam layanan kesehatan
    Integrasi Tes HIV dalam Layanan Kesehatan adalah strategi memasukkan tes HIV sebagai bagian rutin dari pelayanan kesehatan yang sudah ada, sehingga tes menjadi mudah diakses, tidak terpisah, dan minim stigma, serta mempercepat penemuan kasus dan pengobatan dini. Tes HIV pada pasien IMS, TB, ibu hamil, layanan kespro catin) dan memasukkan skrining HIV dan IMS dalam CKG
13. Dilakukannya Penguatan Notifikasi Pasangan dan Anak sebagai strategi percepatan penemuan kasus HIV
    Kegiatan ini dilakukan mengingat NPA memiliki angka positif rate pada pasangan ODHIV cukup tinggi yaitu 20-72%.
14. Dilaksanakannya Program PPIA (Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak) di Layanan HIV
    Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) adalah rangkaian intervensi komprehensif untuk mencegah penularan HIV dari ibu yang terinfeksi HIV kepada bayinya selama kehamilan, persalinan, dan menyusui. Tujuannya adalah untuk mencegah bayi tertular HIV, menjaga kesehatan ibu dengan HIV, menurunkan

angka kesakitan dan kematian ibu dan anak dan mendukung eliminasi penularan HIV pada anak.

Selain itu, dilakukan juga upaya-upaya untuk mencapai target antara lain:

1. Workshop dan Demosite Pembentukan Jejaring Tripel Eliminasi
   Untuk memperkuat cakupan testing HIV, Sifilis dan Hepatitis B pada ibu hamil dan juga meningkatkan inisiasi ARV pada ibu hamil dengan HIV. Jejaring layanan ini dibentuk berdasarkan jejaring layanan ANC, dimana layanan triple eliminasi yang diberikan terintegrasi dengan layanan ANC
   yang komprehensif. Lokus uji coba sebanyak 15 kabupaten/kota.
2. OJT *(On The Job Training)* Penguatan Tatalaksana IMS Pada Kelompok Risiko Tinggi di Wilayah Prioritas
   Kegiatan ini dilakukan mengingat tingginya risiko penularan IMS di kalangan PSP (Pekerja Seks Perempuan) namun respon yang dilakukan masih optimal oleh program skrining aktif yang sistematis. Integrasi layanan IMS dengan HIV dan SRH (Layanan Kesehatan Seksual dan Reproduksi) pun belum berjalan maksimal. Keterbatasan laboratorium, minimnya SDM terlatih, dan belum adanya standar koordinasi antar pemangku kepentingan memperkuat urgensi kegiatan ini. Pada tahun 2025 OJT IMS dilakukan di 4 kab/kota terpilih.
3. Reviu Program HIV PIMS. Kegiatan ini dilakukan untuk keberlanjutan dan peningkatan program pengendalian HIV di Indonesia. Pemantauan berkelanjutan terhadap pelaksanaan rencana aksi yang ada dan sinergitas seluruh rencana yang telah disusun oleh berbagai pihak atau sektor dilakukan untuk mengetahui perkembangan pelaksanaannya. Kegiatan ini diikuti oleh para ahli teknis, pelaksana program, masyarakat, dan mitra pembangunan di seluruh area tematik utama penanggulangan HIV.
4. Kolaborasi dan Kemitraan Dengan LSM/Komunitas
   Kolaborasi yang kuat antara pemerintah, fasilitas layanan kesehatan, sektor swasta, dan komunitas. Koordinasi antara layanan dan kader/komunitas HIV berperan penting dalam pendampingan ODHIV, menjaga kepatuhan terapi ARV, serta menelusuri pasien yang *lost to follow up* agar kembali berobat.
5. Penguatan Retensi dan Kepatuhan Pengobatan. Untuk menjaga kepatuhan ODHIV terhadap terapi ARV dan memastikan mereka tetap terlayani secara berkelanjutan yaitu dengan melakukan : pendampingan oleh kader komunitas dan mentor lokal membantu ODHIV memahami pentingnya minum obat secara rutin, manajemen kasus dilakukan untuk menelusuri pasien yang lost to follow up (LTFU) sehingga mereka dapat kembali berobat, Multi Month Dispensing (MMD), mentoring, dan supervisi teknis meningkatkan keteraturan pengobatan dan memastikan ODHIV yang stabil tetap mendapatkan ARV secara berkesinambungan.

6. Perluasan dan Inovasi Akses Layanan. Perluasan dan inovasi layanan yang membuat deteksi, pengobatan, dan pencegahan HIV lebih mudah diakses oleh ODHIV dan populasi kunci. Pada tahun 2025, sebanyak 12.822 fasilitas pelayanan kesehatan menyediakan tes HIV, dan 6.348 layanan mampu memberikan pengobatan ARV. Layanan inovatif seperti extra hour services memungkinkan ODHIV usia produktif (20–49 tahun) mendapatkan layanan di luar jam kerja, adanya layanan Point of Care (PoC) yang menjangkau wilayah terpencil. Selain itu, tersedianya tes viral load rutin memastikan efektivitas terap.
7. Monitoring dan Evaluasi Program HIV dan PIMS. Monev dilakukan untuk memantau pelaksanaan layanan dan menilai pencapaian target program secara terintegrasi. Monev ini dilakukan secara berkala. Hasil monev digunakan sebagai umpan balik untuk memperbaiki strategi, meningkatkan kualitas layanan, dan memastikan target indikator HIV dan PIMS tercapai secara efektif dan berkelanjutan.
8. Umpan Balik Laporan Capaian Program. Umpan balik laporan capaian program dilakukan secara rutin setiap triwulan untuk meninjau hasil pelaksanaan program HIV dan PIMS.
9. Sosialisasi Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan PIMS. Sosialisasi dilakukan melalui GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) bersama para stakeholder di 4 kabupaten/kota. Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pencegahan dan pengendalian HIV/AIDS serta PIMS, mendorong perilaku hidup sehat, memperluas pengetahuan tentang layanan kesehatan yang tersedia, dan membangun dukungan komunitas agar program HIV dan PIMS dapat diterima secara luas dan efektif
10. Koordinasi Pencegahan, Pengendalian HIV dan PIMS. Koordinasi dilakukan untuk menyatukan upaya berbagai pihak dalam pencegahan dan pengendalian HIV dan IMS. Pemerintah, fasilitas layanan kesehatan, komunitas, dan sektor swasta bekerja sama dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan program, termasuk skrining, pengobatan, edukasi, dan pendampingan ODHIV.
11. Survey HIV AIDS dan PIMS pada Populasi Umum. Survei ini dilakukan untuk mengukur prevalensi, perilaku risiko, dan cakupan layanan HIV dan PIMS di populasi umum. Data yang diperoleh digunakan untuk menilai tren epidemi, mengidentifikasi kelompok berisiko, dan merencanakan intervensi yang tepat sasaran. Hasil survei membantu pengambil kebijakan dan pemangku program dalam meningkatkan akses layanan, memperkuat pencegahan, dan menurunkan angka penularan HIV dan IMS secara efektif.
12. Workshop Pilot TB-HIV. Workshop Pilot TB-HIV adalah kegiatan pelatihan dan pendampingan teknis yang bertujuan meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan dan pengelola program dalam penanganan kasus koinfeksi TB dan HIV. Kegiatan ini mencakup pembahasan protokol diagnosis, pengobatan,

manajemen kasus, dan integrasi layanan TB-HIV di fasilitas kesehatan. Workshop ini bertujuan agar layanan TB dan HIV menjadi terintegrasi, berkualitas, dan efisien, sehingga kasus koinfeksi dapat ditangani lebih cepat dan angka kesakitan serta penularan dapat ditekan.

Dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS ditemukan beberapa kendala dan permasalahan antara lain:

1. Tingginya stigma terhadap HIV/AIDS menyebabkan banyak orang enggan menjalani tes HIV maupun memanfaatkan layanan kesehatan. Kondisi ini berakibat pada masih banyaknya kasus HIV yang tidak terdeteksi yang berdampak pada keterlambatan memulai pengobatan.
2. Belum seluruh fasilitas kesehatan di kabupaten/kota pada 38 provinsi memiliki kemampuan melakukan tes dan pengobatan HIV. Fasyankes yang hanya mampu melakukan tes perlu memperkuat jejaring rujukan dan mekanisme tindak lanjut agar ODHIV dapat segera memperoleh pengobatan.
3. Masih dijumpai ODHIV yang tidak segera memulai terapi setelah terdiagnosis, antara lain karena kekhawatiran terhadap efek samping, merasa tidak bergejala, atau keterbatasan pemahaman mengenai manfaat dan urgensi pengobatan ART.
4. Kontribusi komunitas dalam kegiatan edukasi, penjangkauan, dan pendampingan ODHIV masih belum dimaksimalkan, padahal komunitas memiliki peran strategis dalam menjangkau populasi berisiko dan kelompok yang sulit dijangkau layanan formal.
5. Masih ada layanan belum melakukan pencatatan secara lengkap dan real time, sehingga capaian program tidak tercermin dalam data. Selain itu, finalisasi data di SIHA belum dilakukan secara konsisten sesuai dengan periode cut off yang telah ditetapkan

Strategi pemecahan masalah yang dilakukan antara lain:

1. Untuk mengurangi stigma dan diskriminasi di masyarakat melalui pelaksanaan Germas HIV dan PIMS bersama mitra/stakeholder. Selain itu, bekerjasama dengan komunitas dilakukan webinar dan OJT kepada fasyankes terkait penurunan stigma dan diskriminasi.
2. Penambahan layanan pengobatan PDP HIV dilakukan melalui pelatihan layanan PDP untuk menambah jumlah layanan pengobatan HIV dan pengembangan jejaring layanan PPCP *(Public Private Community Partnership)*
3. Keterlambatan ODHIV mulai pengobatan ARV salah satunya karena kurangnya pemahaman ODHIV sehingga dibutuhkan edukasi yang maksimal di fasyankes. Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan dalam memberikan edukasi melalui workshop penyegaran mentor lokal HIV dan IMS dan penyelenggaraan webinar

bagi tenaga kesehatan.

4. Keterlibatan komunitas perlu ditingkatkan melalui peningkatan koordinasi dan kolaborasi antara fasyankes dan komunitas sehingga kegiatan dapat berjalan dengan harmonis.
5. Upaya untuk meningkatkan kepatuhan pencatatan dan pelaporan melalui penyampaian umpan balik setiap triwulan kepada Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota. Selain itu juga dilakukan supervisi program untuk daerah dengan beban HIV tinggi dan memiliki capaian rendah.

13. Insidensi Hepatitis B sebesar 33 per 100.000 penduduk

Hepatitis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh virus dan menyebabkan peradangan hati. Jenis virus hepatitis yang utama yaitu hepatitis B dan hepatitis C. Hepatitis B ditularkan melalui kontak darah dan kontak cairan tubuh dari orang yang terinfeksi, sebagian besar penularan yaitu dari ibu ke anak, dan diperkirakan 296 juta orang di dunia terinfeksi virus hepatitis B. Insidensi Hepatitis B adalah jumlah kasus baru infeksi Hepatitis B yang ditemukan pada suatu populasi dalam periode waktu tertentu. Indikator ini digunakan untuk menggambarkan tingkat penularan Hepatitis B di masyarakat serta efektivitas upaya pencegahan dan pengendalian penyakit Hepatitis B. Insidens hepatitis B juga merupakan indikator yang menggambarkan besaran transmisi penyakit di populasi. Semakin turun insidens, akan semakin kecil pula penambahan kasus hepatitis B**.**

Angka insidens hepatitis B didapatkan dari pemodelan yang dihitung melalui perhitungan yang kompleks, yang mengintegrasikan berbagai sumber data program/ data rutin kasus hepatitis B seperti cakupan penemuan kasus atau menggunakan survei. Dikarenakan membutuhkan data program sebagai salah satu sumber data, hasil perhitungan insiden Hepatitis hanya menghasilkan angka proyeksi pada tahun berjalan, selanjutnya dengan melakukan pembaharuan perhitungan menggunakan data program tahun bersangkutan.

Definisi operasional insidensi Hepatitis B adalah Jumlah infeksi baru Hepatitis B yang terjadi pada populasi berisiko terinfeksi selama periode waktu tertentu per 100.000 populasi. Cara perhitungan indikator yakni Jumlah infeksi baru Hepatitis B yang terjadi pada periode waktu tertentu dibagi jumlah penduduk yang berisiko terinfeksi Hepatitis B dalam kurun waktu tertentu dikali 100.000

Capaian indikator insidensi Hepatitis B tahun 2025 menunjukkan angka sebesar 13 per 100.000 penduduk. Angka ini diperoleh melalui pendekatan pemodelan, dengan proses perhitungan yang didukung oleh CDA Foundation, lembaga yang berpengalaman

dalam penyusunan estimasi dan pemodelan epidemiologi di berbagai negara bekerja sama dengan WHO. Apabila dibandingkan dengan target tahun 2025, yaitu 33 per 100.000 penduduk, maka capaian insidensi Hepatitis B pada tahun 2025 telah melampaui target yang ditetapkan, dengan capaian kinerja sebesar 160%. Tren capaian tahun 2025 dibandingkan dengan target tahun 2026-2029 digambarkan sebagai berikut:

Grafik 3.31. Target dan Capaian Indikator Insiden Hepatitis B Tahun 2025-2029

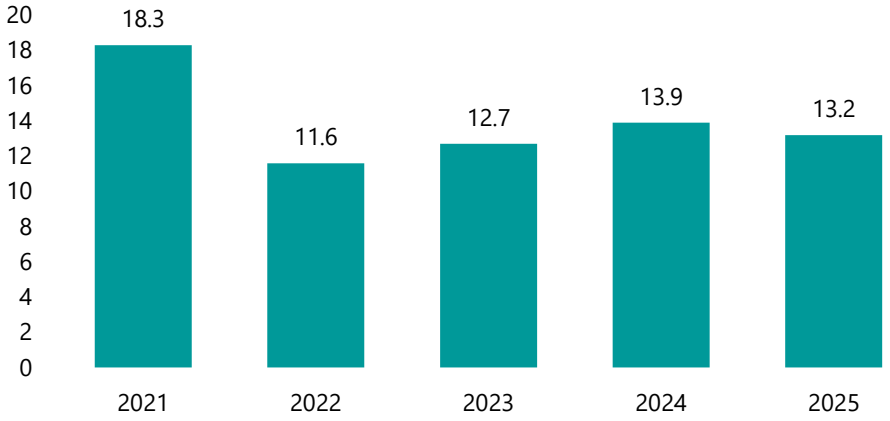


Sumber Data Insiden Hepatitis B: *CDA Foundation*

Grafik target dan capaian indikator Insidensi Hepatitis B Tahun 2025–2029 menunjukkan pada tahun 2025, target insidensi ditetapkan sebesar 33 per 100.000 penduduk, sementara capaian aktual telah mencapai angka 13 per 100.000 penduduk, yang menunjukkan kinerja program yang sangat baik karena telah melampaui target yang ditetapkan. Selanjutnya, target insidensi pada tahun 2026 hingga 2029 terus diturunkan secara progresif, masing-masing menjadi 22, 15, 10, dan 5 per 100.000 penduduk. Penurunan target ini mencerminkan komitmen pemerintah dalam mempercepat eliminasi Hepatitis B melalui penguatan upaya pencegahan, deteksi dini, serta pengobatan yang terintegrasi. Capaian pada tahun 2025 diharapkan dapat menjadi landasan yang kuat untuk mempertahankan dan meningkatkan kinerja program pada tahun-tahun berikutnya agar target yang lebih rendah dapat dicapai secara konsisten.

Indikator Insidensi Hepatitis B tidak menjadi indikator pada tahun 2020-2024, tetapi data Insidensi Hepatitis B

Grafik 3.32. Insiden Hepatitis B Tahun 2021-2025



Sumber data: Polaris Dashboard, 4 Februari 2026

Grafik insidensi Hepatitis B tahun 2021–2025 menunjukkan pola fluktuatif dengan kecenderungan menurun dibandingkan tahun awal pengamatan. Pada tahun 2021, insidensi Hepatitis B tercatat paling tinggi yaitu sebesar 18,3. Selanjutnya, pada tahun 2022 terjadi penurunan cukup signifikan menjadi 11,6 per 100.000 penduduk. Pada tahun 2023, insidensi kembali mengalami peningkatan menjadi 12,7, dan terus naik pada tahun 2024 hingga mencapai 13,9. Namun, pada tahun 2025 tercatat sedikit penurunan menjadi 13,2. Secara keseluruhan, meskipun terjadi kenaikan pada periode 2023–2024, angka insidensi Hepatitis B pada tahun 2025 masih lebih rendah dibandingkan tahun 2021, yang mengindikasikan adanya perbaikan pengendalian penyakit, meskipun upaya pencegahan dan pengendalian tetap perlu diperkuat untuk menekan tren kenaikan pada tahun-tahun tertentu.

Keberhasilan pencapaian indikator insidensi hepatitis B dipengaruhi oleh beberapa faktor pendukung. Pertama, hal ini disebabkan pada tahun 2024 sampai dengan 2025 kabupaten/kota yang melaksanakan peningkatan kapasitas bagi petugas di fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) meningkat dengan pesat sehingga banyak fasyankes yang bisa melakukan skrining dan juga memberikan layanan pencegahan hepatitis B untuk ibu hamil serta bisa merujuk pasien untuk tatalaksana selanjutnya dari hepatitis B. Kedua, meningkatnya penemuan kasus hepatitis mencerminkan semakin baiknya pelaksanaan deteksi dini di fasilitas kesehatan. Peningkatan penemuan kasus diikuti dengan bertambahnya jumlah pasien positif yang mendapatkan pencegahan melalui pemberian antivirus sesuai standar, sehingga upaya pencegahan penularan, khususnya dari ibu ke anak, dapat terus diperkuat. Selain itu, keterlibatan tenaga kesehatan dan sebagian pemerintah daerah dalam pelaksanaan program turut mendukung capaian indikator di sejumlah wilayah. Disamping itu, sistem pencatatan dan pelaporan berjenjang dari fasilitas pelayanan

kesehatan tingkat pertama hingga pusat telah berjalan, sehingga aktivitas pencegahan hepatitis dapat terdokumentasi secara sistematis.

Beberapa upaya yang dilakukan untuk menurunkan insidensi Hepatitis B antara lain:

1. Memperluas layanan pemberian antivirus pada ibu hamil dengan menyusun KMK Nomor HK.01.07 /MENKES /111 /2025 tanggal 20 Februari 2025 Tentang Penetapan Pemberian Antivirus Pada Ibu Hamil Untuk Pencegahan Penularan Virus Hepatitis B Dari Ibu Ke Anak. Dengan adanya KMK ini, maka seluruh puskesmas bisa melaksanakan pemberian tenofovir, tidak perlu Surat Keputusan penunjukan layanan dari Kementerian Kesehatan.
2. Pelatihan Pengelolaan Layanan Hepatitis B di 35 Kab/Kota (Januari – Desember 2025)

   Melakukan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dan pengelola program khususnya terkait manajemen dan tatalaksana hepatitis B baik dalam tatalaksana dan juga pencatatan dan pelaporan
3. Sosialisasi pemberian Tenofovir melalui webinar dalam peringatan Hari Hepatitis Sedunia (HHS) 28 Juli 2025

   Memanfaatkan Hari Hepatitis Sedunia tahun 2025 untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran semua kalangan termasuk pemerintah daerah dalam penanggulangan hepatitis Virus
4. Kolaborasi dengan Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga dalam meningkatkan cakupan skrining pada ibu hamil melalui kegiatan demosite perluasan jejaring demosite di 15 Kabupaten/Kota
5. Pertemuan Koordinasi dengan Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga mengenai peningkatan peran daerah dalam pemantauan cakupan K1 (pemeriksaan trimester pertama) dan K6 (kunjungan trimester terakhir) serta menggerakan pemerintah daerah di tingkat kecamatan dan desa melalui kader melakukan edukasi dan/atau *sweeping* pada calon pengantin/pasangan baru untuk pemeriksaan pertama pada pada kehamilan di usia kurang dari 12 minggu (3 bulan).
6. Pertemuan dengan Direktorat Imunisasi terkait dengan upaya peningkatan capaian imunisasi hepatitis B bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan.
7. Bekerja sama dengan Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat menyusun petunjuk teknis petunjuk teknis pemeriksaan kesehatan gratis (PKG) untuk pemeriksaan hepatitis B dan C pada populasi berisiko. Mengirimkan Umpan Balik Laporan Hepatitis ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Provinsi
8. Bekerja sama dengan Transformasi Teknologi dan Digitalisasi Kesehatan (TTDK) Kemenkes terkait pembangunan sistem pencatatan dan pelaporan kasus hepatitis B CKG ke dalam sistem Odoo. Hal ini ditujukan untuk mengetahui capaian terkait dengan skrining dan penemuan kasus Hepatitis B pada anak SD,

SMP, SMA dan populasi berisiko.

9. Workshop tatalaksana pemberian Tenofovir bagi dokter di fasyankes (23 September 2025)

   Workshop tatalaksana pemberian Tenofovir bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan yang dilaksanakan pada 23 September 2025 merupakan kegiatan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan yang diikuti oleh pengelola program hepatitis dari seluruh Indonesia, baik yang berasal dari dinas kesehatan maupun fasilitas pelayanan kesehatan. Kegiatan ini bertujuan untuk memperkuat pemahaman dan keterampilan dokter dalam penerapan standar tatalaksana pemberian Tenofovir sesuai pedoman nasional, guna meningkatkan mutu layanan pengobatan hepatitis. Melalui sesi pemaparan materi, diskusi, dan pembahasan studi kasus, workshop ini diharapkan dapat mendukung keseragaman praktik klinis serta memperkuat peran pengelola program dalam implementasi pengendalian hepatitis di tingkat daerah dan fasilitas kesehatan
10. Validasi Data Hepatitis B Tanggal 11-14 Februari 2025. Dilakukan secara Daring Menggunakan platform zoom meeting. validasi data diikuti 38 Provinsi dan seluruh Kabupaten Kota. Validasi data diikuti 38 Provinsi dan seluruh Kabupaten/Kota. Pertemuan validasi ini tidak hanya untuk validasi data tahun 2024 saja tapi juga meningkatkan pengetahuan petugas dalam memahami data yang akan mempengaruhi ke pencatatan dan pelaporan tahun 2025. Pertemuan validasi ini juga diharapkan bisa meningkatkan komitmen dalam pencatatan dan pelaporan.
11. Sosialisasi GERMAS Pencegahan dan Pengendalian Hepatitis bagi Tenaga Kesehatan dan Masyarakat di 6 lokus di Provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, Sumatera Selatan dan Jawa Timur pada tahun 2025

    Kegiatan yang dilakukan berupa pertemuan advokasi dan sosialisasi terkait Hepatitis kepada pemangku kepentingan lokal bekerjasama dengan pejabat lintas sektor. Undangan pada kegiatan ini adalah lintas program, lintas sektor terkait dan kepala Puskesmas dan masyarakat. Metode kegiatan berupa presentasi/ ceramah dan diskusi. Diperlukan upaya-upaya lanjutan untuk untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat terkait penyakit hepatitis melalui promosi, media KIE dan penyuluhan ke masyarakat oleh petugas kesehatan di wilayah masing-masing
12. Melakukan kegiatan *forecasting* logistik dalam rangka memastikan ketersediaan logistik yang memadai dan berkesinambungan, telah dilakukan upaya pemenuhan kebutuhan logistik yang melibatkan penanggung jawab bina wilayah (PJ Binwil) di tingkat provinsi serta kabupaten/kota. Kegiatan *forecasting* ini dilaksanakan sebagai langkah strategis untuk memetakan kebutuhan logistik secara lebih akurat berdasarkan data konsumsi, sisa stok, serta proyeksi kebutuhan layanan pada periode berjalan dan periode mendatang.

Meskipun indikator hepatitis B telah mencapai target tetapi dalam upaya pencapaian target ditemukan beberapa kendala dan permasalahan yaitu:

1. Masih belum maksimalnya jejaring antara fasyankes swasta dengan puskesmas dalam hal skrining dan pelaporan hasil skrining hepatitis
2. Sumber Daya Manusia (SDM) Puskesmas (tenaga kesehatan) yang sudah dilatih hanya melaksanakan skrining dan belum mau untuk melaksanakan tatalaksana hepatitis B.
3. Pencatatan dan pelaporan belum maksimal. Tidak semua Rumah Sakit melaporkan kegiatan deteksi dini hepatitis B. Disamping itu, pencatatan dan pelaporan dari daerah ke Kementerian Kesehatan masih menghadapi keterlambatan (*delay report*) dan *under reporting*, sehingga data yang tersedia belum sepenuhnya mencerminkan kondisi riil di lapangan. Proses validasi data yang masih berlangsung hingga Februari turut mempengaruhi ketercapaian indikator pada periode pelaporan berjalan.
4. Kurangnya jumlah SDM dan SDM yang rangkap tugas, perpindahan yang begitu cepat, beban kerja yang tinggi merupakan masalah yang hampir ditemukan di semua tingkatan, baik layanan, kabupaten maupun Provinsi.
5. Adanya kebijakan di beberapa daerah bahwa pemberian HBIg harus diberikan oleh dokter Spesialis anak
6. Berdasarkan data capaian skrining hepatitis B pada ibu hamil, masih ditemukan bahwa sebagian besar ibu hamil melakukan kunjungan pertama ke fasilitas kesehatan bukan pada kunjungan K1 murni, melainkan baru mengakses layanan pada kunjungan K2 atau K3 (K1 akses). Keterlambatan kunjungan K1 murni tersebut berdampak pada terhambatnya pelaksanaan penatalaksanaan awal kehamilan, termasuk skrining faktor risiko, pemberian intervensi dini, serta edukasi kesehatan yang seharusnya dilakukan sejak trimester pertama.
7. Ibu hamil yang reaktif hepatitis B masih belum bersedia untuk memberitahukan (notifikasi) ke pasangan agar melakukan skrining di fasilitas kesehatan
8. 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.
9. Jejaring dengan fasyankes swasta untuk ANC khususnya pemeriksaan HBsAg belum optimal.
10. Kedatangan logistik sering tidak sesuai dengan waktu yang ditentukan
11. Provinsi dalam perhitungan *forecasting* logistik tidak sesuai dengan capaian masing -masing daerah.
12. Masih kurangnya pengetahuan dan kepedulian masyarakat terhadap hepatitis, khususnya masih ada ibu hamil yang menolak untuk mendapatkan antivirus.

13. Selain ibu hamil, sasaran populasi berisiko yang potensial untuk dilakukan skrining hepatitis B meliputi individu dengan riwayat HBsAg reaktif; memiliki anggota keluarga inti sedarah (ibu kandung atau saudara kandung) dengan hepatitis B; riwayat perilaku seksual berisiko atau hubungan seksual tanpa pengaman dengan bukan pasangan suami/istri; riwayat menerima transfusi darah; sedang atau pernah menjalani hemodialisis; pengguna atau mantan pengguna napza suntik; serta orang dengan HIV positif. Hingga saat ini, pencapaian skrining hepatitis B pada kelompok tersebut masih menjadi tantangan utama, meskipun upaya skrining telah diintegrasikan melalui pintu masuk Cek Kesehatan Gratis (CKG).
14. Dari sisi logistik, proses distribusi di tingkat provinsi masih sering mengalami hambatan. Akibatnya, distribusi logistik ke kabupaten/kota belum dapat dilakukan secara optimal

Untuk mengatasi permasalahan dan kendala dilakukan strategi pemecahan Masalah yakni:

1. Pemantauan Deteksi Dini dan Pemberian Antivirus Hepatitis B pada Ibu Hamil Dilakukan pemantauan pelaksanaan skrining Hepatitis B (HBsAg) pada ibu hamil secara rutin di fasilitas pelayanan kesehatan, serta memastikan pemberian terapi antivirus sesuai kriteria klinis guna mencegah transmisi dari ibu ke bayi (*mother to child transmission*).
2. Peningkatan cakupan skrining pada populasi berisiko dioptimalkan melalui pemanfaatan Cek Kesehatan Gratis (CKG) sebagai pintu masuk layanan preventif dengan memperkuat integrasi CKG dan program skrining penyakit. Upaya pemecahan masalah dilakukan melalui penapisan awal faktor risiko pada peserta CKG, penetapan alur tindak lanjut dan rujukan yang jelas bagi individu berisiko, serta penguatan kapasitas tenaga kesehatan dalam identifikasi dan pencatatan hasil skrining. Hasil CKG dimanfaatkan sebagai dasar skrining lanjutan dan pemantauan capaian melalui sistem pencatatan dan pelaporan, sehingga deteksi dini dan intervensi pada populasi berisiko dapat dilakukan secara lebih efektif dan terukur.
3. Pemantauan Pencegahan Penularan Hepatitis B pada Bayi Dilakukan pemantauan berjenjang terhadap pemberian HBIg dan imunisasi Hepatitis B dosis lahir (HB0), serta kelengkapan imunisasi lanjutan (HB3). Dilakukan juga Webinar pada bulan Nov awal dokter Ahli sebagai narsum menegaskan pemberian HBIg dapat dilakukan di FKTP sesuai algoritme di pedomanSelain itu, dilakukan pemantauan tindak lanjut bayi usia 9–12 bulan yang lahir dari ibu dengan HBsAg reaktif untuk memastikan efektivitas pencegahan.

4. Penguatan Sistem Pencatatan, Pelaporan, dan Validasi Data dengan Mendorong pelaporan online menggunakan SIHEPI dan melaksanakan validasi data program P2 Hepatitis Nasional secara rutin. Dilakukan dengan penguatan pencatatan dan pelaporan kegiatan pencegahan hepatitis melalui sistem informasi kesehatan yang berlaku, disertai validasi data secara berjenjang mulai dari fasilitas pelayanan kesehatan, kabupaten/kota, provinsi hingga tingkat pusat guna menjamin kualitas dan keakuratan Penguatan data indikator.
5. Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia (SDM) Dilaksanakan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan melalui sosialisasi kebijakan, bimbingan teknis, dan pelatihan terkait pencegahan hepatitis, deteksi dini, tatalaksana kasus, serta pencatatan dan pelaporan program. Disamping itu, untuk meningkatkan pengetahuan dan kepedulian masyarakat terhadap hepatitis, dilakukan melalui sosialisasi GERMAS bersama mitra/ stakeholder dan meningkatkan promosi dengan penyebarluasan media KIE. Peningkatan SDM Kesehatan (tenaga kesehatan) juga dilakukan melalui pembinaan teknis dengan binwil secara daring.
6. Penguatan Manajemen Logistik. Dilakukan perencanaan kebutuhan, distribusi, serta pemantauan ketersediaan logistik program pencegahan hepatitis (alat tes, vaksin, HBIg, dan antivirus) secara berjenjang untuk menjamin kesinambungan layanan di fasilitas kesehatan.
7. Perluasan Jejaring Layanan Pencegahan Hepatitis. Dilakukan perluasan cakupan layanan dengan melibatkan fasilitas pelayanan kesehatan swasta dalam pelaksanaan deteksi dini, imunisasi, dan pelaporan, sehingga meningkatkan akses dan cakupan layanan pencegahan hepatitis di kabupaten/kota. Dilakukan juga evaluasi pada fasyankes yang sudah maupun yang belum melaksanakan skrining atau pencegahan pada ibu hamil.
8. Penguatan Koordinasi Lintas Program dan Lintas Sektor. Dilaksanakan koordinasi lintas program di bidang kesehatan (KIA, imunisasi, surveilans, farmasi) serta lintas sektor terkait untuk memastikan integrasi program dan optimalisasi sumber daya dalam upaya pencegahan hepatitis.
9. Promosi kesehatan dengan melibatkan tokoh masyarakat dan tokoh agama serta kader.

14. Kab/Kota dengan eliminasi malaria sebesar 425 Kab/Kota

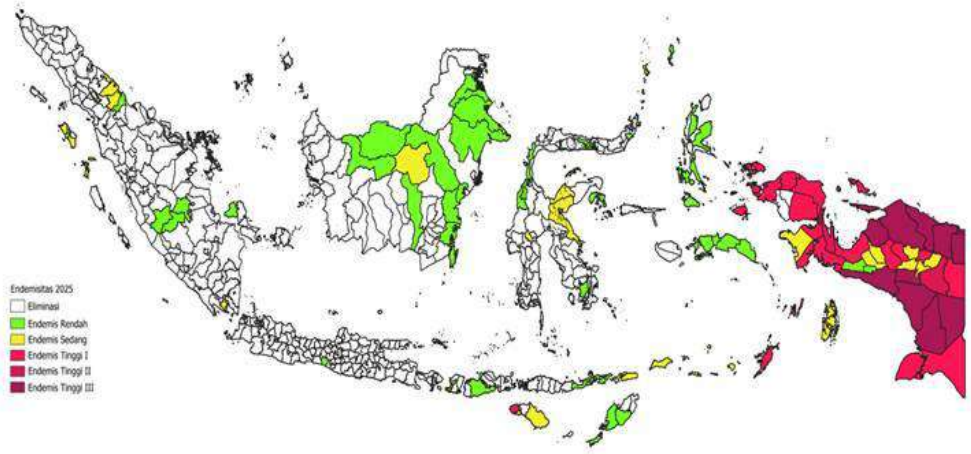
Malaria adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh parasit Plasmodium sp yang hidup dan berkembang biak dalam sel darah merah (eritrosit) manusia. Eliminasi Malaria adalah upaya pemutusan rantai penularan Malaria setempat pada manusia di wilayah tertentu secara berkesinambungan guna menekan angka penyakit serendah mungkin agar tidak menjadi masalah kesehatan. Sertifikasi Eliminasi Malaria adalah penetapan

Eliminasi Malaria pada suatu wilayah setelah melalui proses penilaian dan memenuhi persyaratan eliminasi yang telah ditetapkan.

Definisi operasional Kabupaten/Kota dengan eliminasi malaria adalah Kabupaten/kota yang mendapatkan sertifikat eliminasi malaria dan memenuhi tiga kriteria utama yaitu API kurang dari 1 Per 1000 penduduk, Positivity Rate kurang dari 5% dan tidak ada penularan setempat malaria selama tiga tahun berturut-turut serta memenuhi beberapa prasyarat yang lainnya. Kriteria lainnya adalah Kab/Kota tersebut mempunyai sistem manajemen dan surveilans malaria yang kuat. Meskipun sudah tidak ada kasus malaria impor dan vektor malaria di wilayah tersebut, tetap dibutuhkan kewaspadaan untuk mempertahankan status bebas malaria. Status eliminasi malaria ditetapkan oleh Menteri Kesehatan RI berupa pemberian sertifikat eliminasi malaria kepada kabupaten/kota yang telah memenuhi syarat. Cara perhitungan eliminasi malaria yakni Jumlah kumulatif Kab/Kota yang lulus penilaian eliminasi malaria dan mendapatkan sertifikat eliminasi malaria.

Berdasarkan peta endemisitas dibawah ini, diketahui bahwa mayoritas wilayah endemis tinggi malaria berada di wilayah timur Indonesia. Sedangkan untuk wilayah di Pulau Jawa hampir semua wilayah telah dinyatakan eliminasi malaria.

Gambar 3.1. Gambar Peta Endemisitas Indonesia Tahun 2025



Sumber: Data Tim Kerja Malaria, 2025

Endemisitas malaria di Indonesia terdiri dari endemisitas rendah, endemisitas sedang dan endemisitas tinggi. Berikut tabel rincian capaian penduduk per wilayah endemisitas di Indonesia.

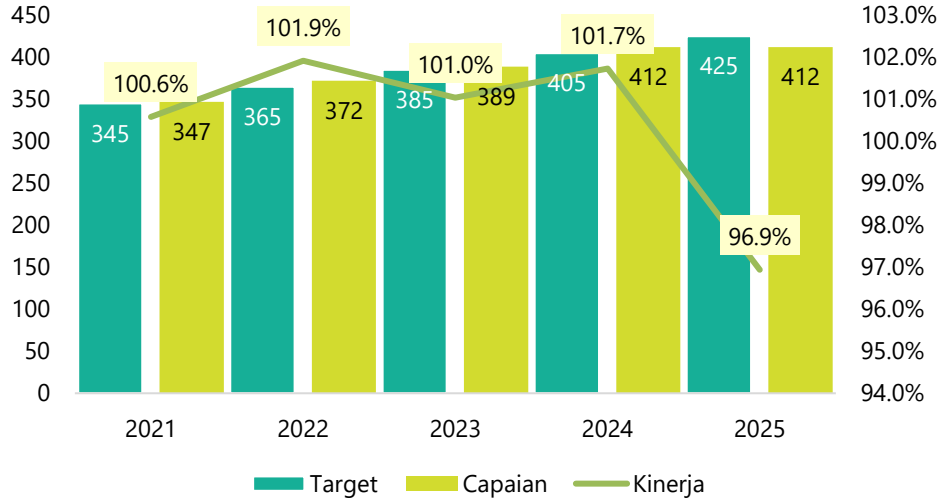
Tabel 3.6. Capaian Penduduk Berdasarkan Endemisitas Tahun 2025

Endemisitas	Penduduk 2025		Kab/Kota	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Eliminasi (Bebas Malaria)	260,907,280	92%	412	80%
Endemis Rendah (API <1‰)	12,811,372	4%	44	9%
Endemis Sedang (API 1 - 5 ‰)	6,015,340	2%	25	5%
Endemis Tinggi (API > 5 ‰)	4,704,790	2%	33	6%
Total	284,438,782	100%	514	100%

Sumber data: Laporan Tim Kerja Malaria, 2025

Tabel di atas menunjukkan bahwa 92% penduduk Indonesia telah hidup di daerah bebas malaria dan sekitar 8% penduduk Indonesia masih tinggal di daerah endemis malaria. Target dan capaian kabupaten/Kota mencapai eliminasi malaria tahun 2021-2025 dapat digambarkan pada grafik di bawah ini:

Grafik 3.33. Capaian Jumlah Kabupaten/Kota mencapai Eliminasi Malaria Tahun 2021 – 2025



Sumber data: Laporan Rutin Tim Kerja Malaria, tahun 2025

Grafik diatas menunjukkan bahwa terjadi peningkatan capaian realisasi jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi dalam kurun waktu tahun 2021 sampai dengan tahun 2025. Secara nasional untuk target kumulatif tahun 2025 sebanyak 425 kabupaten/kota dengan capaian tahun 2025 sebanyak 412 kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria dengan capaian kinerja 97%. Penambahan jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria selama tahun 2025, terdapat penambahan 11 Kabupaten/Kota berasal dari 10 Provinsi, yaitu Provinsi Aceh (1 kabupaten), Kalimantan Selatan (1 kabupaten), Kalimantan Utara (1 Kabupaten), Nusa

Tenggara Barat (1 Kabupaten), Maluku (1 Kabupaten) dan Papua Barat Daya (1 Kabupaten), Sumatera Utara (1 Kabupaten), Sumatera Barat (1) Kepulauan Riau (1), Nusa Tenggara Timur (2).

Target tahun 2025 jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria sebesar 425 Kabupaten/Kota dengan target 412 Kabupaten/Kota di mana sebelumnya sudah diproyeksikan akan sulit tercapai karena berdasarkan target dan capaian tahun sebelumnya yang juga tidak tercapai. Hal tersebut dikarenakan capaian Kabupaten/Kota eliminasi Malaria saat ini sedang memasuki tahap *hard rock* sehingga diperlukan adanya dukungan serta komitmen bagi daerah yang sudah bebas malaria untuk tetap mempertahankan status bebas malaria, daerah endemis tinggi untuk akselerasi penurunan kasus dan percepatan eliminasi malaria di daerah endemis rendah agar tidak ada kasus penularan setempat.

Adapun target dan capaian jumlah kabupaten/kota mencapai eliminasi malaria per Provinsi sebagai berikut:

Tabel 3.7. Jumlah Kab/Kota dengan Eliminasi Malaria Tahun 2025

No	Provinsi	Jumlah Kab/ Kota	Jumlah Kab/Kota Eliminasi	Persentase Kab/Kota Eliminasi	Jumlah Kab/Kota yang Belum Eliminasi
1	DKI Jakarta	6	6	100%	0
2	Jawa Barat	27	27	100%	0
3	DI Yogyakarta	5	5	100%	0
4	Jawa Timur	38	38	100%	0
5	Banten	8	8	100%	0
6	Bali	9	9	100%	0
7	Riau	12	12	100%	0
8	Bengkulu	10	10	100%	0
9	Jawa Tengah	35	34	97%	1
10	Sulawesi Selatan	24	23	96%	1
11	Aceh	23	23	100%	0
12	Sumatera Barat	19	19	100%	0
13	Sumatera Selatan	17	17	100%	0
14	Sulawesi Tenggara	17	15	88%	2
15	Lampung	15	14	93%	1
16	Kepulauan Bangka Belitung	7	6	86%	1
17	Kalimantan Tengah	14	12	86%	2
18	Gorontalo	6	5	83%	1
19	Sulawesi Barat	6	5	83%	1
20	Kalimantan Selatan	13	12	92%	1
21	Sumatera Utara	33	26	79%	7
22	Kepulauan Riau	7	7	100%	0
23	Sulawesi Utara	15	10	67%	5
24	Kalimantan Barat	14	12	85%	2
25	Jambi	11	8	73%	3

No	Provinsi	Jumlah Kab/ Kota	Jumlah Kab/Kota Eliminasi	Persentase Kab/Kota Eliminasi	Jumlah Kab/Kota yang Belum Eliminasi
26	Nusa Tenggara Barat	10	8	80%	2
27	Kalimantan Utara	5	4	80%	1
28	Maluku Utara	10	6	60%	4
29	Kalimantan Timur	10	5	50%	5
30	Sulawesi Tengah	13	8	62%	5
31	Nusa Tenggara Timur	22	11	50%	11
32	Maluku	11	4	57%	7
33	Papua	9	0	0%	9
34	Papua Tengah	8	0	0%	8
35	Papua Selatan	4	0	0%	4
36	Papua Pegunungan	8	0	0%	8
37	Papua Barat	7	1	14%	6
38	Papua Barat Daya	6	2	33%	4
	INDONESIA	**514**	**412**	**80%**	**102**

Sumber data: Laporan Rutin Tim Kerja Malaria, tahun 2025

Indikator eliminasi malaria tidak mencapai target pada tahun 2025, tercapai 412 dari 425 Kab/Kota target eliminasi, beberapa faktor penghambat pencapaian antara lain:

1) Sebanyak 70% dari 50 Kabupaten/kota stagnan mencapai eliminasi malaria adalah masih ditemukannya kantong-kantong penularan terutama pada populasi khusus seperti perambah hutan, penambang, dan masyarakat adat terpencil menjadi salah satu akar permasalahan
2) Munculnya kembali kasus indigenous di 12 Kabupaten/Kota yang sudah eliminasi malaria seperti Aceh Singkil, Serdang Bedagai, Rokan Hilir, Indragiri Hilir, Kota Batam, Tanjung Pinang, Minahasa, Pohuwato, Boalemo, Kota Poso, Parigi Moutong dan Kota Batam
3) Terbatasnya komitmen pemerintah daerah baik kebijakan maupun pembiayaan di daerah yang sudah eliminasi bahkan tidak ada sehingga kegiatan surveilans/program malaria tidak berjalan
4) Daerah yang sangat reseptif dan intervensi pengendalian vektor yang kurang berjalan sesuai fokus penularan.

Untuk mencapai target Kab/Kota mencapai Eliminasi Malaria dilakukan beberapa kegiatan antara lain:

a. 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 tahun 2025, antara lain:

1) On The Job Training (OJT) Mikroskopis Malaria
2) Pelatihan Penyegaran Mikroskopis Malaria bagi Tenaga Ahli Teknologi Laboratorium Medik (ATLM)
3) Pelatihan penyegaran mikroskopis bagi ATLM di Kabupaten/Kota di Provinsi Papua.

b. 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 tahun 2025 yaitu:

1) Monitoring dan Evaluasi Kegiatan Tatalaksana Malaria, PPM (Public Private Mix) dan Jejaring Layanan Malaria di Rumah Sakit Tingkat Provinsi Jawa Barat

2) Supervisi dalam Rangka Pertemuan Penguatan Pengobatan Tatalaksana Malaria.

c. Surveilans Malaria

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

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

1. Validasi data malaria tanggal 3-5 Februari 2025 untuk validasi data final tahun 2024 dengan melibatkan seluruh tim kerja malaria 38 Provinsi dan seluruh Kabupaten/Kota yang dilakukan secara virtual sebelum close data final yang disepakati tanggal 1 Maret 2025 Dinas Kesehatan Provinsi secara berjenjang dilakukan validasi sampai ke tingkat fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya.
2. Supervisi validasi data di Kabupaten Mimika, Kalimantan Timur, Jayapura dan Keerom baik secara daring dan tatap muka dilakukan untuk memastikan dan mengoptimalkan pencatatan pelaporan malaria untuk meminimalisir terjadinya under reporting data malaria terutama Kabupaten yang memiliki kader malaria.
3. Workshop transisi SISMAL V.2 tanggal 20-23 Maret di Jakarta pembahasan terkait data malaria terintegrasi dan terkait pencatatan pelaporan kader malaria yang belum ada pada SISMAL saat ini.
4. Koordinasi untuk kewaspadaan koordinasi bencana non alam KLB Malaria tanggal 12-14 Maret di Bogor terkait penyusunan rencana kontingensi. Dimana saat ini telah terjadi peningkatan kasus maupun KLB malaria di daerah yang sudah eliminasi sehingga diharapkan adanya pedoman rencana kontinjensi

terkait KLB malaria sebagai petunjuk teknis dan sebagai pedoman lintas program dan lintas sektoral dalam penanganan KLB Malaria.

5. Pelaksanaan intervensi pada kelompok khusus pekerja hutan *Mobile Migrant Population* (MMP) di 3 Provinsi (Kalimantan Timur, Maluku Utara, dan Gorontalo sejak bulan Agustus - Desember 2025. Intervensi paket penanggulangan malaria di hutan terbukti efektif menurunkan angka kasus di Asia Tenggara. Paket ini mengintegrasikan pemberian obat pencegahan melalui *Targeted Drug Administration* (TDA) dan I*ntermittent Preventive Treatment for Forest-goers* (IPTf), serta deteksi dini melalui *Active Fever Screening* (AFS) setiap bulan. Langkah preventif ini disempurnakan dengan pembagian kelambu berinsektisida dan *lotion* anti nyamuk kepada kelompok sasaran.

6. Assessment Penilaian Eliminasi Malaria Tingkat Provinsi dan Kab/Kota selama tahun 2025 merupakan kegiatan verifikasi dan penilaian menyeluruh, baik melalui telaah dokumen maupun uji petik di lapangan untuk membuktikan bahwa suatu wilayah telah memenuhi indikator eliminasi malaria dan memiliki sistem surveilans yang baik untuk mencegah terjadinya penularan kembali.

7. Supervisi dalam Rangka Pelatihan Teknik Analisis Spasial Untuk Penyakit Infeksi Menggunakan R (24 - 26 Februari 2025)Pendampingan Penanggulangan Bencana Non Alam KLB Malaria Gorontalo (2 - 8 Maret 2025)

8. Supervisi dalam Rangka Monev dan Validasi Data Malaria *Plasmodium Knowlesi* dan Penjaminan Mutu Pemeriksaan Laboratorium *Plasmodium Knowlesi* (14 - 17 Mei 2025)

9. Pendampingan Advokasi dalam Penanganan KLB Malaria (31 Mei - 5 Juni 2025)

10. Supervisi dalam Rangka Monev dan Validasi Data Malaria *Plasmodium Knowlesi* dan Penjaminan Mutu Pemeriksaan Laboratorium *Plasmodium Knowlesi* (14 - 17 Mei 2025)
11. Pendampingan Advokasi dalam Penanganan KLB Malaria di Aceh Singkil (31 Mei - 5 Juni 2025)

d. Pengendalian Vektor Malaria

Sampai saat ini nyamuk Anopheles telah dikonfirmasi menjadi vektor malaria di Indonesia sebanyak 25 jenis (spesies). 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. Kegiatan yang telah dilakukan dalam mendukung kegiatan pengendalian vektor malaria yakni kegiatan Surveilans Pengendalian Faktor Resiko Malaria dan Pemetaan Daerah Reseptif Malaria.

e. Promosi, Advokasi dan kemitraan dalam upaya pengendalian malaria

Sosialisasi pentingnya upaya pengendalian malaria merupakan hal yang penting dengan sasaran pengambil kebijakan, pelaksana teknis dan masyarakat luas. Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) kepada masyarakat luas dilakukan dengan membuat Iklan Layanan Masyarakat (ILM) mengenai Malaria. Beberapa kegiatan selama Tahun 2025 dalam mendukung promosi, advokasi dan kemitraan dalam upaya pengendalian malaria antara lain:

1. Rapat Core Team Koordinasi Persiapan Malaria Summit APLMA
2. Bimbingan Virtual Eliminasi Malaria pada Kabupaten/Kota dalam rangka percepatan Eliminasi Malaria (Februari-Juni 2025)
3. Workshop Keberhasilan Kabupaten/Kota dalam Menanggulangi Kasus Malaria pada Populasi Khusus/ Mobile Migrant Population (MMP) (10 Maret 2025)
4. Sidang Pasca Penilaian Eliminasi Malaria periode 1 (22-23 Mei 2025) dan Sidang Pasca Penilaian Eliminasi Malaria periode 2 (1-3 Desember 2025)
5. Indonesia and Timor-Leste Joint Capacity Building Workshop on Malaria and Lymphatic Filariasis Elimination Program in Timor Island (11 - 15 Februari 2025)
6. Supervisi dalam Rangka Mikroplanning Percepatan Eliminasi Malaria di Tanah Papua Regional Papua
7. Malaria Summit APLMA (Asia Pacific Leaders Summit on Malaria Elimination) tangga 16-17 Juni di Bali
8. Assessment Penilaian Eliminasi Malaria Tingkat Provinsi dan Kab/Kota selama tahun 2025 merupakan kegiatan verifikasi dan penilaian menyeluruh, baik melalui telaah dokumen maupun uji petik di lapangan untuk membuktikan bahwa suatu wilayah telah memenuhi indikator eliminasi malaria dan memiliki sistem surveilans yang baik untuk mencegah terjadinya penularan kembali.

9. Hari Malaria Sedunia (HMS 2025) yang diselenggarkan di Bali bersamaan dengan kegiatan Summit APLMA di Bali dengan kegiatan penyerahan sertifikat eliminasi malaria kepada Bupati/Walikota penerima sertifkat eliminasi malaria.
10. 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.

Dalam penanggulangan malaria ditemukan beberapa kendala dan permasalahan antara lain:

1) Efisiensi Anggaran APBN Pusat termasuk kegiatan prioritas untuk mendukung percepatan eliminasi malaria
2) Dana DAK Non Fisik untuk alokasi RDT malaria tidak dialokasikan untuk daerah yang sudah eliminasi malaria
3) Penangguhan kegiatan hibah Global Fund sehingga sebagian kegiatan yang yang sudah direncanakan tidak dapat terimplementasikan di tahun 2025
4) Keterlambatan distribusi logistik sehingga terjadi kekosongan OAM dan peningkatan kasus malaria di beberapa wilayah
5) Mobilisasi penduduk yang tinggi serta lintas batas dengan daerah endemis
6) Kegiatan penemuan aktif (sruveilans migrasi malaria) yang kurang berjalan di daerah endemis rendah maupun eliminasi karena keterbatasan logistik dan kemampuan deteksi dini.

Sebagai upaya strategi pemecahan masalah dilakukan beberapa tindak lanjut antara lain:

1. Membuat Surat edaran nomor NOMOR :HK.02.02/C/375/2025 tentang Pemberitahuan dalam Rangka Pembinaan dan Pengawasan Terhadap Kabupaten/Kota Eliminasi Malaria tanggal 24 Februari 2025.
2. Penetapan Target pemeriksaan dan surat nomor PV.01.02/C/437/2025 tanggal 5 Februari 2025 yang meningkat dari 4,3 juta menjadi 8,3 juta di tahun 2025 terutama di kabupaten/kota dengan endemis tinggi malaria untuk meningkatkan kegiatan penemuan baik secara aktif melalui kunjungan rumah maupun melalui pasif dengan pemeriksaan kepada seluruh orang yang sakit di daerah endemis tinggi malaria.
3. Koordinasi untuk kewaspadaan koordinasi bencana non alam KLB Malaria terkait penyusunan rencana kontingensi. Dimana saat ini telah terjadi peningkatan kasus

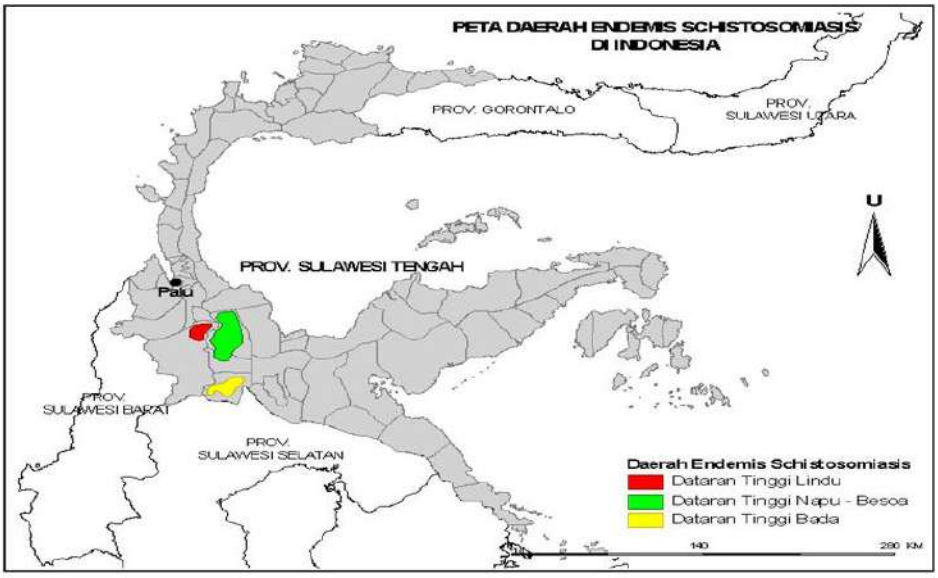
maupun KLB malaria di daerah yang sudah eliminasi sehingga diharapkan adanya pedoman rencana kontinjensi terkait KLB malaria sebagai petunjuk teknis dan sebagai pedoman lintas program dan lintas sektoral dalam penanganan KLB Malaria

4. Intregrasi penemuan malaria melalui kegiatan Cek Kesehatan Gratis (CKG) dan Early Diagnosis and Treatment (EDAT)
5. Pengusulan pelatihan mikroskopis malaria termasuk daerah yang sudah eliminasi malaria
6. Asesment penilaian eliminasi malaria melalui anggaran hibah Global Fund
7. Komitmen Gubernur Tanah Papua dalam menurunkan kasus malaria 75% setiap tahunnya.

15. Desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi sebesar 18 Desa

Schistosomiasis pada manusia adalah penyakit parasit kronis yang disebabkan oleh infeksi cacing trematoda dari genus Schistosoma. Schistosomiasis di Indonesia disebabkan oleh *S. japonicum* yang ditularkan oleh keong penular *Oncomelania hupensis lindoensis* yang hanya ditemukan di Dataran Tinggi Napu dan Bada Kabupaten Poso dan Dataran Tinggi Lindu Kabupaten Sigi Provinsi Sulawesi Tengah. Cacing schistosoma dapat menginfeksi hewan mamalia yang akan menjadi reservoir bagi infeksi pada manusia sehingga penanganannya membutuhkan peran lintas sektor dan masyarakat terutama dalam pengelolaan hewan ternak dan lingkungan habitat keong perantara. Sebanyak 28 desa telah dilaporkan sebagai daerah endemis schistosomiasis di Dataran Tinggi Lindu, Napu, dan Bada. Peta endemisitas Schistosomiasis digambarkan sebagai berikut:

Gambar 3.2. Peta Daerah Endemis Schistosomiasis



Sumber data: Laporan Direktorat Penyakit Menular, Januari 2025

Permenkes Nomor 19 tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Eradikasi Demam Keong tahun 2018-2025 yang dimaksud Eliminasi Schistosomiasis adalah angka kejadian penyakit pada manusia turun menjadi 0%. Pemerintah berkomitmen untuk menargetkan Eliminasi Schistosomiasis di Indonesia pada tahun 2030. Upaya yang telah dilakukan antara lain kegiatan POPM Schistosomiasis menggunakan obat praziquantel, pengendalian fokus keong dan survei prevalensi pada manusia yang merupakan kegiatan pokok dalam penanggulangan Schistosomiasis. Kegiatan survei prevalensi pada manusia meliputi pengumpulan sampel tinja penduduk yang berumur 5 tahun keatas, pembuatan sediaan/ preparat sesuai metode Kato katz, dan pemeriksaan secara mikroskopis di laboratorium. Dan sesuai pedoman WHO tentang *Global NTD Roadmap* 2021– 2030 yang berfokus pada pengurangan dampak kesehatan masyarakat hingga tahun 2030 serta penghentian penularan schistosomiasis di wilayah endemis.

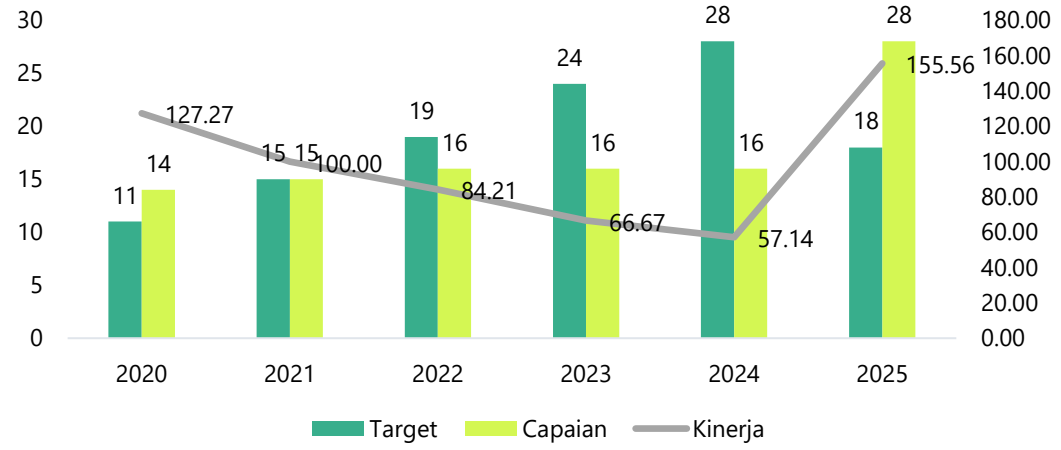
Definisi operasional Indikator Desa Endemis Schistosomiasis yang Mencapai Eliminasi sebagai masalah kesehatan masyarakat adalah kumulatif desa endemis schistosomiasis yang memiliki proporsi infeksi schistosomiasis dengan intensitas berat pada manusia < 1% (infeksi intensitas berat berdasarkan jumlah telur parasit yang terdeteksi melalui pemeriksaan parasitologis standar) hasil survei prevalensi schisto pada manusia pada tahun tersebut. Cara perhitungan yakni akumulasi jumlah desa endemis berdasarkan hasil survei prevalensi pada manusia, menunjukkan proporsi infeksi intensitas berat < 1% pada tahun tersebut. Sedangkan rumus menghitung angka prevalensi adalah sebagai berikut:

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

Pemeriksaan Kato-Katz mengukur jumlah telur *Schistosoma* per gram tinja (eggs per gram/epg). Berdasarkan jumlah telur tersebut, WHO mengelompokkan intensitas infeksi sebagai berikut a) Infeksi Intensitas Ringan (1 – 99 epg), b) Infeksi Intensitas Sedang (100 – 399 epg) dan c) Infeksi Intensitas Berat (>400 epg)

Capaian indikator Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi pada tahun 2025 adalah sebanyak kumulatif 28 desa dari 28 desa endemis schistosomiasis. Perbandingan target dan capaian tahun 2020-2025 digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.34. Target dan Capaian Desa Endemis Schistosomiasis Eliminasi Tahun 2020 - 2025

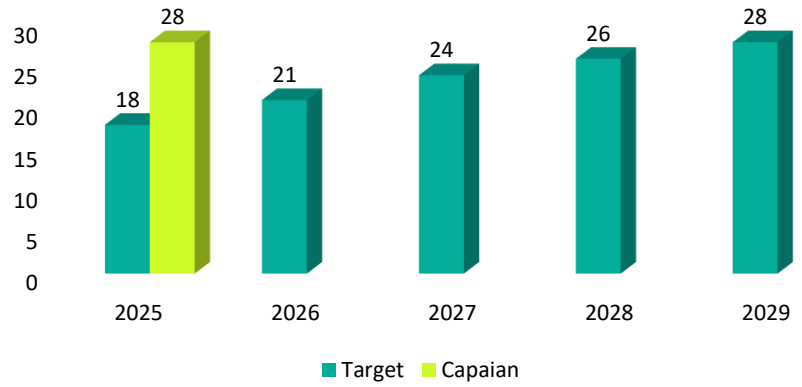


Sumber data: Laporan Direktorat Penyakit Menular, Januari 2025

Grafik diatas menunjukkan bahwa pada tahun 2020-2021 jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi berhasil memenuhi target yang telah ditetapkan, tetapi pada tahun 2022- 2024 tidak tercapai target, stagnan di capaian 16 desa, hal ini sesuai dengan definisi operasional yang menyatakan bahwa desa endemis schistosomiasis dinyatakan eliminasi setelah hasil survei tinjanya tidak ada yang positif schistosomiasis atau 0%. Pada tahun 2025 ada perubahan definisi operasional yang merujuk pada *Global NTD Roadmap* 2021 - 2030 yaitu eliminasi schistosomiasis sebagai masalah kesehatan dengan melihat hasil survei prevalensi nya menunjukan proporsi infeksi intensitas berat < 1%. Dari hasil survei prevalensi yang dilakukan di tahun 2025 hanya ada dua desa yang hasilnya terdapat infeksi intensitas berat, dan hasil keduanya kurang dari 1%. Sehingga dari 28 desa endemis dinyatakan proporsi infeksi intensitas berat < 1% secara kumulatif tercapai 28 desa. Diharapkan dari hasil tersebut dapat mengurangi dampak akibat schistosomiasis terhadap kesehatan masyarakat serta penularan schistosomiasis dapat dihentikan. Upaya eliminasi schistosomiasis meliputi strategi untuk penanganan manusia, hewan dan lingkungan secara terpadu dan menyeluruh didukung ketersediaan layanan air minum dan sanitasi, pemberdayaan masyarakat, dan sistem pemantauan dan evaluasi kemajuan hasil yang penting untuk mencapai target yang telah ditetapkan. Namun demikian masih banyak upaya yang yang harus dibenahi bersama untuk menjaga eliminasi schistosomiasis sehingga tercapai eliminasi sebenarnya, yaitu tidak ditemukan kasus atau 0% selama beberapa tahun kedepan.

