

LAPORAN KINERJA KEMENTERIAN KESEHATAN TAHUN 2022



KEMENTERIAN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

KATA SAMBUTAN



Puji dan syukur kami panjatkan kepada Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahNya sehingga Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2022 dapat diselesaikan pada waktunya.

Laporan Kinerja (LKj) Kementerian Kesehatan merupakan bagian dari pelaksanaan transparansi dan akuntabilitas kinerja dalam kerangka *good governance* dan pertanggungjawaban atas kinerja pencapaian sasaran strategis serta pelaksanaan amanat dari Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah, Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

Rencana Strategis Kementerian Kesehatan memuat 17 (tujuh belas) sasaran strategis yang pencapaiannya didukung oleh Rencana Kerja (Renja), Rencana Kerja dan Anggaran (RKA), serta Indikator Kinerja Utama (IKU) dan target kinerja sebagaimana dituangkan dalam Perjanjian Kinerja (PK).

Laporan Kinerja ini menyajikan capaian kinerja yang dicapai oleh Kementerian Kesehatan selama Tahun 2022 dengan membandingkannya terhadap target kinerja yang telah diperjanjikan untuk Tahun 2022. Capaian kinerja pada tahun 2022 menjadi bahan evaluasi guna terus meningkatkan kinerja kami ke depan.

Seluruh kebijakan, program dan kegiatan tahun 2022 telah berhasil dilaksanakan dengan baik serta tujuan, sasaran strategis, dan indikator kinerjanya telah berhasil dicapai. Diharapkan laporan kinerja ini dapat memberikan manfaat dan informasi atas pencapaian kinerja Kementerian Kesehatan.

Kami mengapresiasi kinerja seluruh jajaran di Kementerian Kesehatan yang telah berkontribusi untuk organisasi ini, namun masih terdapat bagian-bagian yang perlu ditingkatkan. Oleh karena itu, kami mendorong agar seluruh pejabat dan pegawai bersama-sama untuk terus-menerus mengupayakan perbaikan bagi Kementerian Kesehatan dan bagi Indonesia.

Akhir kata, semoga Laporan Kinerja ini dapat bermanfaat sebagai bentuk pertanggungjawaban Kementerian Kesehatan dan umpan balik bagi organisasi untuk mendorong peningkatan kinerja.

Februari 2023
Menteri Kesehatan,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Budi G. Sadikin', is positioned above the printed name.

BUDI G. SADIKIN



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
INSPEKTORAT JENDERAL

Jalan H.R. Rasuna Said Blok X-5 Kavling No. 4-9 Kuningan - Jakarta Selatan 12950
Telp. 021 - 5201590 (Hunting) - Pes. 3100, 3102, 3104 Fax. 021 - 5201589/5223011



**PERNYATAAN TELAH DIREVIU
ATAS LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH
KEMENTERIAN KESEHATAN RI
TAHUN ANGGARAN 2022**

Kami telah mereviu Laporan Kinerja Instansi Pemerintah Kementerian Kesehatan RI untuk Tahun Anggaran 2022 sesuai Pedoman Reviu atas Laporan Kinerja. Substansi informasi yang dimuat dalam Laporan Kinerja menjadi tanggung jawab manajemen Kementerian Kesehatan RI.

Reviu bertujuan untuk memberikan keyakinan terbatas laporan kinerja telah disajikan secara akurat, andal, dan valid.

Berdasarkan reviu kami, masih terdapat kondisi atau hal-hal yang menimbulkan perbedaan dalam meyakini keandalan informasi yang disajikan di dalam laporan kinerja ini.

Jakarta, 14 Februari 2023

Inspektur Jenderal



[Signature]
drg. Murti Utami, M.P.H. QGIA, CGCAE
NIP. 196605081992032003



IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2022 merupakan sarana untuk menyampaikan pertanggungjawaban kinerja Menteri Kesehatan beserta jajarannya kepada Presiden Republik Indonesia dan seluruh pemangku kepentingan, baik yang terkait langsung maupun tidak langsung. Selain itu Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan merupakan wujud dari pertanggungjawaban atas kinerja pencapaian visi dan misi yang dijabarkan dalam tujuan/sasaran strategis. Tujuan/sasaran strategis tersebut mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 dan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024.

Secara keseluruhan capaian kinerja Kementerian Kesehatan, dari 35 Indikator Kinerja pada 17 Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan yang dijanjikan oleh Menteri Kesehatan pada dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2022 adalah sebagai berikut:

Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang pencapaiannya mencapai target $\geq 95\%$ (kategori sudah tercapai *on track/on trend*):

1. AKI (per 100.000 kelahiran hidup) tercapai 189 dari target 205 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 108,5 %.
2. AKB (per 1.000 kelahiran hidup) tercapai 16,85 dari target 18,6 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 110,4%
3. Wasting (kurus dan sangat kurus) pada balita (%) tercapai 7,7 dari target 7,5 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 97,33 %.
4. Insidensi HIV (per 100.000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV) tercapai 0,09 dari target 0,19 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 153 %
5. Kabupaten/Kota yang mencapai eliminasi malaria tercapai 372 dari target 365 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 102 %.
6. Indeks pengendalian penyakit menular tercapai 0,5869 dari target 0,4873 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 120 %.
7. Prevalensi obesitas pada penduduk usia > 18 tahun tercapai 4 dari target 21,8 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 181 %.
8. Persentase merokok penduduk usia 10-18 tahun tercapai 9,1 dari target 8,9 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 98 %.
9. Jumlah kabupaten/kota sehat tercapai 282 dari target 280 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 100,71%.
10. Persentase kabupaten/kota, dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar tercapai 73 dari target 64 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 114,06%.
11. Persentase kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar tercapai 89,34 dari target 88 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 101,52%.
12. Persentase klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas tercapai 20 dari target 20 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 100 %.
13. Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar tercapai 96 dari target 90 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 107%.

14. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit tercapai 2.045 dari target < 2,5 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 100 %.
15. Persentase kepuasan pasien di fasyankes rujukan tercapai 93,5 dari target 60 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 155,8 %.
16. Jumlah Rumah Sakit yang memiliki layanan unggulan internasional tercapai 12 dari target 12 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 100 %.
17. Jumlah bahan baku obat dan obat 10 terbesar yang diproduksi dalam negeri tercapai 10 dari target 10 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 100 %.
18. Jumlah alat kesehatan 10 terbesar by volume dan value yang diproduksi dalam negeri tercapai 5 dari target 5 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 100 %.
19. Jumlah vaksin 10 terbesar yang diproduksi di dalam negeri tercapai 8 dari target 8 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 100 %.
20. Presentase kabupaten/kota yang melakukan respon KLB/wabah (PE, pemeriksaan laboratorium, tata laksana kasus) tercapai 70,62 dari target 70 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 100,9%
21. Persentase provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar tercapai 34 dari target 34 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 100%.
22. Persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan tercapai 47,1 dari target 30 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 157 %.
23. Proporsi *Out of Pocket* (OOP) terhadap total belanja kesehatan tercapai 25,1 dari target 27 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 155%.
24. Persentase faskes dengan SDM kesehatan sesuai standar tercapai 64,91 dari target 65 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 99,86%.
25. Persentase faskes dengan SDM kesehatan yang ditingkatkan sesuai kompetensinya tercapai 41,22 dari target 40 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 103,05%.
26. Persentase faskes dengan SDM kesehatan tersertifikasi tercapai 26 dari target 25 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 104%.
27. Jumlah fasilitas kesehatan yang mengimplementasikan sistem data dan aplikasi kesehatan Indonesia tercapai 9.422 dari target 8000 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 117,78%.
28. Jumlah sistem bioteknologi kesehatan terstandar dan terintegrasi yang diimplementasikan tercapai 6 dari target 5 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 120%.
29. Persentase kebijakan yang berkualitas dan dapat diimplementasikan tercapai 67,36 dari target 60 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 112,36%.
30. Indeks capaian tata kelola Kemenkes yang baik tercapai 110,7 dari target 80 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 138,25%.

Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang mencapai target < 95% dan $\geq$ 75% (kategori perlu kerja keras)

31. Prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek) tercapai 21,6 dari target 18,4 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 82,60 %.
32. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta tercapai 403 dari target 458 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 88 %.



Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang mencapai mencapai target < 75% (kategori sulit tercapai) yaitu:

33. Persentase Kabupaten/kota yang melaksanakan SPM tercapai 70,04% dari target 100% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 70,04%.
34. Insidensi Tuberculosis (per 100.000 penduduk) tercapai 354 dari target 231 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 46,75 %.
35. Persentase FKTP terakreditasi (%) tercapai 56,43 dari target 80 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 70,54%.

Untuk kinerja keuangan pada tahun 2022, untuk semua jenis belanja mencapai 92,64% atau sebesar Rp 121.058.888.694.714,- dari total pagu sebesar Rp 130.679.812.498.000,-. Total anggaran tersebut bersumber dari Rupiah Murni, Pinjaman Luar Negeri, Penerimaan Negara Bukan Pajak, Badan Layanan Umum, Hibah Luar Negeri dan Hibah Langsung Luar Negeri.

DAFTAR ISI

KATA SAMBUTAN	
PERNYATAAN TELAH DIREVIU	
IKHTISAR EKSEKUTIF	
DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iii
DAFTAR GAMBAR	v
DAFTAR GRAFIK	vi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang.....	1
B. Tugas, Fungsi dan Struktur Organisasi.....	3
C. Isu Strategis	5
D. Sistematika Laporan Kinerja.....	19
BAB II PERENCANAAN KINERJA.....	20
A. Rencana Strategis Kementerian kesehatan Tahun 2020-2024.....	20
B. Perjanjian Kinerja Tahun 2022.....	30
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA.....	34
A. Capaian Kinerja Organisasi.....	34
Sasaran Strategis 1: Meningkatnya kesehatan ibu, anak dan gizi masyarakat.....	38
Sasaran Strategis 2: Meningkatnya ketersediaan dan mutu fasyankes dasar dan rujukan.....	113
Sasaran Strategis 3: Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat.....	126
Sasaran Strategis 4: Meningkatnya Akses, Kemandirian, dan Mutu Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan.....	143
Sasaran Strategis 5: Meningkatnya Pemenuhan SDM kesehatan dan kompetensi sesuai standar.....	147
Sasaran Strategis 6: Terjaminnya pembiayaan kesehatan.....	151
Sasaran Strategis 7: Meningkatnya sinergisme pusat dan daerah serta meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih.....	155
Sasaran Strategis 8: Meningkatnya efektivitas pengelolaan penelitian dan pengembangan kesehatan dan sistem informasi kesehatan untuk pengambilan keputusan.....	168
Sasaran Strategis 9: Menguatnya Sistem Penanganan Bencana dan Kedaruratan Kesehatan.....	172
Sasaran Strategis 10: Terpenuhinya Pembiayaan Kesehatan yang Berkeadilan pada Kegiatan Promotif dan Preventif.....	175
Sasaran Strategis 11: Menguatnya Pembiayaan Kesehatan Nasional Secara Efektif, Efisien dan Berkeadilan untuk Mencapai Universal Health Coverage (UHC).....	178
Sasaran Strategis 12: Meningkatnya Pemenuhan dan Pemerataan SDM Kesehatan dan Berkualitas.....	180
Sasaran Strategis 13: Meningkatnya Kompetensi dan Sistem Pendidikan Pelatihan SDM Kesehatan.....	183

Sasaran Strategis 14: Meningkatnya Sistem Pembinaan Jabatan Fungsional dan Karier SDM Kesehatan.....	185
Sasaran Strategis 15: Meningkatnya Sistem Pelayanan Kesehatan dalam Ekosistem Teknologi Kesehatan yang Terintegrasi dan Transparan dalam Mendukung Kebijakan Kesehatan Berbasis Bukti.....	187
Sasaran Strategis 16: Meningkatnya Kebijakan Kesehatan Berbasis Bukti.....	190
Sasaran Strategis 17: Meningkatnya Tata Kelola Pemerintahan yang Baik.....	191
B. Realisasi Anggaran	194
C. Capaian Kinerja Inisiatif Pencegahan Korupsi.....	200
D. Penghargaan Kementerian Kesehatan Tahun 2022.....	204
BAB IV PENUTUP.....	211

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Tujuan dan Sasaran Strategis Kemenkes.....	21
Tabel 2.2	Tujuan, Sasaran Strategis dan Indikator Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan.....	23
Tabel 2.3	Perjanjian Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2022.....	30
Tabel 3.1	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 1 : Menguatnya Promotif Preventif di FKTP melalui UKBM dan Pendekatan Keluarga.....	39
Tabel 3.2	Program Intervensi Spesifik pada Stunting.....	49
Tabel 3.3	Perbandingan Penurunan Angka Insidensi 3 Negara Beban TB Tertinggi.....	62
Tabel 3.4	Penyebaran Penduduk Berdasarkan Endemisitas.....	67
Tabel 3.5	Jumlah Kab/Kota dengan eliminasi Malaria sampai Tahun 2022.....	68
Tabel 3.6	Prevalensi Obesitas pada Penduduk Usia >18 tahun Berdasarkan Provinsi.....	101
Tabel 3.7	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 2 : Terpenuhinya Sarana, Prasarana, Obat, BMHP, dan Alat Kesehatan Yankes Primer.....	113
Tabel 3.8	Pencapaian Kinerja Indikator Persentase Kabupaten/Kota dengan Rata-rata pemenuhan SPA Puseksmas di Wilayahnya Minimal 60% sesuai dengan data ASPAK.....	117
Tabel 3.9	Analisa Pencapaian (Penyajian data, analisa data dan perbandingan).....	122
Tabel 3.10	Daftar 40 Obat Essensial.....	122
Tabel 3.11	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 3 : Menguatnya Tata Kelola Manajemen Pelayanan dan Kolaborasi Publik-Swasta.....	126
Tabel 3.12	Target dan Realisasi Indikator Persentase Klinik Pratama dan Praktek Mandiri Dokter Yang Melakukan Pelayanan Program Prioritas.....	136
Tabel 3.13	Distribusi Jumlah Klinik Pratama yang Telah Melakukan Jejaring dengan Puskesmas dan Melakukan Pelayanan Program Prioritas Nasional di 34 Provinsi.....	137
Tabel 3.14	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 4: Terpenuhinya Sarana Prasarana, Alat Kesehatan, Obat, dan BMHP Pelayanan Kesehatan Rujukan.....	143
Tabel 3.15	Pencapaian Kinerja Indikator Persentase Fasyankes Rujukan Milik Pemerintah yang Memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai Standar.....	145
Tabel 3.16	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 5 : Menguatnya Tata Kelola Manajemen dan Pelayanan Spesialistik.....	147
Tabel 3.17	Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Tahun 2022.....	149
Tabel 3.18	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 6 : Menguatnya dan Terdistribusinya mutu RS, Layanan Unggulan dan Pengembangan Layanan Lain.....	151
Tabel 3.19	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 7 : Menguatnya Produksi Alat Kesehatan, Bahan Baku Obat, Obat dan Obat Tradisional dan Vaksin Dalam Negeri.....	155
Tabel 3.20	Analisa Pencapaian (Penyajian Data, Analisa Data dan Perbandingan).....	156
Tabel 3.21	Progres Pengembangan dan Hilirisasi Bahan Baku Obat Kimia Terbesar by Value yang Dikembangkan dan Diproduksi dalam Negeri.....	157
Tabel 3.22	Produk Biologi Dalam Negeri Tahun 2022.....	157
Tabel 3.23	Analisa Pencapaian (Penyajian Data, Analisis Data dan Perbandingan).....	161
Tabel 3.24	Alat Kesehatan dan Alat Diagnostik Yang di Produksi di Dalam Negeri.....	162

Tabel 3.25	Analisa Pencapaian (Penyajian Data, Analisa data dan Perbandingan).....	164
Tabel 3.26	7 Antigen Vaksin Program dan 1 Platform Vaksin Produksi Dalam Negeri...	165
Tabel 3.27	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 8 : Menguatnya Surveilans yang Adekuat.....	168
Tabel 3.28	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 9 : Menguatnya Sistem Penanganan Bencana dan Kedaruratan Kesehatan.....	172
Tabel 3.29	Jumlah Provinsi yang Sudah Memiliki Sistem Penanganan Bencana dan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Sesuai Standar Pada Tahun Anggaran 2022.....	173
Tabel 3.30	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 10 : Terpenuhinya Pembiayaan Kesehatan yang Berkeadilan pada Kegiatan Promotif dan Preventif.....	175
Tabel 3.31	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 11 : Menguatnya Pembiayaan Kesehatan Nasional Secara Efektif, Efisien dan Berkeadilan untuk Mencapai Universal Health Coverage (UHC).....	178
Tabel 3.32	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 12 : Meningkatnya Pemenuhan dan Pemerataan SDM Kesehatan yang Berkualitas.....	180
Tabel 3.33	Capaian Indikator Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja Program terhadap program pelayanan Kesehatan dan JKN.....	182
Tabel 3.34	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 13 : Meningkatnya Kompetensi dan Sistem Pendidikan Pelatihan SDM Kesehatan.....	183
Tabel 3.35	Capaian Indikator Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja Program terhadap program Pendidikan dan Pelatihan Vokasi.....	184
Tabel 3.36	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 14 : Meningkatnya Sistem Pembinaan Jabatan Fungsional dan Karier SDM Kesehatan.....	185
Tabel 3.37	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 15 : Meningkatnya Sistem Pelayanan Kesehatan dalam Ekosistem Teknologi Kesehatan yang Terintegrasi dan Transparan dalam Mendukung Kebijakan Kesehatan Berbasis Bukti.....	187
Tabel 3.38	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 16 : Meningkatnya Kebijakan Kesehatan Berbasis Bukti.....	190
Tabel 3.39	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 17 : Meningkatnya Tata Kelola Pemerintahan yang Baik.....	191
Tabel 3.40	Data Capaian Indeks Tata Kelola yang Baik Tahun Anggaran 2022.....	192
Tabel 3.41	Alokasi dan Realisasi Anggaran Kementerian Kesehatan Tahun 2017 – 2022.....	194
Tabel 3.42	Jumlah Alokasi dan Realisasi Belanja Tahun 2022.....	195
Tabel 3.43	Alokasi dan Realisasi Anggaran Kementerian Kesehatan Menurut Jenis Kewenangan Tahun Anggaran 2022.....	196
Tabel 3.44	Realisasi Anggaran Dibandingkan Capaian Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2022.....	196

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Bagan Struktur Organisasi Kementerian Kesehatan.....	4
Gambar 1.2	Tiga Mandat Presiden Joko Widodo ke Menteri Kesehatan.....	6
Gambar 1.3	Kebutuhan Oksigen dan Upaya Pemenuhannya.....	7
Gambar 1.4	Perlunya Transformasi Sistem Kesehatan.....	12
Gambar 1.5	Perbandingan Current Health Expenditure (CHE) per Kapita dalam Purchasing Power Parity (PPP) dan US\$ dengan Angka Harapan Hidup..	13
Gambar 2.1	Keterkaitan Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran Strategis Kemenkes.....	23
Gambar 2.2	Cascading Kinerja Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024.....	26
Gambar 2.3	Cascading Kinerja Transformasi Layanan Primer.....	27
Gambar 2.4	Cascading Kinerja Transformasi Layanan Rujukan.....	27
Gambar 2.5	Cascading Kinerja Transformasi Ketahanan Kesehatan.....	28
Gambar 2.6	Cascading Kinerja Transformasi Pembiayaan Kesehatan.....	28
Gambar 2.7	Cascading Kinerja Transformasi SDM Kesehatan.....	29
Gambar 2.8	Cascading Kinerja Transformasi Teknologi dan Tata Kelola.....	29
Gambar 3.1	Lini Masa Penanganan Covid-19 Periode Mei 2020 s.d Februari 2023...	35
Gambar 3.2	Pencabutan kebijakan pemberlakuan pembatasan kegiatan masyarakat (PPKM) Disampaikan oleh Presiden RI Joko Widodo, di Istana Merdeka 30 Desember 2022.....	37
Gambar 3.3	Peta Endemisitas Malaria di Indonesia Tahun 2022.....	67
Gambar 3.4	Kegiatan Pembinaan dan Pendampingan Tahap 1 pemenuhan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan Puskesmas secara Daring.....	115
Gambar 3.5	Kegiatan Bimbingan Teknis Kepada Puskesmas secara luring pemenuhan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan Puskesmas.....	115
Gambar 3.6	Kegiatan Monitoring dan Evaluasi (Analisis data ASPAK) dengan melibatkan Dinas Kesehatan Kab/Kota dan Dinas Kesehatan Provinsi....	116
Gambar 3.7	Implementasi dan Intervensi Program Prioritas dengan Pelibatan FKTP..	140
Gambar 3.8	Monev UPT Vertikal.....	145
Gambar 3.9	Monev RSUD.....	145

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1.1	Tren Konfirmasi Kasus Harian Periode Maret 2020 s.d Januari 2022.....	8
Grafik 1.2	Jumlah Vaksinasi Covid-19.....	9
Grafik 1.3	Suplai Vaksin Covid-19 Tahun 2021.....	10
Grafik 1.4	Jumlah Rilis dan Pendistribusian Vaksin Covid 19 Tahun 2021.....	11
Grafik 3.1	Puncak varian Omicron BA.1/2 dan Keberhasilan Pengendalian Gelombang Varian Omicron BA.5 dan Omicron BQ.1/XBB.....	34
Grafik 3.2	Kumulatif vaksinasi Dosis 1, Dosis 2, Booster 1 dan Booster 2 Sampai dengan Januari 2023.....	35
Grafik 3.3	Tren Harian Vaksinasi Nasional.....	36
Grafik 3.4	Persentase Kab/Kota Yang Menyelenggarakan Pelayanan SPM Bidang Kesehatan.....	40
Grafik 3.5	Target dan Realisasi Angka Kematian Ibu Tahun 2021 dan 2022.....	42
Grafik 3.6	Target dan Realisasi Angka Kematian Bayi Tahun 2021 dan 2022.....	45
Grafik 3.7	Target dan Realisasi Stunting Tahun 2021 dan 2022.....	48
Grafik 3.8	Target dan Realisasi Indikator Wasting.....	52
Grafik 3.9	Estimasi Jumlah Infeksi Baru HIV Tahun 1990 – 2021.....	56
Grafik 3.10	Target dan Capaian Insidensi HIV Tahun 2020-2024.....	56
Grafik 3.11	Insidensi TB 2020-2021.....	61
Grafik 3.12	Target dan Capaian Insidendi TB di Indonesia Tahun 2020 – 2024.....	62
Grafik 3.13	Capaian Eliminasi Malaria di Indonesia Tahun 2016 – 2022.....	69
Grafik 3.14	Capaian Persentase Konfirmasi Pemeriksaan Sediaan Darah Tahun 2022.....	70
Grafik 3.15	Persentase Pengobatan Standar Tahun 2022.....	71
Grafik 3.16	Target dan Capaian Kab/Kota yang Mencapai Eliminasi Kusta 2020 - 2024.....	77
Grafik 3.17	Target dan Capaian Indeks Pengendalian Penyakit Menular Tahun 2022 – 2024.....	83
Grafik 3.18	Target dan Capaian Indikator Komposit Indeks Pengendalian Penyakit Menular Tahun 2022.....	84
Grafik 3.19	Target dan Capaian Jumlah Desa Endemis Schistosomiasis yang Mencapai Eliminasi.....	84
Grafik 3.20	Jumlah Kab/kota Eliminasi Rabies Per Provinsi Tahun 2022.....	85
Grafik 3.21	Target dan Capaian Jumlah Kab/Kota Eliminasi Rabies Per Provinsi Tahun 2022.....	86
Grafik 3.22	Target dan Capaian Persentase Kab/Kota dengan Insiden Rate DBD ≤ 10 per 100.000 penduduk Tahun 2018 – 2022.....	86
Grafik 3.23	Target dan Capaian Kab/Kota Endemis Filariasis yang Mencapai Eliminasi Tahun 2020 – 2024.....	87
Grafik 3.24	Kab / Kota Endemis Filariasis yang Mencapai Eliminasi Tahun 2022.....	88
Grafik 3.25	Kab / Kota yang Mencapai Eliminasi Malaria Tahun 2022.....	89
Grafik 3.26	Target dan Capaian Prevalensi Obesitas pada Penduduk Usia >18 Tahun.....	101
Grafik 3.27	Persentase Merokok Pada Penduduk Usia 10 -18 berdasarkan hasil Riskesdas.....	104
Grafik 3.28	Target dan Capaian Kab/Kota yang menerapkan KTR.....	105

Grafik 3.29	Target dan Capaian Kab/Kota yang menyelenggarakan Layanan UBM....	106
Grafik 3.30	Target dan Capaian Kab/kota Sehat Tahun 2020 – 2024.....	111
Grafik 3.31	Target dan Realisasi Indikator Persentase Kabupaten/Kota dengan Puskesmas yang Memiliki Ketersediaan Obat Sesuai Standar Tahun 2022.....	124
Grafik 3.32	Kabupaten / Kota dengan Puskesmas yang Memiliki Ketersediaan Obat Sesuai Standar Tahun 2022.....	124
Grafik 3.33	Distribusi Status Kelulusan Akreditasi Puskesmas.....	129
Grafik 3.34	Capaian Puskesmas yang Terakreditasi.....	129
Grafik 3.35	Distribusi Status Kelulusan Akreditasi Klinik Pratama.....	130
Grafik 3.36	Jumlah klinik pratama dan praktik mandiri dokter yang telah melakukan jejaring dengan Puskesmas dan melakukan pelayanan program prioritas Nasional.....	138
Grafik 3.37	Target dan Realisasi Indikator Jumlah bahan baku obat dan obat 10 terbesar yang diproduksi dalam negeri tahun 2022.....	156
Grafik 3.38	Target dan Realisasi Indikator Jumlah Alat Kesehatan 10 Terbesar By Volume dan Value Tahun 2022.....	161
Grafik 3.39	Target dan Realisasi Indikator Jumlah Vaksin 10 Terbesar yang Diproduksi di Dalam Negeri Tahun 2022.....	165
Grafik 3.40	Target dan Capaian Persentase Kab/Kota yang Melakukan Respon KLB/Wabah.....	169
Grafik 3.41	Jumlah Kab/Kota mencapai 3 Indikator Komposit.....	169
Grafik 3.42	Diagram Batang Target dan Capaian Indikator persentase faskes dengan SDMK sesuai standar.....	181
Grafik 3.43	Diagram Batang Target dan Capaian Indikator Persentase fasilitas kesehatan dengan SDM kesehatan yang ditingkatkan sesuai kompetensinya.....	184
Grafik 3.44	Target dan Capaian Indikator Persentase fasilitas kesehatan dengan SDM kesehatan tersertifikasi	186

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Periode tahun 2020-2024 merupakan tahapan terakhir dari RPJPN 2005-2025, sehingga merupakan periode pembangunan jangka menengah yang sangat penting dan strategis. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 akan memengaruhi pencapaian target pembangunan RPJPN, di mana pendapatan per kapita Indonesia akan mencapai tingkat kesejahteraan setara dengan negara-negara berpenghasilan menengah atas (*upper-middle income countries*) yang memiliki kondisi infrastruktur, kualitas sumber daya manusia, pelayanan publik, serta kesejahteraan rakyat yang lebih baik. Sesuai dengan RPJPN 2005-2025, sasaran pembangunan jangka menengah 2020-2024 adalah mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil, dan makmur melalui percepatan pembangunan di berbagai bidang dengan menekankan terbangunnya struktur perekonomian yang kokoh berlandaskan keunggulan kompetitif di berbagai bidang yang didukung oleh sumber daya manusia yang berkualitas dan berdaya saing.

Tatanan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil dan makmur, khususnya dalam bidang kesehatan ditandai dengan:

1. Terjaminnya ketahanan sistem kesehatan melalui kemampuan dalam melakukan pencegahan, deteksi, dan respons terhadap ancaman kesehatan global;
2. Kesejahteraan masyarakat yang terus meningkat yang ditunjukkan dengan jangkauan bagi setiap warga negara terhadap lembaga jaminan sosial yang lebih menyeluruh;
3. Status kesehatan dan gizi masyarakat yang semakin meningkat serta proses tumbuh kembang yang optimal, yang ditandai dengan meningkatnya Umur Harapan Hidup (UHH) dan *Healthy Life Expectancy (HALE)*.

Sejak ditetapkannya Renstra Kementerian Kesehatan pada 2020, telah terjadi disrupsi besar-besaran dalam kehidupan manusia bahkan pada skala global karena adanya pandemi COVID-19. Wabah COVID-19 yang kemudian diperkirakan akan menjadi endemik sehingga memaksa pemerintah di seluruh dunia untuk menyesuaikan kebijakannya sekaligus membangun konsep untuk perubahan cara hidup masyarakatnya.

Salah satu sektor yang terkait langsung dengan pandemi ini adalah sektor kesehatan. Pada konteks ini ada beberapa tantangan yang dihadapi oleh Kementerian Kesehatan antara lain adalah:

1. Kementerian Kesehatan memiliki tanggung jawab besar untuk pencapaian target strategi nasional di bidang kesehatan, yaitu terkait dengan kesehatan ibu dan anak, perbaikan gizi masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, gerakan masyarakat hidup sehat dan penguatan sistem kesehatan. Kementerian Kesehatan harus melakukan terobosan dan inovasi guna percepatan pencapaian target nasional pada tahun 2024 dan target SDGs tahun 2030 di bidang kesehatan.
2. Pandemi COVID-19 telah menyadarkan seluruh pemangku kepentingan kesehatan bahwa:

- 
- a. kesehatan merupakan isu prioritas dan menekankan pentingnya ketahanan (resiliensi) sistem kesehatan
 - b. adanya permasalahan sistemik yang harus diperbaiki, seperti:
 - Biaya kesehatan yang terus meningkat, namun tidak efektif dan efisien dalam pemanfaatannya
 - Masih banyak permasalahan kesehatan yang persisten
 - Beragam tantangan dalam peningkatan kualitas layanan primer
 - Akses ke layanan rujukan yang masih terbatas
 - Ketergantungan kefarmasian dan alat kesehatan pada impor
 - Kebutuhan peningkatan deteksi dini dan surveilans, serta penguatan respons terhadap situasi krisis
 - Pengeluaran kesehatan yang masih berfokus pada upaya kuratif
 - Terdapat beragam skema pembiayaan kesehatan yang perlu diharmonisasikan.
 - Kekurangan jumlah dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas
 - Perencanaan kebutuhan dan pemetaan jumlah, jenis dan kualifikasi tenaga kesehatan belum terintegrasi dengan penyediaan dan pemenuhannya
 - Pemanfaatan teknologi digital yang masih terbatas
 - Keterbatasan layanan laboratorium kesehatan masyarakat yang memenuhi standar dalam upaya promotif dan preventif
 - c. Perlunya peningkatan kapasitas dan ketahanan sistem kesehatan
Dalam upaya pencegahan dan pengendalian penyakit perlu mempertimbangkan kecepatan pemeriksaan sampel laboratorium dan ketepatan informasi hasil yang bertujuan untuk mengetahui pola sebaran penyakit. Untuk itu diperlukan penguatan kapasitas laboratorium kesehatan masyarakat baik dari segi sarana prasarana dan SDM yang mempunyai kemampuan baik dari segi manajerial dan operasional laboratorium kesehatan masyarakat.
3. Adanya arahan dari Presiden Republik Indonesia kepada Kementerian Kesehatan tentang tiga hal, yaitu:
 - a. Percepatan pelaksanaan vaksinasi untuk mewujudkan *herd immunity*
 - b. Penanganan pandemi secara lebih baik dan berkelanjutan
 - c. Transformasi sektor kesehatan

Maka kunci dalam menjawab tantangan di atas adalah reformasi sistem kesehatan nasional yang diterjemahkan salah satunya oleh Kementerian Kesehatan ke dalam transformasi kesehatan. Di samping itu, berbagai momentum menekankan kebutuhan akan transformasi, seperti:

1. Target perluasan layanan BPJS Kesehatan hingga mencapai 98% dari populasi dengan target cakupan perluasan PBI mencapai 112,9 juta jiwa pada 2024.
2. Kebutuhan penggunaan teknologi digital yang semakin luas untuk berbagai sektor layanan, termasuk kesehatan
3. Masyarakat sudah terbiasa dan mudah untuk berubah, dan bahkan akan selalu menuntut perubahan jika dirasakan perlu untuk perbaikan layanan umum.



Atas telah terjadinya disrupsi besar-besaran dalam kehidupan manusia bahkan pada skala global karena adanya pandemi COVID-19 dengan kondisi seperti uraian diatas, dan utamanya untuk menjalankan arahan Presiden Republik Indonesia yakni ; 1) Percepatan pelaksanaan vaksinasi untuk mewujudkan *herd immunity*, 2) Penanganan pandemi secara lebih baik dan berkelanjutan dan 3) Transformasi sektor kesehatan, pada Tahun 2022 Kementerian Kesehatan melakukan revisi Rencana Strategis yang ditetapkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2022 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024, dengan melakukan perubahan yang menitik beratkan pada transformasi kesehatan. Perubahan tersebut mencakup 6 (enam) hal prinsip atau disebut sebagai pilar transformasi kesehatan yang juga merupakan bentuk penerjemahan reformasi sistem kesehatan nasional, yaitu:

1. Transformasi Layanan Primer, yang mencakup upaya promotif dan preventif yang komprehensif, perluasan jenis antigen, imunisasi, penguatan kapasitas dan perluasan skrining di layanan primer dan peningkatan akses, SDM, obat dan kualitas layanan serta penguatan layanan laboratorium untuk deteksi penyakit atau faktor risiko yang berdampak pada masyarakat
2. Transformasi Layanan Rujukan, yaitu dengan perbaikan mekanisme rujukan dan peningkatan akses dan mutu layanan rumah sakit, dan layanan laboratorium kesehatan masyarakat
3. Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan, dengan kemandirian kefarmasian dan alat kesehatan, serta peningkatan kapasitas kesiapsiagaan sistem kesehatan dalam menghadapi KLB/wabah penyakit/kedaruratan kesehatan masyarakat melalui peningkatan surveilans berbasis komunitas dan laboratorium (kecepatan deteksi diagnosis melalui pemeriksaan sampel laboratorium pada masyarakat melalui skrining)
4. Transformasi Pembiayaan Kesehatan, untuk menjamin pembiayaan yang selalu tersedia dan transparan, efektif dan efisien, serta berkeadilan
5. Transformasi SDM Kesehatan, dalam rangka menjamin ketersediaan dan pemerataan jumlah, jenis, dan kapasitas SDM kesehatan
6. Transformasi Teknologi Informasi Kesehatan, yang mencakup: (1) integrasi dan pengembangan Sistem Data Kesehatan, (2) integrasi dan pengembangan sistem aplikasi kesehatan, dan (3) pengembangan ekosistem (teknologi kesehatan (regulasi/kebijakan yang mendukung, memberikan kemudahan/fasilitas, pendampingan, pembinaan serta pengawasan yang memudahkan atau mendukung bagi proses pengembangan dan pemanfaatan teknologi kesehatan yang berkelanjutan) yang disertai peningkatan tatakelola dan kebijakan kesehatan.

B. Tugas, Fungsi, dan Struktur Organisasi

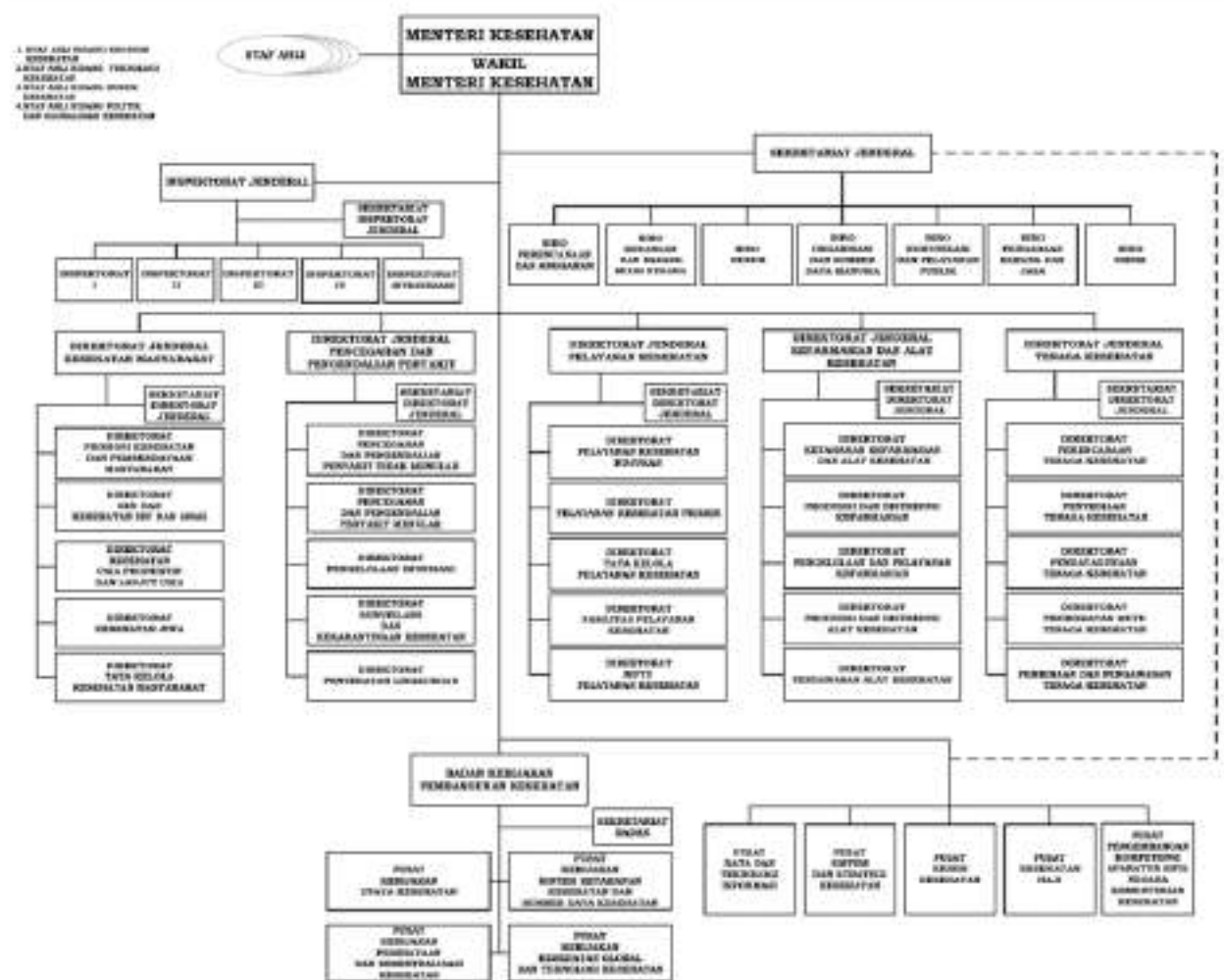
Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tugas Kementerian Kesehatan adalah menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan untuk membantu Presiden dalam menyelenggarakan pemerintahan negara.

Dalam melaksanakan tugas tersebut, Kementerian Kesehatan mempunyai fungsi: a) perumusan, penetapan, dan pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan masyarakat,

pengecahan dan pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan, kefarmasian, alat kesehatan, dan tenaga kesehatan; b) koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan, dan pemberian dukungan administrasi kepada seluruh unsur organisasi di lingkungan Kementerian Kesehatan; c) pengelolaan barang milik negara yang menjadi tanggung jawab Kementerian Kesehatan; d) pengawasan atas pelaksanaan tugas di lingkungan Kementerian Kesehatan; e) pelaksanaan bimbingan teknis dan supervisi atas pelaksanaan urusan Kementerian Kesehatan di daerah; f) pelaksanaan perumusan dan pemberian rekomendasi kebijakan pembangunan kesehatan; dan g) pelaksanaan dukungan yang bersifat substantif kepada seluruh unsur di lingkungan Kementerian Kesehatan.

Dalam melaksanakan tugas dan fungsi tersebut, Menteri Kesehatan dibantu oleh 8 unit eselon I, 4 Staf Ahli, dan 5 Pusat. Bagan struktur organisasi Kementerian Kesehatan dapat dilihat pada gambar berikut:

Gambar 1.1
Bagan Struktur Organisasi Kementerian Kesehatan





Struktur organisasi Kementerian Kesehatan sebagaimana tergambar di atas didukung oleh Aparatur Sipil Negara (ASN) sebanyak 49.013 orang PNS dan 152 orang PPPK. ASN tersebut memiliki kompetensi di bidang kesehatan maupun bidang lain yang diperlukan seperti ekonomi, manajemen, keuangan, hukum, dan sebagainya. Pegawai tersebut ditempatkan di seluruh unit eselon I baik di kantor pusat maupun daerah. Selanjutnya pegawai Kementerian Kesehatan tersebar ke dalam Unit Eselon I sebagai berikut: 1) Sekretariat Jenderal sebanyak 864 orang PNS; 2) Inspektorat Jenderal sebanyak 282 orang PNS; 3) Ditjen Pelayanan Kesehatan sebanyak 32.232 orang PNS dan 135 orang PPPK; 4) Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit sebanyak 4.529 orang PNS dan 14 orang PPPK; 5) Ditjen Kesehatan Masyarakat sebanyak 497 orang PNS dan 2 orang PPPK; 6) Ditjen Kefarmasian dan Alat Kesehatan sebanyak 278 orang PNS; 7) Ditjen Tenaga Kesehatan sebanyak 9.288 orang PNS dan 1 orang PPPK; dan 8) Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan sebanyak 1.043 orang PNS. (Data ropeg.kemkes.go.id 12 Januari 2023).

Terkait Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, telah ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1160/2022 tentang Penetapan Kepala Pusat Kebijakan Upaya Kesehatan sebagai Pelaksana Studi dan Riset Bidang Kesehatan, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/754/2022 tentang Penetapan Kepala Pusat Kebijakan Global dan Teknologi Kesehatan sebagai Pelaksana Kerja Sama Luar Negeri dan Diplomasi Kesehatan, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/755/2022 tentang Penetapan Kepala Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan sebagai Pelaksana Teknis Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan.

C. Isu Strategis

Periode tahun 2022 merupakan periode yang krusial dan strategis bagi Kementerian Kesehatan. Kementerian Kesehatan memainkan peran utama dalam pembangunan kesehatan, harus mampu mengkoordinasikan dan mengharmoniskan gerak langkah seluruh stake holder serta turut serta mengajak seluruh komponen masyarakat termasuk swasta pada momentum yang sangat baik dimana semua pihak merasakan akan pentingnya kesehatan khususnya pada saat pandemi Covid-19 agar berperan lebih banyak lagi pada pembangunan kesehatan untuk mencapai tujuan agung pembangunan kesehatan untuk mewujudkan masyarakat sehat tidak hanya jasmani tetapi juga mental sehingga masyarakat Indonesia produktif dan berdaya saing.

Hal ini sejalan dengan 3 mandat Presiden Jokowi kepada Menteri Kesehatan yaitu untuk 1) Melaksanakan vaksinasi secepat mungkin untuk melindungi masyarakat Indonesia dari Covid-19, 2) Mengatasi pandemi dengan berbagai program dan inisiatif untuk mengendalikan situasi Covid-19 di Indonesia dan 3) Melakukan Transformasi Sistem Kesehatan Indonesia untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat dan kuat.

Gambar 1.2
Tiga Mandat Presiden Joko Widodo ke Menteri Kesehatan



Telah banyak pencapaian yang diraih untuk pelaksanaan mandat terkait vaksinasi Covid-19 dan mandat untuk mengatasi pandemi, ditandai dengan telah terkendalikannya situasi Covid-19 dan kita mulai berangsur-angsur menuju endemi Covid-19. Inilah waktunya Kementerian Kesehatan mulai menata ulang program dan sumber daya untuk mengejar ketertinggalan berbagai capaian program akibat pandemi Covid-19 sekaligus meletakkan fondasi pembangunan kesehatan melalui transformasi kesehatan.

Pada tahun 2022 terjadi peristiwa penting diantaranya ditetapkan perubahan Struktur Organisasi dan Tata Kelola Kementerian Kesehatan dan juga Revisi Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 yang menampung substansi Transformasi Kesehatan.

Sebagai pengingat tentang apa yang menjadi isu dan tantangan strategis yang dihadapi pada awal hingga sepanjang tahun 2022 berikut disampaikan ringkasan situasi dan penjelasan.

1. Isu Penanganan Pandemi Covid 19 dan Pelaksanaan Vaksinasi Covid-19 Tahun 2022

1.1. Tantangan Penanganan Kasus Covid-19 dengan Adanya Varian Baru.

Pada awal tahun 2022, Indonesia dihadapkan dengan ancaman varian baru Omicron setelah mampu mengendalikan varian Delta yang meledak sampai puncaknya pada pertengahan Juli 2021. Berbagai gelombang naik turun kasus sepanjang 2020 s.d 2021 telah dialami oleh bangsa Indonesia. Namun yang paling menguras tenaga dan perhatian adalah saat terjadi ledakan kasus varian Delta di bulan Mei sampai dengan Juli 2021.

Masih lekat diingatan kita semua, pada saat itu, sistem pelayanan kesehatan kita sangat kepayahan dengan tingginya jumlah dan tingkat keparahan kasus varian Delta. Ketika itu, salah satu yang krusial dalam penanganan pandemi adalah ketersediaan oksigen medis. Pada saat puncak kasus Delta pada Juli 2021 sebanyak 87.000 tempat tidur terpakai dengan kebutuhan oksigen > 2.000 ton sehari sementara kemampuan suplai hanya 1.500 ton sehingga membuat banyak rumah sakit kehabisan stock oksigen yang mengakibatkan tingginya kasus kematian. Tiba-tiba oksigen menjadi barang yang paling berharga dan langka yang perlu segera dicarikan jalan keluarnya.

Syukurnya, dengan kolaborasi semua pihak antara lain Kementerian Perindustrian melalui konversi produksi oksigen industri menjadi oksigen medis, Kementerian Luar Negeri dengan hibah-hibah luar negeri, Pemerintah Daerah, Lembaga Donor, *Start Up* dan Swasta dalam waktu tidak terlalu lama mampu bersama-sama

memenuhi dan menjaga ketersediaan oksigen medis untuk pasien Covid-19 di seluruh Indonesia hingga akhirnya kasus varian Delta dapat dikendalikan.

Gambar 1.3
Kebutuhan Oksigen dan Upaya Pemenuhannya



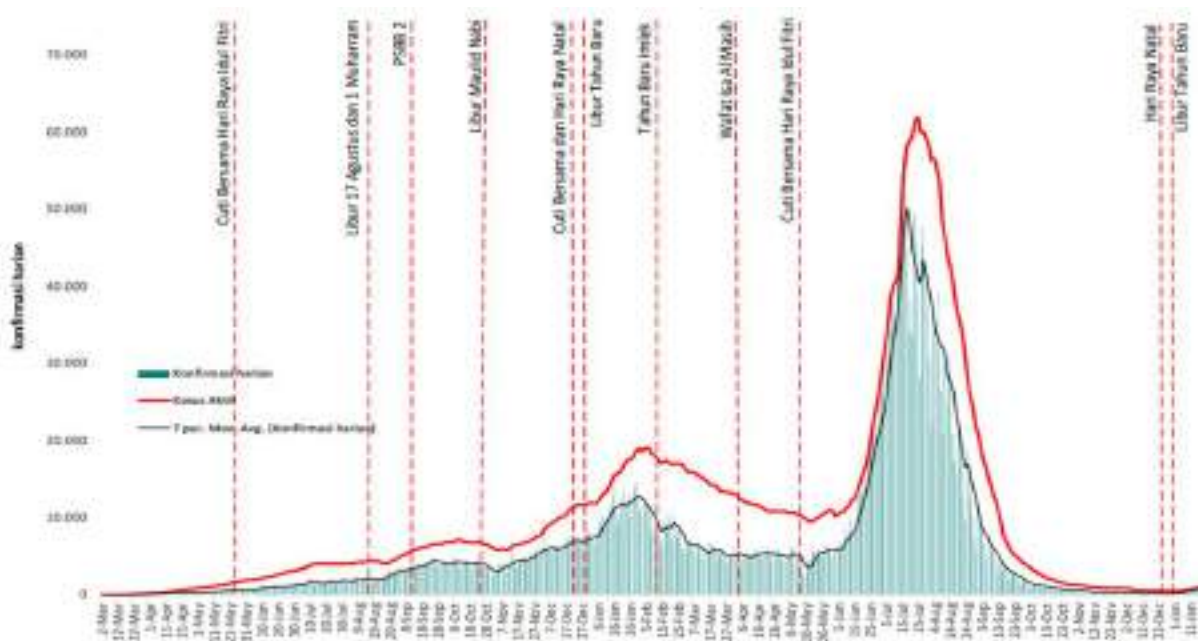
Gambar diatas menunjukkan kolaborasi berbagai pihak terkait pada 2021 dalam upaya memenuhi gap kebutuhan oksigen medis dengan penyediaan 5.000 ton oksigen cair yang disalurkan ke 500 RS, 81 isotank yang berasal dari donasi dan pinjaman, 18.000 oksigen konsekrator kapasitas 5-10 liter per menit dari donasi, 36 generator set dengan kapasitas 200-300 liter per unit hasil donasi yang didistribusikan.

Setelah mencapai puncak kasus di Juli 2021, kasus positif covid 19 berangsur turun dan stabil di titik terendah dari bulan September sampai Desember 2021. Peristiwa ledakan kasus varian Delta, membuat kita jauh lebih waspada dan siap ketika pada awal tahun 2022 kita menghadapi ancaman akan adanya ledakan kasus kembali dengan adanya varian baru Omicron.

Varian baru Omicron mempunyai karakter lebih cepat menyebar, hal ini menambah kekhawatiran penyebaran Omicron karena berbarengan dengan peningkatan aktifitas masyarakat oleh karena libur Natal 2021 dan tahun baru 2022.

Pada saat mulai terdeteksi varian Omicron di awal tahun 2022, Pemerintah cukup optimis dan yakin, setelah mempelajari kasus Omicron yang lebih dahulu dialami oleh negara lain dan dengan berbekal pengalaman dalam menghadapi varian Delta, serta kesiapan sumber daya dan fasilitas kesehatan, bangsa Indonesia yakin akan mampu mengatasi varian Omicron pada tahun 2022. Namun demikian, keyakinan Pemerintah itu membutuhkan dukungan masyarakat melalui himbauan agar tidak bepergian ke luar negeri, terus disiplin mencuci tangan dengan sabun, memakai masker, menjaga jarak dan menghindari kerumunan.

Grafik 1.1
Tren Konfirmasi Kasus Harian Periode Maret 2020 s.d Januari 2022



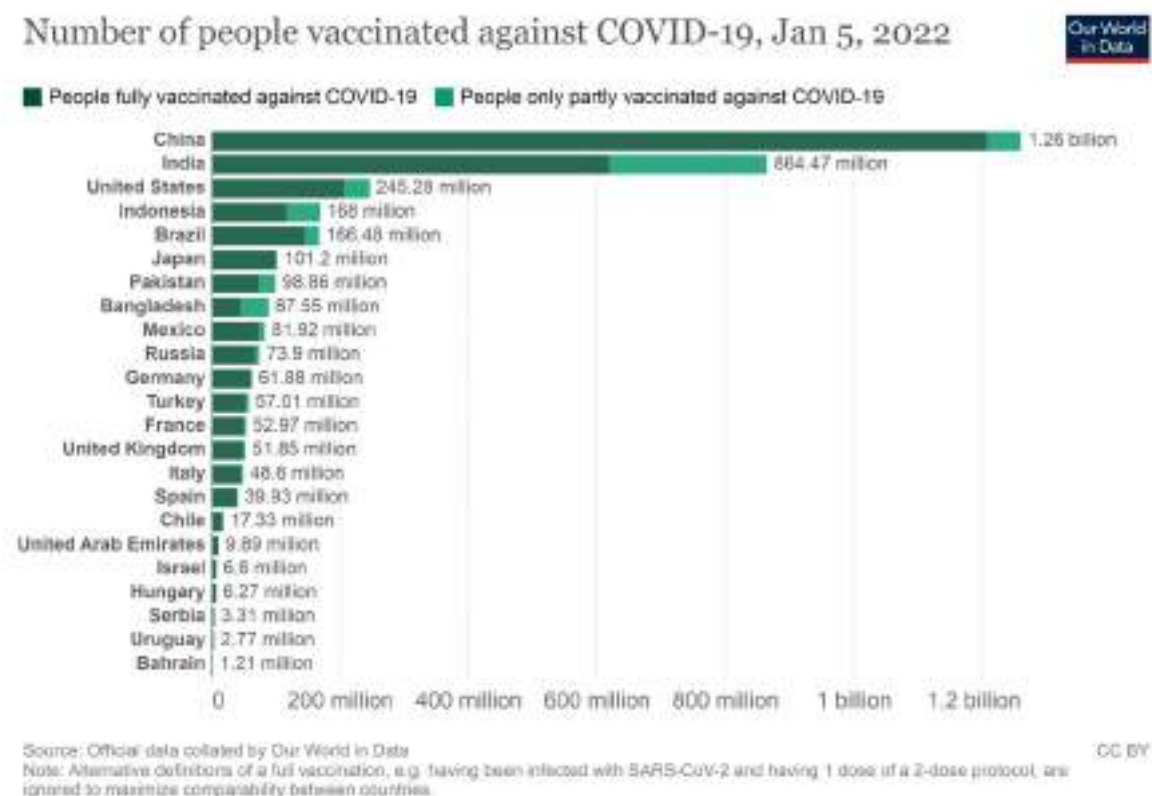
Dalam periode Maret 2020 s.d Januari 2022 terdapat 2 puncak yang menonjol yang pertama pada bulan Januari 2021 oleh karena varian Alfa dan bulan Juli 2021 oleh karena varian Delta. Puncak kasus varian pada bulan pertengahan Juli 2021 kemudian berangsur-angsur turun dan mulai melandai mulai bulan Oktober 2021 s.d awal Januari 2022. Pada awal Januari mulai muncul tanda-tanda kenaikan kasus seiring dengan mulai terdeteksi varian Omicron. Varian Omicron inilah yang menjadi varian yang dihadapi pada tahun 2022.

1.2. Percepatan Perluasan Vaksinasi Covid 19 Tahun 2022

Berbagai strategi telah dilaksanakan oleh pemerintah Indonesia untuk mengatasi dampak pandemi baik melalui strategi pemulihan ekonomi maupun peningkatan kapasitas sistem kesehatan. Salah satunya adalah melalui penyediaan vaksin dan pelaksanaan vaksinasi COVID-19. Penyediaan vaksin ini merupakan bentuk dukungan dan komitmen untuk pelaksanaan vaksinasi COVID-19 kepada sasaran 208 juta rakyat Indonesia dalam rangka mencapai kekebalan komunitas dan pengatasan pandemi.

Atas upaya tersebut, sampai dengan tahun 2021, Indonesia tercatat sebagai negara terbesar ke-empat sedunia berdasarkan jumlah orang yang telah divaksinasi dan berdasarkan total suntikan di dunia.

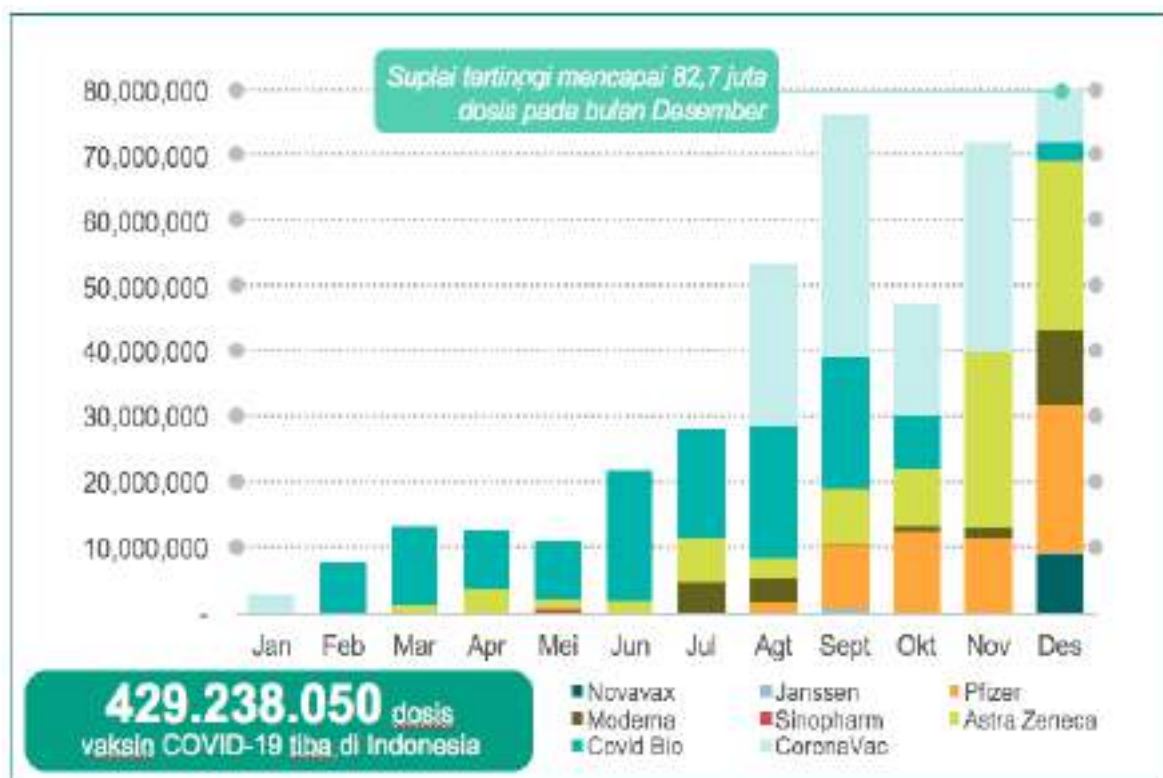
Grafik 1.2
Jumlah Vaksinasi Covid-19



Vaksin COVID-19 tiba di Indonesia pertama kali pada tanggal 6 Desember 2020 sejumlah 1,2 juta dosis dengan merk vaksin CoronaVac buatan dari Sinovac. Program vaksinasi COVID-19 di Indonesia mulai dilakukan oleh pemerintah pada tanggal 13 Januari 2021 setelah mendapat izin penggunaan darurat *Emergency Use Authorization (EUA)* dari Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM).

Suplai vaksin COVID-19 di Indonesia diperoleh melalui mekanisme bilateral (APBN), hibah COVAX ataupun dengan hibah negara lain. Jumlah vaksin yang didatangkan pada Q1-Q2 2021 adalah sebesar 69,5 juta dosis dengan mendatangkan vaksin jadi CoronaVac dan AstraZeneca serta bulk dari Sinovac yang dilanjutkan produksinya oleh PT. Bio Farma (Persero). Semester I tahun 2021 tersebut merupakan periode tersulit dalam memperoleh suplai vaksin dimana belum semua jenis vaksin memperoleh izin EUA dari BPOM serta tingginya permintaan kebutuhan dalam memperoleh vaksin antar negara. Untuk itu pemerintah berupaya dengan meningkatkan koordinasi bilateral dan multilateral untuk memperoleh suplai vaksin lebih baik. Pada Q3 2021, suplai vaksin mulai meningkat dimana jumlah vaksin yang diperoleh mencapai 157,6 juta dosis dan bertambah jenis vaksin yang didatangkan seperti Moderna, Sinopharm, Pfizer serta Janssen. Pada Q4 2021 jumlah suplai yang diperoleh mencapai 201,9 juta dosis dan bertambah jenis vaksin yang didatangkan seperti Novavax. Tercatat bulan Desember sebagai bulan dengan suplai tertinggi sepanjang tahun 2021 dengan realisasi suplai mencapai 82,7 juta dosis.

Grafik 1.3
Suplai Vaksin Covid-19 Tahun 2021



Sampai dengan 31 Desember 2021, **delapan merk vaksin** telah diterima Indonesia sebanyak **429,2 juta dosis** yang terdiri dari CoronaVac, Covid Bio, Astra Zeneca, Sinopharm, Moderna, Pfizer, Janssen dan Novavax serta cakupan vaksinasi sudah mencapai 79,4% untuk dosis pertama dan 54,68 % untuk dosis kedua. Hal ini sudah melampaui target WHO sebesar 40% populasi mendapat vaksinasi lengkap pada akhir tahun 2021.

Lonjakan kasus yang terjadi hampir di seluruh negara di dunia pada tahun 2021 mengakibatkan kelangkaan pada stok vaksin termasuk stok vaksin di Indonesia. Oleh karena itu pemerintah terus berupaya untuk mengatasi kelangkaan stok vaksin COVID-19, salah satunya adalah melakukan kerjasama dengan berbagai negara untuk memenuhi kebutuhan vaksin COVID-19 di Indonesia.

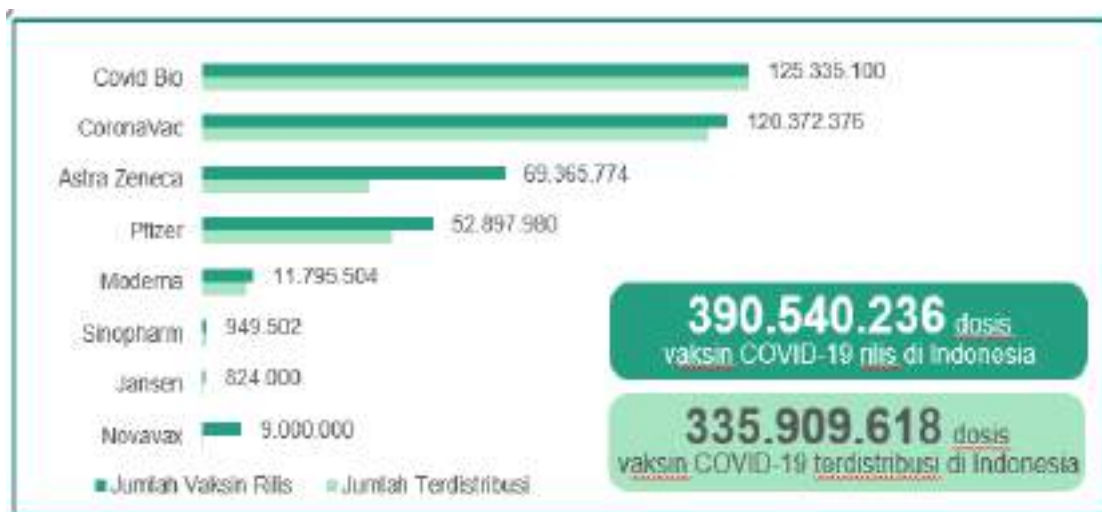
Tercatat delapan Negara telah memberikan hibah vaksin COVID-19 kepada Indonesia secara bilateral, antara lain: UEA, Jepang, Australia, Belanda, RRT (Pemerintah RRT, Red Cross, Sinovac), Singapura, Perancis, dan UK. Selain sumber bilateral, Indonesia juga memperoleh hibah secara Multilateral melalui COVAX. Tercatat beberapa negara yang mendonasikan vaksin COVID-19 melalui hibah Multilateral antara lain: Amerika, Jerman, Perancis, Belanda, Italia, Selandia Baru, Irlandia, Spanyol, serta Uni Eropa.

Guna mencapai kapasitas distribusi yang optimal ke seluruh wilayah Indonesia, Kemenkes melibatkan distributor vaksin BUMN dan swasta. Pelaksanaan distribusi diperkuat dengan penerapan sistem manajemen distribusi vaksin. Sistem ini memanfaatkan teknologi digital seperti *Internet of Things (IoT)*, *Track and Trace*,

Transport Management System, dan *BI Dashboard* yang terintegrasi secara bertahap dengan sistem lain di dalam dan di luar distributor vaksin. Sistem ini dapat dipantau melalui *Command Center* seperti yang sudah beroperasi saat ini, sehingga memudahkan pemantauan distribusi vaksin secara real time.

Sepanjang tahun 2021 sebanyak 390.540.236 dosis vaksin yang sudah dirilis dan sejumlah 335.909.618 dosis atau sekitar 86% dosis vaksin sudah didistribusikan ke seluruh wilayah Indonesia.

Grafik 1.4
Jumlah Rilis dan Pendistribusian Vaksin Covid 19 Tahun 2021



Tantangan pelaksanaan vaksinasi Covid-19 tahun 2022 adalah bagaimana meningkatkan cakupan vaksinasi Covid-19 yang telah dicapai pada tahun 2021 dan menjaga efektifitas vaksinasi melalui penyediaan vaksin dan pelaksanaan sero survei untuk memastikan terwujudnya kekebalan masyarakat terhadap covid-19.

2. Perluasan Akses dan Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan melalui Transformasi Kesehatan

Setelah pandemi Covid-19 mampu dikendalikan dan vaksinasi Covid telah cukup memberikan kekebalan komunitas, maka fokus Kementerian Kesehatan mulai bergeser kepada mandat yang ke-3 yaitu transformasi kesehatan sembari terus meningkatkan cakupan dan booster vaksin Covid-19 dan terus melakukan penanganan pandemi Covid-19 melalui pencegahan, deteksi, pelacakan dan perawatan bagi terduga maupun positif Covid-19.

Transformasi kesehatan disusun melalui serangkaian pertemuan dan FGD melibatkan para stakeholder, akademisi, organisasi profesi, pemerintah daerah untuk menjangkau isu/aspirasi untuk penyusunan transformasi kesehatan.

Secara umum, diperoleh ringkasan situasi dan penjelasan tentang perlunya segera dilakukan transformasi kesehatan sejalan dengan momentum pandemi Covid-19 yang menyadarkan masyarakat akan pentingnya resiliensi Sistem Kesehatan. Ringkasan situasi antara lain sebagai berikut.

Gambar 1.4
Perlunya Transformasi Sistem Kesehatan



Berbagai kondisi dan tuntutan yang diidentifikasi pada awal tahun 2022, yang mendasari perlunya Transformasi Sistem Kesehatan, dan kemudian dijadikan sebagai substansi pokok pada perubahan Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 melalui Permenkes 13 Tahun 2022, diantara sebagai berikut :

- **Pandemi Covid-19 menyadarkan akan pentingnya ketahanan sistem kesehatan.** Pandemi telah menunjukkan permasalahan sistemik yang harus segera diperbaiki. Peningkatan kapasitas dan *resiliensi* sistem kesehatan perlu segera dilakukan tidak hanya untuk mengantisipasi ancaman pandemi ke depan tetapi juga dalam rangka menguatkan sistem kesehatan menghadapi dampak perubahan iklim. Dampak perubahan iklim memungkinkan adanya *spillover event* penyakit dari hewan/tumbuhan ke manusia menjadi lebih sering. Selain itu mengantisipasi dampak bencana baik kekeringan, banjir dan kebakaran akibat perubahan iklim.
- **Pandemi COVID-19 berdampak multidimensi, tidak hanya sektor kesehatan, namun juga sosial-ekonomi.** Pembelajaran dari situasi ini menjadi momen penting sekaligus kesempatan terbaik bagi Indonesia karena membuka jalan menuju transformasi kesehatan yang dapat meningkatkan kemampuan sistem kesehatan agar lebih responsif dalam memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan esensial seluruh masyarakat Indonesia.
- **Kontraksi ekonomi pada saat pandemi juga berdampak pada anggaran program rutin kesehatan, penambahan anggaran difokuskan pada penanganan Covid 19.** Meskipun

anggaran total kesehatan meningkat pada 2020 s.d 2022, sebagian besar anggaran diperuntukkan untuk penanganan pandemi. Anggaran berbagai program dan kegiatan rutin mengalami penyesuaian.

- **Pengeluaran sektor kesehatan terus meningkat utamanya ditopang oleh belanja kesehatan dari sektor publik, sementara proporsi belanja kesehatan sektor swasta relatif stagnan.** Ini menunjukkan masih rendahnya peran swasta dalam investasi di bidang kesehatan. Oleh karena itu, pemerintah perlu mendorong keterlibatan swasta untuk investasi di bidang kesehatan dengan memberikan insentif agar mau berinvestasi pada penyediaan fasilitas dan pengadaan alat kesehatan, serta tenaganya dalam rangka memperluas ruang fiskal.
- **Total belanja kesehatan per kapita Indonesia masih rendah, jauh di bawah rata-rata pengeluaran kesehatan negara-negara tetangga maupun yang berpendapatan menengah ke bawah.**

Gambar 1.5
Perbandingan *Current Health Expenditurez (CHE)* per Kapita dalam *Purchasing Power Parity (PPP)* dan US\$ dengan Angka Harapan Hidup



Berdasarkan Gambar diatas, pada tahun 2018 CHE per kapita Indonesia sebesar 375 US\$/kapita per tahun dengan Umur Harapan Hidup (UHH) 72 Tahun. Pengeluaran ini jauh lebih kecil dari pengeluaran kesehatan negara Singapura, Kuba dan Jepang. Seiring dengan bergesernya demografi penduduk menuju *ageing population* dan perkembangan pendapatan per kapita yang diyakini akan terus meningkat sejalan dengan pertumbuhan ekonomi maka perlu diantisipasi penyediaan pelayanan kesehatan yang mudah diakses dan berkualitas sejalan dengan potensi peningkatan *demand*/kebutuhan pelayanan kesehatan. Apabila tidak diantisipasi akan terjadi eksodus yang mana semakin banyak orang Indonesia yang berobat ke luar negeri. Oleh karenanya perlu untuk membangun visi layanan kesehatan unggulan berstandar internasional, disamping mencegah keluarnya devisa tetapi juga sebaliknya menjadi sumber devisa karena menjadi tempat berobat pasien negara-negara tetangga.

- **Masih adanya disparitas pada sistem pelayanan kesehatan yang substansial.** Disparitas geografis, demografis, sosial dan ekonomi, termasuk kondisi rentan bencana di hampir seluruh area di Indonesia ikut berperan memperdalam disparitas sistem kesehatan yang ada khususnya untuk Indonesia Timur. Perlu adanya afirmasi penyediaan fasyankes dan pemenuhan SPA serta SDM Kesehatan untuk Indonesia Timur. Selain itu untuk daerah kepulauan perlu dikembangkan model layanan kesehatan berdasarkan gugus pulau dan untuk daerah terpencil perlu dikembangkan Pelayanan Kesehatan Bergerak, telemedicine, RS Apung dan lainnya yang bertujuan mendekatkan layanan kesehatan ke masyarakat.
- **Masih terbatasnya jumlah dan kapasitas Laboratorium Kesehatan Masyarakat (Labkesmas).** Dengan terbatasnya kemampuan segi layanan berbagai laboratorium kesehatan masyarakat saat ini, diperlukan berbagai penguatan laboratorium di pelayanan tingkat dasar, kabupaten/kota, provinsi dan tingkat nasional baik dari segi sarana, prasarana, alat, dukungan sumberdaya terlatih, tata kelola, sistem jejaring yang didukung sistem informasi maupun operasional untuk memastikan diagnostik penyakit atau faktor risiko baik untuk keperluan surveilans maupun penegakan diagnostik masalah kesehatan masyarakat.
- **Perlu percepatan pencapaian upaya pencegahan dan pengendalian penyakit menular untuk mengejar keterlambatan oleh karena Covid 19.** Pada saat pandemi jumlah tes HIV menurun hingga 50-60%. Jumlah orang yang hidup dengan HIV yang mengakses pelayanan dan menerima pengobatan antiretroviral (ART) menurun hampir setengahnya. Keterlambatan capaian pada tahun sebelumnya perlu dikejar disisi lain juga harus mengejar target yang sudah ada pada tahun berjalan.
- **Pada tahun 2020 dan 2021, cakupan berbagai jenis imunisasi menurun pada kisaran 10-40% dan surveilans juga menurun sekitar 40-50%, yang berakibat pada meningkatnya jumlah daerah yang rentan terjadinya *outbreak* cacar maupun polio.** Penurunan kinerja program imunisasi selama pandemi COVID-19 terjadi karena sebagian besar tenaga vaksinator yang ada dialihkan untuk penanganan pandemi dan adanya keawatiran tenaga vaksinator terhadap penularan COVID-19 pada saat pelayanan. Pembatasan sosial yang ada juga mengakibatkan penurunan kegiatan pelayanan imunisasi karena keterbatasan transportasi maupun penutupan pelayanan. Oleh karenanya pada tahun 2022 capaian imunisasi perlu dikejar.
- **Hal serupa pada pelayanan TB yang mengalami penurunan penemuan kasus sebesar 47% selama tahun 2020,** di samping meningkatnya kegagalan pengobatan dan tidak terpantaunya kasus (*loss to follow up cases*), terutama di fasilitas kesehatan rujukan kasus COVID-19. Demikian pula pada pelayanan kesehatan antenatal care, persalinan, maupun kunjungan postnatal menurun akibat hal yang sama. Transformasi kesehatan harus mampu mengatasi permasalahan ketertinggalan capaian program melalui upaya-upaya terobosan dalam rangka percepatan.
- **Penguatan kinerja sektor kesehatan akan memastikan nilai manfaat pembiayaan (*value for money*).** Upaya ini membutuhkan penguatan tata kelola dan akuntabilitas, mengurangi fragmentasi keuangan dan kelembagaan, serta memperkenalkan



mekanisme penyediaan pelayanan berbasis kinerja yang lebih baik (*to spend more and spend better*) di bidang kesehatan.

- **Risiko meningkatnya biaya kesehatan dengan pertumbuhan menuju *ageing population* ini perlu disikapi dengan penguatan promotif dan preventif kesehatan di samping kesiapan pelayanan kesehatan yang lebih kompleks.** Jumlah penduduk Indonesia mencapai 270,20 juta jiwa, atau rata-rata 3,3 juta jiwa bertambah setiap tahunnya, naik 14,5% dalam satu dekade. Angka ini menunjukkan peningkatan persentase penduduk lanjut usia atau lansia (60 tahun ke atas), dari 7,6% pada 2010 (SP2010) menjadi 9,8% di tahun 2020. Kondisi ini menunjukkan bahwa Indonesia berada dalam masa transisi menuju era *ageing population* yaitu ketika persentase penduduk usia 60 tahun ke atas mencapai lebih dari 10%.
- **Angka Kematian Ibu Indonesia masih tinggi** merupakan salah satu yang tertinggi dari negara-negara ASEAN dengan angka 189 per 100.000 kelahiran hidup (Long Form SP2020). Demikian pula jika dibandingkan dengan negara-negara Asia Pasifik yang rata-rata telah mencapai angka 73 kematian per 100.000 kelahiran hidup (KH) dan 13 per 100.000 KH di negara-negara OECD (*WHO Global Health Observatory*). Target yang ditetapkan dalam RPJMN pada 2024 adalah 183 per 100.000 KH. Target tersebut tetap merupakan salah satu yang tertinggi di antara negara-negara berpenghasilan menengah-bawah dan sulit mencapai SDGs pada tahun 2030 tanpa inovasi ataupun strategi percepatan.
- **Tren penurunan prevalensi *stunting* pada balita masih tertinggal dari yang seharusnya/off track sehingga target penurunan menjadi 14% pada 2024 perlu upaya keras untuk mencapainya.** Telah terjadi penurunan balita *stunting* dari 37,2% tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 30,8% tahun 2018 (Riskesdas, 2018), serta 24,4% tahun 2021 (SSGI, 2021). *Gradien* penurunan *stunting* pada tahun 2022 s.d 2024 perlu dipertajam lebih dari 3,5% per tahun (*Annual Reduction Rate* harus diatas 3,5% per tahun) agar dapat mencapai target RPJMN sebesar 14% pada 2024.
- **Capaian cakupan intervensi sampai saat ini masih berdasarkan ukuran kuantitas,** namun Perpres 72 tahun 2021 menetapkan pengukuran kualitas indikator intervensi spesifik, yaitu dengan mengukur kepatuhan sasaran terhadap intervensi yang diberikan, seperti persentase remaja putri yang mengonsumsi tablet tambah darah 52 tablet, dan ibu hamil yang mengonsumsi tablet tambah darah minimal 90 tablet selama masa kehamilan. Upaya untuk meningkatkan kepatuhan ini dilakukan melalui penguatan edukasi dan pemberdayaan masyarakat
- (28%) anak-anak di bawah usia lima tahun mengalami anemia (hemoglobin < 11 g/dl) pada tahun 2013. Perlu dipertimbangkan strategi untuk memastikan agar tablet tambah darah dan makanan tambahan dikonsumsi oleh ibu hamil sasaran serta perlu mempersiapkan calon ibu hamil dengan meningkatkan cakupan tablet tambah darah pada remaja putri.
- **Tingginya Disparitas Kesehatan di Indonesia.** Tidak dapat dipungkiri bahwa angka nasional kematian ibu, neonatal, bayi dan anak di Indonesia menutup realitas tentang



disparitas, Angka kematian ibu di daerah Nusa Tenggara, Maluku, dan Papua mencapai 489 kematian per 100,000 KH hampir dua kali lipat dibandingkan di daerah Jawa-Bali dengan 247 kematian per 100,000 KH. Angka kematian neonatal di antara rumah tangga termiskin hampir dua kali lipat AKN di antara rumah tangga terkaya (23 dibanding 13 kematian neonatal per 1.000 KH). Disparitas pada *outcome* kesehatan ini terjadi sebagai akibat dari perbedaan tantangan geografi, demografi, sosial, dan ekonomi, serta kesenjangan akses dan kualitas layanan akibat maldistribusi sumber daya kesehatan baik dari sisi kuantitas maupun kapasitasnya.

Perlu adanya afirmasi penyediaan fasyankes dan pemenuhan SPA serta SDM Kesehatan untuk Indonesia Timur. Selain itu untuk daerah kepulauan perlu dikembangkan model layanan kesehatan berdasarkan gugus pulau dan untuk daerah terpencil perlu dikembangkan Pelayanan Kesehatan Bergerak, telemedicine, RS Apung dan lainnya yang bertujuan mendekatkan layanan kesehatan ke masyarakat.

- **Penyakit Tropis Terabaikan (*Neglected Tropical Diseases*).** Beberapa penyakit tropis terabaikan masih menjadi masalah di Indonesia, yaitu filariasis, kusta, frambusia, *schistosomiasis*, dan zoonosis. Penyakit-penyakit ini menjadi target yang harus diselesaikan.
- **Dalam tiga dekade terakhir, Indonesia mengalami transisi epidemiologi** yang diukur dari kontribusi penyakit penyebab kematian dan *Disability Adjusted Life Years (DALYs)*. Data *Global Burden Disease 2019* yang dirilis oleh IHME menyatakan bahwa selama 1990-2019 kematian yang disebabkan penyakit menular serta kondisi maternal, perinatal dan neonatal menurun sebesar 60%; kematian akibat penyakit tidak menular meningkat sebesar 82%; dan kematian akibat cedera menurun 20,4%.

Penyebab kematian sebesar 72,3% merupakan kontribusi dari penyakit tidak menular. Angka ini di atas rerata angka kematian penyakit tidak menular di negara-negara di Asia Tenggara (70,7%). Perlu diantisipasi dengan peningkatan tajam beberapa penyakit tidak menular penyebab kematian seperti diabetes dengan peningkatan *DALY lost* dari 1990-2019 sebesar 162,5%, dan kardiovaskular (termasuk stroke dan penyakit jantung iskemik) sebesar 127,4%. Upaya pencegahan dan diagnosis dini akan sangat strategis dalam mencegah terjadinya pembiayaan pelayanan kesehatan yang tinggi, termasuk pengeluaran katastropik pada Masyarakat.

- **Berbagai penyakit tidak menular disebabkan karena perilaku gaya hidup yang tidak sehat**, seperti merokok, kurang aktivitas fisik, pola makan dengan tinggi gula, garam, dan lemak. Indonesia menghadapi tantangan yang besar dalam perubahan gaya hidup ini, di mana data Riskesdas 2018 menunjukkan proporsi penduduk Indonesia usia lebih dari 10 tahun yang kurang melakukan aktivitas fisik jumlahnya meningkat dari 26,1% pada 2013 menjadi 33,5% pada 2018. Kecenderungan peningkatan prevalensi merokok terlihat lebih besar pada kelompok anak-anak dan remaja, Jumlah perokok di atas 15 tahun sebanyak 33,8% dengan jumlah perokok laki-laki 62,9% dan perokok perempuan 4.8%.

- 
- **Adanya pandemi Covid-19 telah menyadarkan seluruh elemen masyarakat untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.** Hal tersebut menjadi momentum yang baik sebagai langkah strategi lanjutan untuk penguatan GERMAS dan pemberdayaan masyarakat terkait perilaku hidup bersih dan sehat.
 - **Faktor risiko kesehatan lingkungan.** Faktor risiko kesehatan lingkungan, baik fisik, kimia, biologi maupun sosial berpengaruh besar terhadap status kesehatan. Pencemaran udara termasuk urutan keenam penyebab kematian. Pencemaran udara menempati urutan ketujuh serta air dan sanitasi menempati urutan ke-11 sebagai faktor risiko *DALYs lost*. Pemaparan terhadap logam berat dan pestisida selama kehamilan diketahui dapat meningkatkan risiko hipertensi dalam kehamilan. Paparan pestisida juga berisiko terjadinya gangguan pertumbuhan balita, gangguan pertumbuhan di dalam kandungan dan juga setelah lahir bisa menyebabkan balita *stunting*. Faktor risiko lingkungan juga sangat erat kejadiannya dengan beberapa penyakit menular seperti diare, hepatitis A, demam tifoid, HFMD dan Tuberkulosis. Kondisi sanitasi lingkungan dan higiene yang tidak layak dapat meningkatkan risiko penyakit menular seperti tersebut di atas.
 - **Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)** Sebagai bagian dari upaya memperbaiki kesehatan lingkungan maka diperlukan strategi penguatan aksi multisektor dalam rangka mengurangi polusi udara, penguatan dan percepatan program STBM sehingga terjadi percepatan peningkatan cakupan akses air bersih dan sanitasi, dan penguatan sinergisme sektor kesehatan dan sektor lingkungan hidup dalam penanganan limbah medis fasilitas kesehatan.
 - **Upaya lintas sektor belum terlaksana dengan baik, sehingga konsep “pembangunan berwawasan kesehatan” (*Health in All Policies*) menjadi krusial.** HiAPs belum terlaksana dengan baik walaupun sudah ada kebijakan dan regulasi yang menekankan pentingnya peran lintas sektor dalam pembangunan kesehatan.
 - **Perlunya Penguatan Sistem Pelayanan Kesehatan Primer yang Terpadu.** Pelayanan kesehatan primer adalah tentang mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan populasi dan masyarakat dan menyediakan kondisi yang mereka butuhkan untuk bertahan hidup dan berkembang (*survive and thrive*). Terlepas dari potensinya yang luar biasa dalam meningkatkan dan menjaga kesehatan, pelayanan kesehatan primer sering menjadi mata rantai terlemah dalam sistem kesehatan suatu negara-negara sedang berkembang, seperti juga di Indonesia.
 - **Kualitas pelayanan kesehatan di Fasyankes tercermin dari status akreditasi.** Hasil pendataan pada tahun 2021 sejumlah puskesmas telah mengalami perubahan jenis fasyankes sehingga hitungan jumlah total FKTP terakreditasi pada akhir tahun 2021 menjadi 9.330 dengan rincian 9.151 puskesmas dan 179 Klinik Pratama. Perkembangan jumlah FKTP dalam rangka meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan menyebabkan *baseline data* FKTP yang harus diakreditasi pun mengalami perubahan dari semula 16.536 FKTP (Baseline data 31 Desember 2018), menjadi



sejumlah 17.292 FKTP dengan rincian 10.260 puskesmas (data Pusdatin, 2021), dan 7.032 klinik pratama (Data BPJS, 1 Januari 2022).

- **Masih Lemahnya Mekanisme Rujukan.** Penataan sistem rujukan ditujukan untuk terbentuknya sistem rujukan yang efektif, serta yang memperkuat provinsi menyelesaikan kasus kesehatan penduduk di wilayahnya (khususnya penyakit jantung, kanker dan ginjal) tanpa harus dirujuk keluar daerah. Untuk itu perlu dilakukan identifikasi dan pemetaan kompetensi jejaring fasyankes di provinsi bersangkutan. Dengan demikian kebutuhan fasyankes rujukan didasarkan atas disparitas kompetensi fasyankes di masing-masing 34 provinsi; dikaitkan dengan kemajuan pembangunan daerah, kondisi geografis, ketersediaan sumber daya khususnya tenaga kesehatan.
- **Sektor farmasi masih bergantung signifikan pada produk maupun bahan baku impor.** Kemandirian produk farmasi dan alkes dalam negeri sangat dibutuhkan untuk resiliensi sistem kesehatan, terutama dalam menghadapi krisis ke depan. Karena lebih dari 90% bahan baku obat (kandungan aktif farmasi – API) adalah produk impor, nilai impor ini mencapai 30-35% dari total nilai bisnis farmasi nasional. Dari sepuluh molekul obat dengan konsumsi terbesar, hanya dua (*Clopidogrel* dan *Paracetamol*) yang bahan bakunya telah diproduksi dalam negeri. Sisanya, seperti *Cifixime* hingga *Lansoprazole* serta obat lainnya masih tergantung pada bahan baku impor.
- **Memperkuat Tanggap Darurat Sistem Kesehatan.** Ancaman ketahanan kesehatan dapat muncul dalam bentuk ancaman biologi, kimia, terorisme, radio-nuklir, penyakit baru, kekurangan pangan, terlepas dari asal atau sumbernya. Sekitar 70% dari penyakit infeksi pada manusia yang (baru) muncul adalah penyakit zoonosis. Mengingat pembelajaran dari COVID-19 dan tantangan geografis Indonesia yang rawan bencana, maka diperlukan pendekatan multisektor yang terkoordinir untuk meningkatkan kesiapan nasional dan daerah dalam menghadapi kemungkinan krisis di masa mendatang. Indonesia dalam hal ini perlu memperkuat kemampuan mendeteksi dan merespons krisis di masa yang akan datang, terutama dalam pengendalian penyakit infeksi baru dan kedaruratan kesehatan masyarakat (KKM). Maka diperlukan peningkatan pencegahan dan mitigasi (*to prevent*), peningkatan kemampuan deteksi/diagnosis (*to detect*) termasuk penguatan sistem laboratorium nasional dan sistem surveilans yang didukung sistem informasi yang selalu siaga, peningkatan kemampuan respons terhadap kasus yang muncul (*to respond*) termasuk penyiapan sarana, prasarana, dan SDM yang kompeten
- **Surveilans penyakit berbasis laboratorium.** Surveilans pada dasarnya adalah pengumpulan, analisis dan interpretasi data kesehatan secara sistematis dan terus menerus, yang diperlukan untuk perencanaan, implementasi dan evaluasi upaya kesehatan masyarakat. Peran surveilans sangat penting dalam perbaikan intervensi kesehatan masyarakat, khususnya pencegahan dan penanggulangan penyakit.
- **Pengembangan dan Penguatan Pemanfaatan Teknologi Kesehatan.** Pada situasi disrupsi dan perkembangan teknologi yang terus berkembang, pemanfaatan teknologi dalam berbagai aspek kehidupan merupakan sebuah keniscayaan. Lebih khusus lagi pada aspek terkait kesehatan. Pandemi COVID-19 telah memberikan pembelajaran yang



sangat berharga terkait peranan teknologi kesehatan dalam penanganan dan pemberian pelayanan kesehatan. Dengan demikian, menjadi penting penguatan pemanfaatan teknologi kesehatan yang lebih integratif.

- **Penguatan Tata Kelola.** Beberapa isu yang mempengaruhi kinerja tata kelola penyelenggaraan kesehatan nasional adalah: (1) sinkronisasi penyelenggaraan urusan kesehatan antara pusat dan daerah, (2) ketersediaan norma, standar, prosedur dan kriteria (NSPK) di bidang kesehatan, (3) kelembagaan, (3) pembiayaan, (4) pelaksanaan standar pelayanan minimal (SPM) kesehatan, (5) integrasi data dan kemudian yang juga penting adalah (6) kinerja organisasi Kementerian Kesehatan.
- **Pengembangan dan Pemanfaatan Kebijakan Kesehatan.** Pengembangan kebijakan merupakan langkah awal dan faktor esensial dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Hal ini terlihat dari sistem kesehatan nasional, di mana salah satu sub-sistemnya ialah penelitian dan pengembangan kesehatan. Dalam mendukung pembangunan kesehatan, pengembangan kebijakan kesehatan diarahkan pada kegiatan-kegiatan inovatif untuk menyediakan berbagai informasi sebagai *evidence-based*.

D. Sistematika Laporan Kinerja

1. Bab I Pendahuluan

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

2. Bab II Perencanaan Kinerja

Bab ini menguraikan ringkasan/ikhtisar perjanjian kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2022.

3. Bab III Akuntabilitas Kinerja

a. Capaian Kinerja Organisasi

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

b. Realisasi Anggaran

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

4. Bab IV Penutup

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

BAB II PERENCANAAN KINERJA

A. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024

Visi Nasional pembangunan jangka panjang adalah terciptanya manusia yang sehat, cerdas, produktif, dan berakhlak mulia serta masyarakat yang makin sejahtera dalam pembangunan yang berkelanjutan.

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

Untuk melaksanakan visi Presiden 2020-2024 tersebut, Kementerian Kesehatan menjabarkan visi Presiden di bidang kesehatan, yaitu “Menciptakan Manusia yang Sehat, Produktif, Mandiri dan Berkeadilan”.

Pembangunan manusia dilakukan berlandaskan pada Tiga Pilar Pembangunan, yakni, (i) layanan dasar dan perlindungan sosial, (ii) produktivitas, dan (iii) pembangunan karakter. Melalui tiga pilar ini, Pemerintah Indonesia berkomitmen untuk meningkatkan kualitas dan daya saing SDM menjadi sumber daya manusia yang sehat dan cerdas, adaptif, inovatif, terampil, dan berkarakter.

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Pembangunan kesehatan mempunyai peran sentral sebagai fondasi dalam peningkatan kualitas SDM, khususnya terkait aspek pembangunan sumber daya manusia sebagai modal manusia (human capital).

Dalam rangka mencapai terwujudnya Visi Presiden yakni: “Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian, Berlandaskan Gotong Royong”, maka telah ditetapkan 9 (sembilan) Misi Presiden 2020-2024, yakni:

1. Peningkatan Kualitas Manusia Indonesia
2. Penguatan Struktur Ekonomi yang Produktif, Mandiri dan Berdaya Saing
3. Pembangunan yang Merata dan Berkeadilan
4. Mencapai Lingkungan Hidup yang Berkelanjutan
5. Kemajuan Budaya yang Mencerminkan Kepribadian Bangsa
6. Penegakan Sistem Hukum yang Bebas Korupsi, Bermartabat, dan Terpercaya
7. Perlindungan bagi Segenap Bangsa dan Memberikan Rasa Aman pada Seluruh Warga
8. Pengelolaan Pemerintahan yang Bersih, Efektif, dan Terpercaya
9. Sinergi Pemerintah Daerah dalam Kerangka Negara Kesatuan.

Kementerian Kesehatan telah menetapkan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020

dan kemudian direvisi menjadi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024, Revisi Rencana Strategis tersebut disebabkan karena adanya disrupsi besar-besaran dalam kehidupan manusia bahkan pada skala global karena adanya pandemi COVID-19 dengan kondisi seperti uraian diatas, dan utamanya untuk menjalankan arahan Presiden Republik Indonesia yakni ; 1) Percepatan pelaksanaan vaksinasi untuk mewujudkan herd immunity, 2) Penanganan pandemi secara lebih baik dan berkelanjutan dan 3) Transformasi sektor kesehatan. Selain itu juga telah ditetapkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, berdampak pada terjadinya perubahan nomenklatur di Kementerian Kesehatan.

Guna mendukung peningkatan kualitas manusia Indonesia, termasuk penguatan struktur ekonomi yang produktif, mandiri dan berdaya saing (khususnya di bidang farmasi dan alat kesehatan), Kementerian Kesehatan telah menjabarkan Misi Presiden Tahun 2020-2024, sebagai berikut:

1. Meningkatkan Kesehatan Reproduksi, Ibu, Anak, dan Remaja
2. Perbaikan Gizi Masyarakat
3. Meningkatkan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
4. Pembudayaan GERMAS.
5. Memperkuat Sistem Kesehatan

Untuk mewujudkan Visi dan melaksanakan Misi di atas, maka Kementerian Kesehatan menetapkan tujuan yang akan dicapai selama periode 2020-2024 sebagai berikut:

1. Terwujudnya Pelayanan Kesehatan Primer yang Komprehensif dan Berkualitas, serta Penguatan Pemberdayaan Masyarakat
2. Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang Berkualitas
3. Terciptanya Sistem Ketahanan Kesehatan yang Tangguh
4. Terciptanya Sistem Pembiayaan Kesehatan yang Efektif, Efisien dan Berkeadilan
5. Terpenuhinya SDM Kesehatan yang Kompeten dan Berkeadilan
6. Terbangunnya Tata Kelola, Inovasi, dan Teknologi Kesehatan yang Berkualitas dan Efektif.

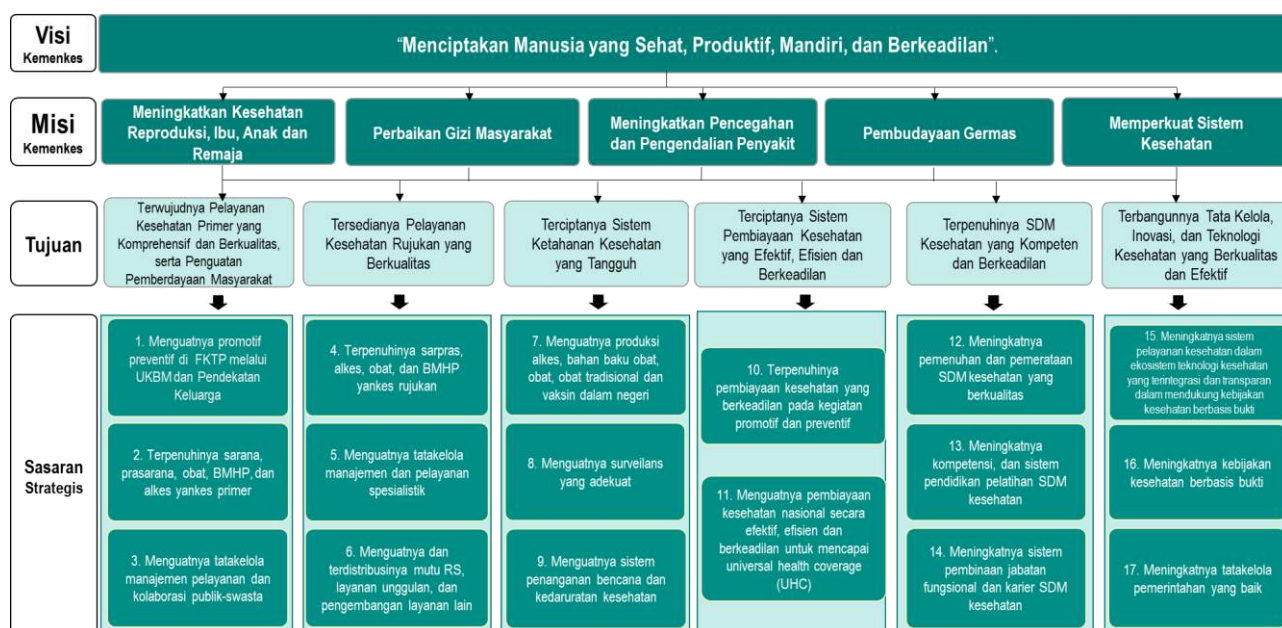
Dalam rangka mencapai Tujuan Kementerian Kesehatan tersebut di atas, maka ditetapkan Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan sebagai berikut:

Tabel 2.1
Tujuan dan Sasaran Strategis Kemenkes

Tujuan		Sasaran Strategis	
1	Terwujudnya Pelayanan Kesehatan Primer yang Komprehensif dan Berkualitas serta Penguatan Pemberdayaan Masyarakat	1.1	Menguatnya promotif preventif di FKTP melalui UKBM dan pendekatan keluarga
		1.2	Terpenuhinya sarana, prasarana, obat, BMHP, dan alat kesehatan pelayanan kesehatan primer

Tujuan		Sasaran Strategis	
		1.3	Menguatnya tata kelola manajemen pelayanan dan kolaborasi publik-swasta
2	Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang Berkualitas	2.1	Terpenuhinya sarana prasarana, alat kesehatan, obat, dan bahan medis habis pakai (BMHP) pelayanan kesehatan rujukan
		2.2	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisik
		2.3	Menguatnya dan terdistribusinya mutu RS, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain
3	Terciptanya Sistem Ketahanan Kesehatan yang Tangguh	3.1	Menguatnya produksi alat kesehatan, bahan baku obat, obat, obat tradisional, dan vaksin dalam negeri
		3.2	Menguatnya surveilans yang adekuat
		3.3	Menguatnya sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan
4	Terciptanya Sistem Pembiayaan Kesehatan yang Efektif, Efisien dan Berkeadilan	4.1	Terpenuhinya pembiayaan kesehatan yang berkeadilan pada kegiatan promotif dan preventif
		4.2	Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai <i>Universal Health Coverage</i> (UHC)
5	Terpenuhinya SDM Kesehatan yang Kompeten dan Berkeadilan	5.1	Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas
		5.2	Meningkatnya kompetensi dan sistem pendidikan pelatihan SDM kesehatan
		5.3	Meningkatnya sistem pembinaan jabatan fungsional dan karier SDM kesehatan
6	Terbangunnya Tata Kelola, Inovasi, dan Teknologi Kesehatan yang Berkualitas dan Efektif	6.1	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti
		6.2	Meningkatnya kebijakan kesehatan berbasis bukti
		6.3	Meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik

Gambar 2.1
Keterkaitan Visi, Misi, Tujuan & Sasaran Strategis Kemenkes



Untuk mencapai Visi, Misi dan Tujuan dari Kementerian Kesehatan hingga tahun 2024, serta Sasaran Pokok Pembangunan Kesehatan RPJMN dirumuskan indikator sasaran strategis yang akan menjadi ukuran pencapaian tujuan dan kinerja Kementerian Kesehatan sebagai berikut:

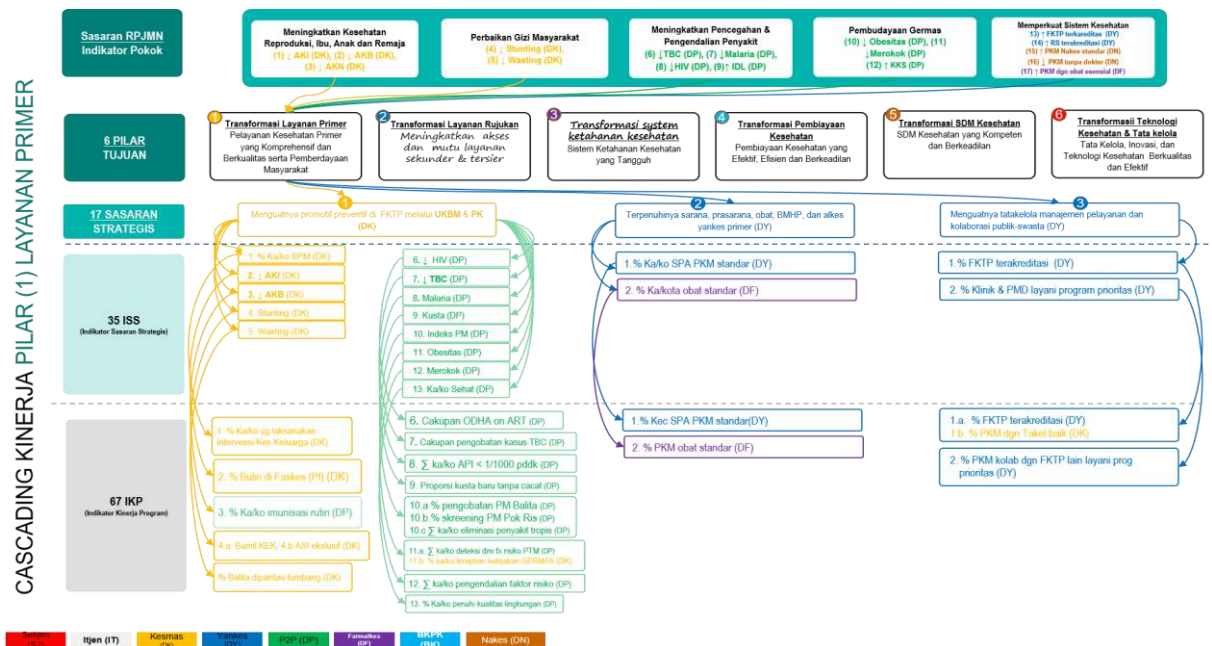
Tabel 2.2
Tujuan, Sasaran Strategis dan indikator Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan

Tujuan		Sasaran Strategis		Indikator Sasaran Strategis
1	Terwujudnya pelayanan kesehatan primer yang komprehensif dan berkualitas serta Penguatan Pemberdayaan Masyarakat	1.1	Menguatnya promotif preventif di FKTP melalui UKBM dan pendekatan keluarga	– Persentase Kabupaten/kota yang melaksanakan SPM – AKI (per 100.000 kelahiran hidup) – AKB (per 100.000 kelahiran hidup) – Prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek) – Wasting (kurus dan sangat kurus) pada balita (%) – Insidensi HIV (per 100.000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV) – Insidensi Tuberculosis (per 100.000 penduduk) – Kabupaten/Kota yang

Tujuan		Sasaran Strategis		Indikator Sasaran Strategis
				mencapai eliminasi malaria – Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta – Indeks pengendalian penyakit menular – Prevalensi obesitas pada penduduk usia > 18 tahun – Persentase merokok penduduk usia 10-18 tahun – Jumlah kabupaten/kota sehat
		1.2	Terpenuhinya sarana, prasarana, obat, BMHP, dan alat kesehatan pelayanan kesehatan primer	– Persentase kabupaten/kota, dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar – Persentase kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar
		1.3	Menguatnya tata kelola manajemen pelayanan dan kolaborasi publik-swasta	– Persentase FKTP terakreditasi (%) – Persentase klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas
2	Tersedianya pelayanan kesehatan rujukan yang berkualitas	2.1	Terpenuhinya sarana prasarana, alat kesehatan, obat, dan bahan medis habis pakai (BMHP) pelayanan kesehatan rujukan	– Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar
		2.2	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	– Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit
		2.3	Menguatnya dan terdistribusinya mutu RS, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain	– Persentase kepuasan pasien di fasyankes rujukan – Jumlah Rumah Sakit yang memiliki layanan unggulan internasional
3	Terciptanya sistem ketahanan kesehatan yang tangguh	3.1	Menguatnya produksi alat kesehatan, bahan baku obat, obat, obat tradisional dan vaksin dalam negeri	– Jumlah bahan baku obat dan obat 10 terbesar yang diproduksi dalam negeri – Jumlah alat kesehatan 10 terbesar by volume dan value yang diproduksi dalam negeri

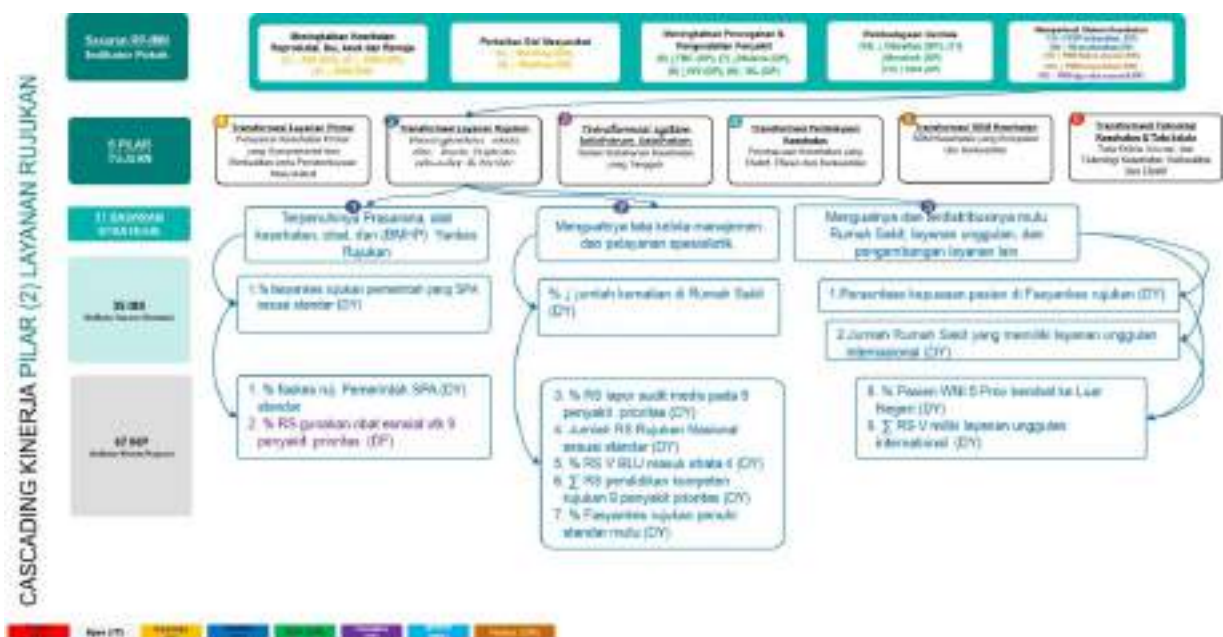
Tujuan		Sasaran Strategis		Indikator Sasaran Strategis
				– Jumlah vaksin 10 terbesar yang diproduksi di dalam negeri
		3.2	Menguatnya surveilans yang adekuat	– Persentase kabupaten/kota yang melakukan respons KLB/wabah (PE, pemeriksaan laboratorium, tatalaksana kasus)
		3.3	Menguatnya sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan	– Persentase provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar
4	Terciptanya sistem pembiayaan kesehatan yang efektif, efisien dan berkeadilan	4.1	Terpenuhinya pembiayaan kesehatan yang berkeadilan pada kegiatan promotif dan preventif	– Persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan –
		4.2	Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai <i>Universal Health Coverage</i> (UHC)	– Proporsi Out of Pocket (OOP) terhadap total belanja kesehatan
5	Terpenuhinya SDM kesehatan yang kompeten dan berkeadilan	5.1	Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas	– Persentase faskes dengan SDM kesehatan sesuai standar –
		5.2	Meningkatnya kompetensi dan sistem pendidikan pelatihan SDM kesehatan	– Persentase faskes dengan SDM kesehatan yang ditingkatkan sesuai kompetensinya
		5.3	Meningkatnya sistem pembinaan jabatan fungsional dan karir SDM kesehatan	– Persentase faskes dengan SDM kesehatan tersertifikasi
6	Terbangunnya Tata Kelola, Inovasi, dan Teknologi Kesehatan yang Berkualitas dan Efektif	6.1	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti	– Jumlah fasilitas kesehatan yang mengimplementasikan sistem data dan aplikasi kesehatan Indonesia – Jumlah sistem bioteknologi kesehatan terstandar dan terintegrasi yang diimplementasikan

Gambar 2.3
Cascading Kinerja Transformasi Layanan Primer



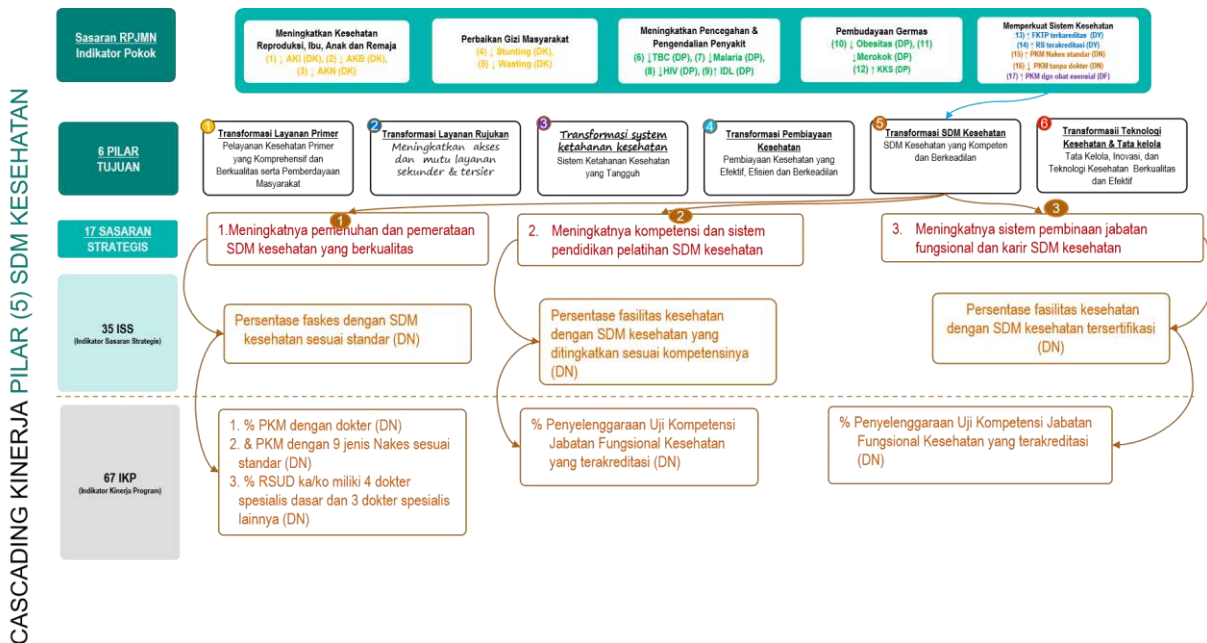
Transformasi Layanan Primer mencakup upaya promotif dan preventif yang komprehensif, perluasan jenis antigen, imunisasi, penguatan kapasitas dan perluasan skrining di layanan primer dan peningkatan akses, SDM, obat dan kualitas layanan serta penguatan layanan laboratorium untuk deteksi penyakit atau faktor risiko yang berdampak pada masyarakat.

Gambar 2.4
Cascading Kinerja Transformasi Layanan Rujukan



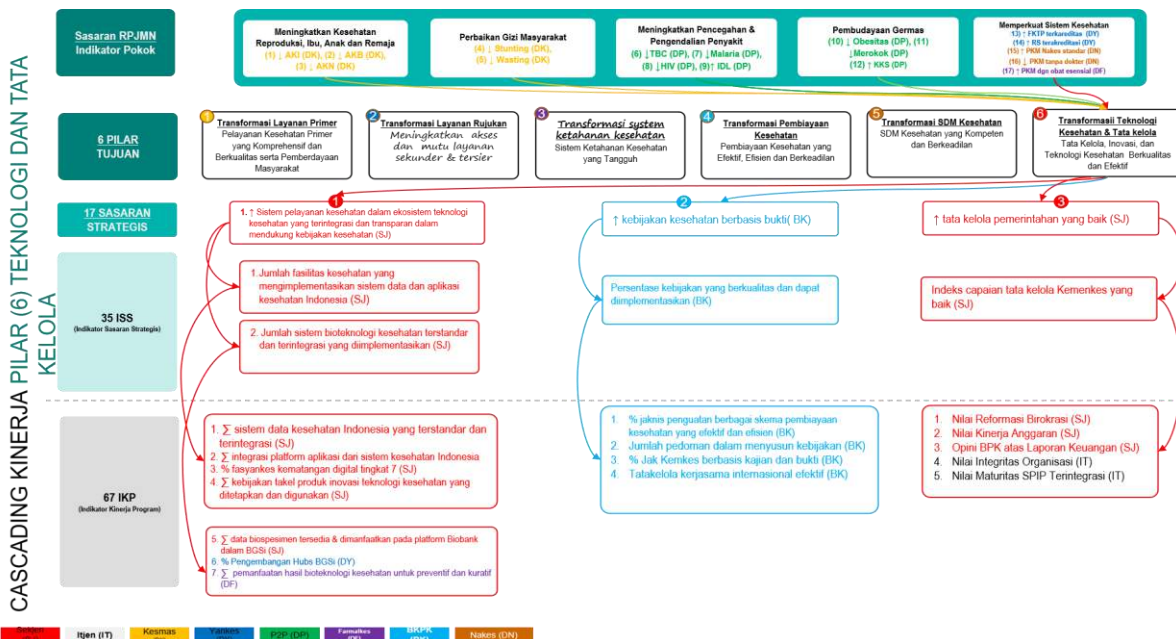
Implementasi Transformasi Layanan Rujukan yaitu dengan perbaikan mekanisme rujukan dan peningkatan akses dan mutu layanan rumah sakit, dan layanan laboratorium kesehatan masyarakat.

Gambar 2.7
Cascading Kinerja Transformasi SDM Kesehatan



Transformasi SDM Kesehatan dilaksanakan dalam rangka menjamin ketersediaan dan pemerataan jumlah, jenis, dan kapasitas SDM kesehatan.

Gambar 2.8
Cascading Kinerja Transformasi Teknologi dan Tata Kelola



Transformasi Teknologi Kesehatan mencakup: (1) integrasi dan pengembangan sistem data kesehatan, (2) integrasi dan pengembangan sistem aplikasi kesehatan, dan (3) pengembangan ekosistem (teknologi kesehatan (regulasi/kebijakan yang mendukung, memberikan kemudahan/fasilitas, pendampingan, pembinaan serta pengawasan yang memudahkan atau mendukung bagi proses pengembangan dan pemanfaatan teknologi kesehatan yang berkelanjutan) yang disertai peningkatan tatakelola dan kebijakan kesehatan.