Bila dibandingkan target indikator tahun 2025-2029, komitmen Kementerian Kesehatan mengelinasi Schistosomiasis semua desa endemis secara bertahap sampai tahun 2029, seperti dalam grafik dibawah ini:

Grafik 3.35. Target Eliminasi Schistosomiasis Tahun 2025-2029



Sumber data: Laporan Direktorat Penyakit Menular, Januari 2025

Grafik diatas menunjukkan capaian indikator desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi tahun 2025 adalah 28 desa endemis schistosomiasis dan bila dibandingkan maka capaian ini telah mencapai target tahun 2029. Hasil ini didapatkan dari survei prevalensi schistosomiasis pada 14.1421 penduduk desa endemis. hanya ditemukan 87 orang positif schitosomiasis (0.60%) dengan 2 (0.01%) diantaranya termasuk intensitas infeksi berat <1%.

Berdasarkan kegiatan surveilans yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah, Balai Laboratorium Kesehatan Masyarakat Donggala, dilaporkan bahwa prevalensi schistosomiasis telah diturunkan dan dipertahankan hingga kurang dari 1% pada manusia sejak tahun 2017. Survei prevalensi *schistosomiasis* pada tahun 2025 sudah tidak ditemukan kasus *schistosomiasis* (0%) pada manusia di Dataran Tinggi Bada, tetapi masih ditemukan 78 kasus *schistosomiasis* (prevalensi = 0,63%%) di Dataran Tinggi Napu dan 9 kasus *schistosomiasis* (prevalensi = 0,3%) di Lindu. Prevalensi *schistosomiasis* pada hewan mamalia khususnya Babi sebesar 3,6% dan pada Tikus sebesar 8,7% (Dinas Peternakan dan Perkebunan Provinsi Sulawesi Tengah, 2020). Selain itu, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah dan Balai Laboratorium Kesehatan Masyarakat Donggala melaporkan 222 titik yang telah teridentifikasi sebagai habitat alami *Oncomelania hupensis lindoensis* yang tersebar di tiga wilayah, 189 fokus di wilayah Napu, 29 fokus di wilayah Lindu dan 4 fokus di wilayah Bada. Keadaan ini menunjukkan bahwa meskipun prevalensi schistosomiasis pada manusia sudah dapat ditekan ke tingkat minimal, masih terdapat risiko infeksi yang cukup tinggi karena masih ditemukan kasus schistosomiasis dengan infeksi intensitas berat, masih banyak fokus keong yang belum dikelola dengan baik, partisipasi penduduk desa endemis masih rendah dalam memeriksakan tinjanya dan Prevalensi schistosomiasis pada hewan masih cukup tinggi.

Beberapa upaya dan kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai eliminasi Schistosomiasis yakni:

1. Advokasi dan Koordinasi program eliminasi schistosomiasis dan sinkronisasi kegiatan oleh Direktur Penyakit Menular kepada Wakil Gubernur Sulawesi Tengah dan jajaran Pemerintah Daerah Provinsi Sulawesi Tengah (Dinas Kesehatan dan OPD terkait) di Palu dan Kab Poso.
2. Pemberantasan fokus keong melalui kegiatan:
   a. Penyelesaian pembuatan saluran irigasi di 6 desa endemis Schistosomiasis yang dibiayai oleh *Rotary Club Kyoto* melalui *Rotary Club* Palu yaitu Desa Alitupu sepanjang 103.3 meter, Desa Maholo, panjang 903.5 meter, Desa Watutau, panjang 245 meter, Desa Dodolo, panjang 196 meter, Desa Kaduwaa,panjang 223.4-meter dan Desa Bumi Banyusari,panjang irigasi 217 meter.
   b. Penyerahan *Hand Tractor* dan Sepatu Boot dari Rotary Club Kyoto ke Bupati Poso yang akan digunakan untuk pemberantasan fokus keong *Oncomelania hupensis lindoensis* di dataran Napu.
3. Pengumpulan data kasus schistosomiasis dilakukan secara berjenjang berdasarkan hasil pemeriksaan spesimen yang kemudian dilaporkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Ke Dinas Kesehatan Provinsi hingga ke Kementerian Kesehatan. Tahun 2025 anggaran kegiatan survei prevalensi schistosomiasis berasal dari APBN Pusat untuk survei di 12 Desa, dan APBD Provinsi Sulawesi Tengah untuk survei di 10 desa. Pada usulan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan periode 2025-2029, indikator Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi masuk dalam indikator kinerja program. Namun, definisi operasional indikator ini mengalami perubahan dimana semula adalah Jumlah desa endemis schistosomiasis yang berhasil menurunkan prevalensi pada manusia menjadi 0% menjadi Jumlah kumulatif desa endemis schistosomiasis yang memiliki proporsi infeksi schistosomiasis dengan intensitas berat pada manusia < 1%.

Dalam upaya pencapaian target ditemuan beberapa kendala dan permasalahan yakni:

1. Dari 28 desa endemis *schistosomiasis* (23 desa di Kabupaten Poso dan 5 desa di Kabupaten Sigi) masih ditemukan kasus positif schistosomiasis sebanyak 87 kasus dan 2 diantaranya termasuk intensitas infeksi berat. (hasil survei prevalensi schistosomiasis tahun 2025).
2. Partisipasi masyarakat dalam mengumpulkan tinja masih rendah, beberapa desa masih banyak dibawah 85%.
3. Upaya pemberantasan fokus keong penular schistosomiasis tidak maksimal dilaksanakan karena dukungan dari pemerintah desa sangat kurang.
4. Tidak ada dukungan anggaran dari Pemerintah Kabupaten Poso dan Sigi untuk kegiatan program eliminasi schistosomiasis.

5. Komitmen dan dukungan dari pemerintah desa dalam pelaksanaan POPM schistosomiasis kurang.

Adapun strategi Pemecahan Masalah yang dilakukan yakni:

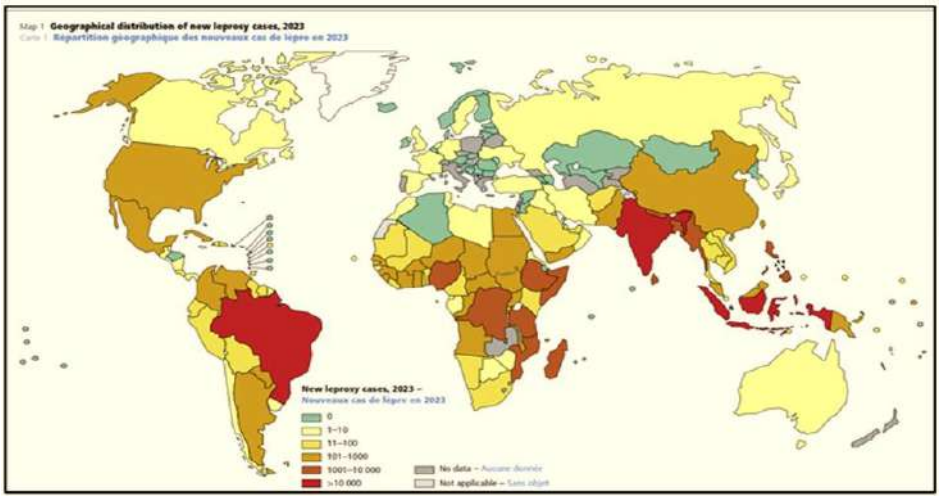
1. Melaksanakan POPM (Pemberian Obat Pencegahan Massal) terfokus dan intensif di seluruh 28 desa endemis, dengan prioritas pada desa yang masih ditemukan kasus positif.
2. Pengobatan selektif pada semua kasus positif beserta kontak serumah.
3. Penguatan KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi) berbasis komunitas, dengan melibatkan tokoh adat, tokoh agama, dan kader desa dengan menggunakan budaya dan bahasa lokal untuk menjelaskan manfaat pemeriksaan tinja dalam eliminasi penyakit schistosomiasis.
4. Advokasi lintas sektor di tingkat desa, menjelaskan peran pengendalian keong dalam memutus penularan schistosomiasis, dengan melibatkan masyarakat dan kelompok tani dalam kegiatan pengelolaan lingkungan (pembersihan saluran air, sawah, rawa).
5. Advokasi kebijakan berbasis data menggunakan hasil survei prevalensi 2025 dan risiko gagal mencapai target eliminasi 2030. Pengintegrasian program schistosomiasis ke dalam RPJMD Kabupaten dan Renstra Dinas Kesehatan.

16. Kab/Kota dengan eliminasi kusta sebesar 11 Kab/kota

Kusta merupakan salah satu penyakit menular yang menimbulkan masalah yang sangat kompleks. Masalah yang dimaksud bukan hanya dari segi medis tetapi meluas hingga masalah sosial, ekonomi, dan budaya karena Kusta sampai saat ini masih merupakan stigma di masyarakat, keluarga, termasuk sebagian petugas kesehatan. Hal ini disebabkan masih kurangnya pengetahuan atau pengertian, kepercayaan yang keliru terhadap Kusta dan disabilitas yang ditimbulkannya.

Berdasarkan data *The Weekly Epidemiological Record* (WER) WHO tahun 2024, menyatakan bahwa Indonesia menduduki peringkat ke-3 dunia setelah India dan Brazil, dalam hal negara dengan jumlah kasus baru kusta yang ditemukan. Indonesia berkontribusi sebesar 8,2% terhadap jumlah kasus baru kusta di dunia. Data dari WHO jumlah kasus baru kusta global di tahun 2024 sebanyak 172.717 kasus.

Gambar 3.3. Peta Kasus Kusta Global



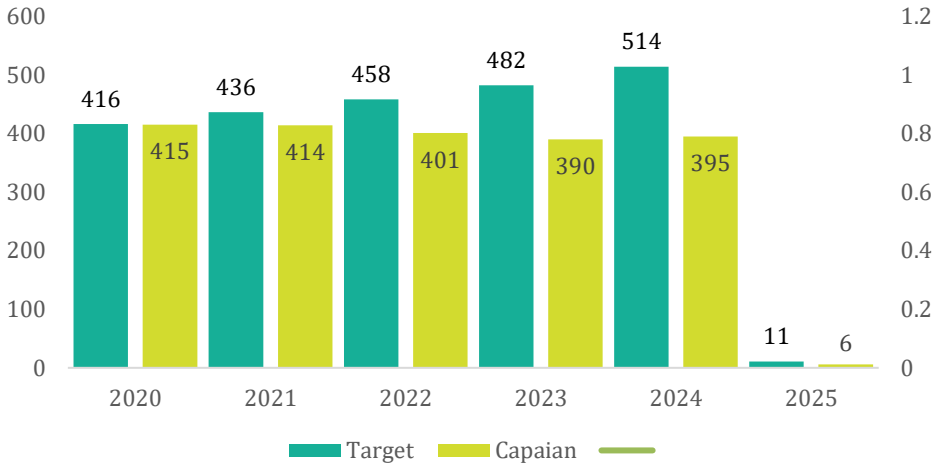
Sumber data: *Weekly epidemiological Report WHO, 2024*

Definisi Operasional indikator Kab/Kota dengan eliminasi kusta adalah Kabupaten/kota yang telah mencapai eliminasi kusta yaitu tidak ada kasus baru kusta anak selama 5 tahun dan tidak ada kasus kusta sama sekali pada dewasa selama 3 tahun. Cara Perhitungan indikator yakni Jumlah kumulatif kabupaten/kota yang telah mencapai eliminasi kusta yaitu tidak ada kasus kusta anak selama 5 tahun, tidak ada kasus kusta sama sekali pada dewasa selama 3 tahun.

Capaian indikator kab/kota mencapai eliminasi kusta pada tahun 2025 adalah sebanyak 6 kab/kota, bila dibandingkan dengan target 11 Kab/Kota maka indikator eliminasi kusta tidak tercapai pada tahun 2025 dengan persentase kinerja sebesar 54.5%. Namun jika dibandingkan tahun 2024 kab/kota yang telah eliminasi kusta sebanyaknya 395 kab/kota berdasarkan definisi operasional yang lama yaitu kabupten/kota yang dinyatakan eliminasi dengan prevalensi < 1 per 10.000 penduduk. Pada tahun 2025 terdapat perubahan definisi operasional merujuk pada panduan WHO 2023 yaitu Kabupaten/kota yang dinyatakan eliminasi kusta yaitu tidak ada kasus baru kusta anak selama 5 tahun dan tidak ada kasus kusta sama sekali pada dewasa selama 3 tahun.

Perbandingan capaian dengan eliminasi kusta tahun 2020-2025 dengan perbedaan Definisi operasional digambarkan sebagai berikut:

Grafik 3.36. Target dan Capaian Kab/Kota yang mencapai eliminasi kusta Tahun 2020-2025

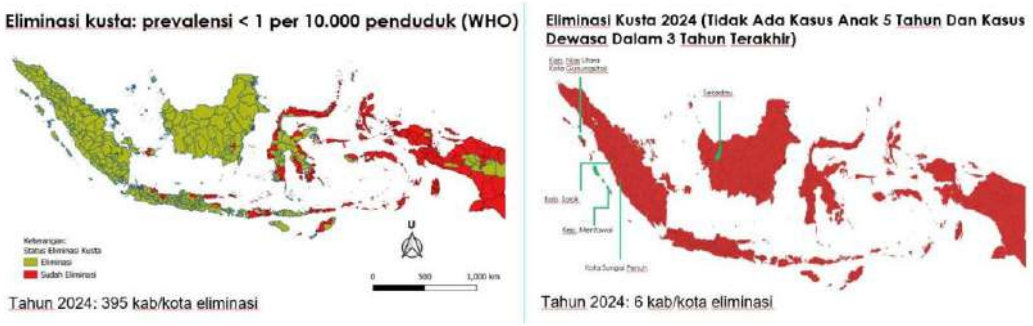


Sumber data: Laporan Tim Kerja NTDs, Januari 2026

Grafik diatas menunjukkan tren eliminasi kusta tidak pernah mencapai target selama tahun 2020-2025 dengan perbedaan DO sehingga untuk mencapai target tahun 2026-2029 diperlukan upaya percepatan dan strategi yang efektif untuk mencapai target.

Tahun 2025 telah dilakukan assesmen eliminasi kusta pada 5 kab/kota yang telah memenuhi kriteria tidak ada kasus anak selama 5 tahun dan kasus dewasa selama 3 tahun yaitu Kabupaten Pakpak Barat, Kota Sawahlunto, Kota Bukit tinggi, Landak, Kaur dan Bengkulu Utara, dan Kota Kediri. Hasil assesmen menyatakan ke - 7 kab/kota tersebut belum dinyatakan eliminasi karena pada saat assesmen masih ditemukan kasus kusta baru. Hasil dari assesmen, dokumen dan penelusuran lokasi serta berbagai upaya yang harus dilakukan dalam penanggulangan kusta belum didapatkan hasil yang dapat menggambarkan bahwa kabupaten/kota tersebut sudah bebas dari kasus kusta pada anak selama 5 tahun dan bebas kasus kusta dewasa selama 3 tahun.

Gambar 3.4. Peta Eliminasi Kusta di Indonesia tahun 2025



Sumber data: Laporan Direktorat Penyakit Menular, Januari 2025

Capaian eliminasi kusta pada tahun 2025 yang mencapai target eliminasi adalah 6 Kab/Kota yaitu Kab. Nias Utara, Kota Gunungsitoli, Kota Solok, Kepulauan Mentawai, Kota Sungai Penuh, Kab. Sekadau.

Indikator Kab/Kota yang mencapai eliminasi kusta tidak mencapai target pada tahun 2025 disebabkan beberapa faktor yakni:

1. Di beberapa daerah kantong sekalipun, program pencegahan dan pengendalian kusta belum menjadi prioritas masalah kesehatan masyarakat sehingga dukungan sumber daya dari pemerintah daerah dan *stakeholder* terkait kurang memadai.
2. Masih adanya stigma dan diskriminasi terhadap penderita kusta maupun keluarganya akibat kurangnya pengetahuan dan pemahaman terhadap penyakit kusta sehingga menghambat penemuan kasus sedini mungkin.
3. Pengelola program kusta baik di puskesmas maupun di kabupaten sebagian besar belum terlatih menyebabkan program pencegahan dan pengendalian kusta di daerah berjalan kurang maksimal sehingga kemampuan petugas kurang untuk mengetahui gejala kusta serta tidak adanya kegiatan penemuan kusta secara aktif.
4. Surveilans kusta berjalan kurang maksimal dimana pemeriksaan kontak erat belum dilakukan dan belum ditindaklanjuti pemberian obat pencegahan kemoprofilaksis bagi kontak yang eligible sehingga belum memenuhi standar minimal 20 kontak per 1 kasus indeks menyebabkan penularan masih terus berlangsung.
5. Kelengkapan dan ketepatan pelaporan data program P2 kusta terkendala karena sistem pelaporan lama masih dijalankan secara manual dan berjenjang, sehingga membutuhkan waktu untuk perekapan dan validasi data. Sistem online baru masih dalam tahap pemeliharan dan penyempurnaan sistem.

Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan capaian eliminasi kusta yakni:

1. Menyelenggarakan Temu Media *(press briefing)* dalam rangka Peringatan Hari NTD Sedunia yang dilaksanakan tanggal 30 Januari 2025. Kegiatan dilakukan secara daring bekerjasama dengan Biro Komunikasi dan dan Pelayanan Masyarakat dan Direktorat Promosi Kesehatan Pemberdayaan Masyarakat Kementerian Kesehatan. Sebagai narasumber adalah Tim Ahli dari PERDOSKI dan Departemen Parasitologi yang dihadiri tenaga kesehatan dan wartawan dari media cetak maupun elektronik. Tujuan terselenggaranya Hari NTD Sedunia adalah untuk meningkatkan komitmen pemerintah, pemerintah daerah dan seluruh pemangku kepentingan terkait serta peran aktif seluruh komponen masyarakat untuk bersatu dan bertindak mewujudkan eliminasi, hingga Indonesia bebas penyakit tropis terabaikan.
2. Melakukan bimbingan teknis dan supervisi terhadap kabupaten/kota/provinsi dengan memaksimalkan secara daring untuk capaian indikator-indikator utama program P2 kusta yang belum sesuai dengan target nasional.

3. Meningkatkan kegiatan advokasi dan sosialisasi program terhadap pemangku kepentingan terkait agar dapat meningkatkan komitmen dalam pencapaian target indikator eliminasi kusta.
4. Memasukan skrining kusta dalam kegiatan Pemeriksaan Kesehatan Gratis (PKG) dan PKG anak sekolah.
5. Memperluas cakupan kegiatan penemuan kasus kusta secara aktif dan berkelanjutan serta inisiasi dan keberlanjutan implementasi kemoprofilaksis terhadap kontak kusta.
6. Melakukan kegiatan *active case finding* (ACF) dan pemberian kemoprofilaksis kusta pada kontak erat di 5 kab/kota dengan kasus kusta terbanyak yaitu Kota Jayapura, Kabupaten Brebes, Kabupaten Bekasi, Kabupaten Tangerang, Kabupaten Sampang.
7. Kegiatan *High Level Meeting* (HLM) Menteri Kesehatan bersama Yohei Sasakawa (*Who Goodwill Ambassador For Leprosy Elimination*). Yang bertujuan meningkatkan komitmen baik pusat maupun daerah untuk mewujudkan Indonesia mencapai eliminasi kusta di tahun 2030 terutama 5 kabupaten/kota kasus kusta tertinggi yaitu Kabupaten Sampang, Kabupaten Bekasi, Kabupaten Tangerang, Kabupaten Brebes, dan Kota Jayapura.
8. Menyelenggarakan peningkatan kapasitas SDM bagi tenaga pemegang program kusta puskesmas di 22 kabupaten/kota endemis tinggi dengan menggunakan dana BOK Kabupaten.
9. Melakukan kegiatan validasi data kusta dalam rangka monitoring dan evaluasi sekaligus sinkronisasi data kab/kota/provinsi secara berkala.
10. Menyelenggarakan sosialisasi kemoprofilaksis kusta dengan tujuan perluasan cakupan kemoprofilaksis kusta dengan harapan peningkatan jumlah deteksi dini sehingga dapat dilakukan pencegahan penularan secara cepat.
11. Meningkatkan kegiatan promosi serta penyebaran media KIE untuk penurunan stigma dan diskriminasi.
12. Finalisasi Juknis dan Tools Eliminasi Kusta sesuai Kebijakan WHO terbaru serta melakukan sosialisasi terhadap kebijakan baru tersebut.
13. 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
14. Sosialisasi sitasia ke provinsi/kab/kota/fasyankes secara berjenjang, penyempurnaan sistem serta mengawal integrasi dengan Satu Data Kesehatan.

Dalam upaya pencapaian target eliminasi kusta ditemukan kendala dan permasalahan yakni:

1. Di beberapa daerah kantong sekalipun, program pencegahan dan pengendalian kusta belum menjadi prioritas masalah kesehatan masyarakat sehingga dukungan sumber daya dari pemerintah daerah dan *stakeholder* terkait kurang memadai.

2. Dukungan pendanaan baik dari pemerintah pusat maupun daerah untuk pencegahan dan penanggulangan kusta masih rendah atau bahkan tidak ada.
3. Kendala geografis yang tinggi karena sebagian besar wilayah endemis kusta di daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan.
4. Koordinasi dan integrasi lintas program dan lintas sektor belum optimal
5. Masih adanya stigma dan diskriminasi terhadap penderita kusta maupun keluarganya akibat kurangnya pengetahuan dan pemahaman terhadap penyakit kusta sehingga menghambat penemuan kasus sedini mungkin.
6. Tingginya mutasi petugas pengelola program kusta di provinsi/kab/kota hingga puskesmas sehingga penanggulangan kusta mengalami keterlambatan.
7. Sistem pelaporan kusta masih berbasis manual dan tidak realtime yang dikirimkan secara berjenjang dari puskesmas hingga kabupaten/kota, provinsi sampai ke pusat.
8. Kegiatan deteksi dini yang dilakukan di berbagai daerah belum optimal diantaranya cakupan pemeriksaan kontak kasus belum sesuai standar 20 kontak *per index case*.

Strategi Pemecahan Masalah yang dilakukan antara lain:

1. Melakukan advokasi dan koordinasi dengan pemerintah daerah untuk meningkatkan perhatian terhadap program kusta.
2. Meningkatkan dukungan pendanaan baik dari pemerintah pusat maupun daerah untuk pencegahan dan penanggulangan kusta salah satunya memaksimalkan pemanfaatan dana BOK khususnya dalam penemuan kasus baru dan kasus kontak erat
3. Mendorong peningkatan akses pelayanan kesehatan dengan terintegrasi lintas sektor khususnya wilayah endemis kusta di daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan.
4. Penguatan koordinasi kolaborasi lintas sektor dan lintas program diantaranya melakukan skrining kusta dengan program PKG, melibatkan kader dengan kegiatan ACF, dan kegiatan lainnya.
5. Meningkatkan promosi kesehatan serta penyebaran media KIE untuk penurunan stigma negatif terhadap penderita kusta maupun keluarganya.
6. Menyelenggarakan pelatihan program kusta secara rutin bagi tenaga kesehatan di Puskesmas dengan menggunakan anggaran BOK di 142 kabupaten/kota dan sumber dana lainnya.
7. Melakukan bimbingan dan optimalisasi penggunaan sistem Sistem Informasi Kusta dan Frambusia (SITASIA) secara real time di fasyankes.
8. Medorong pelaksanaan kemoprofilaksis guna memperluas capaian pemberian kemoprofilaksis kusta dengan melakukan pemeriksaan kasus kontak sesuai standar dan pemberian obat pencegahan kusta (kemoprofilaksis).

17. Jumlah Kab/Kota eliminasi rabies sebesar 430 Kab/Kota

Rabies merupakan penyakit zoonotik disebabkan oleh virus dari golongan Rhabdovirus yang menyerang hewan berdarah panas dan manusia. Penyakit ini menyerang pada semua umur dan jenis kelamin dengan *Case Fatality Rate* (*CFR*) 100%. Rabies ditularkan pada manusia oleh hewan penular rabies (HPR) seperti anjing, kucing, kelelawar, kera, musang dan serigala melalui air liur, gigitan/cakaran atau jilatan pada kulit terbuka oleh hewan yang terinfeksi rabies. Sebesar 98% kasus rabies pada manusia ditularkan melalui gigitan anjing. Badan Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan bahwa rabies sebagai salah satu penyakit yang terabaikan (*neglected disease*). Eliminasi rabies adalah upaya untuk membebaskan suatu wilayah atau populasi dari penyakit rabies. Ini melibatkan tindakan seperti vaksinasi massal, manajemen populasi hewan, dan tindakan lain yang dirancang untuk memutus rantai penularan rabies. Eliminasi rabies memerlukan pendekatan One Health, yaitu melibatkan berbagai sektor, termasuk kesehatan manusia, kesehatan hewan, dan lingkungan.

Tahun 2030, Indonesia berkomitmen untuk mencapai Eliminasi Rabies sesuai dengan target global. Indonesia 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*). Misi dari one health roadmap eliminasi rabies nasional 2030 dengan mengurangi secara bertahap dan akhirnya mengeliminasi rabies pada manusia di Indonesia melalui vaksinasi massal anjing yang berkelanjutan dan pemberian profilaksis pasca pajanan.

Situasi rabies di Indonesia menunjukkan peningkatan tren kasus Gigitan Hewan Penular Rabies (GHPR) dan kematian akibat rabies dalam 5 tahun terakhir. Rata-rata kasus GHR pertahun adalah 151.089 kasus dengan angka kematian rata-rata 118 orang. Tahun 2024 Indonesia melaporkan sebanyak 122 kasus rabies dan tahun 2025 melaporkan sebanyak 156 kasus rabies pada manusia. Situasi ini merupakan tantangan besar bagi Indonesia untuk mencapai target eliminasi rabies 2030. Saat ini di Indonesia terdapat 26 provinsi yang tertular rabies yang berlokasi di 321 kabupaten/kota. Dua belas provinsi yang masih dinyatakan sebagai daerah bebas rabies adalah Kepulauan Riau, Kepulauan Bangka Belitung, Papua, Papua Barat, Papua Pegunungan, Papua Selatan, Papua Tengah, Papua Barat Daya, DKI Jakarta, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, dan Jawa Timur.

Di Indonesia insidensi rabies sedikit lebih rendah bila dibandingkan dengan Filipina. Di Filipina insidensi rabies berkisar 0,1 per 100.000 penduduk, tahun 2024 dilaporkan sebanyak 425 kasus rabies. Vietnam insidensi rabies berkisar antara 1,7 – 117,2 per 100.000 penduduk, tahun 2024 dilaporkan 0 kasus, tahun 2023 dilaporkan sebanyak 82

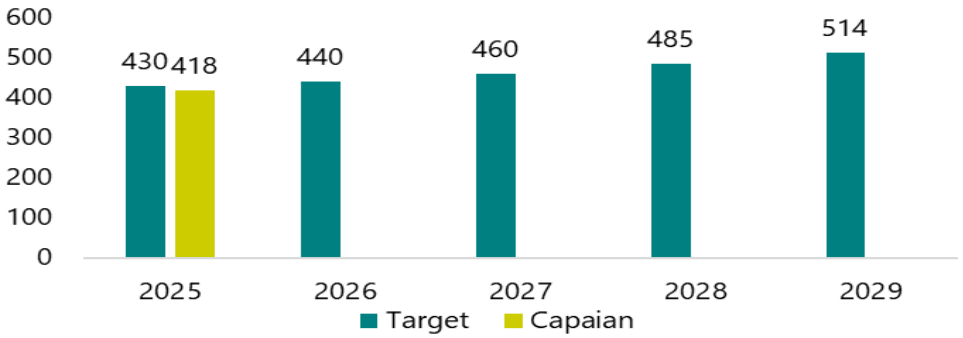
kasus rabies. Serawak Malaysia insidensi rabies berkisar 1,7 per 100.000 penduduk, tahun 2024 dilaporkan sebanyak 8 kasus rabies. Myanmar tahun 2024 dilaporkan sebanyak 82 kasus rabies, Thailand tahun 2024 dilaporkan sebanyak 4 kasus rabies. Timor Leste tahun 2024 melaporkan 2 kasus rabies, sampai bulan Juni 2025 dilaporkan lagi sebanyak 4 kasus rabies. Menurut WHO setiap tahunnya, 59.000 orang di dunia meninggal karena rabies. 98% kematian manusia akibat rabies terjadi di Asia dan Afrika. Sekitar 31.000 orang (59,6%) meninggal setiap tahunnya di Asia dan 20.000 (35%) kasus kematian terjadi di India. Di Afrika sekitar 24.000 orang (36,4%) meninggal karena rabies setiap tahunnya, sementara itu kurang dari 0,05% kematian manusia akibat rabies terjadi di Amerika, tahun 2024 dilaporkan sebanyak 2 kasus rabies.

Tahun 2022 – 2024 indikator jumlah kabupaten/Kota eliminasi rabies merupakan Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) dengan jumlah target indikator sebanyak 321 kabupaten/ kota di 26 provinsi endemis rabies. Tahun 2025 – 2029 indikator jumlah kabupaten/kota eliminsai rabies menjadi Indiktor Kinerja Program (IKP) sesuai dengan Peraturan Preiden No. 12 tahun 2025 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJM Nasional) *Tahun 2025*-2029, dengan jumlah target indikator seluruh kabupaten/kota di Indonesia yaitu 514 kabupaten/kota di 38 Provinsi. Target indikator terdiri dari 321 kabupaten/kota endemis rabies di 26 provinsi ditambah dengan 193 kabupaten/ kota yang bebas rabies.

Definisi operasional indikator Jumlah Kabupaten/Kota eliminasi rabies yaitu Kabupaten/kota yang tidak ada kasus kematian akibat Rabies pada manusia atau spesimen positif pada hewan dalam 2 (dua) tahun terakhir. Cara perhitungan indikator yakni Jumlah kabupaten/kota yang tidak ada kasus kematian akibat Rabies pada manusia atau spesimen positif pada hewan dalam 2 (dua) tahun terakhir, dihitung secara kumulatif setiap tahun.

Pengumpulan data rutin GHPR/Rabies dilakukan secara berjenjang dari Fasyankes ke Dinkes Kabupaten/Kota selambat-lambatnya setiap tanggal 5 dibulan berikutnya, laporan agregat GHPR dan data individu kematian dari Kabupaten/Kota dikirim ke Dinkes Provinsi selambat-lambatnya setiap tanggal 10 dibulan berikutnya dan dari Dinkes Provinsi ke Tim Kerja Zoonosis Direktorat P2PM selambat-lambatnya setiap tanggal 15 dibulan berikutnya melalui surat elektronik ke tim kerja Zoonosis dan selanjutnya pemantauan laporan rutin dilakukan melalui *whatsapp grup.* Sesuai dengan definisi operasional, realisasi capaian indikator kinerja tahun 2025 menggunakan data kasus rabies tahun 2023 dan 2024. Data capaian target indikator jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies dapat dilihat dari tabel di bawah ini:

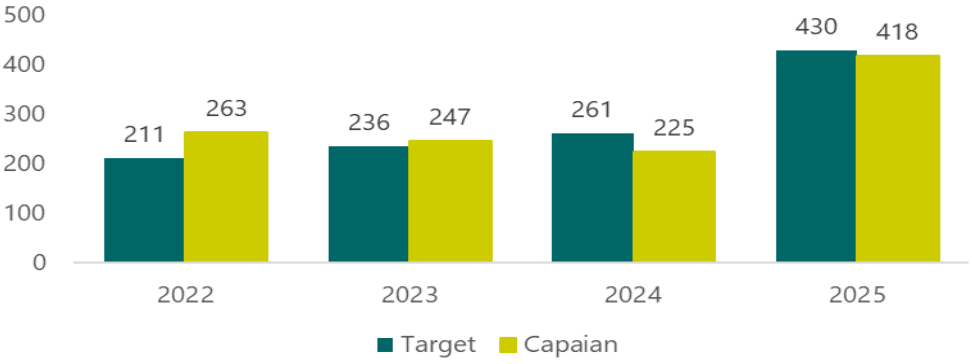
Grafik 3.37. Target dan Capaian Jumlah Kab/Kota Eliminasi Rabies Tahun 2025-2029



Sumber data: Data Tim Kerja Zoonosis, 15 Januari 2026

Grafik diatas menunjukkan target indikator mengalami peningkatan setiap tahunnya dan diharapkan pada akhir tahun 2029, semua Kab/Kota di Indonesia mencapai eliminasi rabies. Diharapakan tahun 2029 tidak ada lagi laporan kematian akibat rabies pada manusia, sehingga 2030 dapat dilakukan penilaian untuk mendeklarasi eliminasi rabies di Indonesia dan dunia. Capaian eliminasi rabies tahun 2025 sebesar 418 Kab/Kota dan bila dibandingkan dengan target 430 KabKota maka indikator ini belum mencapai target dengan persentase kinerja sebesar 97.2%. Bila dibandingkan dengan capaian eliminasi rabies tahun 2022-2025 digambarkan dengan grafik berikut ini:

Grafik 3.38. Target dan Capaian Kab/Kota Eliminasi Rabies Tahun 2022-2025

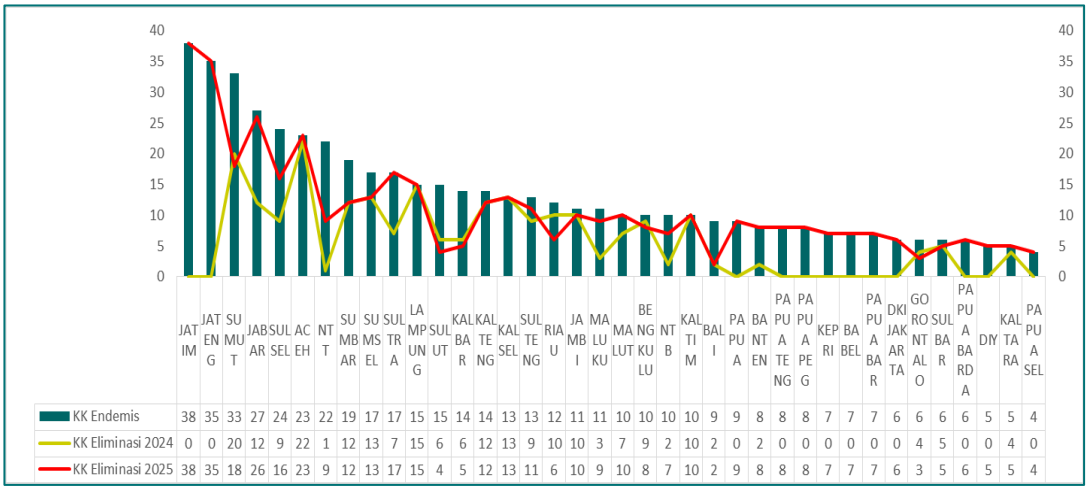


Sumber data: Data Tim Kerja Zoonosis, 15 Januari 2026

Grafik diatas menunjukkan pada tahun 2022 capaian indikator jumlah kabupaten/kota eliminasi Rabies dari target 211 kabupaten/kota, berhasil dicapai sebanyak 263 kabupaten/kota (124,64%), pada tahun 2023 mengalami penurunan menjadi 247 kabupaten/kota (104,66%) namun masih memenuhi target yang telah ditetapkan. Pada tahun 2024 capaian indikator jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies dari target 261 kabupaten/kota, berhasil dicapai sebanyak 225 kabupaten/kota (86,2%). Tahun 2025 target indikator kabupaten/kota eliminasi rabies bertambah menjadi 430

kabupaten/kota, ini sesuai dengan Peraturan Presiden No. 12 tahun 2025 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJM Nasional) *Tahun 2025*-2029, dimana semua kabupaten/kota di Indonesia yaitu 514 kabupaten/kota di 38 Provinsi menjadi perhitungan target kabupaten/kota eliminasi rabies walaupun 193 kabupaten/kota diantaranya merupakan daerah bebas rabies. Capaian indikator tahun 2025 sebanyak 418 kabupaten/kota (97,21%), capaian indikator tahun 2025 belum memenuhi target yang telah ditetapkan. Hal ini disebabkan oleh adanya kematian pada manusia akibat rabies di beberapa kabupaten/kota bebas atau yang sudah mencapai eliminasi. Adapun kabupaten/kota di Indonesia yang menjadi sasaran dilakukan upaya eliminasi rabies sebanyak 321 kabupaten/kota yang merupakan daerah endemis rabies. Distribusi kabupaten/kota eliminasi rabies seperti grafik dibawah ini:

Grafik 3.39. Grafik. Kabupaten/Kota Eliminasi Rabies per Provinsi Tahun 2025



Sumber data: Data Tim Kerja Zoonosis, 15 Januari 2026

Berdasarkan grafik tersebut, distribusi jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies terdapat di 38 provinsi di Indonesia, dimana 26 provinsi diantaranya merupakan endemis rabies. Capaian eliminasi rabies tahun 2024 dan tahun 2025 di tiap provinsi tersebut berbeda-beda. Setidaknya ada 19 provinsi yang 100 % kabupaten/kotanya telah mencapai eliminasi rabies pada tahun 2024 dan 2025 yaitu Provinsi Aceh, Lampung, Banten, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Maluku Utara, Kalimantan Utara, Bangka Belitung, Kepulauan Riau, Jakarta, Jawa Tengah, Jawa Timur, DI Yogyakarta, Papua, Papua Barat, Papua Barat Daya, Papua Pegunungan, Papua Tengah dan Papua Selatan. Jumlah ini sama bila dibandingkan dengan provinsi yang 100 % kabupaten/kotanya telah mencapai eliminasi rabies pada tahun 2023 dan 2024 hanya ditambahkan dengan provinsi bebas rabies. Hal ini disebabkan karena provinsi tersebut melakukan tatalaksana kasus GHPR dengan baik sehingga tidak ada kematian manusia akibat rabies.

Pada tahun 2024 terjadi kematian manusia akibat rabies di daerah bebas rabies yaitu Kabupaten Kupang, Belu, Kota kupang di Provinsi NTT dan Kabupaten Mempawah Provinsi Kalimantan Barat. Kematian akibat rabies ini juga menambah jumlah kabupaten/kota endemis rabies, sehingga jumlah kabupaten/kota endemis tahun 2025 bertambah dari 317 menjadi 321 Kabupaten/kota.

Indikator Kab/Kota eliminasi rabies belum mencapai target tahun 2025, faktor penyebab ketidakberhasilan capaian indikator

a. Adanya laporan kematian akibat rabies di daerah yang sudah eliminasi di tahun sebelumnya seperti Provinsi Sumatera Utara (Kab. Tapanuli Selatan, Tapanuli Tengah dan Asahan), Sumatera Barat (Kab. Padang Pariaman dan Kota Padang), Riau (Kab. Indragiri Hulu, Palalawan, Rokan Hulu, Rokan Hilir dan Kota Pekanbaru), Sumatera Selatan (Kab. Empat Lawang), Bengkulu (Kab. Bengkulu Utara), Kalimantan Barat (Kab. Landak dan Kota Pontianak), NTT (Kab. Lembata), NTB (Kab. Sumbawa), Sulawesi Utara (Kab. Bolang Mangondow Utara dan Kota Tomohon), Gorontalo (Kab. Boalemo). Kemungkinan disebabkan oleh lalu lintas/ keluar masuk HPR dari daerah endemis disekitar daerah eliminasi yang tidak terkontrol atau masih adanya virus rabies yag bersirkulasi didaerah tersebut serta banyaknya HPR yang tidak divaksin rabies (cakupan vaksinasi HPR rendah) sehingga banyak HPR yang tidak memiliki kekebalan dan mudah terinfeksi rabies
b. Adanya kematian akibat rabies di daerah yang sebelumnya bebas rabies (Kabupaten Kupang, Belu, Kota kupang di Provinsi NTT dan Kabupaten Mempawah Provinsi Klimantan Barat) sehingga tatalaksana GHPR dan pengendalian HPR kurang terlaksana dengan baik.
c. Masih banyak masyarakat yang tidak segera ke fasilitas kesehatan untuk mendapat tatalaksana GHPR setelah digigit oleh HPR, disebabkan karena kurangnya informasi dimasyarakat tentang bahaya rabies serta adanya anggapan bahwa HPR peliharaanya sehat dan gigitan HPR hal yang biasa terjadi. Ini terlihat dari tingginya kasus kematian, dimana 90% dari kasus kematian akibat terlambat/ tidak mendapat tatalaksana GHPR.
d. Masih terbatasnya vaksin untuk HPR, sementara ketersediaan vaksin untuk HPR bukan merupakan penyediaan Kementerian Kesehatan.

Upaya strategis yang dilakukan untuk meningkatkan Kab/kota eliminasi rabies antara lain:

a. Membuat surat Edaran Nomor HK.02.02/C/508/2025 tentang Kewaspadaan Terhadap Kasus Rabies ke Dinas Kesehatan Provinsi dan Kab/Kota serta B/BKK dan Loka Kekarantinaan Kesehatan di seluruh Indonesia

b. Surat Direktur PM tentang IKP dan IKK Zoonosis TA 2025 – 2029 serta sosialisasi IKP dan IKK Zoonosis. Pertemuan ini bertujuan untuk mensosialisasikan Indikator Kinerja Program (IKP) dan Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) Program Zoonosis tahun 2025 – 2029 serta target yang harus dicapai setiap tahunnya, dan Mendiskusikan tantangan dan lesson learned dalam pencapaian target indikator yang telah ditetapkan tersebut.Kegiatan dilakukan secara daring menggunakan *platform Virtual Zoom Meeting* selama 1 (satu) hari pada Jumat, 28 Februari 2025.
c. Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan di fasyankes dengan sosialisasi tatalaksana kasus Gigitan Hewan Penular Rabies (GHPR) secara daring tanggal 17 – 18 Maret 2025 untuk pengelola program dinas kesehatan provinsi / kab/kota / puskesmas, tenaga medis di puskesmas dan rumah sakit. Webinar peningkatan kawaspadaan dan kapasitas tenaga kesehatan dalam tatalaksana kasus GHPR tanggal 25 Agustus 2025.
d. Advokasi pembentuk Tim Koordinasi Daerah (TIKORDA) Pencegahan dan Pengendalian Zoonosis dan PIE, sebagai wadah koordinasi lintas sektor dalam pengendalian zoonosis dalam kerangka pendekatan One Health atau Satu Kesehatan yang sudah diperkuat oleh Kementerian Dalam Negeri melalui Surat Kemendagri kepada Gubernur/Bupati/Walikota nomor 300.2.8/e.597/BAK tanggal 19 April 2024 dalam upaya penanggulangan zoonosis termasuk rabies.
e. Advokasi dan audiensi pengendalian rabies kepada daerah dengan kasus kematian akibat rabies yang meningkat / tinggi tahun 2025. Advokasi kepada pemerintah daerah (Walikota Ambon dan Asisten 1 Sekretaris Daerah Provinsi Maluku) yang tahun ini terjadi peningkatan kasus kematian akibat rabies di Kota Ambon. Kegiatan advokasi dan audiensi dilaksanakan oleh perwakilan dari Kementerian Pertanian, Dinas Kesehatan Kota Ambon, Dinas yang membidangi fungsi Kesehatan Hewan Kota Ambon, Dinas Kesehatan Provinsi Maluku serta Dinas yang Membidangi Fungsi Kesehatan Hewan Provinsi Maluku sebagai tindak lanjut dari rapat koordinasi lintas sektor penanggulagan rabies di Kota Ambon. Advokasi dan audiensi dengan Wakil Bupati Empat Lawang Provinsi Sumatera SelatanPertemuan validasi data capaian IKK Program Zoonosis. Dilakukan per triwulan atau sesuai kebutuhan yang bertujuan Pertemuan ini dilakukan untuk memonitoring dan mengevaluasi laporan data bulanan meliputi kasus GHPR, kematian akibat rabies pada manusia, perkembangan Puskesmas Rabies Center dan mengidentifikasi tantangan dan solusi terhadap situasi dan kondisi di lapangan dalam upaya pencapaian target indikator.
f. Penyediaan dan penyebarluasan Media KIE dalam mendukung pelaksanaan promosi pencegahan dan pengendalian rabies
g. Pengadaan serta distribusi VAR dan SAR. Pangadaan Pra DIPA tahun 2025 sudah didistribusikan pada awal bulan Maret dan sisanya akan disediakan dan didistribusikan pada bulan Agustus 2025

h. Penyusunan Permenkes tentang Penanggulangan Penyakit sebagai dasar hukum pelaksanaan pengendalian penyakit menular dan penganggaran yang saat ini masih dalam tahap proses harmonisasi.
i. Pelaksanaan Asessment Rabies Center untuk meningkatkan capaian Indikator Kinerja Kegiatan yaitu Kabupaten Kota yang melaksanakan upaya promotif dan preventif Penanggulangan Rabies. Adanya Puskesmas yang berfungsi sebagai Rabies Center adalah upaya untuk mendekatkan akses pelayanan terhadap Rabies.
j. Pelaksanaan Kewaspadaan dini KL daerah yang menunjukan peningkatan kasus GHPR dan rabies.
k. Surat dari Menteri Kesehatan kepada Menteri Pertanian Nomor PV.03.02/MENKES/357/2025 Hal Permohonan Akselerasi Vaksinasi Anjing pada Provinsi dengan Gigitan Hewan penular Rabies (GHPR) dan Kematian Akibat Rabies Tertinggi 5 tahun Terakhir.
l. Rapat Koordinasi Rabies tanggal 23 Juni 2025 yang dipimpin oleh Direktur Kesehatan Hewan Kementan dengan peserta rapat berasal dari Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Pertanian, Badan Karantina Indonesia, Kementerian Kesehatan , Asisten Deputi Peningkatan Kapasitas dan Ketahanan Kesehatan Kemenko PMK, Dinas Provinsi NTT, Bali, Jawa Barat da Banten yang membidangi fungis kesehatan hewan. Rapat ini merupakan lanjuran dari rapt teknis penanggulangan Rabies yang diselenggarakan oleh Kemenko PMK. Membahas tentang daerah yang menjadi pritoritas oleh Kementerian Pertanian dalam pembebasan rabies.
m. Rapat Koordinasi Teknis Penanggulangan Rabies. Rapat koordinasi yang dipimpin oleh Asisten Deputi Peningkatan Kapasitas dan Ketahanan Kesehatan Kemenko PMK dengan peserta rapat yang berasal dari Kemenko PMK, Bappenas, Kementerian Keuangan, Kementerian Pertanian, Kementerian Kesehatan dan Kementerian Kehutanan sehubungan dengan meningkatnya penularan rabies dan dukungan prioritas RPJMN 2025 – 2029. Rapat Koordinasi Nasional Penanggulangan Kedaruratan Rabies melibatkan lintas sektor tanggal 4 September 2025.
n. Rapat Koordinasi Lintas Sektor. Rapat koordinasi pengendalian zoonosis dalam kerangka One Health tanggal 17 Februari 2025. Mengundang kementerian/lembaga yang terkait dalam penanggulangan zoonosis. Rapat ini membahas apa yang bisa dilakukan oleh masing – masing kementerian/ lembaga dalam penanggulangan zoonosis

Dalam mencapai Kab/Kota eliminasi rabies ditemukan kendala dan permasalahan yakni:

a. Adanya kematian manusia akibat rabies didaerah yang awalnya bebas atau sudah eliminasi rabies.
b. Pengendalian rabies pada hewan masih kurang mendapatkan perhatian baik di tingkat pusat maupun daerah, terlihat dari rendahnya cakupan vaksinasi HPR (20 – 40%) dari cakupan minimal yang harus dicapai (70% dari total populasi HPR). Selain itu anggaran untuk penangulangan rabies dan zoonosis lainnya di sektor kesehatan hewan relatif minim baik di tingkat pusat dan daerah. Cakupan vaksinasi HPR yang rendah berpotensi semakin banyak HPR yang mudah terinfeksi rabies. Kejadian rabies manusia sangat erat kaitannya dengan rabies pada hewan.
c. Belum maksimalnya pembinaan Rabies Center oleh Dinas Kesehatan Provinsi/Kab/Kota.
d. Kurangnya informasi tentang bahaya rabies dan penanggulangannya dimasyarakat, sehingga masih banyak masyarakat yang tidak ke fasyankes untuk mendapatkan tatalaksana setelah di gigit HPR karena menganggap gigitan HPR tidak berbahaya.
e. Faktor sosial budaya fungsi HPR di masyarakat dan rendahnya kesadaran pemilik HPR untuk menjaga kesehatan dan pemeliharaan HPR.
f. Kelengkapan penyampaian laporan masih dibawah 80%

Upaya pemecahan masalah yang dilakukan yakni:

a. Meningkatkan advokasi tentang penanggulangan zoonosis terutama rabies pada pimpinan daerah, termasuk alokasi anggaran serta dasar hukum yang diperlukan dalam pengendalian rabies.
b. Membuat surat permohonan dukungan penguatan eliminasi rabies 2030 dari Menteri Kesehatan ke Menteri Pertanian melalui Surat Nomor PV.03.02/MENKES/357/2025 Hal Permohonan Akselerasi Vaksinasi Anjing pada Provinsi dengan Gigitan Hewan penular Rabies (GHPR) dan Kematian Akibat Rabies Tertinggi 5 tahun terakhir
c. Mengintegrasikan/input RME zoonosis pada sistem pencatatan dan pelaporan di daerah dengan sistem pencatatan dan pelaporan serta surveilans kasus GHPR dan Rabies berbasis digital pada SATUSEHAT untuk memastikan data yang akurat, terintergrasi dan *real – time*. Akan tetapi kegiatan intergrasi RME zoonosis ke sistem pencatatan dan pelaporan didaerah tidak berjalan lancar. Sebaiknya diusulkan pencatatan berbasis digital lainnya.
d. Publikasi edukasi rabies secara masif mela*l*ui media sosial melibatkan semua sektor.
e. Meningkatkan KIE ke masyarakat tentang bahaya rabies secara masif melibatkan lintas sektor sepert diskominfo, tokoh agama dan lainnya
f. Pelaksanaan assesment rabies center.

g. Pertemuan validasi data dan capaian indikator secara berkala.
h. Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan tentang tatalaksana kasus gigitan (takgit) HPR

18. Angka Kematian Dengue sebesar 0.5%

Dengue, atau sering disebut masyarakat sebagai demam berdarah Dengue, merupakan penyakit infeksi virus yang ditularkan melalui nyamuk. Insiden dengue meningkat secara signifikan di seluruh dunia dalam beberapa dekade terakhir. Infeksi dengue dapat menimbulkan gejala klinis yang bervariasi, mulai dari demam Dengue, demam berdarah Dengue, hingga menimbulkan sindrom syok Dengue. Apabila tidak tertangani, dengue dapat memicu terjadinya kejadian luar biasa (KLB) yang sangat meresahkan masyarakat, hingga berakhir dengan kematian. Kondisi tersebut menimbulkan beban yang besar pada masyarakat, sistem kesehatan, dan ekonomi di sebagian besar negara tropis di dunia. Pada awal tahun 2020, WHO kemudian memasukkan dengue sebagai salah satu ancaman kesehatan global di antara 10 penyakit lainnya.

Dalam Roadmap NTDs 2021-2030, dengue termasuk dalam target 20 penyakit dan kelompok penyakit yang akan dicegah dan dikendalikan. Target penanggulangan dengue adalah menurunkan angka kematian (Case Fatality Rate atau CFR) dari 0,80% (2020) menjadi 0% di tahun 2030. Target tersebut dicapai melalui tiga aksi penting, meliputi mengembangkan vaksin sebagai tindakan pencegahan untuk populasi berisiko, meningkatkan efektivitas strategi pengendalian vektor berbasis bukti ilmiah dan berkolaborasi dengan sektor lingkungan untuk menurunkan habitat nyamuk.

Dalam rangka menuju nol kematian akibat dengue di tahun 2030 *(zero dengue death 2030)*, telah ditetapkan target Indikator Kinerja Program (IKP) Angka Kematian Dengue tahun 2025 sebesar 0.5%. Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan antara realisasi kinerja dengan target kinerja dari indikator kinerja yang telah ditetapkan dalam perencanaan kinerja. Melalui pengukuran kinerja diperoleh gambaran pencapaian indikator sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan kegiatan di masa yang akan datang agar setiap kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasil guna dan berdaya guna. Definisi operasional indikator Angka kematian dengue yaitu Persentase kematian akibat Dengue dalam satu kurun waktu tertentu. Cara Perhitungan indikator yakni Jumlah kematian akibat Dengue dibagi jumlah total kasus Dengue dikali 100%

Capaian pada indikator Angka Kematian Dengue tahun 2025 sebesar 0.42% dengan 18 provinsi memiliki angka CFR < 0.5%, dimana CFR terendah yakni di Provinsi Maluku Utara (0%), Bali (0,13%), Banten (0.17%), Sulawesi Barat (0.17%), dan Sulawesi Selatan (0.18%). Namun demikian, masih terdapat beberapa provinsi dengan angka CFR > 0,5%,

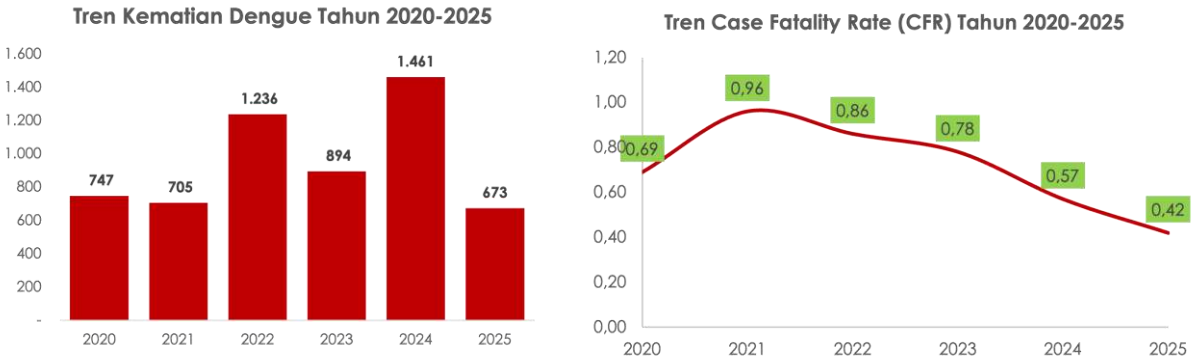
yang perlu mendapatkan perhatian lebih lanjut. Provinsi dengan CFR tertinggi antara lain Bengkulu (1.13%), Gorontalo (1.03%), Sulawesi Utara (0.89%), dan Riau (0.87%).

Tabel 3.8. Sebaran Angka Kematian Dengue di Indonesia Tahun 2025

Provinsi	Case Fatality Rate (%)
Aceh	0.34
Sumatera Utara	0.27
Sumatera Barat	0.61
Riau	0.87
Jambi	0.63
Sumatera Selatan	0.54
Bengkulu	1.13
Lampung	0.36
Kepulauan Bangka Belitung	0.74
Kepulauan Riau	0.45
Jakarta	0.34
Jawa Barat	0.32
Jawa Tengah	0.74
DI Yogyakarta	0.40
Jawa Timur	0.63
Banten	0.17
Bali	0.13
Nusa Tenggara Barat	0.38
Nusa Tenggara Timur	0.37
Kalimantan Barat	0.38
Kalimantan Tengah	0.69
Kalimantan Selatan	0.34
Kalimantan Timur	0.23
Kalimantan Utara	0.75
Sulawesi Utara	0.89
Sulawesi Tengah	0.44
Sulawesi Selatan	0.18
Sulawesi Tenggara	0.60
Gorontalo	1.03
Sulawesi Barat	0.17
Maluku	0.63
Maluku Utara	0.00
Papua Barat	0.00
Papua Barat Daya	0.00
Papua	0.00
Papua Selatan	0.00
Papua Tengah	0.00
Papua Pegunungan	0.00
INDONESIA	**0.42**

Indikator Angka Kematian Dengue tahun 2025 telah mencapai 0.42% dari target 0.5% dengan capaian kinerja sebesar 116%. Indikator Angka Kematian Dengue merupakan indikator negatif, semakin kecil capaian kinerja semakin baik. Angka Kematian Dengue baru disebut berhasil bila <0.5%. Angka Kematian Dengue

Grafik 3.40. Tren Kematian dan *Case Fatality Rate* (CFR) Dengue di Indonesia Tahun 2020-2025



Grafik menunjukkan tren kematian Dengue dan *Case Fatality Rate* (CFR) yang berfluktuasi dengan kecenderungan penurunan pada periode akhir. Jumlah kematian sempat meningkat dan mencapai puncak pada tahun 2024, yakni sebanyak 1.461 kematian dengan CFR = 0.57% dan menurun cukup kembali pada tahun 2025. Sementara itu, CFR menunjukkan tren menurun secara konsisten setelah sempat berada pada puncak tertinggi tahun 2021 hingga mencapai nilai terenda pada akhir tahun 2025.

Penanggulangan Dengue bertujuan menurunkan kejadian kesakitan dan kematian yang dapat dicapai dengan peningkatan kesadaran dan pemahaman masyarakat bersama pemerintah dalam melaksanakan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) dengan 3M Plus, pengendalian vektor terpadu, serta peningkatan kualitas layanan kesehatan. Hal tersebut sangat ditentukan juga oleh komitmen pemerintah pusat dan daerah; perhatian dan kepedulian masyarakat untuk mencegah perkembangbiakan nyamuk di dalam dan luar rumah; pelayanan kesehatan termasuk di dalamnya akses, rujukan, tata laksana dan respon cepat; koordinasi, kerjasama dan dukungan multisektoral.

Upaya-upaya yang dilakukan untuk penanggulangan Dengue antara lain:

1. Penguatan dan pengembangan sistem informasi (SIARVI), dilaksanakan melalui koordinasi dengan pengembang SIARVI, fasilitasi layanan helpdesk oleh Zamasco bagi Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam memperoleh pendampingan dan penyelesaian apabila terdapat kendala teknis terkait sistem.
2. Penguatan capaian IKP dilakukan kepada seluruh Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota. Dilaksanakan melalui rapat koordinasi serta kegiatan validasi data oleh masing-masing PJ Binwil secara triwulanan. Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan arahan dan penguatan komitmen dalam penanggulangan Dengue, baik melalui upaya pengendalian vektor maupun peningkatan ketepatan dan

kecepatan tatalaksana kasus.

3. Penguatan peran lintas sektor melalui Surat Edaran (SE) Kementerian Dalam Negeri dalam pelaksanaan PSN 3M plus. SE tersebut bertujuan dalam mendorong keterlibatan aktif perangkat daerah lintas sektor, pemerintah desa/kelurahan, serta unsur masyarakat dalam upaya pengendalian vektor secara berkelanjutan dan terintegrasi di tingkat daerah.
4. Revitalisasi Pokjanal Dengue, Dengue dilaksanakan melalui penguatan fungsi koordinasi lintas sektor guna meningkatkan efektivitas pengendalian vektor dan penurunan kasus di tingkat pusat dan daerah.

Dalam penanggulangan dengue ditemukan kendala dan permasalahan yakni:

1. Pencatatan dan pelaporan data kasus masih manual dari daerah ke pusat, sehingga sangat mungkin terjadi *delay reported*. Selain itu, data kasus yang dilaporkan ke pusat masih terbatas pada data kasus DBD, belum mencakup total seluruh kasus infeksi Dengue
2. Masih kurangnya koordinasi lintas sektor terutama dalam upaya revitalisasi pokjanal Dengue di daerah
3. Masih kurangnya peran daerah dalam penyediaan dana yang mendukung penanggulangan Dengue karena belum menjadi program prioritas

Strategi pemecahan masalah yang dilakukan yakni:

1. Melakukan konsolidasi dengan pusdatin dalam penguatan dan pengembangan sistem informasi (SIARVI)
2. Penguatan data surveilans kasus infeksi Dengue melalui surat pemberitahuan ke daerah terkait penambahan pencatatan dan pelaporan data kasus yakni DD, DBD, DSS
3. Melakukan penguatan peran lintas sektor melalui SE Kementerian Dalam Negeri dalam pelaksanaan PSN 3M plus
4. Melakukan koordinasi dengan Bappenas dalam mengusulkan program penanggulangan Dengue sebagai program prioritas sehingga akan mendukung daerah dalam penganggaran program penanggulangan Dengue

19. Persentase penurunan kejadian penyakit sensitif iklim sebesar 10%

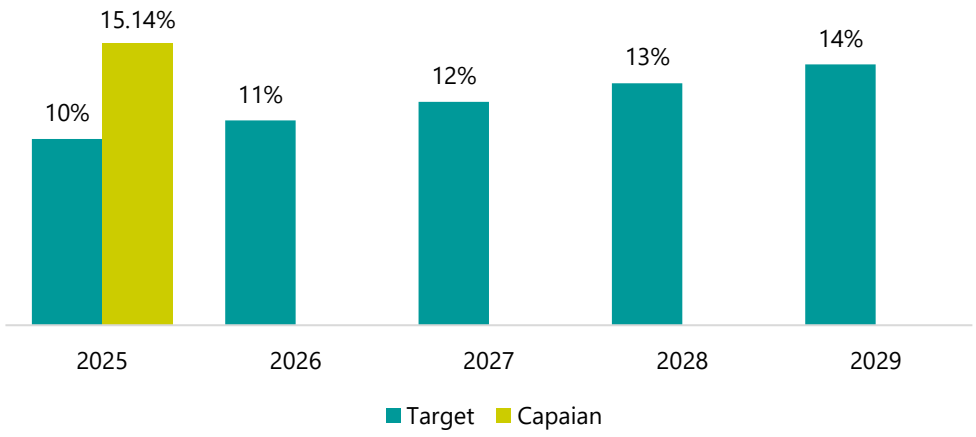
Penyakit sensitif iklim adalah penyakit yang kejadian, penyebaran, dan tingkat keparahannya dipengaruhi oleh faktor-faktor iklim, seperti suhu udara, curah hujan, kelembaban, angin, serta kejadian cuaca ekstrim. Penurunan kejadian penyakit sensitif iklim adalah berkurangnya jumlah kasus penyakit yang dalam indikator ini adalah penyakit malaria, DBD, pneumonia dan diare dalam suatu populasi dan periode tertentu.

Berdasarkan Rencana Strategi Kementerian Kesehatan tahun 2025-2029, definisi operasional indikator ini yaitu Persentase penurunan kasus penyakit sensitif iklim (malaria, diare, pneumonia dan DBD) dalam 1 tahun. Indikator dihitung dari Persentase kasus selamat dari penyakit yang menjadi target capaian tahunan

Salah satu dampak adanya perubahan iklim yaitu meningkatnya risiko penyakit yang sensitif terhadap iklim. Sebagaimana tercantum dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan RI tahun 2025-2029, fokus penyakit sensitif iklim yang dipantau yaitu malaria, diare, pneumonia dan DBD. Dengan adanya pemantauan atas kasus/kejadian penyakit-penyakit tersebut diharapkan program dapat melakukan intervensi sehingga berdampak pada penurunan kasus penyakit (malaria, diare, pneumonia dan DBD).

Penurunan kasus/kejadian penyakit malaria, diare, pneumonia dan DBD ini tentunya dibandingkan dengan perkiraan jumlah kasus tahun berjalan setelah dilakukan intervensi. Dengan demikian, semakin banyak orang-orang yang selamat dari kejadian penyakit (malaria, diare, pneumonia dan DBD) maka kerugian ekonomi dapat dihindari. Target tahun 2025 ditetapkan sebesar 10% dan mengalami peningkatan target setiap tahunnya sebesar 1% dari tahun 2025-2029. Peningkatan target ini menunjukkan komitmen Kementerian Kesehatan untuk menurunkan penyakit sensitif iklim. Tren target digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.41. Capaian Persentase penurunan kejadian penyakit sensitif iklim



Sumber data: Laporan Direktorat PM, Januari 2025

Capaian Persentase penurunan kejadian penyakit sensitif iklim tahun 2025 sebesar 15.14% dari target 10% sehingga capaian kinerja sebesar 151% dan telah mencapai target, capaian tahun 2025 telah melebihi target tahun 2029 tetapi belum dapat diperkirakan akan tercapai pada akhir tahun 2029 karena perubahan iklim sulit untuk diprediksikan. Untuk mengetahui capaian persentase penurunan kejadian sensitif iklim

maka perlu diketahui estimasi jumlah kasus tiap tahun dengan mempertimbangkan pelaksanaan kegiatan penanggulangan penyakit menular sebagai bagian dari tugas dan fungsi Direktorat Penyakit Menular. Berikut merupakan tabel perhitungan estimasi jumlah kasus penyakit malaria, DBD, pneumonia dan diare tahun 2025-2029 :

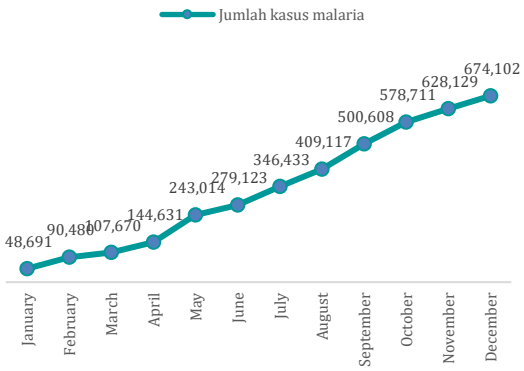
Tabel 3.9. Capaian Persentase Penurunan Kejadian Penyakit Sensitif Iklim Tahun 2025-2029

Target	Real Penyakit dan Target RPJMN				
	2025	2026	2027	2028	2029
Estimasi jumlah kasus tahunan	5.363.440	5.430.723	5.539.032	5.678.885	5.846.817
Target %	90%	89%	88%	87%	86%
Target N penyakit	4.827.096	4.833.343	4.874.348	4.940.630	5.028.263
Target % RPJMN	10%	11%	12%	13%	14%
Target N RPJMN	536.344	597.379	664.684	738.255	818.554
Capaian N RPJMN	811.802	-	-	-	-
Capaian % RPJMN	15,14%	-	-	-	-

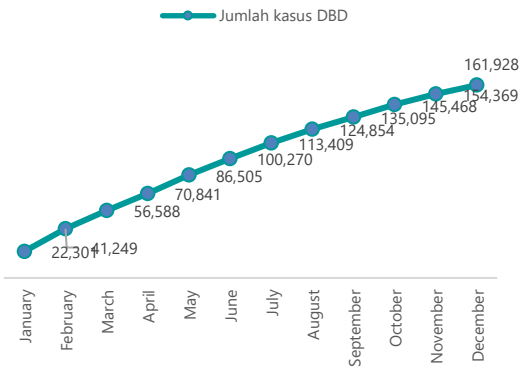
Sumber Data: Laporan Direktorat Penyakit Menular, 29 Januari 2026

Jumlah kasus penyakit sensitif iklim merupakan akumulasi dari kasus penyakit malaria, DBD, pnuemonia dan diare. Kasus malaria selama tahun 2025 yaitu sebanyak 674.102 kasus, jumlah kasus DBD sebanyak 161.928 kasus, jumlah kasus pneumonia sebanyak 792.823 kasus dan jumlah kasus diare yaitu 2.992.785 kasus. Tren kasus penyakit akibat sensitif iklim selama tahun 2025 dapat dilihat pada grafik berikut:

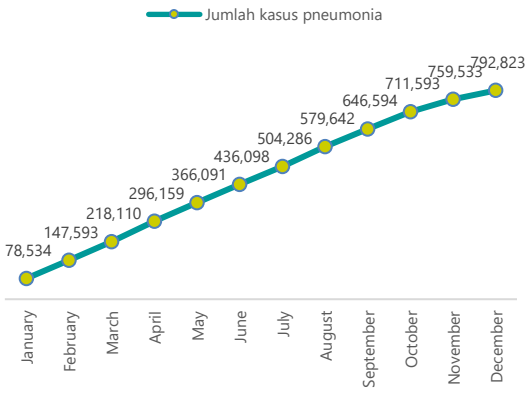
Grafik 3.42. Penurunan Kasus Penyakit Akibat Sensitif Iklim Tahun 2025



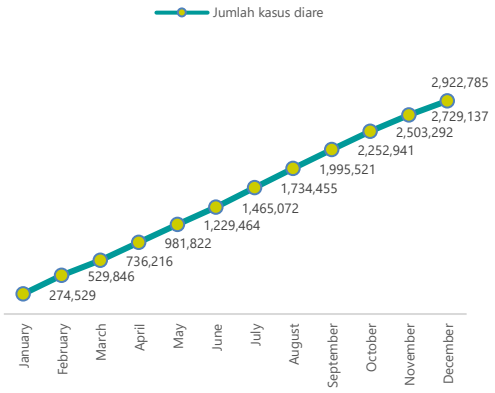
Akumulasi kasus malaria per bulan



Akumulasi kasus DBD per bulan



Akumulasi kasus pneumonia per bulan

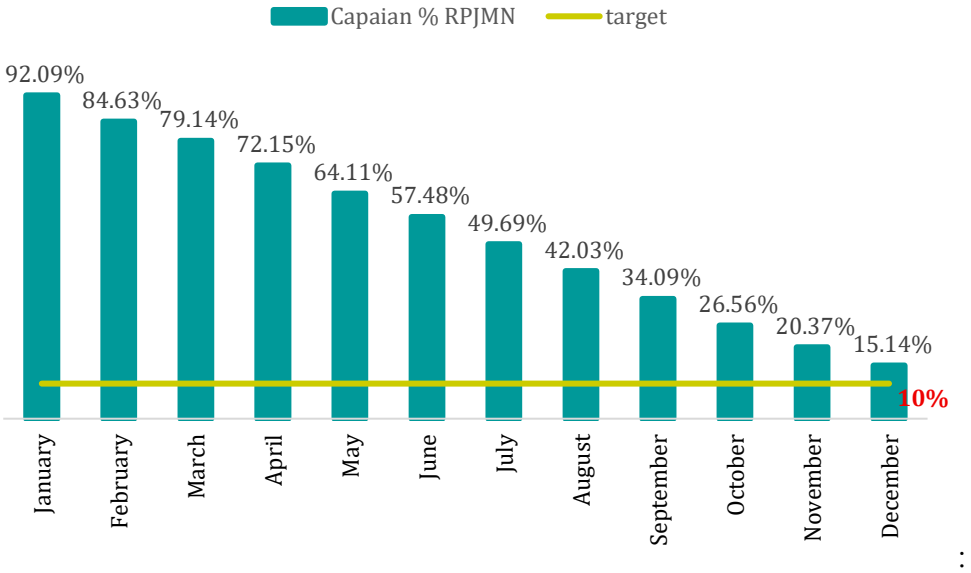


Akumulasi kasus diare per bulan

Sumber Data: Laporan Direktorat Penyakit Menular, 29 Januari 2026

Dari akumulasi kasus malaria, DBD, pneumonia dan diare perbulan, maka capaian persentase penurunan kejadian penyakit sensitif iklim selama tahun 2025 mencapai 15.14%, dapat dilihat pada grafik berikut:

Grafik 3.43. Capaian indikator Sensitif Iklim per bulan selama tahun 2025



:

Sumber Data: Laporan Direktorat Penyakit Menular, 29 Januari 2026

Berdasarkan grafik diatas dapat diketahui penurunan capaian dari awal hingga akhir tahun 2025. Hal ini menunjukkan bahwa jumlah kasus penyakit akibat sensitif iklim semakin meningkat sehingga capaian indikator menurun.

Indikator Persentase penurunan kejadian penyakit sensitif iklim telah mencapai target tahun 2025, didukung oleh faktor penyebab keberhasilan yakni:

Penurunan Kejadian Penyakit	Analisa Penyebab Keberhasilan Pencapaian
Persentase penurunan kejadian penyakit malaria	Faktor yang menyebabkan keberhasilan penurunan penyakit malaria adalah: 1. Peningkatan penemuan kasus malaria. Penemuan kasus malaria dilakukan dengan pemeriksaan sediaan darah menggunakan RDT malaria dan mikroskop sesuai dengan target penemuan kasus yang telah diberikan setiap kab/kota. Kegiatan penemuan kasus ini dilakukan secara pasif dan aktif yang juga dibantu oleh kader malaria untuk penemuan kasus khususnya di wilayah yang sulit terjangkau dan terdapat populasi khusus (MMP). 2. Pengobatan kasus malaria sesuai dengan standar. Pengobatan malaria dilakukan sesuai dengan pedoman yang berlaku, baik dari jenis/regimen dan dosis obat yang digunakan. 3. Pengendalian vektor malaria. Pengendalian vektor malaria dilakukan sesuai tingkat endemisitas malaria seperti larvasidasi, IRS (*Indoor Residual Spraying*), Kelambunisasi, dan pengendalian lingkungan (manipulasi dan modifikasi lingkungan). 4. Pelaksanaan Surveilans malaria. Surveilans malaria menjadi intervensi utama dalam pengendalian malaria dalam pencapaian target eliminasi malaria. data yang dihasilkan dari kegiatan surveilans malaria dijadikan sebagai dasar dalam kegiatan penanggulangan malaria 5. Pelibatan komunitas, lintas sektor, dan lintas program. Kegiatan pengendalian malaria tidak bisa ditangani sendiri oleh sektor kesehatan, tapi harus terintegrasi dengan pihak lain. Keterlibatan LS/LP seperti Kemendagri, Kemendes, mitra pembangunan (WHO, UNICEF, UNDP, dll), dan masyarakat akan memberikan dampak yang signifikan. 6. Promosi Kesehatan Promosi kesehatan yang sudah dilakukan antara lain seperti sosialisasi kepada masyarakat dalam melakukan pengendalian vektor dan perubahan perilaku yang dapat mencegah terkena gigitan nyamuk dinilai efektif dalam meningkatkan pengetahuan, pemahaman, dan keterlibatan masyarakat dalam pencegahan dan pengendalian malaria yang berkontribusi dalam upaya penurunan kasus malaria.
Persentase penurunan kejadian penyakit diare	Persentase penurunan kejadian penyakit diare tahun 2025 sesuai dengan target karena: 1. Pelaksanaan SKD KLB dan deteksi dini serta tatalaksana kasus diare yang sesuai standar baik pada balita

Penurunan Kejadian Penyakit	Analisa Penyebab Keberhasilan Pencapaian
	maupun semua umur mencegah penyebaran dan penularan kasus diare 2. Kegiatan promotif dan preventif yang dilakukan bersama lintas program dan mitra mampu menekan terjadinya kasus diare 3. Kegiatan peningkatan kapasitas bagi pengelola program diare memiliki daya ungkit terhadap peningkatan kemampuan petugas dalam melakukan edukasi atau promosi, deteksi dini dan kewaspadaan dini, serta tatalaksana kasus diare dengan baik
Persentase penurunan kejadian penyakit pneumonia	Persentase penurunan kasus penyakit pneumonia dapat mencapai target dikarenakan: 1. Peningkatan kapasitas layanan kesehatan Persentase penurunan kasus pneumonia dapat mencapai target karena adanya peningkatan kapasitas layanan kesehatan, baik dari sisi ketersediaan fasiilitas pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan, maupun kemampuan layanan dalam melakukan deteksi dini, diagnosis, dan penatalaksanaan pneumonia secara lebih cepat dan tepat. 2. Kepatuhan terhadap standar pengobatan Meningkatnya kepatuhan tenaga kesehatan terhadap standar pengobatan yang telah ditetapkan, sehingga tata laksana pasien menjadi lebih efektif, komplikasi dapat dicegah, dan angka kesembuhan meningkat. 3. Efektivitas program pengendalian pneumonia yang dilaksanakan Kegiatan promotif dan preventif serta surveilans kasus berperan penting dalam menekan angka kejadian pneumonia dan mendukung pencapaian target penurunan kasus.
Persentase Penurunan Kejadian Penyakit DBD	Ketercapaian indikator ini didukung oleh adanya peran dari Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota dalam penguatan kegiatan penanggulangan dengue, seperti PSN 3M plus, pengendalian vektor terpadu, dan peningkatan kualitas layanan kesehatan dalam menurunkan angka kejadian dan kematian akibat dengue. Selain itu, tercapainya kinerja sebesar 160% disebabkan formula hitung indikator tersebut mengacu pada jumlah kasus tahun 2024, dimana terjadi penurunan jumlah kasus Dengue antara tahun 2024 dan 2025 yang cukup signifikan, sehingga pada tahun 2025 penurunan kasus

Untuk penurunan kejadian penyakit akibat sensitif iklim dilakukan beberapa upaya dan kegiatan yakni:

Penurunan Kejadian Penyakit	Upaya yang dilakukan
Persentase penurunan kejadian penyakit malaria	Kegiatan yang dilakukan adalah: 1. Peningkatan penemuan kasus malaria Kegiatan penemuan dilakukan secara aktif dan pasif. Kegiatan penemuan pasif dilakukan dengan pemeriksaan di Fasyankes (Puskesmas dan rumah sakit). sedangkan peningkatan penemuan aktif dilakukan dengan : a. kegiatan intensifikasi penemuan malaria seperti : *Early Diagnosis and Treatment* (EDAT) dan diikuti dengan pengobatan malaria serta pengendalian vektor malaria b. Kegiatan penemuan dan pengobatan malaria pada populasi khusus *(Mobile Migrant Population*/MMP) c. kegiatan penemuan dan pengobatan pada pelaku perjalanan melalui surveilans migrasi 1. Peningkatan tatalaksana kasus Malaria melalui kegiatan peningkatan kapasitas tenaga medis dan tenaga kesehatan terkait 2. Penyediaan alat diagnostik berupa RDT dan bahan pemeriksaan malaria. 3. Penyediaan Obat anti Malaria 4. penyediaan Larvasida, insektisida, dan kelambu anti nyamuk 5. Penatalaksanaan kasus Malaria pemberian obat malaria sesuai dengan pedoman tatalaksana 6. Pengurangan faktor risiko penularan dan pengendalian vektor Dilakukan melalui kegiatan larva source management, larvasidasi, IRS, dan pembagian kelambu. Pengurangan risiko penularan dilakukan dengan kegiatan Kampanye/Pembagian kelambu massal bagi masyarakat di daerah endemis tinggi malaria 7. Koordinasi dengan Kemendagri dalam penyusunan peraturan penggunaan anggaran daerah. 8. Adanya advokasi yang dilakukan kepada para pimpinan daerah khususnya di Tanah Papua melalui kegiatan Malaria Summit. 9. Sosialisasi GERMAS bersama mitra dalam pencegahan dan pengendalian malaria

Penurunan Kejadian Penyakit	Upaya yang dilakukan
Persentase penurunan kejadian penyakit diare	1. Pertemuan validasi data diare secara daring dengan 38 provinsi. 2. Sosialisasi tatalaksana program dan pencatatan pelaporan pada pertemuan evaluasi yang diselenggarakan oleh kabupaten kota. 3. Pertemuan internal penentuan target dan kegiatan penanggulangan diare 4. Workshop Hepatitis A dan PISP lainnya adalah kegiatan worshop terkait Penyakit Infeksi Saluran Pencernaan (PISP) seperti diare, hepatitis A dan demam tifoid 5. Orientasi Pencatatan dan Pelaporan Diare, Hepatitis A, dan Tifoid Penyakit Infeksi Saluran Pencernaan
Persentase penurunan kejadian penyakit pneumonia	1. Koordinasi Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Pneumonia (Juli – Desember 2025) Kegiatan koordinasi guna mendukung program kesehatan secara umum dan secara khusus dalam peningkatan capaian program P2 Pneumonia. Kegiatan berupa kegiatan validasi data rutin ISPA secara daring dan melalui whatsapp grup dengan penanggungjawab program ISPA Provinsi. 2. Pelaksanaan Intensifikasi penemuan kasus dan faktor risiko pada situasi khusus ISPA : Surveilans ILI SARI 3. Sosialisasi GERMAS Gejala dan Tanda Pneumonia dan Infeksi Saluran Pernapasan Akut 4. Intensifikasi penemuan kasus dan faktor risiko pneumonia 5. Webinar series dalam rangka Hari Pneumonia Sedunia Tahun 2025
Persentase Penurunan Kejadian Penyakit DBD	1. Penguatan dan pengembangan sistem pencatatan dan pelaporan kasus melalui koordinasi PJ Binwil pada masing-masing provinsi 2. Penguatan peran lintas sektor dalam melaksanakan pencegahan dan penanggulangan Dengue melalui PSN 3M+, pengendalian vektor terpadu, serta peningkatan kualitas layanan kesehatan. 3. Revitalisasi Pokjanal Dengue. Penguatan Pokjanal Dengue di daerah perlu selalu diupayakan agar wadah organisasi upaya bersama dalam penanggulangan Dengue di daerah dapat mengajak semua lintas sektor

Dalam pencapaian target indikator ditemukan beberapa kendala dan permasalahan, berikut ini kendala yang dihadapi dan upaya pemecahan masalah:

Penurunan Kejadian Penyakit	Kendala dan Permasalahan yang dihadapi	Pemecahan Masalah
Persentase penurunan kejadian penyakit malaria	Kendala yang dihadapi dalam penurunan kasus malaria adalah: 1. Keterlambatan dalam penyediaan logistik malaria seperti obat anti malaria dan RDT malaria 2. Sulitnya akses ke endemis malaria karena kendala geografis seperti daerah terpencil, dan kepulauan 3. Mobilitas tinggi penduduk dari daerah endemis malaria yang membawa serta plasmodium malaria 4. Kondisi geografis dan lingkungan mendukung vektor memiliki wilayah hutan lebat, sungai besar, rawa, dan curah hujan tinggi sepanjang tahun. 5. Aktivitas masyarakat di daerah berisiko penularan malaria seperti dalam hutan dan tambang 6. Kurangnya komitmen pemerintah daerah 7. Keterbatasan sumber daya dalam menjalankan kegiatan seperti anggaran dan SDM 8. Kurangnya kesadaran masyarakat dalam memahami dalam pencegahan penularan	Pemecahan masalah yang dilakukan adalah: 1. Berkoordinasi dengan Dit Farmalkes dalam perencanaan, pengadaan, dan pengiriman Obat anti malaria dan RDT malaria, seperti pertemuan Rencana Kebutuhan Obat (RKO) tahunan. 2. Pelibatan lintas sektor dan komunitas/kader dalam kegiatan penanggulangan malaria di daerah terpencil 3. Peningkatan kegiatan surveilans migrasi malaria dengan melibatkan B/BKK di pintu masuk wilayah dan tenaga puskesmas serta kader di wilayah yang banyak penduduknya keluar masuk wilayah tersebut. 4. Kegiatan surveilans dan pengendalian vektor seperti Larvasidasi, manipulasi dan modifikasi lingkungan, pembagian kelambu anti nyamuk, dan IRS 5. Bekerja sama dengan lintas sektor dan komunitas terkait

Penurunan Kejadian Penyakit	Kendala dan Permasalahan yang dihadapi	Pemecahan Masalah
	malaria	dalam kegiatan penanggulangan malaria di wilayah populasi berisiko seperti pekerja hutan dan tambang melalui kegiatan *Intermittent Preventive Treatment in Forest Goers* (IPTf) dan *Targeted Drug Administration* (TDA) 6. Berkoordinasi dengan Kemendagri dalam penyusunan peraturan terkait komitmen pemerintah daerah dalam penanggulangan malaria; dan advokasi ke pemerintah daerah dalam penanggulangan malaria 7. Membuat media promosi kesehatan terjait pencegahan malaria terutama di daerah endemis tinggi malaria seperti penggunaan media sosial.
Persentase penurunan kejadian penyakit diare	1. Masih banyak pengelola program yang tidak mengetahui tentang update informasi tatalaksana kasus dan tatalaksana program penanggulangan diare sesuai juknis manajemen penanggulangan PISP 2. Penggunaan format pelaporan manual yang baru belum optimal 3. Masih banyak puskesmas yang belum melakukan	1. Melakukan peningkatan kapasitas terkait update program diare, pencapaian indikator baru, dan pelaksanaan kewaspadaan dini terhadap KLB diare 2. Optimalisasi pencatatan dan pelaporan melalui SIHEPI dengan pendampingan secara

Penurunan Kejadian Penyakit	Kendala dan Permasalahan yang dihadapi	Pemecahan Masalah
	pencatatan dan pelaporan melalui SIHEPI 4. Belum semua daerah memiliki logistik yang memadai. 5. Perluasan jejaring dengan FKTP swasta dan FKRTL untuk pelaksanaan program belum optimal 6. Koordinasi lintas sektor belum optimal 7. Edukasi terkait risiko diare dan pencegahannya belum optimal	personal maupun melalui orientasi pencatatan pelaporan secara daring/luring bersumber dana daerah 3. Penyediaan logistik yang memadai dengan meningkatkan manajemen logistik melalui sistem informasi logistik yang baru bersama farmalkes yaitu SMILE 4. Meningkatkan perluasan dan penguatan jejaring dengan FKTP swasta dan FKRTL untuk pelaksanaan program baik terkait edukasi atau promosi, deteksi dini dan tatalaksana 8. Menganjurkan pelaksanaan edukasi kepada masyarakat terkait diare dan koordinasi lintas sektor kepada dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota serta puskesmas atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya secara berjenjang
Persentase penurunan kejadian penyakit pneumonia	1. Validasi data. Masih ditemukan ketidaksesuaian data yang dilaporkan melalui email tim kerja ISPA . Hal ini disebabkan antara lain karena: masih dalam pencatatan dan pelaporan ISPA serta seringnya rotasi PJ	1. Sosialisasi dan penyamaan persepsi definisi operasional ISPA/pneumonia 2. Pengusulan pengadaan/pemenuhan bertahap ARI sound timer dan pulse

Penurunan Kejadian Penyakit	Kendala dan Permasalahan yang dihadapi	Pemecahan Masalah
	ISPA tingkat Puskesmas dan Kab/Kota sehingga masih perlu dilakukan perhitungan ulang dan rendahnya kepatuhan tenaga kesehatan di Puskesmas untuk melaksanakan hitung napas, masih terdapat perbedaan persepsi dalam penegakkan diagnosis pneumonia antara dokter dan petugas MTBS, masih rendahnya kepatuhan dan pemahaman petugas 2. Intensifikasi penemuan kasus dan faktor risiko pneumonia a. Perbedaan pemahaman dan persepsi tenaga kesehatan - Terdapat perbedaan persepsi dalam diagnosis, klasifikasi, dan penetapan kematian akibat pneumonia antara tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan penanggung jawab program ISPA). - Pemahaman terhadap definisi operasional ISPA/pneumonia dan standar MTBS masih belum merata. b. Penerapan standar pelayanan yang belum optimal - Pemeriksaan balita dengan gejala ISPA belum dilakukan secara konsisten (misalnya hitung napas) akibat tingginya beban	oximeter 3. Sosialisasi pencatatan dan pelaporan ISPA/pneumonia 4. *On the Job Training* terhadap pelaksanaan surveilans sentinel ILI dan SARI 5. Supervisi dan mentoring site sentinel 6. Monitoring dan Evaluasi berkala terhadap pencatatan dan pelaporan rutin ISPA 7. Bersurat ke masing-masing organisasi profesi untuk dapat memberi masukkan terkait tatalaksana dan menetapkan batas waktu pemberian masukkan.

Penurunan Kejadian Penyakit	Kendala dan Permasalahan yang dihadapi	Pemecahan Masalah
	pelayanan. - Kesulitan dalam menegakkan diagnosis pneumonia di fasilitas pelayanan kesehatan. c. Keterbatasan sarana dan prasarana. Ketersediaan alat pendukung diagnosis seperti ARI Sound Timer dan pulse oxymeter masih terbatas atau tidak tersedia di beberapa fasilitas kesehatan. d. Pencatatan dan pelaporan yang belum optimal. Pencatatan dan pelaporan kasus ISPA/pneumonia belum berjalan optimal karena keterbatasan waktu, beban kerja ganda petugas, dan kurangnya komitmen. e. Keterbatasan kapasitas dan pelatihan petugas Sebagian besar pengelola program dan petugas pelayanan belum pernah atau perlu penyegaran pelatihan MTBS. f. Tantangan sistem rujukan dan pembiayaan - Keterbatasan pembiayaan, termasuk keterbatasan pemanfaatan BPJS untuk kasus pneumonia berat, menyebabkan hambatan dalam	

Penurunan Kejadian Penyakit	Kendala dan Permasalahan yang dihadapi	Pemecahan Masalah
	proses rujukan pasien. - Efisiensi anggaran berdampak pada tidak tersedianya anggaran khusus untuk program ISPA/pneumonia. - Pasien pneumonia datang dalam kondisi berat dan dengan komorbid, sehingga berdampak pada tingginya angka kasus dan kematian yang tercatat dan dilaporkan. 3. Revisi Juknis penanggulangan Covid-19 masih terkendala dengan beberapa organisasi profesi belum memberikan masukan terkait tatalaksana. 4. Beberapa site surveilans sentinel ILI-SARI masih belum maksimal dalam penjaringan kasus karena kasus-kasus yang didapat tidak sesuai dengan Definisi Operasional 5. Masih ditemukan data-data kasus yang dilaporkan belum sesuai karena petugas yang menginput pelaporan kasus masih bingung dan kesulitan mengoperasionalkan NAR. 6. Masih ditemukan site surveilans sentinel ILI-SARI yang belum melaporkan kasus. sebagai upaya perbaikan berkelanjutan terhadap pelaksanaan surveilans sentinel.	

Penurunan Kejadian Penyakit	Kendala dan Permasalahan yang dihadapi	Pemecahan Masalah
Persentase Penurunan Kejadian Penyakit DBD	1. Pencatatan dan pelaporan data kasus masih manual dari daerah ke pusat, sehingga sangat mungkin terjadi *delay reported*. Selain itu, data kasus yang dilaporkan ke pusat masih terbatas pada data kasus DBD, belum mencakup total seluruh kasus infeksi Dengue 2. Masih kurangnya koordinasi lintas sektor terutama dalam upaya revitalisasi pokjanal Dengue di daerah 3. Masih kurangnya peran daerah dalam penyediaan dana yang mendukung penanggulangan Dengue karena belum menjadi program prioritas	1. Melakukan konsolidasi dengan pusdatin dalam penguatan dan pengembangan sistem informasi (SIARVI) 2. Melakukan penguatan peran lintas sektor melalui SE Kementerian Dalam Negeri dalam pelaksanaan PSN 3M plus 4. Melakukan koordinasi dengan Bappenas dalam mengusulkan program penanggulangan Dengue sebagai program prioritas sehingga akan mendukung daerah dalam penganggaran program penanggulangan Dengue

20. Jumlah Desa/Kelurahan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat sebesar 11.000 desa

Tantangan yang dihadapi Indonesia terkait pembangunan kesehatan, khususnya air, sanitasi dan higiene masih sangat besar. Berbagai penyakit berbasis lingkungan berkaitan erat dengan kualitas air, sanitasi dan higiene. Hal ini telah dijelaskan oleh WHO pada Laporan terkait *World Health Statistics* 2024: *Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals* dimana beberapa dampak kesehatan seperti diare, infeksi pernapasan akut, penyakit cacing ditularkan melalui tanah dan kurangnya gizi, berkaitan dengan indikator SDGs 3.9.2 yaitu kematian akibat air tidak aman, sanitasi tidak aman dan kurangnya kebersihan tangan. Oleh karenanya, pencapaian target terhadap air minum dan sanitasi layak serta aman menjadi tujuan yang perlu diupayakan oleh semua pihak. Salah satunya peran dari Kementerian Kesehatan dalam hal pemenuhan perubahan perilaku di masyarakat (*demand creation*) melalui Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM).

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) merupakan strategi perubahan perilaku sektor sanitasi dengan menempatkan perubahan perilaku higiene dan saniter yang berkelanjutan sebagai tujuan utama. Adapun dalam menerapkan STBM terdapat 5 pilar STBM yang dapat diimplementasikan yaitu:

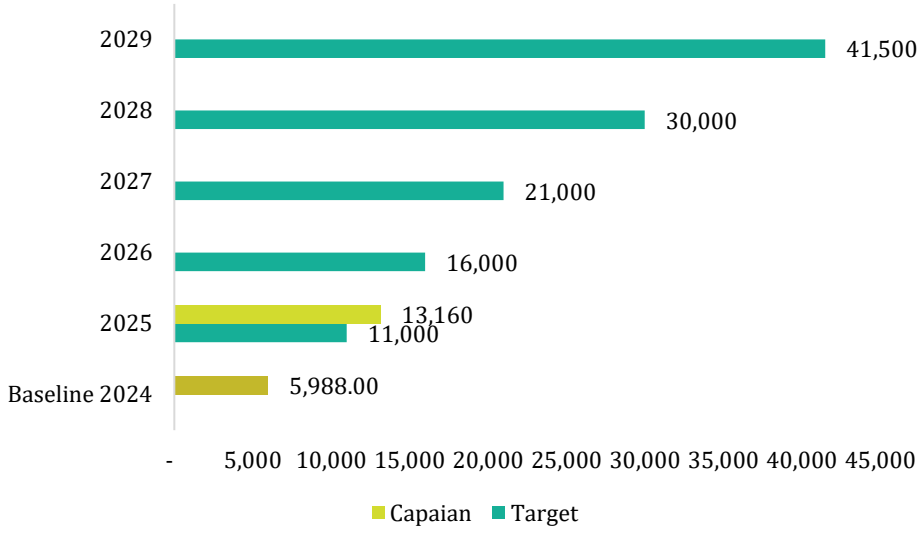
1) Pilar 1 Stop Buang Air Besar Sembarangan di tempat terbuka
2) Pilar 2 Cuci Tangan Pakai Sabun
3) Pilar 3 Pengolahan Air Minum dan Makanan Rumah Tangga
4) Pilar 4 Pengelolaan Sampah Rumah Tangga
5) Pilar 5 Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga

Dalam mencapai desa/kelurahan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat terpenuhi ketika satu desa/kelurahan mencapai 100% Kepala Keluarga telah mempraktikkan Stop Buang Air Besar Sembarangan di tempat terbuka dan minimal 75% Kepala Keluarga berperilaku minimal 3 pilar Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) lainnya. Adapun yang dimaksud minimal 3 pilar STBM lainnya merupakan kombinasi implementasi dan pelaksanaan dari pilar ke 2 sampai dengan pilar ke 5 STBM.

Definisi Operasional Indikator adalah Desa/kelurahan yang telah 100% KK terverifikasi Stop Buang Air Besar Sembarangan di tempat terbuka, dan 75% KK mengimplementasikan 3 pilar lainnya. Cara perhitungan yakni Jumlah desa/kelurahan yang telah 100% KK terverifikasi Stop Buang Air Besar Sembarangan di tempat terbuka, dan 75% KK mengimplementasikan 3 pilar lainnya.

Capaian indikator jumlah desa/kelurahan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat tahun 2025 adalah 13.160 desa/kelurahan dari target tahun 2025 yaitu 11.000 desa/kelurahan. Indikator jumlah desa/kelurahan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat merupakan indikator baru pada RPJMN 2025-2029. Indikator ini dapat tercapai dengan dukungan, kolaborasi, dan kerjasama dari lintas sektor dan program serta komitmen dari pemerintah daerah dalam pemenuhan sanitasi bagi masyarakat yang merupakan Standar Pelayanan Minimal (SPM) di daerah. Bila dibandingkan dengan target sebesar 11.000 desa/kelurahan maka capaian indikator telah melebihi target kinerja dengan persentase capaian kinerja sebesar 119.6%. Bila dibandingkan dengan baseline tahun 2024 dan prediksi ketercapaian target tahun 2026-2029 maka perbandingannya digambarkan sebagai berikut:

Grafik 3.44. Perbandingan Baseline, Target dan Capaian Indikator Jumlah Desa/Kelurahan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)



Sumber Data: Laporan Direktorat Kesehatan Lingkungan, Januari 2026

Indikator jumlah desa/kelurahan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat merupakan indikator baru pada RPJMN 2025-2029. Indikator ini dapat tercapai dengan dukungan, kolaborasi, dan kerjasama dari lintas sektor dan program serta komitmen dari pemerintah daerah dalam pemenuhan sanitasi bagi masyarakat yang merupakan Standar Pelayanan Minimal (SPM) di daerah. Target pada tahun-tahun selanjutnya perlu menjadi perhatian untuk dapat mencapai kabupaten/kota Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM). Hal ini dikarenakan dalam strategi penyelenggaraan STBM diperlukan 3 komponen yang saling mendukung satu dengan yang lain yaitu:

1) *Enabling environment*
   yang mencakup advokasi kepada Pemerintah, Pemerintah Daerah dan pemangku kepentingan dalam mengembangkan komitmen bersama untuk melembagakan program pembangunan sanitasi yang berkelanjutan. Hal ini untuk mendapatkan hasil terkait:
   a) Komitmen pemerintah daerah untuk penyediaan sarana sanitasi layak dan aman bagi masyarakat.
   b) Kebijakan daerah dan peraturan daerah yang mendukung program sanitasi seperti Peraturan Daerah, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD), Rencana Strategis (Renstra) Daerah, Peraturan Desa, dan lain-lain.
   c) Terbentuknya forum koordinasi perangkat daerah untuk kelompok kerja yang mengarusutamakan sektor sanitasi yang menghasilkan peningkatan anggaran sanitasi daerah serta koordinasi sumber daya dari Pemerintah maupun non Pemerintah seperti Kelompok Kerja Perumahan dan Kawasan Permukiman

(Pokja PKP) atau Kelompok Kerja Air Minum dan Penyehatan Lingkungan (Pokja AMPL) baik di level provinsi maupun kabupaten/kota.

d) Tersedianya tim STBM berbagai level pada satuan administrasi pemerintahan seperti tim STBM desa/kelurahan, tim STBM kecamatan dan perlunya fasilitator STBM beserta dengan program peningkatan kapasitasnya terkait STBM.

2) *Demand creation*, yang mencakup pemicuan perubahan perilaku 5 pilar STBM, promosi dan kampanye perubahan perilaku higienis dan saniter, menggalang komitmen masyarakat dalam perubahan perilaku dan penyampaian pesan perubahan perilaku melalui semua saluran komunikasi.

3) *Supply creation*

yang mencakup terkait peningkatan penyediaan akses sanitasi secara khusus diprioritaskan untuk meningkatkan dan mengembangkan percepatan penyediaan akses dan layanan sanitasi yang layak, aman, memenuhi syarat kesehatan, bisa digunakan oleh semua orang dan terjangkau melalui pengembangan teknologi inovatif melalui pengembangan pasar sanitasi dan peningkatan kualitas sarana, yaitu:

a) Memastikan sarana sanitasi yang terbangun aman dan bisa digunakan semua orang yang dapat diakses secara aman termasuk penyandang disabilitas;
b) Mengembangkan opsi teknologi sarana 5 pilar STBM yang sesuai kebutuhan dan terjangkau;
c) Menciptakan dan memperkuat jejaring pasar sarana 5 pilar STBM;
d) Mengembangkan mekanisme peningkatan kapasitas pelaku pasar sarana 5 pilar STBM;
e) Mengembangkan mekanisme pendanaan pembangunan dan peningkatan kualitas sarana 5 pilar STBM baik melalui antara lain kredit mikro, hibah, arisan, penggunaan dana ziswaf dll;
f) Mengembangkan wirausaha STBM dan kelembagaannya untuk memastikan keberlanjutan misalnya BUMDes, koperasi, asosiasi, CSR, atau bentuk lainnya.

Upaya yang dilakukan untuk pencapaian target antara lain:

1) Penguatan pendampingan oleh koordinator wilayah di tingkat Pusat untuk melakukan pemantauan dan evaluasi pada implementasi STBM di daerah dapat berjalan baik sampai tingkat masyarakat.
2) Kerjasama dan kolaborasi lintas Kementerian yaitu Kementerian Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Pekerjaan Umum dan Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Kementerian PPN/Bappenas) yang tergabung dalam Kelompok Kerja Perumahan,

Permukiman, Air Minum dan Sanitasi (Pokja PPAS) Nasional dalam mendukung pencapaian target sanitasi berkelanjutan termasuk STBM.

3) Memasukkan program STBM dalam dokumen perencanaan bidang sanitasi yaitu Strategi Sanitasi Kabupaten/Kota yang disusun oleh Kelompok Kerja Perumahan dan Kawasan Permukiman (Pokja PKP) Kabupaten/Kota dengan didampingi oleh Pokja PKP Provinsi.
4) Advokasi kepada Pemerintah Daerah melalui pemberian penghargaan STBM (STBM *Award*) sebagai pemicu bagi daerah lainnya untuk mencapai target STBM.
5) Pemantauan dan evaluasi pelaksanaan STBM pada setiap triwulan.
6) Pendampingan pelaksanaan pemutakhiran Studi EHRA dan pemutakhiran Strategi Sanitasi Kabupaten/Kota baik bagi kabupaten/kota yang masuk dalam SK Kementerian Dalam Negeri tentang Penetapan Lokus Dampingan Program Percepatan Pembangunan Sanitasi tahun 2025 ataupun yang secara mandiri melaksanakan pemutakhiran.

Kendala dan permasalahan yang dihadapi dalam pencapaian target indikator yakni:

1) Indikator Jumlah Desa/Kelurahan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat merupakan indikator baru pada RPJMN 2025-2029 sehingga memerlukan pendampingan secara rutin dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi program STBM.
2) Pemenuhan layanan sarana sanitasi baik sektor limbah domestik, persampahan maupun air minum belum terpenuhi dengan baik dari sektor air minum dan sanitasi bagi masyarakat yang sudah berubah perilakunya.
3) Belum semua desa/kelurahan dilakukan verifikasi STBM untuk indikator jumlah desa/kelurahan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat, sedangkan berdasarkan data inputan sudah mencapai target 100% SBS dan 75% KK untuk 3 pilar lainnya.
4) Masih terkendalanya sistem informasi berbasis aplikasi yang mengalami peretasan sehingga masih dalam tahap pengujian kembali oleh Pusat Data dan Teknologi Informasi (Pusdatin).

Pemecahan Masalah yang telah dilakukan untuk mencapai target kinerja antara lain:

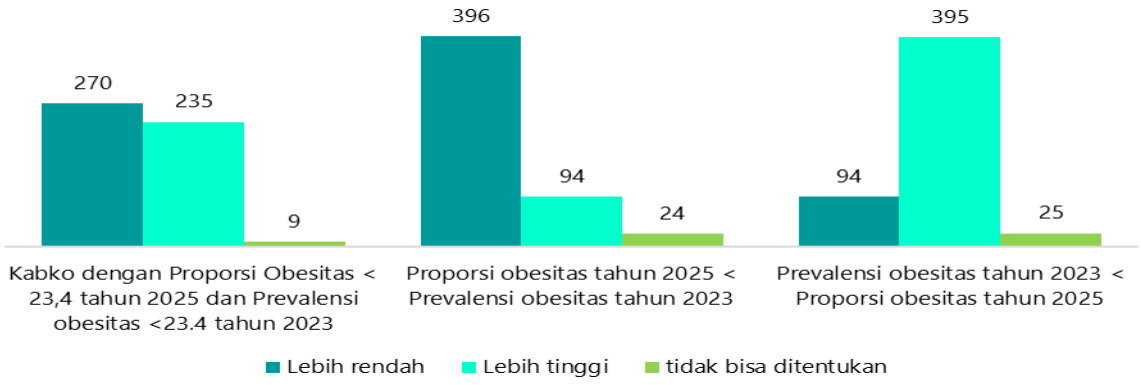
1) Pembentukan koordinator wilayah di tingkat Pusat untuk melakukan pendampingan, pemantauan dan evaluasi pada implementasi STBM di daerah agar dapat berjalan baik sampai tingkat masyarakat.
2) Memasukkan program STBM dalam dokumen perencanaan bidang sanitasi yaitu Strategi Sanitasi Kabupaten/Kota yang disusun oleh Kelompok Kerja Perumahan dan Kawasan Permukiman (Pokja PKP) Kabupaten/Kota dengan didampingi oleh Pokja PKP Provinsi.
3) Pendampingan pada beberapa kabupaten/kota untuk melakukan verifikasi STBM terhadap indikator jumlah desa/kelurahan STBM.
4) Menggunakan *backup* pengumpulan data dengan link *google spreadsheet* yang dapat diakses oleh petugas pusat dan daerah.

21. Persentase Kabupaten/kota yang memiliki proporsi obesitas < 23,4% sebesar 50%

Obesitas merupakan suatu kondisi medis yang ditandai dengan penumpukan lemak tubuh yang berlebihan, sehingga dapat menimbulkan dampak negatif terhadap kesehatan. Secara klinis, obesitas biasanya diukur menggunakan Indeks Massa Tubuh (IMT/BMI), dengan kriteria IMT ≥ 30 kg/m^2 menurut WHO. Di Indonesia, Kementerian Kesehatan menggunakan cut-off point IMT ≥ 25 kg/m^2 untuk kategori obesitas pada populasi dewasa Asia. Obesitas bukan hanya persoalan estetika, tetapi merupakan faktor risiko utama berbagai penyakit tidak menular (PTM) seperti diabetes melitus tipe 2, hipertensi, penyakit jantung koroner, stroke, hingga beberapa jenis kanker. Proporsi obesitas didefinisikan sebagai persentase penduduk yang memiliki status obesitas berdasarkan kriteria IMT dewasa (IMT ≥ 25 kg/m^2) dibandingkan dengan total populasi yang diukur. Dalam analisis ini, proporsi obesitas diklasifikasikan menjadi dua kategori, yaitu < 23,4% dan ≥ 23,4%, dengan angka 23,4% digunakan sebagai nilai pembanding yang merepresentasikan prevalensi obesitas nasional**.** Definisi operasional untuk indikator prevalensi obesitas >18 tahun adalah Persentase jumlah penduduk umur >18 tahun dengan hasil pengukuran Indeks Massa Tubuh (IMT) ≥27 pada wilayah dan periode waktu tertentu. Cara perhitungan indikator prevalensi obesitas >18 tahun adalah Jumlah penduduk umur >18 tahun dengan hasil pengukuran IMT ≥27 dibagi dengan jumlah populasi sasaran dikali 100%.

Capaian indikator Persentase Kabupaten/kota yang memiliki proporsi obesitas < 23,4% tahun 2025 sebanyak 83.8% atau sebesar 431 Kab/Kota. Bila dibandingkan dengan target 50% maka indikator ini telah mencapai target dengan persentase kinerja sebesar 168%. Indikator Persentase Kabupaten/kota yang memiliki proporsi obesitas < 23,4% baru dijadikan indikator pada tahun 2025, meskipun demikian pemantauan proporsi obesitas telah

Grafik 3.45. Prevalensi dan Proporsi Obesitas Tahun 2023 dan 2025



Sumber Data: ASIK, Desember 2026

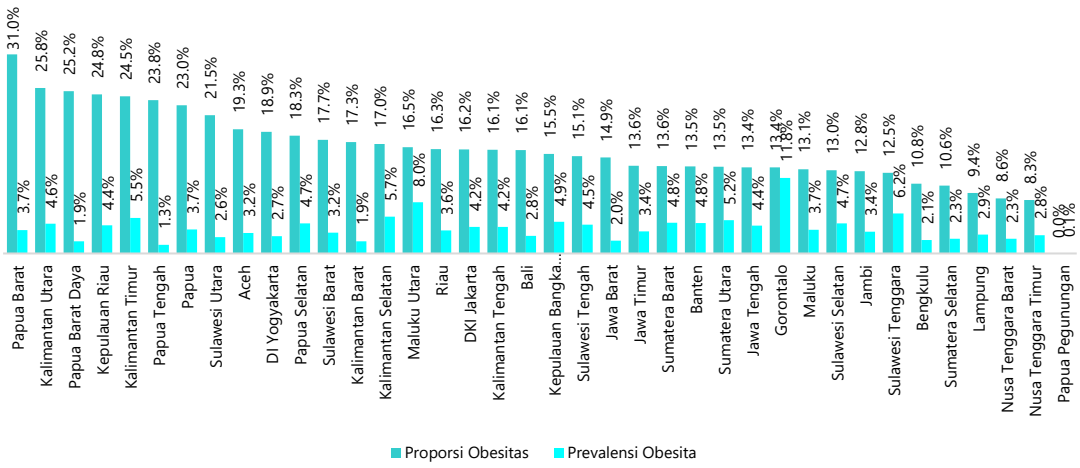
Grafik menunjukkan bahwa kabupaten/kota dengan proporsi obesitas < 23,4% tahun 2025 dan prevalensi obesitas < 23,4% tahun 2023, terlihat bahwa sebagian besar kabupaten/kota berada pada kategori lebih rendah (270 kab/kota). Jumlah kabupaten/kota yang berada pada kategori lebih tinggi masih cukup besar (235 kab/kota), sedangkan yang tidak bisa ditentukan relatif sangat sedikit (9 kab/kota). Kondisi ini menunjukkan bahwa meskipun banyak daerah telah berada di bawah ambang 23,4%, masih terdapat variasi capaian antara proporsi obesitas dan prevalensi obesitas antarperiode. Selanjutnya grafik juga menunjukkan bahwa perbandingan proporsi obesitas tahun 2025 < prevalensi obesitas tahun 2023. Pada kelompok ini, jumlah kabupaten/kota dengan kategori lebih rendah sangat dominan, yaitu sebanyak 396 kab/kota. Sebaliknya, hanya 94 kab/kota yang berada pada kategori lebih tinggi, dan 24 kab/kota tidak dapat ditentukan. Temuan ini mengindikasikan bahwa di sebagian besar wilayah terjadi penurunan proporsi obesitas pada tahun 2025 dibandingkan dengan prevalensi obesitas tahun 2023, yang dapat diinterpretasikan sebagai sinyal perbaikan atau keberhasilan upaya pengendalian obesitas.

Berbeda dengan kelompok sebelumnya, pada kelompok ketiga yaitu prevalensi obesitas tahun 2023 lebih rendah dari proporsi obesitas tahun 2025, justru terlihat dominasi kategori lebih tinggi dengan jumlah 395 kabupaten/kota. Sementara itu, kategori lebih rendah hanya mencakup 94 kab/kota, dan 25 kab/kota tidak dapat ditentukan. Pola ini menunjukkan bahwa pada banyak daerah terjadi peningkatan proporsi obesitas pada tahun 2025 dibandingkan prevalensi obesitas tahun 2023, yang mengindikasikan adanya potensi masalah baru atau tantangan lanjutan dalam pengendalian faktor risiko obesitas.

Jumlah sasaran Deteksi Dini (DD) obesitas pada tahun 2025 mencapai 204,46 juta penduduk, dengan capaian pemeriksaan sebesar 52,04 juta jiwa atau 25,5%. Dari hasil pemeriksaan tersebut, tercatat 7,26 juta kasus obesitas, dengan proporsi obesitas nasional sebesar 13,9% dan prevalensi obesitas sebesar 3,5%. Angka ini menunjukkan bahwa meskipun proporsi obesitas relatif tinggi, prevalensi masih tampak rendah, yang mengindikasikan bahwa cakupan deteksi dini belum optimal di seluruh wilayah. Provinsi dengan capaian deteksi dini obesitas tertinggi adalah Gorontalo, dengan capaian mencapai 88%, jauh melampaui rata-rata nasional. Disusul oleh Sulawesi Tenggara (50%) dan Maluku Utara (48%). Tingginya cakupan DD di provinsi-provinsi ini berdampak langsung pada prevalensi obesitas yang juga tinggi, terutama di Gorontalo yang mencatat prevalensi tertinggi nasional sebesar 11,8%. Hal ini menunjukkan bahwa semakin baik cakupan deteksi dini, semakin banyak kasus obesitas yang berhasil diidentifikasi.

Sebaran capaian Prevalensi dan Proporsi Obesitas digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.46. Prevalensi dan Proporsi Obesitas Tahun 2025



Sumber Data: Laporan Direktorat PTM, Januari 2026

Berdasarkan grafik, terlihat adanya variasi yang cukup lebar antarprovinsi dalam hal proporsi obesitas dan prevalensi obesitas. Secara umum, provinsi-provinsi di wilayah timur Indonesia mendominasi kelompok dengan proporsi obesitas tertinggi. Papua Barat menempati posisi teratas dengan proporsi obesitas sekitar 31,0%, diikuti Kalimantan Utara, Papua Barat Daya, Kepulauan Riau, dan Kalimantan Timur yang semuanya berada di atas 24%. Kondisi ini menunjukkan bahwa obesitas bukan hanya masalah perkotaan di wilayah barat, tetapi juga menjadi isu penting di kawasan timur dan wilayah dengan karakteristik geografis khusus.

Prevalensi obesitas, nilainya relatif lebih rendah dibandingkan proporsi obesitas, namun tetap menunjukkan pola sebaran yang mirip. Beberapa provinsi dengan proporsi obesitas tinggi juga memiliki prevalensi obesitas yang cukup menonjol, seperti Kalimantan Timur, Maluku Utara, Gorontalo, dan Sulawesi Tenggara, dengan prevalensi berada pada kisaran 5–8%. Hal ini mengindikasikan bahwa di wilayah tersebut, obesitas telah berkembang menjadi masalah kesehatan masyarakat yang nyata, bukan sekadar proporsi kasus yang terakumulasi.

Sebaliknya, provinsi dengan proporsi obesitas terendah didominasi oleh wilayah Nusa Tenggara Timur, Nusa Tenggara Barat, Lampung, Bengkulu, Sumatera Selatan, serta Papua Pegunungan. Papua Pegunungan berada pada posisi paling rendah dengan proporsi obesitas sekitar 8,3% dan prevalensi yang hampir nol. Pola ini dapat mencerminkan perbedaan gaya hidup, pola konsumsi, tingkat urbanisasi, serta akses terhadap makanan tinggi kalori dan aktivitas fisik antarwilayah. Perbedaan antara proporsi obesitas dan prevalensi obesitas di hampir seluruh provinsi menunjukkan bahwa meskipun proporsi

individu dengan obesitas relatif tinggi, laju kejadian atau kasus obesitas baru (prevalensi) tidak selalu sebanding. Hal ini dapat dipengaruhi oleh faktor demografi, durasi kondisi obesitas, maupun perbedaan metode pencatatan dan deteksi kasus. Secara keseluruhan, grafik ini menegaskan adanya ketimpangan regional obesitas di Indonesia, sehingga intervensi pencegahan dan pengendalian obesitas perlu disesuaikan dengan karakteristik wilayah dan tingkat keparahan masalah di masing-masing provinsi.

Obesitas memiliki dampak luas baik terhadap kesehatan individu maupun sistem kesehatan masyarakat, antara lain:

1. Dampak kesehatan: meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular, diabetes melitus tipe 2, gangguan pernapasan (seperti sleep apnea), osteoartritis, serta kanker tertentu (misalnya kanker payudara dan kolon).
2. Dampak psikososial: menurunkan kualitas hidup, memicu stigma sosial, depresi, serta menurunkan produktivitas kerja.
3. Dampak ekonomi: meningkatkan biaya perawatan kesehatan baik bagi individu maupun negara, karena obesitas berkontribusi pada meningkatnya beban penyakit tidak menular.

Indikator Persentase Kabupaten/kota yang memiliki proporsi obesitas < 23,4% tidak mencapai target pada tahun 2025, hal ini disebabkan beberapa faktor penghambat antara lain:

1. Kurangnya Kesadaran dan Edukasi Masyarakat yang mengakibatkan banyaknya masyarakat yang belum menyadari pentingnya deteksi dini obesitas.
2. Masyarakat masih beranggapan bahwa obesitas bukan sebuah penyakit sehingga fokus sering kali hanya pada penyakit yang sudah muncul (misalnya, diabetes, hipertensi), bukan pada faktor risikonya.
3. Terbatasnya Akses ke Layanan Kesehatan, terutama di daerah terpencil, belum optimal dalam menyediakan layanan skrining dan deteksi dini obesitas dan kurangnya tenaga kesehatan yang terlatih dalam penanganan obesitas secara komprehensif.
4. Perubahan gaya hidup dan pola makan: meningkatnya konsumsi makanan cepat saji, minuman berpemanis, dan makanan tinggi lemak serta garam. Gaya Hidup Tidak Sehat seperti pola makan tinggi kalori dan rendah gizi (fast food, minuman manis, dsb), Paparan terhadap iklan makanan tidak sehat, terutama pada anak-anak serta kurangnya aktivitas fisik disebabkan karena urbanisasi dan digitalisasi menyebabkan masyarakat cenderung sedentary (banyak duduk, minim bergerak).
5. Faktor Sosial Ekonomi yaitu masyarakat berpenghasilan rendah cenderung memiliki akses terbatas ke makanan sehat dan fasilitas olahraga.

Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan jumlah Kab/Kota dengan prevalensi obesitas <23.4% yakni:

1. Melakukan evaluasi capaian per Semester dengan Dinas Kesehatan Provinsii dan Kab/Kota untuk mengidentifikasi tantangan yang timbul di tiap daerah dan melaporkan secara berkala.
2. 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

Dalam pengendalian obesitas ditemukan beberapa permasalahan dan tantangan yakni:

1. Transisi Epidemiologi dan Gizi yang Cepat.
   Indonesia tengah mengalami transisi gizi ganda, di mana masalah kekurangan gizi masih ada, dan sisi lain kasus obesitas meningkat pesat. Urbanisasi, perubahan pola kerja, dan globalisasi pangan mendorong konsumsi makanan tinggi energi, gula, garam, dan lemak, sementara aktivitas fisik masyarakat menurun.
2. Perubahan pola konsumsi pangan
   Ketersediaan makanan *ultra-proses (ultra-processed foods)* yang murah, mudah didapatkan, dan secara masif dipromosikan menjadi kendala besar. Konsumsi minuman berpemanis dalam kemasan (MBDK), makanan cepat saji, dan makanan ringan tinggi kalori meningkat, terutama pada kelompok usia muda
3. Rendahnya aktifitas fisik masyarakat.
   Perubahan lingkungan binaan *(built environment)* yang kurang mendukung aktivitas fisik—seperti minimnya ruang terbuka hijau, trotoar yang tidak ramah pejalan kaki, dan transportasi publik yang belum optimal. Selain itu, budaya sedentari akibat penggunaan gawai dan pekerjaan berbasis online semakin meningkat.
4. Determinan sosial dan ketimpangan ekonomi.
   Obesitas di Indonesia semakin banyak ditemukan pada kelompok sosial ekonomi menengah ke bawah. Makanan tidak sehat sering kali lebih murah dan mengenyangkan dibandingkan pilihan sehat
5. Keterbatasan Sistem Kesehatan dalam Pencegahan.
   Sistem kesehatan Indonesia masih relatif kuratif-oriented, dengan fokus besar pada pengobatan komplikasi obesitas (diabetes, hipertensi, penyakit kardiovaskular) dibandingkan pencegahan primer. Skrining obesitas, konseling gizi, dan intervensi perubahan perilaku di layanan primer, termasuk Puskesmas, belum optimal akibat keterbatasan SDM, waktu layanan, dan insentif program

Strategi Pemecahan Masalah yang dilaksanakan antar lain

1. Penguatan Sistem Kesehatan Primer

Saat ini telah dilakukan pencegahan primer dan sekunder seperti Skrining IMT dan lingkar perut melalui kegiatan CKG di Puskesmas, Posbindu PTM, dan UKS.

2. Kebijakan pangan sehat
   Dilakukan intervensi berbasis perilaku seperti Konseling gizi dan aktivitas fisik dipuskesmas melalui kegiatan posbindu di meja ke lima dengan melakukan Penguatan peran tenaga gizi dan promkes serta melakukan integrasi program penurunan berat badan dengan pengelolaan DM, hipertensi, dan dislipidemia.
3. Pendekatan Berbasis Siklus Hidup
   Obesitas harus dicegah sejak dini untuk memutus siklus antar generasi yaitu mencegah obesitas sejak kehamilan (edukasi gizi ibu hamil). Promosi ASI eksklusif dan MP-ASI sesuai standar serta melakukan skrining obesitas sejak di sekolah.

22. Persentase kab/kota dengan pengendalian kejadian luar biasa (KLB)/wabah sebesar 40%

Kabupaten/Kota dengan Pengendalian Kejadian Luar Biasa (KLB)/Wabah adalah daerah yang memiliki kapasitas dan sistem yang berfungsi secara efektif dan berkelanjutan untuk melakukan deteksi dini, respons cepat (≤24 jam), dan pengendalian faktor risiko kesehatan secara terintegrasi guna mencegah meluasnya kejadian penyakit serta meminimalkan dampak kesehatan masyarakat. Hal ini sejalan dengan amanat *International Health Regulations (2005)* dan kerangka WHO, yang menekankan pentingnya kapasitas inti surveilans, respons, dan kesiapsiagaan di seluruh tingkatan pemerintahan. Kabupaten/Kota dengan pengendalian KLB/wabah ditandai oleh terselenggaranya surveilans epidemiologi yang sensitif, penilaian risiko yang cepat, respons kesehatan masyarakat yang tepat waktu, serta koordinasi lintas sektor yang efektif, sebagaimana ditekankan dalam *WHO Framework for Strengthening Health Emergency Preparedness* dan *Joint External Evaluation (JEE)*.

Dalam konteks nasional, indikator ini mencerminkan pelaksanaan tanggung jawab pemerintah daerah sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 dan peraturan turunannya, yang mencakup keberadaan dan fungsi sistem surveilans aktif, tim respons cepat, mekanisme pelaporan dan koordinasi, serta dukungan kebijakan dan sumber daya. Dengan demikian, indikator ini tidak hanya menilai keberadaan kebijakan atau struktur, tetapi juga fungsi nyata sistem kesehatan daerah dalam mencegah, mendeteksi, dan merespons KLB/wabah secara efektif dan berkelanjutan, sebagai bagian dari ketahanan kesehatan nasional dan global.

Definisi operasional indikator adalah Persentase Kabupaten/Kota yang melaksanakan deteksi dan respon potensi KLB (Kejadian Luar Biasa)/Wabah serta pengendalian faktor risiko kesehatan yang berpotensi KLB/Wabah, yang memenuhi 4 dari 5 kriteria berikut:

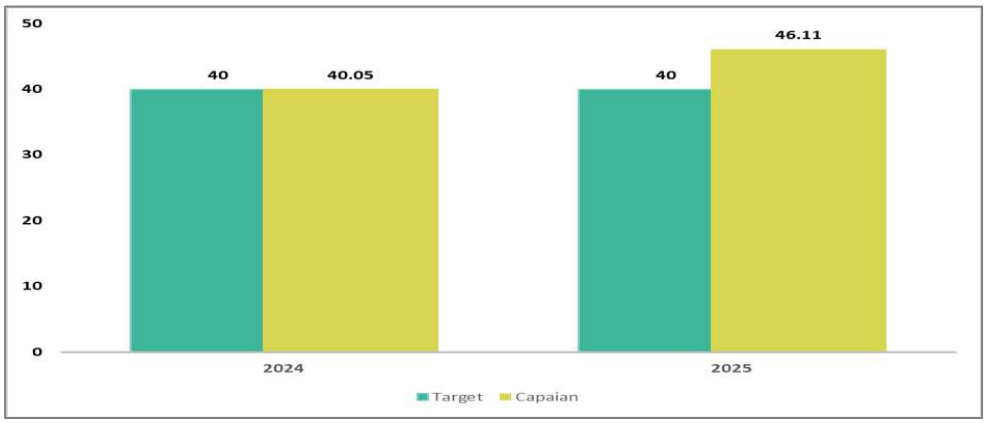
1. Melaksanakan respon terhadap min. 80% sinyal SKDR dalam waktu <24 Jam.
2. Melakukan pemetaan risiko penyakit infeksi emerging dan menyusun rekomendasinya.
3. Mempunyai kapasitas dalam penanggulangan penyakit dan/atau faktor risiko kesehatan berpotensi wabah.
4. Puskesmasnya melaksanakan Surveilans dan Intervensi Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit.
5. Memiliki kapasitas surveilans berbasis laboratorium dan mendeteksi penyakit potensial KLB/Wabah dan/atau faktor risiko kesehatan.