B. Perjanjian Kinerja Tahun 2022

Perjanjian Kinerja merupakan amanat dari Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) dan sesuai dengan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Dokumen Perjanjian Kinerja merupakan dokumen yang berisikan penugasan dari pimpinan instansi yang lebih tinggi kepada pimpinan instansi yang lebih rendah untuk melaksanakan program/kegiatan yang disertai dengan indikator kinerja.

Penjabaran Renstra Kementerian Kesehatan ke dalam Perjanjian Kinerja Tahun 2022 sesuai dengan indikator pada Renstra Kementerian Kesehatan yang ditetapkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Adapun rincian indikator dan targetnya adalah sebagai berikut:

Tabel 2.3
Perjanjian Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2022

No	Tujuan/Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		Target
1	Terwujudnya pelayanan kesehatan primer yang komprehensif dan berkualitas serta Penguatan Pemberdayaan Masyarakat			
1.1	Menguatnya promotif preventif di FKTP melalui UKBM dan Pendekatan keluarga	1	Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM	100%
		2	AKI (per 100.000 kelahiran hidup)	205
		3	AKB (per 1.000 kelahiran hidup)	18,6
		4	Prevalensi <i>stunting</i> (pendek dan sangat pendek) (%)	18,4
		5	<i>Wasting</i> (kurus dan sangat kurus) pada	7,5

			balita (%)	
		6	Insidensi HIV (per 100.000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV)	0,19
		7	Insidensi Tuberculosis (per 100.000 penduduk)	231
		8	Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria	365
		9	Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta	458
		10	Indeks pengendalian penyakit menular	0,4873
		11	Prevalensi obesitas pada penduduk usia >18 tahun	21,8
		12	Persentase merokok penduduk usia 10-18 tahun	8,9
		13	Jumlah kabupaten/kota sehat	280
1.2	Terpenuhinya sarana, prasarana, obat, BMHP, dan alat kesehatan yankes primer	1	Persentase kabupaten/kota, dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar	64
		2	Persentase kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar	88
1.3	Menguatnya tatakelola manajemen pelayanan dan kolaborasi publik-swasta	1	Persentase FKTP terakreditasi	80
		2	Persentase klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas	20
2	Tersedianya pelayanan kesehatan rujukan yang berkualitas			
2.1	Terpenuhinya sarana prasarana, alat kesehatan, obat, dan bahan medis habis pakai (BMHP) pelayanan kesehatan rujukan	1	Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar	90
2.2	Menguatnya tatakelola manajemen dan pelayanan spesialistik	1	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit	< 2,5

2.3	Menguatnya dan terdistribusinya mutu RS, layanan unggulan dan pengembangan layanan lain.	1	Persentase kepuasan pasien di fasyankes rujukan	60 (kum)
		2	Jumlah Rumah Sakit yang memiliki layanan unggulan internasional	12
3	Terciptanya sistem ketahanan kesehatan yang tangguh			
3.1	Menguatnya produksi alat kesehatan, bahan baku obat, obat, obat tradisional dan vaksin dalam negeri	1	Jumlah bahan baku obat dan obat 10 terbesar yang diproduksi dalam negeri kabupaten/kota	10
		2	Jumlah alat kesehatan 10 terbesar <i>by volume</i> dan <i>value</i> yang diproduksi dalam negeri	5
		3	Jumlah vaksin 10 terbesar yang diproduksi di dalam negeri	8
3.2	Menguatnya surveilans yang adekuat	1	Persentase kabupaten/kota yang melakukan respon KLB/wabah (PE, pemeriksaan laboratorium, tata laksana kasus)	70
3.3	Menguatnya sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan	1	Persentase provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar	34
4	Terciptanya sistem pembiayaan kesehatan yang efektif, efisien dan berkeadilan			
4.1	Terpenuhinya pembiayaan kesehatan yang berkeadilan pada kegiatan promotif dan preventif	1	Persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan	30
4.2	Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai <i>universal health coverage</i> (UHC)	1	Proporsi <i>Out Of Pocket</i> (OOP) terhadap total belanja kesehatan	27
5	Terpenuhinya SDM kesehatan yang kompeten dan berkeadilan			
5.1	Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas	1	Persentase faskes dengan SDM kesehatan sesuai standar	65

5.2	Meningkatnya kompetensi dan sistem pendidikan pelatihan SDM kesehatan	1	Persentase faskes dengan SDM kesehatan yang ditingkatkan sesuai kompetensinya	40
5.3	Meningkatnya sistem pembinaan jabatan fungsional dan karier SDM kesehatan	1	Persentase faskes dengan SDM kesehatan tersertifikasi	25
6	Terbangunnya tata kelola, inovasi, dan teknologi kesehatan yang berkualitas dan efektif			
6.1	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti	1	Jumlah fasilitas kesehatan yang mengimplementasikan sistem data dan aplikasi kesehatan Indonesia	8.000
		2	Jumlah sistem bioteknologi kesehatan terstandar dan terintegrasi yang diimplementasikan	5
6.2	Meningkatnya kebijakan kesehatan berbasis bukti	1	Presentasi kebijakan yang berkualitas dan dapat diimplementasikan	60
6.3	Meningkatnya tatakelola pemerintahan yang baik	1	Indeks capaian tata kelola Kemenkes yang baik	80

Jumlah anggaran pagu awal yang dialokasikan pada Tahun 2022 sebesar Rp. 96.855.566.560.000 (Sembilan Puluh Enam Triliun Delapan Ratus Lima Puluh Lima Miliar Lima Ratus Enam Puluh Enam Juta Lima Ratus Enam Puluh Juta Rupiah).

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi

1. Penanganan Pandemi dan Pelaksanaan Vaksinasi Covid-19 Tahun 2022

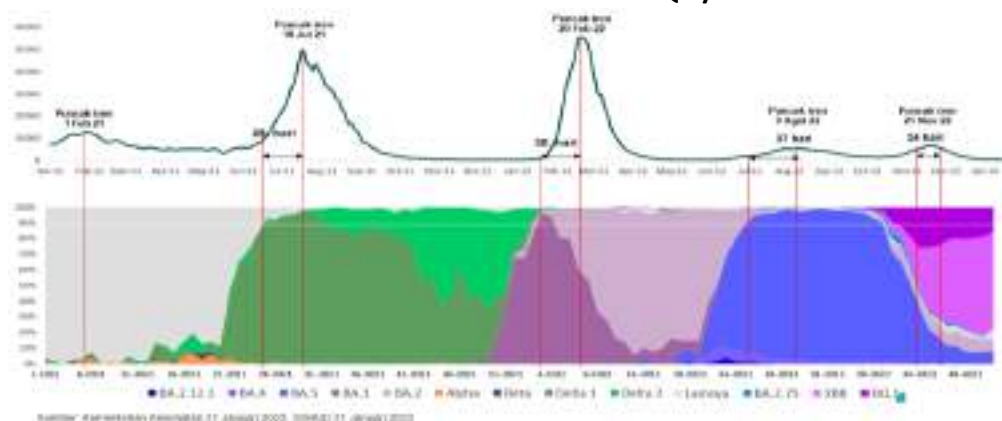
1.1. Mengendalikan Kasus Varian Omicron

Tahun 2022 diawali dengan kekhawatiran akan meledaknya kasus Covid-19 dengan munculnya varian baru Covid-19 Omicron khususnya varian BA.1/2, setelah sejak puncak kasus Delta 1/2 pada 18 Juli 2021 kasus positif mampu dikendalikan dan mampu ditekan sampai dengan akhir Desember 2021.

Seperti yang sudah diperkirakan sebelumnya Omicron mempunyai tingkat penyebaran yang lebih cepat, hanya membutuhkan waktu 35 hari untuk mencapai puncaknya yang pada titik puncaknya kasus konfirmasi positif hariannya mengungguli titik puncak varian Delta di 2021. Kasus varian Omicron mulai mengalami peningkatan yang signifikan sejak pertengahan bulan Januari 2022 dan mencapai puncaknya pada 20 Februari 2022 dengan dominasi kasus adalah varian Omicron BA.1 dan BA.2. Varian Omicron meskipun daya sebar cepat namun dengan *severity* yang jauh lebih rendah dari varian Delta, kemungkinan karena sebagian besar penduduk Indonesia telah mempunyai sistem kekebalan baik oleh karena vaksinasi maupun karena terpapar varian Covid-19 lain sebelumnya sehingga ketika terkena Omicron tidak sampai memunculkan manifestasi penyakit yang serius.

Setelah mencapai puncaknya kasus Omicron berangsur turun dan melandai pada level terendahnya pada bulan Juni dan Juli 2022. Setelah itu tercatat ada dua periode puncak kenaikan yang tidak signifikan di tahun 2022 yaitu pada 9 Agustus 2022 oleh karena varian BA.5 dan pada 21 November 2022 oleh karena varian BQ.1 dan XBB. Namun syukurnya kasus kematiannya rendah dan tingkat kebutuhan rawat inapnya juga rendah (Grafik 3.1 & Gambar 3.1).

Grafik 3.1
Puncak varian Omicron BA.1/2 dan Keberhasilan Pengendalian Gelombang Varian Omicron BA.5 dan Omicron BQ.1/XBB



Gambar 3.1
Lini Masa Indikator Pandemi Covid-19 Periode Mei 2020 s.d Februari 2023



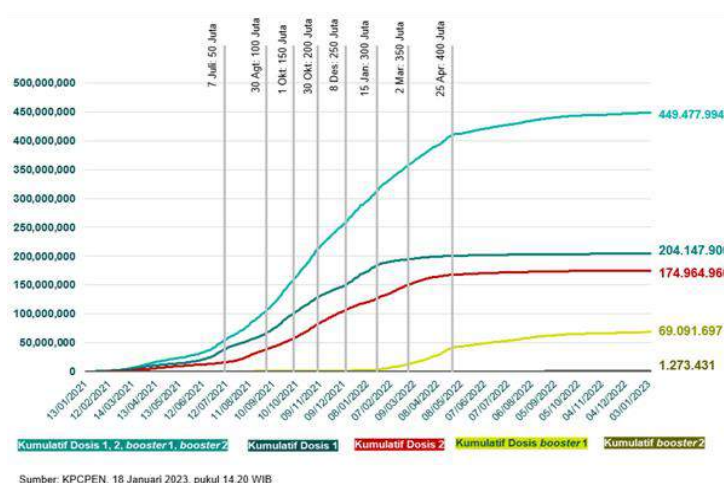
Sumber : KPC PEN, 19 Februari 2023

Grafik di atas menunjukkan kasus konfirmasi positif Covid 19 sampai dengan Februari 2023 berjumlah 6.734.215, dimana kenaikan kasus yang tinggi terjadi pada bulan Mei s.d Agustus 2021 dan pada bulan Februari 2022, dan semakin menurun pada awal 2023. Jumlah kematian akibat Covid 19 juga semakin menurun dimana pada 25 Januari 2023 terdapat 2 kematian akibat Covid 19.

1.2. Meningkatkan Cakupan Vaksinasi Covid-19

Capaian Vaksinasi Covid-19 pada tahun 2021 terus ditingkatkan pada tahun 2022 dengan tetap melibatkan lintas sektor dan juga pemerintah daerah.

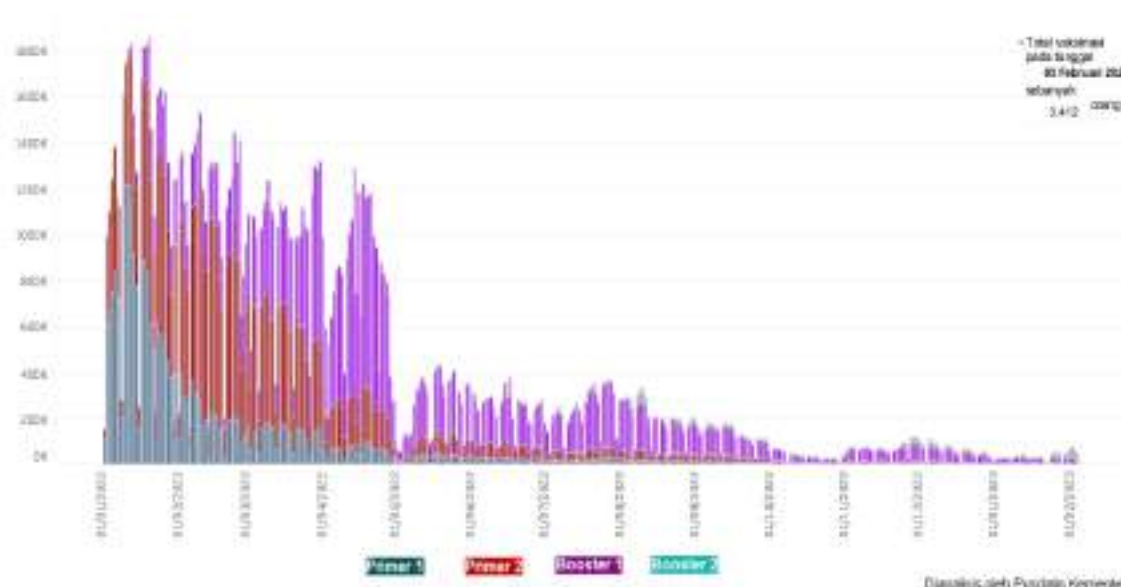
Grafik 3.2
Kumulatif vaksinasi Dosis 1, Dosis 2, Booster 1 dan Booster 2
Sampai dengan Januari 2023



Sumber: KPCPEN, 18 Januari 2023, pukul 14.20 WIB

Per 18 Januari 2022 vaksinasi sudah mencapai lebih dari 449 juta dosis dan lebih dari 64% total populasi Indonesia telah mendapatkan dosis lengkap

Grafik 3.3
Tren Harian Vaksinasi Nasional



Tren harian pelaksanaan vaksinasi nasional semakin rendah karena pencapaian penyuntikan vaksin dosis 1 dan dosis 2 sudah hampir mencapai seluruh sasaran. Untuk mengembalikan imunitas tubuh dan meningkatkan proteksi klinis yang menurun dilakukan vaksinasi booster pertama dan kedua. Booster adalah tambahan dosis vaksin yang diberikan pada seseorang yang imunnya telah cukup terbangun setelah vaksinasi, tapi kemudian imun tersebut melemah seiring waktu. Pemberian vaksin booster diutamakan pada masyarakat yang paling berisiko tinggi dan telah menerima vaksin di awal 2021, yakni tenaga kesehatan, orang-orang yang menerima fasilitas perawatan jangka panjang, dan lansia.

Ada beberapa jenis vaksin yang tersedia untuk diberikan sebagai dosis ketiga vaksin COVID-19, yaitu vaksin AstraZeneca, Moderna, Pfizer, Zifivax, dan Coronavac. Pemberian booster vaksin COVID-19 dilakukan dalam waktu minimal 3 bulan setelah vaksinasi COVID-19 dosis lengkap.

1.3. Mencabut Status PPKM Indonesia Menuju Endemi

Dengan keberhasilan pelaksanaan penanganan pandemi dan vaksinasi Covid-19 pada tanggal 30 Desember 2022 Pemerintah resmi menerbitkan aturan terkait pencabutan pemberlakuan pembatasan kegiatan masyarakat (PPKM). Aturan itu tertuang dalam Instruksi Menteri Dalam Negeri (Inmendagri) Nomor 53 Tahun 2022 tentang Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus Disease 2019 pada Masa Transisi Menuju Endemi.

Gambar 3.2
Pencabutan kebijakan pemberlakuan pembatasan kegiatan masyarakat (PPKM).
Disampaikan oleh Presiden RI Joko Widodo, di Istana Merdeka
30 Desember 2022



Dengan berakhirnya PPKM dan untuk tetap mengendalikan penyebaran Covid-19 dan mencegah terjadinya lonjakan kasus, pada awal tahun 2023 dilaksanakan masa transisi menuju kondisi masa endemi dengan strategi proaktif, persuasif, terfokus dan terkoordinir serta mengambil langkah-langkah sebagai berikut:

a. Protokol Kesehatan:

1. Mendorong masyarakat untuk tetap menggunakan masker dengan benar, terutama: a) pada keadaan kerumunan dan keramaian aktivitas masyarakat; b) di dalam gedung/ruangan tertutup dan sempit (termasuk dalam transportasi publik); c) masyarakat yang bergejala penyakit pernafasan (seperti batuk, pilek, dan bersin); dan d) masyarakat yang kontak erat dan terkonfirmasi;
2. Mendorong masyarakat untuk tetap mencuci tangan dengan sabun atau hand sanitizer;
3. Mengingatkan masyarakat bahwa risiko penularan Covid-19 masih bisa terjadi sehingga tetap waspada dan meningkatkan ketahanan mandiri agar tidak tertular Covid-19; dan
4. Mendorong implementasi penggunaan aplikasi Peduli Lindungi untuk memasuki/menggunakan fasilitas publik termasuk bagi pelaku perjalanan dalam negeri yang akan menggunakan transportasi publik.

b. Surveilans

1. Mendorong masyarakat dalam melaksanakan pemeriksaan (testing) bagi yang bergejala Covid-19;

- 
2. Tetap memberikan perhatian dan perlindungan dari risiko penularan Covid-19 bagi komunitas khusus yang rentan terkena Covid-19 (seperti panti jompo, sekolah berasrama, lapas, panti asuhan, dll); dan
 3. Meningkatkan kesadaran masyarakat untuk melakukan testing jika menjadi kontak erat dari kasus terkonfirmasi Covid-19.
- c. Vaksinasi : Mendorong masyarakat tetap melakukan vaksinasi dosis primer dan dosis lanjutan (booster) secara mandiri atau terpusat di tempat-tempat umum antara lain seperti kantor, pabrik, tempat ibadah, pasar, dan terminal.
- d. Komunikasi Publik : Mengintensifkan komunikasi, informasi, dan edukasi dengan mengoptimalkan semua media baik media cetak maupun media sosial dengan melibatkan tokoh agama dan tokoh masyarakat serta jaringan masyarakat yang berpengaruh.

2. Percepatan Implementasi Transformasi Kesehatan

Tahun 2022 merupakan tahun ketiga dalam pelaksanaan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024. Pada tahun 2022 ditetapkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 yang memuat substansi Transformasi Kesehatan. Terdapat 6 tujuan dan 17 Sasaran Strategis dan 35 Indikator Sasaran Strategis yang mempunyai target kinerja dari 2022 sampai dengan 2024 untuk dicapai.

Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan antara realisasi kinerja dengan target kinerja dari masing-masing indikator kinerja yang telah ditetapkan dalam perjanjian kinerja.

Melalui pengukuran kinerja diperoleh gambaran pencapaian masing-masing indikator sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan kegiatan di masa yang akan datang agar setiap kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasil guna dan berdaya guna. Capaian kinerja Kementerian Kesehatan pada tahun 2022 akan diuraikan menurut Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan sebagai berikut.

2.1. Sasaran Strategis 1: Menguatnya promotif preventif di FKTP melalui UKBM dan Pendekatan keluarga

Adapun uraian target dan realisasi IKU pada Sasaran Strategis 1 sebagai berikut:

Tabel 3.1
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 1:
Menguatnya promotif preventif di FKTP melalui UKBM dan
Pendekatan keluarga

Indikator Kinerja		Realisasi Kinerja		
		Target	Realisasi	% Realisasi
1	Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM	100%	70,04%	70,04%
2	AKI (per 100.000 kelahiran hidup)	205	189	108,5%
3	AKB (per 1.000 kelahiran hidup)	18,6	16,85	110,4%
4	Prevalensi <i>stunting</i> (pendekdan sangat pendek) (%)	18,4	21,6	82,60%
5	<i>Wasting</i> (kurus dan sangatkurus) pada balita (%)	7,5	7,7	97,33%
6	Insidensi HIV (per 100.000 penduduk yang tidak terinfeksiHIV)	0,19	0,09	153%
7	Insidensi Tuberculosis (per 100.000 penduduk)	231	354	46.75%
8	Kabupaten/kota yang mencapaeliminasi malaria	365	372	102%
9	Kabupaten/kota yang mencapaeliminasi kusta	458	403	88%
10	Indeks pengendalian penyakitmenular	0,4873	0,5869	120%
11	Prevalensi obesitas pada penduduk usia >18 tahun	21,8	4	181%
12	Persentase merokok pendudukusia 10-18 tahun	8,9	9.1	98%
13	Jumlah kabupaten/kota sehat	280	282	100.71%

2.1.1.1. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM

Peraturan Pemerintah Nomor 2 tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal menyebutkan bahwa SPM merupakan ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintahan wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Pelayanan dasar adalah pelayanan publik untuk memenuhi

kebutuhan dasar warga negara, merupakan jenis pelayanan dalam rangka penyediaan barang dan/atau jasa kebutuhan dasar yang berhak diperoleh oleh setiap warga negara secara minimal.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan telah menetapkan bahwa SPM Kesehatan terdiri dari SPM Kesehatan Daerah Provinsi dan SPM Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota. Pelayanan di dalam SPM Bidang Kesehatan ini lebih terfokus pada pelayanan yang bersifat peningkatan/promotif dan pencegahan/preventif mencakup peningkatan kesehatan, perlindungan spesifik, diagnosis dini dan pengobatan tepat, pencegahan kecacatan dan rehabilitasi.

Definisi Operasional yang digunakan untuk mengukur persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM adalah presentase kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan SPM bidang kesehatan dengan capaian dalam kategori minimal tuntas pratama. Tuntas pratama adalah pencapaian SPM dengan mutu layanan dasar nilainya sama dengan 70 sampai dengan 79.

Cara Perhitungan Indikator adalah sebagai berikut Jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan SPM bidang kesehatan dengan capaian dalam kategori minimal tuntas pratama dibagi jumlah kabupaten/kota dikali 100.

Grafik 3.4
Persentase Kab/Kota yang Menyelenggarakan
Pelayanan SPM Bidang Kesehatan



Hasil pemantauan dari e-spm Kemendagri, pada tahun 2022 terjadi peningkatan cakupan indikator ini. Tahun 2021 terdapat 54,47% kab/kota yang melaksanakan SPM, dan pada tahun 2022 meningkat menjadi sebesar 70,04%. Namun demikian, capaian ini masih belum mencapai target Renstra Kementerian Kesehatan untuk tahun 2022 sebesar 100% dan target Renstra 2024 juga sebesar 100%. Peningkatan kesadaran masyarakat terhadap kebutuhan kesehatan dan semakin terbukanya akses informasi ikut mendorong komitmen pemerintah daerah untuk memenuhi hak dasar warganya. Meskipun demikian, belum semua daerah memiliki kapasitas dan kapabilitas untuk merealisasikan kebutuhan sehingga masih banyak daerah yang belum bisa melaksanakan SPM secara optimal

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target persentase Kabupaten/Kota yang melaksanakan SPM antara lain:

- Menjadikan dukungan SPM menjadi isu prioritas di Kementerian Kesehatan
- Sosialisasi pelaksanaan SPM Kab./kota
- Peningkatan kapasitas Kab/kota dan tenaga kesehatan terkait pelayanan SPM
- Penyusunan kebijakan DAK untuk mendukung pemenuhan SPM

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah:

- Kelengkapan data yang dikirim puskesmas tidak lengkap, sehingga berdampak dengan tidak adanya ketepatan waktu pelaporan dan analisis data cakupan yang rendah
- Perhitungan kebutuhan sesuai SPM untuk variabel dan komponen banyak yang sulit terpenuhi
- Keterbatasan anggaran menyebabkan tidak semua standar pelayanan minimal dapat terpenuhi
- Kegiatan/program masih belum optimal dikarenakan adanya pandemi covid-19
- Kurangnya kesadaran dan kemauan untuk melakukan pemeriksaan ke faskes. Masyarakat masih malu melakukan skrining HIV, selain itu juga masih ditemukan pasien TB yang putus obat.
- Data warga negara yang berhak menerima pelayanan masih menggunakan data sasaran yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.
- Minimnya penyediaan barang/jasa misalnya alat-alat skrining dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) serta obat-obatan
- Masih minimnya pengetahuan Puskesmas tentang kebutuhan SPM sehingga tidak semua kebutuhan SPM terpenuhi
- Kolaborasi antara Rumah Sakit dengan Puskesmas PONEK dan PONEK belum maksimal
- Sumber Daya yang masih kurang dan pengelola program yang terkadang berganti-ganti

Faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target adalah:

- SPM bidang kesehatan melekat didalam kebutuhan masyarakat
- SPM bidang kesehatan selaras dengan program prioritas Kementerian Kesehatan
- Dukungan anggaran melalui DAK
- Penguatan regulasi di daerah dalam pelaksanaan SPM bidang kesehatan

Dengan masih terdapatnya beberapa permasalahan maka alternatif solusi yang dapat dilakukan antara lain:

- Penguatan regulasi SPM bidang kesehatan misalnya dengan mengawal nomenklatur kegiatan di daerah
- Mempermudah sistem pelaporan SPM bidang kesehatan
- Penguatan kordinasi dan kolaborasi dengan Kemendagri, Kemendes, dan sektor terkait lainnya

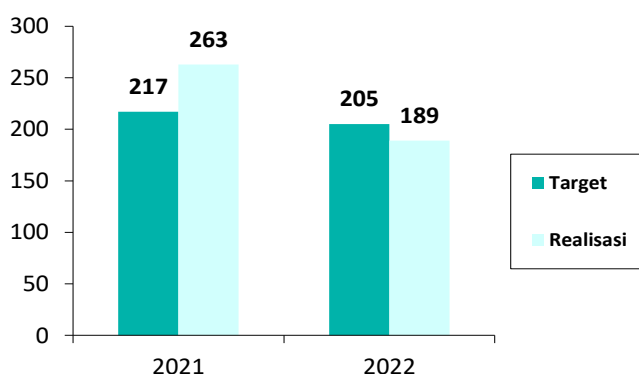
2.1.2. AKI (per 100.000 kelahiran hidup)

Tujuan pembangunan kesehatan pada tahun 2020-2024 yaitu meningkatkan status kesehatan masyarakat. Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia yaitu 189 per 100.000 kelahiran hidup (Long Form SP2020). Jumlah tersebut merupakan salah satu yang tertinggi dari negara-negara ASEAN. Target yang ditetapkan dalam RPJMN pada 2024 adalah 183 per 100.000 KH. Capaian tersebut masih jauh dari target SDGs mengurangi AKI hingga kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Untuk itu dibutuhkan inovasi maupun strategi percepatan untuk mencapai target penurunan angka kematian ibu.

Definisi Operasional yang digunakan untuk indikator AKI per 100.000 kelahiran hidup adalah kematian perempuan selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan (tanpa memandang usia gestasi), akibat semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan/cedera atau kejadian insidental. AKI dihitung dengan menggunakan formulasi Jumlah kematian ibu di bagi jumlah lahir hidup dikali 100.000.

Secara nasional, Angka Kematian Ibu (AKI) telah menurun dari 346 kematian per 100.000 KH pada tahun 2010 (Sensus Penduduk 2010) menjadi 189 kematian per 100.000 KH pada tahun 2022 (Long Form SP2020). AKI di Indonesia masih merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara serta masih jauh dari target global untuk menurunkan AKI menjadi 183 per 100.000 KH pada tahun 2024 dan kurang dari 70 per 100.000 KH pada tahun 2030. Hal ini menunjukkan diperlukan upaya yang lebih strategis dan komprehensif dalam penurunan kematian ibu. Data AKI selama ini didapat dari data survei yang tidak bisa dikeluarkan setiap tahun. Diperlukan penguatan data rutin, sehingga kedepannya AKI bisa didapat dari data rutin. Untuk tahun 2022, data AKI menggunakan hasil data Long Form SP2022 yang disurvei oleh BPS dan sesuai dengan hasil proyeksi daya saing SDM untuk mencapai dukungan pencapaian Indonesia Emas 2045, didapatkan data AKI untuk tahun 2022 sebesar 189 dari target 205.

Grafik 3.5
Target dan realisasi Angka Kematian Ibu Tahun 2021 dan 2022



Berdasarkan hasil Sample Registration System (SRS) Litbangkes Tahun 2016, tiga



penyebab utama kematian ibu adalah gangguan hipertensi (33,07%), perdarahan obstetri (27,03%) dan komplikasi non obstetrik (15,7%). Upaya penurunan AKI dan AKB harus dilakukan secara komprehensif dan tanpa melupakan upaya-upaya peningkatan status kesehatan perempuan, keluarga dan masyarakat secara umum, salah satunya adalah memberikan perhatian serius dalam mengatasi masalah komplikasi pada saat kehamilan, persalinan dan nifas.

Upaya-upaya yang dilakukan dalam rangka percepatan penurunan angka kematian ibu adalah dengan:

- Kegiatan peningkatan kapasitas tenaga Kesehatan, seperti peningkatan kapasitas dokter dan bidan dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi dengan metode *blended learning* dan pelatihan penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal.
- Pendampingan RSUD oleh RS Rujukan dan Organisasi Profesi dalam peningkatan kualitas pelayanan maternal dan neonatal.
- Koordinasi LP/LS dalam upaya penurunan AKI dan AKB.
- Pelaksanaan kelas ibu hamil baik secara daring maupun luring.
- Tersedianya Jaminan Persalinan (Jampersal).
- Tersedianya menu kegiatan terkait penurunan AKI AKB dalam DAK Non Fisik.
- Peningkatan pemanfaatan sistem informasi dan pelaporan melalui berbagai orientasi/sosialisasi penggunaan aplikasi kepada pengelola program dan penginput data program.
- Dilaksanakannya pertemuan evaluasi pelaporan setiap triwulan secara rutin oleh Direktorat Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak kepada penanggungjawab pelaporan di daerah.

Terdapat beberapa hal yang dapat menjadi faktor penghambat pencapaian kinerja indikator Angka Kematian Ibu (AKI), antara lain:

- Pandemi COVID-19 memiliki dampak besar pada terganggunya sistem pelayanan publik, termasuk sistem pelayanan kesehatan ibu dan bayi. Pandemi COVID 19 menyebabkan segala sumber daya pelayanan kesehatan dikerahkan untuk fokus menangani dampak ini. Disamping adanya pembatasan kegiatan masyarakat di beberapa wilayah juga berdampak semakin terhambatnya akses untuk mendapat pelayanan Kesehatan ibu dan bayi.
- Distribusi tenaga Kesehatan dan sarana prasarana yang belum merata, khususnya di daerah yang terpencil, perbatasan dan kepulauan. Selain itu, dinamika tenaga kesehatan yang telah dilatih di daerah juga terus bergerak sehingga perpindahan/mutasi tenaga kesehatan masih terus terjadi.
- Akses geografis yang sulit untuk mencapai fasyankes yang sesuai standar.
- Pemanfaatan Jampersal yang belum optimal.
- Terkait pelaporan: Kurangnya kepatuhan Puskesmas dalam pelaporan kegiatan, serta belum dimanfaatkannya data pelaporan untuk analisis program
- Masih Kurangnya pemahaman pengelola program di Dinas Kesehatan Kab/Kota/Provinsi tentang definisi operasional indikator program dan cara penginputan data laporan di aplikasi.

Faktor yang mendukung pencapaian indikator Angka Kematian Ibu (AKI) antara lain:

- Dukungan lintas program dan lintas sektor, termasuk organisasi profesi dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi.
- Sudah ada sistem pelaporan pelayanan kesehatan ibu dan bayi yang relatif baik karena bersifat real time.
- Dukungan regulasi dan ketersediaan NSPK pelayanan kesehatan ibu dan bayi. Pada tahun 2021 telah terbit Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi dan Pelayanan Kesehatan Seksual
- Adanya dukungan APBN kepada Daerah melalui Dana Dekon, untuk kegiatan terkait untuk percepatan penurunan angka kematian ibu.
- Penyediaan alat kesehatan yang menunjang pelayanan kesehatan ibu bagi masyarakat antara lain alat USG 2 dimensi dan Set Alat Kegawatdaruratan Maternal Neonatal yang telah tersedia di Kabupaten/Kota yg kemudian didistribusikan pada setiap Puskesmas.



Wakil Menteri Kesehatan menyerahkan USG untuk deteksi dini risiko kehamilan dan Persalinan di FKTP .

Adapun alternatif solusi dari faktor penghambat tercapainya target indikator Angka Kematian Ibu (AKI) antara lain:

- Memodifikasi pelayanan kesehatan ibu dan bayi dengan mengoptimalkan Pemanfaatan teknologi informasi dalam bentuk kelas online, webinar, WA group, media belajar lainnya, maupun pemantauan tumbuh kembang anak (aplikasi M-KIA), janji temu di fasyankes atau layanan non tatap muka (telekonsultasi, kunjungan virtual, dan lain-lain).
- Penguatan koordinasi pusat dan daerah dalam meningkatkan sinergitas pelaksanaan program penurunan AKI dan AKB.
- Penguatan dan pendampingan manajemen data rutin mulai dari pengumpulan, penginputan data laporan di aplikasi, analisis, dan pemanfaatan data/informasi.

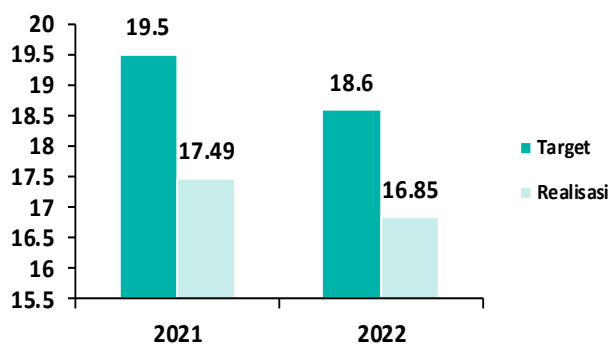
2.1.3. AKB (per 1.000 kelahiran hidup)

Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan indikator kesehatan sebuah negara. Menurut WHO, kematian bayi didefinisikan sebagai jumlah meninggalnya bayi yang berusia di bawah 1 tahun per 1.000 kelahiran yang terjadi dalam kurun satu tahun. Angka ini kerap digunakan sebagai acuan untuk menilai baik-buruknya kondisi ekonomi, sosial, maupun lingkungan di suatu negara.

Definisi Operasional yang digunakan untuk indikator AKB (per 1.000 kelahiran hidup) adalah banyaknya bayi yang meninggal sebelum mencapai umur 1 tahun pada waktu tertentu per 1.000 kelahiran hidup pada periode waktu yang sama.

Cara Perhitungan Indikator adalah Banyaknya bayi yang meninggal sebelum mencapai umur 1 tahun pada waktu tertentu per 1.000 kelahiran hidup pada periode waktu yang sama.

Grafik 3.6
Target dan Realisasi Angka Kematian Bayi Tahun 2021 dan 2022



Secara nasional, Angka Kematian Bayi (AKB) telah menurun dari 24 kematian per 1.000 KH pada tahun 2017 (SDKI 2017) menjadi 16,85 kematian per 1.000 KH pada tahun 2022 (Long Form SP2020). Angka kematian bayi di Indonesia saat ini belum mencapai target *Sustainable Development Goals (SDG's)*. Data AKB selama ini didapat dari data survei yang tidak bisa dikeluarkan setiap tahun. Diperlukan penguatan data rutin, sehingga kedepan AKB bisa didapat dari data rutin. Untuk tahun 2022, data AKB menggunakan hasil data Long Form SP2022 yang disurvei oleh BPS dan sesuai dengan hasil proyeksi daya saing SDM untuk mencapai dukungan pencapaian Indonesia Emas 2045, didapatkan data AKB untuk tahun 2022 sebesar 16,85 dari target 18,6.

Berbagai strategi penurunan AKI dan AKB harus dilakukan, antara lain akses pelayanan, peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, peningkatan pemberdayaan masyarakat dan penguatan tata kelola. Berdasarkan hasil Sample Registration System (SRS) Litbangkes Tahun 2016, tiga penyebab utama kematian bayi terbanyak adalah komplikasi kejadian intrapartum (28,3%), gangguan respiratori dan kardiovaskuler (21,3%) dan BBLR & Prematur (19%).

Upaya-upaya yang dilakukan dalam rangka percepatan penurunan angka kematian bayi adalah dengan:

- Kegiatan peningkatan kapasitas tenaga Kesehatan, seperti peningkatan kapasitas dokter dan bidan dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi dengan metode *blended learning*, Manajemen bayi berat lahir rendah (BBLR) dan pelatihan penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal.
- Pendampingan RSUD oleh RS Rujukan dan Organisasi Profesi dalam peningkatan kualitas pelayanan maternal dan neonatal.
- Koordinasi LP/LS dalam upaya penurunan AKI dan AKB.
- Pelaksanaan kelas ibu baik secara daring maupun luring.
- Tersedianya Jaminan Persalinan (Jampersal) dan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK).
- Tersedianya menu kegiatan terkait penurunan AKI AKB dalam DAK Non Fisik.
- Peningkatan pemanfaatan sistem informasi dan pelaporan melalui berbagai orientasi/sosialisasi penggunaan aplikasi kepada pengelola program dan penginput data program.
- Dilaksanakannya pertemuan evaluasi pelaporan setiap triwulan secara rutin oleh Direktorat Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak kepada penanggungjawab pelaporan di daerah.

Terdapat beberapa hal yang dapat menjadi faktor penghambat pencapaian kinerja indikator Angka Kematian Bayi (AKB), antara lain:

- Pandemi COVID-19 memiliki dampak besar pada terganggunya sistem pelayanan publik, termasuk sistem pelayanan kesehatan ibu dan bayi. Pandemi COVID 19 menyebabkan segala sumber daya pelayanan kesehatan dikerahkan untuk fokus menangani dampak ini. Disamping adanya pembatasan kegiatan masyarakat di beberapa wilayah juga berdampak semakin terhambatnya akses untuk mendapat pelayanan Kesehatan ibu dan bayi.
- Distribusi tenaga Kesehatan dan sarana prasarana yang belum merata, khususnya di daerah yang terpencil, perbatasan dan kepulauan.
- Akses geografis yang sulit untuk mencapai fasyankes yang sesuai standar.
- Pemanfaatan Jampersal dan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) yang belum optimal.
- Terkait pelaporan: Kurangnya kepatuhan Puskesmas dalam pelaporan kegiatan, serta belum dimanfaatkannya data pelaporan untuk analisis program
- Masih Kurangnya pemahaman pengelola program di Dinas Kesehatan Kab/Kota/Provinsi tentang definisi operasional indikator program dan cara penginputan data laporan di aplikasi.

Faktor yang mendukung pencapaian indikator Angka Kematian Bayi (AKB) antara lain:

- Dukungan lintas program dan lintas sektor, termasuk organisasi profesi dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi.
- Sudah ada sistem pelaporan pelayanan kesehatan ibu dan bayi yang relatif baik karena bersifat real time.
- Dukungan regulasi dan ketersediaan NSPK pelayanan kesehatan ibu dan bayi.



Pada tahun 2021 telah terbit Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi dan Pelayanan Kesehatan Seksual.

- Adanya dukungan APBN kepada Daerah melalui Dana Dekon, untuk kegiatan terkait untuk percepatan penurunan angka kematian bayi.

Adapun alternatif solusi dari faktor penghambat tercapainya target indikator Angka Kematian Bayi (AKB) antara lain:

- Memodifikasi pelayanan kesehatan ibu dan bayi dengan mengoptimalkan Pemanfaatan teknologi informasi dalam bentuk kelas online, webinar, WA group, media belajar lainnya, maupun pemantauan tumbuh kembang anak (aplikasi M-KIA), janji temu di fasyankes atau layanan non tatap muka (telekonsultasi, kunjungan virtual, dan lain-lain).
- Penguatan koordinasi pusat dan daerah dalam meningkatkan sinergitas pelaksanaan program penurunan AKI dan AKB.
- Penguatan dan pendampingan manajemen data rutin mulai dari pengumpulan, penginputan data laporan di aplikasi, analisis, dan pemanfaatan data/informasi.

2.1.4. Prevalensi *stunting* (pendek dan sangat pendek) (%)

Stunting adalah gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak akibat kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang yang ditandai dengan panjang atau tinggi badannya berada di bawah standar yang ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang kesehatan. Hingga saat ini stunting masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Pandemi COVID 19 yang berdampak pada multisektor juga meningkatkan risiko terjadinya stunting di masyarakat karena adanya kerawanan pangan dan gizi akibat dari kondisi ekonomi pada sebagian besar masyarakat.

Stunting biasanya terjadi karena kekurangan gizi pada periode 1000 Hari Pertama Kehidupan yang akan berdampak pada pertumbuhan fisik, perkembangan kognitif, kerentanan terhadap penyakit, rendahnya produktivitas, gangguan perkembangan metabolic dan fisiologik. Stunting juga meningkatkan risiko penyakit degeneratif ketika dewasa seperti diabetes mellitus dan penyakit kardiovaskular.

Definisi Operasional untuk indikator prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek) adalah Persentase anak umur 0 - 59 bulan dengan kategori status gizi berdasarkan indeks Berat Badan menurut Panjang/Tinggi Badan (BB/TB) memiliki Z-score kurang dari -2 SD.

Prevalensi stunting (pendek dan sangat pendek) dihitung dengan formulasi Jumlah balita pendek dibagi jumlah balita diukur panjang atau tinggi badan dikali 100.

Grafik 3.7
Target dan Realisasi Stunting Tahun 2021 dan 2022



Secara nasional prevalensi stunting mengalami penurunan, dari 27.67% (Survei Status Gizi Balita Indonesia, 2019) menjadi 24,4% di tahun 2021 (SSGI, 2021), dan di tahun 2022 menjadi 21,6% (SSGI, 2022) dengan target prevalensi stunting dalam RPJMN sebesar 14% di tahun 2024. Menindaklanjuti hasil yang ada, telah ditetapkan 12 provinsi yang perlu difokuskan untuk percepatan penurunan stunting yang terdiri dari 7 provinsi yang memiliki prevalensi stunting tertinggi (NTT, Sumatera Barat, Aceh, NTB, Kalimantan Selatan, Sulawesi Tenggara) dan 5 (lima) provinsi dengan jumlah kasus terbesar (Jawa Barat, Jawa Timur, JawaTengah, Sumatera Utara dan Banten).

Berdasarkan Peraturan Presiden No 72 tahun 2021 terdapat indikator spesifik dan sensitive untuk penanggulangan stunting yang terfokus pada tiga kelompok sasaran yaitu remaja putri, ibu hamil dan balita. Terdapat 11 program kesehatan yang didorong untuk mencapai indikator spesifik dan sensitive tersebut, antara lain:

1. Skrining anemia bagi remaja putri
2. Konsumsi tablet tambah darah bagi remaja putri
3. Pemeriksaan kehamilan (ANC)
4. Konsumsi TTD ibu hamil
5. Pemberian makanan tambahan bagi Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK)
6. Pemantauan pertumbuhan balita
7. Pemberian ASI eksklusif
8. Pemberian MPASI kaya protein hewani bagi baduta
9. Tata laksana balita dengan masalah gizi
10. Peningkatan cakupan dan perluasan imunisasi
11. Edukasi remaja, ibu hamil dan keluarga termasuk pemucuan bebas Buang Air BesarSembarangan (BABS)

Dari 11 program intervensi spesifik tersebut terdapat delapan program yang telah mencapai target pada tahun 2022, sebagai dijelaskan pada tabel berikut:

Tabel 3.2
Program Intervensi Spesifik pada Stunting

Intervensi	Capaian 2022	Target 2022	Target 2024
Remaja putri mendapatkan TTD	34,59%	54%	58%
Ibu hamil mendapatkan TTD	84,67%	60%	80%
Ibu Hamil Kurang Eenergi Kronis (KEK) mendapat tambahan asupan gizi	89,01%	85%	90%
Bayi <6 bulan mendapat ASI eksklusif	67,70%	70%	80%
Balita dipantau pertumbuhan	75,05%	75%	90%
Balita gizi kurang mendapat tambahan asupan gizi	87,91%	80%	90%
Balita gizi buruk mendapat pelayanan tatalaksana gizi buruk	89,84%	83%	90%
Bayi usia 0-11 bulan mendapat Imunisasi Dasar Lengkap	67,24%	90%	100%

Intervensi yang dilakukan juga didukung dengan pelaksanaan edukasi bagi seluruh kelompok sasaran yang dilaksanakan secara massif dengan menggunakan berbagai platform media antara lain media sosial, TV nasional, TV local, media luar ruang di lokasi strategis, dan transportasi public seperti commuterline dan bis umum. Kampanye juga dilakukan untuk mendukung penyebaran informasi kesehatan terkait stunting.

Selain itu, koordinasi juga terus dilaksanakan dengan lintas Kementerian dan Lembaga, lintas sector, pemerintah daerah, organisasi profesi, lembaga swadaya masyarakat, akademisi serta dunia usaha dengan harapan saling mendukung untuk bergerak menurunkan prevalensi stunting di Indonesia. 5 Gerakan cegah stunting yang dilakukan diantaranya Aksi Bergizi, Bumil Sehat, Aktifkan Posyandu, Jambore Kader dan Cegah Stunting Itu Penting.

Beberapa hal yang menjadi tantangan dalam melaksanakan kegiatan yang berkontribusi terhadap pencapaian target pencegahan stunting antara lain:

- Masa pandemi COVID-19 telah menyebabkan perubahan pola hidup masyarakat yang cukup ekstrim, dan ini berdampak pada kegiatan perbaikan gizi di masyarakat, seperti Posyandu yang juga menyesuaikan dengan kebijakan wilayah. Selama beberapa waktu kegiatan Posyandu sempat dihentikan, dan untuk wilayah lainnya yang masih memungkinkan untuk berjalan tetap perlu menyesuaikan dengan prinsip menjaga jarak dan syarat lainnya. Meski demikian, bukan berarti dengan terhentinya kegiatan Posyandu maka tidak ada pemantauan sama sekali terhadap balita. Petugas kesehatan dibantu kader tetap mempunyai kewajiban untuk melakukan pemantauan pada balita yang berisiko mengalami masalah gizi.
- Masa pandemi di beberapa wilayah juga menyebabkan penurunan pendapatan karena situasi pandemi berdampak pada pekerjaan sehingga menyebabkan penurunan daya beli di masyarakat maupun dirumah tangga yang pada akhirnya memengaruhi kemampuan pemenuhan kalori dan protein. Hal



tersebut terlihat dari hasil SUSENAS 2020, menunjukkan bahwa pemenuhan kalori dan protein terutama pada kelompok kuintil pertama dan kedua belum 100% sesuai AKG.

- Selain itu intervensi baik spesifik maupun sensitif juga sebetulnya bukanlah hal baru. Pada masing-masing program kita sudah melaksanakan, saat ini upaya konvergensi juga sudah dilaksanakan. Namun tantangannya adalah komitmen dan penguatan di semua tingkatan mulai dari pusat hingga desa bahkan masyarakat penerima manfaat.

Faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target adalah

- Dukungan kegiatan dari lintas program dan lintas sektor untuk menurunkan stunting dalam pencapaian target. Stunting merupakan masalah multidimensi yang tidak bisa diselesaikan oleh sektor kesehatan saja, namun membutuhkan penanganan secara multisektoral. Strategi nasional penanggulangan stunting sudah diformulasikan mulai dari pusat hingga daerah, wilayah lokus semakin diperluas, yang didukung dengan penganggaran yang cukup untuk pelaksanaan intervensi sensitif dan spesifik, peningkatan kapasitas sumber daya kesehatan, hingga pemenuhan sarana dan prasarana termasuk alat antropometri untuk pemantauan pertumbuhan yang berkualitas dan terstandar di seluruh Puskesmas dan Posyandu secara bertahap serta penyediaan USG untuk pemeriksaan kehamilan di seluruh Puskesmas.
- Kegiatan intervensi gizi sensitive yang dilakukan oleh sektor non kesehatan ditujukan untuk mengatasi asal tidak langsung dari masalah gizi diantaranya melalui penuntasan masalah kependudukan dan kemiskinan, peningkatan ketahanan pangan hingga rumah tangga, serta perbaikan kualitas pendidikan yang akan sangat berdampak pada upaya penanggulangan stunting.
- Penguatan kerjasama dengan delapan Perguruan Tinggi Negeri antara lain Universitas Syiah Kuala, Universitas Andalas, Universitas Sriwijaya, Universitas Negeri Lampung, Universitas Padjajaran, Universitas Diponegoro, Universitas Airlangga, dan Universitas Hassanuddin dalam pelaksanaan Komunikasi Antar Pribadi bagi sasaran kunci pencegahan stunting.
- Penguatan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat dan integrasi program terutama untuk mengatasi penyebab langsung masalah gizi.
- Inovasi dalam meningkatkan kapasitas tenaga kesehatan dalam implementasi intervensi gizi spesifik dengan modifikasi pelatihan blended learning yang dapat dilakukan baik secara tatap muka maupun pembelajaran jarak jauh yang disesuaikan dengan perkembangan situasi pandemic.

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

- Peningkatan pengetahuan pemenuhan gizi melalui pemanfaatan pangan lokal guna mendukung pemenuhan makanan tambahan bagi balita gizi kurang dan ibu hamil kurang energi kronis.
- Peningkatan pengetahuan kapasitas tenaga pelaksana gizi dalam melakukan pengukuran Panjang/tinggi badan serta peningkatan kapasitas kader dalam pencegahan stunting dan pemantauan tumbuh kembang
- Penyediaan alat antropometri di setiap Posyandu, dengan spesifikasi alat yang

- mengacu pada KMK Nomor HK.01.07/MENKES/1182/2022
- Pendampingan rutin implementasi gizi spesifik di provinsi dengan prevalensi balita stunting terbanyak.
 - Monitoring dan Evaluasi intervensi spesifik pada 5 Kabupaten/Kota di 12 Provinsi Prioritas.



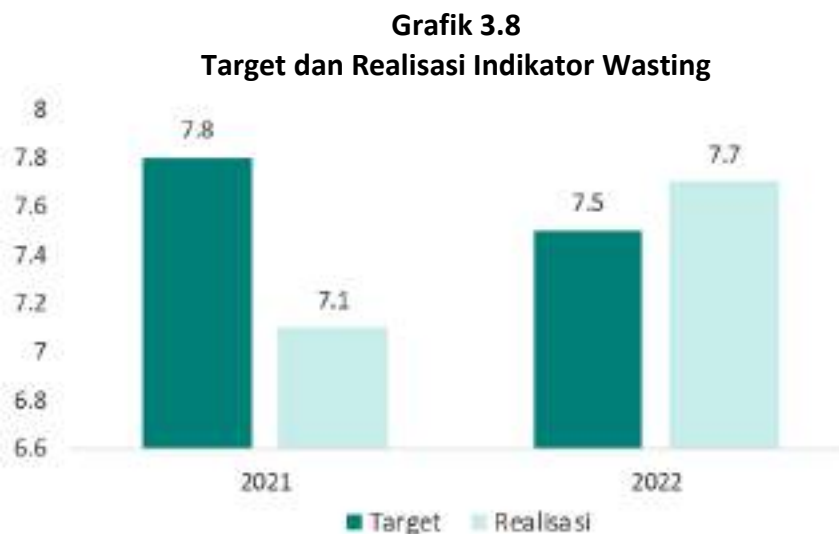
Gambar atas ; Menkes menyampaikan hasil capaian target Stunting berdasarkan hasil SSGI 2022. Percepatan penurunan stunting membutuhkan peran lintas sektor, peran aktif Pemda, Organisasi kemasyarakatan, swasta, dan organisasi keagamaan (Gambar bawah).



2.1.5. Wasting (kurus dan sangat kurus) pada balita (%)

Definisi Operasional untuk indikator wasting (gizi kurang dan gizi buruk) pada balita adalah Persentase anak umur 0 - 59 bulan dengan kategori status gizi berdasarkan indeks Berat Badan menurut Panjang/Tinggi Badan (BB/TB) memiliki Z-score kurang dari - 2 SD.

Cara Perhitungan Indikator adalah Jumlah balita gizi kurang dan gizi buruk dibagi jumlah balita diukur berat badan dan panjang/tinggi badan dikali 100.



Hasil riset nasional terakhir menunjukkan adanya perbaikan beberapa indikator gizi, secara nasional prevalensi wasting mengalami penurunan, dari 10.2% (Risikesdas, 2018) menjadi 7.1% di tahun 2021 (SSGI, 2021), namun di 2022 naik menjadi 7,7% (SSGI, 2022) dengan target prevalensi wasting dalam RPJMN sebesar 7% di tahun 2024.

Namun demikian Indonesia masih termasuk negara yang mengalami masalah beban gizi ganda (*double burden of malnutrition/DBM*) karena tingginya prevalensi gizi kurang dan gizi lebih pada saat yang bersamaan. Beban ganda gizi berdampak pada seluruh aspek kehidupan. Dampak yang paling buruk dan memiliki konsekuensi jangka panjang jika masalah gizi tersebut terjadi pada 1000 hari pertama kehidupan (HPK), mulai dari masa kehamilan sampai anak berusia 2 tahun dan masa remaja. Anak-anak yang mengalami masalah gizi tersebut memiliki risiko 11.6 kali lebih tinggi untuk mengalami kematian dibanding anak-anak yang memiliki status gizi baik. Anak dengan masalah gizi tersebut mampu bertahan tetapi akan berisiko untuk mengalami masalah pertumbuhan, perkembangan dan masalah kesehatan lainnya di sepanjang tahap kehidupannya.

Kementerian Kesehatan melalui Rencana Strategis Kementerian tahun 2020 – 2024 berkomitmen untuk mendukung pencapaian target perbaikan gizi yang tercantum dalam RPJMN 2020 - 2024 yaitu menurunkan prevalensi stunting dan wasting pada balita masing- masing menjadi 14% dan 7% pada tahun 2024.



Telah disusun program gizi generik dan teknis terkait intervensi gizi spesifik yang menasar langsung kelompok sasaran prioritas yaitu kelompok 1000 hari pertama kehidupan, mulai dari ibu hamil, ibu menyusui, bayi dan baduta ditambah kelompok remaja terutama remaja putri. Program gizi yang telah dilakukan dalam kurun 5 (lima) tahun terakhir meliputi kegiatan yang sudah terbukti efektif memiliki daya ungkit terhadap perbaikan gizi masyarakat, yaitu:

1. Pemberian Tablet Tambah Darah untuk Remaja Putri
2. Pemberian Tablet Tambah Darah untuk Ibu Hamil
3. Pemberian Makanan Tambahan untuk Ibu Hamil KEK
4. Promosi/Konseling Pemberian Makan Bayi dan Anak (IMD, ASI Eksklusif, MPASI dan Menyusui sampai usia 2 tahun atau lebih)
5. Pemberian Vitamin A untuk bayi dan Balita
6. Pemantauan Pertumbuhan dan Perkembangan Balita
7. Pemberian Makanan Tambahan untuk Balita Gizi Kurang
8. Manajemen Terpadu Balita Gizi Buruk

Beberapa faktor yang menghambat pencapaian target penurunan wasting sebagai berikut :

1. Diet yang tidak adekuat dan kerawanan pangan berkontribusi terhadap kekurangan gizi dan obesitas:
 - Hasil Susenas Maret 2022 menunjukkan bahwa rata-rata konsumsi portein per hari penduduk Indonesia telah melampaui anjuran AKG yaitu sebesar 62,21 gram per kapita sehari. Konsumsi protein terbesar penduduk berasal dari Padi-Padian (19,80 gram) dan Makanan & Minuman Jadi (13,41 gram). Sedangkan yang terendah berasal dari kelompok Minyak & Kelapa yaitu 0,17 gram/kapita/hari. Jika diamati lebih jauh menurut kelompok komoditasnya, konsumsi protein penduduk Indonesia lebih dominan pada jenis protein nabati dibandingkan hewani. Sekitar 44,47 persen dari total konsumsi protein penduduk Indonesia pada Maret 2022 berasal dari kelompok Padi-Padian Umbi-Umbian, Sayur, Kacang, dan Buah-Buahan yang mewakili bahan makanan sumber protein nabati. Sedangkan protein yang bersumber dari kelompok Ikan, Daging, Telur & Susu (protein hewani) hanya sekitar 17,74 persen.
 - Akses ekonomi (keterjangkauan) pangan dibandingkan dengan ketersediaan pangan adalah penyebab utama kerawanan pangan.
 - Pengeluaran untuk makanan dan minuman jadi, yang sebagian besar cenderung diproses, meningkat sebanyak empat kali lipat antara 2007 dan 2017 yang didorong oleh industri makanan dan minuman yang sedang berkembang.
2. Penyakit, akses yang tidak memadai ke pelayanan kesehatan, dan air dan sanitasi, terkait dengan Beban Ganda Masalah Gizi:
 - Penyakit infeksi terus menyebar dan memiliki keterkaitan dengan kekurangan gizi.

- PTM sedang meningkat sebagai akibat dari meningkatnya obesitas dan menambah beban sistem pelayanan kesehatan.
- 3. Pemberian makan pada bayi dan anak dan asupan makanan ibu yang buruk, serta praktik perawatan ibu dan pengasuhan anak yang suboptimal adalah penyebab penting dari kekurangan gizi dan obesitas. Diketahui bahwa tingkat menyusui meningkat tetapi praktik pemberian makanan pendamping ASI yang tidak sesuai terjadi di mana-mana.
- 4. Perekonomian yang berubah, demografi, relasi gender, keyakinan sosial dan budaya, dan perubahan iklim di Indonesia menawarkan peluang serta ancaman terhadap gizi.

Komitmen pemerintah untuk upaya pembinaan gizi masyarakat sangat tinggi yang tercermin dengan menetapkan stunting dan wasting sebagai sasaran utama pembangunan kesehatan dalam RPJMN 2020 – 2024. Hal tersebut didukung dengan ditetapkannya arah pembinaan gizi masyarakat untuk pencegahan dan penanggulangan permasalahan beban gizi ganda yang mencakup:

1. percepatan penurunan stunting dengan peningkatan efektivitas intervensi spesifik, perluasan dan penajaman intervensi sensitif secara terintegrasi;
2. peningkatan intervensi yang bersifat life saving dengan didukung data yang kuat (*evidence based policy*) termasuk fortifikasi dan pemberian *multiple micronutrient*;
3. penguatan advokasi, komunikasi sosial dan perubahan perilaku hidup sehat terutama mendorong pemenuhan gizi seimbang berbasis konsumsi pangan (*food based approach*);
4. penguatan sistem surveilans gizi;
5. peningkatan komitmen dan pendampingan bagi daerah dalam intervensi perbaikan gizi dengan strategi sesuai kondisi setempat; dan respon cepat perbaikan gizi dalam kondisi darurat.

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

- Peningkatan pengetahuan pemenuhan gizi melalui pemanfaatan pangan lokal guna mendukung pemenuhan makanan tambahan bagi balita gizi kurang dan ibu hamil kurang energi kronis.
- Peningkatan kapasitas Sumber Daya Manusia (SDM) dalam melakukan pengukuran dan penimbangan Balita
- Peningkatan kualitas layanan, salah satunya dengan pemenuhan alat antropometri di setiap Posyandu, dengan spesifikasi alat yang mengacu pada KMK Nomor HK.01.07/MENKES/1182/2022
- Penguatan Edukasi serta Penguatan Manajemen Intervensi Gizi di Puskesmas dan Posyandu



Dalam rangka meningkatkan pemahaman dan kesadaran kepada masyarakat mengenai pentingnya mengonsumsi Tablet tambah Darah (TTD), melakukan aktivitas fisik dan olahraga, hingga mengonsumsi makanan yang bergizi seimbang, Kementerian Kesehatan mengadakan kegiatan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat yang dilaksanakan dalam skala nasional.

Pada acara yang berlangsung pada hari rabu, 26 Oktober 2022 tersebut, melibatkan berbagai sektor terkait, seperti Kementerian/Lembaga serta Institusi Pendidikan yaitu SMP, SMA

Dengan terselenggaranya kegiatan Gerakan Nasional Aksi Bergizi ini, diharapkan mampu menumbuhkan kesadaran sejak dini kepada masyarakat, khususnya para peserta mengenai pentingnya menjalankan perilaku hidup sehat dan minum tablet tambah darah.

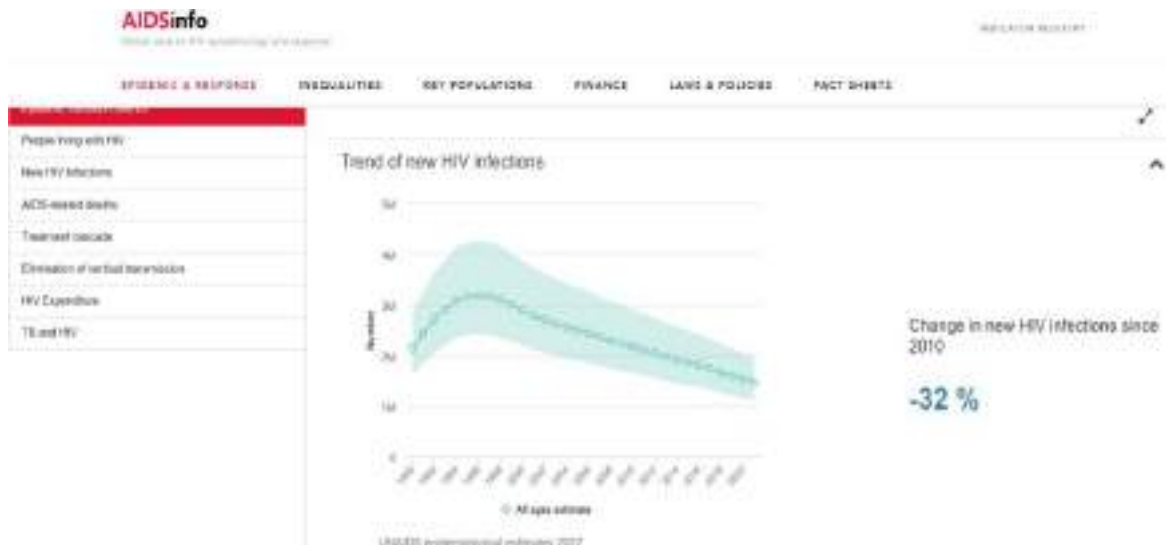
2.1.6. Insidensi HIV (per 100.000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV)

Definisi Operasional Indikator Insidensi HIV adalah Jumlah infeksi baru HIV yang terjadi pada populasi berumur di atas 15 tahun selama periode waktu tertentu. Angka ini menggambarkan jumlah infeksi baru yang terjadi di populasi, baik pada orang yang menyadari tertular maupun yang tidak menyadarinya, dan tidak hanya yang datang ke pelayanan Kesehatan dan dilaporkan ke program.

Indikator Insidensi HIV dihitung dari jumlah infeksi baru HIV yang terjadi pada populasi berumur di atas 15 tahun, dibagi jumlah penduduk berusia di atas 15 tahun yang belum terkena infeksi HIV (population at risk), dalam kurun waktu tertentu, dikali 1000. Sumber data diperoleh melalui *AIDS Epidemic Modeling (AEM)*.

Angka insiden menggambarkan jumlah infeksi baru yang terjadi di populasi, baik pada orang yang menyadari tertular maupun yang tidak menyadarinya, dan tidak hanya yang datang ke pelayanan kesehatan dan dilaporkan ke program. Penentuan angka insiden HIV pada populasi dapat memantau epidemi, memperbaiki target populasi yang akandiintervensi, dan mengevaluasi efektifitas program pencegahan dan pengobatan.

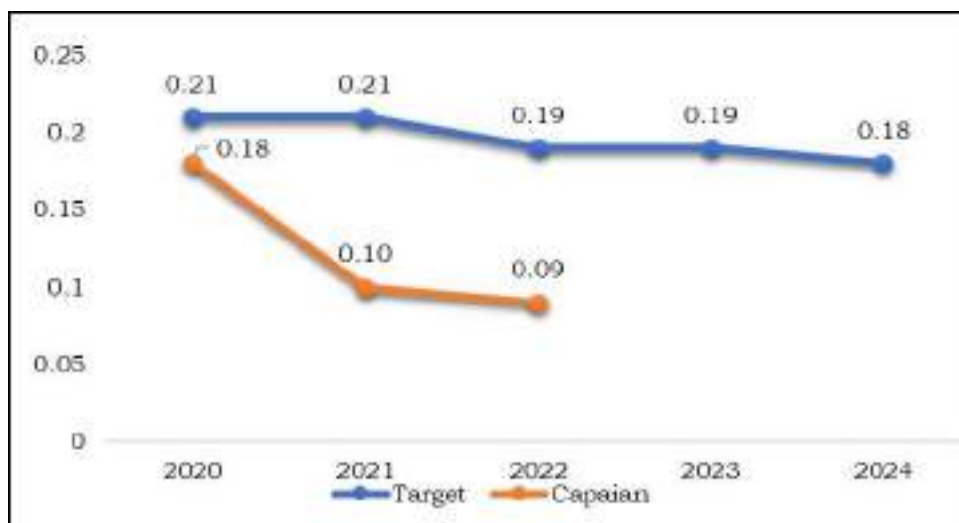
Grafik 3.9
Estimasi Jumlah Infeksi Baru HIV Tahun 1990-2021



Sumber Data: UNAIDS, 2022

Grafik diatas menunjukkan bahwa Insiden HIV akan menurun sejalan dengan peningkatan Orang Dengan HIV (ODHIV) dalam pengobatan ARV. Berdasarkan estimasi UNAIDS tahun 2022, infeksi baru di dunia menurun sampai dengan 32% dari 2,1 juta di tahun 2010 menjadi 1,5 juta pada tahun 2021. Hasil perhitungan *AIDS Epidemic Model* (AEM), diperoleh angka insiden HIV di Indonesia tahun 2022 sebesar 0.09 per 1.000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV. Bila dibandingkan dengan target tahun 2022 yakni sebesar 0.19 per 1.000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV maka capaian tahun 2022 telah melebihi target dengan capaian kinerja sebesar 153%. Bila dibandingkan dengan tren target dan capaian pada tahun 2020-2024, digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.10
Target dan Capaian Insidensi HIV Tahun 2020-2024



Sumber Data: Laporan Tim Kerja HIV AIDS, 2023



Grafik diatas menunjukkan bahwa angka insidensi HIV di Indonesia telah mencapai target sejak tahun 2020. Peningkatan capaian insidensi melebihi target disebabkan oleh jumlah estimasi ODHIV yang berbeda pada tahun 2020 dan 2021. Pada tahun 2020, estimasi ODHIV yang digunakan sesuai dengan hasil estimasi sebelumnya yaitu 640.443 orang. Pada tahun 2021, setelah dilakukan pemodelan dan estimasi baru, jumlah ODHIV yang digunakan adalah 543.100. Pada tahun 2022 angka estimasi ODHIV menjadi sebesar 526.841. Bila dibandingkan dengan capaian target jangka menengah pada akhir tahun 2024 maka capaian tahun 2022 telah melebihi target tahun 2024 sehingga diperkirakan capaian tahun 2024 insidensi HIV akan melebihi target.

Untuk menutup kesenjangan dalam respon HIV, berikut tindakan kunci yang perlu dilakukan:

➤ **Melakukan dorongan baru untuk program pencegahan HIV.**

Negara perlu meningkatkan prioritas politik dan finansial pencegahan HIV dan beralih dari proyek yang terfragmentasi ke implementasi berskala besar. Upaya ganda diperlukan untuk mengatasi ketidaksetaraan dalam akses pencegahan HIV dan untuk menutup kesenjangan dalam kaskade layanan untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak. Saat alat pencegahan baru tersedia, seperti *long-acting injectable PrEP*, upaya terfokus akan diperlukan agar program dapat bergulir secepat dan seefektif mungkin.

➤ **Mewujudkan hak asasi manusia dan kesetaraan gender.**

Undang-undang dan kebijakan yang punitive dan diskriminatif merongrong penanggulangan AIDS dengan mendorong orang menjauh dari layanan dan menghambat upaya kesehatan masyarakat untuk menjangkau mereka yang paling berisiko terhadap infeksi baru atau kematian. Menghapus undang-undang ini akan membantu respon AIDS kembali ke jalurnya. Hak asasi perempuan dan anak perempuan—termasuk kesehatan dan hak seksual dan reproduksi mereka—adalah kunci respons yang efektif. Menempatkan mereka di pusat respon AIDS, di samping adanya upaya sumber daya yang baik untuk menghilangkan kekerasan berbasis gender.

➤ **Mendukung dan mendanai respon yang dipimpin komunitas (*community-led monitoring/CLM*) secara efektif.**

CLM terbukti menjadi *game changer* dalam mengurangi ketidaksetaraan dan mendukung respon HIV yang efektif. CLM menjangkau mereka yang kurang terlayani oleh layanan arus utama dan memantau kualitas layanan agar penyedia bertanggung jawab atas keberhasilannya. Mendanai upaya ini dan menghapus kebijakan yang menghambat kemampuan organisasi yang dipimpin masyarakat untuk menyediakan berbagai layanan akan menjadi kunci untuk mempercepat kemajuan

➤ **Menjamin pembiayaan yang cukup dan berkelanjutan.**

Investasi HIV baru yang besar sangat penting baik dari donor internasional maupun pemerintah negara berpenghasilan rendah dan menengah. Tindakan internasional diperlukan untuk meringankan krisis utang yang dihadapi banyak negara berpenghasilan rendah dan menengah dan untuk menghindari kebijakan penghematan yang kontraproduktif. Langkah-langkah juga diperlukan untuk lebih meningkatkan pengembalian investasi HIV, termasuk melalui pengurangan harga, efisiensi biaya, dan peningkatan investasi dalam pencegahan HIV. Hambatan finansial

untuk pemanfaatan layanan harus dihilangkan.

➤ **Mengatasi *ketidaksetaraan* dalam akses dan hasil pencegahan, tes dan pengobatan HIV, dan menutup kesenjangan yang ada di daerah tertentu dan untuk kelompok tertentu.**

Dalam latar yang beragam, negara dan komunitas mengambil tindakan untuk mengakhiri ketidaksetaraan dan menutup kesenjangan. Membangun momentum ini, para pemangku kepentingan perlu memanfaatkan data yang lebih baik dan lebih terperinci untuk membidik ketidaksetaraan yang memperlambat kemajuan.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target antara lain:

- Koordinasi dengan Lintas Program dan Lintas Sektor dalam penyediaan promosi Kesehatan dan kesehatan reproduksi, terutama untuk perempuan, anak, dan remaja.
- Koordinasi dan kolaborasi dengan komunitas dalam menjangkau populasi kunci sehingga target skrining dan tes tercapai.
- Integrasi layanan primer, khususnya dalam skrining, testing, dan penyediaan sistem informasi terintegrasi.
- Peningkatan kapasitas petugas untuk meningkatkan testing HIV melalui Lokakarya Notifikasi Pasangan dan Anak (NPA) di 34 provinsi.
- Implementasi mentoring untuk menambah jumlah dan kualitas layanan tes dan pengobatan di 7 provinsi dengan jumlah ODHIV banyak yakni di Provinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Sumatera Utara, Sulawesi Selatan, Papua dan Papua Barat).
- Pendampingan khusus peningkatan pemeriksaan Viral Load bagi ODHIV yang memenuhi kriteria.
- Peningkatan dan Penyegaran Kapasitas Petugas Kesehatan Layanan Via Webinar Clinic Talk Series (15 series).
- Pendampingan dan fasilitatif Program HIV AIDS dan PIMS.
- Penguatan pendampingan ODHIV oleh pendukung sebaya (komunitas) maupun oleh kader kesehatan.
- Penyediaan reagen pemeriksaan HIV untuk skrining dan diagnosis HIV, obat antiretroviral (ARV) untuk ODHIV, dan reagen viral load untuk mengetahui seberapa baik pengobatan pada ODHIV dalam pengobatan.



Melalui peringatan Hari AIDS Dunia membangun komitmen bersama lintas sektor untuk turut mengupayakan tujuan mengakhiri pandemi AIDS melalui upaya pencegahan dan pemberian akses layanan untuk semua.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target antara lain jumlah ODHIV *loss to follow up* (LFU) yang tinggi yaitu 29,4 % di tahun 2022, capaian ODHIV dalam pengobatan

(ODHIV on ART) masih belum mencapai target, jumlah ODHIV on ART yang periksa *viral load* masih rendah. Kesemua hal tersebut, secara langsung dan tidak langsung mempengaruhi capaian insiden HIV di Indonesia.

Faktor -faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target antara lain:

- Pelaksanaan kegiatan notifikasi pasangan di layanan.
- Penerapan MMD (multi month dispensing) yaitu pemberian obat untuk lebih dari satu bulan sehingga mengurangi intensitas ODHIV ke layanan. ODHIV yang mendapatkan layanan MMD harus sesuai dengan kriteria untuk mencegah peluang ODHIV lost to follow up.
- Penjangkauan populasi kunci dan pendampingan untuk ODHIV.
- Adanya koordinasi dan kolaborasi antara petugas Kesehatan dan komunitas dalam melaksanakan program pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan PIMS
- Integrasi layanan primer, khususnya dalam skrining, testing, dan penyediaan sistem informasi terintegrasi.
- Penguatan kegiatan PrEP (*Pre Exposure Prophylaxis*)

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

- Penelusuran *ODHIV loss to follow up (LFU)* oleh kader dan penjangkau di komunitas atau LSM yang ada.
- Meningkatkan koordinasi dan kolaborasi dalam pendampingan dan penjangkauan skrining dan testing HIV pada populasi kunci.
- Peningkatan layanan informasi, edukasi, dan konseling HIV pada seluruh lapisan masyarakat.
- Melatih kader/komunitas sebagai pendamping ODHIV minum ARV dan melacak putus obat
- Mengoptimalkan *mobile clinic* dan klinik berbasis komunitas untuk mendekatkan akses skrining, testing, dan pengobatan.



2.1.7. Insidensi Tuberculosis (per 100.000 penduduk)

Pada tahun 2021, secara global diperkirakan sebanyak 10,6 juta kasus TBC, meningkat sekitar 4,5% dibandingkan pada tahun 2020 sebanyak 10,1 juta kasus. Dengan demikian angka insidensi meningkat sekitar 3,6% dari tahun 2020. Beban kasus TBC kebal obat juga meningkat dari tahun 2020 menjadi 450.000 pada tahun 2021. Estimasi beban TBC selama pandemi Covid-19 hanya dapat ditentukan berdasarkan model dinamika negara dan regional bagi negara-negara berpendapatan rendah dan menengah. Survei beban kasus TBC dan penyebab kematian terkini dengan cakupan populasi nasional dari sistem registrasi vital nasional dengan cakupan yang besar juga diperlukan untuk memperkirakan dampak pandemi yang lebih akurat.

Berdasarkan letak geografisnya, kasus TBC pada tahun 2021 paling banyak di regional Asia Tenggara (45%), Afrika (23%) dan Pasifik Barat (18%), dan persentase yang sedikit di Timur Tengah (8,1%), Amerika (2,9%) dan Eropa (2,2%). Ada 8 negara dengan jumlah kasus dua per tiga dari total kasus global, yaitu India (28%), Indonesia (9,2%), Cina (7,4%), Filipina (7,0%), Pakistan (5,8%), Nigeria (4,4%), Bangladesh (3,6%) dan Republik Demokratik Kongo (2,9%).

Data WHO yang dimuat pada Global TB Report 2021, memperlihatkan indikator yang dipakai dalam mencapai tujuan “End the Global TB epidemic” adalah jumlah kematian akibat TBC per tahun, angka kejadian (incidence rate) per tahun serta persentase rumah tangga yang menanggung biaya pengobatan TBC. Menurut TB Global Report tahun 2022 untuk Indonesia, angka kejadian (insidensi) TBC tahun 2021 adalah 354 per 100.000 (sekitar 969.000 pasien TBC), dan 2,27% (22.000 kasus) di antaranya dengan TB/HIV. Angka kematian TBC adalah 52 per 100.000 penduduk (jumlah kematian 144.000) tidak termasuk angka kematian akibat TB/HIV. WHO memperkirakan ada 28.000 kasus *Multi Drug Resistance* (MDR) di Indonesia.

Definisi Operasional Insidensi TBC adalah jumlah kasus TBC (baru maupun relaps termasuk kasus TBC pada orang yang hidup dengan HIV) yang muncul selama periode waktu tertentu per 100.000 penduduk. Insidensi TBC dipengaruhi oleh angka penemuan kasus (*treatment coverage*), pemberian terapi pencegahan TB (TPT), angka keberhasilan pengobatan (*success rate*) dan semua faktor risiko TB. Selain itu, insidensi TBC. Selain itu, insiden berasosiasi dengan GDP per kapita, kemiskinan, gizi buruk, diabetes dan beban penyakit lainnya.

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 2022 menunjukkan insidensi TBC pada tahun 2021. Rumus perhitungan Insidensi TBC adalah jumlah semua kasus TBC pada waktu tertentu dibagi jumlah penduduk pada periode waktu yang sama kemudian dikali 100.000.

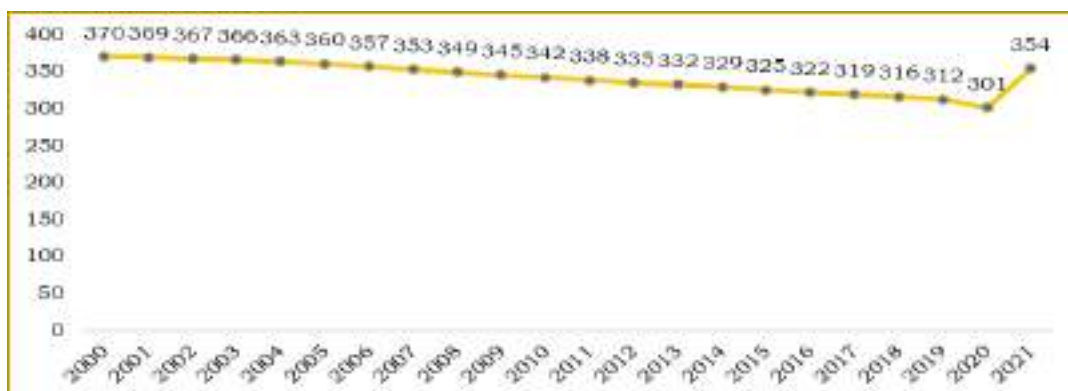
Insidensi TBC adalah indikator yang memberikan gambaran beban penyakit TBC

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 dilaporkan/ 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 dilaporkan/under-reporting, jika syarat tertentu terpenuhi, metode capture- recapture juga dapat digunakan untuk mengetimasi 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 (treatment coverage), pemberian terapi pencegahan TBC (TPT), angka keberhasilan pengobatan (success rate) dan semua faktor risiko TBC ke dalam perhitungan.

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 dan meningkat menjadi 354 per 100.000 penduduk pada tahun 2021, seperti digambarkan dalam grafik berikut ini:

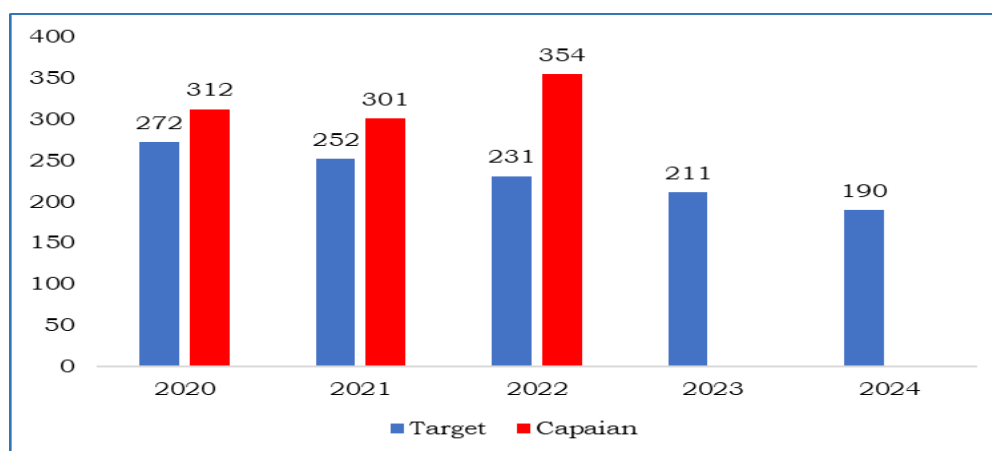
Grafik 3.11
Insidensi TB 2020-2021



Sumber Data: Global TB Report, 2022

Grafik diatas menunjukkan peningkatan Insidensi TBC dari tahun 2020 ke tahun 2021. Meningkatnya insidensi TBC ini bukan saja menunjukkan tidak tercapainya target, dari target 252 per 100.000 penduduk, tercapai 354 per 100.000 penduduk dengan capaian kinerja sebesar 46,75%, tapi juga menunjukkan semakin banyaknya kasus TBC di masyarakat sehingga perlu dilakukan kegiatan penemuan dan pengobatan kasus yang bersifat aktif dan massif. 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. Tren capaian target insidensi digambarkan dalam grafik di bawah ini:

Grafik 3.12
Target dan Capaian Insidensi TB di Indonesia Tahun 2020-2024



Sumber Data: Laporan Tim Kerja TBC, 2023

Grafik diatas menunjukkan bahwa tren capaian tahun 2020-2022 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 tahun 2023-2024 maka capaian tidak akan berjalan *on track* dan diperkirakan target tidak akan tercapai.

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 2016 – 2019, namun pada tahun 2020 China mengalami kenaikan insidensi sehingga posisi China menjadi ranking 2, namun pada tahun 2021 India dan Indonesia mengalami peningkatan juga sehingga pada tahun 2022 Indonesia menduduki peringkat kedua setelah India sebagaimana pada tabel berikut ini:

Tabel. 3.3
Perbandingan Penurunan Angka Insidensi 3 negara beban TB tertinggi

No	Negara	Insidensi	2016	2017	2018	2019	2020	2021
1	India	Absolute	2.800.000	2.700.000	2.700.000	2.640.000	2.600.000	3.000.000
		Rate	211	204	199	193	186	210

No	Negara	Insidensi	2016	2017	2018	2019	2020	2021
		% penurunan	2,76	3,32	2,45	3,02	3,63	(-12,9)
2	China	Absolute	890.000	884.000	866.000	833.000	842.000	780.000
		Rate	63	62	61	58	60	55
		% penurunan	3,08	1,59	1,61	4,92	(-3,45)	8,33
3	Indonesia	Absolute	843.000	844.000	845.000	845.000	824.000	969.000
		Rate	322	319	316	312	301	354
		% penurunan	0,92	0,93	0,94	1,27	3,53	(-17,6)

Sumber data: Global TB Report, 2022

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa penurunan angka insidensi per 100.000 penduduk di Indonesia dari tahun 2016 ke tahun 2019 rata-rata 1% per tahun, lebih kecil dibanding kenaikan jumlah penduduk yang mencapai 1,2% per tahun, hal ini menyebabkan angka absolut estimasi insidensi cenderung tetap bahkan naik. Namun demikian pada tahun 2020, Indonesia mengalami penurunan angka insidensi yang cukup bermakna, sementara China mengalami kenaikan insidensi TBC sehingga China kembali menempati urutan kedua negara dengan beban TBC tertinggi. Tetapi pada tahun 2021, India dan Indonesia mengalami kenaikan insidensi TBC sedangkan China mengalami penurunan sehingga peringkat Indonesia menjadi kedua setelah India.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target antara lain:

- Memberikan umpan balik hasil capaian tiap triwulan pada provinsi dan kabupaten/kota yang belum melapor dan capaiannya masih rendah.
- Upaya melakukan deteksi dini TB/kontak investigasi secara virtual atau dengan memperhatikan protokol kesehatan selama masa pandemi Covid-19.
- Peningkatan kapasitas melalui virtual terkait pencatatan dan pelaporan untuk provinsi, kabupaten/kota (khususnya Rumah Sakit Pemerintah, Swasta, dan DPM/Klinik)
- Subdit TB bersama dengan mitra/ partner menyusun kegiatan intervensi pelayanan TBC pada masa COVID yang bersumber pembiayaan dari Hibah seperti pengiriman obat pada pasien TBC melalui kurir, optimalisasi pengiriman transport sputum, investigasi kontak dan konseling TBC *by phone*, dukungan komunitas/kader untuk APD dan transport dalam melakukan pelacakan kasus dan sebagai PMO.
- Subdit TB melakukan supervisi ke Prov. Kab/kota dan faskes terpilih untuk Bersama-sama monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan di lapangan dalam rangka meningkatkan capaian *treatment coverage*.
- Pelaksanaan Pelatihan Penggunaan TCM dan TBC RO.
- Sosialisasi TBC dalam rangkaian Peringatan Hari TBC Sedunia dan Hari Kesehatan Nasional 2022.
- Pertemuan High Level Meeting Tuberculosis 2022 Bertajuk “Aksi TP2TB menuju Eliminasi. TBC: Upaya Tindak Lanjut Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021”
- Advokasi dan Monitoring Tindak Lanjut Perpres No. 67 tahun 2021.
- Akselerasi penemuan kasus yang belum ditemukan (*undetected cases*) melalui kegiatan *active case finding* (skrining gejala TBC dan X-ray) pada kontak serumah



Terobosan Pemkot Jogja dengan inovasinya melalui mobil skrining TB untuk percepatan penjangkauan sasaran TB melalui skrining mendapat apresiasi dari Menko PMK.



Kementerian Kesehatan memperluas layanan mobile X-ray untuk meningkatkan pelacakan kasus aktif Tuberkulosis (TBC) di masyarakat. (Suara.com/Tyo)



Menkes menyaksikan hasil Mobile X-ray digital yang pembacaan hasilnya dibantu dengan teknologi AI yang hanya membutuhkan waktu yang sangat singkat. Dukungan teknologi akan mempercepat penemuan dan pelacakan kasu TBC di masyarakat.

Jika melihat capaian angka insidensi TBC dibandingkan dengan target pada tahun 2022 sebesar 231 namun capaiannya pada angka 354, maka dapat dikatakan bahwa indikator ini belum mencapai target. Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah adanya pandemi Covid-19 menyebabkan turunnya kunjungan masyarakat ke fasilitas layanan kesehatan sehingga penemuan dan pengobatan TBC juga tidak maksimal yang mengakibatkan penularan TBC di masyarakat meningkat. Pandemi Covid-19 masih mempengaruhi pelaksanaan program TBC terutama dalam hal sebagai berikut:

- Pemberian terapi pencegahan TBC (TPT) belum terlaksana dengan maksimal karena masih adanya kekhawatiran masyarakat untuk mendatangi fasilitas Kesehatan. Selain itu karena merasa tidak sakit, kontak erat enggan untuk minum TPT.
- Terganggunya keberlangsungan pengobatan karena pasien tidak datang mengambil obat
- Terganggunya monitoring pengobatan pasien karena pasien tidak mengumpulkan dahak dan ada kendala pengiriman spesimen.
- Beberapa laboratorium berhenti melakukan pemeriksaan terduga TBC
- Pengawasan minum obat terganggu, terutama yang PMO nya adalah kader yang tidak tinggal dekat rumah pasien. Karena masih ada kekhawatiran terkait covid, maka kader tidak secara rutin mendatangi rumah pasien.
- *Enabler* tidak bisa diberikan secara rutin kepada pasien TBC kebal obat yang sudah terkonfirmasi dan mendapatkan pengobatan untuk mendukung pengobatan yang teratur sampai sembuh. *Enabler* semestinya diberikan secara rutin (setiap bulan) kepada pasien, namun karena masih ada kekhawatiran selama pandemi, maka pemberian *enabler* 3 bulan sekali.

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

- 1) Penguatan Kepemimpinan Program TBC di Kabupaten/Kota
 - Promosi, Advokasi, Komunikasi dan Mobilisasi Sosial
 - Regulasi dan peningkatan pembiayaan
 - Koordinasi dan sinergi program
- 2) Peningkatan Akses Layanan “TOSS-TBC” yang Bermutu
 - Peningkatan jejaring layanan TBC melalui PPM (public-private mix)
 - Penemuan aktif berbasis keluarga dan masyarakat
 - Peningkatan kolaborasi layanan melalui TBC-HIV, TBC-DM, MTBS, PAL, dan lain sebagainya.
 - Inovasi diagnosis TBC sesuai dengan alat / saran diagnostik yang baru
 - Kepatuhan dan Kelangsungan pengobatan pasien atau Case holding
 - Bekerjasama dengan asuransi kesehatan dalam rangka Cakupan Layanan Semesta (*universal health coverage*).
- 3) Pengendalian Faktor Risiko
 - Promosi lingkungan dan hidup sehat.
 - Penerapan pencegahan dan pengendalian infeksi TBC.
 - Pengobatan pencegahan dan imunisasi TBC.
 - Memaksimalkan penemuan TBC secara dini, mempertahankan cakupan dan keberhasilan pengobatan yang tinggi.
- 4) Peningkatan Kemitraan melalui Forum Koordinasi TBC

- Peningkatan kemitraan melalui forum koordinasi TBC di pusat
- Peningkatan kemitraan melalui forum koordinasi TBC di daerah
- 5) Peningkatan Kemandirian Masyarakat dalam Penanggulangan TBC
 - Peningkatan partisipasi pasien, mantan pasien, keluarga dan masyarakat.
 - Pelibatan peran masyarakat dalam promosi, penemuan kasus, dan dukungan pengobatan TBC.
 - Pemberdayaan masyarakat melalui integrasi TBC di upaya kesehatan berbasis keluarga dan masyarakat.
- 6) Penguatan Sistem kesehatan
 - Sumber Daya Manusia yang memadai dan kompeten.
 - Mengelola logistik secara efektif.
 - Meningkatkan pembiayaan, advokasi dan regulasi.
 - Memperkuat Sistem Informasi Strategis, surveilans proaktif termasuk kewajiban melaporkan (*mandatory notification*).
 - Jaringan dalam penelitian dan pengembangan inovasi program.



Gambar poster TOSS TB dan Indonesia Bebas TB 2050

2.1.8. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria

Definisi Operasional Indikator eliminasi malaria adalah Suatu Kabupaten/Kota yang telah memenuhi kriteria eliminasi malaria sesuai Peraturan Menteri Kesehatan No. 22 Tahun 2022 tentang penanggulangan malaria. Kabupaten/Kota tersebut selama 3 tahun terakhir memenuhi kriteria utama, yaitu:

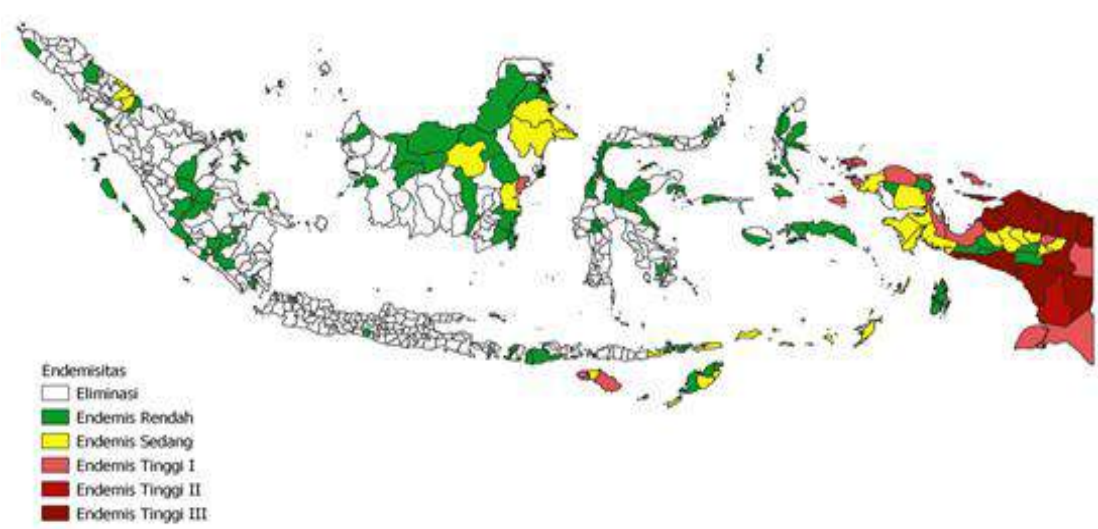
1. *Annual Parasite Incidence* (API) kurang dari satu per seribu penduduk (< 1 per 1000 penduduk).
2. *Positivity Rate* (PR) kurang dari lima persen (< 5%)
3. Tidak ada kasus penularan malaria setempat (kasus indigenous).

Selain itu, 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.

Indikator Kab/Kota yang mencapai eliminasi malaria dihitung dari akumulasi jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria dalam kurun waktu satu tahun. 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 3.3
Peta Endemisitas Malaria di Indonesia Tahun 2022



Sumber Data: Laporan Tim Kerja Malaria, 2023

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

Tabel 3.4
Penyebaran Penduduk berdasarkan Endemisitas

No	Endemisitas	Penduduk 2022		Kab/Kota 2022	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Eliminasi (Bebas Malaria)	243.796.793	89%	372	72%
2	Endemis Rendah (API <1 ‰)	21.872.485	8%	86	17%
3	Endemis Sedang (API 1 - 5 ‰)	5.589.425	2%	28	5%
4	Endemis Tinggi (API > 5 ‰)	3.600.391	1%	28	5%
TOTAL		274.859.094	100%	514	100%

Sumber Data: Laporan Tim Kerja Malaria, 2023

Tabel diatas menunjukkan bahwa 89% penduduk Indonesia telah hidup di daerah bebas malaria dan sekitar 11% penduduk Indonesia masih tinggal di daerah endemis malaria. Jumlah Kab/Kota pada tahun 2022 yang mencapai API < 1 per 1000 penduduk yaitu sebanyak 459 kabupaten/kota dari target yang ditentukan sebesar 484 kab/kota atau pencapaian kinerja sebesar 94,8%.

Dalam rangka percepatan eliminasi malaria, selama tahun 2022, Kementerian Kesehatan melakukan pertemuan virtual terhadap hasil *self-assessment* eliminasi terhadap lebih dari 49 kabupaten/kota, yang kemudian ditindaklanjuti dengan kegiatan uji petik guna melakukan validasi terhadap data dukung terhadap kabupaten/kota yang dianggap sudah memenuhi syarat. Tabel capaian jumlah kab/kota pada tahun 2022 yang mencapai API < 1 per 1000 penduduk disajikan berikut ini:

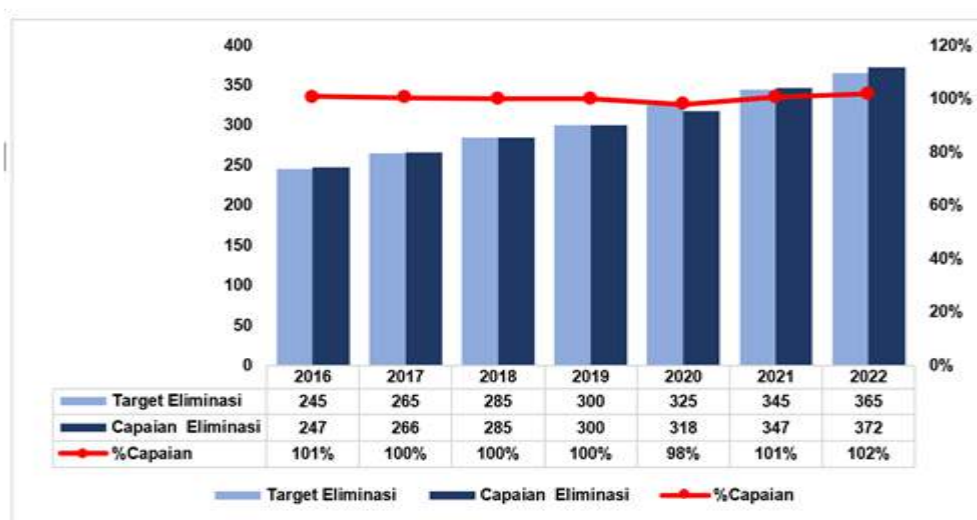
Tabel 3.5
Jumlah Kab/Kota dengan Eliminasi Malaria sampai Tahun 2022

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	JAWA TENGAH	35	34	97%	1
8	ACEH	23	22	96%	1
9	SUMATERA BARAT	19	18	95%	1
10	SULAWESI TENGGARA	17	16	94%	1
11	RIAU	12	11	92%	1
12	SULAWESI SELATAN	24	22	92%	2
13	LAMPUNG	15	13	87%	2
14	KEPULAUAN BANGKA BELITUNG	7	6	86%	1
15	KALIMANTAN TENGAH	14	12	86%	2
16	GORONTALO	6	5	83%	1
17	SULAWESI BARAT	6	5	83%	1
18	SUMATERA SELATAN	17	14	82%	3
19	KALIMANTAN SELATAN	13	10	77%	3
20	BENGKULU	10	7	70%	3
21	SUMATERA UTARA	33	22	67%	11
22	JAMBI	11	7	64%	4
23	NUSA TENGGARA BARAT	10	6	60%	4
24	KALIMANTAN UTARA	5	3	60%	2
25	SULAWESI UTARA	15	9	60%	6
26	KEP. RIAU	7	4	57%	3
27	KALIMANTAN BARAT	14	8	57%	6
28	SULAWESI TENGAH	13	6	46%	7
29	KALIMANTAN TIMUR	10	4	40%	6
30	MALUKU UTARA	10	4	40%	6
31	NUSA TENGGARA TIMUR	22	7	32%	15
32	MALUKU	11	3	27%	8
33	PAPUA BARAT	13	1	8%	12
34	PAPUA	29	0	0%	29
	INDONESIA	514	372	89%	142

Sumber Data: Laporan Tim Kerja Malaria, 2023

Berdasarkan tabel di atas, sebanyak 89% kabupaten/kota di Indonesia telah mencapai eliminasi malaria, dimana pada tahun 2022 juga terdapat penambahan dua provinsi yang seluruh kabupaten/kotanya telah mencapai tahap eliminasi malaria yaitu Provinsi Jawa Barat dan D.I. Yogyakarta. Eliminasi malaria di Kabupaten Pangandaran dan Kulon Progo pada tahun 2022 menjadikan total seluruh kabupaten/kota di Provinsi Jawa Barat dan D.I. Yogyakarta telah mencapai eliminasi malaria (100%). Dengan demikian, provinsi yang seluruh kabupaten/kotanya telah bebas malaria (100%), yaitu Provinsi DKI Jakarta, Jawa Barat, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Banten, dan Bali. Tren capaian eliminasi malaria dapat digambarkan pada grafik di bawah ini.

Grafik 3.13
Capaian Eliminasi Malaria di Indonesia Tahun 2016-2022



Sumber data: Laporan Tim Kerja Malaria, 2023

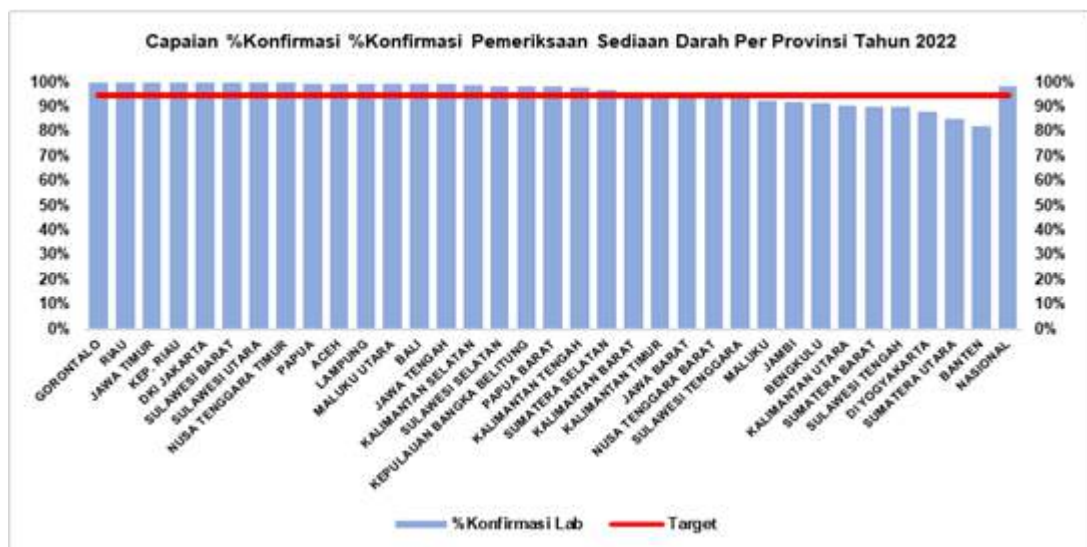
Berdasarkan grafik tersebut, terjadi peningkatan capaian realisasi jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi dalam kurun waktu tahun 2016 – 2022. Secara nasional untuk target kumulatif tahun 2022 sebanyak 365 kab/kota eliminasi sedangkan pencapaiannya adalah 372 Kab/Kota yang mencapai eliminasi malaria. Jika dibandingkan dengan target tahun 2022, berarti capaian 372 kab/kota telah melewati target dengan persentase capaian sebesar 102%.

Penambahan jumlah Kab/Kota yang mencapai eliminasi malaria pada tahun 2022 berasal dari 25 Kabupaten/Kota di 15 Provinsi, yaitu Provinsi Sumatera Utara (1 kab/kota), Sumatera Selatan (3 kab/kota), Lampung (2 kab/kota), Jawa Barat (1 kab/kota), Jawa Tengah (1 kab/kota), D.I Yogyakarta (1 kab/kota), Nusa Tenggara Timur (2 kab/kota), Kalimantan Barat (2 kab/kota), Kalimantan Tengah (1 kab/kota), Kalimantan Selatan (1 kab/kota), Sulawesi Utara (1 kab/kota), Sulawesi Selatan (1 kab/kota), Sulawesi Tenggara (4 kab/kota), Maluku (3 kab/kota) dan Papua Barat (1 kab/Kota). Selain itu, pada tahun 2022 Kabupaten Sorong Selatan menjadi kabupaten pertama di regional Papua yang berhasil mencapai eliminasi malaria, dilanjutkan oleh Provinsi Banten yang juga berhasil mencapai tahap eliminasi malaria tingkat provinsi untuk wilayah regional Jawa-Bali.

Grafik diatas juga menunjukkan capaian tahun 2021-2022 dapat melampaui target yang telah ditetapkan sehingga diperkirakan target tahun 2023-2024 juga dapat tercapai. Keberhasilan tersebut disebabkan oleh berbagai kegiatan pengendalian malaria yang telah dilakukan, baik di tingkat pusat maupun daerah.

Untuk mencapai target eliminasi malaria, perlu didukung oleh beberapa indikator komposit, yaitu persentase konfirmasi pemeriksaan sediaan darah dan persentase pengobatan standar yang juga merupakan indikator Pemantauan Program Prioritas Janji Presiden tahun 2020 oleh KSP (Kantor Staf Presiden) yang dipantau setiap tiga bulan. Persentase pemeriksaan sediaan darah adalah persentase suspek malaria yang dilakukan konfirmasi laboratorium, baik menggunakan mikroskop maupun *Rapid Diagnostik Test* (RDT) dari semua suspek yang ditemukan. Target dan capaian indikator persentase konfirmasi pemeriksaan sediaan darah adalah sebagai berikut.

Grafik 3.14
Capaian Persentase Konfirmasi Pemeriksaan Sediaan Darah Tahun 2022



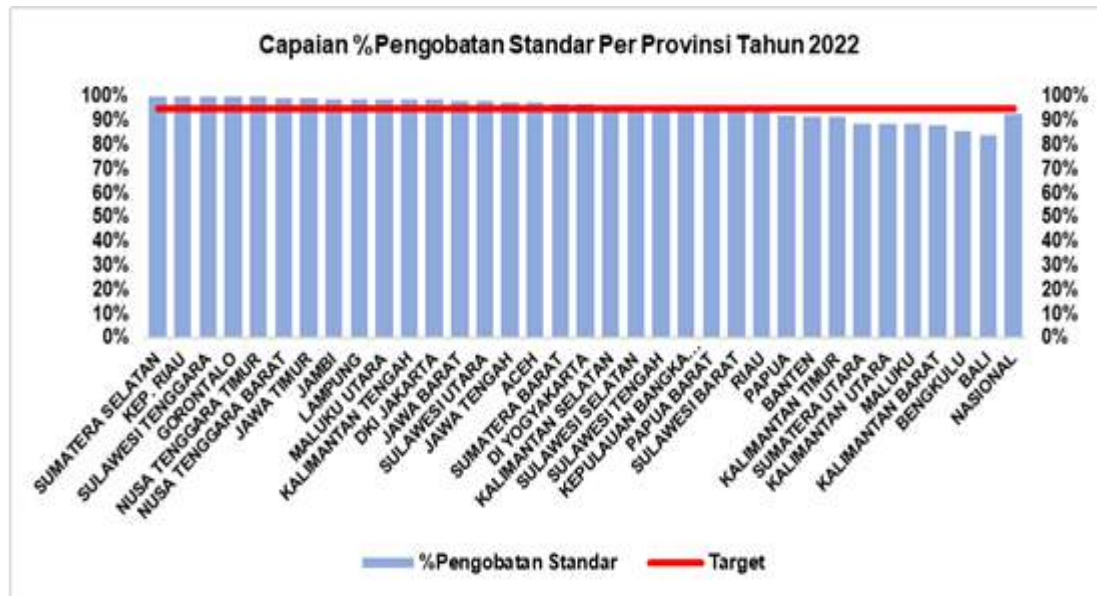
Sumber data: Laporan Tim Kerja Malaria, 2023

Berdasarkan grafik di atas dapat dilihat bahwa 22 provinsi di Indonesia (65%) telah mencapai target nasional dalam konfirmasi laboratorium terhadap suspek malaria. Target nasional adalah 95% dengan capaian tahun 2022 sebesar 99% dengan jumlah suspek sebanyak 2.957.743 dan jumlah pemeriksaan sediaan darah dikonfirmasi laboratorium sebanyak 2.988.414 orang.

Pemberian terapi pengobatan pada pasien malaria saat ini telah diatur sesuai Kepmenkes No. 556 tahun 2019 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Malaria, dimana pasien positif malaria (berdasarkan pemeriksaan lab) diobati dengan menggunakan ACT dengan dosis yang disesuaikan dengan berat badan pasien. ACT (Artemisinin based Combination Therapy) merupakan obat yang saat ini dianggap paling efektif untuk membunuh parasit Malaria. Persentase pasien malaria positif yang diobati sesuai standar adalah proporsi pasien malaria yang diobati sesuai standar tata laksana malaria dengan menggunakan ACT. Target dan capaian indikator persentase

pasien malaria positif yang diobati sesuai standar ACT adalah sebagai berikut.

Grafik 3.15
Persentase Pengobatan Standar Tahun 2022



Sumber data: Laporan Tim Kerja Malaria, 2023

Dari grafik di atas tercatat ada 22 kabupaten/kota di Indonesia (65%) telah mencapai target nasional dalam pengobatan malaria sesuai standar. Target capaian pengobatan standar ACT yaitu sebesar 95% sementara capaian pada tahun 2022 yaitu sebesar 93% dengan jumlah positif malaria sebanyak 388.782 orang dan jumlah yang diobati dengan pengobatan standar sebanyak 360.374.

Berdasarkan data di atas, capaian indikator persentase pasien malaria positif yang diobati sesuai standar ACT tahun 2022 belum mencapai target. Hal ini dikarenakan anggaran tahun 2022 baru dapat digunakan di pertengahan tahun 2022 sehingga sempat terjadi *stock out* OAM.

Untuk mencapai target Kab/Kota mencapai eliminasi malaria dilakukan beberapa kegiatan antara lain:

1. Diagnostik Malaria

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



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

Kegiatan dalam rangka peningkatan kualitas diagnostik malaria telah dilaksanakan sepanjang tahun 2022, antara lain:

- Pelatihan Jarak Jauh Mikroskopis Malaria (Daring, 14-16 September dan 4-6 Oktober 2022)
- *On the Job Training* Diagnostik Malaria (Kubu Raya, 25-28 Oktober 2022 dan Sumba Barat, 22-25 November 2022)
- Koordinasi Pemantapan Mutu Laboratorium Pemeriksa Malaria (11 Juli 2022)
- Pelatihan Jarak Jauh Malaria Bagi Tenaga ATLM Fasyankes (13-14 April 2022 dan 19-23 April 2022)
- Pelatihan Manajemen *Quality Assurance* (QA) Laboratorium Malaria (28 November – 3 Desember 2022)
- Pendampingan Diagnosi dan Tatalaksana Malaria di Papua Barat (16-19 Maret 2022)
- On The Job Training Mikroskopis Malaria di Kabupaten Landak (20-24 September 2022)
- On The Job Training Mikroskopis Malaria di Provinsi Jawa Barat (16-30 November 2022)
- Uji Kompetensi Petugas Uji Silang Kabupaten/Kota di Provinsi Bali (27 November - 1 Desember 2022)

2. Tatalaksana Kasus Malaria

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

Selain penggunaan OAM yang rasional, salah satu pilar untuk mencapai eliminasi malaria adalah menjamin universal akses dalam pencegahan, diagnosis dan pengobatan, sehingga diperlukan keterlibatan semua sektor terkait termasuk swasta (*public private mix partnership*). Berikut beberapa kegiatan yang telah dilakukan dalam mendukung kualitas tatalaksana malaria tahun 2022 yaitu:

- Workshop Tatalaksana Kasus Malaria Bagi Fasyankes Kabupaten/Kota di Denpasar (26 September 2022)
- Pendampingan Diagnosis dan Tatalaksana Malaria ke Kab. Kulon Progo (10-13 Oktober 2022)
- Pendampingan Diagnosis dan Tatalaksana Malaria ke Kab. Yapen (31 Oktober-3 November 2022)
- Pendampingan Diagnosis dan Tatalaksana Malaria ke Kab. Muara Enim (6-9 Desember 2022)
- Pendampingan Diagnosis dan Tatalaksana ke Nusa Tenggara Timur (7-10 Juni 2022)
- pendampingan diagnosis dan tatalaksana malaria di Kab. Sumba (22-25 Juni 2022)
- Pendampingan Diagnosis dan Tatalaksana Ke Kab. Lampung Selatan (17-20 Mei 2022)
- Pendampingan Diagnosis dan Tatalaksana di Kab. Indramayu, Jawa Barat (5-8 April 2022)
- Pendampingan Diagnosis Tatalaksana di Provinsi Gorontalo (23-25 Maret 2022)
- Pendampingan Diagnosis dan Tatalaksana Ke Papua Barat (15-18 Maret 2022)
- Supervisi dalam rangka Pertemuan Penguatan Peran Tenaga Kesehatan dalam Tatalaksana dan Sistem Pelaporan Malaria di Kab. Bangka Barat (23-25 Mei 2022)

3. Surveilans Malaria

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

Sistem informasi malaria yang disebut SISMAL V2 mulai disosialisasikan pada Tahun 2018 dan sepenuhnya digunakan pada Tahun 2019. Sebanyak 10.609 fasyankes telah melaporkan data malaria melalui SISMAL V2 pada Tahun 2022. Untuk memudahkan interoperabilitas data dengan data yang lainnya maka sejak tahun 2021 SISMAL V3 sudah mulai dikembangkan dan di tahun 2022 dilakukan sosialisasi awal SISMAL V3.

Berikut beberapa kegiatan yang telah dilakukan dalam mendukung kegiatan surveilans, sistem informasi dan monitoring dan evaluasi malaria:

- Workshop Pengelola SISMAL (13-14 Oktober 2022)
- On The Job Training SISMAL
- Update Modul Surveilans Malaria (28 April 2022)
- Pertemuan Penguatan Surveilans Migrasi Lintas Sektor Tingkat Kabupaten Kulonprogo Melalui Daring Tanggal 4 November dan 3 Desember 2022
- Supervisi Monev peningkatan kapasitas surveilans malaria dan notifikasi silang bagi 6 Kabupaten/ Kota yg berbatasan dengan Timor Leste, (2-5 Agustus 2022)
- Workshop Surveilans Migrasi Bagi Tenaga KKP, TNI/Polri dan Dinkes Provinsi (9 Agustus 2022)

- Surveilans dan Faktor Risiko Malaria Kab Labuhan Batu Utara, Sumut (15-18 Maret 2022)
- Surveilans dan Faktor Risiko Malaria Kab Bangka Barat Babel (15-18 Maret 2022)
- Surveilans dan Faktor Risiko Malaria Kab Batubara Sumut (8-11 Maret 2022)
- Surveilans dan Faktor Risiko Malaria Pada Populasi Khusus (MMP) Kab Rejang Lebong Prov Bengkulu (21-25 Maret 2022)
- Surveilans dan Faktor Risiko Malaria di Prov NTB Tanggal 18-21 April 2022
- Surveilans dan Faktor Risiko Malaria di Bangka Belitung Tanggal 9-13 Mei 2022
- Surveilans dan Faktor Risiko Malaria ke Kab Purworejo Jawa Tengah Tanggal 18-21 Mei 2022
- Surveilans dan Pengendalian Faktor Risiko Malaria di Kab. Pesawaran, Lampung (26-29 Oktober 2022)
- Surveilans dan Pengendalian Faktor Risiko Malaria di Kab. Sorong, Papua Barat (23-26 November 2022)
- Refreshing Penggunaan Sismal bagi Kabupaten/Kota dan Faskes di Provinsi Bali
- Penyusunan Modul Pelatihan SISMAL V3, (1-2 November 2022)
- Supervisi dalam Rangka Pertemuan Refreshing E-Sismal di Banten (24-26 Mei 2022)
- Supervisi dalam rangka Pertemuan Refreshing E-Sismal Tangerang Selatan (17 Juni 2022)
- Asessment Peningkatan Kasus SKD/KLB Malaria di Sumatera Barat Kab Kep Mentawai (22-26 Agustus 2022)
- Asessment KLB Malaria di Maluku Tengah (11-15 Desember 2022)

4. 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.