Berikut cara perhitungan persentase Kab/Kota dengan pengendalian kejadian luar biasa (KLB)/Wabah:

$$\frac{Jumlah\ Kabupaten\ atau\ Kota\ yang\ memenuhi\ 4\ dari\ 5\ kriteria\ indikator\ komposit}{Jumlah\ Kabupaten\ atau\ Kota}\ x\ 100\%$$

Capaian Kabupaten/Kota yang melaksanakan deteksi dan respons potensi Kejadian Luar Biasa (KLB)/wabah serta pengendalian faktor risiko kesehatan berpotensi KLB/wabah pada tahun 2025 mencapai 237 dari 514 Kabupaten/Kota. Kabupaten/Kota tersebut telah memenuhi minimal 4 dari 5 kriteria yang ditetapkan, sehingga diperoleh capaian indikator sebesar 46,11 persen. Dengan capaian tersebut, persentase kinerja mencapai 115,27 persen terhadap target yang telah ditetapkan.

Grafik 3.47. Persentase Kab/Kota dengan Pengendalian KLB/wabah Tahun 2024-2025

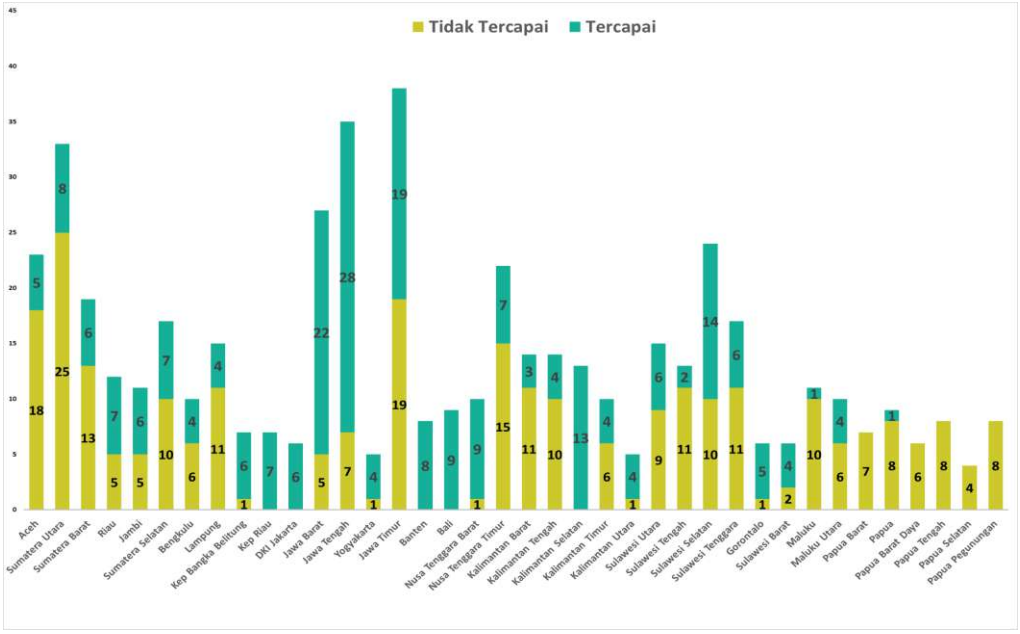


Sumber Data: Laporan Direktorat Surveilans dan Karatina Kesehatan, Januari 2026

Berdasarkan tren capaian sebagaimana ditunjukkan pada grafik, pada tahun 2024 indikator ini telah mencapai 40,05 persen dan memenuhi target yang ditetapkan. Selanjutnya, pada tahun 2025 terjadi peningkatan capaian menjadi 46,11%, yang menunjukkan adanya perbaikan dan penguatan kapasitas Kabupaten/Kota dalam

deteksi dini, respons cepat, serta pengendalian faktor risiko kesehatan berpotensi KLB/wabah secara berkelanjutan.

Grafik 3.48. Capaian Kabupaten/Kota dengan pengendalian kejadian luar biasa(KLB)/Wabah



Sumber Data: Laporan Direktorat Surveilans dan Karatina Kesehatan, Januari 2026

Berdasarkan grafik diatas, dari 38 Provinsi, terdapat 5 Provinsi yang Kabupaten/Kotanya telah tercapai, 28 Provinsi yang Kabupaten/Kotanya telah tercapai beberapa menunya, dan 5 Provinsi yang Kabupaten/Kotanya belum tercapai semua indikator komposit sesuai dengan definisi operasional yang ditetapkan yaitu Papua Barat, Papua Barat Daya, Papua Tengah, Papua Selatan dan Papua Pegunungan.

Capaian Kabupaten/Kota yang melaksanakan deteksi dan respons potensi KLB/wabah serta pengendalian faktor risiko kesehatan berpotensi KLB/wabah pada tahun 2025 mencapai 46,11 persen (237 dari 514 Kabupaten/Kota), dengan persentase kinerja sebesar 115,27 persen terhadap target yang ditetapkan. Capaian ini menunjukkan kemajuan signifikan dibandingkan tahun 2024 yang telah mencapai 40,05 persen, sekaligus menggambarkan penguatan kapasitas daerah secara bertahap dan berkelanjutan.

Peningkatan capaian indikator ini mencerminkan hasil dari penguatan sistem surveilans epidemiologi, peningkatan kecepatan respons awal, serta penguatan mekanisme pengendalian faktor risiko kesehatan di tingkat Kabupaten/Kota, sebagaimana diarahkan dalam kebijakan nasional bidang kesehatan dan kesiapsiagaan kedaruratan kesehatan. Capaian tersebut juga sejalan dengan prinsip

International Health Regulations (2005) dan kerangka *WHO IHR Monitoring and Evaluation Framework* yang menekankan pentingnya kapasitas deteksi dini dan respons cepat di tingkat subnasional.

Namun demikian, distribusi capaian antar provinsi belum merata. Berdasarkan grafik capaian per provinsi, dari 38 provinsi, terdapat 5 provinsi yang seluruh Kabupaten/Kotanya telah memenuhi kriteria pengendalian KLB/wabah, 28 provinsi yang sebagian Kabupaten/Kotanya telah memenuhi kriteria, serta 5 provinsi yang belum memiliki Kabupaten/Kota yang memenuhi seluruh indikator komposit sesuai definisi operasional, yaitu Papua Barat, Papua Barat Daya, Papua Tengah, Papua Selatan, dan Papua Pegunungan.

Kondisi tersebut mencerminkan tantangan struktural dan geografis yang masih dihadapi Indonesia, khususnya di wilayah dengan karakteristik daerah otonomi baru, keterbatasan infrastruktur layanan kesehatan, keterjangkauan wilayah, ketersediaan dan distribusi sumber daya manusia kesehatan, serta keterbatasan kapasitas surveilans dan laboratorium. Selain itu, proses penguatan sistem di wilayah-wilayah tersebut masih memerlukan waktu untuk konsolidasi kelembagaan, pemenuhan standar operasional, serta integrasi sistem pelaporan dan respons sesuai kebijakan nasional.

Secara keseluruhan, capaian indikator ini menunjukkan bahwa Indonesia telah berada pada jalur yang tepat dalam memperkuat kapasitas pengendalian KLB/wabah di tingkat Kabupaten/Kota. Tantangan yang masih ada lebih mencerminkan kesenjangan kapasitas antar wilayah, bukan lemahnya sistem secara nasional. Oleh karena itu, peningkatan capaian ke depan perlu difokuskan pada pendekatan afirmatif dan berbasis wilayah, khususnya bagi provinsi dengan capaian rendah, melalui pendampingan teknis, penguatan surveilans dan laboratorium, peningkatan kapasitas SDM, serta penguatan koordinasi lintas sektor, guna mendorong pemerataan kemampuan pengendalian KLB/wabah secara nasional.

Upaya yang dilakukan untuk pengendalian kejadian luar biasa (KLB)/Wabah adalah sebagai berikut:

1. *Refreshing/On the Job training* bagi petugas SKDR (luring dan daring), pelatihan SKDR *by* MOOC, pelatihan dan akselerasi RS TNI Polri dan RSUD-RS Swasta sebagai unit pelapor dan *Workshop* manajemen analisis data SKDR
2. Evaluasi rutin bulanan kinerja SKDR
3. Penyampaian *feedback* kinerja SKDR berupa buletin mingguan
4. Pendampingan Penyelidikan Epidemiologi kepada daerah saat kejadian peningkatan kasus/KLB.

5. Melakukan peningkatan kompetensi petugas di tingkat Kabupaten/Kota dan Puskesmas, serta optimalisasi pemanfaatan sarana surveilans dan laboratorium untuk mendukung deteksi dan pengendalian KLB/wabah.
6. Piloting penguatan surveilans berbasis masyarakat sebagai *supporting* pelaporan SKDR
7. Pengembangan sistem informasi pemetaan risiko PIE berbasis web untuk mempermudah pelaksanaan pemetaan risiko PIE
8. Sosialisasi pelaksanaan pemetaan risiko PIE untuk 514 dinas kesehatan kabupaten/kota dan 38 dinas kesehatan provinsi
9. Pelaksanaan pendampingan teknis secara berkala kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota terkait pengisian tools pemetaan risiko PIE dan penyusunan dokumen rekomendasi, baik lewat daring maupun luring.
10. Monitoring berkala setiap minggu untuk perkembangan pelaksanaan pengisian tools pemetaan risiko dan penyusunan rekomendasi
11. Fasilitasi dan pendampingan teknis dalam penyusunan dokumen Rencana Kontingensi kepada Kab/Kota Lokus.
12. Melakukan monitoring dan sharing data Ketersediaan Dokumen Rencana Kontingensi kepada Kab/kota secara berkala.

Kendala dan permasalahan yang dihadapi dalam pencapaian target antara lain:

1. Rotasi/mutasi petugas surveilans yang cukup tinggi dan seringkali tidak diikuti dengan proses serah terima tugas yang baik
2. Beban ganda pekerjaan tenaga surveilans di unit pelapor/dinkes
3. Keterlambatan dalam verifikasi/respon penanggulangan kejadian penyakit potensi KLB/Wabah (>24 Jam)
4. Fasyankes sebagai unit pelapor belum rutin memunculkan alert penyakit potensial KLB yang dipantau.
5. Pengisian tools pemetaan risiko PIE dan penyusunan dokumen rekomendasi yang "terlambat" diselesaikan (baru selesai di kuartal 3 dan 4), hal ini disebabkan karena data untuk input Tools berasal dari lintas program dan lintas sektor terkait, sehingga dibutuhkan koordinasi dan waktu untuk mendapatkan data yang dibutuhkan, adanya pergantian petugas dan perlunya verifikasi dari Dinas Kesehatan Provinsi.
6. Tingkat pemahaman dan ketelitian petugas di Kabupaten/kota dalam pengisian Tools Pemetaan Risiko yang masih cukup bervariasi, sehingga masih terdapat ketidaksesuaian data.
7. Kualitas data hasil pemetaan risiko PIE masih menjadi tantangan.
8. Kapasitas SDM dalam penyusunan dokumen Rencana Kontijensi Penanggulangan Penyakit yang sangat bervariasi

9. Komitmen Pemerintah Daerah dalam penyusunan dan legalisasi dokumen Rencana Kontinjensi yang masih rendah
10. Keterbatasan anggaran pusat dan daerah akibat kebijakan efisiensi anggaran menghambat optimalisasi pelaksanaan kegiatan deteksi dan respons KLB/Wabah

Langkah - langkah pemecahan masalah yang dilakukan meliputi :

1. Penajaman fokus pada Kabupaten/Kota dengan capaian rendah dan belum memenuhi indikator pengendalian KLB/wabah untuk diberikan pembinaan dan pendampingan secara terarah, khususnya pada aspek respons awal, pemetaan risiko, dan pemenuhan standar pengendalian.
2. Peningkatan kapasitas dan kompetensi petugas secara berjenjang dalam surveilans epidemiologi, pemetaan risiko PIE, dan penyusunan rencana kontinjensi melalui bimbingan teknis, pendampingan, dan pembelajaran berbasis kasus.
3. Optimalisasi peran fasilitas pelayanan kesehatan sebagai unit pelapor melalui pembinaan rutin, penyederhanaan panduan pelaporan penyakit potensial KLB, serta pemberian umpan balik hasil surveilans kepada fasyankes.
4. Perbaikan tata kelola pemetaan risiko PIE dengan penjadwalan pengisian tools yang lebih awal, penguatan koordinasi lintas program dan lintas sektor, standarisasi sumber data, serta penerapan mekanisme validasi dan pengendalian mutu data berlapis.
5. Penguatan penyusunan dan legalisasi Rencana Kontinjensi melalui pendampingan teknis berbasis risiko, integrasi dengan forum koordinasi lintas sektor, dan advokasi kepada pemerintah daerah agar dokumen rencana kontinjensi ditetapkan secara formal.
6. Penguatan monitoring, evaluasi, dan pembelajaran berkelanjutan melalui pemanfaatan hasil SPAR, JEE, dan pemetaan risiko sebagai dasar perbaikan kinerja, serta diseminasi hasil analisis dalam bentuk laporan atau buletin secara berkala.

23. Persentase Faktor risiko penyakit di pintu masuk negara yang dikendalikan sebesar 94%

Persentase Faktor Risiko Penyakit di Pintu Masuk Negara yang Dikendalikan merupakan indikator yang menggambarkan tingkat efektivitas pelaksanaan pengawasan dan pengendalian faktor risiko kesehatan terhadap orang, alat angkut, barang, dan lingkungan di Pintu Masuk, termasuk pelabuhan dan bandara domestik berisiko.

Indikator ini mencerminkan kemampuan sistem kekarantinaan kesehatan dan surveilans di pintu masuk dalam mengidentifikasi, menilai, dan menindaklanjuti faktor risiko kesehatan yang berpotensi menimbulkan KLB/wabah atau kedaruratan kesehatan, melalui tindakan pencegahan, pengendalian, dan respons yang sesuai dengan standar operasional dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dalam kerangka global, indikator ini sejalan dengan amanat IHR (2005), khususnya terkait kapasitas inti di Pintu Masuk yang mencakup surveilans, pemeriksaan, pengendalian vektor, sanitasi lingkungan, serta pengelolaan alat angkut dan barang berisiko. WHO menekankan bahwa pengendalian faktor risiko di pintu masuk tidak hanya berfokus pada keberadaan prosedur, tetapi pada fungsi operasional yang berjalan secara konsisten dan berbasis risiko.

Dalam konteks nasional, pengendalian faktor risiko penyakit di Pintu Masuk Negara dilaksanakan melalui serangkaian kegiatan, antara lain pemeriksaan kesehatan pelaku perjalanan, pengawasan dan inspeksi alat angkut dan barang, pengendalian vektor dan reservoir penyakit, pengawasan sanitasi lingkungan, serta tindak lanjut temuan faktor risiko, sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 dan peraturan pelaksanaannya.

Dengan demikian, indikator ini tidak hanya mengukur jumlah faktor risiko yang ditangani, tetapi juga menggambarkan fungsi nyata sistem pencegahan dan perlindungan kesehatan masyarakat di pintu masuk, sebagai bagian penting dari upaya menjaga ketahanan kesehatan nasional dan mencegah penyebaran penyakit lintas wilayah dan lintas negara.

Definisi Operasional indikator adalah Persentase faktor risiko yang ditemukan pada orang, alat angkut, dan barang yang dilakukan tindakan pengendalian di pintu masuk negara maupun pelabuhan/bandara domestik. Indikator Jumlah faktor risiko yang dikendalikan dibagi jumlah faktor risiko yang ditemukan dikali 100%

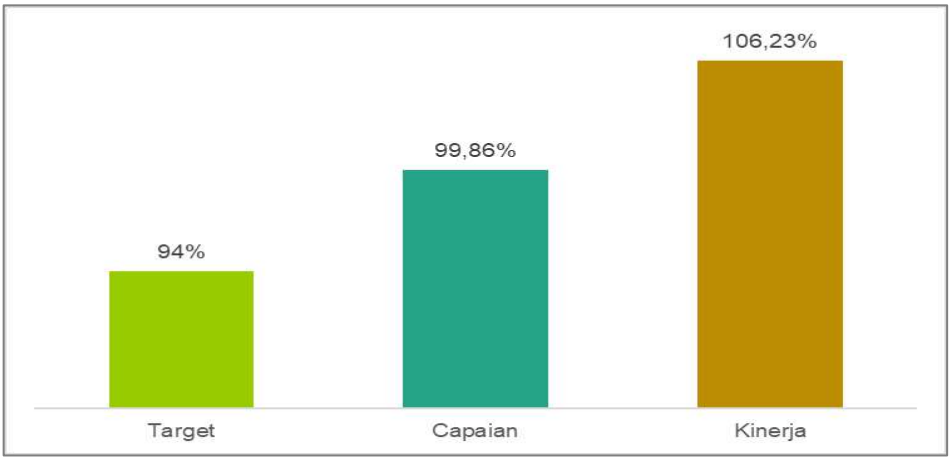
$$\frac{Jumlah\ faktor\ risiko\ yang\ dikendalikan}{Jumlah\ faktor\ risiko\ yang\ ditemukan}\ x\ 100\%$$

Capaian faktor risiko kesehatan yang berhasil dikendalikan pada tahun 2025 mencapai 99,86 persen, yang diperoleh dari 555.155 faktor risiko pada orang, alat angkut, barang, dan lingkungan yang berhasil dikendalikan dari total 556.294 faktor risiko yang ditemukan di seluruh UPT Bidang Kekarantinaan Kesehatan.

Capaian indikator tersebut melampaui target tahun 2025 sebesar 94 persen, sehingga menghasilkan capaian kinerja sebesar 106,23 persen. Hasil ini menunjukkan efektivitas pelaksanaan pengawasan dan pengendalian faktor risiko kesehatan di Pintu Masuk

Negara yang semakin optimal, sebagaimana tercermin pada grafik capaian indikator dibawah ini:

Grafik 3.49. Target dan Capaian Indikator Persentase Faktor risiko penyakit di pintu masuk negara yang dikendalikan Tahun 2025



Sumber Data: Laporan Direktorat Surveilans dan Karatina Kesehatan, Januari 2026

Capaian indikator Persentase Faktor Risiko Penyakit di Pintu Masuk Negara yang Dikendalikan pada tahun 2025 yang mencapai 99,86 persen menunjukkan bahwa sistem pengawasan dan pengendalian faktor risiko kesehatan di Pintu Masuk Negara telah berfungsi secara efektif dan konsisten. Hampir seluruh faktor risiko yang teridentifikasi pada orang, alat angkut, barang, dan lingkungan telah ditindaklanjuti dengan tindakan pengendalian sesuai standar operasional yang berlaku.

Tingginya capaian ini mencerminkan kemampuan operasional UPT Bidang Kekarantinaan Kesehatan dalam melakukan deteksi dini dan pengendalian risiko secara cepat di tengah tingginya mobilitas manusia dan pergerakan alat angkut serta barang, baik pada pintu masuk internasional maupun pelabuhan dan bandara domestik berisiko. Implementasi pendekatan berbasis risiko (*risk-based approach*) yang semakin konsisten, termasuk penguatan pemeriksaan kesehatan pelaku perjalanan, inspeksi alat angkut dan barang, serta pengawasan sanitasi dan pengendalian vektor, menjadi faktor utama pendukung ketercapaian indikator.

Dari perspektif nasional, capaian ini juga menunjukkan semakin kuatnya fungsi pencegahan penyebaran penyakit lintas wilayah dan lintas negara, sejalan dengan amanat Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 dan penguatan peran kekarantinaan kesehatan di pintu masuk. Koordinasi operasional dengan pemangku kepentingan terkait, seperti otoritas pelabuhan dan bandara, bea cukai, imigrasi, serta pengelola alat angkut, turut berkontribusi dalam memastikan bahwa setiap temuan faktor risiko dapat segera dikendalikan.

Namun demikian, capaian yang sangat tinggi ini juga perlu dibaca secara proporsional. Tantangan ke depan tidak hanya terletak pada kuantitas faktor risiko yang dikendalikan, tetapi juga pada kualitas pengendalian, keberlanjutan pemantauan pasca tindakan, serta konsistensi penerapan standar di seluruh Pintu Masuk Negara yang memiliki karakteristik dan tingkat risiko yang beragam. Selain itu, peningkatan kompleksitas ancaman kesehatan global menuntut penguatan kapasitas analisis risiko, integrasi data lintas sektor, dan kesiapsiagaan respons terhadap skenario kedaruratan kesehatan yang lebih luas.

Secara keseluruhan, ketercapaian indikator ini menunjukkan bahwa fungsi pengawasan dan pengendalian faktor risiko kesehatan di Pintu Masuk Negara Indonesia berada pada level sangat baik, serta menjadi pondasi penting dalam menjaga ketahanan kesehatan nasional dan mendukung komitmen Indonesia terhadap implementasi IHR (2005).

Berikut upaya yang dilakukan untuk mencapai persentase faktor risiko penyakit di pintu masuk negara yang dikendalikan:

1. Penguatan surveilans dan pemeriksaan kesehatan pelaku perjalanan di Pintu Masuk (pelabuhan, bandara dan PLBN) dilaksanakan melalui penerapan pendekatan berbasis risiko, antara lain Satu Sehat Health Pass (SSHP) yang terintegrasi dengan platform All Indonesia.
2. Penyediaan alat POCT untuk deteksi cepat pathogen Respiratori dan Mpox di 5 Pintu Masuk (Bandara Soekarno Hatta, Bandara Ngurah Rai, Bandara Juanda Surabaya, Bandara Hasanuddin Makassar dan Bandara Hang Nadim Batam).
3. Peningkatan pengawasan dan inspeksi alat angkut dan barang dilakukan melalui penilaian kelaikan kesehatan, sanitasi, serta potensi faktor risiko penularan penyakit secara sistematis dan berbasis risiko. Pada tahun 2025, dilaksanakan kajian Risk Based Assessment (RBA) untuk menilai efektivitas implementasi pengawasan di Pintu Masuk Negara, sekaligus merumuskan rekomendasi perbaikan guna meningkatkan ketepatan sasaran pemeriksaan, efisiensi sumber daya, dan konsistensi tindak lanjut pengendalian faktor risiko.
4. Pelaksanaan pengendalian vektor dan reservoir penyakit serta pengawasan sanitasi lingkungan di area Pintu Masuk Negara secara rutin dan berkelanjutan.
5. Penguatan koordinasi dan kolaborasi lintas sektor dengan instansi terkait (otoritas pelabuhan/bandara, imigrasi, bea cukai, dan pengelola alat angkut) dalam tindak lanjut temuan faktor risiko.
6. Peningkatan kapasitas sumber daya manusia melalui workshop bersetifikasi di LMS seperti Workshop Kegawatdaruratan Medis dan Kesehatan Penerbangan di Pintu Masuk, dan Workshop Dasar Transportasi dan Pengiriman Spesimen Bahan

Infeksius di Pintu Masuk, bimbingan teknis, pendampingan, dan penguatan pemahaman standar operasional kekarantinaan kesehatan.
7. Pengembangan sistem informasi kekarantinaan kesehatan (SINKARKES) seperti digitalisasi sertifikat untuk ICV dan sertifikat kesehatan lainnya.
8. Penyusunan Pedoman Tata Kelola Balai Kekarantinaan Kesehatan, sebagai standarisasi penyelenggaraan kekarantinaan kesehatan.

Berikut kendala atau masalah yang dihadapi saat mencapai persentase faktor risiko penyakit di pintu masuk negara yang dikendalikan:
1. Variasi kapasitas dan kesiapan seperti SDM, sarana prasarana, dan dukungan operasional di UPT Bidang Kekarantinaan Kesehatan, sehingga penerapan pendekatan berbasis risiko belum sepenuhnya seragam.
2. Implementasi SSHP, integrasi dengan platform All Indonesia, serta pengembangan SINKARKES masih menghadapi tantangan dalam konsistensi pengisian data, kualitas data, dan interoperabilitas antar sistem, yang berdampak pada analisis risiko secara real time.
3. Penyediaan alat POCT masih terbatas pada beberapa Pintu Masuk prioritas, sehingga kemampuan deteksi cepat patogen respiratori dan Mpox di pintu masuk lainnya belum merata.
4. Hasil kajian RBA memerlukan penyesuaian kebijakan teknis, peningkatan kapasitas petugas, dan dukungan anggaran, sehingga implementasi rekomendasi perbaikan belum dapat dilakukan secara menyeluruh dalam jangka pendek.
5. Mekanisme koordinasi dan pembagian peran antar instansi di Pintu Masuk Negara masih sangat bergantung pada komitmen dan kesiapan daerah, sehingga kecepatan dan konsistensi tindak lanjut temuan faktor risiko bervariasi.
6. Keterbatasan kapasitas dan keberlanjutan SDM, Rotasi dan mutasi petugas, beban kerja ganda, serta variasi latar belakang kompetensi menyebabkan kebutuhan pelatihan dan pendampingan berkelanjutan masih cukup tinggi.
7. Pedoman Tata Kelola Balai Kekarantinaan Kesehatan saat ini masih memerlukan proses pembahasan sehingga sosialisasi, internalisasi, dan penyesuaian di seluruh UPT belum dapat diterapkan.

Strategi Pemecahan Masalah yang dilaksanakan antara lain:

1. Percepatan finalisasi Pedoman Tata Kelola Balai Kekarantinaan Kesehatan, sehingga terdapat acuan penyelenggaraan kekarantinaan kesehatan yang terstandarisasi pada seluruh UPT Bidang Kekarantinaan Kesehatan.
2. Optimalisasi pengembangan dan pemanfaatan SINKARKES serta integrasi sistem dengan sistem informasi lainnya, serta penguatan integrasi dengan sistem informasi kesehatan lainnya untuk mendukung surveilans, pelaporan, dan pengambilan keputusan berbasis data secara real time.

3. Melakukan perluasan bertahap penyediaan alat POCT ke Pintu Masuk lainnya, berdasarkan tingkat risiko, disertai penguatan jejaring rujukan laboratorium guna memastikan deteksi dini dan konfirmasi kasus dapat dilakukan secara cepat, tepat, dan akurat.
4. Penguatan mekanisme koordinasi lintas sektor melalui forum koordinasi rutin di Pintu Masuk Negara guna memperjelas peran, alur komunikasi, dan tindak lanjut pengendalian faktor risiko secara cepat dan terpadu.
5. Mengembangkan skema pelatihan berjenjang dan berkelanjutan melalui LMS, pendampingan lapangan, serta mekanisme alih tugas dan serah terima yang baku untuk meminimalkan dampak rotasi dan mutasi petugas.
6. Identifikasi dan mendorong ketersediaan alat deteksi, BMHP dan sarana penunjang dalam deteksi faktor risiko penyakit pada orang, barang, alat angkut dan lingkungan di UPT Bidang Kekarantinaan Kesehatan.
7. Penyusunan, pengujian, dan pengesahan Dokumen Rencana Kontinjensi di Pintu Masuk Negara sebagai dasar kesiapsiagaan dan respons terhadap penyakit berpotensi KLB/wabah secara terencana, terkoordinasi, dan berkelanjutan.

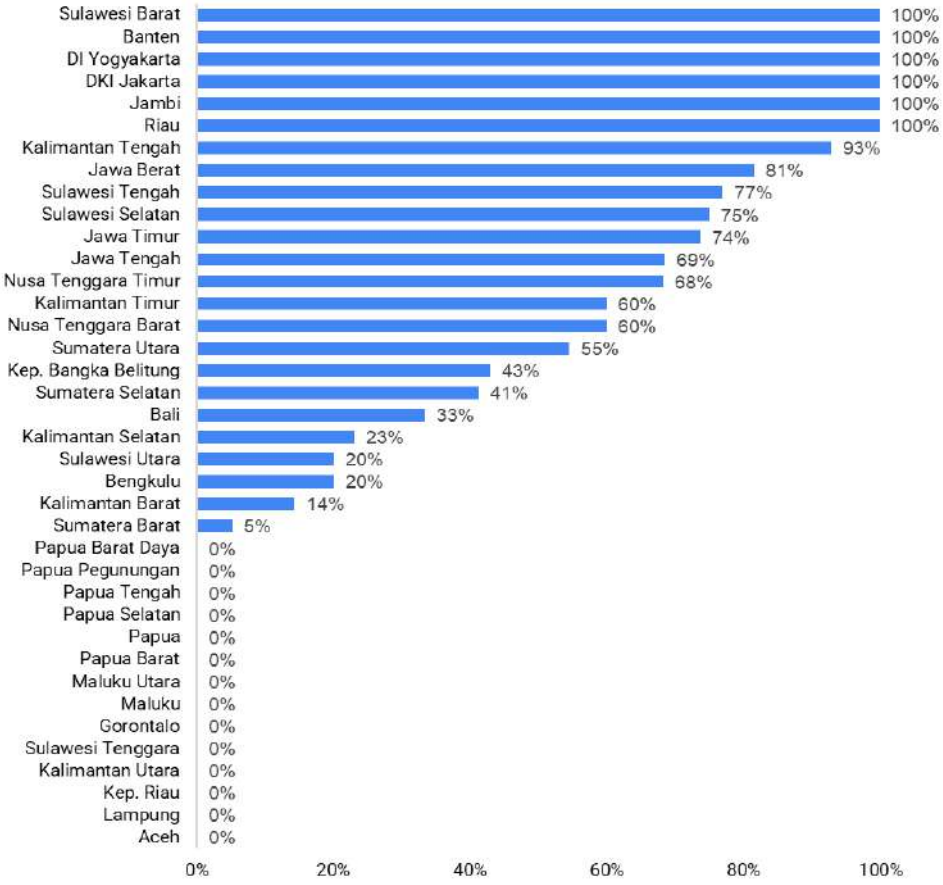
24. Kab/Kota yang menyelenggarakan adaptasi perubahan iklim bidang kesehatan sebesar 45%

Kabupaten/Kota yang menyelenggarakan adaptasi perubahan iklim bidang kesehatan adalah kabupaten/kota yang telah melaksanakan upaya terencana dan berkelanjutan untuk meningkatkan ketahanan sistem kesehatan terhadap dampak perubahan iklim, melalui tim kerja masyarakat, rencana kerja masyarakat, dan kegiatan intervensi kesehatan yang berbasis risiko iklim sesuai kondisi daerah. Definisi operasional indikator yakni Kabupaten/kota yang memfasilitasi minimal 2 desa/kelurahan sehat iklim dan mempunyai rencana kontijensi bidang kesehatan lingkungan, dengan cara perhitungan Jumlah kabupaten atau kota yang memfasilitasi minimal 2 desa/kelurahan sehat iklim dan mempunyai rencana kontijensi bidang Kesehatan lingkungan dibagi jumlah total kabupaten atau kota di seluruh Indonesia dikali 100%

Target nasional untuk indikator kabupaten/kota yang menyelenggarakan adaptasi perubahan iklim di bidang kesehatan pada tahun 2025 adalah sebesar 45%. Hingga akhir tahun 2025, telah tercapai sebanyak 45.13% dengan kinerja mencapai 100.28% dari target yang telah ditentukan. Beberapa provinsi telah mencapai angka tinggi, seperti Riau, Jambi, DKI Jakarta, DI Yogyakarta, Banten, dan Sulawesi Barat yang masing-masing mencatatkan capaian 100%. Provinsi lainnya dengan capaian signifikan antara lain Kalimantan Tengah (92.86%), Sulawesi Tengah (76,92%), dan Sulawesi Selatan (75%). Capaian provinsi-provinsi lainnya bervariasi, dengan beberapa provinsi seperti Jawa Timur, Jawa Tengah, dan Sumatera Barat mencatatkan capaian sekitar 5-73%, sementara

sebagian besar provinsi, termasuk Aceh, Lampung, Kalimantan Utara, Papua, dan beberapa lainnya, belum mencapai kabupaten/kota yang menyelenggarakan adaptasi perubahan iklim di bidang kesehatan (0%).

Grafik 3.50. Persentase Capaian Kabupaten/Kota Per Provinsi

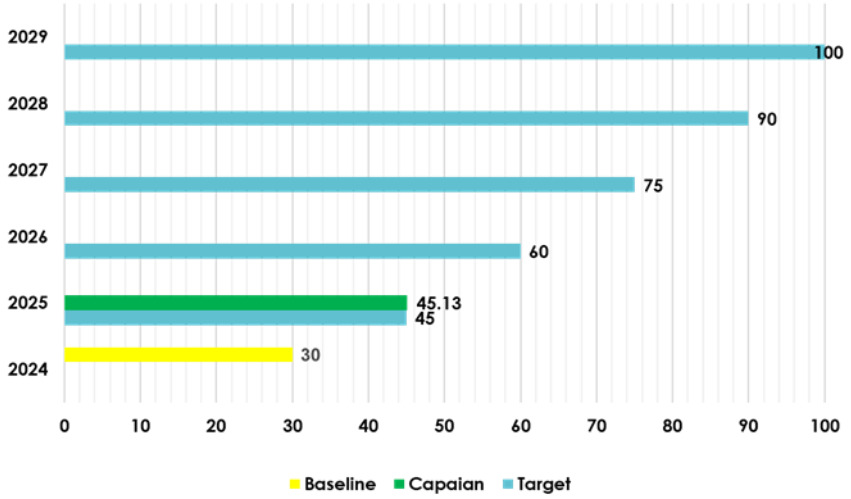


Sumber Data: Laporan Direktorat Kesehatan Lingkungan, Januari 2026

Kabupaten/Kota yang menyelenggarakan adaptasi perubahan iklim dapat mencapai target nasional tahun 2025 dengan melakukan beberapa kegiatan diantaranya adalah sosialisasi dan pendampingan untuk menyusun rencana kontingensi bidang kesehatan lingkungan. Kemudian dilakukan juga pendampingan dalam membentuk Desa/Kelurahan Sehat Iklim (DEKSI). Kegiatan ini dilakukan menggunakan dana APBN dan dibantu dengan dana dari donor seperti UNDP, UNICEF, dan WHO. Program ini juga tercapai karena adanya kolaborasi dengan lintas sektor dan lintas program terutama dalam pembentukan DEKSI yang dapat berkolaborasi dengan program pemberdayaan masyarakat lainnya seperti Desa Tangguh Bencana (DESTANA) BNPB, Program Kampung Iklim (Proklim) Kementerian Lingkungan Hidup, dan pelaksanaan Padat Karya Tunai Desa (PKTD).

Indikator ini merupakan indikator baru dalam Renstra Kemenkes tahun 2025-2029, sehingga perbandingan dengan tahun sebelumnya hanya dibandingkan dengan baseliine sebagai berikut:

Grafik 3.51. Perbandingan Capaian dengan Baseline dan Target Jangka Menengah Tahun 2024-2029



Sumber Data: Laporan Direktorat Kesehatan Lingkungan, Januari 2026

Kabupaten/Kota yang menyelenggarakan adaptasi perubahan iklim dapat mencapai target nasional tahun 2025 dengan melakukan beberapa kegiatan diantaranya adalah sosialisasi dan pendampingan untuk menyusun rencana kontingensi bidang kesehatan lingkungan. Kemudian dilakukan juga pendampingan dalam membentuk Desa/Kelurahan Sehat Iklim (DEKSI). Kegiatan ini dilakukan menggunakan dana APBN dan dibantu dengan dana dari donor seperti UNDP, UNICEF, dan WHO. Program ini juga tercapai karena adanya kolaborasi dengan lintas sektor dan lintas program terutama dalam pembentukan DEKSI yang dapat berkolaborasi dengan program pemberdayaan masyarakat lainnya seperti Desa Tangguh Bencana (DESTANA) BNPB, Program Kampung Iklim (Proklim) Kementerian Lingkungan Hidup, dan pelaksanaan Padat Karya Tunai Desa (PKTD).

Upaya yang telah dilakukan yakni Kolaborasi dengan lintas sektor dan lintas program terutama dalam pembentukan DEKSI yang dapat berkolaborasi dengan program pemberdayaan masyarakat lainnya seperti Desa Tangguh Bencana (DESTANA) BNPB, Program Kampung Iklim (Proklim) Kementerian Lingkungan Hidup, dan pelaksanaan Padat Karya Tunai Desa (PKTD).

Kendala dan permasalahan yang dihadapi dalam pencapaian target antara lain:

1. Keterbatasan kapasitas dan pengetahuan tenaga kesehatan di Puskesmas mengenai dampak perubahan iklim terhadap kesehatan. Hal ini mengakibatkan kurangnya integrasi data iklim dalam perencanaan dan prediksi risiko penyakit
2. Minimnya pendanaan dan prioritas anggaran untuk program adaptasi perubahan iklim di sektor kesehatan
3. Beberapa pemerintah daerah belum mandiri, masih bergantung pada arahan dan pendanaan dari pemerintah pusat untuk menjalankan program adaptasi perubahan iklim, yang dapat menghambat inisiatif lokal dan respon cepat terhadap isu-isu spesifik daerah

Strategi Pemecahan Masalah yang dilakukan yakni:

1. Pelatihan dan edukasi bagi tenaga kesehatan di Puskesmas mengenai dampak perubahan iklim terhadap kesehatan
2. Penyusunan Rencana Aksi Daerah Mitigasi dan Adaptasi Perubahan Iklim Bidang Kesehatan yang melibatkan berbagai pemangku kepentingan untuk merespon kerentanan akibat perubahan iklim
3. Membangun dan memperkuat sistem informasi serta penelitian di bidang kesehatan yang sensitif terhadap perubahan iklim serta dapat menyediakan data dan bukti yang diperlukan untuk pengambilan keputusan yang lebih tepat.

25. Kab/Kota dengan kualitas Air Minum yang memenuhi syarat sebesar 100 Kab/Kota

Pemenuhan akses air minum merupakan kebutuhan dasar yang sangat penting dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat. Hal ini sejalan dengan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) poin 6, yang menegaskan bahwa pemerintah harus menjamin ketersediaan akses air minum yang layak dan universal bagi seluruh masyarakat. Akses air minum yang diharapkan tidak hanya terbatas pada ketersediaan, tetapi juga harus mengarah pada pemenuhan akses air minum aman. Berdasarkan data WHO tahun 2022, secara global diperkirakan sekitar 1,7 miliar orang masih mengkonsumsi sumber air minum yang terkontaminasi tinja. Kontaminasi mikroba pada air minum akibat pencemaran tinja merupakan risiko terbesar terhadap keamanan air minum. Oleh karena itu, air minum yang terkontaminasi serta pengelolaan sanitasi yang tidak memadai dapat berkontribusi terhadap penyebaran berbagai penyakit, seperti kolera, diare, disentri, hepatitis A, tifoid, dan polio.

Sektor air minum di Indonesia masih menghadapi berbagai isu dan tantangan besar, antara lain pertambahan jumlah penduduk, urbanisasi, perubahan iklim, penurunan kualitas sumber air baku, serta kesenjangan pembiayaan, khususnya terkait kontribusi pemerintah daerah dalam penyediaan infrastruktur air minum. Oleh karena itu,

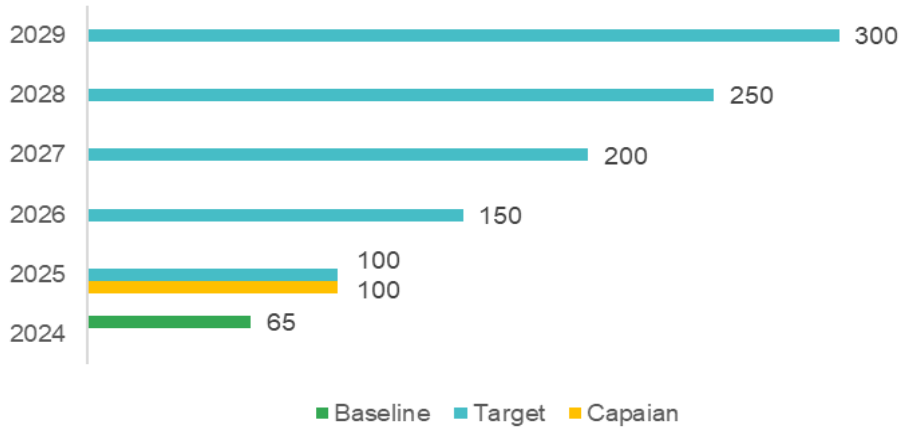
diperlukan strategi akselerasi dalam pemenuhan akses air minum aman sebagaimana tertuang dalam Rencana Teknokratik Peta Jalan Induk Air Minum Aman Indonesia yang diterbitkan oleh Kementerian PPN/Bappenas tahun 2023. Strategi tersebut meliputi: (1) kebijakan, regulasi, dan kelembagaan; (2) penganggaran dan pembiayaan; (3) infrastruktur, teknologi, dan penguatan kapasitas; (4) perubahan perilaku dan penciptaan kebutuhan; serta (5) pengawasan kualitas air minum. Kelima strategi tersebut harus mengintegrasikan aspek ketahanan iklim. Dalam konteks ini, sektor kesehatan memiliki peran penting, khususnya dalam pengawasan kualitas air minum.

Kualitas air minum memegang peranan penting dalam menjaga masyarakat terhadap keamanan dalam mengkonsumsi air minum. Oleh karenanya perlu adanya target dalam menilai kualitas air minum yang tersedia bagi masyarakat. Dalam RPJMN 2025-2029, indikator tersebut tertuang pada indikator Kabupaten/Kota dengan kualitas Air Minum yang memenuhi syarat. Dimana untuk dapat terpenuhi suatu kabupaten/kota harus tercapai kualitas air minum memenuhi syarat (E-Coli dan 4 parameter kimia tertentu) di 70% Sarana Air Minum dan/atau 30% air minum rumah tangga.

Definisi Operasional Indikator yakni Kabupaten/kota dengan kualitas air minum memenuhi syarat (E-Coli dan 4 parameter kimia tertentu) di 70% Sarana Air Minum dan/atau 30% air minum rumah tangga. Cara Perhitungan indikator yakni Jumlah kumulatif Kabupaten/kota dengan kualitas air minum memenuhi syarat (E-Coli dan 4 parameter kimia tertentu) di 70% Sarana Air Minum dan 30% air minum rumah tangga.

Capaian indikator Kabupaten/Kota dengan kualitas air minum yang memenuhi syarat pada tahun 2025 adalah 100 kabupaten/kota. Bila dibandingkan dengan target sebesar 100 Kab/Kota maka persentase capaian kinerja sebesar 100%.

Grafik 3.52. Perbandingan Baseline, Target dan Capaian Indikator Kabupaten/Kota dengan Kualitas Air Minum yang Memenuhi Syarat



Sumber Data: Laporan Direktorat Kesehatan Lingkungan, Januari 2026

Grafik diatas menunjukkan terjadi peningkatan capaian dari baseline 2024 sebesar 65 Kab/Kota menjadi 100 Kab/Kota dengan kualitas air minum yang memenuhi syarat. Untuk mencapai indikator beberapa upaya telah dilakukan antara lain:

a. Sosialisasi Indikator dan Penguatan Program Pengawasan Kualitas Air Minum
b. Sosialisasi indikator, penguatan program sekaligus desk strategi implementasi Pengawasan Kualitas Air Minum
c. Pelaksanaan Webinar Hari Air Sedunia tahun 2025
d. Desk Monitoring dan Evaluasi Capaian PKAM
e. Penguatan pendampingan oleh koordinator wilayah di tingkat Pusat untuk melakukan pemantauan dan evaluasi pada implementasi pelaksanaan program air minum di daerah dapat berjalan baik sampai tingkat masyarakat.

Kendala dan tantangan dalam pelaksanaan kegiatan yakni Realisasi anggaran Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), khususnya pada pengadaan reagen sanitarian kit yang baru terealisasi pada Triwulan III (TW III), menjadi tantangan terbesar yang dihadapi. Kondisi ini menyebabkan kegiatan Surveilans Kualitas Air Minum Rumah Tangga (SKAMRT) baru dapat dilaksanakan pada TW III, sehingga pemerintah daerah baru dapat melakukan analisis data dan penyusunan pelaporan pada periode tersebut.

Untuk mengatasi masalah tersebut dilakukan fasilitasi dan pendampingan kepada daerah, baik secara daring maupun luring, terus dilakukan secara berkelanjutan untuk memantau pelaksanaan kegiatan yang mendukung pencapaian indikator. Fasilitasi dan pendampingan tersebut dilaksanakan oleh Tim Kerja setiap minggu bersama daerah. Melalui kegiatan ini, pencapaian indikator Kabupaten/Kota memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan dapat dipantau dan diupayakan sesuai dengan target yang telah ditetapkan.

26. Kab/Kota dengan kualitas udara dalam ruang yang memenuhi syarat sebesar 50 Kab/Kota

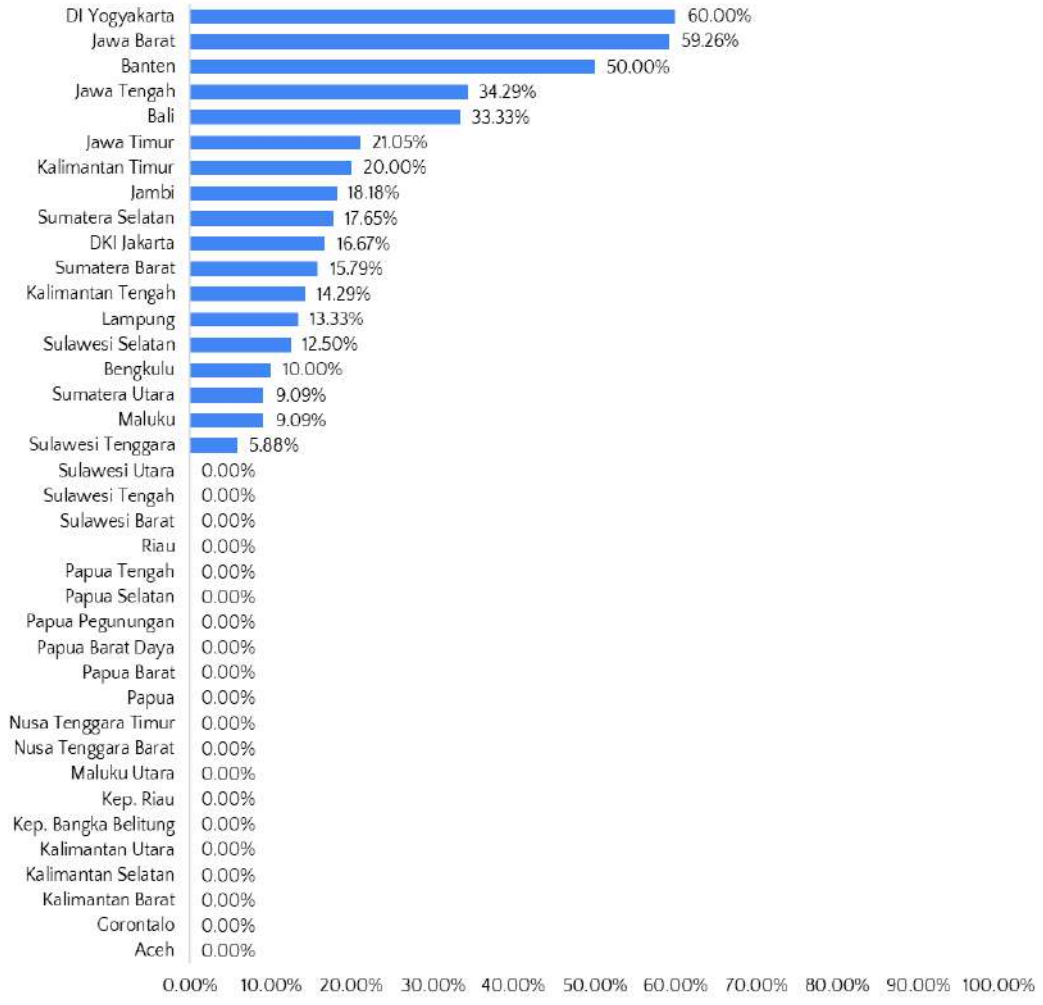
Kabupaten/Kota dengan kualitas udara dalam ruang yang memenuhi syarat adalah kabupaten/kota yang telah menyelenggarakan pemantauan dan pengendalian kualitas udara dalam ruang di tempat dan fasilitas umum dan permukiman sehingga memenuhi persyaratan kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Indikator ini mencerminkan keberhasilan pemerintah daerah dalam melindungi masyarakat dari paparan pencemar udara dalam ruang melalui penerapan standar kesehatan lingkungan, pelaksanaan pengukuran parameter kualitas udara dalam ruang, serta tindak lanjut perbaikan lingkungan pada tempat dan fasilitas umum maupun permukiman. Definisi Operasional indikator yakni Kabupaten/kota dengan kualitas udara dalam ruang memenuhi syarat di 70% tempat fasilitas umum dan 30%

pemukiman yang memenuhi syarat.

Cara perhitungan indikator yakni Jumlah kumulatif kabupaten/kota dengan kualitas udara dalam ruang memenuhi syarat di 70% tempat fasilitas umum dan 30% pemukiman yang memenuhi syarat. Capaian kinerja program kab/kota dengan kualitas udara dalam ruang yang memenuhi syarat pada tahun 2025 sebanyak 70 kabupaten/kota atau mencapai dari target yang ditetapkan yaitu 50 kabupaten/kota dengan persentase kinerja sebesar 140%.

Sebaran capaian terbanyak ada di Jawa Barat dan Jawa Tengah dengan masing-masing 16 dan 12 kabupaten/kota dengan kualitas udara dalam ruang memenuhi syarat. Kemudian DI Yogyakarta merupakan provinsi dengan persentase tertinggi capaian tingkat provinsi sebesar 60% atau 3 dari 5 kabupaten/kota memiliki kualitas udara dalam ruang memenuhi syarat. Bila dibandingkan dengan baseline dan target jangka panjang dalam Renstra pembandingannya dalam grafik berikut ini:

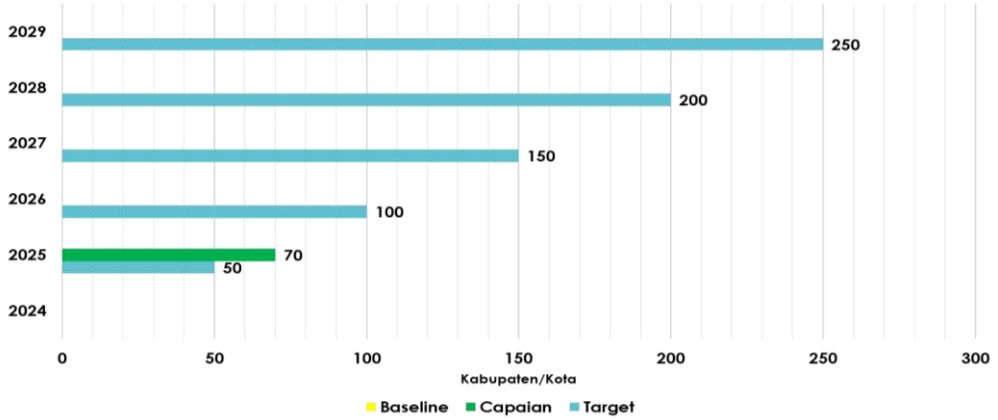
Grafik 3.53. Persentase Capaian Kabupaten/Kota Per Provinsi



Sumber Data: Laporan Direktorat Kesehatan Lingkungan, Januari 2026

Indikator ini merupakan indikator baru pada Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2025-2026 sehingga perbandingan capaian hanya bisa dibandingkan dengan data tahun 2024 sebagai baseline sebagai berikut:

Grafik 3.54. Perbandingan Capaian dengan Baseline dan Target Jangka Menengah Tahun 2025-2029



Sumber Data: Laporan Direktorat Kesehatan Lingkungan, Januari 2026

Pencapaian indikator didukung oleh pelaksanaan pelatihan dan pendampingan kepada kabupaten/kota yang secara langsung meningkatkan kapasitas teknis daerah dalam pemantauan, penilaian, dan tindak lanjut kualitas udara dalam ruang pada tempat dan fasilitas umum serta permukiman. Upaya ini mempercepat pemenuhan persyaratan kesehatan lingkungan dan mendorong peningkatan capaian indikator secara terukur.

Upaya pencapaian indikator dilakukan melalui pelaksanaan pelatihan teknis kepada kabupaten/kota terkait standar, parameter, dan metode pengukuran kualitas udara dalam ruang, serta pendampingan implementatif dalam pelaksanaan pengukuran pada tempat dan fasilitas umum serta permukiman. Selain itu, dilakukan penguatan pemahaman daerah terhadap mekanisme pencatatan, pelaporan, dan tindak lanjut hasil pengukuran, sehingga pemerintah daerah mampu melakukan perbaikan lingkungan secara mandiri dan berkelanjutan.

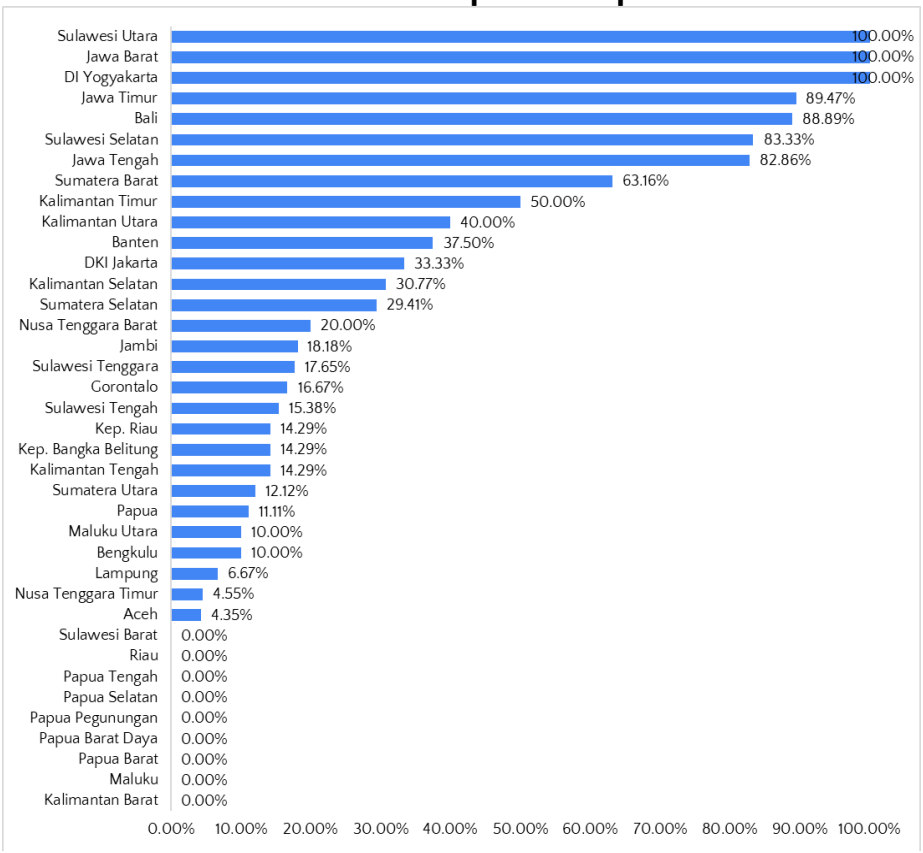
Meskipun indikator program kabupaten/kota dengan kualitas udara dalam ruang yang memenuhi syarat telah tercapai, terdapat beberapa kendala dan masalah yang dihadapi, diantaranya adalah kendala teknis dalam penginputan capaian melalui e-monev dan beberapa daerah belum memliki pemahaman yang baik terkait indikator program. Dilakukan pemecahan masalah dengan membuat menyiapkan *tools* alternatif berupa spreadsheet untuk mengumpulkan data capaian selain menggunakan *website* e-monev.

27. Kab/Kota sehat sebesar 182 Kab/Kota

Kabupaten/Kota Sehat adalah kabupaten/kota yang memiliki sistem perencanaan pembangunan dan kebijakan serta lingkungan alam, fisik, dan sosial yang mendukung tercapainya derajat kesehatan dan kualitas hidup masyarakat yang setinggi-tingginya. Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat bertujuan untuk mewujudkan kabupaten/kota di seluruh Indonesia menjadi Kabupaten/Kota Sehat serta untuk mendukung pencapaian target tujuan pembangunan berkelanjutan dan visi Indonesia Emas tahun 2045. Definisi indikator ini adalah Kabupaten/kota dengan capaian nilai minimal 70% untuk setiap tatanan KKS. Indikator dihitung dari Jumlah kumulatif kabupaten/kota dengan capaian nilai minimal 70% untuk setiap tatanan Kabupaten Kota Sehat (KKS).

Capaian kinerja program Kabupaten Kota Sehat (KKS) tahun ini sebanyak 195 kabupaten/kota telah mencapai dari target yang ditentukan yaitu 182 kabupaten/kota, dengan persentase capaian kinerja sebesar 107.!%. Sebaran kabupaten/kota sehat terbanyak berada di provinsi Jawa Timur (34 Kab/Kota), Jawa Tengah (29 Kab/Kota), dan Jawa Barat (27 Kab/Kota). Selain itu, terdapat 3 provinsi yang memiliki 100% capaian KKS yaitu Provinsi Jawa Barat, DI Yogyakarta, dan Sulawesi Utara. Capaian secara lengkap digambarkan dalam grafik berikut ini:

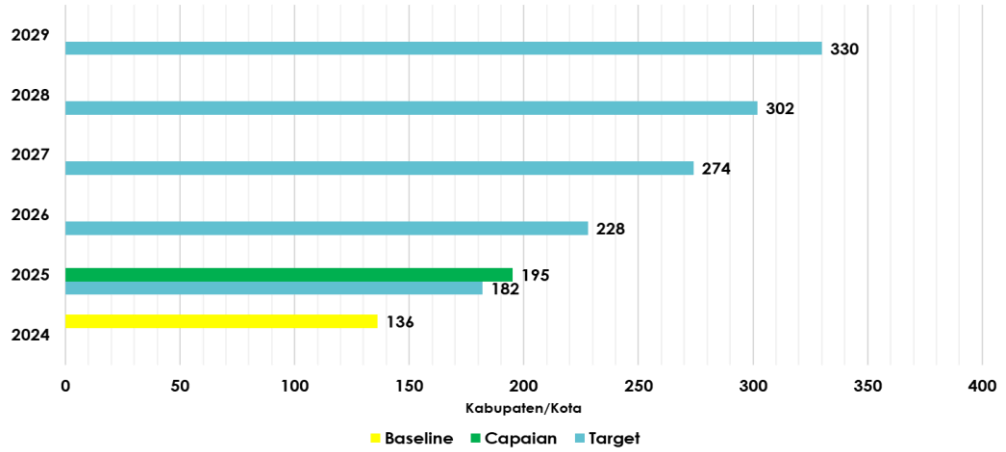
Grafik 3.55. Persentase Capaian KKS per Provinsi



Sumber Data: Laporan Direktorat Kesehatan Lingkungan, Januari 2026

Bila dibandingkan dengan baseline dan target jangka panjang dalam Renstra pembandingannya dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.56. Perbandingan capaian dengan baseline dan target jangka menengah Tahun 2024-2029



Sumber Data: Laporan Direktorat Kesehatan Lingkungan, Januari 2026

Faktor-faktor pendukung keberhasilan capaian, antara lain dilakukannya advokasi percepatan penyelenggaraan KKS bersama Tim Pembina KKS tingkat pusat dan melibatkan mitra pembangunan seperti HAKLI, SPEAK, AKKOPSI, dan Forum Nasional KKS, coaching clinic pendampingan percepatan penyelenggaraan KKS, pembinaan penyelenggaraan KKS kepada seluruh Tim Pembina KKS dan Forum KKS, baik tingkat provinsi maupun kabupaten/kota yang dilaksanakan secara luring maupun daring, pemberian Penghargaan Swasti Saba dari Menteri Kesehatan kepada pemerintah daerah kabupaten/kota yang berhasil menyelenggarakan KKS dan pemberian kesempatan kepada pemerintah daerah yang menyelenggarakan KKS untuk bergabung dalam jejaring healthy city yang dikelola oleh WHO.

Upaya yang dilakukan untuk mencapai target yakni:

1. Pertemuan koordinasi dengan seluruh Tim Pembina KKS dan Forum KKS di semua tingkatan dengan beberapa agenda, antara lain evaluasi pencapaian penyelenggaraan KKS serta monitoring dan evaluasi implementasi KKS melalui penilaian Penghargaan Swasti Saba;
2. Workshop peningkatan kapasitas advokasi dan verifikasi penyelenggaraan KKS bagi Tim Pembina KKS Tingkat Provinsi;
3. Workshop peningkatan kapasitas self assessment dan pengembangan kegiatan pendukung KKS bagi Tim Pembina KKS tingkat kabupaten/kota dan Forum KKS;
4. Penyusunan Rancangan Peraturan Presiden tentang Penyelenggaraan KKS sebagai revisi dari Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan tentang

Penyelenggaraan KKS sebagai penguatan dan perluasan payung hukum bagi penyelenggaraan KKS;
5. Pengembangan sistem informasi berbasis teknologi informasi sebagai upaya dalam monitoring dan evaluasi penyelenggaraan KKS.