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

- Survei Longitudinal Vektor Ke Kab Keerom Papua Tanggal 18-23 Mei 2022
- Pemantauan Resistensi Insektisida pada Vektor Malaria ke Sulawesi Utara Tanggal 13-20 Juni 2022

- Pemantauan Resistensi Insektisida pada Vektor Malaria ke Papua Barat Tanggal 13-20 Juni 2022
- Pemantauan Resistensi Insektisida pada Vektor Malaria ke Kalimantan Timur Tanggal 13-20 Juni 2022
- Pemantauan Resistensi Insektisida Pada Vektor Malaria Tanggal 23-30 Agustus 2022 di Provinsi Kalimantan Timur Kab Paser
- Survei Longitudinal Vektor ke Provinsi NTT Kab Sumba Barat Tanggal 30 Agustus - 4 September 2022
- Pemantauan Resistensi Insektisida Pada Vektor Malaria di Prov Jambi Kab Batanghari Tanggal 5-12 September 2022
- Pemantauan Resistensi Insektisida pada Vektor Malaria ke Kab Lampung Selatan
- Survei Longitudinal Vektor -Pengumpulan Data Lapangan ke NTT Kab Sumba Barat Tanggal 4 - 9 Desember 2022
- Surveilans Vektor di Daerah Reseptif Kab Kulon Progo Tahun 2022

5. Promosi, Advokasi dan kemitraan dalam upaya pengendalian malaria

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

Beberapa kegiatan selama Tahun 2022 dalam mendukung promosi, advokasi dan kemitraan dalam upaya pengendalian malaria antara lain:

- Pertemuan Pengembangan Media KIE Tatalaksana Kasus Malaria Sebagai Sarana Komunikasi Tanggal 28-29 Maret 2022
- Cetak Media KIE Hari Malaria Sedunia 2022
- Instagram (IG) Live dalam Rangka Hari Malaria Sedunia (HMS) Tahun 2022
- Uji Coba Pengembangan Media KIE Tatalaksana Malaria Sebagai Sarana Komunikasi Tanggal 12-15 Desember 2022 di Sumba Timur

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

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

Alat dan bahan pengendalian malaria yang diadakan pada tahun 2022 seperti mikroskop trinokuler, mist blower, APD, larvasida malaria, insektisida malaria, RDT malaria, *immersion oil* dan giemsa. Sedangkan media KIE pencegahan dan pengendalian malaria, yaitu Buku Petunjuk Teknis Pengendalian Faktor Risiko malaria dan Buku Kurikulum dan Pelatihan Tatalaksana Malaria bagi Dokter.

Dalam melaksanakan program dan kegiatan untuk mencapai eliminasi malaria di Indonesia, ditemukan permasalahan yang menjadi penghambat dalam pencapaian target, yaitu:

- *Under Reporting* pelaporan data pada sistem pencatatan dan pelaporan SISMAL
- Pelaporan malaria secara bulanan yang menyebabkan keterlambatan informasi terkait peningkatan kasus malaria
- Kurang berjalannya sistem kewaspadaan dini terkait malaria
- Setiap kasus positif di daerah endemis rendah dan eliminasi (API<1 per 1000 penduduk) tidak segera dilakukan Penyelidikan Epidemiologi (PE) 1-2-5.
- Akses dan cakupan layanan baik Rumah Sakit, klinik, DPS pada remote area masih belum memadai.
- Pengendalian resistensi Obat Anti Malaria (OAM) dengan prinsip one gate policy, reserve drug policy dan free market control belum optimal.
- Rujukan layanan dan jejaring tatalaksana belum optimal.
- Manajemen ketersediaan OAM terutama artesunate injeksi belum optimal.
- Pengawasan penggunaan kelambu masih kurang adekuat, daerah belum melakukan pengawasan penggunaan kelambu.
- Migrasi penduduk mempengaruhi potensi penyebaran malaria.
- 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 terbengkelai).
- Ketepatan dan kelengkapan pelaporan yang belum optimal.
- Belum semua daerah pembebasan dan pemeliharaan mempunyai pemetaan daerah fokus.
- Turn Off petugas malaria di daerah.
- Masih banyak kabupaten/kota stagnan endemis rendah.
- Peningkatan kasus malaria di beberapa kabupaten/kota kurang berjalannya kegiatan surveilans migrasi malaria di daerah endemis rendah dan tahap pemeliharaan.
- Komitmen Pemerintah daerah setempat baik terkait kebijakan dan anggaran untuk program malaria di daerah endemis malaria dan bebas malaria yang semakin terbatas.

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

- Peningkatan akses layanan malaria yang bermutu.
 - Desentralisasi pelaksanaan program oleh kab/kota.
 - Integrasi kedalam layanan kesehatan primer.
 - Penemuan dini dengan konfirmasi dan pengobatan yang tepat sesuai dengan standar dan pemantauan kepatuhan minum obat.
 - Penerapan sistem jejaring *public-private mix partnership* layanan malaria.
- 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.
- Peningkatan upaya percepatan penurunan kasus dan eliminasi malaria di Papua
- Pencegahan dan pengendalian vektor terpadu.
- Intervensi kombinasi (LLIN, IRS, Larvasida, pengelolaan lingkungan, personal protection, profilaksis) dengan berbasis bukti melalui pendekatan kolaboratif.
- Pemantauan efektifitas dan resistensi OAM.
- Penguatan surveilans termasuk surveilans migrasi, Sistem Kewaspadaan Dini

- Kejadian Luar Biasa (SKD-KLB) dan penanggulangan KLB.
- Sosialisasi penggunaan dana yang bisa dimanfaatkan untuk Penyelidikan Epidemiologi baik Dana Dekonsentrasi, DAK non fisik, APBD, Global Fund, Dana Desa, dan Dana Kapitasi.
- 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.
- 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.
- Menjaga daerah yang telah mendapat sertifikat tidak terjadi penularan kembali.
- Pengembangan pelaporan secara real-time pada SISMAL V3.
- Pelatihan Penyelidikan Epidemiologi termasuk pelatihan pemetaan GIS.
- Penguatan sistem informasi strategis dan penelitian operasional untuk menunjang basis bukti program.
- Penguatan manajemen fungsional program, advokasi dan promosi program dan berkontribusi dalam penguatan sistem kesehatan.

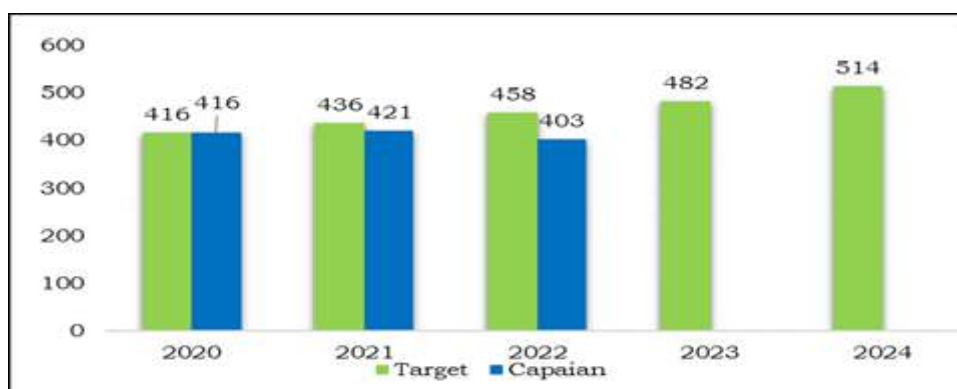
2.1.9. Kabupaten/kota yang Mencapai Eliminasi Kusta

Definisi Operasional Indikator Kab/Kota yang mencapai Eliminasi Kusta adalah Kabupaten/kota yang telah mencapai angka prevalensi kurang dari 1 kasus per 10.000 penduduk pada tahun tertentu.

Indikator Kab/Kota yang mencapai eliminasi kusta dihitung dari akumulasi jumlah kabupaten/kota yang telah mencapai angka prevalensi kurang dari 1 kasus per 10.000 penduduk pada tahun tertentu.

Capaian Kab/Kota yang mencapai eliminasi kusta tahun 2022 sebesar 403 Kab/Kota dari target 458 Kab/Kota atau sebesar 88%, secara lengkap target dan capaian digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.16
Target dan Capaian Kabupaten/Kota yang mencapai eliminasi kusta Tahun 2020-2024



Sumber data: Laporan Tim Kerja NTDs, 2023



Grafik diatas menunjukkan bahwa capaian Kab/Kota yang mencapai eliminasi kusta mengalami penurunan setiap tahun dari tahun 2020-2022 sedangkan target setiap tahun meningkat. Dengan trend penurunan capaian selama 3 tahun berturut-turut maka diperkirakan capaian tahun 2023-2024 tidak dapat mencapai target.

Status eliminasi kusta adalah status yang dinamis dan dipengaruhi oleh berbagai hal. Hal utama adalah masih adanya kasus tersembunyi di masyarakat yang kemudian ditemukan dan menjadi kasus terdaftar dalam pengobatan. Untuk memutuskan transmisi kasus di masyarakat, seluruh sumber transmisi harus dapat ditemukan sedini mungkin dan mendapatkan pengobatan secara tepat serta diobati sampai sembuh. Dengan demikian, angka penemuan kasus baru dapat ditekan serendah mungkin pada beberapa waktu ke depan.

Pemerintah Indonesia memberikan perhatian yang lebih besar terhadap beberapa Penyakit Tropis Terabaikan dalam beberapa tahun terakhir, terutama dengan penetapan program P2 kusta sebagai salah satu program prioritas nasional (Pro PN) pada tahun 2017. Penjabaran komitmen tersebut berupa pengalokasian dana pusat dan dekonsentrasi untuk kegiatan advokasi penguatan komitmen pemerintah daerah, sosialisasi ke masyarakat umum, pelatihan petugas, kampanye penurunan stigma hingga intensifikasi penemuan kasus kusta yang dilakukan secara aktif dan berkelanjutan dalam beberapa tahun terakhir. Upaya-upaya tersebut berpengaruh pada peningkatan penemuan sumber penularan yang selama ini tersembunyi di masyarakat, sehingga status eliminasi kusta tidak tercapai di beberapa provinsi. Pada daerah-daerah yang memiliki banyak lokus kusta, sumber penularan diharapkan dapat ditemukan sebanyak mungkin kasus baru akan meningkat secara signifikan hingga akhirnya mencapai puncak dan mengalami penurunan yang konsisten karena pelaksanaan surveilans yang komprehensif dan berkesinambungan.

Tingginya angka prevalensi dipengaruhi oleh jumlah kasus yang masih terdaftar menerima pengobatan di akhir tahun. Banyaknya kasus yang tidak menyelesaikan pengobatan secara tepat waktu turut mempengaruhi peningkatan jumlah kasus terdaftar di akhir tahun. Pasien kusta tipe PB seharusnya menghabiskan 6 blister dalam waktu 6-9 bulan, pasien kusta tipe MB seharusnya menghabiskan 12 blister dalam waktu 12-18 bulan. Penyebab keterlambatan ini antara lain masih adanya stigma dan diskriminasi yang menyebabkan pasien enggan mengambil obat secara rutin, kesulitan akses menuju fasyankes, perburuan penyakit akibat reaksi kusta dan lainnya serta adanya MDT yang tidak sesuai dengan jumlah penderita. Dukungan dari keluarga juga merupakan salah satu kegagalan dalam menyelesaikan pengobatan. Keterlambatan dalam penyelesaian pengobatan mengakibatkan tingginya prevalensi yang mengarah pada tidak tercapainya status eliminasi kusta.

Dalam rangka mempercepat capaian indikator telah disusun Peraturan diantaranya Permenkes Nomor 11 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Kusta. Peraturan ini bermanfaat sebagai pedoman dalam penyelenggaraan eliminasi kusta bagi petugas Kesehatan dan masyarakat baik di Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota. Peraturan ini ditunjang dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/308/2019 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana Kusta. Keputusan ini berfungsi sebagai pedoman manajemen kasus kusta sekaligus acuan dalam Menyusun Standar Prosedur Operasional bagi Fasilitas Pelayanan Kesehatan serta merupakan acuan dalam pelaksanaan program dan tatalaksana kusta di provinsi dan kabupaten/kota, baik untuk para medis maupun dokter dan dokter spesialis.



Kegiatan lain yang menunjang percepatan eliminasi kusta adalah kemoprofilaksis. Kemoprofilaksis kusta adalah pemberian obat pada kontak penderita kusta untuk mencegah penularan kusta pada kontak dan masyarakat. Kemoprofilaksis dilaksanakan pada daerah yang memiliki penderita kusta yang tinggi atau berdasarkan hasil surveilans di daerah yang memiliki penderita kusta yang rendah pada situasi khusus. Kemoprofilaksis dilaksanakan dalam bentuk pemberian obat rifampisin dosis tunggal pada kontak penderita kusta yang memenuhi kriteria dan persyaratan. Kemoprofilaksis selain bertujuan untuk menurunkan risiko terjadinya penyakit kusta di antara kontak penderita dan masyarakat, bertujuan pula untuk meningkatkan partisipasi.

Sejak tahun 2021 telah diterbitkan, The Global Leprosy Strategy 2021-2030 yang menjelaskan perubahan definisi operasional status eliminasi kusta, yaitu dari angka prevalensi $<1/10.000$ penduduk menjadi tidak ada (nol) kasus (Zero Leprosy). Indikator ini tidak berdiri sendiri, namun menyatu dalam pencapaiannya yakni *Zero Leprosy*, *Zero Disability* dan *Zero Stigma*. Pemerintah Indonesia dan global mempunyai tujuan yang sejalan untuk menuntaskan penyakit ini dengan melaksanakan program eliminasi kusta. Zero disability ditunjukkan dengan capaian indikator kusta tanpa cacat (Disabilitas tingkat nol).

Untuk mencapai indikator eliminasi kusta dilakukan beberapa kegiatan antara lain:

- Intensifikasi Penemuan Kasus Kusta dan Frambusia (*Intensified Case Finding/ ICF*) (*Pelaksanaan dan pendampingan*). Kegiatan tersebut terdiri dari pelaksanaan kegiatan oleh kabupaten/kota endemis kusta terpilih di 43 Kabupaten/kota di 15 Provinsi dan pendampingan pelaksanaan oleh tim pusat menggunakan dana APBN. Pelaksanaan penemuan kasus difokuskan pada daerah lokus kusta dengan tujuan untuk meningkatkan penemuan kasus kusta secara dini. Pada kegiatan ini tidak hanya dilaksanakan penemuan dan pemeriksaan kasus, namun juga dilakukan sosialisasi dan edukasi terhadap masyarakat tentang penyakit kusta, sehingga dapat meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap kusta dan partisipasi masyarakat dalam penemuan kasus, serta menurunkan stigma dan diskriminasi. Pada kegiatan dilakukan juga advokasi kepada pemangku kepentingan, agar kegiatan selanjutnya dapat berlangsung dengan menggunakan dana BOK daerah masing-masing;
- Sosialisasi Program P2 Kusta pada saat Hari Kusta Sedunia. Kegiatan ini dilakukan secara daring dengan melibatkan para tenaga medis maupun masyarakat, dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat, sehingga kusta dapat ditemukan sedini mungkin dan diobati sampai sembuh;
- Workshop Pencegahan dan Pengendalian Kusta dan Frambusia bagi Dokter Rujukan Kusta dan Frambusia. Kegiatan dilaksanakan secara daring dengan peserta dokter yang melakukan pelayanan di kab/kota dengan narasumber dari PERDOSKI dan PAEI. Tujuan kegiatan yakni meningkatkan kompetensi dokter agar dapat melakukan tatalaksana kusta mulai dari penemuan kasus sampai dengan pengobatan kusta di layanan kesehatan;
- Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Kusta Bagi Pengelola Program Kusta. Kegiatan ini dilakukan secara tatap muka di Makasar untuk 4 batch, yang bertujuan untuk meningkatkan kompetensi pengelola kusta dan frambusia baik untuk tatalaksana kusta dan frambusia maupun dalam manajemen pencegahan dan pengendalian penyakit menular;

- Monitoring MDT Program P2P kusta dan manajemen logistik obat. Kegiatan ini dilakukan untuk memantau pencapaian program kusta dan frambusia di kab/kota di provinsi terpilih, serta melakukan on the job training kepada petugas kesehatan di layanan kesehatan baik yang belum dilatih maupun yang telah lama dilatih, guna meningkatkan kompetensi dan melakukan refreshing program kusta dan frambusia sehingga mendapatkan ilmu yang update;
- Menyelenggarakan Kegiatan Gerakan Masyarakat Kampanye Eliminasi Kusta dan Frambusia bersama mitra pemerintah yaitu DPR RI Komisi IX. Kegiatan dilaksanakan pada 7 kabupaten/kota terpilih, yaitu Kabupaten Garut dan Kota Tasikmalaya (Provinsi Jawa Barat), Kabupaten Muara Enim dan Kabupaten PALI (Provinsi Sumatera Selatan), Kabupaten Majene (Provinsi Sulawesi Tenggara), Kabupaten Batubara (Provinsi Sumatera Utara) dan Kabupaten Timor Tengah Selatan (Provinsi Nusa Tenggara Timur). Adapun tujuan dari kegiatan ini adalah melakukan sosialisasi program kusta dan frambusia kepada masyarakat di wilayah tersebut serta advokasi kepada pimpinan setempat serta lintas program dan lintas sektor untuk mendapatkan dukungan kebijakan dan kemitraan daerah;
- Menyelenggarakan Pertemuan Evaluasi Program dan Validasi Data Kohort Nasional P2 Kusta dan Frambusia yang bertujuan untuk monitoring dan evaluasi program yang dilaksanakan oleh provinsi di Indonesia serta melakukan validasi dan finalisasi data tahun 2021. Kegiatan dilakukan secara daring dengan narasumber dari tim pencatatan dan pelaporan kusta dan frambusia;
- Fasilitasi Kegiatan Koordinasi dan Kemitraan Program P2P Kusta. Kegiatan ini dilakukan atas dasar kebutuhan daerah dalam pelaksanaan kegiatan, seperti undangan untuk mendampingi kegiatan dalam pelaksanaan program kusta dan frambusia, *launching* Kemoprofilaksis di Kabupaten Kep. Morotai dan kegiatan kemitraan lainnya.

Meskipun indikator eliminasi kusta tidak tercapai tahun 2023 tetapi untuk mencapai capaian 403 Kab/Kota dipengaruhi beberapa faktor antara lain:

- Adanya SIPK Kusta walaupun masih dalam bentuk manual yang digunakan dalam pencatatan dan pelaporan di kabupaten/kota sehingga membantu dalam merecord seluruh kasus kusta kusta baru, kasus kusta lama yang masih dalam pengobatan dan status pengobatan, serta penderita yang mengalami reaksi kusta.
- Beberapa provinsi dan kabupaten/kota mempunyai anggaran untuk kegiatan kusta walau terbatas
- Peningkatan kapasitas dokter dan petugas pengelola program P2 Kusta baik secara daring ataupun luring, melalui pelatihan ataupun workshop, yang berguna sebagai dokter rujukan kusta di beberapa kabupaten/kota untuk tatalaksana kusta
- Kolaborasi program kusta dengan program NTDs lainnya diantaranya frambusia, filariasis, kecacingan dan schistosomiasis dalam pemantauan capaian program kusta.
- Terbitnya Perda/SE terkait eliminasi kusta di beberapa daerah baik di provinsi ataupun kabupaten/kota dalam pelaksanaan kemoprofilaksis.
- Adanya kontribusi dari NGO (seperti NLR) untuk beberapa daerah dalam pelaksanaan surveilans dan kemoprofilaksis di tingkat Kab/Kota .
- adanya komitmen yang tinggi serta peran serta dari pengelola program pengendalian penyakit kusta di setiap tingkatan dalam meningkatkan capaian kusta.

- Dukungan dari organisasi profesi seperti PERDOSKI, PAEI, dll sebagai narasumber dalam setiap webinar /sosialisasi yang dilakukan ,baik oleh Kemenkes maupun di dalam organsasinya sendiri serta berkontribusi dalam penyusunan NSPK program pencegahan pengendalian kusta.
- Pemberdayaan orang yang pernah mengalami kusta (OYPMK) dalam membantu penderita kusta dalam mendeteksi kusta sedini mungkin, pemantauan pengobatan, dan kegiatan lainnya berkaitan dalam program pengendalian penyakit kusta.
- Memasukkan menu kegiatan pencegahan dan pengendalian kusta dalam Juknis DAK Non Fisik dan BOK, sehingga daerah mempunyai kewajiban dalam merencanakan dan menganggarkan kegiatan dalam mencapai target eliminasi kusta di wilayah masing-masing.
- Melakukan kegiatan validasi data pelaporan kusta secara daring untuk seluruh provinsi, dengan mengikutsertakan seluruh kabupaten/kota dalam pertemuan tersebut, sehingga data dapat benar-benar valid.

Dalam pelaksanaan program dan kegiatan ditemukan beberapa faktor penghambat yakni:

- Pencapaian target jumlah kabupaten/kota eliminasi kusta belum tercapai karena anggaran dekonsentrasi dihilangkan untuk seluruh provinsi, dan keterbatasan dari pendanaan pusat yang diberikan ke daerah.
- Di beberapa kabupaten/kota yang mempunyai kantong kusta tidak dipandang sebagai prioritas masalah kesehatan masyarakat. Hal ini berakibat sebagian besar wilayah kantong kusta tidak mendapat dukungan dari pemerintah daerah tempat.
- Masih adanya stigma baik self-stigma pada penderita kusta maupun stigma pada masyarakat dan keluarga penderita dan adanya diskriminasi kusta di masyarakat, akibat kurangnya pengetahuan dan pemahaman terhadap penyakit kusta sehingga menghambat penemuan kasus sedini mungkin.
- Angka mutasi petugas kesehatan yang cukup tinggi menyebabkan program pencegahan dan pengendalian kusta di daerah berjalan kurang maksimal.
- Sebagian besar daerah kantong kusta berada di lokasi yang sulit dijangkau, menyebabkan sulitnya pencarian kasus dan akses masyarakat menuju pelayanan kesehatan;
- Belum maksimalnya kemitraan dengan organisasi profesi, rumah sakit dan praktek dokter swasta dalam menciptakan pelayanan kusta yang komprehensif dan terstandar;
- Pada beberapa daerah endemis rendah, rendahnya kesadaran dan pengetahuan tentang kusta pada petugas dan masyarakat, serta surveilans tidak berjalan dengan adekuat, mengakibatkan terjadinya keterlambatan penemuan kasus;
- Pencacatan dan pelaporan dalam bentuk SIPK kusta, belum familiar dalam pengisiann oleh seluruh pengelola kusta di kabupaten/kota;
- Logistik MDT (Multi Drug Therapy) untuk mengobati pasien kusta juga mengalami kendala proses distribusi akibat pembatasan kegiatan di negara pengirim. Masalah juga terjadi pada manajemen MDT baik di tingkat Puskesmas ataupun Kabupaten/Kota, di mana terdapat perbedaan pengelolaan mulai dari permintaan, penyimpanan ataupun pengelola.
- Kegiatan peningkatan kapasitas pengelola program pencegahan dan pengendalian kusta untuk provinsi dan kabupaten kota terlambat digunakan , dikarenakan adanya perubahan SOTK dari Direktorat P2PM.

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

- Melakukan sosialisasi, koordinasi, monitoring dan evaluasi dapat dilakukan dengan memaksimalkan penggunaan perangkat digital;
- Melakukan kegiatan koordinasi pemantauan kabupaten/kota dengan target penemuan kasus baru tanpa cacat;
- Melakukan validasi data secara berjenjang, mulai dari kabupaten/kota, dan provinsi yang dilakukan dengan menggunakan dana masing-masing daerah;
- Melakukan superfisi dan monitoring mulai dari pusat ke provinsi, kabupaten sampai puskesmas dan melakukan pendampingan provinsi dan atau kab/kota yang mempunyai penemuan kasus kusta baru terutama yang mempunyai angka kecacatan yang tinggi baik cacat tingkat 1 maupun cacat tingkat 2;
- Meningkatkan cakupan pemberian kemoprofilaksis kusta pada kasus kontak guna memutus rantai penularan kasus kusta di masyarakat;
- Meningkatkan pemantauan pengobatan pada kasus;
- Meningkatkan kegiatan advokasi dan sosialisasi program terhadap pemangku kepentingan terkait agar dapat meningkatkan komitmen dalam pencapaian target proporsi kasus baru tanpa cacat;
- Melakukan pemetaan kasus kusta serta memperluas cakupan kegiatan pelaksanaan penemuan kasus kusta secara aktif dan berkelanjutan, terutama di wilayah yang mempunyai banyak kasus kusta;
- Menganggarkan dan melaksanakan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan secara rutin, serta melakukan on the job training pada saat kegiatan di daerah;
- Meningkatkan kegiatan promosi serta penyebaran media KIE kepada penderita, keluarga penderita, dan masyarakat dalam rangka menurunkan stigma kusta di masyarakat;
- Melakukan integrasi dengan program dengan program penyakit menular lainnya maupun penyakit tidak menular, misalnya kusta-TB, kusta- frambusia, kusta-filariasis, kusta-ISPA, kusta-kesling dan lain-lain;
- Memperkuat jejaring kemitraan dengan lintas program, lintas sektor, organisasi profesi dan LSM yang berhubungan dengan kusta agar memperoleh dukungan dalam pelaksanaan program sesuai dengan tupoksi masing-masing;
- Melakukan pengembangan pelaporan yang berbasis online dan real time, sehingga data kasus kusta yang diperoleh benar-benar valid dan dapat dipertanggung jawabkan.

2.1.10. Indeks Pengendalian Penyakit Menular

Definisi Operasional Indikator indeks pengendalian penyakit menular adalah Indeks penyakit menular scistomiasis, rabies, DBD, filariasis, malaria dan kusta yang besarnya berkisar antara 0-1.

Indikator ini diperoleh dari perhitungan komposit dengan formulasi indeks melalui pembobotan menggunakan USG dari desa yang eliminasi scistomiasis, kabupaten/kota eliminasi rabies, kabupaten/kota dengan insidens DBD ≤ 10 per 100.000 penduduk, kabupaten/kota eliminasi filariasis, kabupaten/kota eliminasi malaria dan kabupaten/kota

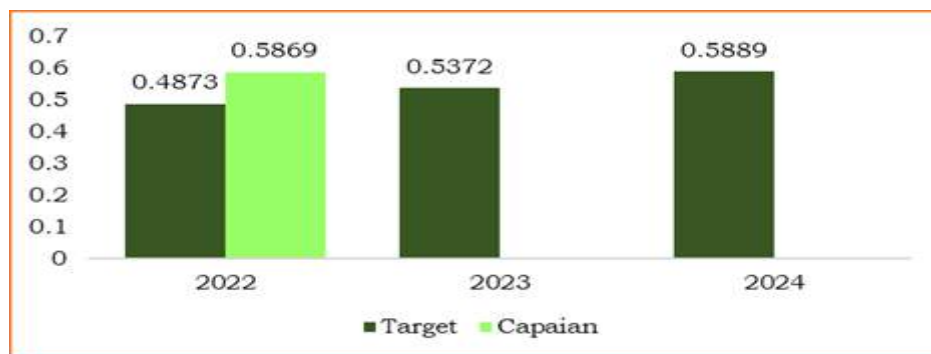
eliminasi kusta.

Indikator Indeks pengendalian penyakit menular merupakan indikator baru dalam Revisi Renstra Tahun 2022, indikator ini sebelumnya belum ada dalam Renstra awal tetapi indikator komposit sebagai dimensi hitung ada dalam Renstra awal Adapun indikator komposit Indeks pengendalian penyakit menular yakni:

1. Jumlah desa endemis schitomiasis yang mencapai eliminasi
2. Jumlah Kab/kota eliminasi Rabies
3. Persentase kabupaten/kota dengan insiden rate DBD ≤ 10 per 100.000 penduduk
4. Jumlah kab/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi
5. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria
6. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi Kusta

Hasil perhitungan capaian indeks pengendalian penyakit menular tahun 2022 diperoleh indeks sebesar 0.4654 dari target 0.5869, sehingga capaian kinerja sebesar 120%. Secara lengkap dalam grafik berikut ini:

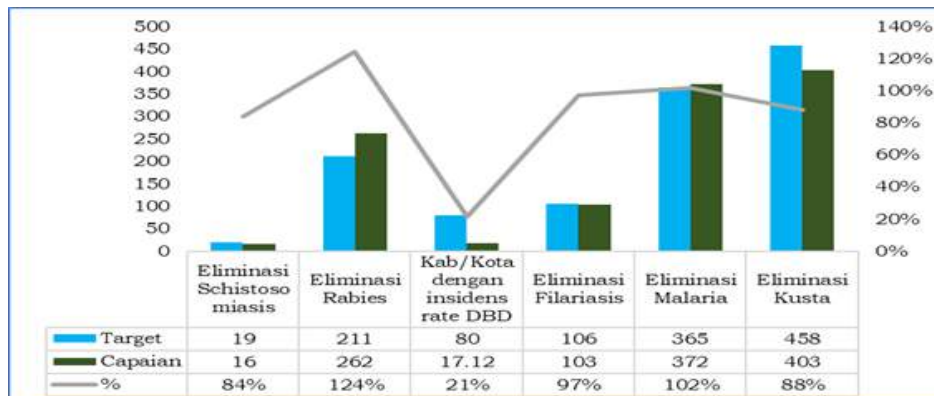
Grafik 3.17
Target dan Capaian Indeks Pengendalian Penyakit Menular Tahun 2022-2024



Sumber Data: Direktorat P2PM, 2023

Grafik diatas menunjukkan capaian indikator indeks pengendalian penyakit menular tahun 2022 telah mencapai target. Pencapaian indikator ini sangat dipengaruhi oleh capaian indikator kompositnya, semakin banyak indikator komposit tercapai maka indeks makin tinggi. Indikator ini merupakan indikator baru sehingga tidak dapat dibandingkan dengan capaian indikator tahun 2020-2021. Pembedaan dengan tahun sebelumnya akan disajikan pada setiap capaian indikator kompositnya. Bila dibandingkan dengan target tahun 2023-2024, indikator ini diperkirakan akan mencapai target pada tahun 2023-2024. Capaian setiap indikator komposit adalah sebagai berikut:

Grafik 3.18
Target dan Capaian Indikator Komposit Indeks Pengendalian Penyakit Menular
Tahun 2022

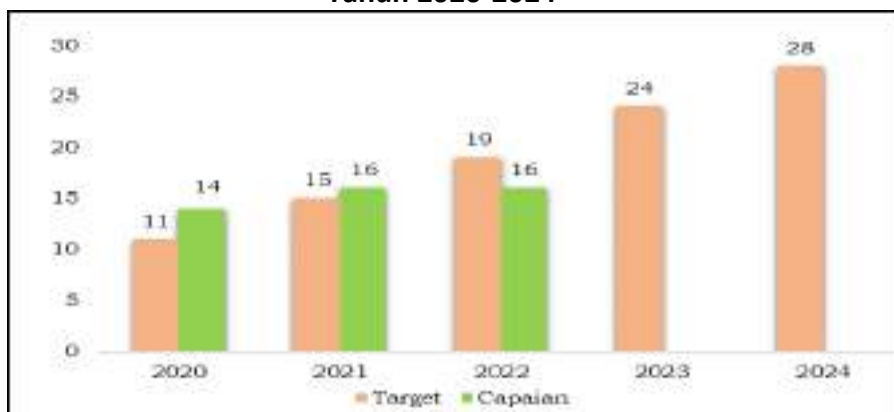


Sumber Data: Direktorat P2PM, 2023

Grafik diatas menunjukkan bahwa dari 6 indikator komposit indeks pengendalian penyakit menular, terdapat 2 indikator yang mencapai target yakni Kab/Kota yang mencapai eliminasi malaria dan Kab/Kota eliminasi rabies sedangkan 4 indikator komposit lainnya tidak mencapai target dengan capaian terendah pada indikator Kab/Kota dengan insidens rate DBD ≤ 10 per 100.000 penduduk.

Indikator komposit jumlah desa endemis schistosomiasis yang mencapai eliminasi dengan target 19 desa hanya tercapai 16 desa atau sebesar 84%. Grafik dibawah ini menunjukkan bahwa capaian tahun 2020-2021 mengalami peningkatan dan mencapai target tetapi menurun pada tahun tahun 2022 dan tidak mencapai target yang telah ditetapkan. Hal ini dipengaruhi oleh masih banyaknya fokus-fokus keong yang menjadi sumber penularan di desa endemis Schistosomiasis yang tidak bisa dilaksanakan pengendalian fokus keong secara mekanik dan kimia. Secara lengkap digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.19
Target dan Capaian Jumlah Desa Endemis Schistosomiasis yang Mencapai Eliminasi
Tahun 2020-2024

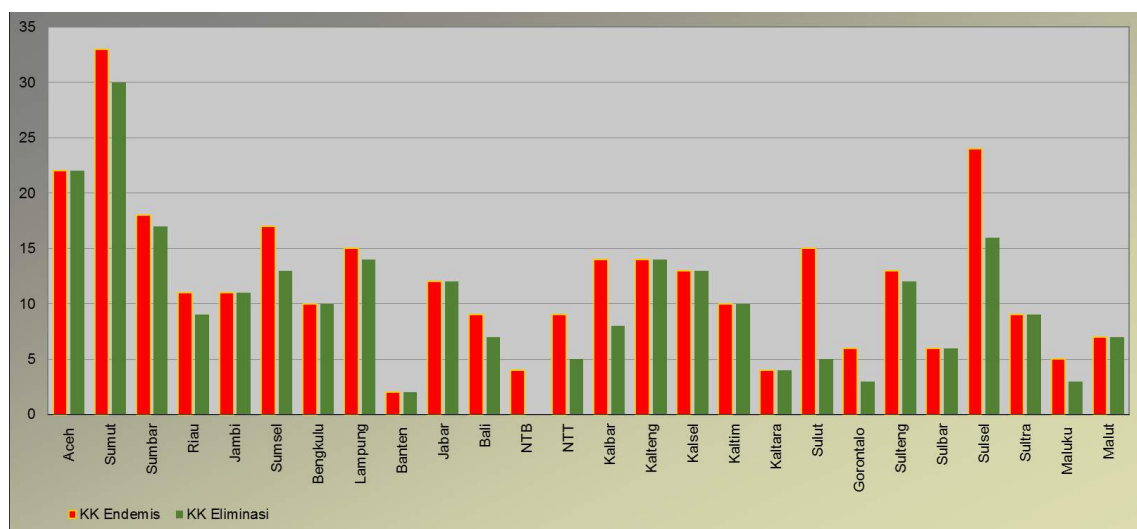


Sumber Data: Direktorat P2PM, 2023

Pengendalian fokus keong secara kimia harus dilaksanakan dengan penyemprotan zat kimia Niclosamide pada seluruh fokus keong secara periodik dan rutin. Adanya efisiensi anggaran pada tahun 2021 menyebabkan kegiatan penyemprotan fokus keong tidak dapat dilaksanakan sehingga angka prevalensi schistosomiasis pada tahun 2022 meningkat serta mengakibatkan indikator tidak tercapai. Peran serta masyarakat juga sangat penting dalam kegiatan pemutusan mata rantai penularan. Partisipasi dan pemberdayaan masyarakat dalam pemberantasan fokus keong sangat dibutuhkan karena sebagian fokus-fokus keong berada pada wilayah perkebunan masyarakat. Rendahnya peran serta masyarakat dalam pemberantasan fokus keong di wilayahnya menyebabkan prevalensi schistosomiasis meningkat.

Indikator komposit jumlah kabupaten/kota eliminasi rabies menggambarkan Kabupaten/Kota yang tidak ada kematian Rabies pada manusia atau spesimen positif pada hewan dalam 2 (dua) tahun terakhir. Tidak semua Kab/Kota menjadi sasaran indikator ini karena tidak semua merupakan daerah endemis rabies, ada sebanyak 313 kabupaten/kota yang merupakan daerah endemis rabies yang akan menjadi sasaran. Pada tahun 2022 ditetapkan target sebanyak 211 kabupaten kota dan telah tercapai sebanyak 263 kabupaten/kota eliminasi rabies. Distribusi kabupaten/kota eliminasi rabies seperti grafik dibawah ini:

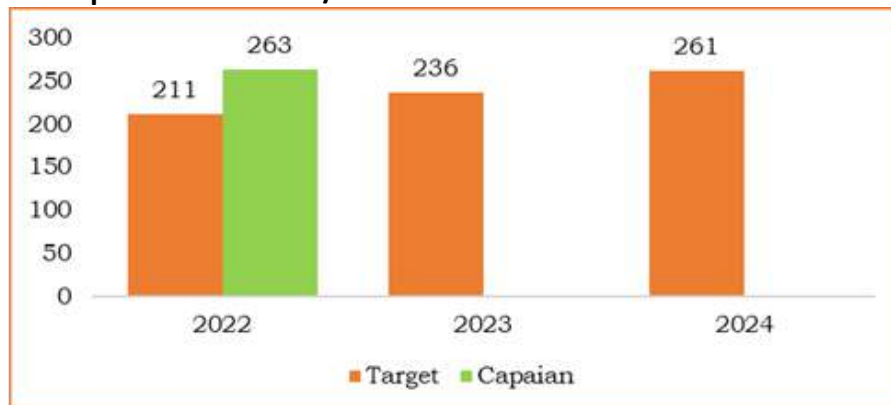
Grafik 3.20
Jumlah Kab/Kota eliminasi Rabies Per Provinsi Tahun 2022



Sumber Data: Direktorat P2PM, 2023

Grafik diatas menunjukkan bahwa jumlah kabupaten kota eliminasi rabies terdapat di 26 Provinsi endemis rabies. Jumlah kabupaten kota endemis rabies dan capaian eliminasi rabiesnya di tiap provinsi tersebut berbeda-beda. Setidaknya ada 12 provinsi yang telah 100% kab/kota endemis rabiesnya telah mencapai eliminasi rabies pada tahun 2022. Namun masih ada 1 provinsi yang kabupaten kota endemis rabiesnya belum mencapai eliminasi rabies pada Tahun 2022 yaitu Provinsi Nusa Tenggara Barat. Tren target dan capaian indikator Kab/Kota eliminasi rabies digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.21
Target dan Capaian Jumlah Kab/Kota Eliminasi Rabies Per Provinsi Tahun 2022-2024

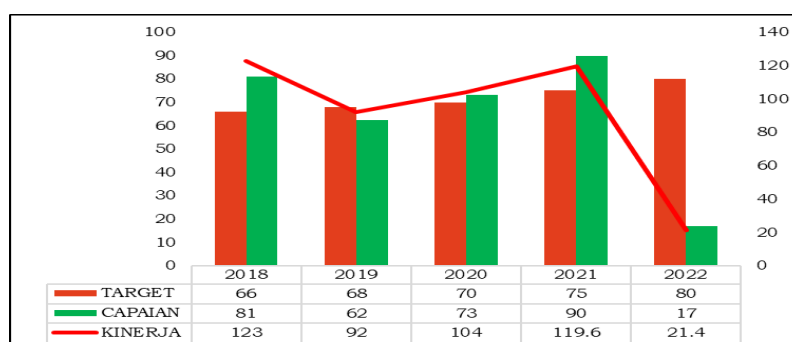


Sumber Data: Direktorat P2PM, 2023

Indikator kab/kota eliminasi rabies merupakan indikator baru pada Renstra Revisi Tahun 2022, sebelumnya indikator terkait rabies adalah Jumlah kabupaten/kota yang memiliki $\geq 20\%$ puskesmas rujukan Rabies Center (RC), yang menjadi Indikator Kinerja Kegiatan pada Renstra awal tahun 2020-2024, sehingga perbandingan capaian Kab/Kota eliminasi rabies tidak dapat dibandingkan dengan tahun 2020-2021. Situasi pandemi Covid-19 di Tahun 2020 dan 2021 yang membatasi aktivitas atau mobilisasi penduduk disatu sisi dapat memaksa masyarakat untuk tinggal di dalam rumah sehingga potensi terjadinya gigitan hewan penular rabies dapat menurun dan berpotensi besar masyarakat dapat terhindar dari kematian karena gigitan hewan penular rabies. Penerapan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) menyebabkan masyarakat membatasi kegiatan diluar rumah.

Indikator Persentase kabupaten/kota dengan insiden rate DBD ≤ 10 per 100.000 penduduk mengalami perubahan numenklatur dari semula Insidens Rate DBD ≤ 49 per 100.000 penduduk menjadi Insidens Rate (IR) DBD $\leq 10/100.000$ penduduk. Target dan capaian indikator digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.22
Target dan Capaian Persentase Kabupaten/Kota dengan Insiden Rate DBD ≤ 10 per 100.000 Penduduk Tahun 2018-2022

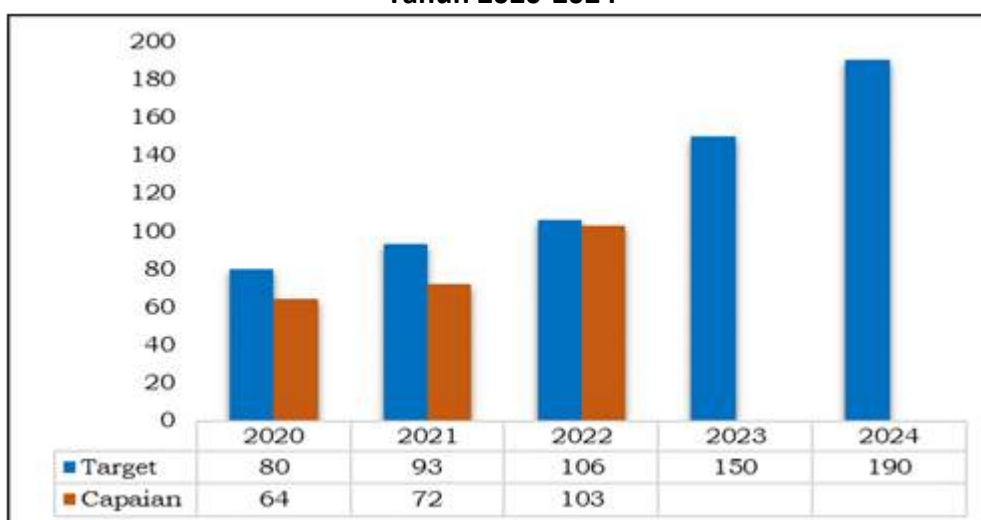


Sumber Data: Direktorat P2PM, 2023

Grafik diatas menunjukkan tren capaian persentase Kabupaten/Kota yang mempunyai $IR \leq 49/100.000$, capaian dari tahun 2018-2021 sebagian besar mencapai target tetapi mengalami penurunan capaian yang signifikan pada tahun 2022 dengan gap capaian dengan target sangat besar. Hal ini terjadi karena adanya perubahan numenklatur dari persentase Kabupaten/Kota $IR \leq 49/100.000$ penduduk menjadi $IR \leq 10/100.000$ penduduk. Capaian persentase Kabupaten/Kota $IR \leq 10/100.000$ penduduk Tahun 2022 hanya mencapai 17%. Berdasarkan capaian persentase kinerja tahun 2022 mengalami penurunan dari 119% tahun 2021 menjadi 21% tahun 2022. Hal ini diakibatkan oleh belum siapnya kabupaten/kota dengan perubahan target indikator DBD.

Indonesia telah menetapkan sebanyak 236 kabupaten/kota dari total 514 kabupaten/kota adalah daerah endemis Filariasis. Seluruh kabupaten/kota endemis Filariasis tersebut telah dibuat peta proses tahapan menuju eliminasi Filariasis berdasarkan data dimulainya POPM Filariasis seluas kabupaten/kota, cakupan POPM Filariasis, serta hasil tahapan survei evaluasi Filariasis. Dari data tersebut maka dapat ditentukan jumlah kabupaten/kota endemis Filariasis telah berhasil mencapai eliminasi Filariasis pertahunnya. Capaian eliminasi filariasis tahun 2020-2022 digambarkan dalam grafik berikut ini:

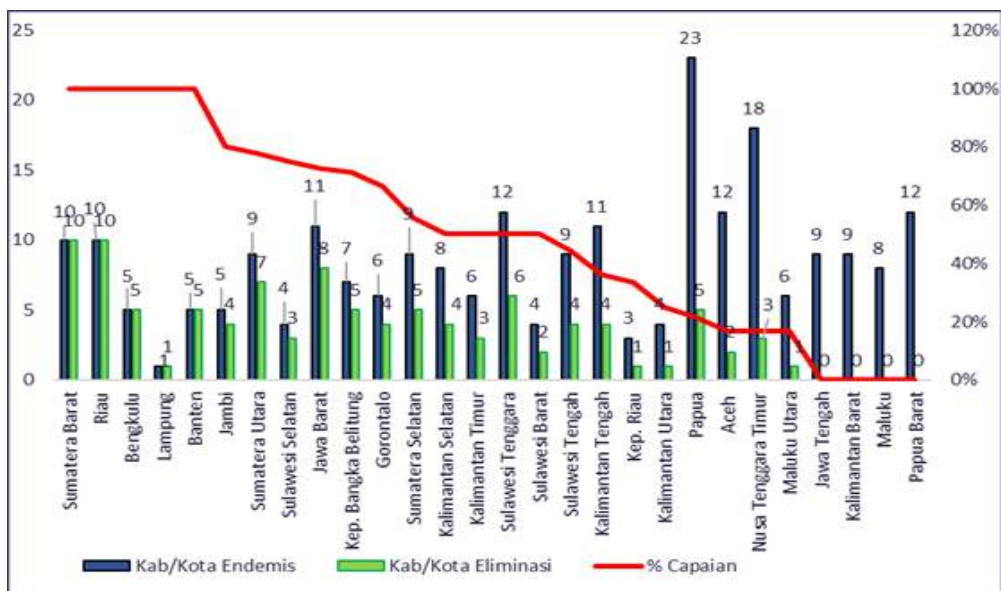
Grafik 3.23
Target dan Capaian Kab/Kota Endemis Filariasis Yang Mencapai Eliminasi
Tahun 2020-2024



Sumber Data: Direktorat P2PM, 2023

Grafik diatas menunjukkan sampai dengan tahun 2022, sebanyak 103 kabupaten/kota dari 236 kabupaten/kota endemis Filariasis telah berhasil mencapai eliminasi Filariasis. 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. Data kabupaten/kota endemis Filariasis telah berhasil mencapai eliminasi Filariasis per provinsi dapat dilihat dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.24
Kab/Kota Endemis Filariasis yang Mencapai Eliminasi Tahun 2022

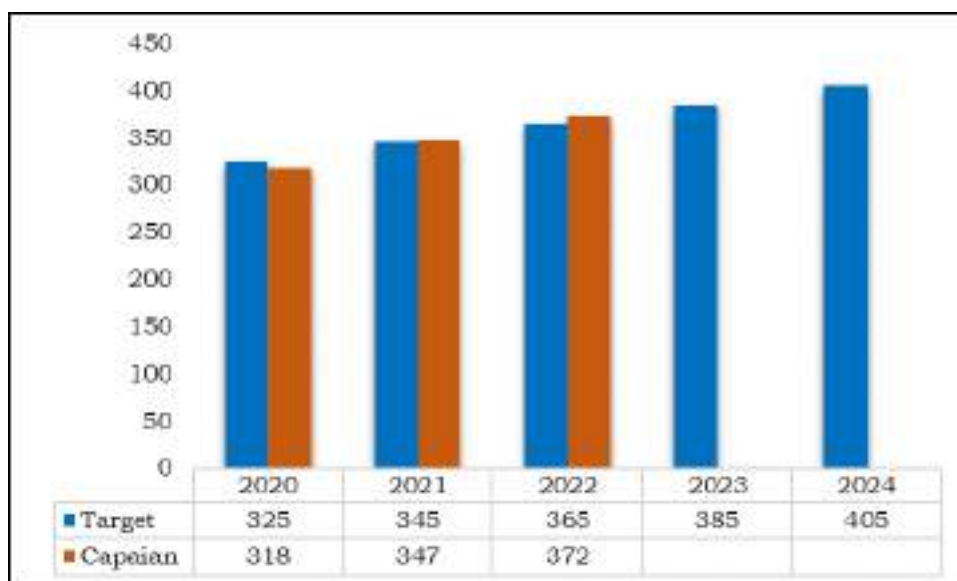


Sumber Data: Direktorat P2PM, 2023

Grafik diatas menunjukkan terdapat provinsi yang seluruh kabupaten/kota endemis dinilai telah mencapai eliminasi Filariasis yaitu Provinsi Sumatera Barat, Riau, Bengkulu, Lampung, dan Banten. Sedangkan provinsi yang capaian eliminasinya masih 0% dikarenakan kabupaten/kota endemis masih melaksanakan POPM atau masuk dalam tahap surveilans pasca POPM adalah Provinsi Jawa Tengah, Kalimantan Barat, Maluku, dan Papua Barat.

Pelaksanaan survei TAS tahap 2 pada seluruh kabupaten/kota endemis *Brugia Sp* mengalami penundaan berdasarkan rekomendasi dari Regional Programme Review Group (RPRG) pada Bulan Juni Tahun 2021. Indonesia diminta menunda sementara semua survei TAS sampai hasil evaluasi independen *Brugia* Rapid Test tersedia. Kemudian pada RPRG tahun 2022 di India, dikeluarkan rekomendasi agar survei evaluasi penularan (Transmission Assessment Survey/TAS) pada daerah *Brugia Sp* menggunakan Survei TAS alternatif yang disebut *Brugia* Impact Survey (BIS). Survei BIS membutuhkan sumber daya dan anggaran yang lebih besar. Pelaksanaan survei pada malam hari menyulitkan pelaksanaan di daerah-daerah yang memiliki akses sulit. Hal ini menyebabkan penundaan survei TAS tahap 2 sebagai penilaian eliminasi filariasis pada beberapa kabupaten/kota sehingga target kabupaten/kota endemis filariasis yang mencapai eliminasi tidak tercapai. Indikator komposit lainnya adalah Kab/Kota yang mencapai eliminasi malaria, capaian tahun 2022 sebesar 372 Kab/Kota dari target 365 Kab/Kota atau sebesar 101.9%, secara lengkap dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.25
Kab/Kota yang Mencapai Eliminasi Malaria Tahun 2022



Sumber Data: Direktorat P2PM, 2023

Grafik diatas menunjukkan peningkatan capaian eliminasi malaria dari tahun 2020-2022. Selain itu target eliminasi malaria tercapai pada tahun 2021-2022, dengan gap target dan capaian yang cukup rendah sehingga capaian tahun 2023-2024 akan dapat tercapai apabila upaya pengendalian malaria berjalan optimal.

Indikator Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi Kusta tahun 2022 tercapai 403 Kab/Kota dari target 458 Kab/Kota atau sebesar 88%. Sedangkan yang belum eliminasi kusta berjumlah 111 kabupaten/kota. Eliminasi kusta untuk 403 kabupaten/kota masing-masing mempunyai prevalensi < 1/10.000 penduduk, dan secara nasional, Indonesia telah mencapai eliminasi kusta yaitu 0.55/10.000 penduduk. Adapun di tingkat provinsi terdapat 7 provinsi yang belum eliminasi kusta yaitu Provinsi Gorontalo, Sulawesi Utara, Sulawesi Barat, Maluku, Maluku Utara, Papua dan Papua Barat.

Untuk mencapai target indikator eliminasi schistosomiasis dilakukan kegiatan sebagai berikut:

1. Penguatan advokasi, koordinasi, dan peran aktif lintas sektor dan lintas program dalam upaya eliminasi schistosomiasis. Kegiatan ini dibutuhkan untuk memperoleh dukungan dan kontribusi lintas sektor terkait guna menghilangkan fokus/habitat keong penular serta menurunkan prevalensi schistosomiasis pada hewan perantara.
2. Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan Penanggulangan Schistosomiasis. Kegiatan monitoring dan evaluasi dilaksanakan untuk mendukung program penanggulangan schistosomiasis serta mengevaluasi hambatan dan tantangan dalam pengendalian schistosomiasis.
3. Surveilans schistosomiasis merupakan kegiatan kunci untuk memantau perkembangan dan status penyakit ini di lapangan. Kegiatan ini sangat penting untuk menilai sejauh mana kemajuan pelaksanaan dan pencapaian tujuan program

eliminasi schistosomiasis melalui kegiatan Survei Prevalensi Schistosomiasis pada manusia.

4. Penanganan penderita dan pengobatan selektif sesuai tatalaksana kasus schistosomiasis. Penanganan penderita dan pengobatan selektif dilaksanakan pada penderita yang dengan gejala dan menunjukkan hasil laboratorium positif schistosomiasis, serta penduduk dengan hasil positif schistosomiasis pada survei prevalensi
5. Pemberantasan fokus keong melalui kimiawi melalui penyemprotan moluskisida (racun keong) merupakan salah satu metode pengendalian keong perantara schistosomiasis. Upaya ini dilakukan untuk memberantas keong khususnya pada fokus dengan ukuran kecil dan/atau posisi geografis yang terpencil sehingga sulit dijangkau dengan metode pengendalian lainnya.

Untuk mencapai target indikator eliminasi rabies dilakukan kegiatan sebagai berikut:

1. Advokasi dan sosialisasi pengendalian rabies kepada Pemerintah Daerah.
2. Peningkatan kapasitas SDM dalam pengendalian rabies.
3. Pemenuhan sarana dan prasarana untuk pembentukan Rujukan Rabies Center.
4. Penyediaan NSPK untuk penanggulangan rabies.
5. Pengembangan sistem surveilans, sistem pencatatan dan pelaporan kasus GHPR dan Rabies.
6. Penyediaan Media KIE dalam mendukung pelaksanaan promosi pencegahan dan pengendalian rabies.
7. Pengadaan VAR dan SAR untuk pencegahan dan pengendalian rabies.
8. Melakukan assessment dan monitoring evaluasi Rabies Center.
9. Melakukan koordinasi ZDAP (*Zoonotic Diseases Action Package*)
10. Monitoring dan Evaluasi pencegahan dan pengendalian rabies secara terintegrasi.
11. Melakukan pengembangan metode pencatatan, pelaporan dan pemberian informasi dalam bentuk sistem informasi secara elektronik lewat SI Zoonosis, yang dilakukan secara bertahap.

Untuk mencapai target eliminasi filariasis dilakukan kegiatan sebagai berikut:

1. Penguatan Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria
 - Penyusunan petunjuk teknis surveilans pasca POPM regimen baru sebagai pedoman pelaksanaan surveilans pada daerah-daerah yang melaksanakan POPM dengan regimen Ivermectin, DEC, dan Albendazole (IDA).
 - Pembuatan SOP Survei TAS Alternatif dengan metode Brugia Impact Survey (BIS)
2. Pelaksanaan Bulan Eliminasi Kaki Gajah (Belkaga)

Salah satu upaya strategis yang dilakukan untuk meningkatkan cakupan pemberian obat massal pencegahan (POPM) filariasis sehingga dapat memutus rantai penularan adalah dengan menjadikan bulan Oktober sebagai “Bulan Eliminasi Kaki Gajah (BELKAGA)
3. Akselerasi Eliminasi Filariasis melalui Pelaksanaan POPM Filariasis dengan menggunakan Regimen 3 obat Ivermectin, DEC, dan Albendazole (IDA)

Pada tahun 2018 WHO telah merekomendasikan penggunaan Regimen IDA dalam POPM Filariasis sebagai pengembangan obat makrofilariacidal yang lebih efektif, aman, dan dapat digunakan di lapangan. Dengan cakupan POPM yang efektif (>65%) maka regimen IDA dapat mempersingkat waktu pelaksanaan POPM



menjadi kurang dari 5 tahun. Dalam rangka akselerasi eliminasi filariasis maka pada tahun 2022 diterbitkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/1231/2022 tentang Pelaksanaan POPM filariasis regimen Ivermectin, Diethyl Carbamazine Citrate, dan Albendazole (IDA) di Kabupaten Kotawaringin Timur, Bintan, Pangkajene Kepulauan, Bovendigoel, Asmat, Mimika, Sarmi, dan Belitung.

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

- Pertemuan koordinasi teknis POPM filariasis regimen IDA di Kabupaten Pangkajene Kepulauan
- Pertemuan koordinasi POPM regimen IDA di Kabupaten Belitung
- Pertemuan koordinasi teknis POPM Regimen IDA di Kabupaten Kotawaringin Timur
- Pertemuan koordinasi pertemuan teknis POPM regimen IDA di Kabupaten Bintan
- Pertemuan koordinasi pertemuan teknis POPM regimen IDA di Kota Pekalongan

5. Monitoring dan Evaluasi dalam rangka Pelaksanaan POPM Filariasis.

Kegiatan monitoring dan evaluasi dilaksanakan untuk memantau proses pada tahap persiapan dan pemberian obat pencegahan massal filariasis serta mengevaluasi hambatan dan tantangan dalam pengendalian filariasis. selain itu juga dilaksanakan pertemuan-pertemuan dalam mendukung POPM filariasis. Kegiatan ini dilaksanakan melalui:

- Pertemuan evaluasi program filariasis bersama Balai Teknik Kesehatan Lingkungan.
- Pertemuan Evaluasi Program Filariasis Regional Papua
- Pertemuan Evaluasi Program Filariasis Regional Papua Barat
- Rapat koordinasi LS/LP dalam rangka penguatan program penanggulangan filariasis;
- Koordinasi National Task Force Filariasis (NTF) dan Komite Ahli Pengobatan Filariasis (KAPFI);
- Pencegahan dini/ penanggulangan kejadian ikutan minum obat (POPM) Filariasis dan Kecacingan terpadu;
- Surveilans kasus klinis/kronis filariasis;
- Pendampingan pelaksanaan/sweeping cakupan POPM filariasis.

6. Surveilans Pasca POPM Filariasis

Surveilans merupakan tahap yang paling penting dalam melaksanakan eliminasi Filariasis. Setelah POPM Filariasis dilaksanakan selama 5 tahun pada kabupaten/kota endemis Filariasis, selanjutnya kabupaten/kota tersebut dievaluasi melalui survei evaluasi mikrofilaria untuk melihat apakah kabupaten/kota endemis Filariasis berhasil menurunkan angka mikrofilaria rate <1%. Jika lulus maka dilaksanakan survei evaluasi penularan Filariasis untuk melihat apakah masih terjadi penularan pada daerah tersebut atau masih harus melanjutkan kegiatan POPM Filariasis sebelum ditetapkan sebagai daerah eliminasi Filariasis.

7. Surveilans Pasca Eliminasi Filariasis

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

- 
8. Peningkatan Kapasitas Petugas Kesehatan pada pelaksanaan surveilans melalui Pelatihan Survei TAS.
 9. Distribusi obat dan logistik ke daerah
Dalam rangka mendukung kegiatan POPM filariasis di kabupaten/kota maka obat dan logistik kit POPM IDA didistribusikan ke daerah sesuai perencanaan obat dan logistik yang telah disusun sebelumnya
 10. Pengadaan bahan-bahan Survei Filariasis
Dalam rangka mendukung pelaksanaan Survei Evaluasi, maka telah dilaksanakan pengadaan bahan-bahan survei diantaranya lancet, FTS, kit surveyor, dan Tabung Microtainer EDTA 0,5 ml.

Kegiatan-kegiatan yang dilakukan untuk mencapai indikator Persentase kabupaten/kota dengan insiden rate DBD ≤ 10 per 100.000 penduduk antara lain:

1. Koordinasi Lintas Program dan Lintas Sektor dalam Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Arbovirolosis
2. Pemberdayaan Masyarakat dalam Rangka Advokasi dan Sosialisasi Arbovirolosis Terpadu (Germas)
3. Penyusunan NSPK Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Arbovirolosis
 - a. Penyusunan Juknis Sistim Informasi Arbovirolosis (SIARVI)
 - b. Penyusunan Juknis Surveilans Sentinel Dengue
 - c. Penyusunan Juknis Pelaksanaan kelompok kerja operasional (Pokjanal)
4. Pendampingan Investigasi Kejadian Luar Biasa (KLB) Penyakit Arbovirolosis
Pendampingan investigasi KLB Penyakit Arbovirolosis dilakukan sebagai upaya pemecahan masalah dan advokasi kepada pengambil kebijakan. Penyakit Arbovirolosis adalah termasuk penyakit yang berpotensi terjadinya Kejadian Luar Biasa (KLB). Sehingga pendampingan saat KLB diperlukan sebagai upaya edukasi dan advokasi untuk penanggulangan dan pencegahan KLB.
5. Assessment Implementasi PSN 3M Plus melalui Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik (G1R1J)
6. Pelaksanaan Sentinel Arbovirolosis dilaksanakan untuk Sentinel Japanese Encephalitis (JE) dan Dengue.
7. Media KIE Arbovirolosis antara lain media promosi, Kit Pengendalian Arbovirolosis, Pedoman Buku Stranas dan Pedoman Dengue.
8. Pengadaan Alat dan Bahan Kesehatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Arbovirolosis antara lain Mesin Fogging, Larvasida, Insektisida, APD Penyemprot, Jumantik Kit, BTI (tablet), RDT DBD Combo.
9. Pengembangan / Pemeliharaan Sistim Informasi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Arbovirolosis (SIARVI). SIARVI dibangun sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas pencatatan dan pelaporan Arbovirolosis.

Kegiatan-kegiatan yang dilakukan dalam mencapai eliminasi malaria antara lain:

1. Diagnostik Malaria. Kebijakan pengendalian malaria terkini dalam rangka mendukung eliminasi malaria adalah bahwa diagnosis malaria harus terkonfirmasi melalui pemeriksaan laboratorium baik dengan mikroskop ataupun *Rapid Diagnostic Test* (RDT). Penegakkan diagnosa tersebut harus berkualitas dan bermutu sehingga dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat dan memberikan data yang tepat dan akurat. Berbagai kegiatan dalam rangka meningkatkan mutu diagnosis terus dilakukan. Kualitas pemeriksaan sediaan darah dipantau melalui mekanisme uji



silang di tingkat kab/kota, provinsi, dan pusat. Kualitas pelayanan laboratorium malaria sangat diperlukan dalam menegakan diagnosis dan sangat tergantung pada kompetensi dan kinerja petugas laboratorium di setiap jenjang fasilitas pelayanan kesehatan. Penguatan laboratorium pemeriksaan malaria yang berkualitas dilakukan melalui pengembangan jejaring dan pemantapan mutu laboratorium pemeriksa malaria mulai dari tingkat pelayanan seperti laboratorium Puskesmas, Rumah Sakit serta laboratorium kesehatan swasta sampai ke laboratorium rujukan uji silang di tingkat Kabupaten/Kota, Provinsi dan Pusat.

2. Tata Laksana 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 tata laksana kasus malaria sesuai dengan perkembangan terkini dan hasil riset mutakhir. Adapun penggunaan ACT harus berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium, sebagai salah satu upaya mencegah terjadinya resistensi obat. Selain penggunaan OAM yang rasional, salah satu pilar untuk mencapai eliminasi malaria adalah menjamin universal akses dalam pencegahan, diagnosis dan pengobatan, sehingga diperlukan keterlibatan semua sektor terkait termasuk swasta (*public private mix partnership*).
3. Surveilans malaria. Surveilans merupakan kegiatan penting dalam upaya eliminasi, karena salah satu syarat eliminasi adalah pelaksanaan surveilans yang baik untuk mengidentifikasi daerah atau kelompok populasi yang berisiko malaria dan melakukan perencanaan sumber daya yang diperlukan untuk pengendalian malaria. Kegiatan surveilans malaria dilaksanakan sesuai dengan tingkat endemisitas. Daerah yang telah masuk pada tahap eliminasi dan pemeliharaan harus melakukan penyelidikan epidemiologi terhadap setiap kasus positif malaria sebagai upaya kewaspadaan dini kejadian luar biasa malaria dengan melakukan pencegahan terjadinya penularan. Sistem informasi malaria yang disebut SISMAL V2 mulai disosialisasikan pada Tahun 2018 dan sepenuhnya digunakan pada Tahun 2019. Sebanyak 10.609 fasyankes telah melaporkan data malaria melalui SISMAL V2 pada Tahun 2022. Untuk memudahkan interoperabilitas data dengan data yang lainnya maka sejak tahun 2021 SISMAL V3 sudah mulai dikembangkan dan di tahun 2022 dilakukan sosialisasi awal SISMAL V3.
4. 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.

5. Promosi, Advokasi dan kemitraan dalam upaya pengendalian malaria. Sosialisasi pentingnya upaya pengendalian malaria merupakan hal yang penting dengan sasaran pengambil kebijakan, pelaksana teknis dan masyarakat luas. Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) kepada masyarakat luas dilakukan dengan membuat Iklan Layanan Masyarakat (ILM) mengenai Malaria.
6. Pengadaan 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.
7. Alat dan bahan pengendalian malaria yang diadakan pada tahun 2022 seperti mikroskop trinokuler, mist blower, APD, larvasida malaria, insektisida malaria, RDT malaria, immertion oil dan giemsa. Sedangkan media KIE pencegahan dan pengendalian malaria, yaitu Buku Petunjuk Teknis Pengendalian Faktor Risiko malaria dan Buku Kurikulum dan Pelatihan Tatalaksana Malaria bagi Dokter

Kegiatan yang dilakukan untuk mencapai eliminasi kusta :

1. Sosialisasi Program Pencegahan dan Pengendalian Kusta untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat, sehingga kusta dapat ditemukan sedini mungkin dan diobati sampai sembuh.
2. Intensifikasi Penemuan Kasus Kusta dan Frambusia (*Intensified Case Finding/ ICF*) (*Pelaksanaan dan pendampingan*).
3. Workshop P2 Kusta dan Frambusia bagi Dokter Rujukan Kusta dan Frambusia.
4. Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Kusta Bagi Pengelola Program Kusta.
5. Monitoring MDT Program P2P Kusta dan manajemen logistik obat.
6. Menyelenggarakan Kegiatan Gerakan Masyarakat Kampanye Eliminasi Kusta dan Frambusia bersama mitra pemerintah yaitu DPR RI Komisi IX.
7. Menyelenggarakan Pertemuan Evaluasi Program dan Validasi Data Kohort Nasional P2 Kusta dan Frambusia
8. Fasilitasi Kegiatan Koordinasi dan Kemitraa Program P2P Kusta.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target pengendalian schistosomiasis antara lain:

1. Kurangnya komitmen lintas sektor dalam upaya pemutusan mata rantai penularan melalui hewan dan keong perantara karena program Schistosomiasis bukan merupakan program prioritas bagi lintas sektor.
2. Jumlah fokus keong perantara yang terletak di lahan yang tidak terawat menjadi lokus berkembangbiakan serkaria.
3. Masih tingginya infeksi schistosomiasis pada hewan dan keong perantara
4. Hewan ternak yang bebas berkeliaran di area fokus keong yang berdekatan dengan pemukiman.

- 
5. Adanya simplifikasi dana dekonsentrasi menyebabkan anggaran dekonsentrasi untuk program Schistosomiasis ditiadakan
 6. Revisi DIPA Direktorat P2PM tahun 2022 baru terbit pada pertengahan Juli 2022 menyebabkan mundurnya waktu pelaksanaan survei prevalensi schistosomiasis pada manusia dan pengendalian fokus keong. Hal ini mengakibatkan obat praziquantel yang semula sudah dialokasikan untuk mengobati kasus positif melewati masa expired dan harus diajukan kembali pengadaannya melalui WHO.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target eliminasi rabies antara lain:

1. Ketepatan pengiriman laporan rabies khususnya dan zoonosis pada umumnya dari provinsi masih dibawah 60%.
2. Pemerintah Daerah khususnya Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota tidak fokus membina puskesmas untuk menjadi rujukan rabies center.
3. Komunikasi, koordinasi dan kolaborasi menjadi kurang optimal pada masa pandemic Covid-19.
4. Masih belum optimalnya sektor kesehatan hewan untuk memaksimalkan cakupan vaksinasi rabies pada hewan.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target pengendalian DBD antara lain:

1. Belum optimalnya pencatatan dan pelaporan kasus DBD (Sistem Informasi Arbovirosis masih dalam pengembangan) berakibat pada ketepatan pengiriman laporan DBD dari provinsi masih dibawah 80% dan secara nasional baru mencapai 61%.
2. Belum siapnya daerah dengan perubahan indikator DBD yang sebelumnya persentase Kabupaten/Kota dengan IR DBD $\leq 49/100.000$ penduduk pada tahun 2022 berubah menjadi persentase Kabupaten/Kota dengan IR DBD $\leq 10/100.000$ penduduk.
3. PSN 3M Plus dengan Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik (G1R1J) belum berjalan dengan baik dan belum semua kab/kota melaksanakan G1R1J.
4. Belum optimalnya Pokjanel dalam pencegahan dan penanggulangan DBD
5. Belum optimalnya kapasitas tenaga Kesehatan dalam tatalaksana kasus DBD
6. Pengembangan inovasi baru dalam pencegahan dan pengendalian DBD masih belum berjalan.

Beberapa faktor penghambat pencapaian eliminasi filariasis antara lain:

1. Adanya simplifikasi dana dekonsentrasi menyebabkan anggaran dekonsentrasi untuk program filariasis ditiadakan.
2. Kondisi geografis beberapa wilayah di Indonesia yang sulit terjangkau. Kegiatan POPM Filariasis dilaksanakan untuk seluruh penduduk usia 2-70 tahun di kabupaten/kota endemis filariasis, dimana beberapa daerah tersebut merupakan daerah terpencil dan kepulauan yang sulit aksesnya, sehingga pelaksanaan POPM Filariasis di daerah tersebut sulit menjangkau seluruh sasaran, terutama di desa-desa terpencil.
3. Adanya dugaan Kejadian Ikutan pasca POPM yang terjadi di masyarakat dapat menurunkan angka partisipasi minum obat pada waktu POPM Filariasis
4. Masih terdapat kabupaten/kota yang gagal dalam Survei Evaluasi Prevalensi mikrofilaria menyebabkan tahapan kabupaten/kota untuk eliminasi filariasis tertunda
5. Rekomendasi agar survei evaluasi penularan (*Transmission Assessment Survey/TAS*) pada daerah *Brugia* Sp menggunakan Survei TAS alternatif yang disebut *Brugia Impact Survey* (BIS) membutuhkan anggaran dan sumber daya yang lebih besar.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target eliminasi malaria antara lain:

1. *Under Reporting* pelaporan data pada sistem pencatatan dan pelaporan SISMAL
2. Pelaporan malaria secara bulanan yang menyebabkan keterlambatan informasi terkait peningkatan kasus malaria
3. Kurang berjalannya sistem kewaspadaan dini terkait malaria
4. Setiap kasus positif di daerah endemis rendah dan eliminasi (API<1 per 1000 penduduk) tidak segera dilakukan Penyelidikan Epidemiologi (PE) 1-2-5.
5. Akses dan cakupan layanan baik Rumah Sakit, klinik, DPS pada remote area masih belum memadai.
6. Pengendalian resistensi Obat Anti Malaria (OAM) dengan prinsip *one gate policy*, *reserve drug policy* dan *free market control* belum optimal.
7. Rujukan layanan dan jejaring tatalaksana belum optimal.
8. Manajemen ketersediaan OAM terutama artesunate injeksi belum optimal.
9. Pengawasan penggunaan kelambu masih kurang adekuat, daerah belum melakukan pengawasan penggunaan kelambu.
10. Migrasi penduduk mempengaruhi potensi penyebaran malaria.
11. 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 terbenkkelai).
12. Ketepatan dan kelengkapan pelaporan yang belum optimal.
13. Belum semua daerah pembebasan dan pemeliharaan mempunyai pemetaan daerah fokus.
14. Turn Off petugas malaria di daerah.
15. Masih banyak kabupaten/kota stagnan endemis rendah.
16. Peningkatan kasus malaria di beberapa kabupaten/kota kurang berjalanya kegiatan surveilans migrasi malaria di daerah endemis rendah dan tahap pemeliharaan.
17. Komitmen Pemerintah daerah setempat baik terkait kebijakan dan anggaran untuk program malaria di daerah endemis malaria dan bebas malaria yang semakin terbatas.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target eliminasi kusta antara lain:

1. Anggaran dekonsentrasi untuk kegiatan kusta dihapus untuk seluruh Provinsi karena adanya simplifikasi anggaran.
2. Di beberapa kabupaten/kota yang mempunyai kantong kusta tidak dipandang sebagai prioritas masalah kesehatan masyarakat. Hal ini berakibat sebagian besar wilayah kantong kusta tidak mendapat dukungan dari pemerintah daerah tempat dan masih adanya stigma di masyarakat.
3. Angka mutasi petugas kesehatan yg cukup tinggi menyebabkan program pencegahan dan pengendalian kusta di daerah berjalan kurang maksimal.
4. Sebagian besar daerah kantong kusta berada di lokasi yang sulit dijangkau, menyebabkan sulitnya pencarian kasus, pemantauan pengobatan dan akses masyarakat menuju pelayanan kesehatan;

- 
5. Belum maksimalnya kemitraan dengan organisasi profesi, rumah sakit dan praktek dokter swasta dalam menciptakan pelayanan kusta yang komprehensif dan terstandar;
 6. Pada beberapa daerah endemis rendah, rendahnya kesadaran dan pengetahuan tentang kusta pada petugas dan masyarakat, serta surveilans tidak berjalan dengan adekuat, mengakibatkan terjadinya keterlambatan penemuan kasus;
 7. Pencacatan dan pelaporan yang dilakukan secara manual dan berjenjang menyebabkan data yang dilaporkan belum maksimal;
 8. Logistik *MDT (Multi Drug Therapy)* untuk mengobati pasien kusta juga mengalami kendala proses distribusi akibat pembatasan kegiatan di negara pengirim. Masalah juga terjadi pada manajemen MDT baik di tingkat Puskesmas ataupun Kabupaten/Kota, di mana terdapat perbedaan pengelolaan mulai dari permintaan, penyimpanan ataupun pengelola.
 9. Kegiatan peningkatan kapasitas pengelola program pencegahan dan pengendalian kusta untuk provinsi dan kabupaten kota terlambat digunakan, dikarenakan adanya perubahan SOTK dari direktorat P2PM.

Dengan masih terdapatnya beberapa permasalahan dalam mencapai eliminasi schistosomiasis maka alternatif solusi yang dapat dilakukan adalah:

1. Meningkatkan koordinasi lintas sektor dan mengoptimalkan peran dan tugas masing-masing lintas sektor sesuai roadmap eliminasi schistosomiasis.
2. Penguatan pemberdayaan masyarakat dalam upaya pencegahan dan pengendalian faktor resiko di daerah fokus melalui pemanfaatan sumber pembiayaan dari dana desa untuk mengolah area fokus menjadi lahan yang bermanfaat.
3. Penanggulangan Schistosomiasis dengan memanfaatkan sumber pembiayaan dari dana Desa untuk mendukung program penanggulangan Schistosomiasis berbasis pemberdayaan masyarakat.
4. Membuat surat tanggapan simplifikasi Menu dan efisiensi anggaran dekonsentrasi penyakit tropis teraibakan ke Sekretaris Jenderal Kemenkes agar kegiatan NTDs dapat dialokasikan dengan menggunakan anggaran di internal Ditjen P2P.
5. Pengajuan permintaan obat praziquantel segera ke WHO untuk pelaksanaan pengobatan selektif.

Dengan masih terdapatnya beberapa permasalahan dalam mencapai eliminasi rabies maka alternatif solusi yang dapat dilakukan adalah:

1. Pembinaan teknis melalui media komunikasi baik internet maupun aplikasi online tetap dilakukan dimasa COVID – 19.
2. Surveilans kasus zoonosis yang bertujuan untuk memantau kemungkinan terjadinya *outbreak* atau KLB dengan tetap mempertimbangkan protokol kesehatan.
3. Mengembangkan sistem informasi zoonosis berbasis website dan aplikasi agar sistem surveilans berjalan dengan cepat dan tepat.
4. Memperbanyak media KIE kepada petugas dan masyarakat sehingga informasi dapat tersampaikan secara lebih luas.

Pemecahan masalah untuk tantangan dan kendala dalam mencapai indikator insidens DBD yakni:

- 
1. Melakukan penguatan sistem surveilans dengue/DBD yang komprehensif serta manajemen kejadian luar biasa (KLB) yang responsif. Melakukan deteksi dini infeksi dengue di puskesmas dengan melakukan *Rapid Diagnostic Test* (RDT) Antigen Dengue NS1 atau RDT Combo pada hari 1-5 demam sebagai upaya menekan kematian akibat dengue.
 2. Melakukan sosialisasi penggunaan aplikasi Sistem Informasi Arbovirosis (SIARVI) di daerah untuk mendukung pencatatan dan pelaporan kasus DBD.
 3. Melakukan sosialisasi mengenai perubahan indikator DBD ke pemerintah Provinsi dan Kab/Kota.
 4. Memperkuat Stranas Penanggulangan Dengue 2021-2025 dalam payung hukum (Kepmenkes).
 5. Melaksanakan assessment implementasi G1R1J di wilayah endemis dan pembentukan juknis penilaian implementasi daerah yang telah melakukan G1R1J.
 6. Membentuk atau merevitalisasi kembali Kelompok Kerja Operasional (POKJANAL) Dengue/DBD di tingkat provinsi, kabupaten/kota, kecamatan dan desa/kelurahan dan bekerjasama dengan lintas sektor dan lintas program terkait. Memperbarui Petunjuk teknis dari logistik, pencegahan pengendalian dengue, G1R1J di sekolah dan masyarakat
 7. Melaksanakan Webinar dan Workshop mengenai peningkatan kapasitas bagi tenaga kesehatan
 8. Melakukan upaya pencegahan dan pengendalian Dengue dengan mengembangkan teknologi Wolbachia dan rencana implementasi teknologi Wolbachia di beberapa daerah dengan tetap mengedepankan langkah – langkah preventif dan promotif dengan kemandirian masyarakat melalui Gerakan 1 Rumah 1 Jumantik (G1R1J) untuk melaksanakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) 3M Plus di tempat – tempat umum dan tempat – tempat institusi.

Untuk mengatasi permasalahan pencapaian indikator eliminasi filariasis dilakukan beberapa alternatif solusi yakni:

1. Terbitnya Surat Sekretaris Jenderal Kemenkes Nomor PM.03.03/1/5640/2022 tentang Tanggapan terkait Dampak Simplikasi Menu dan Efisiensi Anggaran Dekonsentrasi Penyakit Tropis Terabaikan maka kegiatan terkait POPM filariasis dapat dialokasikan sebagian dengan menggunakan anggaran di internal Ditjen P2P
2. Advokasi kepada pemerintah daerah untuk meningkatkan komitmen dalam menjangkau daerah-daerah sulit dalam pelaksanaan POPM Filariasis, serta Mengoptimalkan mobilisasi tenaga kesehatan yang ada untuk menjangkau daerah-daerah sulit dan terpencil.
3. Konsolidasi dan Penguatan jejaring Komisi Ahli penanggulangan kejadian ikutan pasca POPM Filariasis baik di tingkat Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota untuk mengantisipasi kejadian ikutan yang terjadi selama pelaksanaan POPM Filariasis
4. Supervisi dan pendampingan secara aktif terhadap kabupaten/kota gagal survey PreTAS agar dapat meningkatkan cakupan minum obat dan memastikan obat diminum di depan petugas agar berhasil memutus rantai penularan filariasis
5. Optimalisasi anggaran dan sumber daya yang ada untuk pelaksanaan Survei BIS

Untuk mengatasi permasalahan pencapaian indikator eliminasi malaria dilakukan beberapa alternatif solusi yakni:

1. Peningkatan akses layanan malaria yang bermutu.
 - Desentralisasi pelaksanaan program oleh kab/kota.
 - Integrasi kedalam layanan kesehatan primer.
 - Penemuan dini dengan konfirmasi dan pengobatan yang tepat sesuai dengan standar dan pemantauan kepatuhan minum obat.
 - Penerapan sistem jejaring public-private mix partnership layanan malaria.
2. Mendorong kabupaten/kota yang sudah endemis rendah >3 tahun agar segera mencapai eliminasi dengan melakukan advokasi dan memfasilitasi asesmen serta upaya mempercepat eliminasi kabupaten/kota stagnan.
3. Peningkatan upaya percepatan penurunan kasus dan eliminasi malaria di Papua dan IKN.
4. Intervensi kombinasi (LLIN, IRS, Larvasida, pengelolaan lingkungan, *personal protection*, profilaksis) dengan berbasis bukti melalui pendekatan kolaboratif.
5. Pemantauan efektifitas dan resistensi OAM.
6. Penguatan surveilans termasuk surveilans migrasi, Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (SKD-KLB) dan penanggulangan KLB.
7. Sosialisasi penggunaan dana yang bisa dimanfaatkan untuk Penyelidikan Epidemiologi baik Dana Dekonsentrasi, DAK non fisik, APBD, Global Fund, Dana Desa, dan Dana Kapitasi.
8. 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.
9. 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.
10. Menjaga daerah yang telah mendapat sertifikat tidak terjadi penularan kembali.
11. Pengembangan pelaporan secara real-time pada SISMAL V3
12. Pelatihan Penyelidikan Epidemiologi termasuk pelatihan pemetaan GIS.
13. Penguatan sistem informasi strategis dan penelitian operasional untuk menunjang basis bukti program.
14. Penguatan manajemen fungsional program, advokasi dan promosi program dan berkontribusi dalam penguatan sistem kesehatan.

Untuk mengatasi permasalahan pencapaian indikator eliminasi kusta dilakukan beberapa alternatif solusi yakni:

1. Melakukan sosialisasi, koordinasi, monitoring dan evaluasi dapat dilakukan dengan memaksimalkan penggunaan perangkat digital;
2. Melakukan kegiatan koordinasi pemantauan kabupaten/kota dengan target penemuan kasus baru tanpa cacat;
3. Melakukan validasi data secara berjenjang, mulai dari kabupaten/kota, dan provinsi yang dilakukan dengan menggunakan dana masing-masing daerah;
4. Melakukan superfisi dan monitoring mulai dari pusat ke provinsi, kabupaten sampai puskesmas dan melakukan pendampingan provinsi dan atau kab/kota yang mempunyai penemuan kasus kusta baru terutama yang mempunyai angka kecacatan yang tinggi baik cacat tingkat 1 maupun cacat tingkat 2;
5. Meningkatkan cakupan pemberian kemoprofilaksis kusta pada kasus kontak guna memutus rantai penularan kasus kusta di masyarakat;

- 
6. Meningkatkan pemantauan pengobatan pada kasus;
 7. Meningkatkan kegiatan advokasi dan sosialisasi program terhadap pemangku kepentingan terkait agar dapat meningkatkan komitmen dalam pencapaian target proporsi kasus baru tanpa cacat;
 8. Melakukan pemetaan kasus kusta serta memperluas cakupan kegiatan pelaksanaan penemuan kasus kusta secara aktif dan berkelanjutan, terutama di wilayah yang mempunyai banyak kasus kusta;
 9. Menganggarkan dan melaksanakan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan secara rutin, serta melakukan on the job training pada saat kegiatan di daerah;
 10. Meningkatkan kegiatan promosi serta penyebaran media KIE kepada penderita, keluarga penderita, dan masyarakat dalam rangka menurunkan stigma kusta di masyarakat;
 11. Melakukan integrasi dengan program dengan program penyakit menular lainnya maupun penyakit tidak menular, misalnya kusta-TB, kusta- frambusia, kusta-filariasis, kusta-ISPA, kusta-kesling dan lain-lain;
 12. Memperkuat jejaring kemitraan dengan lintas program, lintas sektor, organisasi profesi dan LSM yang berhubungan dengan kusta agar memperoleh dukungan dalam pelaksanaan program sesuai dengan tupoksi masing-masing;
 13. Melakukan pengembangan pelaporan yang berbasis online dan real time, sehingga data kasus kusta yang diperoleh benar-benar valid dan dapat dipertanggung jawabkan.

2.1.11. Prevalensi obesitas pada penduduk usia >18 tahun

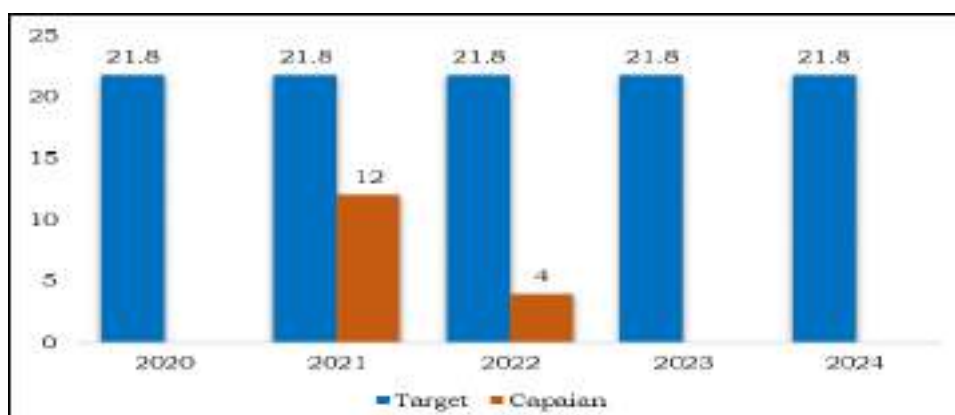
Definisi Operasional Indikator prevalensi obesitas pada penduduk usia >18 tahun adalah kasus obesitas pada penduduk usia > 18 tahun dengan kategori IMT > 27 pada periode tertentu.

Indikator ini dihitung dari Jumlah penduduk usia > 18 tahun dengan IMT >27 dibagi dengan total penduduk usia > 18 tahun di kali 100 persen, pada periode tertentu

Obesitas merupakan penyakit, sekaligus merupakan salah satu faktor risiko penyakit tidak menular lain yang mendorong munculnya faktor metabolik (penyakit jantung, diabetes, kanker, hipertensi, dislipidemia). Prevalensi obesitas (Indeks Masa Tubuh (IMT) ≥ 27) meningkat dari 15,4% pada tahun 2013 menjadi 21,8% pada tahun 2018. Hal ini sejalan dengan peningkatan proporsi obesitas sentral dari 26,6% di tahun 2013 menjadi 31% di tahun 2018 (Riskesdas, 2018). Berdasarkan data tersebut maka target yang ditetapkan sebagai baseline data tahun 2022 sebagai target indikator sebesar 21,8%.

Hasil perhitungan berdasarkan data rutin dalam Aplikasi Sistem Informasi Penyakit Tidak Menular (SIPTM) dan Aplikasi Sehat IndonesiaKu (ASIK) diperoleh capaian prevalensi obesitas pada penduduk usia >18 tahun tahun 2022 sebesar 4%. Bila dibandingkan dengan target prevalensi obesitas yakni sebesar 21.8% maka capaian tahun 2022 telah mencapai target dengan persentase kinerja sebesar 182%. Secara lengkap digambarkan pada grafik berikut ini:

Grafik 3.26
Target dan Capaian Prevalensi obesitas pada penduduk usia >18 tahun



Sumber data: Laporan Tim Kerja DMGM, 2023

Indikator prevalensi obesitas pada penduduk usia >18 tahun merupakan indikator negatif sehingga bila capaian makin rendah maka target akan tercapai. Indikator prevalensi obesitas idealnya diperoleh dari data survei tetapi karena pada periode 2020-2022 belum dilakukan survei maka data yang digunakan adalah data rutin. Grafik diatas menunjukkan bahwa pada tahun 2020 tidak diperoleh datanya sehingga capaian tidak tersedia. Tahun 2021, dari olahan data rutin SIPTM, capaian prevalensi obesitas sebesar 12% dan menurun menjadi 4% pada tahun 2022 dengan sumber data SIPTM dan ASIK. Namun ini bukanlah capaian yang mewakili pemeriksaan dan bukan menunjukkan prevalensi obesitas menurun dan telah mencapai target, karena denominator dari indikator ini adalah jumlah penduduk usia di atas 18 tahun sedangkan jumlah yang diperiksa tidak mewakili jumlah sasaran yang seharusnya menjadi sasaran. Berdasarkan data sasaran maka jumlah sasaran yang harusnya diperiksa adalah 208.981.905 orang namun yang diperiksa hanya sebanyak 32.084.310 orang atau sebesar 15%. Secara lengkap dalam tabel berikut ini:

Tabel 3.6
Prevalensi obesitas pada penduduk usia >18 tahun berdasarkan Provinsi

NO	PROVINSI	PENDUDUK >= 18 TAHUN	Total diperiksa IMT (SIPTM+ASIK)	Total Obesitas	Proporsi Obesitas	Prevalensi Obesitas
1	Aceh	4,009,307	479,866	200,402	42%	5%
2	Sumatera Utara	11,006,841	1,209,527	346,778	29%	3%
3	Sumatera Barat	4,128,764	426,202	144,822	34%	4%
4	Riau	5,172,711	268,504	104,586	39%	2%
5	Jambi	2,771,609	235,209	62,268	26%	2%
6	Sumatera Selatan	6,474,153	361,824	89,655	25%	1%
7	Bengkulu	1,538,509	146,013	45,225	31%	3%
8	Lampung	6,547,620	1,924,456	514,836	27%	8%
9	Kepulauan Bangka Belitung	1,136,290	201,780	70,689	35%	6%

NO	PROVINSI	PENDUDUK >= 18 TAHUN	Total diperiksa IMT (SIPTM+ASIK)	Total Obesitas	Proporsi Obesitas	Prevalensi Obesitas
10	Kepulauan Riau	1,817,748	199,426	57,439	29%	3%
11	DKI Jakarta	8,314,708	1,732,436	408,604	24%	5%
12	Jawa Barat	38,579,408	5,686,648	1,381,353	24%	4%
13	Jawa Tengah	27,452,787	2,243,769	724,733	32%	3%
14	DI Yogyakarta	3,209,282	104,979	40,880	39%	1%
15	Jawa Timur	32,064,197	6,657,405	1,531,412	23%	5%
16	Banten	9,959,986	2,495,967	477,402	19%	5%
17	Bali	3,554,507	150,393	39,013	26%	1%
18	Nusa Tenggara Barat	3,935,600	2,004,405	270,576	13%	7%
19	Nusa Tenggara Timur	4,006,177	644,942	117,744	18%	3%
20	Kalimantan Barat	3,898,307	477,109	127,375	27%	3%
21	Kalimantan Tengah	2,083,344	212,297	52,166	25%	3%
22	Kalimantan Selatan	3,243,143	524,410	135,941	26%	4%
23	Kalimantan Timur	2,855,463	614,854	162,416	26%	6%
24	Kalimantan Utara	545,274	42,271	17,274	41%	3%
25	Sulawesi Utara	1,965,629	327,161	94,217	29%	5%
26	Sulawesi Tengah	2,330,586	389,661	112,450	29%	5%
27	Sulawesi Selatan	6,877,285	1,282,131	371,095	29%	5%
28	Sulawesi Tenggara	2,002,800	307,899	80,410	26%	4%
29	Gorontalo	913,242	354,616	108,464	31%	12%
30	Sulawesi Barat	1,023,837	96,472	35,322	37%	3%
31	Maluku	1,323,861	68,125	25,179	37%	2%
32	Maluku Utara	936,482	108,790	37,255	34%	4%
33	Papua Barat	748,610	58,736	22,966	39%	3%
34	Papua	2,553,838	46,027	19,075	41%	1%
	Total	208,981,905	32,084,310	8,030,022	25%	4%

Sumber data: Laporan Tim Kerja DMGM, 2023

Tabel diatas menunjukkan, dari jumlah yang memeriksakan di Fasyankes sebanyak 25% penduduk usia > 18 tahun mengalami obesitas. Bila seluruh penduduk usia > 18 tahun memeriksakan IMT maka prevalensi obesitas bukan 4% sehingga idealnya data diperoleh dari hasil survei seperti Riskesdas dan lainnya. Selain itu tabel diatas juga menunjukkan Provinsi yang memiliki proporsi obesitas tertinggi adalah Provinsi Aceh (42%), Provinsi Kalimantan Utara (41%) dan Provinsi Papua (41%), sedangkan Provinsi yang memiliki obesitas yang cukup rendah yaitu Nusa Tenggara Barat (13%), Nusa Tenggara Timur (18%) dan Banten (19%). Capaian proporsi tersebut berkorelasi dengan cakupan deteksi dini faktor risiko PTM serta validitas dari pencatatan dan pelaporan dalam sistem informasi.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target antara lain:

1. Penguatan surveilans faktor risiko PTM melalui Sistem Informasi berbasis web (SIPTM) maupun berbasis mobile (ASIK) yang merupakan sistem pelaporan

Penyakit Tidak Menular.

2. Penguatan deteksi dini melalui pemanfaatan dana dekonsentrasi Penyelenggaraan Posbindu PTM
3. Pemanfaatan Dana Alokasi Khusus (DAK) fisik diseluruh Kab/Kota melalui penyediaan alat Posbindu Kit dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP)
4. Mendorong pelaksanaan deteksi dini di lingkungan masyarakat kampus melalui kegiatan Kampus Sehat dan juga deteksi dini dilingkungan Kementerian/Lembaga.
5. Advokasi kepada Pemerintah Daerah untuk pencapaian target indikator SPM yakni pelayanan deteksi dini pada kelompok usia 15 tahun keatas.
6. Inovasi dengan pemanfaatan teknologi dan informasi serta deteksi dini secara mandiri
7. Advokasi kepada Pemerintah Daerah dalam penggunaan APBD, Anggaran Dana Desa, dan sumber dana lainnya sesuai dengan peraturan yang berlaku dalam rangka pencegahan dan pengendalian faktor risiko penyakit tidak menular dengan menggiatkan deteksi dini faktor risiko penyakit tidak menular melalui Posbindu PTM dan Gerakan Tekan Angka Obesitas
8. Pembuatan Media Informasi baik cetak maupun elektronik tentang deteksi dini dan faktor risiko PTM.
9. Melaksanakan webinar tentang obesitas dengan sasaran masyarakat umum

Beberapa faktor penghambat pencapaian target antara lain:

1. Masih sulitnya akses internet di beberapa daerah sehingga menghambat pelaporan deteksi dini.
2. Masih banyaknya pengelola program yang kelebihan beban kerja.
3. Masih perlunya advokasi dan sosialisai yang bersifat masif dan terintegrasi dalam mendukung kegiatan Posbindu PTM.
4. Perpindahan SDM yang terlalu sering mengakibatkan terputusnya kesinambungan program.
5. Belum optimalnya sosialisasi dan advokasi program pengendalian PTM kepada Pemerintah Daerah.
6. Masih rendahnya komitmen pemangku kebijakan di daerah terhadap program pengendalian PTM.

Dengan masih terdapatnya beberapa permasalahan maka alternatif solusi yang dapat dilakukan antara lain:

1. Melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan deteksi dini di setiap kabupaten/kota.
2. Melakukan peningkatan kapasitas tenaga Kesehatan dalam melakukan deteksi dini melalui workshop dan pelatihan.
3. Terus melakukan edukasi ke masyarakat terkait obesitas melalui webinar, talkshow di radio, podcast serta media briefing.
4. Menyusun komik obesitas dengan sasaran anak usia sekolah.
5. Menyusun NSPK pedoman gerakan lawan obesitas.
6. Penyusunan Rencana Aksi Nasional Penanganan Obesitas.

7. Pengembangan implementasi deteksi dini dan intervensi gizi lebih serta obesitas pada anak usia sekolah.

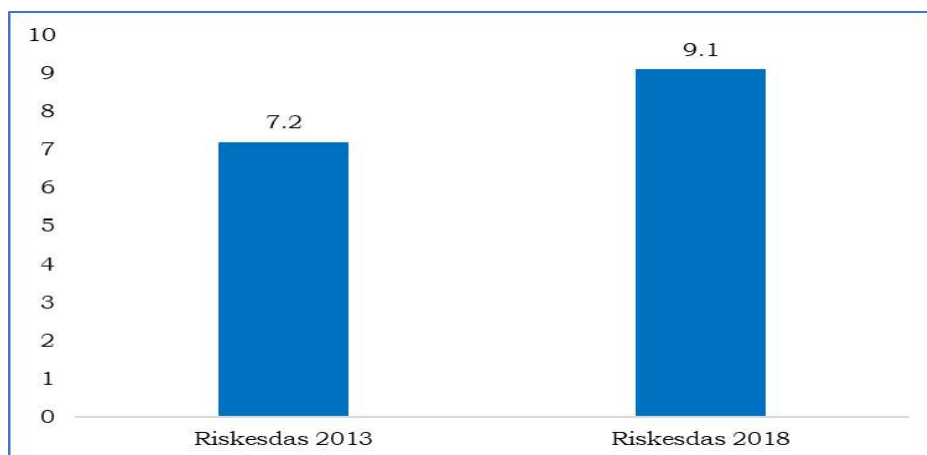
2.1.12. Merokok Penduduk Usia 10-18 Tahun

Definisi Operasional Indikator indikator ini adalah Persentase merokok pada penduduk usia 10-18 tahun dalam satu tahun.

Indikator ini dihitung dari Persentase merokok pada penduduk usia 10-18 tahun berdasarkan hasil Riskesdas. Data Riskesdas yang digunakan adalah hasil Riskesdas pada tahun 2013 dan 2018 sedangkan tahun 2022, Riskesdas tidak dilakukan sehingga belum ada hasil capaian terbaru.

Hasil capaian persentase merokok pada usia 10-18 tahun berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2018 dan 2012 adalah sebagai berikut:

Grafik 3.27
Persentase merokok pada penduduk usia 10-18 berdasarkan hasil Riskesdas



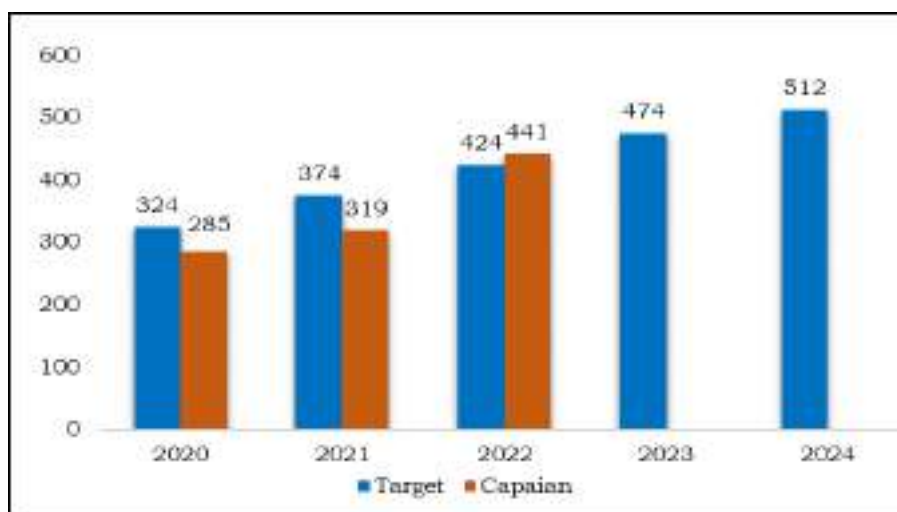
Sumber Data: Riskesdas 2013 dan 2018

Berdasarkan grafik diatas diketahui bahwa adanya peningkatan prevalensi merokok pada usia 10 - 18 tahun dari 7,2% (2013) menjadi 9,1% (2018). Diketahui bahwa target persentase merokok pada penduduk usia 10-18 tahun sebesar 8,9% di tahun 2022 dan data Riskesdas terbaru adalah tahun 2018. Data ini juga sejalan dengan data dari Global Youth Tobacco Survey (GYTS) 2019 yang mencatat sebanyak 19,2% pelajar usia 13 - 15 tahun yang merokok. Demikian juga dengan data terbaru dari Global Adult Tobacco Survey (GATS) 2021 melaporkan sebanyak 70,2 juta orang atau 34,5% yang berusia lebih dari 15 tahun menggunakan tembakau dengan rincian 68,9 juta atau 33,5% perokok, 6,2 juta orang atau 3% pengguna rokok elektronik, 65,5% laki-laki dan 3,3% perempuan menggunakan tembakau, 1% pengguna tembakau kunyah dan 0,1% pengguna tembakau yang dipanaskan.

Untuk mencapai penurunan prevalensi merokok pada penduduk usia 10-18 tahun

di Indonesia, Kementerian Kesehatan menetapkan indikator kinerja yang tertuang dalam Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 yakni indikator Jumlah kab/kota yang menerapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan Jumlah kab/kota yang menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM). Indikator jumlah Kab/Kota yang menerapkan KTR dihitung dari Jumlah kumulatif kab/kota memiliki peraturan daerah atau Perkada tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan atau terdapat lebih dari 40% tatanan yang memenuhi indikator penerapan KTR minimal 3 dari 7 tatanan. Capaian indikator kab/kota yang menerapkan KTR sebesar 441 Kab/kota dari target 424 Kab/Kota atau sebesar 104%. Secara lengkap digambarkan dalam grafik sebagai berikut:

Grafik 3.28
Target dan Capaian Kab/kota yang menerapkan KTR



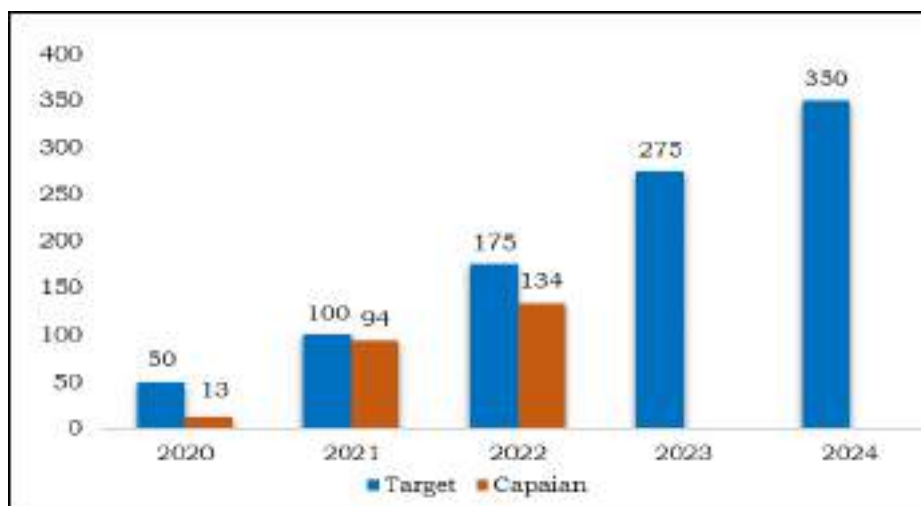
Sumber Data: Direktorat P2PTM, 2023

Grafik diatas menunjukkan adanya peningkatan jumlah kab/kota yang menerapkan KTR dari tahun 2020 sebanyak 285 kab/kota, tahun 2021 sebanyak 316 kab/kota dan meningkat menjadi 441 kab/kota pada tahun 2022. Terdapat perbedaan definisi operasional dalam perhitungan pencapaian target pada tahun 2021 dengan tahun 2022 sehingga ada peningkatan yang cukup signifikan. Tahun 2021 hanya menghitung berdasarkan kab/kota yang memiliki Perda KTR saja, sedangkan definisi operasional tahun 2022 menghitung berdasarkan kab/kota yang memiliki Perda dan/atau Perkada tentang KTR. Selain itu, pencapaian ini baru secara kuantitas, belum sampai pada tahap penerapan KTR dengan penegakan dan pemberian sanksi terhadap pelanggaran terhadap KTR. Penerapan KTR menjadi bagian dalam upaya pencapaian target untuk menurunkan prevalensi perokok penduduk usia 10-18 tahun. Diperlukan upaya bersama dari semua komponen/unsur baik pemerintah, swasta, organisasi masyarakat, tokoh masyarakat, tokoh agama untuk mendukung upaya ini 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.

Indikator lainnya adalah Jumlah kab/kota yang menyelenggarakan layanan Upaya

Berhenti Merokok (UBM), yang menggambarkan Kabupaten/Kota yang memiliki $\geq 40\%$ puskesmas yang menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM). Jumlah Kab/Kota yang menyelenggarakan layanan UBM tahun 2022 sebanyak 134 Kab/Kota dari target 175 Kab/Kota atau sebesar 76.6%. Capaian tahun 2022 tidak mencapai target yang ditetapkan, seperti digambarkan sebagai berikut:

Grafik 3.29
Target dan Capaian
Kab/kota yang menyelenggarakan Layanan UBM



Sumber Data: Direktorat P2PTM, 2023

Grafik diatas menunjukkan selama tahun 2020-2022, capaian indikator Kab/Kota yang menyelenggarakan layanan UBM tidak mencapai target, meskipun demikian capaian meningkat setiap tahunnya. Bila dibandingkan dengan target tahun 2024 sebesar 350 Kab/Kota maka diperkirakan target tersebut sulit untuk tercapai. Selama masa pandemi COVID-19 layanan UBM di berbagai daerah terhenti karena khawatir risiko penularan. Selain itu data dari daerah belum diinput ke dalam SIPTM sehingga secara otomatis nama puskesmas tidak akan tercatat dalam sistem sebagai puskesmas yang menyelenggarakan layanan UBM. Begitu juga SDM dan ketersediaan anggaran di masing-masing daerah perlu diperkuat serta perlu ada komitmen bersama untuk mewujudkan layanan UBM sebagai salah satu upaya dalam menurunkan prevalensi perokok pada penduduk usia 10-18 tahun.

Jumlah kab/kota yang $\geq 40\%$ puskesmasnya menyelenggarakan layanan UBM menjadi salah satu faktor yang mendukung pencapaian target menurunkan prevalensi perokok pada penduduk usia 10-18 tahun. Data *Global Adult Tobacco Survey (GATS, 2021)* menunjukkan bahwa 63,4% orang dewasa yang saat ini merokok berencana atau mempertimbangkan untuk berhenti merokok. Sedangkan 38,9% perokok yang mengunjungi penyedia layanan kesehatan dalam 12 bulan terakhir dianjurkan untuk berhenti merokok. Hal ini menunjukkan bahwa upaya promotif dan preventif telah berjalan dengan baik, namun demikian upaya untuk monitoring dan evaluasinya masih sangat terbatas.

Untuk mencapai target indikator dilakukan kegiatan-kegiatan antara lain:

1. Melakukan advokasi kepada pimpinan daerah yang belum memiliki peraturan daerah Kawasan Tanpa Rokok (KTR) untuk segera menyusun peraturan dimaksud sebagai kewajiban daerah yang harus dipenuhi sesuai dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi Kesehatan.
2. Melakukan monitoring dan evaluasi penerapan Kawasan Tanpa Rokok di 7 tatanan dan melakukan pembinaan teknis dalam upaya percepatan penerapan KTR di kab/kota yang telah memiliki kebijakan KTR. Kegiatan ini telah dilaksanakan pada 21 lokus, yaitu 1) Kab. Sumedang, Kab. Indramayu (Jawa Barat), Kab. Serdang Bedagai (Sumatera Utara), Kota Banda Aceh (Aceh), Kota Jambi (Jambi), Kota Dumai (Riau), Kab. Bintan (Kep. Riau), Kota Pariaman (Sumatera Barat), Kab. Gowa (Sulawesi Selatan), Kota Ambon (Maluku), Kab. Banjar (Kalimantan Selatan), Kab. Gianyar (Bali), Kab. Serang (Banten), Kab. Tulungagung, Kota Probolinggo (Jawa Timur), Kab. Pemalang, Kota Salatiga (Jawa Tengah), Kab. Katingan (Kalimantan Tengah).
3. Menyelenggarakan pertemuan koordinasi Pusat dan Daerah secara daring terkait Renstra KTR dan UBM.
4. Menyelenggarakan pertemuan koordinasi Pusat dan Daerah dalam program percepatan implementasi KTR.
5. Menyelenggarakan pertemuan koordinasi lintas Kementerian/Lembaga dalam percepatan implementasi KTR di 7 tatanan.
6. Sosialisasi terkait aplikasi dashboard e-monev KTR di 6 lokus yaitu Kab. Bekasi, Kota Bekasi, Kab. Bogor, Kota Bogor, Kab. Bandung, Kota Bandung (Jawa Barat), Kota Metro (Lampung) bersama dengan WHO.
7. Menyelenggarakan pertemuan lintas program, lintas sector dan media dalam menindak lanjuti hasil kajian GATS 2021 dalam upaya pencegahan dan pengendalain tembakau.
8. Melaksanakan audiensi dengan lintas Kementerian/Lembaga dalam mendukung upaya perlindungan anak-remaja dari bahaya merokok dan paparan asap rokok.
9. Melaksanakan pertemuan untuk menyusun petunjuk teknis penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR).
10. Menyampaikan surat edaran Menteri Kesehatan kepada pemerintah daerah Provinsi dan Kab/Kota untuk melakukan percepatan penerapan Kawasan Tanpa Rokok di wilayahnya sebagai upaya perlindungan bagi anak-remaja, ibu hamil dari paparan asap rokok.
11. Mendorong pemerintah daerah terkait surat edaran dari Kementerian Dalam Negeri untuk pemanfaatan dashboard e-monev KTR sebagai bentuk monitoring dan evaluasi dalam penerapan KTR di wilayahnya.
12. Melakukan sosialisasi yang berkelanjutan kepada stakeholder dan masyarakat dengan memperbanyak media komunikasi informasi edukasi (KIE) tentang bahaya rokok dan paparan asap rokok dengan tujuan melindungi generasi muda dan ibu hamil.
13. Menyelenggarakan webinar kesehatan baik untuk tenaga kesehatan maupun masyarakat umum terkait dampak rokok bagi kesehatan maupun lingkungan.

- 
14. Menyelenggarakan webinar kesehatan bagi anak dan remaja sebagai agen perubahan dalam menyosngsong dan mewujudkan generasi emas 2045. Mendorong para remaja untuk secara aktif sebagai generasi penggerak anti rokok dengan tema “Keren Tanpa Rokok”
 15. Melakukan revisi terhadap Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan karena dinilai sudah tidak sesuai dengan perkembangan hasil produk tembakau yang berkembang lebih pesat, termasuk berkembangnya rokok elektronik yang belum diatur dalam PP 109/2012 tersebut.
 16. Menyelenggarakan kegiatan sosialisasi pencegahan dan pengendalian tembakau daerah terpilih melalui gerakan masyarakat hidup sehat (GERMAS) bersama dengan Anggota Komisi IX DPR-RI pada 8 lokus yaitu Kab. Belu (NTT), Kab. Brebes, Kab Tegal, Kab. Sukoharjo (Jawa Tengah), Kab. Sukabumi (Jawa Barat), Kota Pagar Alam, Kab Ogan Ilir (Sumatera Selatan). Untuk Kab Ogan Ilir diselenggarakan 2 kali kegiatan dengan lokasi yang berbeda.
 17. Memperingati Hari Tanpa Tembakau Sedunia (HTTS) berupa webinar kesehatan, media briefing, jambore Anak Peduli Kesehatan, serta penyebaran informasi tentang bahaya merokok di media sosial.
 18. Menyelenggarakan pelatihan Training of Trainer (ToT) untuk membentuk Tim pelatih di daerah agar dapat melakukan percepatan pelatihan UBM di wilayahnya.
 19. Melaksanakan kegiatan monitoring dan evaluasi (monev) dan pembinaan teknis dalam penyelenggaraan layanan UBM pada 7 lokus yaitu: Kab. Gorontalo (Gorontalo), Kota Mojokerto (Jawa Timur), Kab. Sleman (DI Yogyakarta), Kab. Sigi (Sulawesi Tengah), Kab. Bulungan (Kalimantan Utara), Kab. Kampar (Riau), Kab. Bogor (Jawa Barat) yang melibatkan Dinas Kesehatan Provinsi, Kabupaten/Kota dan Puskesmas setempat. Melaksanakan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelatihan UBM daerah yang menggunakan dana dekonsentrasi.
 20. Mempromosikan layanan UBM di berbagai event kesehatan maupun event nasional lainnya.
 21. Memperbanyak media komunikasi informasi edukasi (KIE) pentingnya layanan UBM dan manfaat berhenti merokok.
 22. Melakukan pendekatan kepada tokoh agama, tokoh masyarakat dan para penggiat anti rokok yang mempunyai komitmen yang sama dalam pengendalian konsumsi tembakau dalam melindungi generasi muda dan ibu hamil dari bahaya paparan asap rokok.
 23. Menyelenggarakan Evaluasi Pasca Pelatihan (EPP) untuk kegiatan program UBMbekerjasama dengan BPPSDM Kesehatan.
 24. Menyelenggarakan monev penggunaan Aplikasi ASIK secara daring pada 6 lokus daerah pembinaan wilayah Tim Kerja PPKGI, yaitu Sumatera Selatan, Lampung, Jawa Tengah, Bali, Kalimantan Tengah, Sulawesi Tenggara.
 25. Melakukan pertemuan untuk revisi petunjuk teknis dan modul Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) dan Asma dengan melibatkan Lintas Program, Akademisi dan Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI).
 26. Melaksanakan deteksi dini risiko PPOK yang diselenggarakan pada 24 lokus di

wilayah Provinsi Jawa Barat (Kab. Karawang, Kota Bogor, Kota Bandung) dan Jawa Tengah (Kab. Tegal, Kab. Klaten, Kab. Pekalongan, Kota Pekalongan) dengan responden usia 40 tahun keatas yang merokok. Kegiatan ini bekerjasama dengan

27. Perhimpunan Dokter Paru Indonesia (PDPI), Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, dan petugas kesehatan di Puskesmas setempat.
28. Menyelenggarakan survey kepuasan masyarakat terhadap layanan Quitline.Ina (layanan konseling berhenti merokok tidak berbayar pada nomor telepon 0800-177- 6565).
29. Menyelenggarakan diseminasi hasil deteksi dini PPOK yang telah dilaksanakan di 24 lokus dalam webinar kesehatan mengundang seluruh dinas kesehatan provinsi, kabupaten/kota.