Dalam upaya pencapaian target, ditemukan beberapa kendala dan permasalahan yakni:
1. Masih terdapat perbedaan interpretasi dalam menerjemahkan definisi operasional indikator di daerah yaitu antara penyelenggaraan KKS dengan Penghargaan Swasti Saba;
2. Belum semua pemerintah daerah memahami pendekatan KKS ini sebagai salah satu kendaraan dalam mengevaluasi pembangunan kesehatan di daerah sehingga pendekatan KKS ini belum menjadi prioritas untuk mendapatkan dukungan sumber daya;
3. Belum optimalnya mekanisme monitoring dan evaluasi penyelenggaraan KKS di pusat.

Upaya Pemecahan Masalah yang dilakukan yakni**:**
1. Optimalisasi sosialisasi dan koordinasi terkait penyelenggaraan KKS kepada seluruh Tim Pembina KKS dan Forum KKS di semua tingkatan;
2. Melakukan advokasi kepada pemerintah daerah yang belum menyelenggarakan KKS melibatkan mitra pembangunan;
3. Monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap pencapaian indikator KKS.

28. Jumlah KLB Keracunan Pangan sebesar 250 Kejadian

KLB Keracunan Pangan digambarkan sebagai sebuah fenomena medis dan epidemiologis dimana terjadi peningkatan jumlah penderita sakit secara mendadak dalam kurun waktu yang singkat, di lokasi tertentu, dengan gejala klinis yang serupa (seperti mual, muntah, diare). Berdasarkan Permenkes No. 2 Tahun 2013, status KLB ditetapkan jika terdapat 2 orang atau lebih yang mengalami gejala serupa setelah mengkonsumsi pangan yang sama, dan secara epidemiologis terbukti pangan tersebut adalah sumbernya. Kaitan dengan Program MBG dan SPPG: Pemerintah saat ini menjalankan program Makan Bergizi Gratis (MBG) sebagai upaya penguatan gizi nasional. Titik kritis dari program ini berada pada Satuan Pelayanan Pangan Bergizi (SPPG)—unit yang bertanggung jawab dalam pengolahan dan pendistribusian makanan dalam skala besar.

Definisi Operasional indikator jumlah KLB Keracunan Pangan adalah Jumlah kejadian dimana terdapat dua orang atau lebih yang menderita sakit dengan gejala yang sama atau hampir sama setelah mengonsumsi pangan, dan berdasarkan analisis epidemiologi,

pangan tersebut terbukti sebagai sumber keracunan. Cara Perhitungan Indikator adalah Perhitungan jumlah KLB Keracunan pangan dalam satu tahun per kabupaten/kota kurang dari 5 kejadian, berdasarkan laporan melalui Sistem Kewaspadaan Dini dan Respons (SKDR) yang telah dikonfirmasi oleh dinas kesehatan. Untuk memastikan pangan yang dikomsumsi terbukti sebagai sumber keracunan maka perlu dilakukan konfirmasi laboratorium.

Berdasarkan Sistem Kewaspadaan Dini Respon (SKDR) tahun 2025, sebanyak 762 kejadian keracunanan makanan dilaporkan dalam SKDR dan 515 kejadian tersebut telah diverifikasi oleh Dinas Kesehatan Provinsi. Hasil analisis dari 515 kejadian tersebut, diperoleh jumlah kejadian yang diselesaikan hingga diperolehnya penyebab kejadian berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium adalah sebanyak 194 kejadian keracunan pangan. Hal ini disimpulkan bahwa kejadian keracunan pangan tahun 2025 sebanyak 194 kejadian sebagai KLB keracunan pangan yang sudah terverifikasi dan terkonfirmasi penyebab kejadian berdasarkan hasil laboratorium. Selanjutnya, tetap harus diwaspadai setiap kejadian keracunan pangan yang ditangkap dari sistem SKDR agar Pemerintah Daerah melakukan penyelidikan KLB, analisa penyebab KLB, pemeriksaan laboratorium hingga rekomendasi intervensi perbaikan ditindaklanjuti baik oleh pengelola Tempat Pengolahan Pangan, SPPG dan Pemerintah Daerah dalam melakukan pengawasan keamanan pangan.

Berdasarkan data SKDR tersebut maka capaian indikator jumlah KLB Keracunan Pangan tahun 2025 adalah sebesar 194 kejadian, bila dibandingkan dengan target 250 kejadian maka persentase kinerja sebesar 122.4% dan telah mencapai target. Indikator ini merupakan indikator negatif sehingga capaian semakin rendah maka kinerja akan semakin tinggi. Bila dibandingkan dengan baseline Keracunan Pangan, maka jumlah KLB keracunan pangan pada tahun 2025 (194 kejadian) menurun dari tahun 2024 (291 kejadian).

Indikator jumlah kejadian keracunan pangan merupakan indikator baru dalam Renstra Kemenkes Tahun 2025-2029, yang ditetapkan untuk memantau potensi KLB keracunan pangan terkait program Makan Bergizi Gratis (MBG). Data SKDR menunjukkan dari 194 kejadian keracunan pangan yang telah konfirmasi laboratorium, sebanyak 193 kejadian (99.5%) bersumber dari MBG. Tingginya kejadian keracunan pangan ini disebabkan oleh beberapa faktor risiko antara lain:

1. Banyak titik kejadian KLB terjadi di SPPG dalam program MBG. Penyedia makanan dalam program MBG (SPPG) beroperasi sebelum memenuhi standar Sertifikat Laik Higiene Sanitasi (SLHS). Tanpa SLHS, pengawasan terhadap standar suhu pengolahan dan sterilitas peralatan tidak terjamin.

2. Peningkatan suhu rata-rata global mempercepat laju pertumbuhan bakteri patogen pada makanan yang tidak disimpan dalam suhu yang tepat (Danger Zone).
3. Meskipun KLB sering terjadi di institusi, banyak pemicu awal berasal dari perilaku higiene di tingkat hulu (rumah tangga) yang belum memahami konsep pemisahan bahan pangan mentah dan matang.

Upaya yang dilakukan untuk mencapai target antara lain:

1. Mendorong seluruh SPPG untuk segera melakukan pengajuan penerbitan SLHS sesaat setelah mulai beroperasi. Proses ini tidak hanya mengandalkan sistem digital, tetapi juga memastikan kelancaran administrasi di tingkat daerah, termasuk percepatan penandatanganan manual oleh pejabat berwenang di daerah agar operasional SPPG memiliki legitimasi keamanan pangan yang sah.
2. Mewajibkan setiap penjamah pangan yang bekerja di SPPG untuk mengikuti dan menyelesaikan pelatihan keamanan pangan melalui LMS Kemenkes (Plataran Sehat). Hal ini bertujuan untuk memastikan setiap individu yang bersentuhan dengan makanan memiliki kompetensi standar dalam menjaga kebersihan dan mencegah kontaminasi silang.
3. Melakukan inspeksi kesehatan lingkungan (IKL) secara berkala dan mendadak pada SPPG yang sedang beroperasi.

Kendala/masalah yang dihadapi dalam pencapaian target antara lain:

1. Terbatasnya jumlah tenaga sanitarian di daerah untuk melakukan verifikasi lapangan guna mendukung percepatan SLHS (baik digital maupun manual).
2. Penjamah pangan sering mengalami kesulitan teknis saat melakukan pendaftaran sebagai user baru di LMS Kemenkes. Kendala meliputi proses pembuatan akun yang dianggap rumit, verifikasi data yang memakan waktu, hingga kendala teknis pada platform saat diakses secara massal.
3. Sebagian penjamah pangan di daerah memiliki keterbatasan dalam mengoperasikan perangkat digital untuk menyelesaikan pelatihan mandiri.

Pemecahan Masalah yang dilakukan yakni:

1. Melakukan sosialisasi kepada Dinas Kesehatan Provinsi serta Kabupaten/Kota terkait penguatan keamanan pangan dan penanganan KLB Pangan. Tujuannya agar pemerintah daerah memberikan prioritas penuh pada percepatan izin SLHS dan pendampingan SPPG.
2. Menyediakan panduan teknis yang lebih sederhana untuk membantu penjamah pangan yang kesulitan mendaftar di LMS Kemenkes.

3. Meningkatkan koordinasi dengan Dinas Kesehatan setempat untuk memastikan setiap KLB dilaporkan secara akurat dan dilakukan *root cause analysis* (RCA) agar tidak berulang di SPPG yang sama**.**

Selain Indikator Kinerja Program (IKP) dalam Renstra Kemenkes Tahun 2025-2029, terdapat IKP yang ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja yang disusun pada awal tahun 2025 sesuai dengan Renja awal Tahun 2025. IKP pada PK awal telah dilaporkan dalam Laporan Kinerja Semester I Tahun 2025 dan capaian indikator juga digambarkan pada akhir tahun 2025. Berikut ini adalah target dan perkembangan capaian IKP pada PK awal tahun 2025.

Tabel 3.10. Target dan Capaian Indikator Kinerja Program P2 Awal Tahun 2025

	INDIKATOR KINERJA PROGRAM	TARGET	CAPAIAN	% CAPAIAN KINERJA
1.	Persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi dasar lengkap	75%	43.6%	58.1%
2.	Persentase cakupan penemuan dan pengobatan kasus HIV (ODHA on ART)	65%	72%	110.8%
3.	Cakupan penemuan dan pengobatan kasus TBC	90%	79%	87.8%
4.	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai API < 1/1000 penduduk	500	456	91.2%
5.	Proporsi kasus kusta baru tanpa cacat	90%	84.8%	94.2%
6.	Persentase pengobatan penyakit menular pada balita	90%	95%	105.6%
7.	Persentase skrining penyakit menular pada kelompok berisiko	100%	97.3%	97.3%
8.	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit tropis terabaikan	316	389	123.1%
9.	Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi rabies	237	225	94.9%
10.	Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi kusta	237	364	153.6%
11.	Desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi	20	16	80.0%
12.	Jumlah kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM	514	494	96.1%
13.	Persentase merokok penduduk usia 10-21 tahun	7.3%	5.2	128.70%

	INDIKATOR KINERJA PROGRAM	TARGET	CAPAIAN	% CAPAIAN KINERJA
14.	Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan	9.80%	9.7%	99.0%
15.	Persentase kab/kota yang melaksanakan deteksi, pengendalian penyakit dan faktor resiko Kesehatan yang berpotensi KLB/wabah	40	46.11%	115.3%
	Rata-Rata Capaian Kinerja			**102.4%**

Gambaran Indikator Kinerja Program pada Perjanjian Kinerja awal tahun 2025 yang disusun berdasarkan Renja awal Ditjen Penanggulangan Penyakit, dijelaskan sebagai berikut yakni:

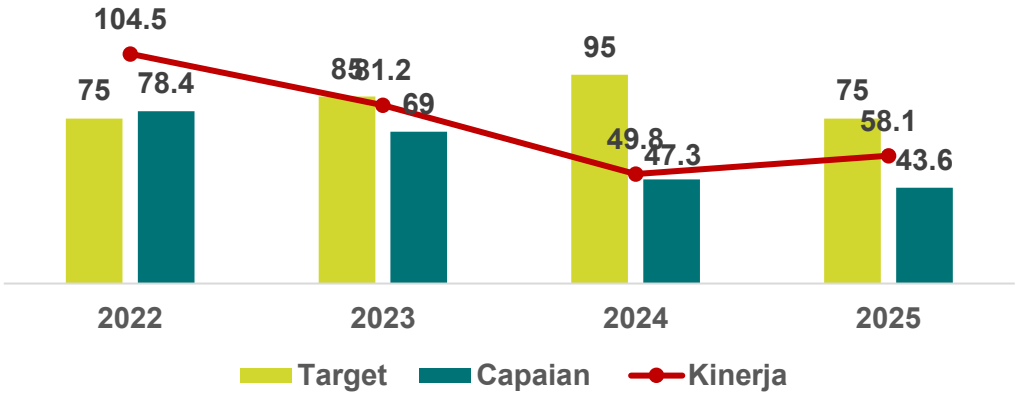
1. **Persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi dasar lengkap sebesar 75%**

   Definisi Operasional indikator Persentase kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi dasar lengkap yaitu jumlah kabupaten/kota yang mencapai target indikator imunisasi dasar lengkap dalam kurun waktu tertentu, dimana yang dimaksud imunisasi dasar lengkap 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 tertentu, dengan target imunisasi dasar lengkap pada tahun 2025 sebesar 75%. Cara perhitungan indikator ini adalah Jumlah kabupaten/kota yang mencapai target imunisasi dasar lengkap dalam kurun waktu tertentu dibagi dengan jumlah kabupaten/kota di kali 100 persen. Rumus perhitungan sebagai berikut:

$$\text{Persentase Kabupaten/Kota yang mencapai target imunisasi dasar lengkap} = \frac{\text{Jumlah Kab/Kota yang mencapai target Imunisasi Dasar Lengkap dalam kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah Kab/Kota}} \times 100\%$$

   Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang mencapai imunisasi dasar lengkap menggambarkan kinerja program imunisasi di Kabupaten/Kota. Berdasarkan capaian kabupaten/kota yang mencapai imunisasi dasar lengkap tahun 2025 .

Grafik 3.57. Target dan Capaian Persentase Kab/Kota yang mencapai target imunisasi lengkap Tahun 2022-2025



Sumber data: Laporan Direktorat Imunisasi, Januari 2026

Grafik diatas menunjukkan capaian kabupaten kota yang mencapai target imunisasi dasar lengkap belum mencapai target yang ditetapkan sampai dengan tahun 2025. Dari target 75% baru mencapai 43.6% dengan persentase capaian kienrja sebesar 58.1%. Selain itu, tren capaian kabupaten kota yang mencapai target imunisasi dasar lengkap juga mengalami penurunan sejak tahun 2022-2025. Meskipun demikian cakupan tahun 2025 belum merupakan data final, karena kelengkapan laporan <100% sehingga masih ada perubahan capaian indikator.

Indikator kabupaten/kota yang mencapai imunisasi lengkap belum mencapai target pada tahun 2025, disebabkan beberapa faktor penghambat dan permasalahan sebagai berikut:

1) Data sasaran imunisasi khususnya *Surviving Infant* (SI) yang digunakan tahun 2025 adalah data sasaran sesuai dengan surat Kepala Pusdatin Kemenkes IR.03.01/A.VIII/1687/2024, sasaran ini merupakan perhitungan kembali sasaran SI 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 imunisasi dasar lengkap. 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.
2) Demand masyarakat terhadap imunisasi masih rendah, antara lain karena pemahaman yang kurang tentang manfaat imunisasi dan bahaya jika tidak diimunisasi (miss informasi), kekhawatiran terhadap pemberian imunisasi ganda.

3) Kendala dalam pemenuhan ketersediaan vaksin sehingga pelayanan imunisasi tidak bisa dilaksanakan dengan baik.
4) Pencatatan dan pelaporan yang tidak update dalam Aplikasi Sehat Indonesiaku (ASIK), karena 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.

Beberapa upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target imunisasi lengkap pada Tahun 2025 yakni:

1) Pelaksanaan kegiatan peringatan pekan imunisasi dunia 2025, dimana rangkaian dalam peringatan ini antara lain kegiatan yang bersifat edukasi kepada masyarakat dan petugas dalam imunisasi, peningkatan kinerja dengan pemberian reward kepada daerah dengan kinerja tertinggi/terbaik
2) Melaksanakan desk secara daring yang dilaksanakan rutin tiap bulan dengan daerah baik terkait ketersediaan vaksin maupun laporan manual
3) Melakukan inovasi yakni Pelaksanaan Sepekan Mengejar Imunisasi/PENARI yang diinisasi pada bulan Juli 2024 melalui KMK No. HK.01.07-MENKES-1056-2024 tentang Sepekan Mengejar Imunisasi. Pelaksanaan PENARI dilakukan 3x setahun pada momen Pekan Imunisasi Dunia, Hari Kemerdekaan RI dan Hari Kesehatan Nasional.
4) Penyampaian umpan balik capaian imunisasi secara rutin kepada seluruh Gubernur dan Bupati/Walikota setiap 3 bulan oleh Menteri Kesehatan. Serta Penyampaian umpan balik capaian imunisasi kepada seluruh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota setiap bulan oleh Direktur Jenderal Penanggulangan Penyakit.

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

1) Penolakan pemberian imunisasi di beberapa tempat, karena hoax, ketakutan akan adanya kejadian ikutan pasca imunisasi (KIPI), pemahaman yang kurang tentang imunisasi, serta penyebab lainnya;
2) 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;
3) Beberapa daerah dengan kondisi geografis yang sulit sehingga sebagian masyarakat memiliki akses yang terbatas untuk menjangkau pelayanan imunisasi;

4) Tantangan dalam penggunaan Aplikasi Sehat IndonesiaKu (ASIK) Mobile dan Dashboard ASIK sebagai alat pencatatan dan pelaporan elektronik hasil layanan imunisasi, 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.
5) Belum optimalnya koordinasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan swasta (RS, Bidan Praktek Mandiri, praktek mandiri dokter, dan klinik) khususnya dalam hal pelaporan hasil layanan imunisasi baik pelaksanaan imunisasi program maupun yang mandiri.
6) Keterbatasan vaksin imunisasi yang mendukung pencapaian imunisasi dasar lengkap karena penyediaan di pusat, sehingga mempengaruhi distribusi ke daerah, yang mempengaruhi kelengkapan imunisasi tepat waktu.
7) Efisiensi anggaran yang sangat mempengaruhi pelaksanaan kegiatan, pendistribusian vaksin sampai ke pelayanan kesehatan, sosialisasi dan pembinaan, serta monitoring

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, Sosialisasi, Webinar terkait program imunisasi secara daring melalui plataran sehat;
3) Koordinasi intensif dan rutin dengan Pusdatin dan TTDK 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;
4) 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;
5) Koordinasi dan memperkuat jejaring pelaksanaan imunisasi dengan fasyankes swasta.
6) Pemberian umpan balik secara rutin terhadap capaian indikator imunisasi ke daerah

3. Persentase cakupan penemuan dan pengobatan kasus HIV (ODHIV on ART) sebesar 65%

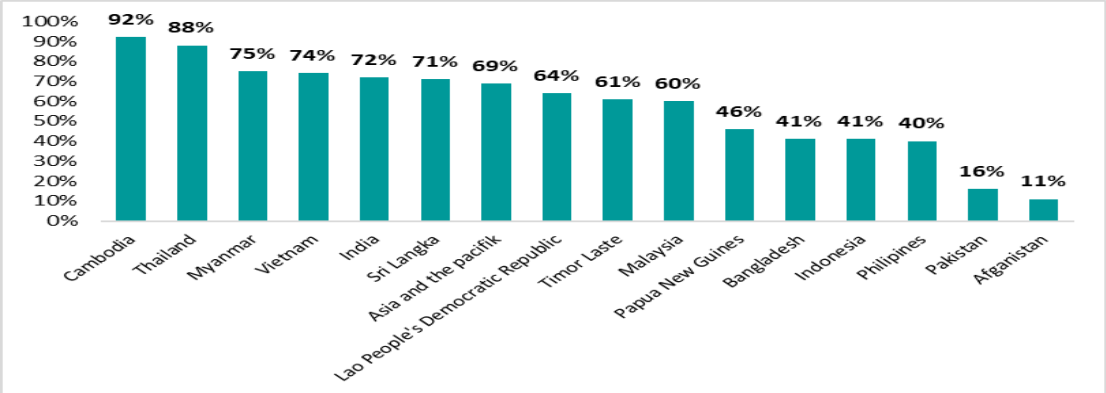
Orang Dengan HIV (ODHIV) adalah orang yang didiagnosa positif terinfeksi HIV AIDS. Indikator ODHIV dalam pengobatan ARV (ODHIV on ART) merupakan salah satu indikator dalam Penanggulangan Penyakit HIV AIDS. Untuk memutuskan mata rantai penularan HIV AIDS untuk mengakhiri AIDS pada tahun 2030, maka diharapkan setiap ODHIV yang ditemukan diobati, sehingga virus dapat tersupresi (jumlah virus didalam tubuh sangat rendah) dan tidak lagi berpotensi menularkan kepada orang lain. Indikator ODHIV on ART menggambarkan sejauh mana program mampu mengendalikan laju transmisi penyakit HIV.

Definisi operasional indikator persentase cakupan penemuan dan pengobatan kasus HIV (ODHIV on ART) adalah 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. Rumus perhitungan indikator yakni:

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

Berdasarkan hasil perhitungan matematis menggunakan data program HIV AIDS dan PIMS di Indonesia Tahun 2024, persentase Orang Dengan HIV (ODHIV) yang masih dalam pengobatan ART diantara estimasi ODHIV di Indonesia yang terlaporkan pada *Global AIDS Monitoring* (GAM) sebesar 31%, seperti digambarkan pada grafik dibawah ini:

Grafik 3.58. Cakupan ODHIV on ART di Regional Asia Pasifik Tahun 2024

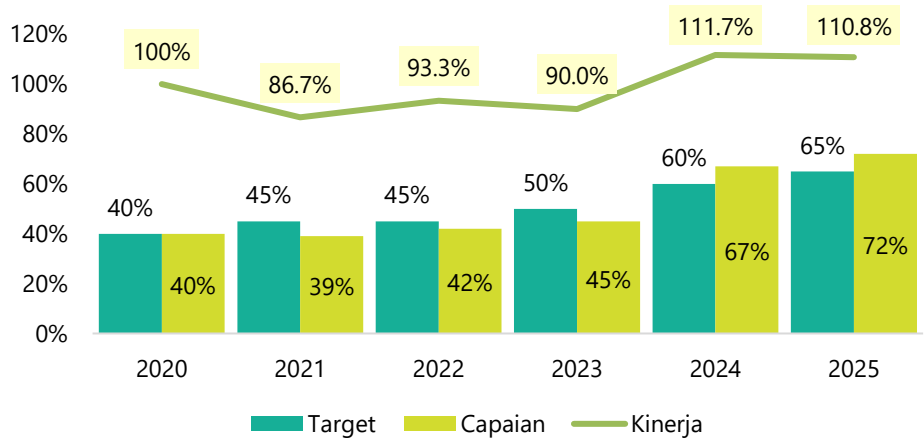


Sumber data: *Global AIDS monitoring*, 2024

Grafik diatas menunjukkan menunjukkan bahwa cakupan pengobatan ART di Indonesia tahun 2024 berada pada urutan 12 diantara Negara Regional Asia Pasifik bersama dengan Bangladesh yaitu sebesar 41%, namun jika berdasarkan Sistem Informasi HIV AIDS dan PIMS (SIHA) capaiannya adalah 67%. Perbedaan capaian tersebut dikarenakan perhitungan capaian ODHIV on ART untuk GAM (UNAIDS) menggunakan estimasi ODHIV yang sedang pengobatan ARV, sedangkan perhitungan Ditjen P2 menggunakan ODHIV hidup mengetahui statusnya dan sedang pengobatan ARV.

Data Capaian 2025 berdasarkan SIHA per 20 Januari 2026, menunjukkan bahwa capaian persentase ODHIV on ART sebesar 72% dari target 65%, sehingga capaian kinerja sebesar 110.8%. Hasil capaian tersebut telah mencapai target yang ditetapkan pada tahun 2025. Tren capaian ODHIV on ART Tahun 2020- 2025 digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.59. Capaian ODHIV on ART Tahun 2020-2025



Sumber Data: SIHA per 20 Januari 2026

Capaian Indikator ODHIV on ART Tahun 2025 berdasarkan SIHA per 20 Januari 2026 mengalami kenaikan dari 67% pada tahun 2024 menjadi 72% pada Tahun 2025 dan telah melebihi target yang ditetapkan selama tahun 2024-2025 bila dibandingkan dengan capaian tahun 2020-2023. Beberapa faktor pendukung keberhasilan pencapaian indikator antara lain:

1. Penerapan kebijakan *test and treat* sejak tahun 2018, yaitu inisiasi pengobatan ARV sesegera mungkin (maksimal tujuh hari setelah hasil tes diketahui) bagi seluruh layanan HIV di 38 provinsi.
2. Penguatan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Program 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 Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan (PDP)
   Pada tahun 2025, tercatat sebanyak 12.822 fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta yang mampu melakukan tes HIV serta 6.348 layanan yang mampu memberikan pengobatan HIV (SIHA, per 12 Oktober 2025).
4. Koordinasi dan kerja sama antara fasilitas layanan kesehatan dengan komunitas dan kader HIV dalam pendampingan ODHIV, termasuk penelusuran kasus *loss to follow-up* untuk kembali ke pengobatan di layanan kesehatan di 38 provinsi.
5. Ketersediaan layanan HIV di luar jam kerja (*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 pemberian ARV multi bulan hingga tiga bulan (*Multi Month Dispensing/MMD*) bagi ODHIV yang stabil, disertai kerja sama dengan komunitas dan pendukung ODHIV, berperan dalam memastikan keberlangsungan pengobatan.
7. Upaya peningkatan kepatuhan dan retensi pengobatan juga diperkuat melalui pelaksanaan mentoring manajemen kasus yang mencakup pemantauan kepatuhan pengobatan serta penelusuran ODHIV putus obat (*loss to follow-up*). Penelusuran ODHIV hilang dilaksanakan secara *demosite* di 38 provinsi dengan tujuan mengembalikan ODHIV ke pengobatan ARV secara aman, berkelanjutan, dan tidak diskriminatif.

Bila dibandingkan dengan indikator RPJMN dan indikator sasaran strategis dalam Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2025-2029 yakni menurunnya insidensi HIV dimana targetnya pada tahun 2025 adalah 0,09 per 1.000 populasi yang tidak terinfeksi HIV, maka indikator ODHIV on ART akan mempengaruhi insidensi HIV karena apabila ODHIV teratur minum ARV maka setelah 6 bulan virusnya akan tersupresi dan potensi penularan kepada orang lain menjadi sangat rendah sehingga dapat menekan terjadinya infeksi baru. Capaian insidensi HIV sampai tahun 2025 capaiannya adalah 0.08 per 1.000 populasi tidak terinfeksi (*AIDS Epidemic Modelling dan Spectrum*) sehingga capaian kinerja sebesar 111,11%. Insiden HIV diperoleh melalui perhitungan yang kompleks, yang mengintegrasikan berbagai sumber data program, seperti data rutin final dari tahun sebelumnya dan data survei (STBP).

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

1) Penemuan kasus HIV secara dini dilaksanakan melalui perluasan skrining di 38 provinsi, baik oleh komunitas maupun fasilitas pelayanan kesehatan. Skrining dilakukan menggunakan metode *oral fluid* pada populasi kunci yang sulit dijangkau,

serta melalui skrining pasif sesuai Standar Pelayanan Minimum (SPM) dan skrining aktif melalui kegiatan *mobile clinic*, sehingga ODHIV dapat ditemukan lebih dini dan segera diinisiasi pengobatan ARV.

2) Workshop *Test and Treat*
   Workshop Test and Treat dilaksanakan sebagai upaya perluasan layanan HIV di kabupaten/kota yang telah memiliki kapasitas untuk menerapkan strategi *test and treat*. Kegiatan ini bertujuan memastikan seluruh kasus HIV yang ditemukan di fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) dapat segera diinisiasi pengobatan ARV sesuai pedoman nasional. Pada tahun 2025, tercatat sebanyak 13.007 fasyankes pemerintah dan swasta yang mampu melakukan tes HIV, serta 6.510 layanan yang mampu memberikan pengobatan HIV.
3) Workshop Penyegaran Mentor Lokal HIV dan IMS
   Kegiatan ini bertujuan meningkatkan kapasitas pengelola program serta fasilitas pelayanan kesehatan dalam penanggulangan HIV dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) melalui pendampingan teknis yang terstruktur. Pada periode 2025–2026, kegiatan diimplementasikan di 108 kabupaten/kota pada delapan provinsi prioritas dengan beban epidemi tinggi, yaitu Sumatera Utara, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sulawesi Selatan, Kepulauan Riau, Kalimantan Timur, dan Kalimantan Barat. Pelaksanaan dilakukan melalui kolaborasi antara Dinas Kesehatan, mentor lokal, dan mitra komunitas guna memastikan pendampingan berjalan efektif, kontekstual, dan berkelanjutan.
4) Penyusunan Rencana Aksi Nasional
   Penyusunan Rencana Aksi Nasional Program HIV AIDS dan PIMS bertujuan mencapai konsensus nasional terkait prioritas program, analisis penyebab utama permasalahan, serta optimalisasi intervensi. Kegiatan ini menjadi dasar pengembangan RAN HIV AIDS dan PIMS Tahun 2025–2030, sehingga diharapkan teridentifikasi prioritas masalah, penyebab utama, serta intervensi strategis termasuk potensi kolaborasi lintas kementerian dan lintas program dalam rangka mewujudkan Ending AIDS 2030 di Indonesia.
5) Pengembangan Jaringan *Public Private Community Partnership* (PPCP)
   Pengembangan jejaring Public Private Community Partnership (PPCP) dilakukan untuk meningkatkan cakupan skrining/testing HIV dan akses layanan, khususnya bagi ODHIV. Melalui penguatan jejaring ini diharapkan seluruh orang yang terinfeksi HIV dapat ditemukan secara dini, memperoleh pengobatan sesuai standar, dan mencapai supresi virus.
6) Pertemuan Penguatan komitmen pencapaian target Viral Load (VL) HIV
   Pertemuan ini dilaksanakan untuk evaluasi dan penguatan komitmen pencapaian pemeriksaan Viral Load HIV di layanan kesehatan, mengingat pemeriksaan VL merupakan indikator utama keberhasilan pengobatan ODHIV. Kegiatan ini diikuti oleh pemegang program HIV AIDS dan PIMS di 38 provinsi, komunitas, serta mitra

pembangunan. Penguatan komitmen bersama diharapkan dapat mempercepat pencapaian target pengendalian HIV menuju Ending AIDS 2030.

7) Pelaksanaan Mentoring melalui manajemen kasus
   Mentoring manajemen kasus HIV merupakan proses pendampingan terstruktur dan berkelanjutan kepada tenaga kesehatan dan petugas komunitas untuk meningkatkan kapasitas dalam pengelolaan kasus ODHIV secara komprehensif sesuai standar program. Kegiatan ini bertujuan meningkatkan mutu layanan perawatan dan pengobatan HIV, memastikan ODHIV terdeteksi, diobati, dan dipertahankan dalam perawatan, menurunkan angka putus obat (LTFU), serta meningkatkan capaian supresi virus.
8) Monitoring dan evaluasi penelusuran ODHIV Hilang untuk pengobatan ARV di wilayah demosite provinsi
   Monitoring dan evaluasi penelusuran ODHIV hilang dilakukan untuk memperoleh gambaran menyeluruh terkait efektivitas implementasi pedoman, kesiapan sumber daya, serta kualitas pelaksanaan penelusuran mulai dari *mopping up* data hingga pengembalian pasien ke layanan pengobatan ARV. Hasil kegiatan ini menjadi dasar pengambilan keputusan, perbaikan strategi, serta replikasi praktik baik ke wilayah lain..
9) Workshop Percepatan penemuan kasus HIV melalui penguatan Notifikasi Pasangan dan Anak (NPA)
   Workshop ini bertujuan meningkatkan capaian penemuan kasus HIV melalui strategi Notifikasi Pasangan dan Anak (NPA), mengingat angka *positivity rate* pada pasangan ODHIV cukup tinggi (20–72%). Kegiatan dilaksanakan di 50 kabupaten/kota prioritas yang memiliki target tes pasangan ODHIV tinggi dengan capaian kurang dari 20%.
10) Workshop dan Demosite Pembentukan Jejaring Tripel Eliminasi
    Kegiatan ini bertujuan memperkuat cakupan pemeriksaan HIV, sifilis, dan hepatitis B pada ibu hamil serta meningkatkan inisiasi ARV pada ibu hamil dengan HIV. Jejaring layanan triple eliminasi dikembangkan dengan mengintegrasikan layanan ANC yang komprehensif. Lokus uji coba dilaksanakan di 15 kabupaten/kota.
11) Integrasi Tes HIV dalam Program Cek Kesehatan Gratis (CKG)
    Integrasi tes HIV ke dalam layanan Cek Kesehatan Gratis (CKG) dilakukan melalui pendekatan penapisan risiko mandiri yang aman, rahasia, dan bebas stigma. Kegiatan ini bertujuan meningkatkan cakupan dan pemerataan tes HIV serta menjangkau kelompok berisiko tersembunyi. Salah satu implementasi dilakukan melalui pelaksanaan CKG HIV bagi pekerja konstruksi dan tenaga *outsourcing* di Wilayah Otorita Ibu Kota Negara (IKN).

Dalam pelaksanaan program dan kegiatan penanggulangan HIV masih ditemukan beberapa kendala dan permasalahan, antara lain :

1) Masih adanya ODHIV yang menyangkal status HIV karena merasa sehat dan memilih alternatif pengobatan di luar terapi ARV
2) Ketersediaan layanan Perawatan, Dukungan, dan Pengobatan (PDP) HIV masih terbatas di berbagai kabupaten/kota. Pada tahun 2025, jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu melakukan tes HIV, baik pemerintah maupun swasta, tercatat sebanyak 13.007 layanan, sedangkan fasilitas yang mampu memberikan pengobatan HIV sebanyak 6.510 layanan.
3) Masih kuatnya stigma dan diskriminasi HIV di masyarakat.
4) Kebosanan dan kelelahan dalam mengonsumsi ARV secara terus-menerus mendorong sebagian ODHIV menghentikan pengobatan, yang berdampak pada menurunnya efektivitas terapi serta meningkatnya risiko resistensi obat
5) Keterbatasan kapasitas komunitas pendamping dan penjangkau ODHIV dalam menjangkau dan menelusuri ODHIV juga masih menjadi tantangan, mengingat pendampingan dan penjangkauan tes HIV oleh komunitas/LSM dilaksanakan di 178 kabupaten/kota yang tersebar di 38 provinsi.

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

1) Pemantauan rutin kepatuhan ODHIV dalam mengonsumsi ARV, termasuk pencatatan *multi-month dispensing* (MMD) serta penelusuran pasien yang tidak mengambil obat tepat waktu.
2) Memberikan konseling lanjutan secara berkala untuk meningkatkan motivasi dan pemahaman pentingnya pengobatan jangka panjang, serta penanganan efek samping ARV yang berpotensi menghambat kepatuhan.
3) Memperkuat peran Kelompok Dukungan Sebaya (KDS), kader, komunitas, dan LSM dalam pendampingan individual, khususnya bagi pasien dengan risiko putus obat atau yang pernah mengalami *loss to follow-up* (LTFU).
4) Membangun jejaring layanan berbasis *Public Private Community Partnership* (PPCP) untuk memudahkan akses pengobatan bagi ODHIV.
5) Pengembangan layanan *Point of Care* (PoC) HIV guna menyediakan akses layanan kesehatan yang lebih mudah dijangkau oleh populasi kunci dan ODHIV, khususnya di wilayah terpencil yang jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan.
6) Menyediakan akses pemeriksaan Viral Load (VL) secara rutin untuk memastikan efektivitas terapi ARV serta mengidentifikasi secara dini pasien yang mengalami kegagalan terapi agar dapat segera diberikan intervensi.
7) Melakukan analisis data ODHIV yang menjalani pengobatan ARV (ODHIV *on ART*) secara rutin di setiap fasilitas pelayanan kesehatan untuk memantau tren kepatuhan, cakupan pemeriksaan VL, dan progres pengobatan sebagai dasar perbaikan strategi

8) Penguatan strategi Notifikasi Pasangan dan Anak (NPA) di layanan HIV dilakukan sebagai pendekatan percepatan penemuan kasus HIV yang terintegrasi dengan layanan pengobatan guna mencegah penularan HIV di masyarakat.

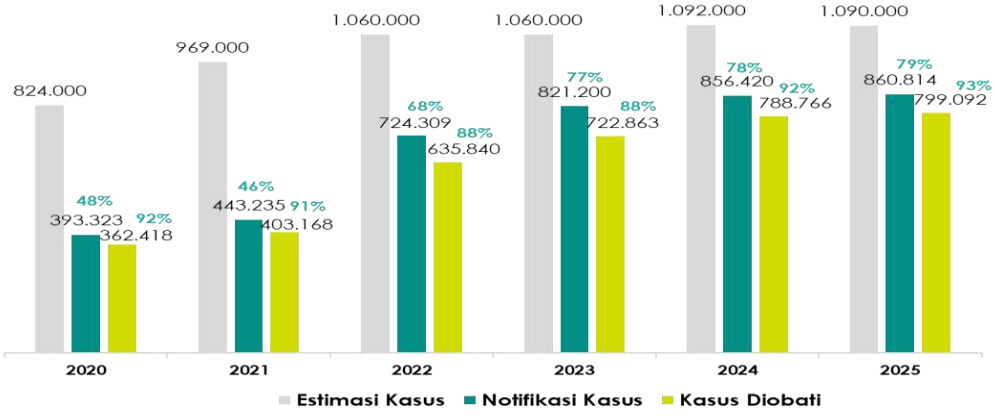
2. Cakupan penemuan kasus TB sebesar 90%

Cakupan Penemuan TB merupakan indikator yang sangat bermanfaat untuk memberikan gambaran layanan penemuan pasien TBC dalam rangka memutus mata rantai penularan dan mencegah terjadinya kebal obat. Angka ini menggambarkan jumlah kasus TBC yang ditemukan yang dilaporkan ke program. Indikator ini juga memberikan gambaran upaya dalam menemukan pasien TBC melalui serangkaian kegiatan penjaringan terduga TBC, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang diperlukan, menentukan diagnosis, menentukan klasifikasi dan tipe pasien dan dilanjutkan pengobatan yang adequat sampai sembuh sehingga tidak menular penyakit TBC ke orang lain. Berdasarkan Surat Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular, 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 dengan rumus perhitungan capaian yakni:

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

Penanganan kasus dalam Penanggulangan TBC dilakukan melalui kegiatan penemuan kasus untuk memutus mata rantai penularan dengan penemuan kasus melalui penegakan diagnosis, pengobatan dan pelaporan hasil pengobatan. Situasi capaian program TBC digambarkan sebagai berikut:

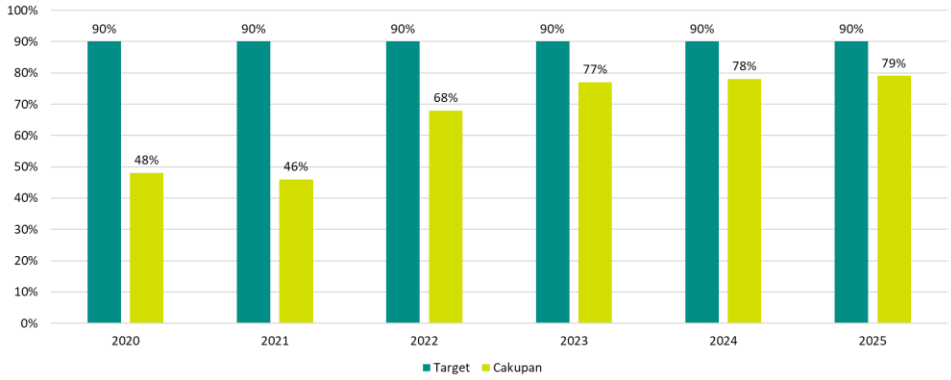
Grafik 3.60. Notifikasi Kasus TBC Tahun 2021-Tahun 2025



Sumber data: Laporan Tim Kerja Tuberkulosis, 18 Januari 2026

Grafik diatas menunjukkan capaian penemuan kasus TBC sampai tahun 2025 tahun 2025 baru mencapai 79% (860.841 kasus) dari estimasi 1.090.000 kasus yang harus ditemukan dalam satu tahun. Jika dibandingkan dengan target, capaian penemuan kasus TBC masih belum mencapai target Bila dibandingkan dengan capaian target tahun 2020-2024, terlihat bahwa selama 5 (lima) tahun berturut-turut tidak mencapai target, gap antara capaian dan target cukup besar, 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. Tren capaian cakupan penemuan dan pengobatan kasus TB tahun 2020-tahun 2025, sebagai berikut:

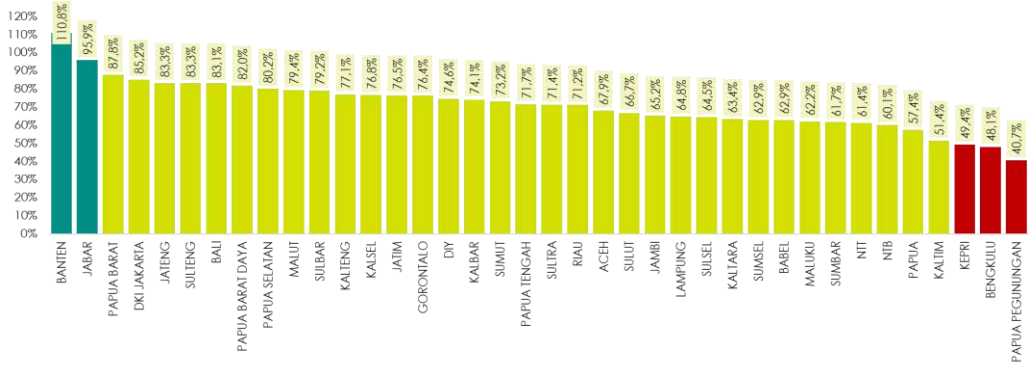
Grafik 3.61. Cakupan Penemuan Kasus TB Tahun 2020-Tahun 2025



Sumber data: Laporan Tim Kerja Tuberkulosis, 18 Januari 2026

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 2023-2025 juga tidak berjalan *on track* dan target tidak tercapai meskipun capaian meningkat setiap tahunnya dan gap capaian semakin berkurang. Tren cakupan penemuan dan pengobatan TBC per Provinsi berikut ini:

Grafik 3.62. Cakupan Penemuan dan Pengobatan Kasus TB per Provinsi Tahun 2025



Sumber data: Laporan Tim Kerja Tuberkulosis, 18 Januari 2026

Grafik diatas menunjukkan provinsi yang berhasil mencapai target 90%, data 18 Januari 2026 adalah Provinsi Banten dan Jawa Barat. Sementara itu, provinsi dengan capaian terendah adalah Provinsi Papua Pegunungan (1,3%).

Indikator cakupan penemuan 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 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. Bila dibandingkan dengan indikator dalam RPJMN dan draft Renstra Tahun 2025-2029 yakni indikator insidensi Tuberkulosis dengan target 329 per 100.000 penduduk, maka capaian indikator insidensi TBC sebesar 382 per 100.000 penduduk sehingga capaian kinerja telah tercapai sebesar 82.37%. Penghitungan estimasi insiden TBC dilakukan oleh WHO melakukan pemodelan mathematic yang kompleks berdasarkan data final TBC yang dikirimkan Program TBC ke WHO.

Indikator persentase cakupan penemuan dan pengobatan TBC belum tercapai dipengaruhi oleh beberapa faktor, yakni belum semua daerah melakukan skrining massal (*Active Case Finding*), masih terjadi *delay reporting*, investigasi kontak belum maksimal karena kader belum aktif melakukan *tracking* dan *tracing* kasus TBC ke Masyarakat dan adanya kekurangan logistik untuk diagnosis dan pengobatan di beberapa daerah.

Upaya yang dilakukan untuk mencapai target indikator cakupan penemuan dan pengobatan TBC antara lain:

1) Penyusunan Buku Panduan Kader Tuberkulosis Bulan Januari 2025, dengan beberapa materi yang terkait dengan pengenalan TBC, peran kader, langkah praktis dalam penanggulangan TBC, pencatatan dan pelaporan serta tantangan dan solusi. Buku ini diharapkan dapat menjadi acuan dan pedoman kader dalam mewujudkan Indonesia eliminasi TBC melalui peran pencegahan, deteksi dini dan pendampingan pasien TBC.
2) Temu Media dalam Rangka Hari TBC Sedunia Tahun 2025 pada 24 Maret 2025 dalam rangka mencapai eliminasi TBC 2030 sesuai dengan amanat Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021, peringatan Hari TBC Sedunia (HTBS) setiap tanggal 24 Maret menjadi sarana bagi lintas sektor dan masyarakat untuk mendukung upaya penanggulangan TBC. Tema peringatan HTBS tahun 2025 pada tingkat global adalah *Yes! We Can End TB*: *Commit, Invest, Deliver*. Merujuk pada tema global

tersebut, Kementerian Kesehatan menentukan untuk tema nasional peringatan HTBS tahun 2025 adalah GIATKAN: Gerakan Indonesia Akhiri Tuberkulosis dengan Komitmen dan Aksi Nyata. Sehubungan dengan hal di atas, serangkaian kegiatan untuk meningkatkan kesadaran, pengetahuan serta keterlibatan masyarakat dan lintas sektor dalam upaya penanggulangan TBC.

3) Melaksanakan "Lomba Cipta Inovasi, Wujudkan Eliminasi Tuberkulosis" dalam Rangka Hari Tuberkulosis Sedunia 2025 yang dilaksanakan tanggal 3 Maret-5 Mei 2025 yang bertujuan bertujuan untuk mendorong pengembangan ide-ide kreatif serta solusi praktis yang berkelanjutan dalam meningkatkan pencegahan, penemuan dan pengobatan TBC. Lomba ini dilaksanakan melalui metode pengumpulan hasil inovasi dalam bentuk poster digital.
4) Pertemuan Sosialisasi Perluasan Kegiatan Kolaborasi Intervensi Investigasi Kontak dan Terapi Pencegahan Tuberkulosis yang dilaksanakan 10 Februari 2025 yaitu Kementerian Kesehatan berkolaborasi dengan berbagai pihak/mitra pembangunan dalam optimalisasi intervensi IK dan TPT di 229 kabupaten/kota terpilih.
5) Peluncuran Penguatan Desa dan Kelurahan Siaga TBC di Kota Jakarta Timur yang bertujuan untuk meningkatkan komitmen pemerintah pusat, daerah, dan mitra dalam percepatan eliminasi TBC melalui penguatan peran desa dan kelurahan; memperkuat koordinasi dan kolaborasi antara pemerintah, sektor kesehatan, organisasi masyarakat, dan mitra pembangunan dalam implementasi Desa dan Kelurahan Siaga TBC; meningkatkan pemahaman dan kesadaran perangkat desa/kelurahan, kader kesehatan, dan masyarakat tentang TBC dan peran mereka dalam eliminasi TBC; meningkatkan kapasitas kader dan relawan dalam melakukan edukasi, inisiasi pengobatan, deteksi dini, serta pendampingan pasien TBC di wilayahnya; mendorong implementasi aksi nyata desa dan kelurahan untuk mencapai siaga TBC secara berkelanjutan.
6) Penyusunan Petunjuk Teknis Program Hasil Terbaik Cepat (PHTC) Pengentasan Tuberkulosis, Pemberian insentif pada faskes, jasa pemeriksaan X Ray dan Sosialisasi Pelaksanaan ACF menggunakan portable x ray
7) Kegiatan Active Case Finding (ACF) menggunakan portable x ray di provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah dan Jawa Timur
8) Skrining Tuberkulosis dan pemeriksaan kesehatan di Lembaga Pemasyarakatan Perempuan Kelas II A Tangerang
9) Pertemuan Monitoring dan Evaluasi Kegiatan Coaching Tuberkulosis Tahun 2024 dan Sosialisasi Pelaksanaan Coaching TBC 2025 (tanggal 5 Februari 2025) untuk membahas capaian dan praktik baik coaching TBC yang telah dilakukan, melibatkan 19 Dinas Kesehatan Provinsi dan 80 Kabupaten/Kota wilayah implementasi coaching TBC, serta Coach TB, Coachee, KOPI TB Pusat, Provinsi dan Kab/Kota.
10) Pertemuan Koordinasi Public-Private Mix (PPM) Bersama Pemangku Kepentingan Tahun 2025 (tanggal 6-7 Maret 2025) untuk mengidentifikasi dukungan penguatan

implementasi intervensi DPPM dan pencapaian target indikator TBC di Indonesia, melibatkan perwakilan dinas kesehatan, BPJS kesehatan, KOPI TBC, manajemen pusat RS Big Chain, lintas program di lingkungan Kemenkes (Pusbikes, Yankes), mitra program TBC (Country Team GF, WHO, World Bank)

11) Kolaborasi Peningkatan Kapasitas Technical Officer TBC HIV Piloting One Stop Services, Technical Officer Public Private Mix Provinsi, dan Field Executive Public Private Mix (tanggal 27-28 Mei 2025) Pendekatan efektif untuk mengintegrasikan layanan TBC dan HIV adalah dengan mendirikan layanan terpadu satu (one stop service TBC HIV) yang menyediakan layanan komprehensif untuk TBC dan HIV dalam satu atap. Selain mengoptimalkan OSS, implementasi intervensi PPM juga perlu dilaksanakan dalam rangka penguatan akses dan kualitas layanan TBC dengan melibatkan seluruh fasyankes dan pemangku kepentingan.
12) Peningkatan Kapasitas Technical Officer PPM Provinsi dan Field Executive PPM Kabupaten/kota (tanggal 10 - 13 Juni 2025) dalam rangka memberikan peningkatan kapasitas kepada TO/FE PPM yang baru bergabung, maka dilakukan peningkatan kapasitas agar dapat mendukung TO/FE PPM dalam mengimplementasikan intervensi PPM di wilayah prioritas (34 provinsi dan 95 kabupaten/kota).

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.

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

3. Jumlah kabupaten/kota yang mencapai API < 1/1000 penduduk sebesar 500 Kab/Kota

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 %.

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. 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:

$$\text{Annual Parasite Incidence (API)} = \frac{\text{Jumlah Kasus Positif}}{\text{Jumlah Penduduk}} \times 1000$$

Berdasarkan data *World Malaria Report* (WMR) 2025 terdapat 80 Negara endemis Malaria di Dunia dan Nigeria adalah negara yang melaporkan kasus malaria tertinggi di

dunia. Tahun 2024 diperkirakan 94% kasus dari 282 juta kasus malaria di Dunia berasal dari Afrika dan 1.5 % kasus dari Asia. Pada tahun 2024, terdapat 2,4 juta kasus malaria di sembilan negara endemis di Wilayah Pasifik Barat , yang menyumbang kurang dari 1% kasus secara global. Papua Nugini menyumbang lebih dari separuh perkiraan kasus malaria di wilayah ini (65,6%), diikuti oleh Indonesia (25,8%) dan Kepulauan Solomon (7,4%). Dari tahun 2000 sampai 2015, terjadi penurunan kasus sebesar 42,1%, dari 3,9 juta menjadi 2,3 juta. Penurunan ini melambat menjadi 7,1% antara tahun 2015 dan 2024. Terdapat peningkatan 8,6% dalam perkiraan jumlah kasus malaria dari tahun 2023 hingga 2024. Peningkatan kasus baru-baru ini terutama didorong oleh peningkatan di Indonesia (+121.000, 23,7%), Papua Nugini (+75.700, 5,0%) dan Filipina (+8.200, 53%). Estimasi kasus malaria di Indonesia pada tahun 2024 sebesar 631.000 kasus (*World Malaria Report*, 2025).

Jumlah Kab/Kota pada tahun 2025 yang mencapai API < 1 per 1000 penduduk yaitu sebanyak 456 kabupaten/kota dari target yang ditentukan sebesar 500 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 3.11. Capaian jumlah Kab/Kota dengan API < 1 per 1000 penduduk per Provinsi Tahun 2025

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	Bali	9	9	0	100%
3	Banten	8	8	0	100%
4	Bengkulu	10	10	0	100%
5	D.I. Yogyakarta	5	5	0	100%
6	Dki Jakarta	6	6	0	100%
7	Jambi	11	11	0	100%
8	Jawa Barat	27	27	0	100%
9	Jawa Tengah	35	35	0	100%
10	Jawa Timur	38	38	0	100%
11	Kalimantan Barat	14	14	0	100%
12	Kalimantan Selatan	13	13	0	100%
13	Kalimantan Timur	10	10	0	100%
14	Kalimantan Utara	5	5	0	100%
15	Kep. Bangka Belitung	7	7	0	100%

No	Provinsi	Jumlah Kab/Kota	API < 1 per 1000 penduduk	API > 1 per 1000 penduduk	% API < 1 per 1000 penduduk
16	Kepulauan Riau	7	7	0	100%
17	Nusa Tenggara Barat	10	10	0	100%
18	Sulawesi Barat	6	6	0	100%
19	Sulawesi Tenggara	17	17	0	100%
20	Sumatera Barat	19	19	0	100%
21	Sumatera Selatan	17	17	0	100%
22	Riau	12	12	0	100%
23	Gorontalo	6	6	0	100%
24	Sulawesi Selatan	24	23	1	96%
25	Lampung	15	14	1	93%
26	Sulawesi Utara	15	14	1	93%
27	Kalimantan Tengah	14	13	1	93%
28	Maluku Utara	10	9	1	90%
29	Sumatera Utara	33	28	5	85%
30	Nusa Tenggara Timur	22	18	4	82%
31	Sulawesi Tengah	13	10	3	77%
32	Maluku	11	7	4	64%
33	Papua Barat Daya	6	2	4	33%
34	Papua Tengah	8	2	6	25%
35	Papua Barat	7	1	6	14%
36	Papua	9	0	9	0%
37	Papua Pegunungan	8	0	8	0%
38	Papua Selatan	4	0	4	0%
TOTAL		514	456	58	89%

Sumber data: Laporan Tim Kerja Malaria, Desember 2025

Tabel diatas menunjukkan, sebanyak 89% kabupaten/kota di Indonesia telah mencapai API < 1 per 1000 penduduk, dimana pada tahun 2025 terdapat 23 Provinsi yang telah mencapai API < 1 per 1000 penduduk. Provinsi yang belum mencapai API < 1 per 1000 penduduk antara lain Provinsi Papua, Papua Pegunungan, dan Papua Selatan. Tren capaian API < 1 per 1000 penduduk dari tahun 2021-Tahun 2025 digambarkan dalam grafik dibawah ini:

Grafik 3.63. Capaian Jumlah Kabupaten/Kota mencapai API Malaria < 1/1000 penduduk Tahun 2021-2025



Sumber data: Laporan Tim Kerja Malaria, Desember 2025

Data *Annual Parasite Incidence* (API) merupakan data tahunan dan secara nasional untuk target kumulatif tahun 2025 sebanyak 500 Kab/Kota dengan API<1 per 1000 penduduk, sedangkan pencapaiannya tahun 2025 sebesar 456 Kab/Kota dengan persentase capaian sebesar 91%. Tren selama 5 tahun pada grafik diatas menunjukkan bahwa selama 4 tahun yakni pada tahun 2021-2025, target tidak tercapai. Capaian API < 1 per 1000 penduduk tahun 2024 sebelumnya sebesar 455 dari target 500 kabupaten/kota mencapai API < 1 per 1000 penduduk 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. Serta perluasan dan deteksi dini serta pengobatan yang cepat dan tepat baik melalui tenaga kesehatan maupun oleh kader yang terlatih

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. Upaya dan kegiatan yang dilakukan untuk mencapai indikator telah dilakukan untuk mencapai indikator jumlah kabupaten/kota yang mencapai API<1 per 1000 penduduk sama dengan upaya untuk mencapai eliminasi malaria yang menjadi indikator dalam Revisi Perjanjian Kinerja antara lain peningkatan mutu diagnosis malaria, peningkatan surveilans Malaria, Sistem Informasi dan Monitoring Evaluasi, Pengendalian Vektor Malaria, Promosi, Advokasi dan kemitraan dalam upaya pengendalian malaria, penyediaan Alat dan Bahan serta Media KIE pencegahan dan pengendalian malaria.

Dalam melaksanakan program dan kegiatan untuk mencapai eliminasi malaria di Indonesia, ditemukan permasalahan yang menjadi tantangan seperti:
1) Efisiensi Anggaran APBN termasuk kegiatan prioritas untuk mendukung percepatan eliminasi malaria.
2) Penangguhan kegiatan hibah Global Fund sehingga sebagian kegiatan yang yang sudah direncanakan tidak dapat terimplementasikan di tahun 2025
3) Terbatasnya komitmen pemerintah daerah baik kebijakan maupun pembiayaan di daerah yang sudah eliminasi bahkan tidak ada sehingga kegiatan surveilans/program malaria tidak berjalan
4) Kegiatan penemuan aktif seperti surveilans migrasi malaria dan Penyelidikan epidemiologi di daerah dengan API < 1 per 1000 penduduk kurang berjalan sehingga menimbulkan KLB
5) Mobilisasi penduduk yang tinggi serta lintas batas dengan daerah endemis
6) Daerah yang sangat reseptif dan intervensi pengendalian vektor yang kurang berjalan sesuai fokus penularan

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).

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

1) 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.
2) Peningkatan upaya percepatan penurunan kasus dan eliminasi malaria di Papua dengan metode TOKEN (Temukan Obatai dan Kendalikan)
3) Intervensi kombinasi (LLIN, IRS, Larvasida, pengelolaan lingkungan, personal protection, profilaksis) dengan berbasis bukti melalui pendekatan kolaboratif.
4) Penguatan surveilans termasuk surveilans migrasi, Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (SKD-KLB) dan penanggulangan KLB.
5) Sosialisasi penggunaan dana yang bisa dimanfaatkan untuk Penyelidikan Epidemiologi baik Dana Dekonsentrasi, DAK non fisik, APBD, Global Fund, Dana Desa, dan Dana Kapitasi.
6) 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.
7) 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.
8) Pelatihan Penyelidikan Epidemiologi termasuk pelatihan pemetaan GIS
9) Umpan Balik capaian program malaria pada Triwulan I dan semester 1 tahun 2025.
10) Penambahan alokasi kebutuhan RDT untuk menunjang target pemeriksaan eliminasi malaria nasional
11) Pertemuan The Asia Pacific Leaders Malaria (APLMA) yang dihadiri para pemimpin negara dan lintas sektoral terkait komitmen eliminasi malaria dan penurunan kasus malaria di Indonesia dan negara asia pacific lainnya.
12) Koordinasi terkait kebutuhan dan mapping daerah populasi khusus serta intervensi kegiatan penanggulangan paket hutan Intervensi pengendalian vektor salah satunya dengan kelambu massal di daerah endemis tinggi malaria.

4. Proporsi Kasus Kusta Baru Tanpa Cacat sebesar 90 persen

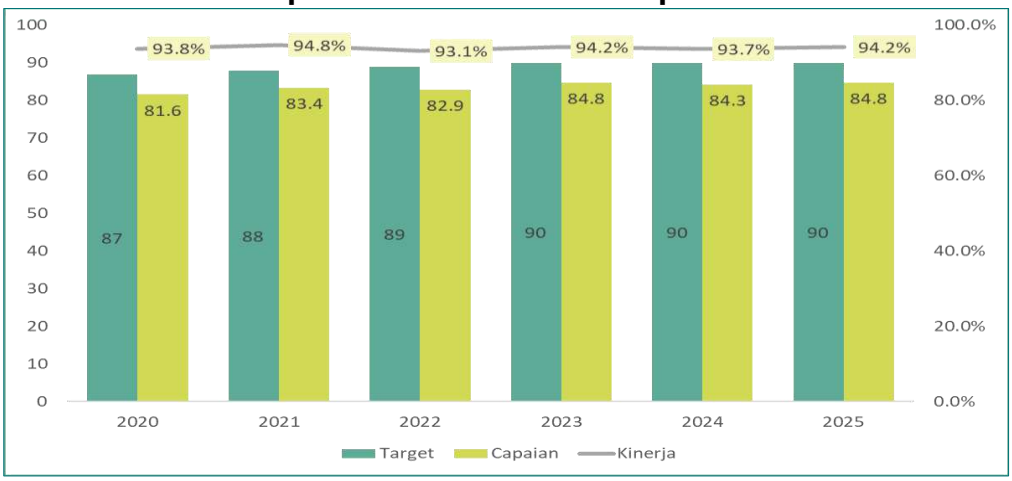
Definisi indikator Proporsi kasus kusta baru tanpa cacat adalah Persentase Jumlah Penderita Kusta baru tanpa cacat (cacat tingkat 0) diantara total Penderita Kusta baru

yang ditemukan di suatu wilayah dalam periode waktu satu tahun. 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:

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

Tren capaian proporsi kasus kusta baru tanpa cacat tahun 2020-2025 digambarkan sebagai berikut:

Grafik 3.64. Proporsi Kasus Kusta Baru Tanpa Cacat Tahun 2020-2025



Sumber data: Laporan Tim Kerja NTDs, 19 Januari 2026

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%, turun menjadi 82,9% tahun 2022, naik di tahun 2023 menjadi 84,8% dan menurun di tahun 2024 menjadi 84,27%. Capaian indikator tersebut sampai tahun 2025 adalah sebesar 84,8%, capaian tersebut tidak jauh berbeda dibanding capaian tahun 2024. Capaian ini belum menjadi nilai capaian akhir karena data yang masuk belum final. Bila dibandingkan capaian indikator proporsi kasus kusta baru tanpa cacat di tingkat provinsi dapat dilihat dalam tabel berikut ini:

Tabel 3.12. Proporsi Kasus Kusta Baru Tanpa Cacat Per Provinsi Tahun 2025

No	Provinsi	Kasus baru kusta	Tanpa cacat	
			Jumlah	%
1	Aceh	240	226	94.2
2	Sumatera Utara	122	102	83.6
3	Sumatera Barat	58	38	65.5
4	Riau	114	93	81.6
5	Jambi	60	52	86.7
6	Sumsel	265	242	91.3
7	Bengkulu	32	22	68.8
8	Lampung	161	113	70.2
9	Bangka Belitung	54	42	77.8
10	Kepulauan Riau	39	37	94.9
11	Dki Jakarta	494	402	81.4
12	Jawa Barat	2118	1671	78.9
13	Jawa Tengah	1533	1264	82.5
14	Di Yogyakarta	34	29	85.3
15	Jawa Timur	2148	1597	74.3
16	Banten	886	737	83.2
17	Bali	131	107	81.7
18	Nusa Tenggara Barat	303	293	96.7
19	Nusa Tenggara Timur	445	386	86.7
20	Kalimantan Barat	48	41	85.4
21	Kalimantan Tengah	64	56	87.5
22	Kalimantan Selatan	128	104	81.3
23	Kalimantan Timur	106	104	98.1
24	Kalimantan Utara	46	36	78.3
25	Sulawesi Utara	393	373	94.9
26	Sulawesi Tengah	273	258	94.5
27	Sulawesi Selatan	791	697	88.1
28	Sulawesi Tenggara	182	174	95.6
29	Gorontalo	198	170	85.9
30	Sulawesi Barat	194	190	97.9
31	Maluku	424	399	94.1
32	Maluku Utara	726	702	96.7
33	Papua	874	853	97.6
34	Papua Barat	376	355	94.4
35	Papua Selatan	144	115	79.9
36	Papua Tengah	98	0	0.0
37	Papua Pegunungan	-	-	-
38	Papua Barat Daya	481	461	95.8
	INDONESIA	14,800	12,551	84.8

Sumber data: Laporan Tim Kerja NTDs, 19 Januari 2026

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa proporsi kasus kusta baru tanpa cacat tertinggi di Provinsi Kalimantan Timur (98,1%), Sulawesi Barat (97,9%) dan Papua (97,6%)) sedangkan terendah di Provinsi Bengkulu (68,8%) dan Sumatera Barat (65,5%). Total sebanyak 14 Provinsi telah melebihi target nasional (90%) yakni Aceh, Sumatera Selatan, Skepulauan Riau, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Sulawesi Barat, Maluku, Maluku Utara, Papua, Papua Barat dan 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).