Meskipun indikator prevalensi merokok tidak mencapai target tetapi dalam penerapan KTR dan UBM terdapat faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target antara lain:

1. Adanya komitmen dan dukungan dari lintas sektor Kementerian/Lembaga, seperti telah dikeluarkannya:
 - a. Surat edaran No 440/7258/Bangda tanggal 25 Agustus 2022 perihal pemanfaatan Dashboard E-KTR;
 - b. Surat Edaran No 29 Tahun 2022 tentang Larangan Merokok di Kawasan TanpaRokok di Area Perkantoran Kementerian Agama;
 - c. Permen PPPA No 5 Tahun 2022 tentang Tata Cara Koordinasi Pemantauan danPenyelenggaraan Perlindungan Anak;
 - d. Kepmensos No 175/HUK/2022 tentang Pengendalian Konsumsi Rokok diLingkungan Kemensos; dan
 - e. Peraturan Presiden No 25 Tahun 2021 tentang Kebijakan Kab/Kota Layak Anak.
2. Adanya komitmen dan keinginan yang kuat dari pimpinan daerah untuk melindungi generasi muda dari bahaya rokok dan paparan asap rokok dalam wujudkan generasi emas 2045.
3. Adanya komitmen yang kuat dari petugas yang telah dilatih untuk menyelenggarakan layanan UBM di puskesmasnya
4. Adanya promosi layanan UBM secara aktif di berbagai kegiatan lintas program atau integrasi dengan kegiatan lain untuk penjangkaran para perokok.
5. Adanya penyebaran media komunikasi informasi edukasi (KIE) di berbagai kegiatan lintas program

Beberapa faktor penghambat pencapaian target antara lain:

1. Belum selesainya proses revisi Peraturan Pemerintah No 109 tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan.
2. Data persentase merokok penduduk usia 10 - 18 tahun tidak tersedia setiap tahun.
3. Masih banyaknya konflik kepentingan dalam pengendalian konsumsi rokok
4. Masih banyaknya iklan, promosi, dan sponsorship rokok baik di media luar ruang maupun media teknologi informasi.

- 
5. Masih ditemukannya rokok dengan harga murah dan masih bisa dibeli eceran per batang.
 6. Masih banyaknya pimpinan daerah baik eksekutif maupun legislatif yang merokok sehingga percepatan penerapan KTR terhambat.
 7. Ketidakpatuhan penegakan KTR oleh daerah yang telah memiliki regulasi KTR.
 8. Kurangnya kepedulian masyarakat dan lemahnya kontrol sosial dalam penegakan KTR.
 9. Keterbatasan sumber daya dalam pengawasan dan penindakan terhadap pelanggaran KTR yang terjadi.
 10. Kurangnya sosialisasi mengenai regulasi KTR yang ada sehingga tidak berjalan sebagaimana mestinya.
 11. Belum optimal mengintegrasikan layanan UBM sebagai rujukan dari kegiatan penjarangan perokok pada berbagai kegiatan skrining PTM baik pada event tertentu maupun pada skrining PTM di Posbindu atau kegiatan penjarangan pada program PIS- PK.
 12. Belum optimal dalam melakukan follow-up klien yang mengikuti konseling berhenti merokok karena keterbatasan SDM dan anggaran
 13. Belum semua Kabupaten/Kota melaporkan layanan UBM di SI PTM.
 14. Adanya perubahan SOTK Kementerian Kesehatan termasuk Dirjen P2P yang mengakibatkan terhambatnya penyediaan anggaran APBN sehingga kegiatan efektif baru berjalan bulan Maret 2022, Quitline INA baru bisa berjalan bulan Agustus 2022, dan anggaran dekonsentrasi baru bisa dilaksanakan daerah pada bulan November 2022.

Dengan masih terdapatnya beberapa permasalahan maka alternatif solusi yang dapat dilakukan diantara lain:

1. Mendorong peran K/L dalam pengendalian konsumsi rokok melalui revisi PP 109/2012, revisi UU Penyiaran dan UU Pers, serta peraturan perijinan penjualan rokok.
2. Mendorong adanya ketersediaan data survei secara berkala melalui BPS dan Litbangkes serta menyelenggarakan surveilans perilaku setiap 6 bulan sekali bekerja sama dengan Pusat Penelitian Perguruan Tinggi.
3. Pemenuhan tenaga kesehatan terlatih UBM di Fasyankes dengan pelatihan online serta pelibatan organisasi profesi, akademisi dan organisasi kemasyarakatan.
4. Mengintegrasikan layanan UBM dengan layanan TB.
5. Mengalokasi anggaran untuk layanan UBM terkait dukungan capaian target indikator Renstra.
6. Peningkatan peran dinkes kab/kota untuk pencatatan dan pelaporan layanan UBM melalui SI PTM.
7. Penguatan Peran Petugas Surveilans di Fasyankes dalam Input Data SI PTM.
8. Pemanfaatan Pajak Rokok dan DBHCHT untuk sosialisasi layanan UBM.

2.1.13. Jumlah kabupaten/kota sehat

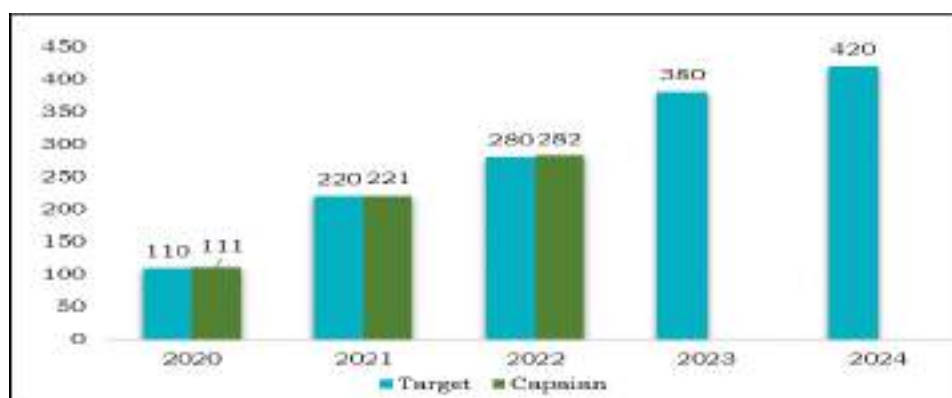
Kabupaten/kota sehat adalah suatu kondisi kabupaten/kota yang bersih, nyaman, aman dan sehat untuk dihuni penduduk, yang dicapai melalui terselenggaranya penerapan beberapa tatanan dan kegiatan yang terintegrasi yang disepakati masyarakat dan pemerintah daerah. Kabupaten/kota sehat merupakan salah satu cakupan dalam strategi kesehatan nasional Pembudayaan perilaku hidup sehat melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat, sesuai dengan arah kebijakan RPJMN 2020-2024 bidang kesehatan. Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat dilakukan melalui berbagai kegiatan di berbagai tatanan dengan memberdayakan masyarakat yang difasilitasi oleh Pemerintah Kabupaten/Kota untuk mewujudkan Kabupaten/Kota Sehat.

Definisi operasional dari kabupaten/kota sehat adalah kabupaten/kota yang melaksanakan seluruh tatanan, memiliki SK Tim Pembina, memiliki SK forum, rencana kerja dan mempunyai laporan hasil verifikasi oleh tim pembina tingkat provinsi.

Indikator Kab/Kota Sehat dihitung dari Jumlah kabupaten/kota yang telah memenuhi kriteria penyelenggaraan kabupaten/kota Sehat.

Capaian indikator kabupaten/kota sehat sebesar 282 kabupaten kota dibandingkan dengan target 280 sehingga capaian kinerja sebesar 100.7%. Capaian tahun 2022 telah melebihi target yang ditetapkan. Capaian indikator Kab/Kota sehat meningkat setiap tahunnya sehingga diperkirakan capaian tahun 2023-2024 akan mencapai target upaya yang optimal untuk mencapai target 380 kabupaten kota di tahun 2023 dan 420 kabupaten kota di tahun 2024, secara lengkap digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.30
Target dan Capaian Kab/Kota Sehat Tahun 2020-2024



Sumber data : Direktorat Penyehatan Lingkungan, 2023

Berbagai upaya telah dilakukan untuk mencapai kabupaten/kota sehat, antara lain:

- Pembinaan penyelenggaraan KKS secara daring kepada seluruh Tim Pembina dan forum, baik tingkat Provinsi maupun Kabupaten/Kota;
- Pertemuan koordinasi dengan seluruh Tim Pembina dan Forum KKS, membahas

- 
- capaian penyelenggaraan KKS;
 - Pertemuan Tim Pembina tingkat Pusat dan Provinsi, dilaksanakan secara hybrid, membahas persiapan verifikasi penghargaan Swasti Saba atas penyelenggaraan KKS yang akan dilaksanakan pada tahun 2023 dan pembahasan petunjuk pelaksanaan KKS.
 - Workshop Peningkatan Kapasitas dalam Pelaporan Penyelenggaraan KKS terhadap Tim Pembina Provinsi dan Kabupaten/Kota;
 - Penyusunan Rancangan Peraturan Presiden tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat sebagai revisi dari Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat.

Indikator Kab/Kota sehat tahun 2022 telah mencapai target dipengaruhi faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target adalah:

- Koordinasi dan dukungan dari Tim Pembina Kabupaten/Kota Sehat tingkat Pusat yang baik dan optimal.
- Dalam penyelenggaraan KKS, terdapat 24 Kementerian/Lembaga yang aktif melakukan pembinaan terhadap Tim Pembina dan Forum, baik di tingkat Provinsi maupun Kabupaten/Kota, sesuai dengan tatanan yang diampuh.
- Dukungan Tim Pembina Kabupaten/Kota Sehat tingkat Provinsi dalam mendorong Kabupaten/Kota untuk menyelenggarakan KKS,
- Dukungan dari Forum Kabupaten/Kota yang aktif, yang tergabung dalam Forum Nasional Kabupaten/Kota Sehat (Fornas KKS), dalam mendorong Kabupaten/Kota lain untuk menyelenggarakan KKS secara berkesinambungan.

Dalam pelaksanaan kegiatan ditemukan beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah:

- Masih terdapat perbedaan interpretasi dalam menerjemahkan definisi operasional indikator di daerah yaitu antara penyelenggaraan KKS dengan penghargaan Swasti Saba.
- Komitmen provinsi sebagai tim Pembina belum optimal, hal ini terlihat pada umumnya pelaksanaan pembinaan teknis penyelenggaraan KKS kepada kabupaten/kota pada periode triwulan 3, sehingga progress capaian indikator KKS pada triwulan 1 dan 2 agak lambat.
- Dukungan komitmen pemerintah daerah dalam menyelenggarakan KKS belum optimal sehingga belum menjadi prioritas dalam pelaksanaannya.
- Optimalisasi tim pusat dalam penyediaan sistem informasi keberhasilan pelaksanaan kinerja KKS perlu ditingkatkan.

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

- Optimalisasi sosialisasi pembinaan penyelenggaraan KKS secara daring kepada seluruh Tim Pembina dan forum, baik tingkat Provinsi maupun Kabupaten/Kota;
- Pertemuan koordinasi dengan seluruh Tim Pembina dan Forum KKS, membahas capaian penyelenggaraan KKS dan penyiapan klaim keberhasilan kabupaten/kota untuk verifikasi penghargaan Swasti Saba tahun 2023;
- Workshop Peningkatan Kapasitas dalam Pelaporan Penyelenggaraan KKS terhadap Tim Pembina Provinsi dan Kabupaten/Kota;

- Penyusunan Rancangan Peraturan Presiden tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat sebagai revisi dari Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan tentang Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat : Untuk mengangkat optimalisasi tim Pembina pusat sampai dengan daerah dalam percepatan mewujudkan Kabupaten Kota Sehat.

2.2. Sasaran Strategis 2: Terpenuhinya sarana, prasarana, obat, BMHP, dan alat kesehatanyankes primer

Tabel 3.7
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 2:
Terpenuhinya sarana, prasarana, obat, BMHP, dan alat kesehatan yankes primer

Indikator Kinerja		Realisasi Kinerja		
		Target	Realisasi	% Realisasi
1	Persentase Kab/kota dengan SPA Puskesmas yang memenuhi standar	64	73	114,06
2	Persentase kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar	88	89,34	101,52%

2.2.1. Persentase kabupaten/kota, dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar

Pusat Kesehatan Masyarakat atau disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Seperti termuat dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 tahun 2019 dinyatakan bahwa adanya keharusan bagi puskesmas untuk memenuhi standar sarana, prasarana dan alat kesehatan yang dinyatakan dalam persyaratan pendirian dan pengembangan suatu puskesmas. Sebagai tindak lanjutnya dalam permenkes tersebut juga mengisyaratkan adanya suatu kewajiban untuk melakukan upaya pemeliharaan, perawatan dan pemeriksaan secara berkala bagi sarana, prasarana dan alat agar tetap layak pakai dan fungsi. Melalui upaya tersebut puskesmas diharapkan mampu memberikan pelayanan yang lebih baik dan bermutu untuk masyarakat melalui kesiapan sarana prasarana dan alat kesehatan yang memenuhi standar pelayanan, keamanan, keselamatan dan kesehatan kerja. Didalam Peraturan Menteri Kesehatan tersebut juga dinyatakan bahwa persyaratan peralatan telah terpenuhi paling sedikit 60 % (enam puluh persen).

Persentase kabupaten/kota dengan rata - rata pemenuhan Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan (SPA) puskesmas diwilayahnya minimal 60% sesuai dengan data ASPAK.

Puskesmas yang baru didirikan dan/ atau belum memiliki izin operasional, untuk mendapatkan izin operasional pertama kali dapat memenuhi persyaratan peralatan paling sedikit 60% (enam puluh persen).

Permenkes No. 43 Tahun 2019

Jumlah Kab/Kota dengan rata-rata pemenuhan Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan (SPA) puskesmas minimal 60% berdasarkan data ASPAK dibagi total jumlah Kab/Kota dikali 100. Cara melakukan perhitungan pada indikator ini adalah dengan menghitung Kab/Kota yang rata-rata SPA di puskesmas mencapai nilai minimal 60% berdasarkan data ASPAK kemudian dibagi dengan jumlah Kab/Kota di Indonesia sebesar 514 Kab/Kota dikalikan 100%

Jumlah kabupaten/kota yang memiliki rata-rata pemenuhan Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan (SPA) puskesmas di wilayahnya minimal 60% berdasarkan data ASPAK	x 100%
Jumlah Kabupaten/Kota (514 Kab/Kota)	

Tahun 2022 ditargetkan 64% kab/kota memiliki puskesmas dengan SPA Puskesmas sesuai standar. Strategi pelaksanaan Untuk mengukur capaian target tersebut, menggunakan data SPA pada aplikasi ASPAK yang datanya diolah dengan cara swakelola.

Untuk mencapai target indikator Persentase Kecamatan dengan rata-rata pemenuhan SPA puskesmas di wilayahnya minimal 60% sesuai dengan data ASPAK, dilakukan melalui kegiatan sebagai berikut :

1. Pembinaan dan Pengawasan Pemenuhan SPA Puskesmas

Kementerian kesehatan melakukan upaya pemenuhan SPA puskesmas melalui alokasi DAK. Untuk mendukung hal tersebut perlu dilakukan pembinaan dan pengawasan yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan atau KL lain sehingga proses dapat berjalan sesuai target yang diharapkan.

- Pendampingan tahap awal
Tahapan ini dilakukan secara daring melalui zoom dan dilakukan sebagai kegiatan persiapan. Tujuan dari kegiatan ini adalah mempersiapkan segala sesuatu terkait kegiatan pembinaan dan pengawasan antara lain penyusunan SK team dan penentuan jadwal kegiatan serta penyusunan instrument pendukung.
- Pendampingan tahap I
Merupakan kegiatan yang bertujuan untuk memberi dukungan kepada daerah dalam pemenuhan persyaratan penarikan DAK tahap I sampai dengan batas waktu 21 Juli. Dilakukan dengan cara zoom terhadap seluruh target dengan

tujuan untuk memastikan bahwa semua daerah sudah dapat memenuhi persyaratan penyaluran. Persyaratan tersebut antara lain : Perda APBD tahun anggaran berjalan, Laporan realisasi penyerapan dana dan capaian output kegiatan DAK Fisik TA sebelumnya yang telah direviu APIP, Rencana Kegiatan yang telah disetujui oleh K/L teknis dan Daftar kontrak Kegiatan.

Gambar 3.4
Kegiatan Pembinaan dan Pendampingan Tahap 1 pemenuhan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan Puskesmas secara Daring



- Bimbingan teknis ke lokasi
Merupakan kunjungan ke daerah yang diperuntukkan bagi 8 lokus dengan pencapaian kinerja terburuk. Tujuan kegiatan ini untuk memberikan bimbingan bagi daerah dalam pelaksanaan kegiatan.

Gambar 3.5
Kegiatan Bimbingan Teknis Kepada Puskesmas secara luring pemenuhan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan Puskesmas



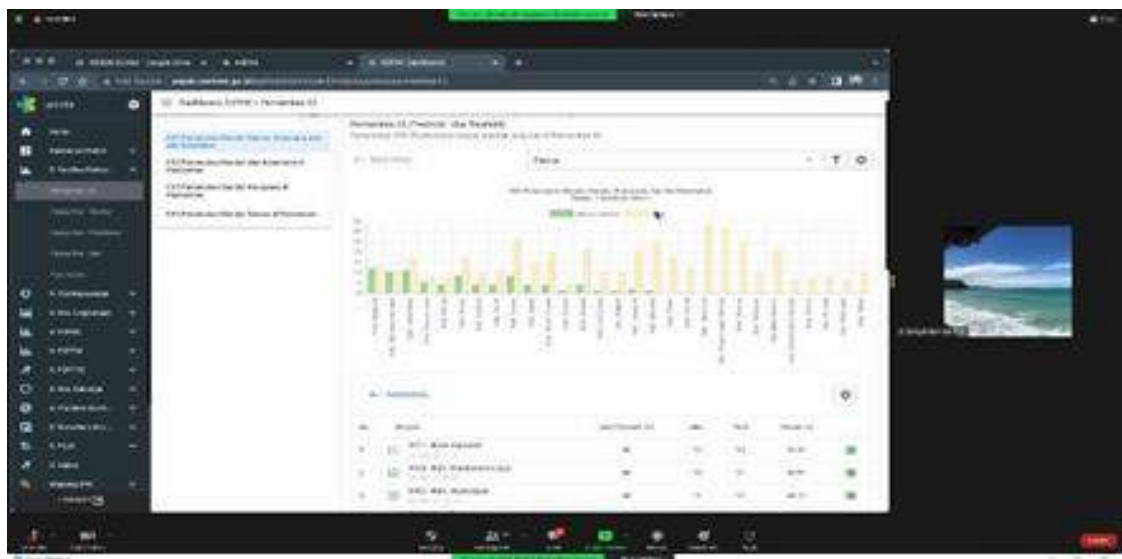
2. Monitoring dan Evaluasi Pemenuhan SPA sesuai standar Puskesmas

Upaya pemenuhan SPA dilakukan melalui Dana Alokasi Khusus (DAK), APBD dan dana pendukung lainnya. Selanjutnya untuk meningkatkan mutu SPA Puskesmas yang

sudah dipenuhi tersebut perlu dilaksanakan juga kegiatan monitoring dan evaluasi serta bimbingan teknis di fasilitas pelayanan kesehatan. Melalui kegiatan tersebut diharapkan akses dan mutu pelayanan Kesehatan dapat ditingkatkan. Maksud kegiatan Monev pemenuhan SPA di FKTP adalah untuk menjamin pemenuhan standar sarana prasarana dan alat kesehatan (SPA) Puskesmas dan untuk mempercepat pemenuhan standar keamanan dan keandalan puskesmas. Kegiatan Monitoring dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

- **Persiapan**
Dilakukan secara daring, bertujuan untuk melakukan persiapan monev pemenuhan SPA melalui data ASPAK. Kegiatan persiapan tersebut .antara lain meliputi penyusunan SK, penentuan jadwal kegiatan, penentuan metoda kegiatan dan penyusunan instrument pendukung. Kegiatan ini dilakukan dengan melibatkan Dinas Kabupaten Kota dan Dinkes Propinsi.
- **Analisis Data ASPAK**
Dilakukan secara hybrid yang dilaksanakan di Kementerian Kesehatan. Peserta pada pertemuan ini adalah Staf Dit Fasyankes, Lintas Program terkait ASPAK serta Narasumber. dengan melibatkan narasumber dan lintas program maupun lintas sektor yang terkait dengan ASPAK. Pertemuan ini juga melibatkan Dinkes Kab/Kota dan Dinkes Propinsi.
- **Crosscheck Data ASPAK**
Merupakan perjalanan Dinas ke Daerah untuk melakukan cross chek terhadap kebenaran data SPA yang ada di ASPAK. Kegiatan ini dilakukan tiap 3 (tiga) bulan setelah dilakukan analisis terhadap data ASPAK.

Gambar 3.6
Kegiatan Monitoring dan Evaluasi (Analisis data ASPAK) dengan melibatkan DinasKesehatan Kab/Kota dan Dinas Kesehatan Provinsi



- **Penyampaian hasil evaluasi pemenuhan SPA**
Merupakan pertemuan yang dilakukan secara online yang bertujuan untuk menyampaikan hasil evaluasi pemenuhan SPA pada triwulan berjalan. Peserta pada pertemuan ini adalah staf Dit Fasyankes, Lintas Program dengan melibatkan narasumber yang terkait dengan ASPAK.

3. Koordinasi Pemenuhan SPA di Puskesmas

Untuk mendukung pemenuhan SPA melalui DAK tahun 2022 perlu diselenggarakan koordinasi bagi seluruh penerima DAK sebagai upaya peningkatan kemampuan sebuah daerah untuk melaksanakan kegiatan pemenuhan. Kegiatan Koordinasi Pemenuhan SPA di Puskesmas dilaksanakan untuk meningkatkan efisiensi dan eektivitas pelaksanaan kegiatan pemenuhan standar SPA di Puskesmas.

Kegiatan ini termasuk kegiatan yang direvisi karena perubahan arah kebijakan program di Kementerian Kesehatan yaitu terkait Transformasi Sistem Kesehatan, kegiatan ini terdiri dari beberapa kegiatan. Targetnya adalah penerima alokasi DAK Fisik Dasar tahun 2022 yaitu 514 dinkes kabupaten/kota dan 34 provinsi. Kegiatan tersebut meliputi :

- a. Koordinasi di pusat.
Dilakukan secara online yang bertujuan untuk melakukan koordinasi dengan semua unit yang terkait dengan pemenuhan SPA melalui DAK.
- b. Koordinasi di daerah
Dilakukan secara daring dan luring dengan melibatkan seluruh unit yang terkait pelaksanaan pemenuhan SPA Puskesmas melalui DAK. Detail pelaksanaan koordinasi tersebut adalah sebagai berikut :
 - Pertemuan dengan metode luring, dilaksanakan di Surabaya dan makassar, dan hanya diperuntukkan bagi peserta yang berasal dari dinkes Kab/Kota yang ada di wilayah provinsi Sulawesi Tenggara, Maluku, Maluku Utara, Papua, Papua Barat.
 - Pertemuan secara daring bagi peserta yang berasal dari dinkes Kab/Kota yang ada di wilayah provinsi lainnya.

Tabel 3.8
Pencapaian Kinerja Indikator Persentase Kabupaten/Kota dengan Rata-rata Pemenuhan SPA Puskesmas di Wilayahnya Minimal 60% sesuai dengan data ASPAK.

No	Indikator Target	Target 2022	Capaian 2022
1	Persentase kabupaten/kota dengan rata-rata pemenuhan SPA puskesmas di wilayahnya minimal 60% sesuai dengan data ASPAK.	64%	73%

Capaian tahun 2022 adalah sebesar 73% Kabupaten/Kota memiliki puskesmas sesuai standar, angka ini melebihi dari 64% target yang direncanakan. Angka ini



diperoleh dari data ASPAK januari 2023 dengan menghitung persentase kabupaten/kota yang memiliki rata-rata pemenuhan SPA di wilayahnya minimal 60%.

Kegiatan yang dilakukan untuk mendorong pencapaian indikator tersebut:

- Penyusunan Pedoman Pemenuhan SPA FKTP sesuai standar.
- Pembinaan dan Pengawasan Pemenuhan SPA Puskesmas
- Monitoring dan Evaluasi Pemenuhan SPA sesuai standar Puskesmas
- Koordinasi Pemenuhan SPA di Puskesmas

Namun jika dilihat dari hasil capaian indikator Persentase Kabupaten/Kota dengan rata-rata pemenuhan SPA Puskesmas di wilayahnya minimal 60%, terjadi peningkatan angka capaian dari target yang ditetapkan, yaitu dengan capaian 73% kabupaten/kota memiliki rata-rata pemenuhan SPA puskesmas sesuai standar.

Dalam upaya untuk mencapai target indikator program, total penyerapan anggaran adalah sebesar 54%. Hal ini disebabkan ada beberapa kegiatan yang tidak bisa dilaksanakan karena terkendala revisi DIPA.

Terdapat juga beberapa rincian kegiatan yang dialokasikan tetapi tidak bisa dilaksanakan yaitu seperti penyewaan modem internet dan konsumsi rapat teknis, karena diskusi dengan daerah dilakukan secara swakelola oleh masing-masing penanggung jawab wilayah binaan ke wilayah masing-masing.

Alokasi pemeriksaan antigen dan PCR juga tidak terserap karena kebijakan pemerintah yang tidak mewajibkan lagi pemeriksaan antigen/PCR tersebut.

Kemudian perubahan SOTK baru di lingkungan kementerian kesehatan dan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan juga mempengaruhi ritme kerja. Pergantian formasi tim kerja yang mana di tim kerja sarana prasarana primer 60% personil nya adalah tim baru sehingga membutuhkan waktu untuk berorientasi dengan program yang sudah berjalan.

Upaya Pemecahan Masalah:

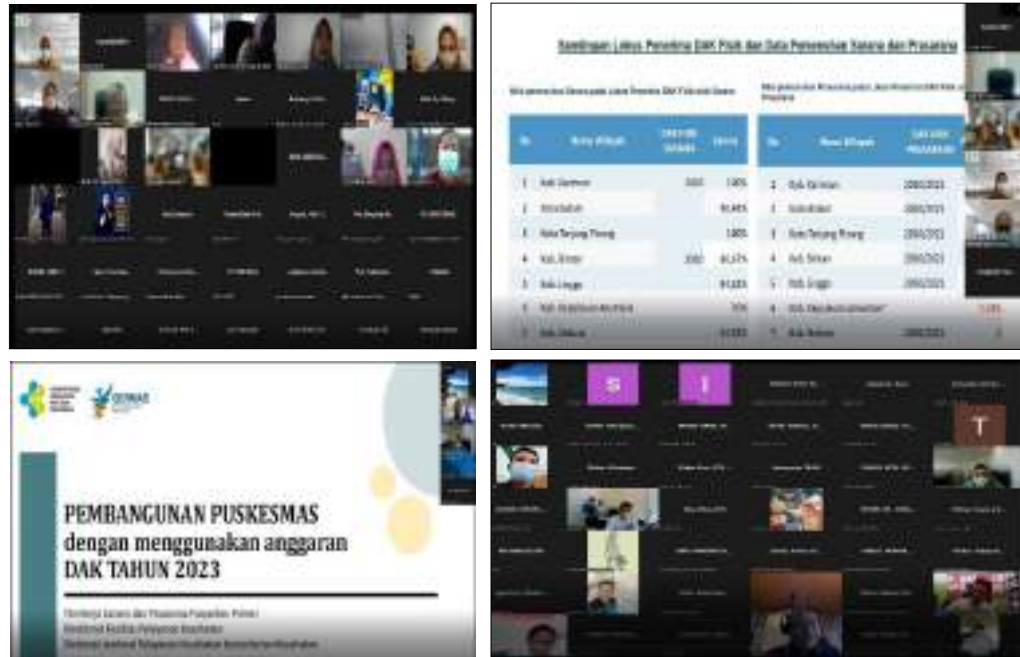
- Melakukan pembagian daerah binaan di tim kerja sarana prasarana primer, agar pelaksanaan pemantauan tetap terlaksana.
- Berkomunikasi dengan daerah dengan membuat group whatsapp agar kendala yang ditemui daerah dalam pemenuhan standar SPA Puskesmas dapat didiskusikan secara bersama.

Memanfaatkan aplikasi ASPAK dan mengolah data secara swakelola untuk mengukur capaian indikator program dalam menghitung persentase kabupaten/kota yang memiliki puskesmas dengan SPA sesuai standar.

Kegiatan yang dilakukan untuk mendorong pencapaian indikator tersebut:

1. Monitoring Supervisi Pembangunan Infrastruktur Puskesmas Prototype Modern Pada Puskesmas Lokus DTPK

- Kegiatan dilakukan dengan melakukan pertemuan secara online, dengan Dinas Kabupaten/Kota lokus DTPK terkait pembangunan puskesmas bersumber DAK. Pertemuan ini untuk mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi oleh daerah dalam proses pembangunan puskesmas di daerah DTPK. Dalam pertemuan ini menghadirkan lintas sektor antara lain dari Kementerian Keuangan, Kementerian Dalam Negeri, dan lintas program sebagai narasumber.



- Melakukan Kunjungan Langsung ke Lokasi Kegiatan pembangunan
 - Pada kegiatan ini tim teknis direktorat Fasyankes melakukan pendampingan dan supervisi ke lokasi pembangunan puskesmas di daerah DTPK berdasarkan hasil identifikasi pada pertemuan online. Melibatkan lintas program dari Biro Perencanaan Kemenkes, Setditjen Yankes, serta Dinkes provinsi. Dalam kegiatan ini tim teknis kemenkes meninjau lokasi pembangunan, kesiapan lahan, kesesuaian perencanaan daerah dengan juknis dan permenkes terkait, memberikan arahan serta bimbingan terkait proses pelaksanaan pembangunan.
2. Puskesmas Prioritas Pariwisata dan Kecamatan Tanpa Puskesmas Yang Memberikan Pembinaan dan Pengawasan Dalam Rangka Pembangunan Infrastruktur Prototype Modern Puskesmas
- Melakukan Pertemuan Online
Tujuan untuk mengidentifikasi permasalahan di lokus prioritas pembangunan puskesmas di kecamatan tanpa puskesmas. Pertemuan ini melibatkan lintas program yaitu dari Biro Perencanaan, Ditjen Tenaga Kesehatan, Setditjen Yankes, dan lintas sektor seperti dari Kemenkeu, Kemendagri, Bapenas, dan dinkes provinsi, dinkes Kab/Kota yang menjadi lokus pembangunan puskesmas di kecamatan tanpa puskesmas.



- Kunjungan ke Lapangan

Pada kegiatan ini tim teknis Direktorat Fasyankes melakukan pendampingan dan supervisi ke lokasi pembangunan pembangunan puskesmas di kecamatan tanpa puskesmas berdasarkan hasil identifikasi pada pertemuan online. Kegiatan Melibatkan lintas program dari Biro Perencanaan Kemenkes, Setditjen Yankes, serta Dinkes provinsi. Dalam kegiatan ini tim teknis kemenkes meninjau lokasi pembangunan, kesiapan lahan, kesesuaian perencanaan daerah dengan juknis dan permenkes terkait, memberikan arahan serta bimbingan terkait proses pelaksanaan pembangunan.



3. Rencana Induk Pengembangan Fasilitas Kesehatan Puskesmas

Rencana Induk pengembangan fasilitas Kesehatan puskesmas Rencana Induk/Master Plan pembangunan sarana prasarana fisik dan alat kesehatan untuk Puskesmas yang sesuai standar sebagai dasar membuat regulasi agar seluruh perencanaan pentahapan pembangunan dan pengembangan dapat terwujud sesuai dengan target output yang ingin dicapai. Tahapan pencapaian ketersediaan fasilitas pelayanan khususnya sarana prasarana fisik dan alat kesehatan disusun berdasarkan perencanaan yang terukur dan terarah berdasarkan skala prioritas wilayah selama kurun waktu 5 tahun kedepan.



Dalam upaya untuk mencapai target indikator program terdapat permasalahan sebagai berikut :

- Perubahan SOTK baru di lingkungan kementerian kesehatan dan direktorat jenderal pelayanan kesehatan juga mempengaruhi ritme kerja. Pergantian formasi tim kerja yang mana di tim kerja sarana prasarana primer 60% personil nya adalah tim baru sehingga membutuhkan waktu untuk berorientasi dengan program yang sudah berjalan.
- Belum tertibnya faskes dalam melakukan update pada aplikasi ASPAK
- Belum melaksanakan Kegiatan cut off secara periodik dalam mengontrol pencapaian indikator

Upaya Pemecahan Masalah :

Melakukan pembagian daerah binaan di tim kerja sarana prasarana primer, agar pelaksanaan pemantauan tetap terlaksana.

- Membuat Juknis turunan dari permenkes 31 Tahun 2018
- Membuat SOP monitoring dan evaluasi pencapaian indikator

2.2.2. Persentase Kabupaten/Kota dengan Puskesmas yang Memiliki Ketersediaan Obat sesuai Standar

Definisi Operasional Indikator adalah Persentase kabupaten/kota yang memiliki minimal 80% puskesmas dengan ketersediaan minimal 80% dari 40 item obat indikator pada saat dilakukan pemantauan.

Cara Perhitungan Indikator adalah Jumlah kabupaten/kota yang memiliki minimal 80% puskesmas dengan ketersediaan minimal 80% dari 40 item obat indikator dibagi jumlah kabupaten/kota yang melapor dikali seratus persen.

Rumus:

Jumlah kabupaten/kota yang memiliki minimal 80% puskesmas
dengan ketersediaan minimal 80% dari 40 item obat indikator X 100%
 jumlah kabupaten/kota yang melapor

Tabel 3.9
Analisa pencapaian (Penyajian data, analisa data dan perbandingan)

Indikator Kinerja		Realisasi Kinerja		
		Target	Realisasi	% Realisasi
1	Persentase kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar.	88%	90%	92%

Pemantauan dilakukan terhadap 40 item obat yang dianggap esensial dan harus tersedia di pelayanan kesehatan dasar. Obat-obat yang dipilih sebagai obat indikator merupakan obat pendukung program tuberkulosis, malaria, kesehatan keluarga, gizi, serta obat pelayanan kesehatan dasar esensial yang terdapat di dalam Formularium Nasional. Daftar obat indikator dapat dilihat pada tabel dibawah ini

Tabel 3.10
40 Obat Essensial

NO	NAMA OBAT	SATUAN
1	Albendazol/Pirantel Pamoat	Tablet
2	Alopurinol	Tablet
3	Amlodipin/Kaptopril	Tablet
4	Amoksisilin 500 mg	Tablet
5	Amoksisilin sirup	Botol
6	Antasida tablet kunyah/antasida suspense	Tablet/Botol
7	Asam Askorbat (Vitamin C)	Tablet
8	Asiklovir	Tablet
9	Betametason salep	Tube
10	Deksametason tablet/deksametason injeksi	Tablet/Vial/Ampul
11	Diazepam injeksi 5 mg/ml	Ampul
12	Diazepam	Tablet
13	Dihidroartemisin+piperakuin (DHP) dan primaquin	Tablet
14	Difenhidramin Inj. 10 mg/ml	Ampul
15	Epinefrin (Adrenalin) injeksi 0,1 % (sebagai HCl)	Ampul
16	Fitomenadion (Vitamin K) injeksi	Ampul
17	Furosemid 40 mg/Hidroklorotiazid (HCT)	Tablet
18	Garam Oralit serbuk	Kantong

NO	NAMA OBAT	SATUAN
19	Glibenklamid/Metformin	Tablet
20	Hidrokortison krim/salep	Tube
21	Kotrimoksazol (dewasa) kombinasi tablet/Kotrimoksazol suspense	Tablet/Botol
22	Lidokain inj	Vial
23	Magnesium Sulfat injeksi	Vial
24	Metilergometrin Maleat injeksi 0,200 mg-1 ml	Ampul
25	Natrium Diklofenak	Tablet
26	OAT FDC Kat 1	Paket
27	Oksitosin injeksi	Ampul
28	Parasetamol sirup 120 mg /15 ml	Botol
29	Parasetamol 500 mg	Tablet
30	Prednison 5 mg	Tablet
31	Ranitidin 150 mg	Tablet
32	Retinol 100.000/200.000 IU	Kapsul
33	Salbutamol	Tablet
34	Salep Mata/Teles Mata Antibiotik	Tube/Botol
35	Simvastatin	Tablet
36	Siprofloksasin	Tablet
37	Tablet Tambah Darah	Tablet
38	Triheksifenidil	Tablet
39	Vitamin B6 (Piridoksin)	Tablet
40	Zinc 20 mg	Tablet

Indikator ini merupakan indikator baru pada Revisi Renstra sesuai dengan Permenkes 13 Tahun 2022 mempertajam analisa pencapaian ketersediaan obat di level Kab/Kota, dimana indikator sasaran strategis sebelumnya adalah Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat Esensial.

Pada tahun 2022, target indikator Persentase kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar adalah 88% dengan realisasi 89,34% dengan capaian sebesar 101,52%. Hasil ini menunjukkan bahwa capaian tahun 2022 sudah melampaui target yang ditetapkan dalam Revisi Renstra Kemenkes Tahun 2020-2024.

Realisasi indikator pada tahun ketiga Renstra menunjukkan hal yang positif dan diharapkan dapat mencapai target indikator akhir tahun Renstra 2020-2024 yakni sebesar 92%.

Keberhasilan pencapaian target indikator ini didukung melalui pelaksanaan kegiatan yang dimulai dari perencanaan kebutuhan obat dan vaksin serta koordinasi yang rutin dan intensif dengan stakeholder terkait untuk penyediaan obat di pusat, provinsi, dan kabupaten/Kota. Terjaminnya ketersediaan obat di pelayanan kesehatan dasar menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat sebagai penerima manfaat dari pelayanan kesehatan

Grafik 3.31



Grafik 3.32



A



yaitu Provinsi Kalimantan Tengah (64.29%), Sulawesi Tengah (69.23%), Sulawesi Selatan (72.73%), Riau (75.00%), Nusa Tenggara Timur (77.27%), Bengkulu (80.00%), Maluku Utara (80.00%), Sulawesi Barat (83.33%), Maluku (83.33%), Papua Barat (83.33%), Sumatera Barat (84.21%), Sumatera Utara (85.71%).

Kegiatan-kegiatan yang dilakukan dalam rangka menunjang pencapaian indikator kinerja kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar pada tahun 2022 yaitu:

- Perencanaan kebutuhan obat dilakukan secara berjenjang.
- Mengalokasikan anggaran penyediaan obat melalui skema DAK pada Dinkes Kab/Kota untuk obat PKD dan Dinkes Provinsi untuk obat Kesehatan Ibu/Anak dan Gizi
- Menyediakan obat buffer stock di Instalasi Farmasi Pusat dan provinsi.
- Melakukan kegiatan Stok opname obat, vaksin dan perbekalan kesehatan secara rutin.
- Meningkatkan kapasitas SDM dalam penerapan sistem pengelolaan logistik obat dan BMHP.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah:

- Beberapa proses pengadaan yang dilakukan oleh Dinkes Kab/kota mengalami kegagalan dan keterlambatan penerimaan obat.
- Kurangnya komitmen Industri Farmasi dalam menyediakan obat yang telah disepakati oleh Dinas Kesehatan dengan Distributor.
- Belum optimalnya tenaga farmasi di daerah dalam mendukung pelaksanaan manajemen pengelolaan obat dan vaksin sesuai standar.
- Belum meratanya distribusi obat dari Dinas Kesehatan Provinsi ke Kab/Kota.

Faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target adalah:

- Mengembangkan sistem pengumpulan data indikator ketersediaan obat di Kabupaten/Kota serta Puskesmas dengan menggunakan sistem berbasis android SELENA.
- Mengoptimalkan integrasi data dengan menggunakan bank data E Logistik.
- Melaksanakan monitoring dan implementasi pembinaan secara daring maupun luring bagi Dinas kesehatan Kabupaten/Kota yg capaian indikatornya masih rendah.
- Melaksanakan koordinasi penyusunan perencanaan kebutuhan obat, vaksin dan perbekalan kesehatan dengan stakeholder terkait baik internal maupun eksternal.
- Mempercepat penyediaan obat, vaksin dan perbekalan kesehatan dalam rangka pemenuhan ketersediaan.
- Mengoptimalkan pelaksanaan distribusi obat, vaksin dan perbekalan kesehatan.
- Melaksanakan pemantauan dan mengevaluasi pelaksanaan penyediaan obat vaksin dan perbekalan kesehatan.

Dengan masih terdapatnya beberapa permasalahan maka alternatif solusi yang

dapat dilakukan adalah:

1. Menyelenggarakan Forum Diskusi dalam rangka koordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi dan Pengampu Program di Kementerian Kesehatan secara berkala untuk mempertahankan ketersediaan obat indikator dan obat program di Puskesmas dan Dinas kesehatan Kab/Kota.
2. Berkoordinasi dengan:
 - Direktorat Produksi dan Distribusi Kefarmasian untuk mendorong industri farmasi dan distributor agar meningkatkan pemenuhan kebutuhan obat sesuai pesanan.
 - Biro Pengadaan Barang dan Jasa untuk mendorong industri farmasi agar mempercepat penayangan obat di katalog dan meningkatkan komitmen pemenuhankebutuhan obat.
 - Direktorat Ketahanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan untuk mendorong ketahanan sediaan farmasi, khususnya untuk obat program dengan penyedia satu-satunya.

2.3. Sasaran Strategis 3: Menguatnya tata kelola manajemen pelayanan dan kolaborasi publik-swasta.

Tabel 3.11
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 3:
Menguatnya Tata Kelola Manajemen Pelayanan dan Kolaborasi
Publik-Swasta

Indikator Kinerja		Realisasi Kinerja		
		Target	Realisasi	% Realisasi
1	Persentase FKTP terakreditasi	80	56,43	70,54%
2	Persentase klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas	20	20	100

2.3.1 Persentase FKTP terakreditasi

Definisi Operasional Indikator Persentase FKTP yang memiliki sertifikat akreditasi yang masih berlaku secara kumulatif pada tahun berjalan. FKTP yang dimaksud terdiri dari Puskesmas dan klinik pratama.

Akreditasi Puskesmas adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan kesehatan setelah dilakukan penilaian bahwa fasilitas pelayanan kesehatan telah memenuhi standar akreditasi

Permenkes No. 34 tahun 2022

Cara penghitungan indikator ini adalah dengan menggunakan baseline data FKTP tahun 2018 sebesar 16.536 tanpa menghitung pertumbuhan Puskesmas maupun Klinik. Sedangkan cara mengukurnya adalah menghitung jumlah puskesmas dan klinik pratama yang terakreditasi pada tahun berjalan dibagi dengan jumlah puskesmas dan klinik pratama sesuai baseline dikalikan 100%.

Rumus Perhitungan Indikator Persentase FKTP sesuai standar, adalah:

$$\frac{\text{Jumlah Puskesmas dan Klinik Pratama Terakreditasi Pada Tahun Berjalan}}{\text{Jumlah Seluruh Puskesmas Dan Klinik Pratama (Sesuai Baseline = 16.536)}} \times 100\%$$

Analisis Capaian Kinerja Indikator Persentase FKTP sesuai standar adalah sebagai berikut:

Berdasarkan capaian meskipun belum semuanya tercapai namun berbagai upaya peningkatan mutu dan akreditasi untuk Puskesmas, Klinik dan TPMD sudah dilakukan yaitu :

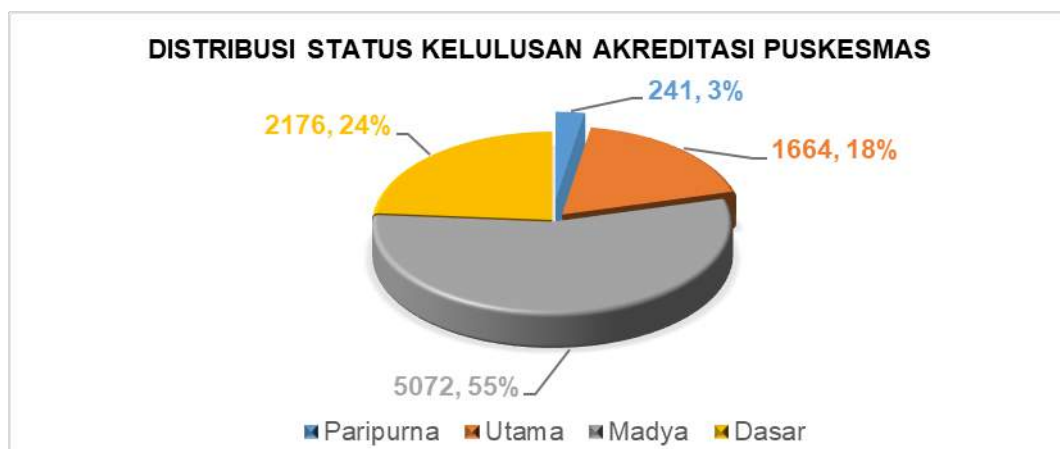
- a) Adanya Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 652 tahun 2022 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Bidang Pelayanan Kesehatan dan Akreditasi Fasyankes. Surat edaran ini merupakan perpanjangan dari SE Nomor 452 yang menyebutkan bahwa sertifikat akreditasi dan surat pernyataan komitmen masih berlaku.
- b) Terbitnya dasar hukum tentang akreditasi yang menjadi dasar hukum pelaksanaan akreditasi, serta mendorong Dinas Kesehatan dan Puskesmas untuk mempersiapkan penilaian akreditasi serta melakukan upaya peningkatan mutu secara berkesinambungan, meliputi:
 - Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 tahun 2022 tentang INM di TPMD, Klinik, Puskesmas, RS, Laboratorium dan UTD.
 - Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 tahun 2022 tentang Akreditasi di TPMD, Klinik, Puskesmas, RS, Laboratorium dan UTD.
 - Kep. Dirjen Pelayanan Kesehatan Nomor 3991 tentang Petunjuk Teknis Survei Akreditasi.
 - Pedoman Verifikasi Penetapan Lembaga Penyelenggara Akreditasi Puskesmas, Klinik, Labkes, UTD.
- c) Tersusunnya Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan dan Pedoman tentang:
 - Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Biaya Minimal Akreditasi.
 - Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Akreditasi Puskesmas.
 - Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Akreditasi Klinik.
 - Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Akreditasi TPMD.
 - Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Instrumen

- 
- Akreditasi Puskesmas.
- Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Instrumen Akreditasi TPMD.
 - Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Lembaga Penyelenggara Akreditasi.
 - Draft Kurikulum dan Modul Pelatihan Calon Surveior Akreditasi.
- d) Penyempurnaan sistem akreditasi melalui pelaksanaan akreditasi dilakukan oleh lembaga akreditasi, dimana sudah dilakukan verifikasi terhadap 13 calon Lembaga akreditasi yang sudah disusun rancangan Keputusan Menteri Kesehatan. Serta tersusunnya standar biaya untuk penilaian akreditasi berupa Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan.
- e) Pengukuran INM dan pelaporan IKP di Puskesmas sudah dilakukan sebagai upaya peningkatan mutu FKTP, hasil dari pengukuran Puskesmas dilaporkan secara berjenjang. Dit. Mutu Pelayanan Kesehatan juga melakukan analisis terhadap pelaporan dengan pembahasan dengan lintas program dan pakar. Hasil dari analisis disampaikan kepada kepada daerah melalui diseminasi untuk mendorong kepatuhan pelaporan. Selain itu dilakukan kegiatan sosialisasi PMK 30 tahun 2022 untuk klinik dan TPMD dengan tujuan pemahaman untuk melakukan pengukuran INM dan pelaporan melalui sistem pencatatan dan pelaporan berbasis web yaitu mutufasyankes.kemkes.go.id. Selain dari hasil dan regulasi maka dilakukan pengembangan sistem pencatatan dan pelaporan.
- f) Pengembangan pelaporan INM untuk TPMD dan Klinik sebagai sarana untuk fasilitas pelayanan kesehatan melakukan pengukuran dan melaporkan hasil secara berjenjang.
- g) Terbentuknya sistem informasi akreditasi yang juga sudah disosialisasikan kepada para pemangku kepentingan agar pelaksanaan dapat berjalan lebih efektif dan efisien.
- h) Tersedianya dana DAK Non Fisik dan dekonsentrasi untuk mendukung upaya mutu dan akreditasi.
- i) Kegiatan bimbingan teknis mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan dilakukan dalam rangka upaya pemantauan dan evaluasi terhadap mutu pelayanan kesehatan, melihat fasyankes primer melakukan upaya perbaikan mutu termasuk strategi Puskesmas dalam mempersiapkan akreditasi Puskesmas serta memberikan pelayanan yang bermutu kepada masyarakat. Kegiatan juga bertujuan untuk meningkatkan pemahaman tim TPCB dan Puskesmas dalam membangun komitmen melakukan pengukuran mutu dan pelaporan insiden keselamatan pasien.

Analisis keberhasilan Kinerja 2022 dibandingkan dengan target Jangka Menengah RENSTRA 2020-2024:

Berdasarkan capaian kinerja dibandingkan dengan target RPJMN 2020-2024 sebesar 80% FKTP terakreditasi serta berdasarkan Renstra yaitu 80% FKTP terakreditasi, maka capaian indikator Persentase Puskesmas yang terakreditasi sejumlah 9.153 Puskesmas yang terakreditasi, masih di dominasi oleh status kelulusan madya dan dasar, dengan rincian dasar 2.176 (24%), 5.072 madya (55%), 1.664 utama (18%), dan 241 paripurna (3%).

Grafik 3.33
Distribusi Status Kelulusan Akreditasi Puskesmas



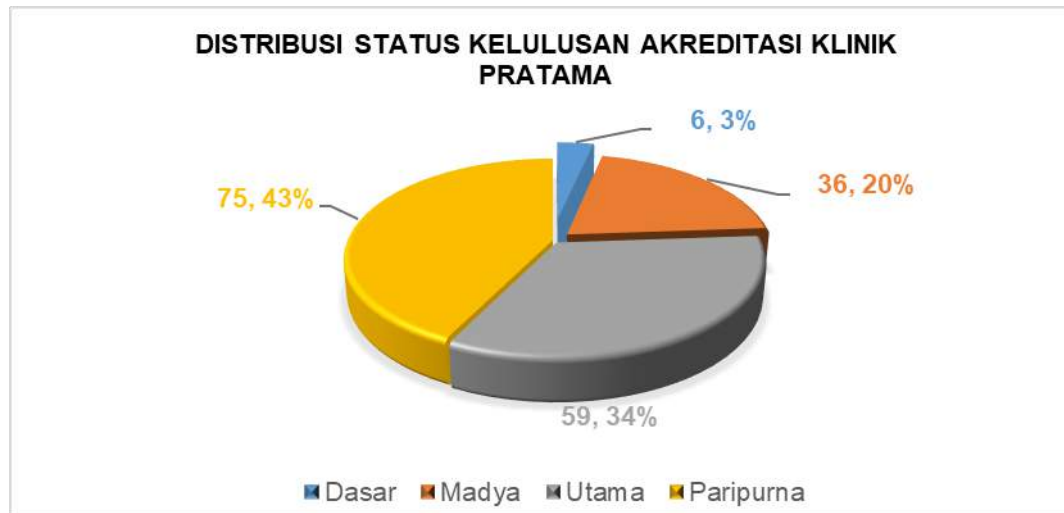
Untuk distribusi capaian Puskesmas yang terakreditasi per provinsi dapat dilihat pada Gambar 5 di bawah ini:

Grafik 3.34
Capaian Puskesmas yang terakreditasi



Indikator persentase klinik pratama terakreditasi sebesar 75 klinik (43%) terakreditasi paripurna, 59 klinik (34%) terakreditasi utama, 36 klinik (20%) terakreditasi madya dan 6 klinik (3%) terakreditasi dasar.

Grafik 3.35
Distribusi Status Kelulusan Akreditasi Klinik Pratama



Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target:

- a) Penyusunan NSPK Mutu Pelayanan Kesehatan Dasar
 - Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu di Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.
 - Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.
 - Penyusunan rancangan Keputusan Menteri Kesehatan terdiri atas:
 - Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Biaya Minimal Akreditasi.
 - Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Akreditasi Puskesmas.
 - Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Akreditasi Klinik.
 - Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Akreditasi TPMD.
 - Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Instrumen Akreditasi Puskesmas.
 - Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Instrumen Akreditasi TPMD.
 - Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Lembaga Penyelenggara Akreditasi draft kurikulum dan modul pelatihan calon surveior akreditasi. kurikulum modul pelatihan calon surveior FKTP/
 - Keputusan Dirjen Pelayanan Kesehatan tentang Pedoman Verifikasi Penetapan Lembaga Penyelenggara Akreditasi Puskesmas, Klinik, Labkes, UTD.
 - Keputusan Dirjen tentang Petunjuk Teknis Survei Akreditasi. Draft Pedoman Manajemen Fasilitas Kesehatan (MFK).

b) Penyempurnaan sistem akreditasi

- Pelaksanaan uji publik standar akreditasi kepada pemangku kepentingan.
- Pelaksanaan verifikasi Lembaga akreditasi sebanyak 13 calon lembaga akreditasi

Kegiatan ini merupakan upaya inovasi dari transformasi kesehatan melalui transformasi akreditasi bahwa standar akreditasi disempurnakan sesuai dengan perkembangan kebijakan serta dukungan akreditasi terhadap pencapaian Program Prioritas Nasional (PPN). Kegiatan uji publik dilakukan secara luring dan daring, dimana dilakukan uji publik standar akreditasi puskesmas kepada Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kab/ Kota, Puskesmas, Surveior terpilih yang diambil secara random.

Hasil dari uji publik dilakukan tindak lanjut dengan melakukan pembahasan dengan ahli Bahasa dari Pusat Bahasa Kemendiknas.

Selain itu pelaksanaan survei akreditasi dilakukan oleh Lembaga akreditasi sehingga diharapkan dengan banyaknya Lembaga yang melakukan pelaksanaan akreditasi maka dapat mendorong pencapaian target indikator FKTP terakreditasi.

Pada saat ini terdapat 13 lembaga penyelenggara akreditasi sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/32/2023 Tentang Lembaga Penyelenggara Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, Dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi yang terbit pada 20 Januari 2023.

c) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

- Pertemuan Analisis hasil pelaporan INM dan IKP di FKTP

Kegiatan dengan menggunakan metode daring dan luring dengan dihadiri oleh pakar mutu untuk memperoleh tanggapan terhadap hasil analisis pelaporan INM dan IKP bersama dengan lintas program terkait. Peserta pada pertemuan sejumlah 50 orang terdiri dari penanggung jawab program di lingkungan Ditjen P2P, penanggung jawab program di lingkungan Ditjen Kesehatan Masyarakat, Pusat Data dan Informasi, Tim DTO dan narasumber yang berkompeten di bidang mutu.

- Desiminasi Analisis Hasil Pelaporan INM dan IKP di FKTP

Pertemuan dilakukan dengan menggunakan metode dan luring. Peserta dari Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kab/ Kota dan Puskesmas terpilih dengan jumlah seluruh peserta 60 orang. Peserta dari Dinas Kesehatan dan Puskesmas terpilih diberi kesempatan untuk menyampaikan pembelajaran atas hasil pengukuran INM dan IKP. Pertemuan ini bertujuan untuk menyampaikan hasil analisis pelaporan INM dan IKP dengan harapan Dinas Kesehatan dapat memperoleh gambaran mutu pelayanan dan insiden keselamatan pasien di Puskesmas. Pertemuan merupakan umpan balik hasil evaluasi dari Kementerian Kesehatan kepada daerah, yang selanjutnya dilakukan secara berjenjang sampai dengan kepada Puskesmas.