Indikator proporsi kasus kusta baru tanpa cacat belum mencapai target sampai Juni 2025, dan tren selama tahun 2020-2024 juga tidak mencapai target. 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 menganggarkan 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.

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

1) Melaksanakan kegiatan Penguatan Advokasi Program NTDs di Provinsi Papua di Kota Jayapura dan Kota Sorong dihadiri kabid/kasie P2 dan pemegang program kusta frambusia dari Provinsi Papua, Papua Selatan, Papua Tengah, Papua Barat Daya dan Papua Barat dan Kabupaten/Kota. Kegiatan ini bertujuan untuk menyampaikan kebijakan dan strategi percepatan eliminasi kusta sekaligus membahas berbagai permasalahan dan pemecahan masalah di wilayah provinsi Papua
2) Menyelenggarakan Temu Media (press briefing) dalam rangka Peringatan Hari NTD Sedunia (secara daring) yang dilaksanakan tanggal 30 Januari 2025. Sebagai narasumber komite ahli Kusta dari Departemen Dermatologi dan Venereologi FKUI-RSCM dan Komite ahli Filariasis dari Departemen Parasitologi FKUI, dihadiri tenaga kesehatan dan wartawan media cetak maupun elektronik. Kegiatan bertujuan untuk meningkatkan komitmen pemerintah daerah dalam penanggulangan NTDs dan meningkatkan awareness masyarakat terhadap NTDs.
3) Menyelenggarakan kegiatan Gerakan Masyarakat Kampanye Eliminasi Kusta dan Frambusia bersama DPR RI Komisi IX. Kegiatan dilaksanakan di Kota Bandar Lampung tanggal 17 Juni 2025. 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.
4) Menyelenggarakan Workshop Laboratorium Kusta Frambusia bagi Laboratorium Rujukan pada tanggal 23-27 Juni 2025 di Kota Jayapura, dengan total 29 peserta

yang berasal dari Balai Laboratorium Kesehatan Daerah dan analis laboratorium dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota terpilih di wilayah Papua, Papua Barat, Papua Barat Daya, Papua Tengah, Papua Selatan dan Papua Pegunungan.

5) 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.
6) Melaksanakan Pertemuan Integrasi Evaluasi, Validasi Data dan Perencanaan NTDs Tahun 2025 secara daring tanggal 4-7 Februari 2025 . Kegiatan dilaksanakan dengan melibatkan Tim RR Kusta Frambusia dan pemegang program kusta frambusia dari 38 provinsi. Kegiatan ini bertujuan melakukan monitoring, evaluasi, finalisasi dan validasi data, serta perencanaan program P2 Kusta dan Frambusia yang telah dilaksanakan di Tingkat Provinsi sesuai dengan tujuan Program Nasional Pengendalian Kusta dan
7) Active Case Finding pada 55 kabupaten/kota terpilih berkolaborasi dengan Program TBC
8) Menyusun petunjuk teknis integrasi pelaksanaan screening aktif kusta dengan program ACF TB. Telah dilaksanakan di PKM Pasrepan kabupaten Pasuruan dan PKM Brondong Kabupaten Lamongan pada Januari 2025
9) Menyiapkan program integrasi penemuan kusta pada anak dengan kegiatan UKS bekerja sama dengan Direktorat Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak.
10) Menyusun Rancangan Renstra 2025-2029 terutama dalam penajaman target dan rincian output Indikator Kinerja Program.
11) Melakukan pemeliharaan pengembangan dan penyempurnaan Sistem Informasi Kusta dan Frambusia (SITASIA).
12) Mengawal proses penyediaan obat MDT dari donor WHO dan obat produksi dalam negeri bekerjasama dengan Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan.
13) Merencanakan dan koordinasi kegiatan Asesmen Eliminasi Kusta pada 5 Kabupaten/Kota yang telah memasuki eliminasi kusta fase 1 dan 2.

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.

Untuk mengatasi hambatan dan kendala tersebut dilakukan beberapa upaya pemecahan masalah yakni:

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.

5. Persentase pengobatan penyakit menular pada balita sebesar 90%

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.

Definisi 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. 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:

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

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

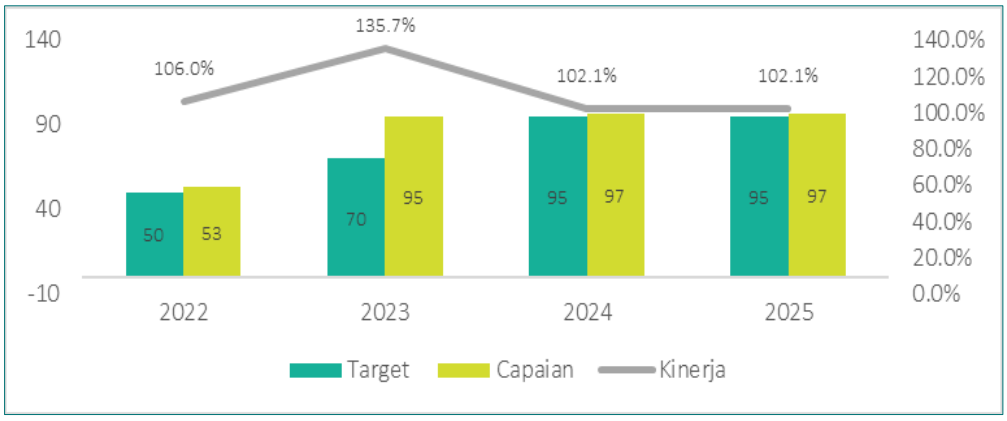
$$\text{Persentase Persentase kasus diare balita yang diberikan oralit dan zinc} = \frac{\text{Jumlah kasus diare balita yang diberi oralit dan zinc}}{\text{Total kasus diare balita yang ditemukan di Fasyankes}} \times 100\%$$

Indikator persentase pengobatan penyakit menular pada balita 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-Tahun 2025 yaitu persentase pengobatan kasus pneumonia sesuai standar adalah sebagai berikut:

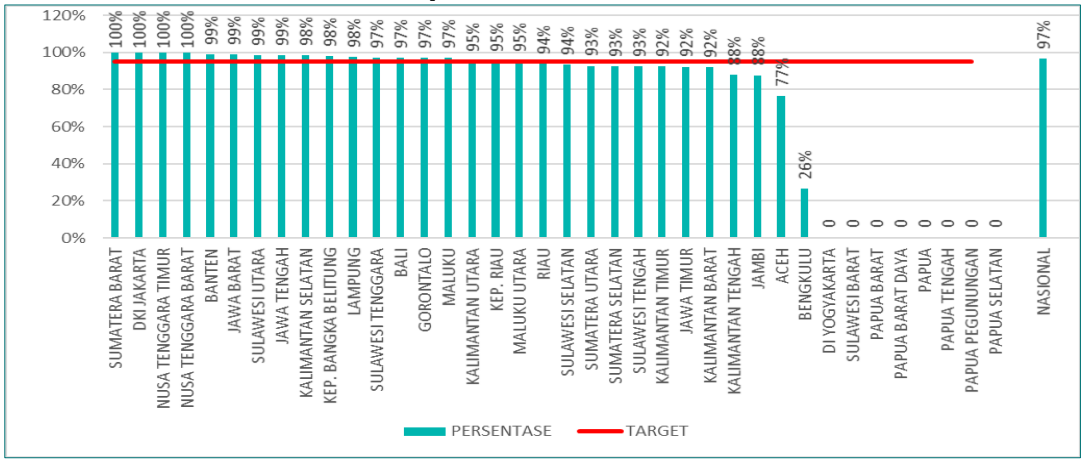
Grafik 3.65. Target dan Capaian Persentase Pengobatan Kasus Pneumonia Sesuai Standar Tahun 2022-2025



Sumber data: Laporan Tim Kerja ISPA, Januari 2026

Grafik di atas menunjukkan capaian indikator pengobatan kasus pneumonia sesuai standar setiap tahun konsisten sudah mencapai dan bahkan melebihi target yang ditetapkan. Pada tahun 2022 sebesar 53%, tahun 2023 sebesar 95,01% tahun 2024 sebesar 96,82% dan pada tahun 2025 sebesar 97%. Bila dibandingkan capaian per Provinsi digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.66. Persentase Kasus Pneumonia Balita yang diberikan antibiotik per Provinsi Tahun 2025



Sumber data: Laporan Tim Kerja ISPA, Januari 2026

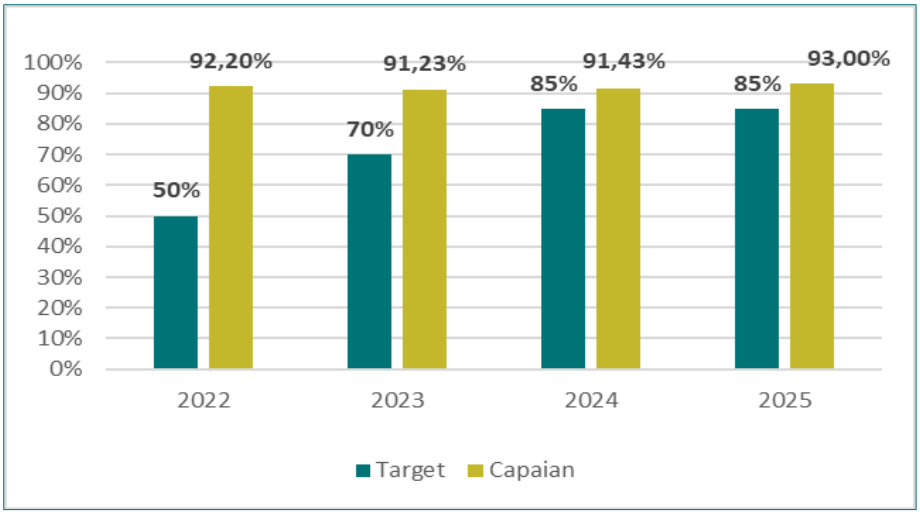
Beberapa provinsi seperti Sumatera Barat, DKI Jakarta, Nusa Tenggara Timur, Nusa Tenggara Barat, mencatat capaian 100%, menandakan kinerja yang optimal dan konsisten terhadap target. Provinsi lain di Pulau Jawa, Kalimantan, Sulawesi, dan sebagian besar wilayah Sumatera juga menunjukkan performa yang baik dengan capaian di atas 95%, meskipun terdapat sedikit variasi antarwilayah. Hal ini mengindikasikan bahwa implementasi program secara umum berjalan efektif di sebagian besar daerah.

Namun demikian, grafik juga memperlihatkan kesenjangan capaian yang cukup signifikan pada beberapa wilayah. 14 provinsi yang melaporkan masih tidak mencapai target dikarekan belum semua kab/kota mengirimkan laporan, Selain itu, beberapa provinsi seperti DI Yogyakarta, Sulawesi Barat, Papua Barat, Papua Barat Daya, Papua, Papua Tengah, Papua Pegunungan, dan Papua Selatan menunjukkan capaian 0%, yang mengindikasikan belum adanya pelaporan atau belum terlaksananya kegiatan sesuai indikator yang diukur

2) Indikator Program Diare

Capaian nasional indikator pengobatan diare sesuai standar sebesar 93% dari target 85%, dengan persentase kinerja sebesar 109.4%. Target dan capaian tahun 2022-2025 digambarkan sebagai berikut:

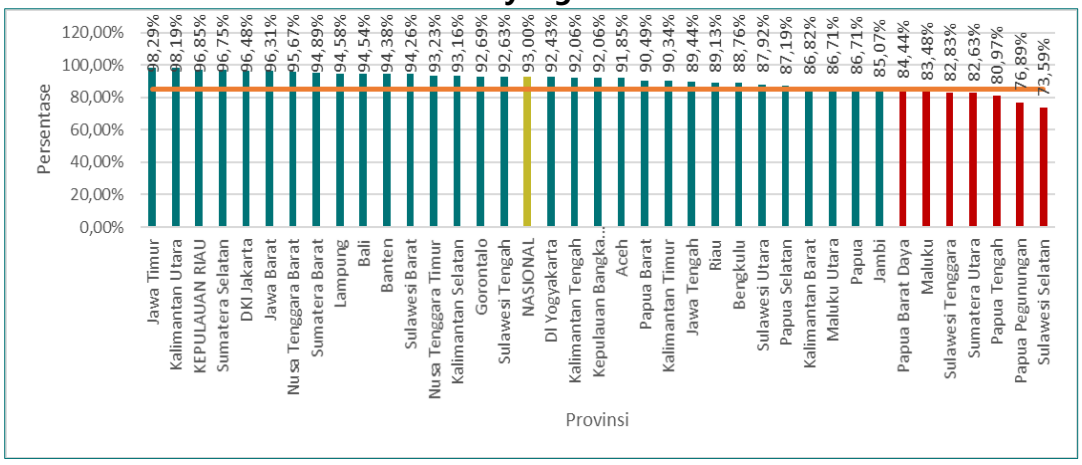
Grafik 3.67. Target dan Capaian Persentase Pengobatan Diare Sesuai Standar Tahun 2022-2025



Sumber data : Laporan Tim Kerja HPISP 2025

Grafik diatas menunjukkan capaian kinerja mengalami penurunan dari tahun 2022-2024, meskipun masih mencapai target yang ditetapkan. Namun pada tahun 2025 capaian indikator diare meningkat sebesar 93%. Tren capaian berdasarkan Provinsi sebagai berikut:

Grafik 3.68. Persentase Kasus Diare yang diberikan Oralit dan Zinc Tahun 2025



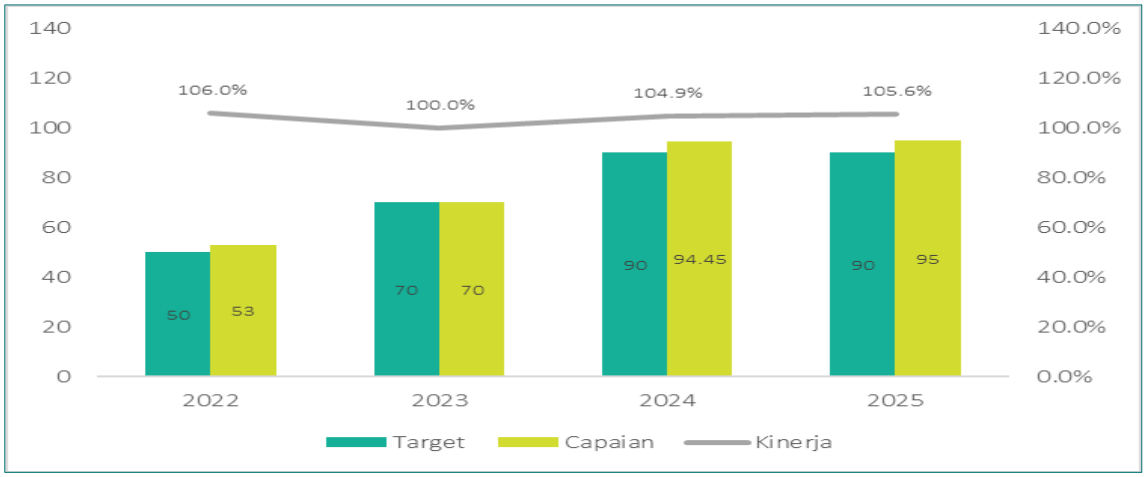
Sumber data: Laporan Rutin Program Diare 2025, Januari 2026

Grafik di atas menunjukkan bahwa cakupan pengobatan diare dengan oralit dan zinc sebesar 93%. Secara nasional sebanyak 31 provinsi telah mencapai target minimal 85%

pengobatan kasus diare sesuai standar dengan oralit dan zinc. Capaian tertinggi adalah Provinsi Papua Pegunungan sebesar 100%, dan terendah di Provinsi Sulawesi Selatan sebesar 73,59%.

Dari kedua 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 3.69. Persentase Pengobatan Penyakit Menular Pada Balita Sesuai Standar Tahun 2025



Sumber data : Laporan Tim Kerja ISPA dan Tim Kerja HPISP, Januari 2026

Capaian persentase pengobatan penyakit menular pada balita merupakan rerata dari persentase kasus pneumonia pada balita yang diberikan antibiotik (97%) dan persentase kasus diare balita yang diberikan oralit dan zinc (93%) dibagi 2 yaitu 95%. Capaian tersebut sudah melebihi target indikator tahun 2025 yaitu 90% dengan capaian kinerja sebesar 105.6%.

Persentase kasus pneumonia pada balita yang diberikan antibiotik mencapai mencapai target 97 % karena adanya faktor pendukung keberhasilan yakni:

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 93 %, didukung oleh faktor keberhasilan yakni:

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) Tersedia 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.

.

Kegiatan dalam mencapai indikator program Pneumonia antara lain:

1. Koordinasi Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Pneumonia. Kegiatan koordinasi guna mendukung program kesehatan secara umum dan secara khusus dalam peningkatan capaian program P2 Pneumonia. Kegiatan berupa kegiatan validasi data rutin ISPA secara daring dan melalui whatsapp grup dengan penanggungjawab program ISPA Provinsi.
2. Pelaksanaan Intensifikasi penemuan kasus dan faktor risiko pada situasi khusus ISP melalui Surveilans ILI SARI. Diperlukan upaya yang sinergis diantara petugas dilapangan baik di tingkat pusat sampai dengan puskesmas guna mengendalikan angka morbiditas dan mortalitas ISPA / Pneumonia pada balita, salah satu yang akan kami lakukan yaitu dengan mengadakan kegiatan Bimbingan Teknis Program P2 ISPA pada petugas ISPA Provinsi, Kabupaten/ Kota, Puskesmas di masing-masing provinsi. Dengan kegiatan Bimbingan Teknis Program P2 ISPA kepada petugas Puskesmas baik di Provinsi, Kabupaten/ Kota yang berkesinambungan, diharapkan implementasi program P2 ISPA disemua level berjalan sesuai dengan arah kebijakan nasional yang telah ditetapkan dan standar operasional prosedur (SOP) yang ada.
3. Kegiatan dilakukan pada bulan Agustus - September bersumber anggaran APBN di 6 Provinsi (Gorontalo, Kalteng, Papua Selatan, Papua, Maluku Utara, Bangka Belitung) di Puskesmas dan RS Sentinel ILI dan SARI Sebagai upaya penguatan pelaksanaan surveilans sentinel ILI-SARI di Indonesia, perlu dilakukan pendampingan teknis untuk pelaksanaan skrining kasus hingga pelaporan dan pencatatan surveilans sentinel ILI-SARI.
4. Penyusunan NSPK Pencegahan dan Pengendalian ISPA: Petunjuk Teknis Penanggulangan Covid-19. Untuk mengoptimalkan upaya penanggulangan COVID-19 sesuai situasi terkini, diperlukan Petunjuk Teknis yang operasional sesuai dengan perkembangan situasi epidemiologi dan strategi penanggulangan COVID-

19. Petunjuk teknis ini disusun sebagai acuan bagi tenaga kesehatan, pengelola program di berbagai tingkat, serta pemangku kepentingan lainnya dalam pelaksanaan kegiatan penanggulangan COVID-19 yang terintegrasi dan berkelanjutan. Kegiatan ini dilakukan secara daring setiap minggu dengan mengundang lintas program dan organisasi profesi dengan menggunakan anggaran APBN.

5. Sosialisasi GERMAS Gejala dan Tanda Pneumonia dan Infeksi Saluran Pernapasan Akut di Kabupaten Blora pada tanggal 21 September 2025. Kegiatan yang dilakukan berupa pertemuan advokasi dan sosialisasi terkait ISPA kepada pemangku kepentingan lokal bekerjasama dengan pejabat lintas sektor. Undangan pada kegiatan ini adalah lintas program, lintas sektor terkait dan kepala Puskesmas dan masyarakat. Metode kegiatan berupa presentasi/ ceramah dan diskusi. Materi yang dipresentasikan adalah Sosialisasi Tanda dan Gejala Pneumonia dan ISPA di masyarakat. Diharapkan pada akhir kegiatan ada Rencana Tindak Lanjut yang disepakati oleh seluruh peserta dan ditindaklanjuti dalam bentuk Rencana Aksi Daerah. Dengan adanya advokasi dan sosialisasi ini diharapkan program berjalan dengan lebih baik dengan dukungan pemangku kepentingan dan lintas sektor di daerah tersebut.
6. Intensifikasi penemuan kasus dan faktor risiko pneumonia. Kegiatan ini dilaksanakan sebagai upaya perbaikan terhadap pelaksanaan penanggulangan ISPA di daerah yang masih rendah cakupan penemuan kasus serta wilayah-wilayah yang kasusnya tinggi untuk mengetahui faktor risiko di wilayah tersebut. Adapun kegiatan dilakukan di 3 provinsi yaitu: Provinsi Jawa Timur, Provinsi Sumatera Barat dan Provinsi Kalimantan Barat pada bulan Oktober 2025. Penerima manfaat dari kegiatan ini adalah para pemangku kepentingan dan pelaksana program di tingkat provinsi dan kabupaten/kota serta petugas kesehatan dii Puskesmas dan RS. Kegiatan berupa pertemuan koordinasi bersama Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, peninjauan lapangan ke Puskesmas dan RS, on the job training ke Puskesmas dan diskusi timbal balik antara tim pusat dengan pemangku kepentingan daerah. Diharapkan setelah dilaksanakan kegiatan ini didapatkan peningkatan cakupan penemuan dan pengobatan kasus pneumonia balita sesuai target, identifikasi kendala dan permasalahan upaya penemuan kasus dan tatalaksana pneumonia balita, dan rekomendasi teknis untuk penguatan pelaksanaan penemuan dan tatalaksana kasus pneumonia balita.
7. Webinar series dalam rangka Hari Pneumonia Sedunia Tahun 2025. Kegiatan ini diselenggarakan sebagai sarana edukasi dan koordinasi berbagai organisasi profesi dan narasumber yang kompeten dibidangnya. Tujuan umum dari webinar ini untuk meningkatkan pengetahuan dan kapasitas tenaga kesehatan dalam tatalaksana, diagnosis, asuhan keperawatan serta upaya pencegahan pneumonia dan ISPA di

fasilitas pelayanan kesehatan dan komunitas. Adapun tujuan khususnya sebagai berikut:

a. Meningkatkan pemahaman mengenai situasi dan kebijakan penanggulangan ISPA dan pneumonia di Indonesia.
b. Meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan dalam tatalaksana dan diagnosis ISPA dan pneumonia pada anak dan dewasa.
c. Meningkatkan pemahaman mengenai asuhan keperawatan pneumonia di RS.
d. Meningkatkan pengetahuan mengenai pneumonia pada pasien komorbid
e. Meningkatkan pemahaman peran vaksinasi respirasi dalam pencegahan ISPA dan pneumonia.

Sasaran webinar ini adalah: dokter umum, dokter spesialis, perawat, tenaga kesehatan lainnya, pengelola program ISPA. Kegiatan dilaksanakan dalam bentuk webinar series selama 4 hari (24-27 November 2025) yang terdiri dari sesi pemaparan materi oleh narasumber, diskusi panel dan tanya jawab secara daring.

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

1) Peningkatan kapasitas pengelola program dan tenaga kesehatan, yang bertujuan untuk meningkatkan pemahaman petugas diare dan penyeragaman pencatatan dan pelaporan yang dilakukan yang dilakukan di bulan September 2025.
2) 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).
3) Kerjasama dengan organisasi profesi seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) untuk meningkatkan layanan diare yang komprehensif dan terstandar.
4) 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.

Meskipun indikator telah mencapai target tetapi dalam pelaksanaan program ditemukan masalah yang dihadapi dalam 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 sehingga masih ditemukan ketidaksesuaian data yang dilaporkan melalui email tim kerja ISPA sehingga masih perlu dilakukan perhitungan ulang dan penyesuaian laporan yang dilaporkan.

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

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% 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) 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
5) Belum semua petugas di puskesmas melaporkan data secara online melalui SIHEPI sehingga menyulitkan untuk analisis dan rekapitulasi data khususnya di level pusat.

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.

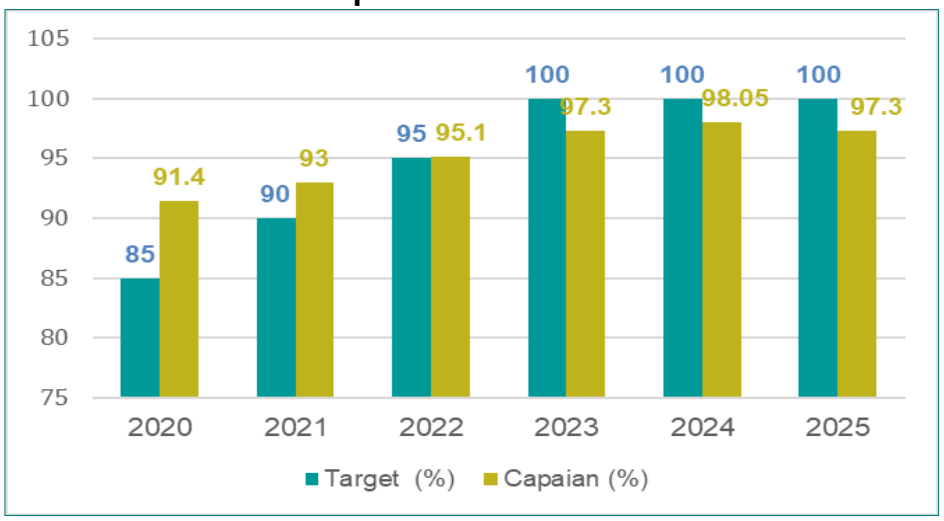
6) Mobilisasi pendanaan, dan bantuan teknis.
7) Melakukan integrasi program dengan Direktorat Kesehatan Keluarga dan Direktorat Pengelolaan imunisasi dalam hal pencegahan dan pengendalian pneumonia dan diare.
8) Pemanfaatan teknologi informasi untuk penguatan kapasitas, bimbingan teknis, monitoring dan 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.

6. Persentase skrining penyakit menular pada kelompok berisiko sebesar 100%

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. Definisi operasional indikator ini adalah persentase kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini Hepatitis B dan atau Hepatitis C pada populasi berisiko. Indikator dihitung dari 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%

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, kedua 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. Selama tahun 2022-2024, target indikator persentase skrining penyakit menular belum tercapai dengan tren capaian digambarkan dalam grafik berikut:

Grafik 3.70. Target dan Capaian Persentase skrining Penyakit Menular Pada kelompok Berisiko Tahun 2022- 2025



Sumber data : Laporan Tim Kerja HPISP, 23 Januari 2026

Grafik diatas menunjukkan bahwa capaian Tahun 2025, sebesar 97,3%, masih terdapat gap sebesar 2,7% untuk mencapai target tahunan. Bila dibandingkan dengan tren selama 2022-2025 menunjukkan capaian tidak mencapai target di Tahun 2025, dari 100% kabupaten/kota yang ditargetkan melaksanakan skrining penyakit menular pada kelompok berisiko, hanya sebesar baru terlaporkan 97,3% atau sebanyak 500 kabupaten/kota yang melaksanakan dan melaporkan skrining.

Bila dibandingkan capaian indikator persentase skrining penyakit menular pada kelompok beresiko maka terlihat bahwa sebanyak 4 Provinsi (10,5%) belum mencapai target indikator persentase skrining penyakit menular pada kelompok beresiko seperti tergambar pada grafik berikut ini

Grafik 3.71. Persentase skrining Penyakit Menular Pada kelompok Berisiko Berdasarkan Provinsi Tahun 2025



Sumber data: Laporan Tim Kerja HPISP, 23 Januari 2026

Grafik diatas menunjukkan, terdapat 34 Provinsi sudah mencapai target 100% kabupaten/kotanya melaksanakan skrining Penyakit menular (hepatitis B dan atau C) pada populasi berisiko dan 4 provinsi yang kabupaten/kotanya masih belum mencapai target 100% dengan capaian terendah yaitu Provinsi Papua Pegunungan dan Papua Barat (2,5%).

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 2025, cakupan ibu hamil yang di skrining Hepatitis B sebanyak 23,6% (1.141. 906 ibu hamil) dari sasaran 4,833,700 ibu hamil

Target Indikator Persentase skrining penyakit menular pada kelompok berisiko pada periode tahun 2025 belum mencapai target. Beberapa faktor penghambat pencapaian target antara lain kepatuhan petugas dalam pencatatan dan pelaporan, adanya kendala dalam aplikasi sihepi diawal tahun 2025. Belum semua kabupaten/kota di Provinsi pengembangan di Pulau Papua mempunya 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.
Beberapa upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator antara lain:

1) Validasi data Hepatitis B dan C pada bulan Februari 2025
2) Menyusun Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) terkait pemberian antivirus pada ibu hamil untuk mencegah penularan virus hepatitis B dari ibu ke anak.
3) Menyusun Petunjuk teknis pemberian antivirus pada ibu hamil untuk mencegah penularan virus hepatitis B dari ibu ke anak.
4) Bekerja sama dengan dengan direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat menyusun petunjuk teknis pemeriksaan kesehatan gratis (PKG) untuk pemeriksaan hepatitis B dan C pada populasi berisiko.
5) Mengirimkan Umpan Balik Laporan Hepatitis ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Provinsi.
6) Kolaborasi dengan Direktorat Pelayanan Kesehatan Keluarga dalam meningkatkan cakupan skrining pada ibu hamil melalui kegiatan demosite perluasan jejaring di 15 Kabupaten/Kota.

Dalam pencapaian program dan pelaksanaan kegiatan, diidentifikasi permasalahan dan kendala antara lain:

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

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi permasalahan dan kendala yakni:

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)

7. Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit tropis terabaikan sebanyak 316 Kab/Kota

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.

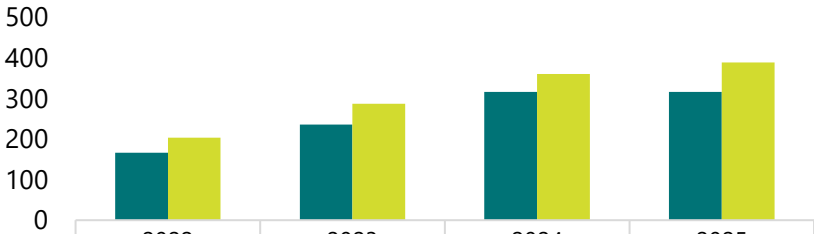
Program eliminasi filariasis menjadi program nasional dengan agenda utama melaksanakan kegiatan Pemberian Obat Pencegahan secara Massal (POPM) filariasis untuk memutus rantai penularan Filariasis pada penduduk di semua kabupaten/kota endemis filariasis serta seluruh penderita filariasis dapat terjangkau 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*).

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. Indikator 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).

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 3.72. Target dan Capaian Jumlah kabupaten/kota mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan Tahun 2022–2025



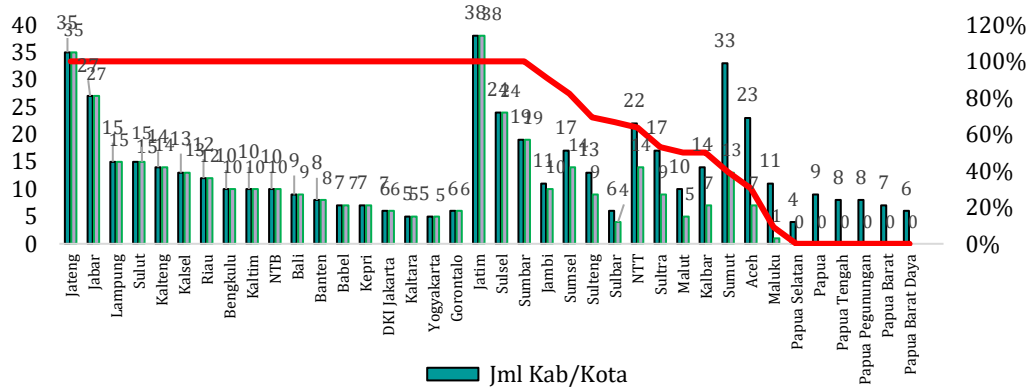
	2022	2023	2024	2025
Target	166	236	316	316
Capaian	203	287	360	389

Sumber data: Laporan Tim Kerja NTDs dan Zoonosis Tahun 2025

Sampai dengan Tahun 2025 jumlah kabupaten/kota yang berhasil mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan dari target sebesar 316 kabupaten/kota berhasil dicapai sejumlah 389 kabupaten/kota atau dengan percapaian kinerja sebesar 123%. Bila dibandingkan dengan capaian tahun 2024, terdapat penambahan 29 kabupaten eradikasi frambusia dan 5 kabupaten eliminasi filariasis. Namun jumlah kabupaten eliminasi rabies tidak mengalami kenaikan. Indikator jumlah kabupaten/kota yang berhasil mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan tahun 2025 berhasil mencapai target, hal ini disebabkan oleh meningkatnya capaian program eradikasi

frambusia yang cukup *significant* disamping program eliminasi filariasis dan rabies. Peningkatan jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit tropis terabaikan menunjukkan semakin meningkatnya komitmen kabupaten/kota dalam melaksanakan program penanggulangan penyakit tropis terabaikan diantaranya penanggulangan frambusia, filariasis dan rabies. Kabupaten/kota yang berhasil mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan per provinsi dapat dilihat dalam grafik berikut:

Grafik 3.73. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan per Provinsi Tahun 2025



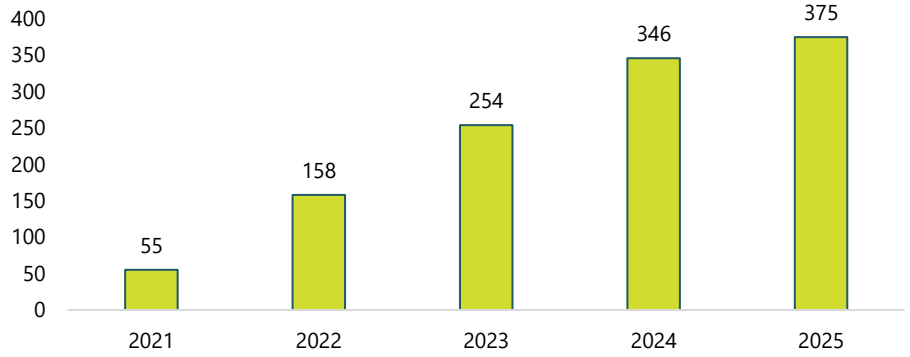
Sumber data: Laporan Tim Kerja NTDs dan Zoonosis Tahun 2025

Dari data diatas terdapat terdapat 21 provinsi dengan seluruh kabupaten/kotanya berhasil mencapai eliminasi penyakit infeksi tropis terabaikan yaitu Provinsi Jawa Tengah, Jawa Barat, Lampung, Sulawesi Utara, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Riau, Bengkulu, Kalimantan Timur, Nusa Tenggara Barat, Bali, Banten, Bangja Belitung, Kepulauan Riau, DKI Jakarta, Kalimantan Utara, Jawa Timur, Sulawesi Selatan, Gorontalo, Sumatera Barat dan DI Yogyakarta. Namun masih terdapat provinsi yang capaian nya masih 0% antara lain Papua, Papua Tengah, Papua Pengunungan, 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, tahun 2024 sebanyak 346 kabupaten/kota, dan tahun 2025

sebanyak 375 kabupaten/kota. Hasil capaian jumlah kabupaten/kota bebas frambusia tahun 2021 – 2024 dapat dilihat pada grafik dibawah ini:

Grafik 3.74. Capaian Kab/Kota Eradikasi Frambusia Tahun 2021 - 2025

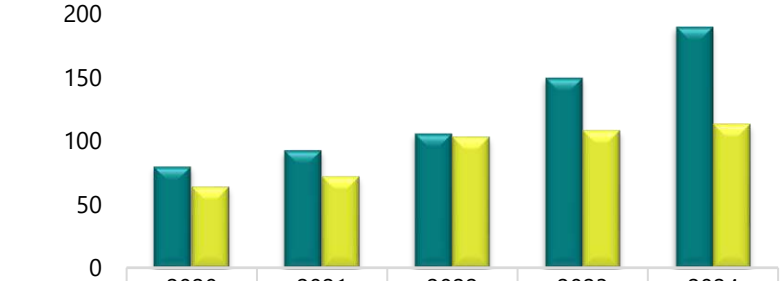


Sumber data: Laporan Tim Kerja NTDs Tahun 2025

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 – 2025 terlihat dalam grafik dibawah ini:

Grafik 3.75. Jumlah Kabupaten/Kota Endemis Filariasis yang Mencapai Eliminasi Tahun 2020 – 2025



	2020	2021	2022	2023	2024
Target	80	93	106	150	190
Capaian	64	72	103	108	113

Sumber data: Laporan Tim Kerja NTDs, tahun 2025

Sampai dengan tahun 2025, sebanyak 117 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. Selain eliminasi frambusia dan eliminasi filarias, komposita lainnnya adalah eliminasi rabies, pada tahun 2025 telah tercapai sebesar 418 Kab/Kota dari 430 Kab/Kota dengan capaian kinerja sebesaar 97.2%

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, logistic dan bahan KIE ke daerah.

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.
4) Adanya efisiensi anggaran menyebabkan kegiatan penanggulangan frambusia sebagai dasar penilaian sertifikasi bebas frambusia tidak dapat dilaksanakan

Dalam pelaksanaan kegiatan Filariasis ditemukan beberapa kendala/permasalahan yakni:

1) Adanya efisiensi anggaran pemerintah pusat dan daerah serta penghentian anggaran hibah bersumber USAID menyebabkan kegiatan evaluasi filariasis yang sudah teralokasikan sebelumnya tidak dapat dilaksanakan.
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 efisiensi anggaran menyebabkan kegiatan Survei evaluasi penularan tahap akhir sebagai penentu eliminasi filariasis tidak dapat dilaksanakan

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
4) Adanya efisiensi anggaran menyebabkan kegiatan pengendalian rabies tidak dapat dilaksanakan secara optimal.

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:

1) 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.
2) Optimalisasi koordinasi dan supervisi untuk meningkatkan cakupan POPM filariasis pada daerah gagal survey evaluasi untuk memutus rantai penularan.
3) Menjamin keamanan pelaksanaan POPM dan survei dengan melibatkan seluruh Lintas Sektor khususnya TNI/POLRI jika memungkinkan
4) Optimalisasi anggaran dan sumber daya yang ada untuk melaksanakan survey TAS dengan anggaran APBN, Hibah dan APBD

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 Assesment 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

8. Jumlah Kabupaten/Kota dengan eliminasi rabies sebanyak 237 Kab/Kota

Eliminasi rabies adalah upaya untuk membebaskan suatu wilayah atau populasi dari penyakit rabies. Ini melibatkan tindakan seperti vaksinasi massal, manajemen populasi hewan, dan tindakan lain yang dirancang untuk memutus rantai penularan rabies. Eliminasi rabies memerlukan pendekatan *One Health*, yaitu melibatkan berbagai sektor, termasuk kesehatan manusia, kesehatan hewan, dan lingkungan.

Indikator jumlah Kab/Kota dengan eliminasi rabies dimulai dari awal tahun 2022 seiring dengan Revisi Renstra periode tahun 2020-2024. Indikator ini dapat diketahui dengan

perhitungan jumlah kabupaten/kota yang tidak ada kasus kematian akibat Rabies pada manusia atau spesimen positif pada hewan dalam 2 (dua) tahun terakhir.

Indikator Kabupaten/Kota dengan eliminasi rabies merupakan indikator yang dipantau sejak tahun 2022, dengan definisi operasional Jumlah Kab/kota dengan eliminasi rabies adalah Kabupaten/kota yang tidak ada kasus kematian akibat Rabies pada manusia atau spesimen positif pada hewan dalam 2 (dua) tahun terakhir. Indikator ini dihitung dari Jumlah kabupaten/kota yang tidak ada kasus kematian akibat Rabies pada manusia atau spesimen positif pada hewan dalam 2 (dua) tahun terakhir, dihitung secara kumulatif setiap tahun. Target tahun 2022-2025 dihitung dari jumlah Kabupaten/Kota didaerah endemis rabies yang mencapai eliminasi.

Pada Renja awal tahun 2025 ditetapkan sebesar 237 Kab/Kota sebagai target pada Perjanjian Kinerja awal tahun 2025. Dengan menggunakan DO dan cara perhitungan diperoleh capaian sebesar 225 Kab/Kota, dengan persentase kinerja sebesar 94.9%. Pada Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2025-2029 target berubah menjadi 430 Kab/Kota. Perubahan target dilakukan karena menghitung semua Kab/Kota (514) sebagai target bukan hanya daerah endemis. Capaian dengan menggunakan target baru sebesar 418 Kab/Kota dengan persentase kinerja sebesar 97.2%

Penjelasan perbandingan capaian, upaya yang dilakukan untuk mencapai target, faktor yang mempengaruhi ketercapaian target, kendala dan pemecahan masalah telah dijelaskan dalam capaian IKP baru sebelumnya.

9. Jumlah Kabupaten/Kota dengan eliminasi kusta sebanyak 237 Kab/Kota

Kabupaten/Kota Eliminasi Kusta adalah wilayah administratif setingkat kabupaten atau kota yang telah berhasil menurunkan angka prevalensi kusta menjadi kurang dari 1 kasus per 10.000 penduduk, sesuai dengan standar eliminasi yang ditetapkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO). Definisi Operasional Indikator Kab/Kota yang mencapai Eliminasi Kusta adalah Kabupaten/kota yang tidak ditemukan kasus baru kusta anak selama 5 tahun dan Indikator Kab/Kota tersebut dihitung dari akumulasi jumlah kabupaten/kota yang telah mencapai angka prevalensi kurang dari 1 kasus per 10.000 penduduk pada tahun tertentu. Indikator ini dihitung dengan jumlah kabupaten/kota yang telah mencapai angka prevalensi kurang dari 1 kasus per 10.000 penduduk pada tahun tertentu. Terdapat perbedaan definisi operasional dan cara perhitungan Kab/Kota dengan eliminasi kusta pada tahun 2020-2024 dengan tahun 2025-2029. Pada tahun 2025-2029, definisi operasional Kabupaten/kota yang telah mencapai eliminasi kusta yaitu tidak ada kasus baru kusta anak selama 5 tahun dan tidak ada kasus kusta sama sekali pada dewasa selama 3 tahun. Cara Perhitungan indikator yakni Jumlah kumulatif

kabupaten/kota yang telah mencapai eliminasi kusta yaitu tidak ada kasus kusta anak selama 5 tahun, tidak ada kasus kusta sama sekali pada dewasa selama 3 tahun. Perbedaan definisi operasional akan mempengaruhi target dan capaian indikator.

Capaian indikator Kabupaten/Kota Eliminasi Kusta tahun 2025 dengan menggunakan definisi operasional dan cara perhitungan yang lama adalah sebesar 364 Kab/Kota dari target indikator 237 kabupaten/kota dengan capaian kinerja sebesar 153.6%. Sedangkan bila menggunakan definisi operasional dan cara perhitungan yang baru maka target diturunkan menjadi 11 Kab/Kota dan baru mencapai 6 Kab/Kota dengan persentase capaian kinerja sebesar 54.5%. Penurunan target pada tahun 2025-2029 telah disesuai dengan definisi operasional dan cara perhitungan yang baru. Capaian tersebut belum dilakukan validasi data dan kemungkinan masih ada perubahan.

Penjelasan perbandingan capaian, upaya yang dilakukan untuk mencapai target, faktor yang mempengaruhi ketercapaian target, kendala dan pemecahan masalah telah dijelaskan dalam capaian IKP baru sebelumnya.

10. Desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi sebanyak 20 Kab/Kota

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

Definisi Operasional Jumlah Desa Endemis Schistosomiasis yang Mencapai Eliminasi adalah Jumlah desa dengan hasil survei prevalensi schistosomiasis 0% pada manusia. Adapun rumus dan cara perhitungan yakni akumulasi jumlah desa endemis yang berdasarkan hasil survei prevalensi pada manusia, menunjukkan angka 0% pada tahun tersebut.

Indikator Jumlah Desa Endemis Schistosomiasis yang Mencapai Eliminasi menjadi indikator yang sama pada Perjanjian Kinerja awal dan Revisi Perjanjian Kinerja, dengan DO, cara perhitungan dan target yang berbeda. Pada Renstra Kemenkes Tahun 205-2029 terdapat perubahan DO dan cara perhitungan Indikator Desa Endemis Schistosomiasis yang Mencapai Eliminasi adalah kumulatif desa endemis schistosomiasis yang memiliki proporsi infeksi schistosomiasis dengan intensitas berat pada manusia < 1% (infeksi intensitas berat berdasarkan jumlah telur parasit yang

terdeteksi melalui pemeriksaan parasitologis standar) hasil survei prevalensi schisto pada manusia pada tahun tersebut. Cara perhitungan yakni akumulasi jumlah desa endemis berdasarkan hasil survei prevalensi pada manusia, menunjukkan proporsi infeksi intensitas berat < 1% pada tahun tersebut.

Terdapat juga perbedaan target pada Perjanjian Kinerja awal tahun 2025 ditetapkan target sebesar 20 desa sedangkan pada Perjanjian Kinerja revisi tahun 2025 ditetapkan target sebesar 18 Kab/Kota dari 28 desa endemis Schistosomiasis. Capaian indikator Jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi pada tahun 2025 dengan DO yang lama sebesar 16 desa, dibandingkan dengan target 20 desa maka capaian indikator sebesar 80%. Sedangkan perhitungan menggunakan perubahan DO dan cara perhitungan, capaian sebesar 28 desa dari target 18 desa dengan persentase capaian kinerja sebesar 155.6%.

Penjelasan perbandingan capaian, upaya yang dilakukan untuk mencapai target, faktor yang mempengaruhi ketercapaian target, kendala dan pemecahan masalah telah dijelaskan dalam capaian IKP baru sebelumnya.

11. Jumlah Kabupaten/Kota yang melakukan deteksi dini PTM sebanyak 514 Kab/Kota

Indikator jumlah Kabupaten/Kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM bertujuan untuk meningkatkan Penanggulangan Penyakit tidak menular serta menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit tidak menular. Definisi 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. Indikator ini dihitung dari 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. Terdapat perbedaan jenis PTM prioritas pada tahun 2022-2024 dan tahun 2025-2029. Pada tahun 2022-2024, terdapat 9 jenis skrining PTM prioritas yakni Hipertensi, Obesitas, Diabetes Melitus, Jantung, Stroke, Penyakit Paru Obstruktif Kronis

(PPOK), Kanker Payudara, Kanker Leher Rahim, dan Gangguan Indera sedangkan pada tahun 2025-2029, bertambah menjadi 10 PTM prioritas yang dengan penambahan skiriining Talasemia.

Pada tahun 2025, capaian Kabupaten/Kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM meliputi 9 PTM prioritas sebesar 494 Kab/Kota dan bila dibandingkan dengan target 514, persentase capaian kinerja sebesar 96.1%. Bila dibandingkan dengan skrining 10 PTM prioritas maka sebanyak 493 Kab/Kota telah melakukan deteksi dini dengan persentase capaian sebesar 95.9%. Pada PK awal tahun 2025 numenklatur indikator adalah jumlah Kabupaten/Kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM sedangkan pada revisi PK, indikator berubah menjadi persentase Kabupaten/kota yang menyelenggarakan semua skrining prioritas PTM.

Penjelasan perbandingan capaian, upaya yang dilakukan untuk mencapai target, faktor yang mempengaruhi ketercapaian target, kendala dan pemecahan masalah telah dijelaskan dalam capaian IKP baru sebelumnya.

12. Persentase merokok penduduk usia 10-21 tahun sebesar 7.3 %

Pertumbuhan perokok aktif di Indonesia tidak terlepas dari industri produk tembakau yang secara gencar memasarkan produknya di kalangan masyarakat terutama anak dan remaja. Hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023 menunjukkan prevalensi merokok penduduk umur 10-18 tahun sebesar 7,4% dengan adanya peningkatan 2 kali lipat pada penggunaan rokok elektronik yang mana sebelumnya sebesar 0,06% (Riskesdas 2018) menjadi 0,13% (SKI 2023). Berdasarkan data, usia mulai merokok penduduk Indonesia juga semakin tahun semakin muda dengan usia mulai merokok terbanyak adalah 15 - 19 tahun (56,5%) dan selanjutnya adalah 10 - 14 tahun (18,4%).

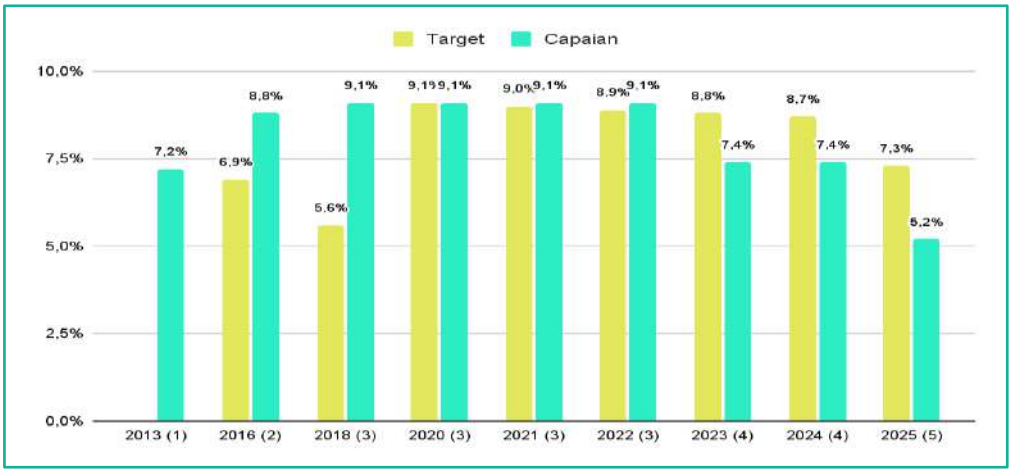
Persoalan perokok usia remaja merupakan ancaman besar, karena anak yang sudah mulai merokok di bawah usia 18 tahun berisiko memiliki kualitas kesehatan yang buruk. Seiring waktu, jika kebiasaan merokok tidak dihentikan, perokok remaja berpotensi mengidap kanker paru, penyakit jantung, ginjal, pembuluh darah, gangguan kesehatan reproduksi, masalah tulang dan otot, gangguan paru dan otak. Penurunan persentase merokok pada penduduk usia 10-21 tahun ditargetkan sejalan dengan target global SDGs untuk menurunkan angka perokok sebesar 30% sampai dengan tahun 2030. Penurunan angka perokok harus didukung dengan strategi pengendalian konsumsi tembakau lainnya seperti implementasi Kawasan Tanpa Rokok (KTR) optimalisasi layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM), kampanye dan edukasi masalah konsumsi rokok dan dampaknya melalui pencantuman peringatan kesehatan bergambar pada kemasan produk tembakau dan rokok elektronik, pengendalian iklan, promosi dan sponsor rokok serta koordinasi lintas sektor.

Definisi operasional indikator Persentase merokok pada penduduk usia 10-21 tahun adalah perbandingan antara jumlah penduduk umur 10-21 tahun yang merokok (rokok konvensional dan/ atau rokok elektronik) dengan jumlah penduduk umur 10-21 tahun. Indikator ini dihitung dengan cara Jumlah penduduk umur 10-21 tahun yang merokok dibagi jumlah semua penduduk umur 10-21 tahun dikali 100 % dan dinyatakan dalam satuan persen (%)

$$\text{Persentase Merokok Penduduk Usia 10-21 Tahun} = \frac{\text{Jumlah penduduk Usia 10-21 Tahun yang merokok pada waktu tertentu}}{\text{Jumlah penduduk Usia 10-21 Tahun pada periode waktu yang sama}} \times 100\%$$

Pada tahun 2025, berdasarkan data persentase yang bersumber dari Aplikasi Sehat Indonesiaku (ASIK) hingga bulan Desember 2025, menunjukkan bahwa capaian persentase merokok pada penduduk usia 10-21 tahun menurun dan mencapai target sebesar 4,9%. Data ini adalah data skrining faktor risiko PTM yang dilakukan oleh Puskesmas yang diinput ke dalam ASIK mobile. Jumlah seluruh peserta skrining faktor risiko PTM yang telah diinput dalam ASIK per 31 Desember 2025 sebanyak 7.746.216 jiwa, dan 6,1% dari seluruh peserta ini adalah anak-remaja usia 10-21 tahun (472.004 jiwa) yang juga di wawancara terkait perilaku merokok.

Grafik 3.76. Capaian Prevalensi Merokok Pada Penduduk Usia 10-21 Tahun Tahun 2025



Sumber Data: (1) Riskesdas 2013; (2) Sirkesnas 2016; (3) Riskesdas 2018; (4) SKI 2023; (5) ASIK-PTM 2025

Berdasarkan perbandingan dari target dan capaian tahun 2020-2022 tidak ada penurunan angka prevalensi perokok, namun pada tahun 2023 berdasarkan data SKI tahun 2023 angka perokok menurun sebesar 18,7% dari 9,1% menjadi 7,4%. Sampai

dengan bulan Desember 2025, angka perokok berhasil turun lagi sebanyak 28,7% dari target 7,3% menjadi 5,2% berdasarkan data ASIK sehingga capaian akhir tahun 2025 menjadi 128.7%. Persentase perokok usia 10-21 tahun berdasarkan data ASIK per Provinsi digambarkan dalam tabel berikut ini:

Tabel 3.13. Persentase merokok penduduk usia 10-21 tahun berdasarkan data ASIK Tahun 2025

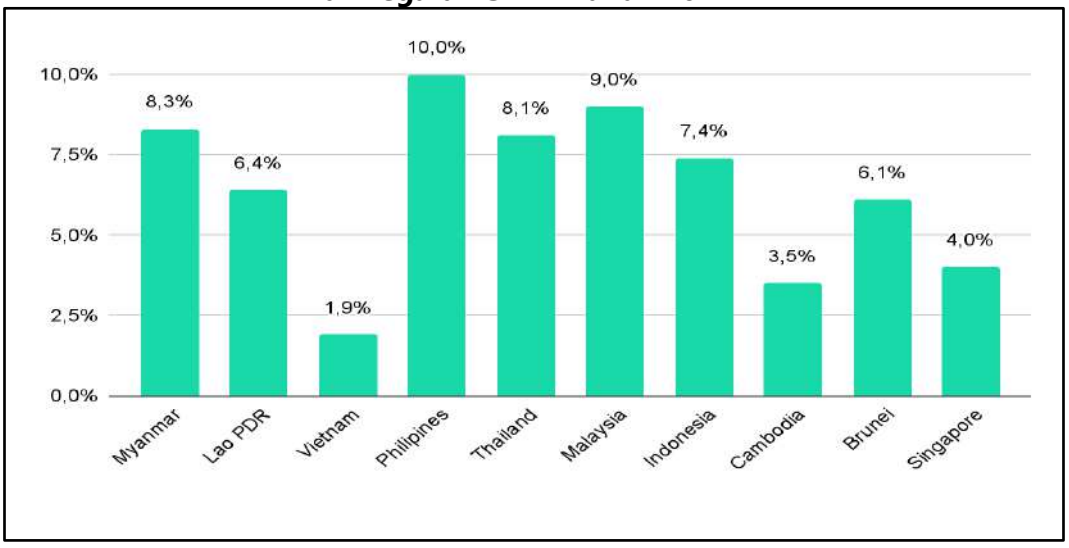
No	Provinsi	Persentase
1	Jawa Tengah	6,2%
2	Sumatera Utara	3,5%
3	Banten	7,3%
4	Sulawesi Selatan	3,2%
5	Lampung	6,3%
6	Jawa Timur	6,6%
7	Jawa Barat	6,9%
8	Nusa Tenggara Timur	6,3%
9	Kalimantan Selatan	4,1%
10	Sumatera Barat	5,4%
11	Sumatera Selatan	3,6%
12	Riau	4,9%
13	Kalimantan Timur	5,1%
14	Aceh	6,3%
15	Bali	3,1%
16	Sulawesi Tengah	5,3%
17	Jambi	4,4%
18	Gorontalo	2,4%
19	Kep. Riau	3,6%
20	Kalimantan Barat	5,2%
21	Kalimantan Tengah	6,1%
22	Sulawesi Tenggara	4,0%
23	Nusa Tenggara Barat	6,3%
24	Bengkulu	5,9%
25	Maluku	5,6%
26	Maluku Utara	7,4%
27	Sulawesi Utara	4,8%
28	Sulawesi Barat	2,7%
29	Kep. Bangka Belitung	4,7%
30	D. I. Yogyakarta	7,5%
31	Kalimantan Utara	8,4%
32	Papua	6,9%
33	Papua Barat	3,4%
34	Papua Tengah	5,0%

No	Provinsi	Persentase
35	Papua Selatan	12,1%
36	Papua Barat Daya	9,1%
37	DKI Jakarta	4,2%
38	Papua Pegunungan	0%
	INDONESIA	**5,2%**

Sumber Data: ASIK, Mei 2025

Tabel diatas menunjukkan bahwa persentase merokok penduduk usia 10-21 tahun tertinggi di Provinsi Papua Selatan (12.1%), Papua Barat Daya (9.1%) dan Kalimantan Utara (8.4%). Selain di Indonesia, diperoleh data perbandingan perokok anak dan remaja di beberapa negara. Perbandingan angka perokok anak dan remaja usia 13 - 15 tahun di negara-negara ASEAN sebagian besar menggunakan sumber data *Global Youth Tobacco Survey* (GYTS)., namun beberapa negara menggunakan sumber data dan kelompok umur yang berbeda, seperti Indonesia (10 - 18 tahun), Malaysia (13 - 17 tahun) dan Singapura (13 - 20 tahun). Pada kelompok usia 13 - 15 tahun, negara dengan prevalensi perokok tertinggi adalah Filipina sebesar 10%, namun jika dibandingkan dengan jumlah penduduk maka Indonesia adalah negara dengan jumlah perokok anak dan remaja tertinggi berdasarkan angka absolut. Secara lengkap pada grafik berikut ini:

Grafik 3.77. Prevalensi Merokok pada Anak dan Remaja di Negara ASEAN Tahun 2024



Sumber Data: Tobacco Atlas 6th Edition, 2024

Pengendalian konsumsi rokok harus dilakukan secara komprehensif dan sinergis antara strategi non fiskal dan fiskal. Kenaikan berkala cukai rokok (10–12 % per tahun) menaikkan Harga Eceran Tertinggi (HJE) sebagai kebijakan fiskal, menurunkan daya beli terutama anak-anak dan masyarakat berpenghasilan rendah. Sedangkan kebijakan non fiskal meliputi :

1) Penguatan regulasi melalui PP Nomor 28 tahun 2024 yang mengatur lebih ketat terkait:
   a. Larangan penjualan pada penduduk dibawah usia 21 tahun dan ibu hamil, secara eceran per batang, radius 200 meter dari tempat belajar mengajar dan tempat bermain anak, melalui mesin layan diri, dan aplikasi elektronik komersial
   b. Larangan iklan, promosi dan sponsor produk tembakau dan rokok elektronik di media sosial berbasis digital, situs web dan aplikasi elektronik komersial
   c. Pengaturan batas maksimal kadar nikotin dan tar produk tembakau dan rokok elektronik dan Penetapan bahan tambahan yang berbahaya pada produk tembakau dan rokok elektronik
2) Implementasi Kawasan Tanpa Rokok (KTR)
3) Optimalisasi Layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM)
4) Pengaturan pencantuman pesan dan peringatan kesehatan pada kemasan produk tembakau dan rokok elektronik

Indikator Persentase merokok pada penduduk usia 10-21 tahun pada PK awal tahun 2025 juga menjadi indikator pada revisi PK tahun 2025 dengan perbedaan pada usia. Indikator pada revisi PK tahun 2025 yakni Persentase merokok pada penduduk 10-21 tahun. Perbedaan kelompok usia pada indikator ini mempengaruhi capaian indikator, Persentase merokok pada penduduk usia 10-21 tahun telah mencapai 5.2% dengan persentase kinerja sebesar 128.7% sedangkan pada kelompok usia 10

13. Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan sebanyak 9.8%

Kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan merupakan indikator komposit yang menggambarkan status kualitas kesehatan lingkungan pada skala kabupaten kota. Komposit dari dua indikator RPJMN tahun 2020 - 2024 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.

Pada tahun 2025, Indikator Kinerja Program (IKP) Kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan mengalami perubahan pada Renstra Kemenkes dari IKP ISS dengan nomenklatur, Definisi Operasional dan Cara Perhitungan yang baru menjadi Kabupaten/kota yang memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan.

Indikator Kabupaten/kota yang memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan merupakan indikator komposit yang terdiri dari Kabupaten/Kota dengan kualitas air minum, kualitas pangan, kualitas udara dalam ruang yang memenuhi syarat serta merupakan Kabupaten/Kota Sehat. Defenisi operasional Kabupaten/kota yang memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan adalah Kabupaten/kota dengan kualitas air minum, kualitas pangan, kualitas udara dalam ruang yang memenuhi syarat serta merupakan kabupaten/kota sehat. Cara perhitungan indikator yakni Jumlah kumulatif kabupaten/kota dengan kualitas air minum memenuhi syarat di 70% sarana air minum dan 30% rumah tangga, jumlah KLB keracunan pangan di bawah 5, kualitas udara dalam ruang memenuhi syarat di 70% tempat fasilitas umum dan 30% pemukiman serta 70% capaian nilai tatanan KKS.

Pada periode Renstra tahun 2025–2029, indikator Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan mengalami perubahan secara menyeluruh, baik dari sisi nomenklatur, pengertian, definisi operasional, maupun metode perhitungan. Pada periode sebelumnya, indikator Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan merupakan Indikator Kinerja Program Direktorat Kesehatan Lingkungan dengan definisi operasional sebagai kabupaten/kota yang memenuhi minimal 3 dari 5 indikator kualitas kesehatan lingkungan, yaitu kabupaten/kota yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

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

Pada periode Renstra tahun 2025–2029, indikator tersebut berubah menjadi Indikator Sasaran Strategis dengan nomenklatur Kabupaten/Kota Memenuhi Syarat Kualitas Kesehatan Lingkungan. Definisi operasional indikator ini adalah kabupaten/kota yang memiliki kualitas air minum, kualitas pangan, dan kualitas udara dalam ruang yang memenuhi syarat, serta merupakan kabupaten/kota sehat.

Perubahan indikator ini didasarkan pada capaian indikator persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan selama periode tahun 2022–2024 yang telah menunjukkan tren target dan realisasi yang terus meningkat. Kondisi tersebut menuntut adanya tantangan dan kriteria baru dalam rangka mendorong peningkatan kualitas kesehatan lingkungan secara lebih komprehensif dan berkelanjutan. Oleh karena itu, indikator tersebut ditetapkan sebagai indikator sasaran strategis dengan pengertian, definisi operasional, dan metode perhitungan yang berbeda dari periode

sebelumnya. Definisi operasional indikator Kab/Kota memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan menjadi Kabupaten/kota dengan kualitas air minum, kualitas pangan, kualitas udara dalam ruang yang memenuhi syarat serta merupakan kabupaten/kota sehat. Indikator dihitung dari Jumlah kumulatif kabupaten/kota dengan kualitas air minum memenuhi syarat di 70% sarana air minum dan 30% rumah tangga, jumlah KLB keracunan pangan di bawah 5, kualitas udara dalam ruang memenuhi syarat di 70% tempat fasilitas umum dan 30% pemukiman serta 70% capaian nilai tatanan KKS.

Dengan demikian, pada pelaksanaan tahun 2025, Indikator Kinerja Program Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan selanjutnya diukur melalui indikator sasaran strategis Kab/Kota memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan sedangkan DO dan cara perhitungan lama tidak dipergunakan lagi, Secara lengkap capaian digambarkan pada tabel berikut:

Tabel 3.14. Target dan Capaian Indikator Kinerja Program Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan

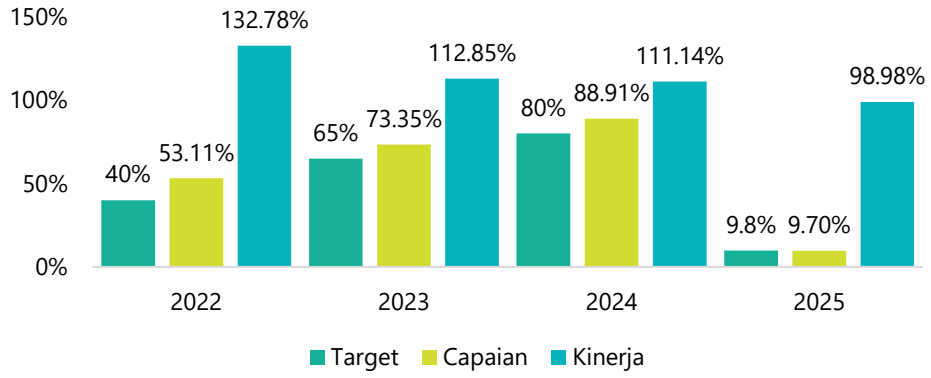
Indikator	Target 2025	Capaian Triwulan I	Capaian Triwulan II	Capaian Triwulan III	Capaian Triwulan IV
Kab/Kota memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan	50 Kab/Kota	0 Kab/Kota	6 Kab/Kota	28 Kab/Kota	50 Kab/Kota

Berdasarkan data pada tabel diatas, realisasi capaian indikator Kab/Kota memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan mengalami peningkatan yang signifikan pada setiap triwulan. Pada Triwulan I, capaian indikator masih 0 kabupaten/kota, yang menunjukkan bahwa pada awal tahun pelaksanaan kegiatan masih berada pada tahap persiapan, seperti penyusunan regulasi, penguatan kebijakan, penyiapan sistem, serta pelaksanaan sosialisasi dan pendampingan awal kepada pemerintah daerah. Selanjutnya, pada Triwulan II, capaian meningkat menjadi 6 kabupaten/kota. Capaian ini mencerminkan mulai berjalannya proses implementasi di daerah, khususnya setelah dilaksanakannya fasilitasi, pendampingan teknis, serta peningkatan pemahaman daerah terhadap kriteria dan mekanisme pemenuhan indikator. Pada Triwulan III, capaian indikator meningkat secara signifikan menjadi 28 kabupaten/kota. Peningkatan ini menunjukkan efektivitas pelaksanaan berbagai upaya percepatan, seperti coaching clinic, optimalisasi pemanfaatan aplikasi sistem informasi, serta penguatan koordinasi

lintas program dan lintas sektor di daerah. Hingga Triwulan IV, capaian indikator mencapai 50 kabupaten/kota, yang berarti 100% dari target tahun 2025 telah tercapai. Capaian ini menunjukkan bahwa seluruh rangkaian kegiatan fasilitasi, pendampingan, serta penguatan kapasitas daerah telah berjalan optimal dan mampu mendorong pemenuhan seluruh persyaratan indikator Kabupaten/Kota Memenuhi Syarat Kualitas Kesehatan Lingkungan.

Indikator Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan pada IKP lama telah mencapai 9.7% Kab/Kota (50 Kab/Kota) dari target 9.8%, dengan persentase kinerja sebesar 98.98%. Bila dibandingkan dengan IKP baru Kabupaten/Kota Memenuhi Syarat Kualitas Kesehatan Lingkungan telah mencapai 50 Kab/Kota dari target 50 Kab/Kota maka target telah mencapai 100%. Tren capaian tahun 2022-2025 digambarkan sebagai berikut:

Grafik 3.78. Target dan Capaian Persentase Kab/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan Tahun 2022-2025



Sumber data: Laporan Direktorat Kesehatan Lingkungan, Januari 2026

Grafik diatas menunjukkan bahwa, target tahun 2025 menurun bila dibandinkan dengan tahun 2022-2024, hal ini terjadi karena adanya perubahan definisi operasional dan cara pehitungan, sehingga dilakukan perhitungan ulang target. Selain itu perubahan lainnya perubahan numenklatur dari persentase Kab/Kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan menjadi jumlah Kabupaten/Kota memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan dengan target 50 Kab/Kota pada taun 2025, 100 Kab/Kota pada tahun 2026, 150 Kab/Kota pada tahun 2027, 200 Kab/Kota pada tahun 2028, 250 Kab/Kota pada tahun 2029. Berdasarkan data pada grafik diatas, dapat disimpulkan bahwa capaian kinerja pada periode 2022–2024 menjadi landasan kuat dalam penetapan target yang lebih ambisius pada periode 2025–2029. Keberhasilan melampaui target persentase pada tahun-tahun sebelumnya menunjukkan kesiapan sistem, regulasi, dan kapasitas daerah untuk meningkatkan jumlah kabupaten/kota yang memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan. Namun demikian, peningkatan

target yang signifikan pada periode mendatang juga menuntut penguatan strategi implementasi, termasuk peningkatan dukungan teknis, pembinaan berkelanjutan, penguatan sistem monitoring dan evaluasi, serta sinergi lintas sektor dan lintas program, agar target yang telah ditetapkan dapat dicapai secara optimal dan merata di seluruh wilayah.

Untuk tercapainya indikator Kab/Kota memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan upaya yang dilakukan antara lain:

1. Fasilitasi dan pendampingan kepada pemerintah daerah dalam rangka percepatan analisis data Surveilans Kualitas Air Minum Rumah Tangga (SKAMRT). Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman dan kemampuan daerah dalam mengelola, menganalisis, dan memanfaatkan data kualitas air minum sebagai dasar pengambilan keputusan dan pemenuhan kriteria indikator.
2. Pelaksanaan persiapan coaching clinic serta pengenalan aplikasi SIPANTAS kepada pemerintah daerah. Kegiatan ini difokuskan pada peningkatan pemahaman teknis terkait penggunaan aplikasi SIPANTAS sebagai sarana pencatatan, pelaporan, dan pemantauan capaian kualitas kesehatan lingkungan secara terintegrasi.
3. Pelaksanaan *coaching clinic* Kabupaten/Kota Sehat (KKS) pada tiga regional sebagai upaya penguatan komitmen dan kapasitas daerah dalam penyelenggaraan kabupaten/kota sehat. Kegiatan ini diharapkan dapat mendorong pemenuhan persyaratan kabupaten/kota sehat yang menjadi salah satu komponen utama dalam perhitungan capaian indikator Kab/Kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan.
4. Pelaksanaan sosialisasi dan coaching clinic Surveilans Kualitas Udara Dalam Ruang (SKUDR) kepada pemerintah daerah. Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman serta kemampuan teknis daerah dalam pelaksanaan surveilans kualitas udara dalam ruang, termasuk pengumpulan dan pelaporan data sesuai standar yang ditetapkan.

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.

Terhadap permasalahan dan kendala tersebut dilakukan fasilitasi dan pendampingan kepada daerah, baik secara daring maupun luring, terus dilakukan secara berkelanjutan untuk memantau pelaksanaan kegiatan yang mendukung pencapaian indikator. Fasilitasi dan pendampingan tersebut dilaksanakan oleh Tim Kerja setiap minggu bersama daerah. Melalui kegiatan ini, pencapaian indikator Kabupaten/Kota memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan dapat dipantau dan sesuai dengan target yang telah ditetapkan

14. Persentase Kab/Kota yang melaksanakan deteksi, pengendalian penyakit dan faktor resiko Kesehatan yang berpotensi KLB/wabah sebesar 40%

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.

Definisi 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 kekarantinaan 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.

Indikator ini dihitung dengan rumus sebagai berikut:

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

Indikator Persentase Kabupaten Kota yang melakukan deteksi dan respon potensi KLB/wabah serta pengendalian faktor risiko kesehatan yang berpotensi KLB/wabah pada revisi PK Tahun 2025 berubah numenklatur menjadi Persentase kab/kota dengan pengendalian kejadian luar biasa (KLB)/wabah dengan target sama sebesar 40%.

Capaian Indikator Persentase Kabupaten Kota yang melakukan deteksi dan respon potensi KLB/wabah serta pengendalian faktor risiko kesehatan yang berpotensi KLB/wabah pada tahun 2025 mencapai 237 dari 514 Kabupaten/Kota. Kabupaten/Kota tersebut telah memenuhi minimal 4 dari 5 kriteria yang ditetapkan, sehingga diperoleh capaian indikator sebesar 46,11%. Dengan capaian tersebut, persentase kinerja mencapai 115,27% terhadap target yang telah ditetapkan.

Penjelasan perbandingan capaian, upaya yang dilakukan untuk mencapai target, faktor yang mempengaruhi ketercapaian target, kendala dan pemecahan masalah telah dijelaskan dalam capaian IKP baru sebelumnya.

B. CAPAIAN INDIKATOR KINERJA PROGRAM DUKUNGAN MANAJEMEN

Capaian kinerja dukungan manajemen menggambarkan hasil pelaksanaan dukungan manajemen pelaksanaan teknis lainnya pada Program Penanggulangan 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 2025. Berikut ini adalah target dan perkembangan capaian IKP dukungan manajemen sampai tahun 2025

Tabel 3.15. Target dan Capaian Indikator Kinerja Program Dukungan Manajemen Tahun 2025

	INDIKATOR KINERJA PROGRAM	TARGET	CAPAIAN	% CAPAIAN KINERJA
1.	Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	77	91.3	118.57%
2.	Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	92.35	84.85	91.88%
3.	Indeks Kualitas SDM Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	81	83.72	103.36%
4.	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	95%	96.9%	102.00%
5.	Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	3.95	4.04	102.3%

	INDIKATOR KINERJA PROGRAM	TARGET	CAPAIAN	% CAPAIAN KINERJA
6.	Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	96%	30.41%	31.68%
	Rata-Rata Capaian Kinerja			**91.6%**

Pada tahun 2025, sebanyak 6 Indikator Kinerja Mandatory (IKM) dalam Perjanjian Kinerja Tahun 2025. Rata-rata capaian IKM tersebut sebesar 91.6% dan sebanyak 4 indikator telah melebihi target capaian dan 2 indikator tidak mencapai target. Gambaran atas upaya peningkatan kinerja dukungan manajemen sampai tahun 2025 dijelaskan pada 6 Indikator Kinerja Mandatory di bawah ini:

1. **Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit sebesar 77**

   Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit adalah hasil kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan masyarakat terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh Ditjen P2. Indeks Kepuasan Ditjen P2 terdiri dari: indeks kepuasan keseluruhan layanan, indeks kepuasan per aspek layanan, indeks kepuasan per UPT layanan, dan indeks kepuasan layanan berdasarkan aspek layanan di setiap UPT.

   Definisi operasional indikator Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Ditjen Penanggulangan Penyakit adalah Hasil penilaian kepuasan pengguna layanan dari seluruh pengguna layanan (internal dan ekternal) di Unit Eselon I yang diperoleh melalui pengukuran berdasarkan survei kepada responden terpilih dan perhitungan indeks kepuasan masyarakat dengan berpedoman pada Permenpan–RB Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik dan perubahan terkait Permenpan RB tersebut. Pada Survei Kepuasan Penggunan Layanan (SKPL) Ditjen P2 Kemenkes 2025, tingkat kepuasan pengguna layanan diukur pada lima Unit Pelaksana Teknis (UPT) berupa Balai Besar Kekarantinaan Kesehatan (BBKK) yang ada di empat kota yaitu Jakarta, Medan, Surabaya, dan Makassar. Pengukuran mencakup berbagai aspek layanan, untuk mendapatkan pemetaan yang komprehensif mengenai kinerja layanan yang diberikan. Secara lebih spesifik, ruang lingkup survei ini mencakup sepuluh aspek layanan berdasarkan Permen PANRB No. 14 Tahun 2017, sebagai berikut:

Tabel 3.16. Definisi Operasional Variabel Pengukuran

No	Variabel	Definisi Operasional	Item	Jumlah Item
1	Persyaratan	Ketentuan teknis dan administratif yang harus dipenuhi pengguna layanan, dinilai dari kejelasan dan kemudahannya.	• Kesesuaian antara persyaratan layanan dan informasi publik. • Kemudahan dalam memenuhi persyaratan layanan.	2
2	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	Tata cara pelayanan yang telah dibakukan bagi petugas dan pengguna, dinilai dari kejelasan alur serta kemudahan pelaksanaannya.	• Kesesuaian prosedur dengan yang diinformasikan. • Kemudahan prosedur dalam memperoleh layanan.	2
3	Waktu Penyelesaian	Jangka waktu penyelesaian layanan sejak permohonan hingga hasil diterima, dinilai dari ketepatan dan konsistensi waktu.	• Kesesuaian waktu penyelesaian dengan yang diinformasikan. • Kecepatan waktu penyampaian layanan.	2
4	Biaya/Tarif	Besaran ongkos layanan sesuai ketentuan yang berlaku, dinilai dari keterbukaan informasi dan kewajarannya.	• Kesesuaian biaya/tarif dengan informasi publik. • Kewajaran biaya/tarif.	2
5	Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan	Hasil akhir layanan sesuai standar yang ditetapkan, dinilai dari kesesuaian mutu dan kebutuhan pengguna.	• Kesesuaian hasil layanan dengan yang diinformasikan. • Kualitas hasil layanan yang diterima.	2
6	Kompetensi Pelaksana	Kemampuan petugas dalam pengetahuan, keterampilan, dan pengalaman kerja, dinilai dari profesionalisme pelaksanaan layanan.	• Keterampilan pegawai dalam memberikan layanan. • Pengetahuan pegawai terhadap layanan yang diberikan.	2
7	Perilaku Pelaksana	Sikap dan etika petugas dalam memberikan pelayanan, dinilai dari keramahan, tanggung jawab, dan kesopanan.	• Sikap profesional pegawai • Sikap empati dan keramahan pegawai.	2
8	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan	Proses penerimaan dan tindak lanjut pengaduan masyarakat, dinilai dari kemudahan akses dan kecepatan respons.	• Kemudahan menyampaikan pengaduan/saran/masukan. • Kepuasan terhadap tindak lanjut penanganan pengaduan/ saran/masukan.	2
9	Sarana dan Prasarana Offline	Fasilitas pendukung pelayanan yang menjamin kenyamanan dan	• Ketersediaan Sarana dan Prasarana fisik.	2

No	Variabel	Definisi Operasional	Item	Jumlah Item
		kemudahan pengguna, terdiri dari ruang, gedung, peralatan, dan fasilitas fisik lainnya.	• Kualitas Sarana dan Prasarana pendukung layanan.	
10	Sarana dan Prasarana Online	Fasilitas pendukung pelayanan yang menjamin kenyamanan dan kemudahan pengguna, terdiri dari sistem informasi, website, aplikasi, dan kanal digital pelayanan.	• Kemudahan penggunaan aplikasi/website layanan. • Keandalan sistem aplikasi/website dalam memberikan layanan	2

Cara perhitungan indikator ini adalah Nilai indeks kepuasan pengguna layanan diperoleh dengan cara menghitung hasil survei berdasarkan 9 unsur layanan. SKPL Ditjen P2 menggunakan model kepuasan berbasis atribut yang secara spesifik mempengaruhi tingkat kepuasan pengguna layanan. Adapun metode yang digunakan merupakan metode campuran, dengan pendekatan kuantitatif sebagai metode utama, diikuti oleh metode kualitatif sebagai bentuk pendalaman terhadap pengalaman pengguna layanan. Pengumpulan data dilakukan melalui survei dan wawancara mendalam. Data yang diperoleh selanjutnya dianalisis menggunakan analisis statistik deskriptif dan analisis konten untuk menghasilkan temuan yang komprehensif mengenai kualitas layanan yang diberikan oleh Ditjen P2.

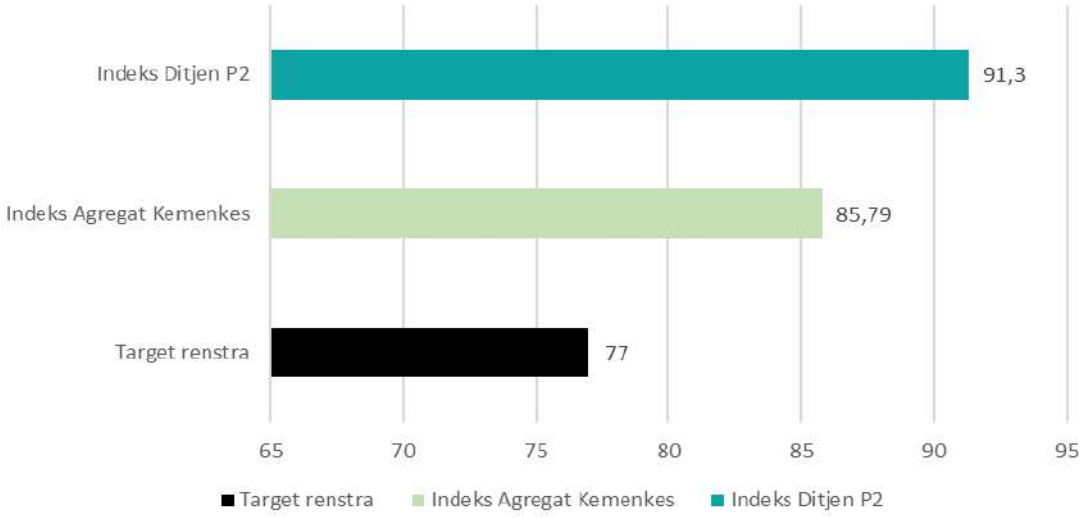
Tahapan perhitungan Indeks Kepuasan Pengguna Layanan dan skor dilakukan melalui langkah-langkah berikut:

a. Perhitungan Indeks Kepuasan Ditjen P2: Nilai rata-rata Ditjen P2 dihitung dari keseluruhan aspek layanan, dengan memperhatikan jumlah responden yang berbeda pada tiap UPT.
b. Perhitungan Skor Kepuasan Ditjen P2 per Aspek: Nilai skor dihitung dari per aspek layanan, dengan memperhatikan jumlah responden yang berbeda pada tiap UPT.
c. Perhitungan Indeks Kepuasan Ditjen P2 per UPT: Nilai rata-rata dihitung per UPT dengan seluruh aspek layanan, nilai ini juga disebut nilai keseluruhan per UPT dari Ditjen P2.

SKPL pada Ditjen P2 Kemenkes 2025 melibatkan 330 responden yang mewakili berbagai kelompok demografis pengguna layanan, dengan mayoritas berjenis kelamin laki-laki (63,94%) dan berusia antara 17–30 tahun (38,48%). Sebagian besar responden berpendidikan SMA/sederajat (39,39%), dan bekerja sebagai pegawai swasta (47,85%). Dari segi pendapatan, mayoritas responden memiliki penghasilan di bawah lima juta rupiah perbulan (53,33%).

Nilai Indeks Kepuasan Ditjen P2 menggambarkan tingkat kepuasan pengguna layanan terhadap kinerja pelayanan publik Ditjen P2 secara keseluruhan, berdasarkan hasil pengumpulan data dari empat lokus survei, yaitu Jakarta, Medan, Surabaya, dan Makassar. Gambar 5.1 membandingkan tiga indeks kepuasan, yaitu Indeks Kepuasan Ditjen P2, Indeks Kepuasan Agregat Kemenkes, dan Target Renstra, dengan nilai yang ditunjukkan masing-masing pada sumbu horizontal. Hasil survei menunjukkan Indeks Kepuasan Ditjen P2 sebesar 91,30, melampaui Target Renstra (77,00) dan Indeks Kepuasan Agregat Kemenkes (85,79). Hasil ini menunjukkan bahwa kualitas layanan yang diberikan oleh Ditjen P2 secara umum termasuk dalam predikat Sangat Baik, melampaui standar kinerja yang diharapkan, dan kedepannya perlu untuk dipertahankan.

Grafik 3.79. Hasil Survei Nilai Indeks Kepuasan Ditjen P2



Sumber Data: Laporan SKPL Ditjen P2, 2025

Hasil survei menunjukkan Indeks Kepuasan Ditjen P2 yaitu sebesar 91,30. Perolehan ini melebihi target skor yang ditetapkan dalam Rencana Strategis (Renstra) sebesar 77,00 dan Indeks Kepuasan Agregat Kemenkes sebesar 85,79. Indeks kepuasan tersebut termasuk dalam predikat kinerja Sangat Baik, di mana secara umum pengguna layanan Ditjen P2 telah merasa sangat puas dengan layanan yang mereka terima dari UPT-UPT BBKK di bawah Ditjen P2. Kedepannya, kinerja yang sangat baik ini perlu untuk dipertahankan.

Tabel 3.17. Skor Kepuasan Ditjen P2 per Aspek Layanan

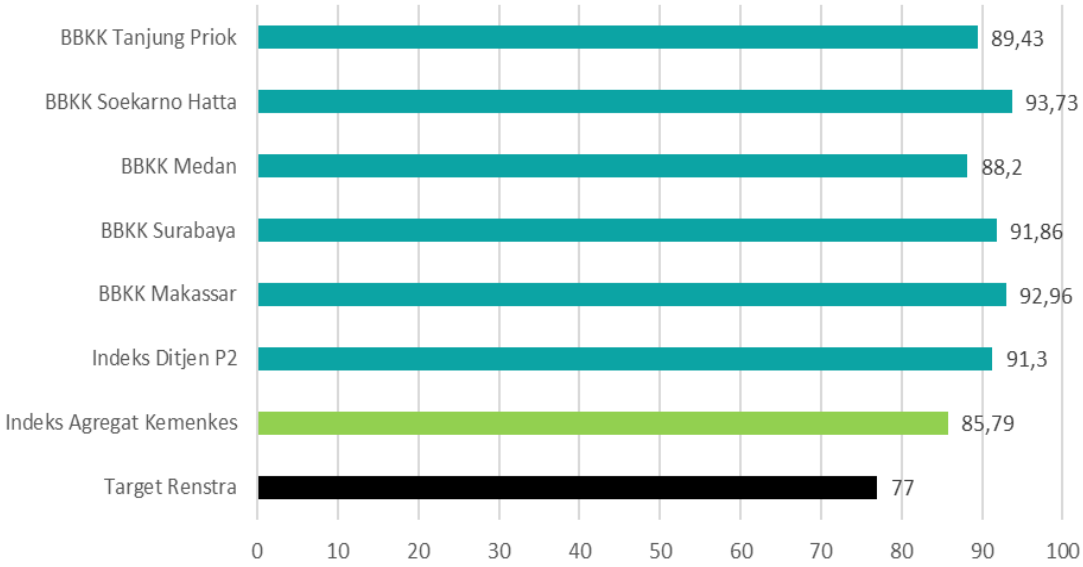
Aspek	Skor Ditjen P2	Rata-rata Kemenkes
Persyaratan	90,91	86,23
Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	90,27	85,68
Waktu Penyelesaian	90,68	84,74
Biaya/Tarif	92,61	84,82
Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan	91,06	85,75
Kompetensi Pelaksana	92,65	87,18
Perilaku Pelaksana	92,69	86,63
Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	90,63	84,50
Sarana dan Prasarana Offline	91,43	86,39
Sarana dan Prasarana Online	90,10	85,99
Rata-Rata	91,20	85,79
Target Renstra	**77,00**	

Sumber: Laporan SKPL Ditjen P2, 2025

Apabila ditinjau secara lebih mendetail dari aspek-aspek layanan, tiga aspek layanan yang memperoleh skor kepuasan tertinggi meliputi Perilaku Pelaksana (92,69), Kompetensi Pelaksana (92,65), dan Biaya/Tarif (92,61). Adapun tiga aspek layanan yang memperoleh skor kepuasan terendah, berturut-turut yaitu Sarana dan Prasarana Online (90,10), Sistem, Mekanisme, dan Prosedur (90,27), dan Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan (90,63). Hasil SKPL Ditjen P2 2025 menunjukkan bahwa dari 10 aspek layanan yang diukur, seluruhnya telah melebihi skor Target Renstra (77,00) dan Indeks Kepuasan Agregat Kemenkes (85,79), serta termasuk dalam predikat kinerja layanan Sangat Baik. Dengan demikian, kinerja pada aspek aspek layanan ini perlu untuk dipertahankan.

Selanjutnya, ditinjau dari tingkat kepuasan pengguna layanan per UPT, hasil survei menunjukkan bahwa BBKK Soekarno Hatta memperoleh Indeks Kepuasan tertinggi (93,73), diikuti BBKK Makassar (92,97), BBKK Surabaya (91,86), BBKK Tanjung Priok (89,43), dan selanjutnya BBKK Medan (88,20). Indeks Kepuasan dari kelima UPT di bawah Ditjen P2 ini telah melebihi Target Renstra (77,00) dan Indeks Kepuasan Agregat Kemenkes (85,79), dengan predikat kinerja Sangat Baik dan Baik, sehingga kinerja layanan dari UPT-UPT tersebut perlu untuk dipertahankan, diuraikan sebagai berikut

Grafik 3.80. Indeks Ditjen P2, Agregat Kemenkes, dan Target Renstra



Sumber Data: Laporan SKPL Ditjen P2, 2025

Hasil Indeks, Konversi, Mutu Pelayanan dan Kinerja digambarkan dalam tabel berikt ini

Tabel 3.18. Konversi Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Ditjen P2

No	UPT	Indeks	Konversi	Mutu Pelayanan	Kinerja
1	BBKK Tanjung Priok	3,58	89,43	A	Sangat Baik
2	BBKK Soekarno Hatta	3,75	93,73	A	Sangat Baik
3	BBKK Medan	3,53	88,20	B	Baik
4	BBKK Surabaya	3,67	91,86	A	Sangat Baik
5	BBKK Makassar	3,72	92,97	A	Sangat Baik
Indeks Ditjen P2		**3,65**	**91,30**	**A**	**Sangat Baik**
Indeks Agregat Kemenkes		**3,43**	**85,79**	**B**	**Baik**
Target Renstra		**3,08**	**77,00**	**B**	**Baik**

Tabel diatas menunjukkan konversi Indeks Kepuasan per UPT di bawah Ditjen P2, Indeks Kepuasan Ditjen P2, Indeks Kepuasan Agregat Kemenkes, dan Target Renstra, dari skala 1–4 di kuesioner menjadi 25–100 berdasarkan Permen PANRB No. 14 Tahun 2017. Secara keseluruhan, Indeks Kepuasan Ditjen P2 sebesar 3,65, berada di atas Target Renstra (3,08) dan Indeks Kepuasan Agregat Kemenkes (3,43). Berdasarkan pada konversi indeks sesuai Permen PANRB No. 14 Tahun 2017, Indeks Kepuasan Ditjen P2 yaitu 91,30, termasuk dalam kategori kinerja dengan predikat Sangat Baik dan mutu pelayanan A. Hal ini menunjukkan bahwa secara umum, pengguna layanan Ditjen P2 telah merasa sangat puas dengan layanan yang mereka terima.

Secara umum, hasil SKPL Ditjen P2 Kemenkes 2025 menunjukkan bahwa Ditjen P2 telah memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan memuaskan kepada masyarakat, sesuai dengan prinsip tata kelola yang adaptif, transparan, dan responsif. Namun demikian, tentunya masih terbuka ruang untuk upaya peningkatan pada beberapa aspek layanan, seperti peningkatan sistem penunjang layanan berbasis online; penyederhanaan sistem, mekanisme, dan prosedur layanan; serta peningkatan saluran untuk menyampaikan pengaduan, saran, dan masukan dari para pengguna layanan.

Meskipun hasil survei menunjukkan capaian Indeks Kepuasan Ditjen P2 yang sangat baik, yaitu sebesar 91,30 dan telah melampaui target Renstra serta Indeks Kepuasan Agregat Kementerian Kesehatan, potensi kegagalan tetap perlu diidentifikasi sebagai bagian dari upaya perbaikan berkelanjutan. Kegagalan dalam konteks ini tidak diartikan sebagai tidak tercapainya target kinerja, melainkan sebagai potensi risiko yang dapat menghambat keberlanjutan dan konsistensi capaian kinerja di masa mendatang.

Beberapa potensi kegagalan yang dapat diidentifikasi antara lain masih adanya variasi kualitas pelayanan antar UPT BBKK, khususnya terkait kecepatan layanan, konsistensi penerapan standar operasional prosedur, serta kualitas komunikasi petugas kepada pengguna layanan. Selain itu, tingkat kepuasan yang tinggi berpotensi menimbulkan *comfort zone* dalam organisasi, yang apabila tidak diantisipasi dapat mengurangi sensitivitas terhadap keluhan minor atau kebutuhan baru pengguna layanan.

Kegagalan juga dapat terjadi apabila mekanisme tindak lanjut hasil survei kepuasan belum dimanfaatkan secara optimal sebagai dasar pengambilan keputusan dan perbaikan layanan. Tanpa analisis yang mendalam terhadap butir-butir penilaian yang relatif lebih rendah, peningkatan mutu layanan berisiko bersifat stagnan dan tidak adaptif terhadap dinamika kebutuhan masyarakat.

Untuk meminimalkan potensi kegagalan serta menjaga keberlanjutan capaian Indeks Kepuasan yang sangat baik, Ditjen P2 melakukan berbagai upaya perbaikan dan penguatan layanan secara berkelanjutan. Upaya tersebut diawali dengan pemanfaatan hasil survei kepuasan secara lebih komprehensif sebagai bahan evaluasi internal, khususnya pada indikator-indikator layanan yang memperoleh nilai relatif lebih rendah dibandingkan indikator lainnya. Selain itu, Ditjen P2 melakukan penguatan standar pelayanan melalui peningkatan konsistensi penerapan Standar Operasional Prosedur (SOP) di seluruh UPT BBKK, termasuk melalui monitoring dan evaluasi berkala. Upaya ini bertujuan untuk mengurangi disparitas kualitas layanan antar UPT serta memastikan keseragaman mutu pelayanan kepada seluruh pengguna layanan.

Ditjen P2 juga mendorong peningkatan kapasitas dan profesionalisme sumber daya manusia melalui pembinaan, pelatihan, dan penguatan budaya pelayanan prima, sehingga sikap, kompetensi, dan komunikasi petugas layanan tetap responsif terhadap kebutuhan dan harapan masyarakat. Di samping itu, mekanisme penanganan pengaduan dan umpan balik pengguna layanan terus diperkuat agar setiap masukan dapat ditindaklanjuti secara cepat, tepat, dan terukur.

Pelaksanaan survei Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Ditjen P2 dilakukan pada triwulan akhir tahun berjalan, sehingga hasil survei merefleksikan kondisi layanan setelah sebagian besar program dan kegiatan dilaksanakan. Berdasarkan hasil pelaksanaan survei tersebut, tidak ditemukan kendala maupun permasalahan yang signifikan dalam penyelenggaraan layanan Ditjen P2 yang berdampak pada tingkat kepuasan pengguna layanan.

Berdasarkan hasil survei Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Ditjen P2 yang dilaksanakan pada triwulan akhir, tidak ditemukan kendala maupun permasalahan yang signifikan dalam penyelenggaraan layanan yang memerlukan tindakan pemecahan masalah secara khusus pada periode pelaporan ini. Oleh karena itu, belum diperlukan langkah korektif spesifik sebagai respons atas permasalahan layanan.

Meskipun demikian, Ditjen P2 tetap melakukan langkah antisipatif melalui pemantauan berkelanjutan terhadap kualitas layanan serta pemanfaatan hasil survei sebagai dasar evaluasi dan perencanaan perbaikan di periode berikutnya. Pendekatan ini dilakukan untuk memastikan bahwa apabila potensi permasalahan muncul di kemudian hari, organisasi telah memiliki kesiapan sistem dan mekanisme yang memadai untuk melakukan penanganan secara tepat dan terukur.

2. **Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit sebesar 92.35**

Pelaksanaan pengendalian dan evaluasi kinerja anggaran merupakan instrumen strategis dalam mewujudkan akuntabilitas dan peningkatan kualitas penggunaan anggaran negara. Pengukuran dan evaluasi kinerja anggaran berpedoman pada Peraturan Menteri Keuangan Nomor 107 Tahun 2024 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 62 Tahun 2023 tentang Perencanaan Anggaran, Pelaksanaan Anggaran, serta Akuntansi dan Pelaporan Keuangan; PMK Nomor 92 Tahun 2024 tentang Standar Biaya Keluaran Tahun Anggaran 2025; serta Keputusan Menteri Keuangan Nomor 27 Tahun 2025 yang memberikan arah, standar, dan keseragaman proses pemantauan serta evaluasi kinerja anggaran terhadap perencanaan dan pelaksanaan anggaran.

Evaluasi nilai kinerja anggaran tidak hanya mencerminkan tingkat serapan anggaran, tetapi juga menggambarkan efektivitas dan efisiensi pelaksanaan program. Evaluasi kinerja anggaran yang kuat dapat memperkuat dua fungsi utama anggaran:

1. Fungsi Akuntabilitas (Proving) untuk mempertanggungjawabkan penggunaan anggaran secara profesional dan transparan kepada pemangku kepentingan.
2. Fungsi Peningkatan Kualitas (Improving) untuk memastikan anggaran digunakan secara lebih tepat sasaran, efisien, dan mendukung pencapaian output serta outcome program.

Definisi Operasional Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit diperoleh melalui perhitungan kinerja menggunakan aplikasi eMonev Kementerian Keuangan, yang terdiri dari:

1. Kinerja atas Perencanaan Anggaran

Kinerja ini diukur berdasarkan efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran. Efektivitas diukur berdasarkan agregasi capaian IKP dan agregasi capaian RO, sedangkan efisiensi diukur berdasarkan Agregasi capaian RO dengan mengacu pada ketentuan terkait Standar Biaya yang meliputi: penggunaan SBK; dan/atau efisiensi SBK dengan rincian::

a. Indikator Kinerja Program IKP (30%): merupakan alat ukur untuk menilai capaian Kinerja Program Ditjen P2.
b. 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.
c. Kesesuaian Penggunaan Satuan Biaya Keluaran (10%): Tingkat kepatuhan terhadap aturan PMK Nomor 92 Tahun 2024 tentang Standar Biaya Keluaran Tahun 2025. Kesesuaian ini mengacu pada standar biaya yang telah ditentukan.
d. Efisiensi Satuan Biaya Keluaran (15%): Kemampuan mengelola anggaran dengan menggunakan SBK secara efisien tanpa mengurangi kualitas dan kuantitas output.

2. Nilai Kinerja Pelaksanaan Anggaran

Nilai kinerja ini diukur menggunakan instrumen Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran (IKPA), terdiri atas revisi DIPA, deviasi halaman lll DIPA, penyerapan anggaran, belanja kontraktual, penyelesaian tagihan, pengelolaan Uang Persediaan dan Tambahan Uang Persediaan (UP dan TUP), dispensasi Surat Perintah Membayar (SPM); dan capaian output dengan rincian:

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

Nilai Kinerja Anggaran Ditjen P2 dihitung dengan cara: 50 % Nilai Kinerja atas Perencanaan Penganggaran (yang terdiri 75% efektivitas + 25% efisiensi) ditambah 50% Nilai Indikator Pelaksanaan Anggaran (sesuai dengan perhitungan IKPA).

Capaian Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit Tahun 2025 tercapai sebesar 84,86 dari target 92,35 dengen persentase kinerja 91,89%. NKA tersebut terdiri dari komponen nilai kinerja perencanaan anggaran sebesar 81,39 dan nilai kinerja pelaksanaan anggaran 88,32 yang masing-masing memiliki bobot 50% dalam penghitungan NKA. Secara lengkap capaian Nilai Kinerja Anggaran Ditjen P2 digambarkan sebagai berikut:

Grafik 3.81. Capaian Nilai Kinerja Anggaran Ditjen P2

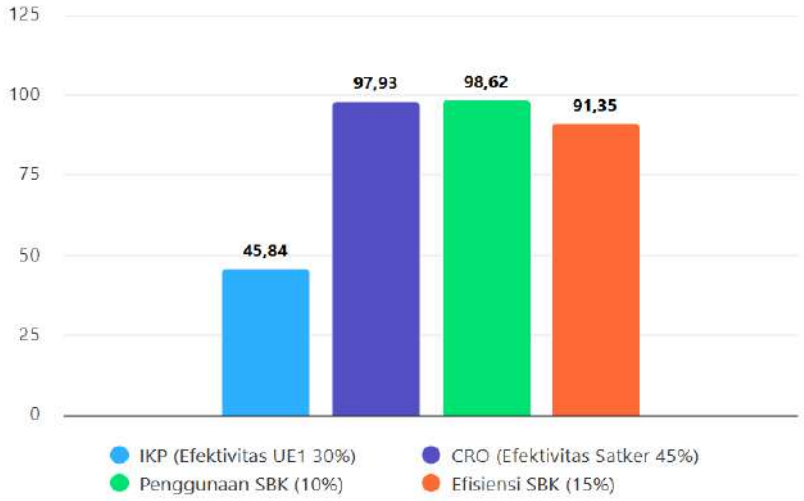


Sumber: https://monev.kemenkeu.go.id/

Terdapat perbedaan hampir 7 poin antara Nilai Kinerja Pelaksanaan Anggaran (88,32) dengan Nilai Kinerja Perencanaan Anggaran (81,39) yang termasuk kategori baik. Sesuai KMK No. 27 Tahun 2025, kedua komponen ini memiliki bobot yang sama (50%). Kinerja perencanaan yang rendah menjadi faktor penekan utama yang menyebabkan NKA akhir hanya mencapai 84,86.

Nilai kinerja pelaksanaan anggaran 88,32 menandakan bahwa kegiatan yang berhasil dijalankan, dilaksanakan dengan cukup efisien dan sesuai dengan norma. Ini menunjukkan bahwa kapabilitas eksekusi di Ditjen P2 sebenarnya ada, namun terkendala pada tahap perencanaan dan realisasi awal..

Grafik 3.82. Nilai Kinerja Perencanaan Anggaran



Sumber: https://monev.kemenkeu.go.id/

Nilai Kinerja Perencanaan Anggaran sebesar 81,39 menunjukkan bahwa kinerja perencanaan anggaran menjadi faktor penentu dalam pencapaian kinerja anggaran secara keseluruhan. Capaian ini dipengaruhi oleh ketidakseimbangan kontribusi antar variabel penyusun, sebagai berikut:

a. Variabel IKP Efektivitas Unit Eselon I memiliki bobot yang cukup besar (30%). Capaian IKP Efektivitas UE1 sebesar 45,84% masih bersifat sementara (provisional) dan belum sepenuhnya mencerminkan kinerja akhir, mengingat periode pelaporan pada aplikasi e-Monev Kementerian Keuangan masih berlangsung hingga Februari 2026. Kondisi ini menyebabkan sebagian Indikator Kinerja Program (IKP) belum tervalidasi secara final. Selain faktor tersebut, keterbatasan kapasitas SDM perencana dan pelaksana kegiatan serta adanya alokasi anggaran yang terblokir hingga akhir tahun turut memengaruhi ketercapaian rincian output. Berbagai upaya perbaikan telah dilakukan melalui koordinasi dan monitoring evaluasi (monev) intensif antara pusat dan UPT secara triwulanan, pendampingan monev hingga level RO, serta monev percepatan realisasi anggaran dan kegiatan. Nilai IKP diperkirakan akan mengalami penyesuaian setelah seluruh data kinerja tervalidasi dan periode pelaporan e-Monev dinyatakan selesai.

b. Variabel CRO Efektivitas Satuan Kerja dengan bobot terbesar (45%) menunjukkan capaian relatif tinggi (97,93) menggambarkan bahwa satuan kerja mampu mengelola dan melaksanakan anggaran secara efektif meskipun terdapat kendala

dalam perencanaan awal. Hal ini didukung oleh peran SDM pelaksana yang adaptif serta penguatan mekanisme pengendalian melalui koordinasi dan monev rutin pusat dan UPT setiap triwulan. Pendampingan monev hingga level RO dan pendampingan input capaian output juga berkontribusi dalam memastikan ketercapaian output dan menjaga konsistensi pelaksanaan kegiatan sesuai target kinerja.

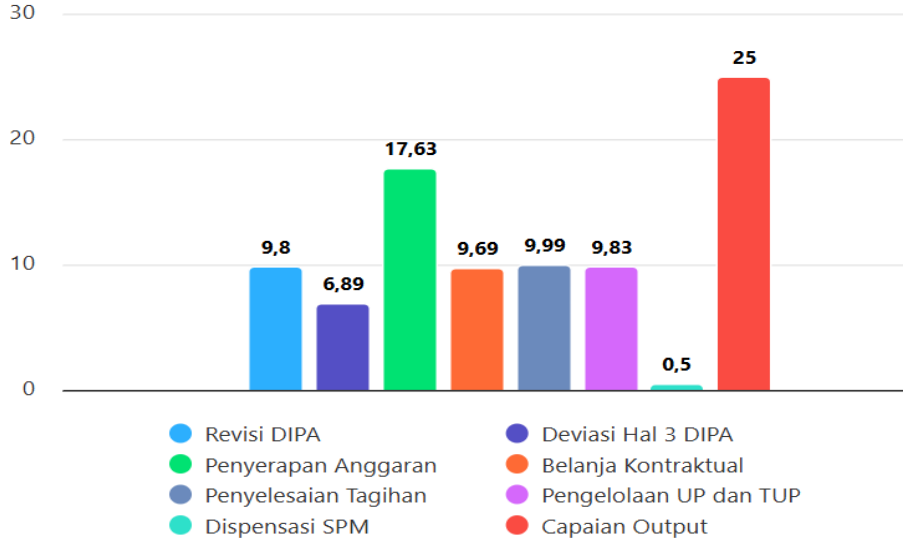
c. Penggunaan Satuan Biaya Keluaran (SBK) dengan bobot 10% menunjukkan kinerja sangat baik (98,62), yang mengindikasikan bahwa perencanaan anggaran telah sesuai dengan ketentuan PMK 107 Tahun 2024. Capaian ini juga mencerminkan tingkat kepatuhan yang sangat tinggi dalam penerapan SBK pada perencanaan dan pelaksanaan anggaran. Capaian ini didukung oleh pemahaman SDM perencana dan pengelola keuangan terhadap ketentuan SBK serta pendampingan teknis dan monev yang dilakukan secara berkelanjutan, sehingga penggunaan anggaran dapat dilakukan secara tertib, akuntabel, dan sesuai regulasi.

d. Efisiensi SBK dengan bobot 15% mencapai nilai 91,35 menunjukkan bahwa pelaksanaan anggaran telah dilakukan secara efisien, meskipun belum sepenuhnya optimal. Efisiensi masih dipengaruhi oleh adanya anggaran yang terblokir hingga akhir tahun yang membatasi ruang optimalisasi kegiatan. Upaya peningkatan efisiensi dilakukan melalui monev percepatan realisasi anggaran dan kegiatan, serta penyesuaian metode pelaksanaan kegiatan, termasuk optimalisasi koordinasi dan monev secara daring atau hybrid.

Sebagai upaya mendukung peningkatan kinerja perencanaan anggaran, dilakukan penguatan kualitas data rutin melalui penguatan database data program dan pemanfaatan hasil monev sebagai dasar perbaikan perencanaan. Sinkronisasi data antara pusat dan UPT terus ditingkatkan untuk memastikan akurasi dan konsistensi data kinerja, sehingga dapat mendukung pengambilan keputusan dan perencanaan anggaran yang lebih efektif pada periode selanjutnya.

Nilai Kinerja Pelaksanaan Anggaran sebesar 88,32 menunjukkan bahwa secara umum pelaksanaan anggaran telah berjalan baik dan efektif. Capaian ini dicapai di tengah adanya kendala administratif dan kebijakan, khususnya terkait dengan pengesahan hibah yang baru selesai setelah periode pelaporan capaian output pada aplikasi ditutup pada tanggal 23 Januari 2026. Capaian Nilai Kinerja Pelaksanaan Anggaran sebagai berikut:

Grafik 3.83. Nilai Kinerja Pelaksanaan Anggaran

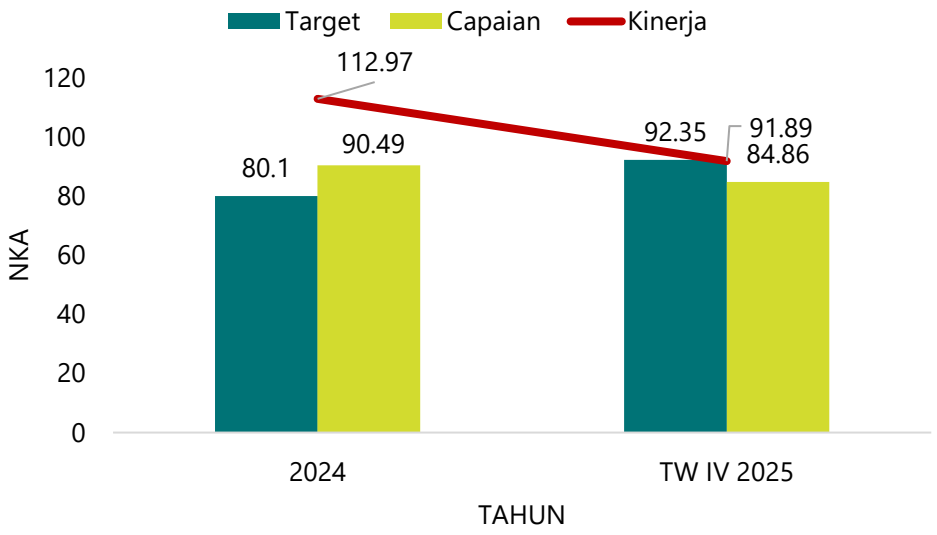


Sumber: https://monev.kemenkeu.go.id/

Nilai pelaksanaan anggaran yang baik terutama didukung oleh capaian output dan penyerapan anggaran, namun masih perlu perbaikan pada aspek ketepatan perencanaan penarikan dana (Hal III DIPA) dan disiplin penyampaian SPM agar kinerja pelaksanaan anggaran dapat lebih optimal dan berkelanjutan.

Dalam upaya mengoptimalkan pelaksanaan anggaran, koordinasi dan monitoring serta evaluasi (monev) secara intensif telah dilakukan oleh satuan kerja guna mempercepat realisasi anggaran dan pelaksanaan kegiatan setelah pengesahan hibah. Namun demikian, upaya tersebut belum sepenuhnya berdampak pada peningkatan capaian output dalam aplikasi kinerja, mengingat kebijakan sistem tidak memperkenankan penurunan target output, meskipun secara riil anggaran hibah tidak dapat direalisasikan akibat blokir yang berlangsung hingga akhir tahun anggaran. Akibatnya, capaian pada indikator Capaian Output belum mencerminkan kondisi pelaksanaan yang sebenarnya dan memberikan pengaruh terhadap nilai kinerja secara keseluruhan. Meskipun demikian, indikator lain seperti penyerapan anggaran, pengelolaan UP/TUP, penyelesaian tagihan, serta kepatuhan terhadap prosedur (minimnya dispensasi SPM) tetap menunjukkan kinerja yang baik dan mencerminkan komitmen satuan kerja dalam menjaga tata kelola anggaran yang akuntabel.

Grafik 3.84. Nilai Kinerja Anggaran Ditjen P2 Tahun 2024 – 2025



Sumber: https://monev.kemenkeu.go.id/

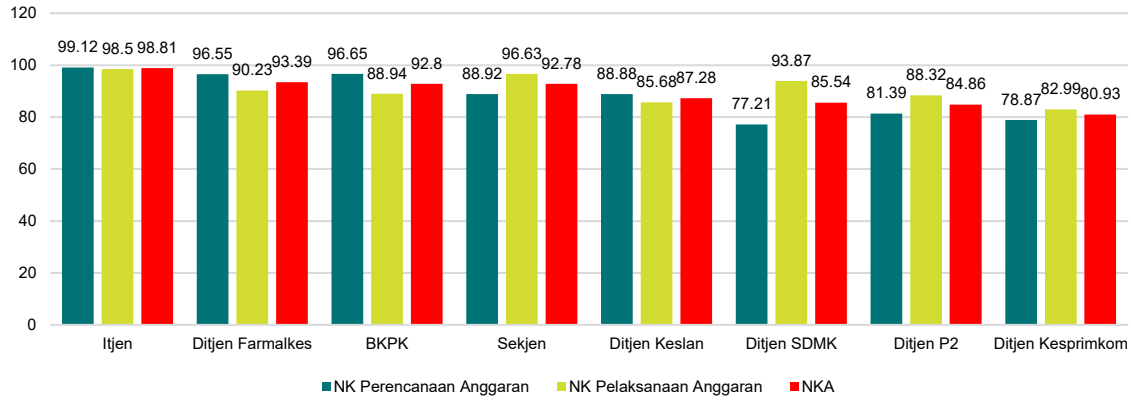
Berdasarkan data perbandingan, kinerja pada Tahun 2024 menunjukkan capaian yang sangat baik, sedangkan pada Triwulan IV Tahun 2025 terjadi penurunan kinerja yang signifikan, baik dari sisi capaian maupun tingkat kinerja terhadap target. Pada Tahun 2024, target kinerja ditetapkan sebesar 80,1 dengan capaian mencapai 90,49. Kondisi ini menghasilkan nilai kinerja sebesar 112,97, yang menunjukkan bahwa capaian kinerja melampaui target yang ditetapkan. Hal tersebut mengindikasikan perencanaan dan pelaksanaan anggaran yang relatif matang, konsisten, serta tidak ada kendala administrative yang signifikan.

Sementara itu, pada Triwulan IV Tahun 2025 target NKA mengalami peningkatan menjadi 92,35, namun capaian yang diraih sebesar 84,86 dengan nilai kinerja 91,89. Penurunan nilai kinerja tersebut terutama dipengaruhi oleh faktor administratif dan kebijakan, khususnya pengesahan hibah yang baru diselesaikan setelah periode pelaporan capaian output pada aplikasi telah ditutup pada tanggal 23 Januari 2026. Selain itu, beberapa pagu anggaran yang masih dalam status blokir hingga akhir tahun menyebabkan kegiatan tidak dapat direalisasikan dan target output tidak dapat diturunkan sesuai ketentuan sistem. Berbagai upaya telah dilakukan melalui koordinasi serta monitoring dan evaluasi secara intensif untuk percepatan realisasi anggaran dan pelaksanaan kegiatan, namun keterbatasan regulasi dan sistem pelaporan menyebabkan capaian kinerja TW IV 2025 belum sepenuhnya mencerminkan kinerja pelaksanaan yang sebenarnya. Secara kuantitatif, terjadi penurunan capaian sebesar 5,63 poin (dari 90,49 menjadi 84,86). Kondisi ini mencerminkan adanya tantangan

struktural dalam pencapaian kinerja Tahun 2025, antara lain terkait kendala perencanaan anggaran, blokir pagu, serta mekanisme penilaian kinerja yang belum sepenuhnya mencerminkan kondisi riil, sehingga berdampak langsung pada penurunan nilai kinerja secara agregat.

Perbandingan NKA pada unit eselon I di lingkungan Kemenkes digambarkan dalam grafik berikut:

Grafik 3.85. Nilai Kinerja Anggaran Unit Eselon I Kemenkes Triwulan IV Tahun 2025



Sumber: https://monev.kemenkeu.go.id/

Grafik diatas menunjukkan capaian Nilai Kinerja Anggaran pada setiap unit Eselon I Kemenkes. Berdasarkan hasil penilaian kinerja anggaran, capaian kinerja unit Eselon I menunjukkan variasi yang cukup signifikan. Inspektorat Jenderal mencatat capaian tertinggi dengan Nilai Kinerja Anggaran sebesar 98,81, diikuti oleh Direktorat Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan (93,39), Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (92,80), dan Sekretariat Jenderal (92,78). Capaian tersebut mencerminkan tingkat konsistensi yang tinggi antara perencanaan, pelaksanaan anggaran, dan pencapaian indikator kinerja. Sementara itu, Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan berada pada kategori menengah dengan Nilai Kinerja Anggaran sebesar 87,28, sedangkan beberapa unit lainnya, termasuk Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit, masih berada pada capaian yang relatif lebih rendah.

Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit mencatat Nilai Kinerja Anggaran sebesar 84,86 yang menempatkannya pada kelompok bawah dibandingkan unit Eselon I lainnya. Capaian ini menunjukkan masih adanya ruang perbaikan dalam optimalisasi kinerja anggaran. Nilai kinerja anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit dipengaruhi oleh karakteristik tugas dan fungsi yang bersifat kompleks serta sangat operasional. Pelaksanaan program penanggulangan penyakit, baik menular maupun tidak menular, sangat dipengaruhi oleh dinamika

situasi kesehatan masyarakat, kesiapan pemerintah daerah, serta efektivitas koordinasi lintas sektor. Faktor-faktor eksternal tersebut relatif berada di luar kendali langsung unit pusat dan berpotensi memengaruhi realisasi anggaran serta capaian indikator kinerja yang telah ditetapkan.

Selain itu, Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit memiliki jumlah Indikator Kinerja Program (IKP) paling banyak dibandingkan unit Eselon I lainnya, yaitu sebanyak 28 indikator. Jumlah indikator yang besar ini menuntut pengelolaan kinerja yang lebih intensif, mulai dari tahap perencanaan, pelaksanaan, hingga pemantauan dan evaluasi. Kondisi ini menjadi semakin menantang ketika dikaitkan dengan keterbatasan anggaran dan sumber daya manusia yang tersedia. Dengan kapasitas sumber daya yang terbatas, beban pengelolaan indikator kinerja yang tinggi berpotensi memengaruhi fokus dan konsistensi pencapaian kinerja anggaran.

Secara keseluruhan, capaian kinerja anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit mencerminkan tantangan struktural dan operasional yang lebih kompleks dibandingkan unit Eselon I lainnya. Oleh karena itu, diperlukan langkah-langkah strategis ke depan, antara lain melalui penajaman prioritas indikator kinerja, penyesuaian target yang lebih proporsional dengan kapasitas sumber daya, serta penguatan mekanisme monitoring dan evaluasi. Upaya tersebut diharapkan dapat meningkatkan konsistensi capaian kinerja dan mendorong optimalisasi kinerja anggaran secara berkelanjutan..

Jika dibandingkan dengan target Nilai Kinerja Anggaran (NKA) yang tercantum dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2025 sebesar 92,35, capaian NKA Ditjen P2 pada Triwulan IV Tahun 2025 sebesar 84,86 menunjukkan kinerja 91,89% yang menggambarkan bahwa kinerja pengelolaan anggaran Ditjen P2 masih perlu diperkuat secara komprehensif pada aspek perencanaan, pelaksanaan, dan pelaporan kinerja anggaran. Target NKA 92,35 dalam Renstra Kemenkes mencerminkan ekspektasi nasional yang tinggi, sejalan dengan visi optimalisasi belanja kesehatan dan efisiensi anggaran untuk mendukung transformasi sistem kesehatan nasional. Ditjen P2 telah berperan aktif dalam mengelola anggaran dengan menyusun rencana kegiatan dan anggaran yang berorientasi output, mempercepat realisasi kegiatan melalui koordinasi lintas unit, serta mengoptimalkan pemanfaatan Standar Biaya Keluaran (SBK) sesuai regulasi. Meski terdapat selisih 7,49 poin dengan target nasional, optimisme tercapai karena 28 Indikator Kinerja Program (IKP) yang belum final jika dilaporkan dengan data final diperkirakan akan menutup gap ini. Target NKA 92,35 mencerminkan ekspektasi nasional yang tinggi untuk optimalisasi belanja kesehatan dan efisiensi anggaran dalam mendukung transformasi sistem kesehatan nasional.

Pencapaian target NKA Ditjen P2 pada Triwulan IV Tahun 2025 belum tercapai terutama disebabkan oleh beberapa faktor. Pertama, beberapa Indikator Kinerja Program (IKP) belum final sehingga data pelaporan tidak sepenuhnya lengkap dan tervalidasi, yang berdampak langsung pada perhitungan NKA. Kedua, perencanaan kegiatan dan anggaran di beberapa satuan kerja belum sepenuhnya presisi dan berorientasi output, sehingga menyebabkan keterlambatan realisasi anggaran pada awal tahun. Ketiga, koordinasi antar satuan kerja dan optimalisasi pemanfaatan Standar Biaya Keluaran (SBK) belum konsisten di seluruh unit, sehingga efisiensi penggunaan anggaran belum maksimal. Selain itu, sebagian kendala teknis seperti keterbatasan SDM terlatih dan keterlambatan proses administrasi turut memperlambat pencapaian target. Faktor-faktor tersebut menunjukkan perlunya intervensi perbaikan yang sistematis, mulai dari penyempurnaan perencanaan, percepatan pelaksanaan, hingga peningkatan kualitas pelaporan agar NKA dapat mencapai target nasional secara optimal.

Dalam rangka mendukung pencapaian target Nilai Kinerja Anggaran (NKA) Ditjen P2 Tahun 2025, telah dilakukan serangkaian langkah strategis untuk mengoptimalkan proses perencanaan dan pelaksanaan anggaran. Upaya ini diarahkan agar indikator kinerja dapat tercapai secara tepat waktu, akurat, dan selaras dengan sasaran yang telah ditetapkan, sekaligus memperkuat tata kelola anggaran di lingkungan Ditjen P2. Langkah-langkah yang ditempuh mencakup monitoring pelaksanaan anggaran secara berkala melalui aplikasi e-Monev untuk memastikan kesesuaian antara rencana dan realisasi kegiatan, koordinasi dan pemantauan anggaran secara rutin guna menjaga kelancaran pelaksanaan program, serta pendampingan kepada satuan kerja (satker) untuk mempercepat pencapaian target NKA, monev serta pendampingan pencapaian target volume realisasi output dan meningkatkan kualitas data capaian kinerja, sehingga pelaksanaan program dapat berjalan lebih efektif dan efisien.

Kendala utama yang dihadapi Ditjen P2 dalam pencapaian Nilai Kinerja Anggaran (NKA) Triwulan IV Tahun 2025 antara lain terkait dengan revisi dan pemblokiran anggaran yang berdampak langsung terhadap realisasi kegiatan dan serapan anggaran. Periode revisi anggaran dan pelaporan output maupun capaian indikator antara Kemenkeu dan Kemenkes belum selaras. Kondisi ini menyebabkan pelaksanaan program mengalami perlambatan serta menurunkan efektivitas pencapaian target kinerja. Selain itu, terdapat ketidakselarasan antara data capaian output dan realisasi anggaran (anomali data), yang mengindikasikan adanya ketidaktepatan dalam proses pelaporan dan pencatatan kinerja. Situasi tersebut berimplikasi pada turunnya skor NKA, meskipun sebagian kegiatan telah dilaksanakan sesuai perencanaan.

Upaya pemecahan masalah dilakukan melalui monitoring dan evaluasi (monev) intensif setiap minggu bersama Kepala Satker UPT, guna memastikan realisasi kegiatan

berjalan sesuai rencana. Selain itu, dilakukan penguatan kualitas data program untuk menjamin akurasi capaian Indikator Kinerja Program (IKP), serta pengembangan database yang mampu meminimalkan kesalahan penginputan data capaian sesuai periode pelaporan Kemenkeu. Selaras dengan itu, dilakukan koordinasi intensif dengan direktorat terkait untuk merumuskan strategi pencapaian target indikator secara efektif dan berkelanjutan.

3. Indeks Kualitas SDM Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit sebesar 81

Indeks Kualitas SDM merupakan indikator yang digunakan untuk menilai tingkat kualitas sumber daya manusia dalam mendukung pelaksanaan tugas dan fungsi Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit secara efektif dan profesional. Definisi Operasional indikator adalah indeks Kualitas SDM adalah Ukuran yang menggambarkan kualitas ASN Kemenkes di Lingkungan Eselon I berdasarkan kesesuaian kualifikasi kompetensi, kinerja, dan kedisiplinan pegawai ASN dalam melaksanakan tugas jabatan. Dalam hal pelaksanaan pengukuran, mengacu pada peraturan yang diterbitkan oleh leading institution yang disesuaikan. Indeks Profesionalitas ASN (IP ASN) dihitung berdasarkan 4 (empat) dimensi dengan bobot sebagai berikut:

1. Kualifikasi (25%): Kesesuaian jenjang pendidikan pegawai dengan persyaratan jabatan;

   Pembobotan pada dimensi kualifikasi sebagai berikut:

Tabel 3.19. Pembobotan Kesesuaian jenjang pendidikan pegawai

Jabatan	Jenis Jabatan	Persyaratan Pendidikan	Pendidikan yang diperoleh (Bobot)					
			S3	S2	S1/DIV	DIII	DII/DI/ SMA/ Sederajat	Dibawah SLTA
Manajerial	JPT	S1/DIV	25	25	20	10	10	10
	Administrator	S1/DIV	25	25	20GH	10	10	10
	Pengawas	DIII	25	25	25	25	10	10
Non Manajerial	JF Jenjang Keterampilan	SLTA	25	25	25	25	20	10
		DIII	25	25	25	20	10	10
	JF Jenjang Keahlian	S1/DIV	25	25	20	10	10	10

		S2	25	20	10	10	10	10
	Jabatan Pelaksana	SLTA	25	25	25	25	20	10

2. Kompetensi (40%): Predikat kinerja dan riwayat pengembangan kompetensi (diklat, pelatihan, JPL):
   Pembobotan dan ketentuan terkait dimensi kompetensi sebagai berikut:
   1) Predikat kinerja pegawai yaitu sangat baik (25), baik (20), butuh perbaikan (15), kurang (10), dan sangat kurang (10)
   2) Pendidikan dan Pelatihan (Diklat) yaitu:
      a. Diklat kepemimpinan bagi JPT/administrator/pengawas/pejabat fungsional dengan penugasan tambahan sebagai Direktur Utama/Direktur/Wakil Direktur (10); atau
      b. diklat fungsional bagi pemangku jabatan fungsional (10); atau
      c. diklat teknis bagi pemangku jabatan pelaksana (10).
   3) Pengembangan Kompetensi Wajib dalam tahun berjalan yaitu lebih dari sama dengan 20 JPL bagi CPNS/PNS dan lebih dari sama dengan 24 JPL bagi PPPK (nilai bobot 5)

- Kinerja (30%): Hasil penilaian kinerja pegawai
  Pembobotan pada dimensi kinerja berdasarkan predikat kinerja pegawai yaitu sangat baik (30), baik (25), butuh perbaikan (20), kurang (15) dan sangat kurang (10).
- Disiplin (5%): Status hukuman disiplin yang sedang dijalani pegawai
  Pembobotan pada dimensi disiplin yaitu tidak sedang menjalani hukuman disiplin (5), sedang menjalani hukuman disiplin tingkat ringan (3), sedang menjalani hukuman disiplin tingkat sedang (2), dan sedang menjalani hukuman disiplin tingkat berat (1)

Formula perhitungan IP ASN merupakan penjumlahan dari masing-masing dimensi (kualifikasi, kinerja, kompetensi dan disiplin).

$$\text{IP ASN} = (\text{Nilai Kualifikasi} \times 25\%) + (\text{Nilai Kompetensi} \times 40\%) + (\text{Nilai Kinerja} \times 30\%) + (\text{Nilai Dimensi Disiplin} \times 5\%)$$

Capaian Indeks Kualitas SDM Unit Eselon I merupakan rata-rata IP ASN seluruh pegawai pada unit tersebut.

Berdasarkan hasil pengukuran Indeks Kualitas SDM melalui Portal E-Office Kemenkes pada Triwulan IV Tahun 2025, capaian Indeks Kualitas SDM Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit tercatat sebesar 83,72. Capaian tersebut melampaui target

Renstra Kemenkes Tahun 2025 sebesar 81 dan berada dalam kategori Tinggi (nilai 81–90), sehingga persentase capaian kinerja sebesar 102.7%

Meskipun secara agregat capaian IP ASN Ditjen P2 telah melampaui target, pada tingkat individu dan unit kerja masih terdapat pegawai yang memiliki nilai IP ASN di bawah kategori tinggi. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor berikut:

1) Ketidaksesuaian jenjang pendidikan dengan persyaratan jabatan yang diduduki;
2) Riwayat pengembangan kompetensi (diklat/pelatihan) yang belum tercatat atau belum diverifikasi;
3) Jumlah Jam Pelajaran (JPL) pengembangan kompetensi belum memenuhi ketentuan minimal tahunan;
4) Predikat kinerja yang belum optimal;
5) Adanya pegawai yang sedang menjalani hukuman disiplin.

Untuk meningkatkan dan menjaga capaian Indeks Kualitas SDM, Ditjen P2 telah dan sedang melakukan upaya sebagai berikut:

1) Mendorong pemutakhiran data mandiri pengembangan kompetensi pegawai melalui Portal E-Office;
2) Mempercepat proses verifikasi data diklat dan pelatihan oleh Tim Pengelola SDM Unit Kerja di lingkungan Ditjen P2;
3) Mendorong sinkronisasi nilai IP ASN setelah verifikasi data kompetensi;
4) Meningkatkan partisipasi pegawai dalam pelatihan teknis, fungsional, dan manajerial;
5) Penguatan pembinaan kinerja dan disiplin pegawai.

Beberapa kendala yang dihadapi dalam pengukuran dan peningkatan Indeks Kualitas SDM antara lain:

1) Data pengembangan kompetensi pegawai yang belum terinput atau belum terverifikasi;
2) Kurangnya inisiatif sebagian pegawai untuk melakukan sinkronisasi data IP ASN;
3) Belum semua pegawai memenuhi jumlah minimal JP pertahun yang ditentukan;
4) Masih terdapatnya pegawai yang jenjang pendidikannya belum sesuai dengan persyaratan kualifikasi pendidikan pada jabatan yang diduduki.

Sebagai langkah perbaikan, Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit melakukan strategi pemecahan masalah sebagai berikut:

1) Melaksanakan sosialisasi pemutakhiran data IP ASN kepada seluruh pegawai;
2) Melakukan monitoring dan evaluasi berkala terhadap Nilai IP ASN per unit kerja;

3) Peningkatan Kompetensi Pegawai melalui Program Tugas Belajar dan Tugas Belajar Mandiri;
4) Monitoring capaian pengembangan kompetensi pegawai per unit kerja untuk memastikan pemenuhan minimal 20 Jam Pelajaran (JP) per tahun;
5) Mendorong kepesertaan pegawai dalam berbagai program pelatihan dengan memanfaatkan Learning Management System (LMS) Kementerian Kesehatan (Plataran Sehat)

4. **Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit sebesar 95%**

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 diasari 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.

Indikator persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Sekretariat 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 verifikasi Inspektorat Jenderal yang telah dinyatakan lengkap.

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

Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti	=	Jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti / Jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK	x 100%

Hasil capaian tindak lanjut hasil pemeriksaan BPK RI di Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit sampai dengan 30 Desember 2025 dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel
Hasil Capaian Tindak Lanjut Hasil Pemeriksaan BPK
Sekretariat Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit

SALDO AWAL BERDASARKAN SELURUH SALDO BPK RI				PROGRESS TINDAK LANJUT			
LHP	Temuan	Saran	Nilai	LHP	Temuan	Saran	Nilai (Rp)
58	302	646	842.529	50	287	626	764.157

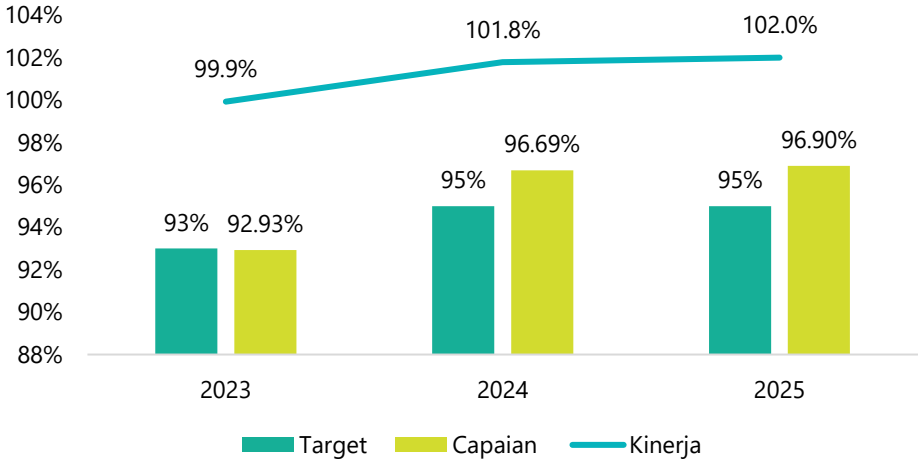
Tabel diatas menunjukkan dari 58 LHP, sebanyak 50 LHP telah ditindaklanjuti, dari 302 temuan sebanyak 287 temuan telah ditindaklanjuti. Dari tabel diatas maka saldo akhir atas tindak lanjut hasil pemeriksaan BPK RI sebagai berikut:

Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK
Setditjen P2 Yang Telah Tuntas Ditindaklanjuti Tahun 2025

SALDO AWAL BERDASARKAN SELURUH SALDO BPK RI			PROGRESS TINDAK LANJUT			SALDO AKHIR				PROGRESS (%)
LHP	Temuan	Saran	LHP	Temuan	Saran	LHP	Temuan	Saran	Nilai (Rp)	
58	302	646	50	287	626	8	15	20	1.372	96,90

Dari tabel tersebut diatas maka capaian indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Ditjen P2 pada Tahun 2025 adalah sebesar 96,90%. Bila dibandingkan dengan target indikator tahun 2025 sebesar 95% maka capaian indikator dengan kinerja sebesar 102%.

Grafik 3.86. Target dan Capaian Penyelesaian LHP Tahun 2023-2025



Grafik diatas menunjukkan bahwa capaian indikator persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK tercapai pada tahun 2023-2025 dengan rincian sebagai berikut: tahun 2023 target 92,50% capaian 92,93%, tahun 2024 target 95% capaian 96,69%, dan untuk tahun 2025 target 95% capaian 96,90%.

Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti P2 telah mencapai target pada 2025. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor pendukung antara lain:

1. Adanya penetapan target yang jelas yakni dalam Surat Sekretaris Jenderal Kemenkes tentang Tindak Lanjut Pengelolaan Kinerja Pegawai ASN di lingkungan Kementerian Kesehatan bahwa persentase penyelesaian rekomendasi hasil pemeriksaan BPK RI harus minimal sebesar 95% selesai ditindaklanjuti.
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.

Upaya yang dilakukan untuk pencapaian target indikator yakni:

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 memperoleh solusi dalam rangka tindak lanjut LHP BPK, sekaligus untuk mendapatkan status penyelesaian temuan yang dibahas
3. Melakukan koordinasi percepatan tindak lanjut antara Ditjen P2, Inspektorat Jenderal dan BPK RI melalui Desk Tindak Lanjut LHP Secara Rutin.

Kendala dan masalah yang dihadapi dalam pencapaian target yakni:

1. Sering terjadi penumpukan rekomendasi yang belum ditindaklanjuti, yang disebabkan oleh kurangnya koordinasi antar unit kerja dan Pemahaman yang rendah terhadap esensi rekomendasi.
2. Sistem pemantauan yang masih bersifat manual atau administratif semata
3. Adanya mutasi pergantian pejabat yang cepat mengakibatkan terhambatnya proses Hibah Aset dan Persediaan.

Pemecahan Masalah yang dilakukan antara lain:

1. Telah melakukan percepatan penyelesaian pencatatan hibah droping.
2. Melakukan Rekonsiliasi, konsolidasi bukti/dokumen tindak lanjut dan Koordinasi Percepatan Tindak Lanjut antara Ditjen P2, Inspektorat Jenderal dan BPK RI (Desk Tindak Lanjut LHP Secara Rutin).
3. Pelaksanaan desk tindak lanjut LHP dilakukan per semesteran
4. Identifikasi Sistematis: Melakukan pemetaan temuan berdasarkan jenis atau perbaikan yang dibutuhkan, seperti kebijakan, teknologi, atau metode kerja.
5. Kategorisasi Penilaian: Mengelompokkan status tindak lanjut untuk menentukan skala prioritas penyelesaian. Fokus pada penyelesaian temuan bersifat material atau yang memiliki dampak finansial besar terlebih dahulu.
6. Koordinasi Hybrid: Menggabungkan koordinasi luring dan daring untuk mempercepat proses verifikasi dokumen bukti dukung.
7. Validasi Data Dukung: Memastikan setiap tindak lanjut disertai bukti nyata, seperti laporan pemanfaatan atau buku panduan manual.
8. Pendampingan Aktif (Asistensi): Tim kerja tidak hanya menagih, tetapi juga memberikan asistensi bagi unit yang kesulitan memahami cara menindaklanjuti rekomendasi yang kompleks.
9. Reward & Punishment: Mengintegrasikan keberhasilan tindak lanjut LHP ke dalam indikator kinerja utama (KPI) unit kerja.

5. **Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit sebesar 3.95**

Nilai maturitas manajemen risiko adalah tingkat kematangan penerapan manajemen risiko dalam suatu organisasi, yang menggambarkan sejauh mana proses identifikasi, analisis, pengendalian, dan pemantauan risiko telah diterapkan secara sistematis, terintegrasi, dan berkelanjutan dalam pengambilan keputusan.

Secara umum (termasuk praktek di instansi pemerintah), nilai maturitas manajemen risiko diklasifikasikan ke dalam 5 level, yaitu:

a. Level 1 – Tidak Ada (Initial / Ad hoc)
   Manajemen risiko belum diterapkan atau masih bersifat sporadis, reaktif, dan tidak terdokumentasi.
b. Level 2 – Berkembang (Developing)
   Kesadaran risiko mulai terbentuk, terdapat upaya identifikasi risiko, namun belum konsisten dan belum terintegrasi dalam proses organisasi.
c. Level 3 – Terdefinisi (Defined)
   Kerangka dan proses manajemen risiko telah ditetapkan, terdokumentasi, dan diterapkan secara relatif konsisten pada unit kerja.
d. Level 4 – Terkelola (Managed)
   Manajemen risiko terintegrasi dengan perencanaan, penganggaran, dan pengambilan keputusan; pemantauan dan pelaporan risiko dilakukan secara berkala.
e. Level 5 – Optimal (Optimized)
   Manajemen risiko telah menjadi budaya organisasi, digunakan sebagai dasar strategis, adaptif terhadap perubahan, dan mendukung pencapaian kinerja secara berkelanjutan.

Nilai maturitas ini digunakan sebagai indikator kualitas tata kelola, pengendalian intern, dan efektivitas pencapaian tujuan organisasi.

MRI merupakan unsur penilaian dari Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP) dan diukur menggunakan instrumen penilaian KK Lead II Struktur dan Proses, Dihitung sebagai hasil perbandingan antara capaian (perolehan) terhadap bobot atau nilai maksimum yang ditetapkan, lalu diinterpretasikan ke dalam level kematangan (1-5). MRI digunakan sebagai dasar evaluasi efektivitas penerapan manajemen risiko dan perumusan rencana peningkatan (improvement plan) atau Area of Improvement (AoI). Dengan demikian, nilai maturitas manajemen risiko secara operasional berfungsi sebagai indikator kinerja tata kelola risiko yang mencerminkan sejauh mana manajemen risiko telah diinternalisasi dan diimplementasikan secara konsisten dalam pengambilan keputusan organisasi.

Cara Perhitungan indikator sebagai berikut:

$$\text{Nilai Maturitas Manajemen Risiko (MRI)} = \sum \text{Nilai Perolehan per kriteria penilaian (sub unsur Struktur dan Proses)}$$

Parameter Perhitungan indikator sebagai berikut:

Kode	No	Parameter	Bobot
1.3	**Kepemimpinan yang Kondusif**		**5.00**
1.3	1	Pimpinan Instansi Pemerintah mengalokasikan sumber daya untuk penerapan manajemen risiko.	5.00
1.3	2	Pimpinan Instansi Pemerintah menggunakan informasi terkait risiko dalam pengambilan keputusan	5.00
1.3	3	Pimpinan Instansi Pemerintah mendorong penerapan manajemen risiko, melalui Penggunaan kinerja penerapan manajemen risiko sebagai indikator penilaian kinerja	5.00
1.6	**Penyusunan dan Penerapan Kebijakan yang Sehat tentang Pembinaan SDM**		**2.33**
1.6	4	Pegawai telah mendapatkan fasilitas untuk meningkatkan kompetensi dan keterampilan terkait manajemen risiko	3.00
1.6	5	Pegawai memiliki kesadaran terkait manajemen risiko	3.00
1.8	**Hubungan Kerja yang Baik dengan Instansi Pemerintah Terkait**		**3.00**
1.8	6	Dalam rangka menciptakan hubungan kerja yang baik, instansi Pemerintah telah mengidentifikasi, menilai, dan mengelola risiko (termasuk implikasi dari transfer risiko) terkait kemitraan	3.00
2.1	**Identifikasi Risiko**		**4.33**
2.1	7	Pemerintah telah memiliki Kebijakan Manajemen Risiko.	4.00
2.1	8	Risiko telah teridentifikasi dan dituangkan dalam register risiko	5.00
2.1	9	Proses manajemen risiko telah melekat pada proses bisnis Instansi Pemerintah	4.00
2.2	**Analisis Risiko**		**5.00**
2.2	10	Seluruh risiko telah dianalisis dampak dan tingkat keterjadiannya	5.00
2.2	11	Instansi pemerintah telah menentukan prioritas risiko	5.00

Kode	No	Parameter	Bobot
2.2	12	Instansi Pemerintah telah menentukan rencana tindak pengendalian	5.00
2.2	13	Tindak pengendalian telah diimplementasikan	5.00
2.2	14	Tindak pengendalian efektif menurunkan risiko	5.00
4.1	**Informasi yang Relevan**		**5.00**
4.1	15	Pimpinan Instansi Pemerintah membangun sistem pengaduan	5.00
4.1	16	Strategi dan kebijakan manajemen risiko telah dikomunikasikan.	5.00
4.1	17	Register risiko dan rencana tindak pengendalian telah dikomunikasikan ke pihak terkait	5.00
5.1	**Pemantauan Berkelanjutan**		**4.50**
5.1	18	Proses manajemen risiko telah direviu	5.00
5.1	19	Pemantauan/monitoring terhadap risiko telah dilakukan	4.00
5.2	**Evaluasi Terpisah**		**4.00**
5.2	20	Terdapat reviu independen terhadap proses manajemen risiko	4.00

Berdasarkan hasil penilaian dari Tim Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan dan Surat Plt Inspektur Jenderal Nomor PR.01.01/G.I/87/2026 Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit memperoleh nilai leveling Maturitas Manajemen risiko 4,04 (Risk Managed), yaitu Manajemen risiko organisasi telah terintegrasi dengan perencanaan, penganggaran, dan pengambilan keputusan; pemantauan dan pelaporan risiko dilakukan secara berkala

NO	PARAMETER	BOBOT	MAX	SKOR	NILAI
1	Kepemimpinan yang Kondusif	15%	5.00	4.67	0.70
2	Penyusunan dan Penerapan Kebijakan yang Sehat tentang Pembinaan SDM	10%	2.33	2.00	0.20

NO	PARAMETER	BOBOT	MAX	SKOR	NILAI
3	Hubungan Kerja yang Baik dengan Instansi Pemerintah Terkait	5%	3.00	3.00	0.15
4	Identifikasi Risiko	15%	4.33	4.00	0.60
5	Analisis Risiko	25%	5.00	4.35	1.09
6	Informasi yang Relevan	15%	5.00	4.67	0.70
7	Pemantauan Berkelanjutan	10%	4.50	4.00	0.40
8	Evaluasi Terpisah	5%	4.00	4.00	0.20
		100%			**4.04**

Tabel diata menunjukkan capaian Nilai maturitas Ditjen Penanggulangan Penyakit sebesar 4.04, bila dibandingkan dengan target 3.95, telah melebihi target dengan kinerja sebesar 102.3%. Indikator ini telah mencapai target didukung oleh adanya

1. Komitmen pimpinan mendukung integrasi manajemen risiko dalam proses bisnis organisasi mulai dari tahap perencanaan sampai dengan pelaporan
2. Infrastruktur kebijakan telah mendukung penerapan manajemen risiko secara menyeluruh
3. Telah dilakukan identifikasi dan analisis risiko di tiap jenjang indikator kinerja mulai dari indikator sasaran strategis sampai dengan indikator kinerja kegiatan
4. Evaluasi telah dilakukan secara terpisah oleh Satuan Kepatuhan Internal (SKI)

Upaya yang dilakukan untuk mencapai target yakni:

1. Monitoring terhadap penerapan manajemen risiko dilakukan secara berkala setiap semester
2. Telah dilakukan peningkatan kompetensi terhadap anggota SKI melalui e-learning Manajemen Risiko berbasis SNI ISO 31000 yang diselenggarakan oleh Badan Sertifikasi Nasional

Kendala dan permasalaha yang dihadapi yakni manajemen risiko masih dianggap sebagai beban administratif dan belum semua pegawai memahami manajemen risiko, Ditjen P2 perlu membuat surat edaran wajib mengikuti e-learning manajemen risiko yang diperuntukkan bagi seluruh pegawai. Upaya strategi pemecahan masalah yakni:

a. Surat Direktur Jenderal Nomor MR.01.02/C/6093/2025 tanggal 24 Desember 2025 Hal Penyampaian Profil Risiko pada Unit Pemilik Risiko Ditjen P2 Tahun 2025, Ditjen P2 telah melakukan proses komunikasi risiko yang ditujukan kepada para Direktur di lingkungan Ditjen P2, untuk disampaikan kepada seluruh jajaran manajemen dan operasional di unit kerjanya
b. Surat Sekretaris Direktorat Jenderal Nomor MR.01.02/C.I/5453/2025 tanggal 11 September Hal Penyampaian Hasil Penilaian Risiko Konflik Kepentingan Pengadaan

Barang dan Jasa, Direktorat Ditjen P2 telah menyampaikan risiko Hasil Penilaian Risiko Konflik Kepentingan Pengadaan Barang dan Jasa yang ditujukan kepada Inspektur Investigasi Kementerian Kesehatan.

6. **Persentase realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit sebesar 96%**

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.

Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal P2 adalah penyerapan anggaran dibandingkan dengan pagu anggaran Ditjen P2 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 diperbandingkan dengan anggarannya dalam satu periode.

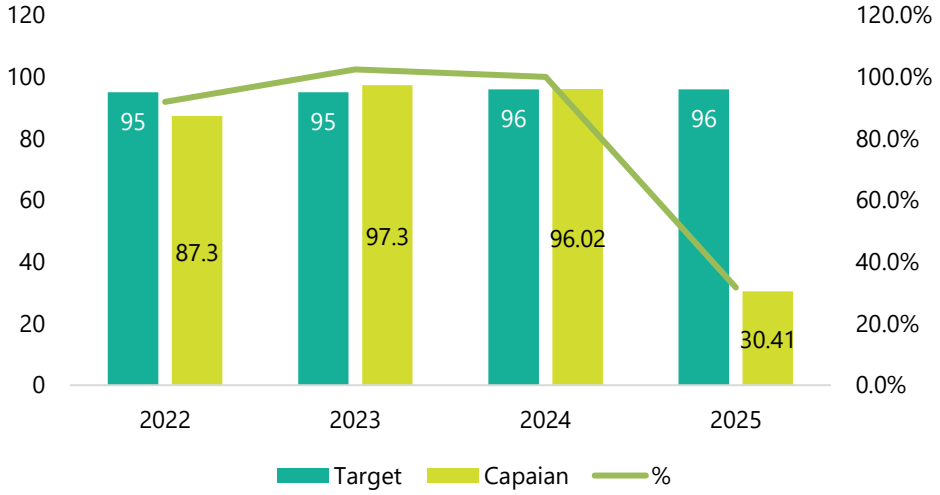
Perhitungan capaian indikator persentase realisasi anggaran dihitung dari Jumlah anggaran yang diserap dibagi dengan jumlah pagu anggaran satker dikali 100%.

$$\text{Persentase Realisasi Anggaran Ditjen P2} = \frac{\text{Jumlah anggaran Ditjen P2 yang diserap}}{\text{Jumlah pagu anggaran Ditjen P2}} \times 100\%$$

Pagu anggaran harian Ditjen P2 Tahun Anggaran 2025 adalah Rp. 7.868.024.070.000 dengan realisasi sebesar Rp. 2.392.418.606.030 atau sebesar 30,41% dengan menggunakan pagu total. Pada tahun 2025 terdapat blokir sebesar Rp. 5.248.180.181.000 sehingga pagu efektif sebesar Rp.2.619.843.889.000 dan realisasi berdasarkan pagu efektif sebesar 91,32% menggunakan pagu efektif berdasarkan data tanggal 31 Desember 2025.

Bila dibandingkan dengan target sebesar 96%, maka realisasi berdasarkan pagu total sebesar 30.41% dengan persentase kinerja sebesar 31.67%. Bila dibandingkan dengan pagu efektif maka realisasi anggaran sebesar 91.32% atau dengan persentase kinerja sebesar 95.12%. Tren capaian realisasi anggaran menunjukkan bahwa tahun 2022 tidak mencapai target tetapi tahun 2023-2024 mencapat target meskipun ada penurunan kinerja anggaran pada tahun 2024 seperti digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.87. Target dan Realisasi Anggaran Ditjen P2 Tahun 2020-2025



Sumber Data: LAKIP 2022-2024

Sampai Tahun 2025, realisasi anggaran Ditjen P2 masih sangat rendah, baru mencapai 30.41 dengan kinerja 31.67%. Rendahnya realisasi anggaran disebabkan antara lain karena

1) Adanya efisiensi anggaran sehingga beberapa kegiatan tidak dapat dilaksanakan karena tidak tersedianya anggaran sehingga diperkirakan akan berdampak pada capaian kinerja
2) Adanya blokir dan lamanya proses buka blokir dilakukan sehingga kegiatan belum dapat dilaksanakan pada waktu yang sudah direncanakan

Upaya yang dilakukan untuk mencapai indikator realisasi anggaran yakni:

1) Melakukan buka blokir kegiatan dan melakuan percepatan pelaksanaan anggaran yang telah dibuka blokir.
2) Memantau progres penyelesaian kegiatan dan pengadaan secara berkala.

Beberapa Kendala/Masalah yang dihadapi yakni:

1) Adanya efisiensi anggaran sehingga beberapa kegiatan tidak dapat dilaksanakan karena tidak tersedianya anggaran sehingga diperkirakan akan berdampak pada capaian kinerja
2) Adanya blokir dan lamanya proses buka blokir dilakukan sehingga kegiatan belum dapat dilaksanakan pada waktu yang sudah direncanakan.

Strategi Pemecahan Masalah yang dilakukan yakni:

1) Melakukan koordinasi dengan Lintas Sektor untuk pelaksanaan kegiatan khususnya dengan media daring dan pengumpulan data menggunakan aplikasi atau google drive.
2) Melaksanakan kegiatan dengan memanfaatkan anggaran hibah sehingga cakupan pelaksanaan program dapat tercapai.

C. REALISASI ANGGARAN

1. Realisasi Anggaran Ditjen P2

Pagu harian anggaran Ditjen P2 Tahun Anggaran 2025 adalah Rp. 7.868.071.538.000, blokir Rp. 5.248.180.181.000 sehingga pagu efektif menjadi Rp. 2.619.891.357.000 dengan realisasi sebesar Rp. 2.392.418.606.030 atau sebesar 30,41% dari pagu harian dan 91,32% dari pagu efektif data diperoleh tanggal 31 Desember 2025. Distribusi pagu anggaran dan realisasi berdasarkan jenis kegiatan dalam tabel berikut ini:

Tabel 3.20. Distribusi Pagu Anggaran Berdasarkan Jenis Kegiatan Tahun 2025

dalam ribuan

NO	Kode	Nama Kegiatan	Pagu Harian	Pagu Efektif	Realisasi	% Pagu total	% Pagu efektif
1	2058	Surveilans dan Kekarantinaan Kesehatan	53.030.257	53.030.257	52.885.617	99,73	99,73
2	2061	Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular	284.409.014	150.751.814	99.753.281	35,07	66,17
3	4249	Dukungan Pelayanan Kekarantinaan di Pintu Masuk Negara dan Wilayah	170.114.002	76.182.875	75.398.953	44,32	98,97
4	4815	Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	830.274.706	715.816.441	709.809.500	85,49	99,16

NO	Kode	Nama Kegiatan	Pagu Harian	Pagu Efektif	Realisasi	% Pagu total	% Pagu efektif
5	6818	Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular	6.250.603.501	1.344.469.912	1.175.904.441	18,81	87,46
6	6820	Pengelolaan Imunisasi	222.024.924	222.024.924	221.140.683	99,60	99,60
7	6821	Penyehatan Lingkungan	57.615.134	57.615.134	57.526.129	99,85	99,85
Jumlah			**7.868.071.538**	**2.619.891.357**	**2.392.418.606**	**30,41**	**91,32**

Sumber data: Data OM SPAN, Desember 2025

Tabel diatas menunjukkan pagu tertinggi pada kegiatan Penanggulangan Penyakit Menular sedangkan pagu terendah pada kegiatan Surveilans dan kekarantinaan kesehatan. Realisasi tertinggi pada kegiatan Penyehatan lingkungan (99,85%) sedangkan realisasi terendah pada kegiatan Penanggulangan Penyakit Tidak Menular (66,17%). Realisasi anggaran per jenis belanja digambarkan dalam tabel berikut ini:

Tabel 3.21. Realisasi Anggaran Berdasarkan Jenis Belanja Tahun 2025

No	Jenis Belanja	Pagu Harian	Pagu Efektif	Realisasi	% Pagu total	% Pagu Efektif
1	Belanja Pegawai	527.540.705	527.540.705	522.772.411	99,10	99,10
2	Belanja Barang	7.304.593.815	2.069.727.454	1.847.235.935	25,29	89,25
3	Belanja Modal	35.907.550	22.593.730	22.410.258	62,41	99,19
Jumlah Total		**7.868.042.070**	**2.619.861.889**	**2.392.418.606**	**30,41**	**91,32**

Sumber data: Data OMSPAN, Desember 2025

Tabel diatas menunjukkan pagu anggaran terbesar pada belanja barang dan terendah pada belanja modal. Realisasi anggaran tertinggi pada belanja modal (99,19%) sedangkan realisasi terendah pada belanja barang (89,25%).

2. Realisasi Anggaran Per Indikator Kinerja

Data realisasi anggaran per indikator kinerja yang menjadi target dalam RAP Ditjen P2, digambarkan pada tabel berikut ini:

Tabel 3.22. Realisasi Anggaran Per Indikator Kinerja Tahun 2025

INDIKATOR KINERJA PROGRAM	PAGU	REALISASI	%
PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT			
1. Persentase kabupaten/ kota yang menyelenggarakan skrining PTM prioritas	13,326,664,000	11,861,334,966	89.00%
2. Cakupan Imunisasi Bayi Lengkap	200,203,057,000	200,123,537,015	99.96%
3. Cakupan imunisasi lengkap 14 antigen mencapai target	21,821,887,000	21,185,618,663	97.08%
4. Persentase Hipertensi dalam Pengendalian	137,207,333	125,815,126	91.70%
5. Persentase Diabetes dalam Pengendalian	125,000,000	108,257,021	86.61%
6. Kab/kota yang mencapai target pra-eliminasi kanker leher Rahim	127,124,703,510	79,031,540,087	62.17%
7. Persentase kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini kanker prioritas (paru, kolorektal, payudara	126,192,155,000	78,080,068,090	61.87%
8. Persentase merokok pada penduduk 10-21 tahun	6,685,666,000	6,602,440,037	98.76%
9. Cakupan pangan yang beredar di masyarakat memiliki kandungan Gula Garam Lemak (GGL) sesuai batas maksimum yang ditetapkan	424,148,500	416,784,283	98.26%
10. Persentase Kabupaten/ kota yang menyelenggarakan skrining risiko stroke pada 80% Puskesmas	66,537,500	26,650,200	40.05%
11. Insidensi Tuberkulosis	5,993,275,681,000	933,947,073,285	15.58%
12. Insidensi HIV	131,003,614,000	130,121,785,821	99.33%
13. Insidensi Hepatitis B	2,511,938,000	1,936,438,971	77.09%
14. Kab/Kota dengan eliminasi malaria	45,729,159,500	41,409,903,586.5	90.55%
15. Desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi	6,131,547,000	5,566,691,903	90.79%
16. Kab/Kota dengan eliminasi kusta	3,995,370,000	3,774,283,958	94.47%
17. Jumlah Kab/Kota eliminasi rabies	2,353,341,000	2,199,911,406	93.48%
18. Angka Kematian Dengue	8,819,189,500	7,126,089,421	80.80%
19. Persentase penurunan kejadian penyakit sensitif iklim	56,783,661,000	50,607,407,692	89.12%
20. Jumlah Desa/Kelurahan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat	36,197,345,142.86	36,157,436,546.95	99.89%

INDIKATOR KINERJA PROGRAM	PAGU	REALISASI	%
21. Persentase Kabupaten/kota yang memiliki proporsi obesitas < 23,4%	50,000,000.00	45,667,223.00	91.33%
22. Persentase kab/kota dengan pengendalian kejadian luar biasa (KLB)/wabah	23,234,975,000	23,158,705,393	99.67%
23. Persentase Faktor risiko penyakit di pintu masuk negara yang dikendalikan	29,795,282,000	29,774,573,498	99.93%
24. Kab/Kota yang menyelenggarakan adaptasi perubahan iklim bidang Kesehatan	1,014,604,000.00	1,008,690,308.67	99.42%
25. Kab/Kota dengan kualitas Air Minum yang memenuhi syarat	727,182,857.14	717,434,775.38	98.66%
26. Kab/Kota dengan kualitas udara dalam ruang yang memenuhi syarat	338,562,000	335,928,442.67	99.22%
27. Kab/Kota sehat	18,517,565,000	18,500,794,218.67	99.91%
28. Jumlah KLB Keracunan Pangan	819,875,000	808,019,867.67	98.55%
PROGRAM DUKUNGAN MANAJEMEN			
1. Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	528,969,000	527,263,070	99.68%
2. Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	4,377,929,000	4,373,589,950	99.90%
3. Indeks Kualitas SDM Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	24,182,008,000	24,168,202,492	99.94%
4. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	110,071,000.00	109,936,600	99.88%
5. Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	94,669,000	94,665,000	100.00%
6. Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	1,102,122,000	1,101,407,203	99.94%

Sumber Data: Rekapitulasi Laporan Tim Kerja Tahun 2025

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa realisasi anggaran setiap IKP pada program Penanggulangan Penyakit tertinggi pada indikator Kab/Kota sehat (99.91%) dan

terendah pada indikator Insidensi Tuberkulosis (15.58%). Sedangkan pada program Dukungan Manajamen, persentasi realisasi anggaran tetinggi pada indikator Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit (99.99%) dan terendah pada indikator Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit (99.68%)

Tabel 3.23. Perbandingan Realisasi Anggaran dan Capaian Kinerja Tahun 2025

No	Indikator Kinerja Program	Capaian Kinerja	Realisasi Anggaran	Selisih
Program Penanggulangan Penyakit				
1	Persentase kabupaten/ kota yang menyelenggarakan skrining PTM prioritas	95.9%	89.00%	6.90%
2	Cakupan Imunisasi Bayi Lengkap	99.6%	99.96%	-0.36%
3	Cakupan imunisasi lengkap 14 antigen mencapai target	103.5%	97.08%	6.43%
4	Persentase Hipertensi dalam Pengendalian	31.5%	91.70%	-60.20%
5	Persentase Diabetes dalam Pengendalian	8.3%	86.61%	-78.34%
6	Kab/kota yang mencapai target pra-eliminasi kanker leher Rahim	0%	62.17%	-62.17%
7	Persentase kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini kanker prioritas (paru, kolorektal, payudara	485.4%	61.87%	423.53%
8	Persentase merokok pada penduduk 10-21 tahun	160.50%	98.76%	61.74%
9	Cakupan pangan yang beredar di masyarakat memiliki kandungan Gula Garam Lemak (GGL) sesuai batas maksimum yang ditetapkan	1.0%	98.26%	-97.26%
10	Persentase Kabupaten/ kota yang menyelenggarakan skrining risiko stroke pada 80% Puskesmas	653%	40.05%	612.95%
11	Insidensi Tuberkulosis	83.9%	15.58%	68.32%
12	Insidensi HIV	111.1%	99.33%	11.77%
13	Insidensi Hepatitis B	160.60%	77.09%	83.51%
14	Kab/Kota dengan eliminasi malaria	96.9%	90.55%	6.39%
15	Desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi	155.6%	90.79%	64.77%
16	Kab/Kota dengan eliminasi kusta	54.5%	94.47%	-39.92%
17	Jumlah Kab/Kota eliminasi rabies	97.2%	93.48%	3.73%
18	Angka Kematian Dengue	119.0%	80.80%	38.20%
19	Persentase penurunan kejadian penyakit sensitif iklim	151.4%	89.12%	62.28%
20	Jumlah Desa/Kelurahan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat	119.6%	99.89%	19.75%
21	Persentase Kabupaten/kota yang memiliki proporsi obesitas < 23,4%	167.7%	91.33%	76.37%

No	Indikator Kinerja Program	Capaian Kinerja	Realisasi Anggaran	Selisih
22	Persentase kab/kota dengan pengendalian kejadian luar biasa (KLB)/wabah	115.3%	99.67%	15.60%
23	Persentase Faktor risiko penyakit di pintu masuk negara yang dikendalikan	106.2%	99.93%	6.30%
24	Kab/Kota yang menyelenggarakan adaptasi perubahan iklim bidang Kesehatan	100.3%	99.42%	0.87%
25	Kab/Kota dengan kualitas Air Minum yang memenuhi syarat	100.0%	98.66%	1.34%
26	Kab/Kota dengan kualitas udara dalam ruang yang memenuhi syarat	140.0%	99.22%	40.78%
27	Kab/Kota sehat	107.1%	99.91%	7.23%
28	Jumlah KLB Keracunan Pangan	122.4%	98.55%	23.85%
Program Dukungan Manajemen				
1	Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	118.57%	99.68%	18.89%
2	Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	91.88%	99.90%	-8.02%
3	Indeks Kualitas SDM Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	103.36%	99.94%	3.42%
4	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	102.00%	99.88%	2.12%
5	Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	102.28%	99.99%	2.29%
6	Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	31.68%	99.94%	-68.26%

Sumber Data: Rekapitulasi Laporan Tim Kerja

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

1) Pada Program Penanggulangan Penyakit terdapat 21 indikator dengan capaian kinerja lebih tinggi dengan realisasi anggaran, sedangkan 7 indikator lainnya capaian kinerja lebih rendah dari realisasi anggaran. Capaian kinerja dibandingkan realisasi anggaran yang paling tidak efektif dan tidak efisien adalah pada indikator Jumlah KLB Keracunan Pangan.
2) Pada program dukungan manajemen, terdapat 4 indikator kinerja lebih tinggi dari realisasi anggaran, sedangkan 2 indikator, realisasi anggaran lebih tinggi daripada capaian kinerja yakni pada indikator Persentase realisasi Anggaran Direktorat

Jenderal Penanggulangan Penyakit dan indikator Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit.

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:

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

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 3.24. Nilai Efisiensi Per Indikator Kinerja Program P2P Tahun 2025

Indikator	Pagu Anggaran Keluaran (PAK)	Realisasi Anggaran Keluaran (CAK)	Capaian Keluaran (CK)	Efisiensi	Nilai Efisiensi	Interpretasi
Program Penanggulangan Penyakit						
1. Persentase kabupaten/ kota yang menyelenggarakan skrining PTM prioritas	13,326,664,000	11,861,334,966	0.959	0.07	68%	Efisien
2. Cakupan Imunisasi Bayi Lengkap	200,203,057,000	200,123,537,015	0.996	-0.01	49%	Tidak efisien
3. Cakupan imunisasi lengkap 14 antigen mencapai target	21,821,887,000	21,185,618,663	1.035	0.06	66%	Efisien
4. Persentase Hipertensi dalam Pengendalian	137,207,333	125,815,126	0.315	-1.91	-428%	Tidak efisien
5. Persentase Diabetes dalam Pengendalian	125,000,000	108,257,021	0.083	-9.48	-2319%	Tidak efisien
6. Kab/kota yang mencapai target pra-eliminasi kanker leher Rahim	127,124,703,510	79,031,540,087	0	0.00	0%	Tidak efisien
7. Persentase kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini kanker prioritas (paru, kolorektal, payudara	126,192,155,000	78,080,068,090	4.854	0.78	268%	Efisien
8. Persentase merokok pada penduduk 10-21 tahun	6,685,666,000	6,602,440,037	1.605	0.38	146%	Efisien
9. Cakupan pangan yang beredar di masyarakat memiliki kandungan Gula Garam Lemak (GGL) sesuai batas maksimum yang ditetapkan	424,148,500	416,784,283	0.010	-97.26	-24266%	Tidak efisien
10. Persentase Kabupaten/ kota yang menyelenggarakan skrining risiko stroke pada 80% Puskesmas	66,537,500	26,650,200	6.530	0.94	285%	Efisien

Indikator	Pagu Anggaran Keluaran (PAK)	Realisasi Anggaran Keluaran (CAK)	Capaian Keluaran (CK)	Efisiensi	Nilai Efisiensi	Interpretasi
11. Insidensi Tuberkulosis	5,993,275,681,000	933,947,073,285	0.839	0.81	254%	Efisien
12. Insidensi HIV	131,003,614,000	130,121,785,821	1.111	0.11	76%	Efisien
13. Insidensi Hepatitis B	2,511,938,000	1,936,438,971	1.606	0.52	180%	Efisien
14. Kab/Kota dengan eliminasi malaria	45,729,159,500	41,409,903,586.5	0.969	0.07	66%	Efisien
15. Desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi	6,131,547,000	5,566,691,903	1.556	0.42	154%	Efisien
16. Kab/Kota dengan eliminasi kusta	3,995,370,000	3,774,283,958	0.545	-0.73	-133%	Tidak efisien
17. Jumlah Kab/Kota eliminasi rabies	2,353,341,000	2,199,911,406	0.972	0.04	60%	Efisien
18. Angka Kematian Dengue	8,819,189,500	7,126,089,421	1.190	0.32	130%	Efisien
19. Persentase penurunan kejadian penyakit sensitif iklim	56,783,661,000	50,607,407,692	1.514	0.41	153%	Efisien
20. Jumlah Desa/Kelurahan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat	36,197,345,142.86	36,157,436,546.95	1.196	0.17	91%	Efisien
21. Persentase Kabupaten/kota yang memiliki proporsi obesitas < 23,4%	50,000,000.00	45,667,223.00	1.677	0.46	164%	Efisien
22. Persentase kab/kota dengan pengendalian kejadian luar biasa (KLB)/wabah	23,234,975,000	23,158,705,393	1.153	0.14	84%	Efisien
23. Persentase Faktor risiko penyakit di pintu masuk negara yang dikendalikan	29,795,282,000	29,774,573,498	1.062	0.06	65%	Efisien
24. Kab/Kota yang menyelenggarakan adaptasi perubahan iklim bidang Kesehatan	1,014,604,000.00	1,008,690,308.67	1.003	0.01	52%	Efisien
25. Kab/Kota dengan kualitas Air Minum yang memenuhi syarat	727,182,857.14	717,434,775.38	1.000	0.01	53%	Efisien
26. Kab/Kota dengan kualitas udara dalam ruang yang memenuhi syarat	338,562,000	335,928,442.67	1.400	0.29	123%	Efisien

Indikator	Pagu Anggaran Keluaran (PAK)	Realisasi Anggaran Keluaran (CAK)	Capaian Keluaran (CK)	Efisiensi	Nilai Efisiensi	Interpretasi
27. Kab/Kota sehat	18,517,565,000	18,500,794,218.67	1.071	0.07	67%	Efisien
28. Jumlah KLB Keracunan Pangan	819,875,000	808,019,867.67	1.224	0.19	99%	Efisien
Program Dukungan Manajemen						
1. Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	528,969,000	527,263,070	1.19	0.16	90%	Efisien
2. Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	4,377,929,000	4,373,589,950	0.92	-0.09	28%	Tidak efisien
3. Indeks Kualitas SDM Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	24,182,008,000	24,168,202,492	1.03	0.03	58%	Efisien
4. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	110,071,000.00	109,936,600	1.02	0.02	55%	Efisien
5. Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	94,669,000	94,665,000	1.02	0.02	56%	Efisien
6. Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	1,102,122,000	1,101,407,203	91.32	-0.09	26%	Tidak efisien

Sumber Data : Rekapitulasi Laporan Tim Kerja Tahun 2025

Tabel diatas menunjukkan bahwa tidak semua indikator terlaksana dengan efisien, sebagian indikator tidak mencapai target tetapi telah menggunakan hampir semua anggaran sebagai berikut:

1. Pada program penanggulangan penyakit, sebanyak 6 indikator tidak efisien dengan indikator paling tidak efisien pada indikator cakupan pangan yang beredar di masyarakat memiliki kandungan Gula Garam Lemak (GGL) sesuai batas maksimum yang ditetapkan

2. Pada indikator program dukungan manajemen, sebanyak 2 indikator tidak efisien dengan indikator paling tidak efisien pada indikator Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit.
3. Meskipun demikian beberapa capaian Indikator Kinerja Program tidak secara langsung dihasilkan dari anggaran yang dimanfaatkan.

BAB IV
PENUTUP

A. KESIMPULAN

1. Rata-rata pencapaian kinerja Direktorat Penanggulangan Penyakit pada Tahun 2025 sebesar 133.8%. Adapun rata-rata Indikator Kinerja Mandatory untuk Program Dukungan Manajemen sebesar 91.63% dengan realisasi anggaran berdasarkan pagu blokir. Namun bila menggunakan pagu efektif yang sudah disetujui oleh Pimpinan Kementerian Kesehatan maka rata-rata capaian kinerja menjadi sebesar 102.2%
2. Terdapat 28 Indikator Kinerja Program Penanggulangan Penyakit dan 11 Indikator Kinerja Program tidak mencapai target yakni:
    a. Persentase kabupaten/kota yang menyelenggarakan skrining PTM prioritas, tercapai 95.9% dari target 100% sehingga capaian kinerja sebesar 95.9%
    b. Cakupan imunisasi bayi lengkap, tercapai 79.4% dari target 80% dengan capaian kinerja sebesar 99.3%
    c. Persentase Hipertensi dalam Pengendalian, tercapai 6,3% dari target 20% dengan capaian kinerja sebesar 31.5%
    d. Persentase Diabetes dalam Pengendalian, tercapai 1.24% dari target 15% dengan capaian kinerja sebesar 8.3%
    e. Kab/kota yang mencapai target pra-eliminasi kanker leher Rahim, tidak ada Kab/Kota yang mencapai target dari target 30 Kab/Kota dengan capaian kinerja sebesar 0%
    f. Cakupan pangan yang beredar di masyarakat memiliki kandungan Gula Garam Lemak (GGL) sesuai batas maksimum yang ditetapkan, tercapai 0.1% dari target 10% dengan capaian kinerja sebesar 1%
    g. Insidensi Tuberkulosis, tercapai 382 per 100.000 penduduk dari target 329 per 100.00 penduduk dengan capaian kinerja sebesar 83.9%
    h. Kab/Kota dengan eliminasi malaria, tercapai 412 Kab/Kota dari target 425 Kab/Kota dengan capaian kinerja sebesar 96.9%
    i. Kab/Kota dengan eliminasi kusta, tercapai 6 Kab/Kota dari target 11 Kab/Kota dengan capaian kinerja sebesar 54.5%
    j. Jumlah Kab/Kota eliminasi rabies, tercapai 418 Kab/Kota dari target 430 Kab/Kota dengan capaian kinerja sebesar 97.2%
    k. Jumlah KLB Keracunan Pangan tercapai 515 kejadian dari target 250 kejadian dengan capaian kinerja sebesar -6%

3. Terdapat 6 Indikator Kinerja *Mandatory* pada Ditjen P2 dan sebanyak 4 indikator telah mencapai target yang ditetapkan sedangkan 2 indikator lainnya tidak mencapai target yakni:
   a. Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit, tercapai 84.85 dari target 92,35, dengan capaian kinerja 91.88%
   b. Persentase realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit, tercapai 30.41% dari target 96%, dengan capaian kinerja 31.68%
4. **Pagu anggaran total Ditjen P2 Tahun Anggaran 2025 sebesar Rp. 7.868.024.070.000 dengan blokir Rp. 5.248.180.181.000 sehingga pagu efektif Rp.2.619.843.889.000, dengan realisasi sebesar Rp. 2.392.418.606.030 atau sebesar 30,41% berdasarkan pagu total dan 91,32% berdasarkan pagu efektif**.

B. TINDAK LANJUT

Berikut ini Rencana Tindak Lanjut yang akan dilaksanakan oleh Ditjen P2 yakni:

1. Terhadap indikator Persentase kabupaten/kota yang menyelenggarakan skrining PTM prioritas, tercapai 95.9% dari target 100% sehingga capaian kinerja sebesar 95.9%, akan dilakukan tindak lanjut melalui pendampingan khususnya pada daerah Papua yang belum mencapai target dan melakukan sosialisasi Penanggulangan PTM melaui Germas.
2. Cakupan imunisasi bayi lengkap yang belum mencapai target maka akan ditindaklanjuti dengan penyampaian umpan balik capaian secara rutin dari Menteri Kesehatan RI kepada seluruh Gubernur, Bupati/Walikota dan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan kabupaten/Kota.
3. Hipertensi dalam pengendalian yang belum mencapai target akan ditindaklanjuti dengan melakukan sosialiasi melalui Germas.
4. Diabetes dalam pengendalian yang belum mencapai target akan ditindaklanjuti dengan meningkatkan layanan penanggulangan Diabetes Mellitus dan Gangguan Metabolik, Assesment dan asistensi Pelaksanaan layanan Diabetes Melitus dan Gangguan Metabolik
5. Kab/kota yang mencapai target pra-eliminasi kanker leher Rahim belum mencapai target akan ditindaklanjuti dengan Perluasan implementasi Self Sampling HPV DNA, melakukan sosialisasi, Advokasi, penyusunan tools, penilaian dan evaluasi perluasan Implementasi Deteksi Dini Kanker Leher rahim dengan Metode Self Sampling.
6. Cakupan pangan yang beredar di masyarakat memiliki kandungan Gula Garam Lemak (GGL) sesuai batas maksimum yang ditetapkan yang belum mencapai target akan dilakukan tindak lanjut melalui kordinasi lintas sektor khususnya Badan Pengawas Obat

dan Makanan untuk penyiapan data capaian indikator dan finalisasi peraturan-peraturan terkait pengendalian GGL sebagai tindak lanjut PP no 28 tahun 2024.

7. Insidensi TBC yang belum mencapai target akan dilakukan beberapa kegiatan sebagai tindak lanjut yakni meningkatkan layanan skirining mobile TBC dan layanan pemeriksaan terduga TBC dan menyusun NSPK eliminasi TBC. Selain itu akan dilakukan surveilans aktif TBC, sosilisasi dan advokasi TBC.
8. Eliminasi malaria yang belum mencapai target akan dilakukan beberapa kegiatan sebagai tindak lanjut yakni sosialisasi malaria dan penilaian eliminasi malaria.
9. Kab/Kota dengan eliminasi kusta yang belum mencapai target akan dilakukan sebagai tindak lanjut yakni percepatan eliminasi kusta melalui kegiatan assesment eliminasi kusta dan melakukan advokasi dan koordinasi dengan pemerintah daerah untuk meningkatkan perhatian terhadap program kusta.
10. Kab/Kota dengan eliminasi rabies yang belum mencapai target akan dilakukan sebagai tindak lanjut yakni advokasi tentang penanggulangan zoonosis terutama rabies pada pimpinan daerah khususnya pada Kab/Kota yang belum mencapai target.
11. KLB keracunan makanan yang belum mencapai target akan dilakukan sebagai tindak lanjut antara lain meningkatkan aspek pengamanan makanan melalui peningkatan Sertifikat Laik Higiene Sanitasi (SLHS), Pelatihan keamanan pangan siap saji bagi penjamah pangan di daerah dan Pelatihan Pengawasan Keamanan Pangan Siap Saji Berbasis Risiko Bagi Tenaga Sanitasi Lingkungan di daerah melalui Dana Alokasi (DAK) Non Fisik.

Demikian Laporan Kinerja Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit Tahun 2025 disusun sebagai bahan masukan untuk perencanaan kinerja dan monitoring evaluasi tahun 2026.

Kemenkes

DIREKTORAT JENDERAL PENANGGULANGAN PENYAKIT
PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Murti Utami
Jabatan : Direktur Jenderal Penanggulangan Penyakit
selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : Budi G. Sadikin
Jabatan : Menteri Kesehatan
selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

Pihak pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab kami.

Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

Jakarta, Desember 2025

Pihak Kedua,	Pihak Pertama,
Budi G. Sadikin	**Murti Utami**

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025

No.	Tujuan/Sasaran Strategis/ Program/Sasaran Program	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
I	**Tujuan 1: Masyarakat sehat di setiap siklus hidup**	**IT 1**	**Usia Harapan Hidup Sehat****	
	Sasaran Strategis 1.1 Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan promotif dan preventif	ISS 4	Angka harapan hidup sehat pada umur 60 tahun (HALE60)**	
		ISS 7	Persentase Kabupaten/ kota yang mencapai target kekebalan kelompok	30%
		ISS 8	Angka Populasi Bebas Penyakit Tidak Menular	50%
		ISS 9	Angka Populasi Bebas Penyakit Menular	10%
	Sasaran Strategis 1.2 Meningkatnya literasi kesehatan masyarakat	ISS 12	Kabupaten/kota Sanitasi Total Berbasis Masyarakat	30 Kab/Kota
		ISS 13	Prevalensi obesitas >18 tahun	23,4%
	024.DO Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit			
	Sasaran Program: Meningkatnya proporsi Kab/Kota yang menyelenggarakan skrining penyakit tidak menular prioritas	IKP 4.3	Persentase kabupaten/ kota yang menyelenggarakan skrining PTM prioritas	100%
	Sasaran Program: Tercapainya imunisasi lengkap pada populasi	IKP 7.1	Cakupan imunisasi bayi lengkap	80%
		IKP 7.2	Cakupan imunisasi lengkap 14 antigen mencapai target	74%

No.	Tujuan/Sasaran Strategis/ Program/Sasaran Program	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
	Sasaran Program: Meningkatnya pengendalian penyakit dan faktor risiko penyakit tidak menular	IKP 8.1 Persentase Hipertensi dalam Pengendalian	20%
		IKP 8.2 Persentase Diabetes dalam Pengendalian	15%
	Sasaran Program: Meningkatnya tatalaksana penyakit kanker	IKP 8.3 Kab/kota yang mencapai target pra-eliminasi kanker leher Rahim	30 Kab/Kota
		IKP 8.4 Persentase kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini kanker prioritas (paru, kolorektal, payudara	20%
	Sasaran Program: Menurunnya proporsi perokok usia 10-21 tahun	IKP 8.5 Persentase merokok pada penduduk 10-21 tahun	12,40%
	Sasaran Program: Meningkatnya produk pangan olahan yang beredar di masyarakat memenuhi batas maksimum kandungan Gula Garam Lemak (GGL)	IKP 8.6 Cakupan pangan yang beredar di masyarakat memiliki kandungan Gula Garam Lemak (GGL) sesuai batas maksimum yang ditetapkan	10%
	Sasaran Program: Meningkatnya skrining risiko stroke di puskesmas	IKP 8.7 Persentase Kabupaten/ kota yang menyelenggarakan skrining risiko stroke pada 80% Puskesmas	10%
	Sasaran Program: Menurunnya insiden penyakit menular	IKP 9.1 Insidensi Tuberkulosis	329 per 100.000 penduduk
		IKP 9.2 Insidensi HIV	0,09 per 1000 populasi tidak terinfeksi
		IKP 9.3 Insidensi Hepatitis B	33 per 100.000 penduduk

No.	Tujuan/Sasaran Strategis/ Program/Sasaran Program	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
	Sasaran Program: Meningkatnya eliminasi penyakit menular	IKP 9.4 Kab/Kota dengan eliminasi malaria	425 Kab/Kota
		IKP 9.5 Desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi	18 Desa
		IKP 9.6 Kab/Kota dengan eliminasi kusta	11 Kab/Kota
		IKP 9.7 Jumlah Kab/Kota eliminasi rabies	430 Kab/Kota
	Sasaran Program: Menurunnya kematian akibat penyakit menular	IKP 9.8 Angka Kematian Dengue	0,50%
	Sasaran Program: Menurunnya kejadian penyakit menular sensitif iklim	IKP 9.9 Persentase penurunan kejadian penyakit sensitif iklim	10%
	Sasaran Program: Meningkatnya Desa/Kelurahan yang menerapkan lima pilar Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) secara berkelanjutan	IKP 12.1 Jumlah Desa/Kelurahan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat	11.000 Desa/ Kelurahan
	Sasaran Program: Menurunnya proporsi obesitas di Kab/Kota	IKP 13.1 Persentase Kabupaten/kota yang memiliki proporsi obesitas < 23,4%	50%
II	**Tujuan 3: Sistem Ketahanan Kesehatan yang tangguh dan responsif**	**IT 3 International Health Regulations (IHR) score**	**74,5%**
	Sasaran Strategis 3.1 Meningkatnya kesiapsiagaan dan tanggap darurat kesehatan	ISS 24 Nilai Kapasitas IHR dalam JEE	61%
		ISS 25 Kab/Kota memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan	50 Kab/Kota

No.	Tujuan/Sasaran Strategis/ Program/Sasaran Program	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
	024.DO Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit		
	Sasaran Program: Meningkatnya kabupaten/kota yang mendeteksi, merespon dan mengendalikan faktor risiko kesehatan yang berpotensi KLB/wabah	IKP 24.1 Persentase kab/kota dengan pengendalian kejadian luar biasa (KLB)/wabah	40%
	Sasaran Program: Meningkatnya pengendalian faktor risiko di pintu masuk negara	IKP 24.2 Persentase Faktor risiko penyakit di pintu masuk negara yang dikendalikan	94%
	Sasaran Program: Meningkatnya Kab/Kota yang menyelenggarakan adaptasi perubahan iklim bidang Kesehatan	IKP 24.5 Kab/Kota yang menyelenggarakan adaptasi perubahan iklim bidang kesehatan	45%
	Sasaran Program: Meningkatnya kualitas kesehatan lingkungan di Kab/Kota	IKP 25.1 Kab/Kota dengan kualitas Air Minum yang memenuhi syarat	100 Kab/Kota
		IKP 25.3 Kab/Kota dengan kualitas udara dalam ruang yang memenuhi syarat	50 Kab/Kota
		IKP 25.4 Kab/Kota sehat	182 Kab/Kota
	Sasaran Program: Menurunnya jumlah KLB Keracunan Pangan	IKP 25.2 Jumlah KLB Keracunan Pangan	250 Kejadian
III	**Tujuan 6: Kementerian Kesehatan yang agile, efektif, dan efisien**	**IT 6 Nilai Good Public Governance Kementerian Kesehatan****	
	Sasaran Strategis 6.1 Meningkatnya kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan	ISS 33 Nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan*	91,96 (Nilai)

No.	Tujuan/Sasaran Strategis/ Program/Sasaran Program	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
	024.WA. Program Dukungan Manajemen		
	Sasaran Program: Meningkatnya Tata Kelola Organisasi dan Pengendalian Intern Kementerian Kesehatan	IKM 33.1 Indeks Kepuasan Pengguna Layanan Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	77 (Nilai)
		IKM 33.2 Nilai Kinerja Anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	92,35 (Nilai)
		IKM 33.3 Indeks Kualitas SDM Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	81 (Nilai)
		IKM 33.4 Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	95%
		IKM 33.5 Nilai Maturitas Manajemen Risiko Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	3,95 (Nilai)
		IKD 33.1 Persentase Realisasi Anggaran Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	96%

Keterangan:

* : Kontributor (Indikator Kinerja dan Target ditampilkan)

** : Kolaborator (Indikator Kinerja dan Target tidak ditampilkan)

IKM : Indikator Kinerja Mandatory Program Dukungan Manajemen

IKD : Indikator Kinerja Direktif Pimpinan

Program	Anggaran
1. Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	Rp. 6.123.547.717.000
2. Program Dukungan Manajemen	Rp. 827.697.474.000
Total Anggaran DIPA Direktorat Jenderal Penanggulangan Penyakit	**Rp. 6.951.245.191.000**

Jakarta, Desember 2025

Pihak Kedua,

Budi G. Sadikin

Pihak Pertama,

Murti Utami