- 
- d) Penguatan pengukuran mutu di FKTP
- Pengembangan pencatatan dan pelaporan INM di Puskesmas
Berdasarkan laporan pengukuran INM dari Puskesmas, maka dilakukan tindak lanjut dengan penyempurnaan sistem pencatatan pelaporan mutufasyankes untuk Puskesmas, diantaranya adalah melakukan integrasi antara pelaporan INM dengan pelaporan e kohort dengan Ditjen Kesmas.
 - Diseminasi INM Puskesmas
Sebagai tindak lanjut terbitnya Permenkes No. 30 tahun 2022 tentang INM maka dilakukan diseminasi INM dengan peserta Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kab/ Kota dan FKTP terpilih. Tujuan kegiatan adalah mensosialisasikan Permenkes 30 agar klinik dan TPMD melakukan pengukuran mutu serta melaporkan secara berjenjang melalui pelaporan berbasis website.
- e) Peningkatan komitmen melalui Lokakarya dan sosialisasi peningkatan mutu
- Sosialisasi
Sosialisasi yang dilakukan mulai dari Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 tahun 2022 tentang INM dan Petunjuk Teknis Survei. Kegiatan dilakukan secara daring melalui platform zoom dengan peserta Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kab/ Kota, Puskesmas serta pemangku kepentingan lainnya. Tujuan dilakukan kegiatan ini adalah mensosialisasikan regulasi PMK 34 agar seluruh pemangku kepentingan dapat mengetahui dan mempersiapkan pelaksanaan akreditasi.
 - Lokakarya peningkatan mutu sebagai momen kickoff akreditasi yang sudah tertunda selama beberapa waktu sekaligus mensosialisasikan kebijakan yang baru terbit yaitu Permenkes No. 34 tahun 2022 tentang akreditasi untuk Puskesmas, Klinik, TPMD, laboratorium kesehatan dan Unit Tranfusi Darah. Termasuk persyaratan untuk melakukan survei akreditasi yang menjadi amanah Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan tentang Petunjuk Teknis Survei Akreditasi.
- f) Pengembangan sistem informasi akreditasi
- Pelaksanaan akreditasi harus didukung dengan sistem informasi akreditasi berbasis website dengan tujuan agar pelaksanaan akreditasi berjalan dengan efektif dan efisien. Setelah dilakukan pengembangan maka disusun petunjuk teknis sistem informasi sebagai panduan bagi setiap user untuk menggunakan sistem informasi tersebut. Kegiatan dilakukan secara daring maupun luring dengan bekerjasama dengan Tim Kerja Informasi dan Humas, Setditjen Yankes. Sistem informasi akreditasi yang dikembangkan terintegrasi dengan sistem informasi registrasi fasilitas pelayanan kesehatan, sistem informasi, ASPAK, sistem informasi SDM Kesehatan dan sistem informasi mutufasyankes.
- g) Dukungan akreditasi Puskesmas melalui Dana Alokasi Khusus dan Dekonsentrasi
- Kegiatan yang dilakukan dalam mendukung penilaian akreditasi yaitu dukungan alokasi anggaran untuk survei serta pemantauan mutu bagi Puskesmas melalui DAK NF. Penguatan pembinaan TPCB maka dengan dana dekonsentrasi tersedia menupkuat mutu tim TPCB sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

h) Pembinaan Penyelenggaraan mutu dan akreditasi di FKTP

Kegiatan pembinaan penyelenggara akreditasi di FKTP dilakukan di beberapa wilayah untuk mengetahui gambaran komitmen peningkatan mutu Puskesmas serta persiapan penilaian akreditasi yang dilakukan oleh Puskesmas. Kegiatan dilakukan dengan melakukan focus group discussion, pemaparan materi serta telusur terhadap fasilitas.

Kegiatan yang dilakukan merupakan upaya inovasi yang mendukung pencapaian target indikator persentase FKTP terakreditasi melalui transformasi akreditasi yang terdiri dari

- Penetapan Peraturan Menteri Kesehatan tentang akreditasi.
- Penetapan standar akreditasi
- Penetapan Standar Biaya Survei akreditasi.
- Penetapan Juknis survei akreditasi
- Penggunaan teknologi informasi dalam penyelenggaraan survei
- Pembentukan tim Binwas
- Penetapan kurikulum dan modul pelatihan bagi calon surveyor
- Penyelenggaraan survei oleh Lembaga

Berdasarkan kegiatan yang telah dilakukan, sesungguhnya kegiatan-kegiatan pada tahun 2022 dilakukan dalam rangka mempercepat dan mempersiapkan pelaksanaan survei akreditasi untuk mendorong peningkatan mutu pelayanan di FKTP.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah:

- Terbitnya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang INM dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 tentang Akreditasi pada triwulan 4 tahun 2022, sehingga kegiatan yang dilaksanakan baru pada tahap diseminasi maupun sosialisasi untuk survei akreditasi maupun pengukuran INM di TPMD.
- Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan pendukung Permenkes 34 tahun 2022 yang belum ditetapkan sehingga survei akreditasi belum dapat dilakukan.
- Registrasi klinik dan TPMD yang belum optimal sehingga belum semua memiliki nomor register, sehingga belum bisa mengakses pelaporan INM.
- Sosialisasi Peraturan Menteri Kesehatan yang belum optimal karena waktu yang terbatas, sehingga pemahaman serta persiapan FKTP dalam memenuhi upaya mutu belum optimal.

Faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target adalah:

- Adanya Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 652 tahun 2022 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Bidang Pelayanan Kesehatan dan Akreditasi Fasyankes. Surat edaran ini merupakan perpanjangan dari SE Nomor 452 yang menyebutkan bahwa sertifikat akreditasi dan surat pernyataan komitmen masih berlaku.
- Terbitnya dasar hukum tentang akreditasi yang menjadi dasar hukum pelaksanaan akreditasi, serta mendorong Dinas Kesehatan dan Puskesmas untuk

mempersiapkan penilaian akreditasi serta melakukan upaya peningkatan mutu secara berkesinambungan, meliputi:

1. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 tahun 2022 tentang INM di TPMD, Klinik, Puskesmas, RS, Laboratorium dan UTD.
 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 tahun 2022 tentang Akreditasi di TPMD, Klinik, Puskesmas, RS, Laboratorium dan UTD.
 3. Kep. Dirjen Pelayanan Kesehatan Nomor 3991 tentang Petunjuk Teknis Survei Akreditasi.
 4. Pedoman Verifikasi Penetapan Lembaga Penyelenggara Akreditasi Puskesmas, Klinik, Labkes, UTD.
- Tersusunnya Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan dan Pedoman tentang :
 1. Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Biaya Minimal Akreditasi.
 2. Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Akreditasi Puskesmas.
 3. Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Akreditasi Klinik.
 4. Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Standar Akreditasi TPMD.
 5. Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Instrumen Akreditasi Puskesmas.
 6. Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Instrumen Akreditasi TPMD.
 7. Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Lembaga Penyelenggara Akreditasi.
 8. Draft Kurikulum dan Modul Pelatihan Calon Survei Akreditasi.
 - Penyempurnaan sistem akreditasi melalui pelaksanaan akreditasi dilakukan oleh lembaga akreditasi, dimana sudah dilakukan verifikasi terhadap 13 calon Lembaga akreditasi yang sudah disusun rancangan Keputusan Menteri Kesehatan. Serta tersusunnya standar biaya untuk penilaian akreditasi berupa Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan.
 - Pengukuran INM dan pelaporan IKP di Puskesmas sudah dilakukan sebagai upaya peningkatan mutu FKTP, hasil dari pengukuran Puskesmas dilaporkan secara berjenjang. Dit. Mutu Pelayanan Kesehatan juga melakukan analisis terhadap pelaporan dengan pembahasan dengan lintas program dan pakar. Hasil dari analisis disampaikan kepada daerah melalui diseminasi untuk mendorong kepatuhan pelaporan. Selain itu dilakukan kegiatan sosialisasi PMK 30 tahun 2022 untuk klinik dan TPMD dengan tujuan pemahaman untuk melakukan pengukuran INM dan pelaporan melalui sistem pencatatan dan pelaporan berbasis web yaitu mutufasyankes.kemkes.go.id. Selain dari hasil dan regulasi maka dilakukan pengembangan sistem pencatatan dan pelaporan.
 - Pengembangan pelaporan INM untuk TPMD dan Klinik sebagai sarana untuk fasilitas pelayanan kesehatan melakukan pengukuran dan melaporkan hasil secara berjenjang.

- Terbentuknya sistem informasi akreditasi yang juga sudah disosialisasikan kepada para pemangku kepentingan agar pelaksanaan dapat berjalan lebih efektif dan efisien.
- Tersedianya dana DAK NF dan dekonsentrasi untuk mendukung upaya mutu dan akreditasi termasuk pelaksanaan survei akreditasi bagi Puskesmas.
- Kegiatan bimbingan teknis mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan dilakukan dalam rangka upaya pemantauan dan evaluasi terhadap mutu pelayanan kesehatan,
- Fasyankes primer melakukan upaya perbaikan mutu termasuk strategi Puskesmas dalam mempersiapkan akreditasi Puskesmas serta memberikan pelayanan yang bermutu kepada masyarakat. Kegiatan juga bertujuan untuk meningkatkan pemahaman tim TPCB dan Puskesmas dalam membangun komitmen melakukan pengukuran mutu dan pelaporan insiden keselamatan pasien.

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

- Melakukan percepatan penerbitan NSPK terkait pendukung 34 tahun 2022 tentang Akreditasi dan Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang INM yaitu standar akreditasi dan instrument akreditasi dengan melakukan pembahasan secara intensif dengan pimpinan secara daring dan juga dengan Biro Hukum dan Tim Kerja Hukum dan Organisasi, Sekretaris. Ditjen Pelayanan Kesehatan, dengan tujuan mencapai target pelaksanaan akreditasi pada bulan Maret tahun 2023 sesuai dengan arahan pimpinan.
- Melakukan sosialisasi, diseminasi dan lokakarya kepada Dinas Kesehatan Propinsi, pemerintah daerah tentang kebijakan mutu dan akreditasi diantaranya Permenkes 34 tahun 2022 tentang Akreditasi dan Permenkes nomor 30 tahun 2022 tentang INM termasuk tentang registrasi fasilitas pelayanan kesehatan baik secara daring maupun luring.
- Melakukan pemantauan akreditasi dengan Dinas Kesehatan secara daring maupun luring untuk mengetahui progress akreditasi yang dilakukan oleh pemerintah daerah yang dilakukan secara rutin dengan propinsi setiap bulan untuk mengevaluasi pelaksanaan akreditasi.
- Melakukan pemantauan capaian pelaporan INM dan IKP di FKTP secara daring maupun luring untuk mengetahui kepatuhan pelaporan INM dan IKP yang merupakan persyaratan untuk pengajuan survei akreditasi.
- Memperkuat upaya pembinaan mutu secara terpadu yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kab/ Kota dengan melibatkan seluruh program yang ada di Dinas Kab/ Kota dengan pemantauan dari Dinas Kesehatan propinsi.
- Memperkuat bimbingan teknis mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan dalam rangka upaya pemantauan dan evaluasi terhadap mutu pelayanan kesehatan juga untuk meningkatkan pemahaman tim TPCB dan Puskesmas dalam membangun komitmen melakukan pengukuran mutu dan pelaporan insiden keselamatan pasien

2.3.2 Persentase klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas

Definisi Operasional Indikator: Persentase klinik pratama dan praktik mandiri dokter yang telah melakukan jejaring dengan puskesmas dan melakukan pelayanan program prioritas nasional. Program prioritas nasional yang dimaksud yang terdiri atas (TB, Hipertensi dan DM). Klinik pratama dan praktik mandiri dokter adalah yang telah bekerjasama dengan BPJS sampai Desember 2021.

Cara Perhitungan Indikator: Jumlah klinik pratama dan praktik mandiri dokter yang bekerjasama dengan BPJS dan berjejaring dengan puskesmas yang telah melakukan pelayanan TB, Hipertensi dan DM dibagi jumlah seluruh klinik pratama dan praktik mandiri dokter yang bekerjasama dengan BPJS dikali seratus persen.

Adanya perubahan struktur dan organisasi tata kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan sesuai dengan Permenkes Nomor 5 Tahun 2022 menyebabkan terjadinya perubahan indikator pada unit teknis sejalan dengan terbitnya Permenkes Nomor 13 Tahun 2022 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024. Salah satu indikator yang baru ditetapkan pada tahun 2022 adalah “Persentase klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas” sehingga pada indikator tersebut tidak dapat dilakukan perbandingan realisasi dan capaian kinerja tahun 2022 dengan tahun sebelumnya.

Tabel 3.12
Target dan Realisasi Indikator Persentase Klinik Pratama Dan Praktek Mandiri Dokter Yang Melakukan Pelayanan Program Prioritas

Indikator	2021	2022	2023	2024
	Realisasi	Realisasi	Target	Target
Persentase klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas	-	12,36	60	80

Berdasarkan data yang diperoleh dari BPJS Kesehatan terkait Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS) dan Sistem Informasi Tuberkulosis (SITB) terdapat 1.417 klinik pratama dan 57 praktek mandiri dokter yang telah melakukan pelayanan program prioritas, yakni TB, Hipertensi, dan DM. Apabila hanya memperhitungkan klinik pratama maka diperoleh realisasi indikator sebesar 20,02% dengan membagi 1.417 klinik pratama yang telah melakukan pelayanan program prioritas dengan 7.077 klinik pratama yang telah bekerja sama dengan BPJS. Sedangkan realisasi pada persentase praktek mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas masih sangat rendah yaitu sekitar 1,18% atau 57 dari 4.851 praktek mandiri dokter yang telah menjalin kerja sama dengan BPJS.

Perhitungan realisasi indikator dilakukan dengan cara membagi total 1.474 klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang telah melaksanakan pelayanan program prioritas dengan 11.928 klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang bekerja sama dengan BPJS sehingga diperoleh realisasi indikator sebesar 12,36%. Berdasarkan realisasi tersebut maka diperoleh capaian kinerja sebesar 61,8%. Kegiatan yang mendukung kinerja tahun 2022 telah terlaksana namun belum berhasil memenuhi target yang ingin dicapai yaitu sebesar 20%. Jika dibandingkan dengan target indikator tahun 2022-2024 pada dokumen Rencana Strategis Kementerian Kesehatan, maka indikator Persentase klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas memerlukan upaya percepatan agar mampu memenuhi target di tahun selanjutnya.

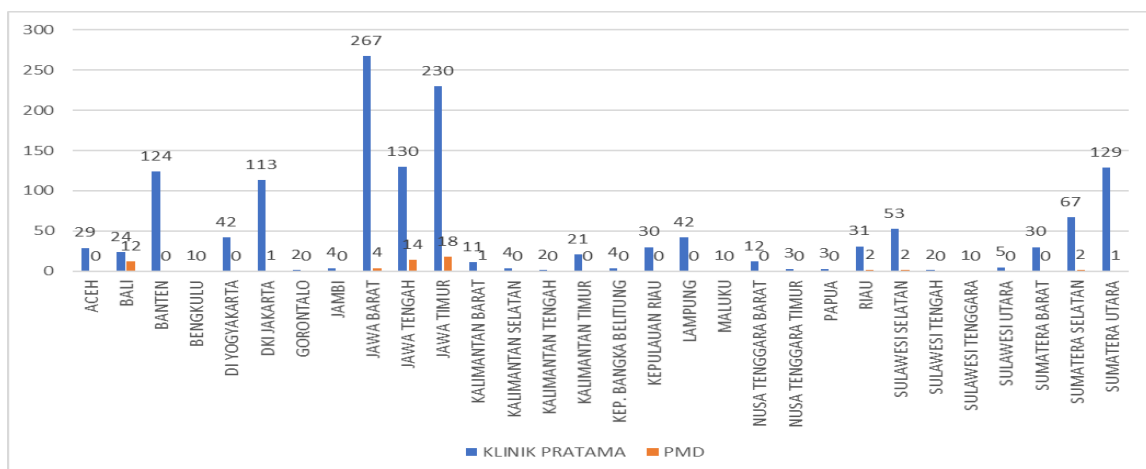
Tabel 3.13
Distribusi Jumlah Klinik Pratama yang telah Melakukan jejaring dengan Puskesmas dan Melakukan Pelayanan Program Prioritas Nasional di 34 Provinsi

NO	PROVINSI	JUMLAH KLINIK PRATAMA	JUMLAH PRAKTIK MANDIRI DOKTER
1	ACEH	29	-
2	BALI	24	12
3	BANTEN	124	-
4	BENGKULU	1	-
5	DI YOGYAKARTA	42	-
6	DKI JAKARTA	113	1
7	GORONTALO	2	-
8	JAMBI	4	-
9	JAWA BARAT	267	4
10	JAWA TENGAH	130	14
11	JAWA TIMUR	230	18
12	KALIMANTAN BARAT	11	1
13	KALIMANTAN SELATAN	4	-
14	KALIMANTAN TENGAH	2	-
15	KALIMANTAN TIMUR	21	-
16	KEP. BANGKA BELITUNG	4	-
17	KEPULAUAN RIAU	30	-
18	LAMPUNG	42	-
19	MALUKU	1	-
20	NUSA TENGGARA BARAT	12	-
21	NUSA TENGGARA TIMUR	3	-
22	PAPUA	3	-
23	RIAU	31	2
24	SULAWESI SELATAN	53	2
25	SULAWESI TENGAH	2	-
26	SULAWESI TENGGARA	1	-

NO	PROVINSI	JUMLAH KLINIK PRATAMA	JUMLAH PRAKTIK MANDIRI DOKTER
27	SULAWESI UTARA	5	-
28	SUMATERA BARAT	30	-
29	SUMATERA SELATAN	67	2
30	SUMATERA UTARA	129	1
	Total	1417	57

Grafik 3.36

Jumlah klinik pratama dan praktik mandiri dokter yang telah melakukan jejaring dengan Puskesmas dan melakukan pelayanan program prioritas nasional



Kegiatan yang dilakukan dalam rangka mendukung pencapaian target, yaitu

- Model Implementasi Kolaborasi dan Intervensi Program Prioritas dengan Pelibatan FKTP Kegiatan ini dilaksanakan untuk memantau kesiapan implementasi Kolaborasi dan Intervensi Program Prioritas di Puskesmas dengan Pelibatan FKTP (Tindak Lanjut Hasil Kunjungan Keluarga dengan *Model Integrated Quality of Care*) sehingga terkumpulnya rekomendasi hasil uji coba untuk rancangan pelaksanaan kegiatan integrasi Program Prioritas di Puskesmas dengan Pelibatan FKTP. Rangkaian kegiatan yang terdapat pada kegiatan Implementasi Kolaborasi dan Intervensi Program Prioritas di Puskesmas dengan Pelibatan FKTP (Tindak Lanjut Hasil Kunjungan Keluarga dengan *Model Integrated Quality of Care*) terdiri dari pertemuan sosialisasi, pelaksanaan *assesment* pra uji coba, pelaksanaan uji coba rancangan konsep, pertemuan evaluasi hasil uji coba dan diseminasi hasil uji coba. Adapun kegiatan uji coba implelemtasi tersebut dilaksanakan di 6 lokasi, yaitu:
 - Kab. Deli Serdang, Sumatera Utara
 - Kota Pekanbaru, Riau
 - Kab. Solok, Sumatera Barat
 - Kab. Kendal, Jawa Tengah
 - Kota Madiun, Jawa Timur
 - Kota Makassar, Sulawesi Selatan

- 
- b. **Regulasi dan Kebijakan Kolaborasi dan Integrasi Puskesmas dan FKTP Lain**
Kegiatan ini dilaksanakan dengan tujuan untuk mempersiapkan draft pedoman regulasi dan kebijakan yang akan dimanfaatkan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas untuk melaksanakan kolaborasi dan integrasi Puskesmas dan FKTP Lain. Puskesmas diharapkan dapat mengoptimalkan peran Puskesmas sebagai koordinator kesehatan di wilayah kerjanya sehingga dapat melakukan kolaborasi serta integrasi Puskesmas dan FKTP lainnya. Dengan adanya regulasi tersebut diharapkan dapat menjadi pedoman bagi Puskesmas dan FKTP lainnya dalam meningkatkan koordinasi dan kolaborasi untuk pencapaian target-target kinerja Puskesmas dan sekaligus meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.
- c. **Workshop Penguatan Integrasi Puskesmas dan FKTP Lainnya**
Kegiatan ini bertujuan untuk mempersiapkan pelaksanaan rancangan konsep Model Implementasi Kolaborasi dan Intervensi Program Prioritas di Puskesmas dengan pelibatan FKTP sehingga dapat melakukan kolaborasi serta integrasi Puskesmas dan FKTP lainnya untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer bekerjasama dengan Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (PKMK FK-KMK) UGM yang didukung oleh WHO pada tahun 2021 berkolaborasi dan melakukan penyusunan draft Rancangan konsep integrasi pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Penyelenggaraan integrasi pelayanan kesehatan di layanan primer pada dasarnya sudah dilaksanakan di Puskesmas akan tetapi pelibatan dan peran serta FKTP lainnya terutama FKTP swasta belum dilakukan dengan optimal sehingga perlu dilakukan penataan kembali integrasi pelayanan Kesehatan di FKTP sebagai bentuk penguatan pelayanan kesehatan primer dengan pelibatan FKTP swasta.
- d. **Verifikasi, Pengawasan dan Pembinaan Perizinan dan Registrasi FKTP**
Kegiatan ini dilaksanakan dalam rangka melakukan pemantauan kelengkapan dan kesesuaian persyaratan pada klinik dan praktik mandiri tenaga kesehatan yang melakukan permohonan perizinan. Hal ini bertujuan agar FKTP lain yang menjadi mitra kerja sama Puskesmas memiliki izin resmi dan telah teregistrasi dalam database nasional melalui aplikasi SIM-GOS. Kegiatan pembinaan ditujukan kepada pemerintah daerah agar berperan aktif untuk melakukan pengawasan terhadap klinik dan praktik mandiri tenaga kesehatan terkait hal perizinan dan registrasi.
- e. **Workshop Penguatan Tata Kelola Klinik dalam Rangka Memperkuat Pelayanan Kesehatan**
Kegiatan ini dilaksanakan dalam rangka Penguatan Tata Kelola Klinik Dalam Rangka Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Hal ini bertujuan untuk Meningkatkan peran fasilitas pelayanan kesehatan primer milik swasta dalam pelayanan program prioritas bagi masyarakat. Kegiatan ditujukan dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, klinik, asosiasi/ perkumpulan, dan organisasi profesi.

Gambar 3.7
Implementasi dan Intervensi Program Prioritas dengan Pelibatan FKTP



Model Implementasi Kolaborasi dan Intervensi Program Prioritas dengan Pelibatan FKTP



Regulasi dan Kebijakan Kolaborasi dan Integrasi Puskesmas dan FKTP Lain



Workshop Penguatan Integrasi Puskesmas dan FKTP Lainnya



Verifikasi, Pengawasan dan Pembinaan Perizinan dan Registrasi FKTP



Workshop Penguatan Tata Kelola Klinik dalam rangka Menguatkan Pelayanan Kesehatan

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah:

- Kegiatan-kegiatan belum tersosialisasi dengan baik, sehingga kurang mendapat dukungan dari lintas program dan lintas sektor terkait
- Pelaksanaan kegiatan terhambat karena adanya revisi DIPA yang baru selesai pada bulan Juli 2022
- Adanya SOTK baru menyebabkan jadwal pelaksanaan kegiatan mundur dari yang seharusnya karena menunggu pembentukan tim kerja baru dan pembagian penugasan.
- Belum optimalnya pelaksanaan monitoring dan evaluasi.
- Belum tersedianya system informasi yang efektif efisien untuk menilai kemajuan suatu kegiatan

Faktor-faktor yang mendukung pencapaian target adalah :

- Perencanaan kegiatan yang baik, termasuk dengan melibatkan lintas program dan lintas sektor terkait.
- Komitmen dari para pengambil kebijakan
- Dukungan pembiayaan
- Tersedianya sumber daya manusia yang kompeten dalam melaksanakan kegiatan sesuai tugas dan fungsinya
- Koordinasi yang baik dalam rangka menciptakan suasana kerja yang kondusif



Beberapa hal yang menjadi tantangan terhadap pencapaian target antara lain :

- Jumlah praktik mandiri dokter yang melaksanakan program prioritas TB masih sedikit dibandingkan dengan klinik pratama
- Perlu dilakukan kajian ulang terhadap definisi operasional dan cara penghitungan untuk jenis FKTP dan jenis program prioritas

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

- Sosialisasi dan Bimbingan Teknis tentang integrasi Puskesmas dengan FKTP
- Berkoordinasi intensif dengan Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kab/Kota terkait implementasi integrasi Puskesmas dan FKTP lainnya di wilayah kerjanya
- melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala
- koordinasi internal Kemenkes dalam upaya menyediakan sistem informasi yang efektifefisien untuk menilai kemajuan capaian indikator

2.4. Sasaran Strategis 4: Terpenuhinya sarana prasarana, alat kesehatan, obat, dan bahan medis habis pakai (BMHP) pelayanan kesehatan rujukan

Tabel 3.14
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 4:
Terpenuhinya sarana prasarana, alat kesehatan, obat, dan bahan medis habis pakai (BMHP) pelayanan kesehatan rujukan

Indikator Kinerja		Realisasi Kinerja		
		Target	Realisasi	% Realisasi
1	Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar	90	96	107

2.4.1 Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar

Perubahan UUD 1945 Pasal 28 Bagian H ayat (1) menyatakan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan, kemudian Pasal 34 ayat (3), bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Undang Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pada Pasal 19 menyebutkan bahwa Pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien dan terjangkau. Di dalam pedoman survey Akreditasi Rumah Sakit tercantum bahwa Pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan minimal 60% dari standar yang ditetapkan dan di inputkan pada Aplikasi Sarana, Prasarana Dan Alat Kesehatan (ASPAK).

Pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan minimal 60% dari standar yang ditetapkan dan di inputkan pada Aplikasi Sarana, Prasarana Dan Alat Kesehatan (ASPAK).

Pedoman Survey Akreditasi Rumah Sakit

Definisi Operasional indikator adalah Persentase rumah sakit dan laboratorium kesehatan pemerintah yang sudah memiliki izin operasional yang memiliki SPA sesuai standar.

Cara Perhitungan indikator Perhitungan persentase jumlah rumah sakit dan laboratorium kesehatan pemerintah memiliki izin operasional yang memiliki SPA minimal 60% kelengkapan ASPAK dibagi jumlah rumah sakit pemerintah memiliki izin operasional.

Target tahun 2022 sebanyak 90% fasyankes rujukan milik pemerintah memiliki SPA sesuai standar.

Strategi Pelaksanaan :

- Pelaksana Kegiatan
Penanggung jawab dari indikator ini adalah Tim Kerja Standarisasi Alat Kesehatan, Tim Kerja Sarana Prasarana Fasyankes Rujukan dan Tim Kerja Sarana Prasarana Fasyankes Lainnya.
- Metode Pelaksanaan
Pencapaian indikator fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi sarana prasarana dan alat (SPA) sesuai standar dengan cara mengolah data pemenuhan SPA RS dan Laboratorium di dalam ASPAK
- Jenis Kegiatan
Jenis Kegiatan untuk dapat mencapai target indikator fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi sarana prasarana dan alat (SPA) sesuai standar dilaksanakan melalui :

Monitoring dan Supervisi Pemenuhan Standar SPA dan Diinstruksikan Fokus Lokus RS Rujukan Nasional, Regional dan Provinsi:

Monitoring dan Supervisi Pemenuhan Standar SPA dan Diinstruksikan Fokus Lokus RS Rujukan Nasional, Regional dan Provinsi dilaksanakan dengan kunjungan langsung ke RS dan menganalisis data ASPAK terutama digunakan untuk menganalisa data SPA RS yang layak mendapatkan Bantuan Pemerintah (BanPer untuk layanan unggulan Kanker, Jantung, Stroke dan Uro-Nefro serta KIA), selain itu monitoring dan evaluasi juga dilaksanakan melalui analisis usulan dana DAK Fisik Bidang Kesehatan untuk RS Rujukan Nasional, Regional dan Provinsi. Dasar analisis selain dari data ASPAK juga dengan melakukan kontak ke rumah sakit bersangkutan untuk memastikan kebenaran dalam pengisiannya. Standar pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat RS sesuai dengan peraturan yang berlaku, mengacu standar SPA rumah sakit serta standar akreditasi baik nasional maupun internasional.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

- a. Melakukan pertemuan zoom meeting secara kontinu dan berkala untuk memantau capaian pemenuhan SPA di RS untuk melakukan pembahasan terkait capaian ketersediaan sarana, prasarana, alkes dalam ASPAK. Hal teknis tentang pengisian data ASPAK, kendala yang dialami serta solusi yang bisa digunakan.
- b. Melaksanakan Monitoring dan Evaluasi secara langsung ke RS UPT Vertikal dan RSUD dengan menggunakan Instrumen monev berupa form tarikan data ASPAK, dilakukan pengecekan bagian mana yang belum dilakukan update data dengan baik. Dibandingkan dengan inventaris yang dimiliki RS. Dibandingkan juga dengan usulan kegiatan yang telah dilaksanakan melalui DAK.

Gambar 3.8 Monev UPT Vertikal



Gambar 3.9 Monev RSUD



Tabel 3.15

Pencapaian Kinerja Indikator Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar

No	Indikator Target	Target2022	Capaian 2022
1	Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar	90%	96%



96% Rumah Sakit dan Laboratorium Kesehatan milik pemerintah telah memenuhi sarana prasarana dan alat (SPA) sesuai standar. Berdasarkan data ASPAK per 31 Desember 2022 dari 738 Rumah Sakit milik pemerintah yang telah memiliki SPA diatas 60% sebanyak 663 Rumah Sakit dan untuk SPA Laboratorium Kesehatan yang telah memenuhi SPA sesuai standar sebanyak 48 Labkes.

Capaian yang diperoleh melebihi dari target, hal ini terjadi karena pada tahun 2022 di cara perhitungan dalam menghitung capaian indikator tidak memasukan laboratorium kesehatan pemerintah sebagai denominator tetapi dihitung sesuai dengan formula perhitungan yang tercantum di dalam Rencana Strategis 2020-2024. Dalam data ASPAK (Aplikasi Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan) tercatat dari 259 laboratorium kesehatan pemerintah yang terdaftar baru 48 laboratorium kesehatan pemerintah yang memenuhi standar. Hal ini disebabkan karena pengembangan ASPAK fitur laboratorium kesehatan pemerintah baru diupdate pada tahun 2022 sehingga belum seluruh laboratorium kesehatan pemerintah melakukan input data Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan secara baik dan benar. Untuk mencapai target sampai dengan tahun 2024 perlu upaya advokasi dan dorongan lebih besar kepada laboratorium kesehatan pemerintah untuk melakukan input data di dalam aplikasi ASPAK.

Pencapaian kinerja ini tidak dapat dibandingkan dengan pencapaian tahun sebelumnya, karena indikator dan target ini merupakan indikator dan target yang tercantum pada renstra baru yang mana tidak terdapat indikator dan target di renstra sebelumnya. Persentase Fasyankes Rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar tahun anggaran 2022 targetnya adalah 90% dengan capaian 96%.

Sampai dengan tanggal 31 Desember 2022, 90% RS milik Pemerintah Daerah telah memenuhi sarana prasarana dan alat (SPA) sesuai standar yaitu 663 RS milik pemerintah daerah dari Total 738 RS telah memenuhi 60% kelengkapan sarana, prasarana dan alat sesuai dengan standar sesuai data ASPAK per 31 Desember 2022. Persentase kelengkapan sarana, prasarana dan alat kesehatan (SPA) dihitung berdasarkan kelengkapan masing- masing komponen dengan kumulatif proporsi yaitu 50% untuk sarana, 20% untuk prasarana dan 30% untuk alat.

Pencapaian indikator tersebut dihitung berdasarkan jumlah RS yang memiliki hasil persentase kumulatif kelengkapan sarana, prasarana dan alat kesehatan (SPA) yang sebesar $\geq 60\%$ dibanding dengan seluruh RS Umum milik Pemerintah.

Beberapa faktor yang mempengaruhi dalam pencapaian indikator yang mencapai target yaitu:

- Adanya dukungan dari kementerian dan lembaga terkait lainnya, berupa pendampingan teknis
- Advokasi dan sosialisasi yang terus menerus pada pimpinan dinas kesehatan daerah dalam setiap pertemuan dan kunjungan tentang pentingnya pengisian data ASPAK, pelaksanaannya berupa pemantauan data ASPAK dan memberikan laporan data ASPAK pada daerah yang masih rendah

- Adanya keterikatan pengisian data ASPAK dengan pengusulan anggaran
- Adanya bimbingan dan komunikasi secara langsung maupun jarak jauh terhadap pemenuhan SP
- Keaktifan RS dalam pengisian dan updating data ASPAK secara kontinu dan berkala

Permasalahan yang dihadapi dalam mencapai indikator adalah:

- Tingkat kepatuhan dan keaktifan RS dalam pengisian ASPAK yang masih belum optimal,
- petugas ASPAK laboratorium Kesehatan pemerintah belum melakukan pengisian ASPAK secara baik dan Benar.

Upaya Pemecahan Masalah yang dilakukan adalah:

- Perlu dilaksanakan advokasi dan sosialisasi yang terus menerus pada pimpinan Dinas Kesehatan Daerah dalam setiap pertemuan dan kunjungan tentang pentingnya pengisian data ASPAK
- Pelaksanaan Bimbingan Teknis dan Monitoring Evaluasi ASPAK secara berkala untuk setiap wilayah di Indonesia secara daring dan melaporkan capaian pemenuhan SPA setiap Provinsi
- Beberapa kegiatan yang telah dimasukkan ke dalam Tahun Anggaran 2023 untuk menunjang perhitungan pemenuhan indikator komponen Laboratorium yaitu dengan melakukan Penyusunan Modul Dashboard ASPAK, Sosialisasi dan Advokasi serta Monitoring dan Evaluasi terhadap Laboratorium Kesehatan.
- Dalam setiap kegiatan terkait Laboratorium Kesehatan memasukkan materi terkait ASPAK.
- Dalam Petunjuk Teknis Survei Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Tranfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Untuk Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Tranfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi yang mengajukan usulan survey akreditasi salah satu persyaratannya adalah terdapat bukti pengisian ASPAK yang telah terupdate 100%.

2.5. Sasaran Strategis 5: Menguatnya tatakelola manajemen dan pelayanan spesialisik

Tabel 3.16

Capaian IKU pada Sasaran Strategis 5: Menguatnya tatakelola manajemen dan pelayanan spesialisik

Indikator Kinerja		Realisasi Kinerja		
		Target	Realisasi	% Realisasi
1	Persentase penurunan jumlah kematiandi Rumah Sakit	< 2,5	2.045	100

2.5.1 Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit

Definisi Operasional Indikator adalah Jumlah kematian yang terjadi pada pasien rawat inap di rumah sakit lebih dari 48 jam

Cara Perhitungan Indikator adalah Jumlah kematian pada pasien yang dirawat lebih 48 jam dalam jangka waktu 1 tahun dibagi jumlah pasien keluar rawat inap (hidup+mati) dalam waktu 1 tahun dikali 100

Perhitungan realisasi pada indikator persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit memerlukan data *Net Death Rate* (NDR) yang diperoleh dari pelaporan setiap RS melalui aplikasi SIRS.

SIRS merupakan aplikasi sistem pelaporan rumah sakit kepada Kementerian Kesehatan yang salah satunya melaporkan NDR. Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) adalah suatu proses pengumpulan, pengolahan dan penyajian data rumah sakit se-Indonesia. Sistem Informasi ini mencakup semua Rumah Sakit umum maupun khusus, baik yang dikelola secara publik maupun privat sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Net Death Rate (NDR) adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1.000 penderita keluar. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit. Nilai NDR yang dianggap masih dapat ditolerir adalah kurang dari 25 per 1000.

Dari 3120 Rumah Sakit (baik RS Pemerintah, Swasta, TNI dan Polri) di seluruh Indonesia, yang melaporkan data NDR tahun 2021 di aplikasi SIRS sebanyak 2.313 RS atau sekitar 74 persen.

Intervensi yang dilakukan agar meningkatkan tingkat pengisian SIRS dari RS adalah:

- Menjadikan SIRS dalam salah satu penilaian standar akreditasi MRMIK
- Membuat dashboard pemantauan secara online sehingga bisa dipantau oleh pihak Dinkes, Direktur RS, dan sebagainya
- Melakukan desk rutin dengan RS bersama Dinkes untuk memastikan RS mengisi

Hasil dari perhitungan rerata data NDR di RS seluruh Indonesia yang melaporkan melalui SIRS adalah 20,45 per 1.000. Angka tersebut dianggap masih dapat ditolerir dan sesuai dengan target ISS yaitu kurang dari 2,5%.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target tersebut adalah melalui penyusunan NSPK standarisasi klinis pelayanan kesehatan rujukan yang terdiri atas Pedoman penyelenggaraan pelayanan Stroke, Pedoman Rawat Inap yang terdiri dari rawat inap non intensif dan intensif (HCU, ICU, ICCU, NICU dan PICU), Pedoman Ponak, Pedoman Paliatif, Pedoman SC Emergensi, Pedoman Audit Klinis di RS dan Pedoman *Clinical Pathway*. Selain itu juga disusun Pedoman Nasional Pelayanan

Kedokteran yang sudah menjadi keputusan Menteri Kesehatan terdiri dari :

- Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Karsinoma sel hati
- Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Inpaksi Gigi
- Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Rinosinusitis Kronis
- Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Retinoblastoma
- Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Anestesiologi dan terapi intensif
- Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Batu saluran kemih
- Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Cidera otak traumatik
- Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Stunting
- Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tuli Kongenital

Selanjutnya terdapat rangkaian kegiatan penguatan fasilitas pelayanan kesehatan (Rumah Sakit) melalui penguatan fasilitas pelayanan Kesehatan dalam *respon time* SC Emergensi kurang dari 30 menit, penguatan kegawatdaruratan anak di RS, penguatan pelayanan Ponek dan penguatan kesiapan RS dalam implementasi Kelas Rawat Inap Standar. RS juga dilakukan pembinaan dalam penyusunan clinical pathway dan audit medik/klinis di RS.

Diharapkan dengan adanya standarisasi layanan yaitu NSPK dan PNPK, Penguatan pelayanan RS dalam pelayanan Kesehatan dan audit klinis/medis dapat meningkatkan kualitas mutu layanan dan memiliki outcome penurunan angka kematian di RS.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah:

- Koordinasi antar stakeholder terkait atau organisasi profesi dan perumahsakitannya yang terlibat membutuhkan waktu selain itu dalam proses penetapan regulasi melalui tim hukum Yankes dan Biro hukum membutuhkan proses yang panjang.

Faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target adalah:

- Adanya komitmen dari berbagai *stakeholder* terkait dan organisasi profesi serta organisasi perumah sakitnya yang terlibat dalam mendukung program pemerintah ini

Dengan masih terdapatnya beberapa permasalahan maka alternatif solusi yang dapat dilakukan di masa mendatang adalah Meningkatkan intensitas pertemuan dan menjalin hubungan baik dengan berbagai pihak terkait.

Sumber daya pada tim saat ini sudah mencukupi karena SDM yang tersedia sudah sesuai dengan kompetensi dan dapat bekerja secara tim.

Tabel 3.17
Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Tahun 2022

Indikator Kinerja		Realisasi Kinerja		
		Target	Realisasi	% Realisasi
1	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit	< 2,5	2,045	122,25%

Untuk indikator kinerja ini, target capaian indikator tahun 2022 sebesar < 2,5 dengan realisasi kinerja sebanyak 2,045. Realisasi tersebut tercapai sesuai dengan target tahun 2022.

Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Realisasi 2020	Realisasi 2021	Realisasi 2022
N/A	N/A	2,045

Dikarenakan perubahan Renstra terbaru di 2022 maka belum ada pembandingan dengan capaian kinerja tahun lalu

Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah (target 2024)

Target 2024 RPJMN	Realisasi 2022
N/A	2,045

Tidak dapat dibandingkan karena tidak ada indikator RPJMN yang menunjang Indikator Kinerja Program Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan

Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional

Target Nasional	Realisasi 2022
N/A	2,045

Tidak ada karena indikator ini merupakan indikator nasional

Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target

Dalam mengintervensi indikator ini, terdapat beberapa rencana aksi yang dapat dilakukan dalam implementasi audit klinis, operasi sectio sesarea darurat dalam waktu ≤ 30 menit, dan RS Ponek yaitu;

Untuk implementasi audit klinis:

- Pertemuan Koordinasi Program Audit Klinis di Rumah Sakit
Pertemuan koordinasi diperlukan untuk mengkoordinasikan program audit klinis di rumah sakit yang perlu diperkuat dan dikembangkan serta meningkatkan pemahaman mengenai regulasi dan pedoman yang terkait audit klinis rumah sakit.
- Workshop Hasil Audit Medis Nasional
Setelah dilakukan rapat koordinasi, maka dilakukan workshop hasil audit yang melibatkan Rumah Sakit, Kementerian Kesehatan, lintas sektor dan lintas program, dan organisasi profesi terkait, dengan peserta yang terdiri dari Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan, organisasi profesi, lintas sektor dan program di Kementerian Kesehatan serta rumah sakit.
- Pembahasan Hasil Audit Medis
Pembahasan Hasil Audit Medis dilaksanakan peserta yang terdiri dari Direktorat

Pelayanan Kesehatan Rujukan, Organisasi profesi, lintas sektor dan program di Kementerian Kesehatan serta rumah sakit.

- Pembinaan Teknis Audit Klinis di Rumah Sakit
Untuk pembinaan terhadap rumah sakit dalam implementasi audit klinis di Rumah Sakit sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 496/MENKES/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Klinis di Rumah Sakit.
- Monitoring evaluasi

Untuk RS dengan kemampuan melaksanakan operasi sectio sesarea darurat dalam waktu ≤ 30 menit:

- Rapat Koordinasi dengan RS terkait SC Emergensi kategori 1
- Diseminasi tentang rancangan pedoman PONEK yang didalamnya ada bab terkait SC Emergensi Kategori 1
- Pemetaan RS yang mampu melakukan SC Emergensi kategori 1
- Bimbingan teknis SC Emergensi kategori 1

Untuk rencana aksi RS Ponek:

- Rapat Koordinasi dengan RS dan Dinas Kesehatan Provinsi terkait RS PONEK
- Diseminasi tentang rancangan pedoman PONEK
- Pemetaan RS PONEK sesuai kriteria
- Bimbingan teknis RS PONEK
- Monitoring dan evaluasi RS PONEK

2.6. Sasaran Strategis 6: Menguatnya dan Terdistribusinya Mutu RS, Layanan Unggulan dan Pengembangan Layanan Lain

Tabel 3.18

Capaian IKU pada Sasaran Strategis 6: Menguatnya dan Terdistribusinya Mutu RS, Layanan Unggulan dan Pengembangan Layanan Lain

Indikator Kinerja		Realisasi Kinerja		
		Target	Realisasi	% Realisasi
1	Persentase kepuasan pasien difasyankes rujukan	60 (kum)	93,5	155,8
2	Jumlah Rumah Sakit yang memilikilayanan unggulan internasional	12	12	100%

2.6.1 Pesentase Kepuasan Pasien di Fasyankes Rujukan

Definisi Operasional Indikator adalah Persentase kepuasan pasien di fasyankes rujukan.

Cara perhitungan indikator persentase kepuasan pasien di fasyankes rujukan yakni jumlah kumulatif Pernyataan Kepuasan Pasien atas pelayanan fasyankes rujukan sampai pada tahun berjalan dibagi jumlah total pasien yang mengikuti Survei Kepuasan pada

Pelayanan Rumah Sakit, dikali 100%.

Rumus perhitungan:

$$\frac{\text{Jumlah kumulatif Pernyataan Kepuasan Pasien atas Pelayanan Fasyankes rujukan sampai pada tahun berjalan}}{\text{Jumlah total pasien yang mengikuti Survei Kepuasan pada Pelayanan Rumah Sakit}} \times 100\%$$

Pencapaian indikator kepuasan pasien di fasyankes rujukan adalah sebagai berikut: Penilaian kepuasan pasien melalui pernyataan kepuasan pasien atas pelayanan di fasyankes rujukan belum diukur menggunakan definisi operasional dan rumus perhitungan yang ada. Pencapaian indikator kepuasan pasien di fasyankes rujukan yang selama ini diukur mengacu kepada Peraturan Menteri Kesehatan No.30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan TPMD/Dg, Klinik, Puskesmas, Rumah sakit, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah. Adapun pencapaian kepuasan pasien yang diukur berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan tersebut dilaksanakan mengacu kepada pengukuran Index Kepuasan Masyarakat pada Peraturan Menteri PAN No. 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survey Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik. Pencapaian Indeks Kepuasan Masyarakat yang memenuhi kategori baik sesuai peraturan tersebut adalah angka indeks $\geq 76,61$.

Dengan merujuk Indeks Kepuasan Masyarakat (Pasien) sesuai Peraturan Menteri Kesehatan No 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan TPMD/Dg, Klinik, Puskesmas, Rumah sakit, Laboratorium Kesehatan dan Unit Transfusi Darah dan PerMenPAN RB No. 14 th 2017 tentang Survei Kepuasan Masyarakat sebanyak 883 RS yang melapor pada tahun 2022, menunjukkan IKM 826 RS minimal 76,61 (Kategori Baik).

$$\frac{826 \text{ RS}}{883 \text{ RS}} \times 100\% = 93,5 \%$$

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target:

- Melakukan Sosialisasi Indikator Nasional Mutu di seluruh Indonesia baik untuk SDM Dinas Kesehatan dan SDM Rumah Sakit
- Mengalokasikan dana dekonsentrasi di 34 propinsi untuk melakukan monitoring dan evaluasi peningkatan mutu di fasilitas pelayanan Kesehatan rujukan
- Melakukan Pemantauan dan Evaluasi capaian Indikator Mutu per propinsi
- Mengadakan kegiatan deseminasi dan Analisa hasil pelaporan Indikator Nasional Mutu
- Melakukan kegiatan survei kepuasan pasien menggunakan dana hibah USAID Momentum Private Healthcare Delivery (MPHD), dengan bekerja sama dengan Universitas Muhammadiyah Malang dan Forum Berbagi dan Peduli Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir (FORBAIK) Kabupaten Malang.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah:

- Belum semua Rumah Sakit memahami tata cara pengukuran Indikator Mutu
- Belum semua Rumah Sakit Patuh dalam Pelaporan Indikator Mutu
- Masih kurangnya Pendampingan Dinas Kesehatan mengenai tata cara pengukuran indikator mutu dan pelaporan Indikator Mutu
- Masih kurang handalnya Sistem Informasi Pelaporan Indikator Mutu yang digunakan (sering trouble dan down)
- Kendala Jaringan di beberapa wilayah di Indonesia
- Tidak ada alokasi anggaran pada DIPA Direktorat

Faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target adalah dimasukkannya Indikator Nasional Mutu sebagai salah satu Elemen Penilaian pada proses survey akreditasi

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

- Dukungan peningkatan mutu dan akreditasi FKTRL dengan dana dekonsentrasi.
- Peningkatan dengan Monev terpadu lintas Direktorat.
- Mendorong RS dalam pelaksanaan Sistem Informasi terintegrasi (pengumpulan data, validasi data analisis, dan system pelaporan

2.6.2 Jumlah Rumah Sakit yang Memiliki Layanan Unggulan Internasional

Definisi Operasional Indikator adalah Jumlah RS Vertikal yang memiliki minimal 1 layanan unggulan setara internasional, dapat dilihat dari upaya RS dalam memiliki layanan unggulan tersebut dengan melakukan Kerjasama dengan RS atau institusi Kesehatan Luar Negeri yang dapat mendukung layanan unggulannya dalam bentuk peningkatan kompetensi SDM melalui pengiriman *fellowship* dan kerja sama antar RS yang dapat dibuktikan dari perjanjian kerja sama dalam bentuk MoU.

Cara Perhitungan Indikator adalah Jumlah RS Vertikal yang memiliki minimal 1 layanan unggulan setara internasional.

Analisa pencapaian (Penyajian data, analisa data dan perbandingan) : Pencapaian kinerja sebanyak 12 rumah sakit vertikal . Dua belas Rumah Sakit Vertikal tersebut merupakan RS Vertikal yang layanan unggulannya bekerjasama dengan RS atau institusi luar negeri, antara lain :

1. RSCM : Diabetes Mellitus
2. RSAB : Fetal Cardiology
3. RS Jantung Harkit : Heart Transplantation
4. RS Kanker Dharmas : Kanker
5. RSJ Soeharto Heerdjan : Rehabilitasi psikososial
6. RS Marzuki Mahdi : Rehab Psikososial dan Suicide Prevention
7. RS Cicendo : Retinoblastoma
8. RSUP M Hoesin Palembang : Radioterapi Onkologi
9. RSHS Bandung : Onkologi Patologi
10. RSUP Wahidin Makassar : Kardiologi Intervensi

11. RSUP Kariadi : Cangkok Sumsum Tulang

12. RSPI Sulianti Saroso : Infectious Disease

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target :

- Kantor pusat sedang berproses menyusun petunjuk teknis /standar dalam menetapkan layanan unggulan setara internasional
- Pengumpulan data untuk rumah sakit vertikal yang berpotensi memiliki layanan unggulan yang dapat bertaraf internasional dengan melakukan analisa visi dan misi RS sampai rencana bisnis strategis RS, pendataan kerja sama RS dengan RS atau institusi kesehatan luar negeri terkait peningkatan kompetensi SDM berbentuk fellowship dan kerja sama dengan RS luar negeri
- Advokasi ke RS untuk melakukan kerja sama dengan RS ataupun institusi kesehatan luar negeri terkait layanan unggulan RS
- Melakukan inventarisir RS terbaik di LN terkait 9 layanan prioritas
- Melakukan kunjungan ke RS *world's top health care service* di luar negeri untuk menjajakan kerjasama potensial

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah terkait permasalahan yang dihadapi dalam pencapaian indikator ini adalah sebagai berikut :

- Tahapan pelaksanaan kerja sama dari mulai penjajakan, pembahasan ruang lingkup kerjasama sampai kesepakatan dan penandatanganan MoU membutuhkan waktu yang tidak singkat
- Pembiayaan kerja sama luar negeri cukup besar
- Belum terdapatnya pedoman pelaksanaan kerja sama luar negeri khusus rumah sakit

Faktor -faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target adalah :

- Sosialisasi kepada pelaksanaan kerja sama antara RS di Indonesia dengan RS atau institusi luar negeri
- Advokasi kepada pemilik dan pimpinan rumah sakit untuk melakukan kerjasama luar negeri dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan
- Mensinergikan alur pelaksanaan kerjasama luar negeri baik rumah sakit kepemilikan Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, Swasta, TNI, maupun POLRI
- Monitoring dan evaluasi update progres pelaksanaan kerjasama dengan RS atau institusi luar negeri
- Melakukan pemetaan kebutuhan rumah sakit untuk menunjang layanan unggulannya

Terdapat beberapa upaya yang telah dilakukan guna mengatasi kendala dalam pencapaian indikator, antara lain adalah sebagai berikut :

- Mengusulkan perubahan DO pada IKP dengan menambahkan salah satunya memiliki kerjasama dengan RS luar negeri, sudah ditetapkan sebagai RS pengampu layanan prioritas baik nasional maupun regional, RS merupakan RS pendidikan dan RS memiliki rencana strategis dalam menetapkan layanan unggulannya ;
- mengumpulkan data untuk rumah sakit vertikal yang berpotensi memiliki layanan unggulan yang dapat bertaraf internasional dengan melakukan analisa

- visi dan misi RS sampai rencana bisnis strategis RS, pendataan kerja sama RS dengan RS atau institusi kesehatan luar negeri terkait peningkatan kompetensi SDM berbentuk fellowship dan kerja sama dengan RS luar negeri,
- Melakukan penyusunan feasibility study untuk menetapkan layanan unggulan RS
 - Melakukan advokasi dan pemahaman bagi rumah sakit untuk bekerjasama dengan luar negeri yang dapat mendukung layanan unggulan RS tersebut dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas layanan RS
 - Melakukan penjajakan dengan RS di LN atau institusi kesehatan di luar negeri agar dapat melakukan kerja sama dengan RS vertical
 - Menyusun proposal dan membahas lingkup kerja sama dan pembahasan perjanjian kerja sama dengan RS di luar negeri.

2.7. Sasaran Strategis 7: Menguatnya produksi alat kesehatan, bahan baku obat, obat, obat tradisional dan vaksin dalam negeri

Tabel 3.19
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 7:
Menguatnya produksi alat kesehatan, bahan baku obat, obat, obat tradisional dan vaksin dalam negeri

Indikator Kinerja		Realisasi Kinerja		
		Target	Realisasi	% Realisasi
1	Jumlah bahan baku obat dan obat 10 terbesar yang diproduksi dalam negeri kabupaten/kota	10	10	100
2	Jumlah alat kesehatan 10 terbesar <i>by volume</i> dan <i>value</i> yang diproduksi dalam negeri	5	5	100
3	Jumlah vaksin 10 terbesar yang diproduksi di dalam negeri	8	8	100

2.7.1 Jumlah bahan baku obat dan obat 10 terbesar yang diproduksi dalam negeri

Definisi Operasional Indikator adalah Jumlah kumulatif bahan baku obat dan obat terbesar *by value* yang dikembangkan dan diproduksi dalam negeri.

Cara Perhitungan Indikator adalah Jumlah bahan baku obat dan obat terbesar *by value* yang dikembangkan dan diproduksi dalam negeri setiap tahun yang dihitung secara kumulatif.

Tabel 3.20
Analisa pencapaian (Penyajian data, analisa data dan perbandingan)

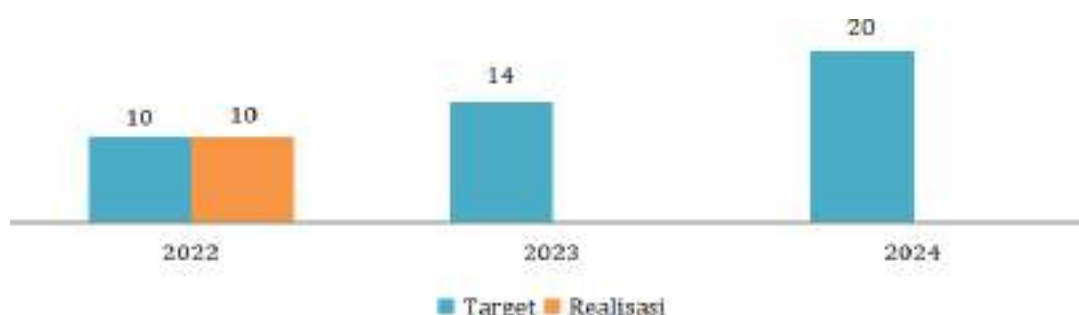
INDIKATOR KINERJA	TARGET		
	2022	2023	2024
Jumlah bahan baku obat dan obat 10 terbesar yang diproduksi dalam negeri.	10	14	20

Indikator ini merupakan indikator baru pada Revisi Renstra sesuai dengan Permenkes 13 Tahun 2022 untuk mewujudkan kemandirian pencapaian bahan baku obat kimia dan produk biologi di dalam negeri.

Pada tahun 2022, target indikator Jumlah bahan baku obat dan obat 10 terbesar yang diproduksi dalam negeri. adalah 10 dengan realisasi 10 sehingga capaian sebesar 100%. Hasil ini menunjukkan bahwa capaian tahun 2022 sudah mencapai target yang ditetapkan dalam Revisi Renstra Kemenkes Tahun 2020-2024. Realisasi indikator pada tahun ketiga Renstra menunjukkan hal yang positif dan diharapkan dapat mencapai target indikator akhir tahun Renstra 2020-2024 yakni sebesar 20.

Keberhasilan pencapaian target indikator kinerja ini didukung melalui pelaksanaan advokasi dan pembinaan terhadap industri bahan baku dan peneliti 10 bahan baku obat terbesar by value dalam rangka meningkatkan sinergisme antara industri dan peneliti dalam rangka hilirisasi hasil riset bahan baku obat produksi dalam negeri dan pemenuhan bahan baku obat dalam negeri serta fasilitasi pengembangan obat yang menggunakan bahan baku produksi dalam negeri dan fasilitasi hilirisasi dan produksi dengan menggunakan bahan baku obat dalam negeri. Dengan capaian ini diharapkan bahan baku obat produksi dalam negeri dapat menunjang kemandirian sediaan farmasi di Indonesia.

Grafik 3.37
Target dan Realisasi Indikator Jumlah bahan baku obat dan obat 10 terbesar yang diproduksi dalam negeri Tahun 2022



Hasil tersebut diperoleh dari bahan baku kimia sebanyak 6 dan produk biologi sebanyak 4 dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 3.21
Progress pengembangan dan hilirisasi bahan baku obat kimia terbesar by value yang dikembangkan dan diproduksi dalam negeri

No	BBO	Industri Farmasi	Nomor Sertifikat	Pengembangan BBO	Change Source
1	Parasetamol	PT Riasima Abadi Farma	0018/CPBBAO B/A/I/18	●	●
2	Omeprazol	PT Ferron Par Pharmaceuticals	5848/CPOB/A /VIII/20	●	●
3	Clopidogrel	PT Kimia Farma Sungwun Pharmacopia	5233/CPOB/A /X/18-002	●	●
4	Atorvastatin	PT Kimia Farma Sungwun Pharmacopia	5233/CPOB/A /X/18	●	●
5	Amlodipin	PT Kimia Farma Sungwun Pharmacopia	PW.01.04.1.3. 332.07.22-0192	●	●
6	Candesartan	PT Kimia Farma Sungwun Pharmacopia	B- PW.01.08.33.3 32.12.22.750	●	●
7	Bisoprolol	PT Kimia Farma Sungwun Pharmacopia	-	●	○
8	Lansoprazol	-	-	○	○
9	Cefixime	-	-	○	○
10	Ceftriaxone	-	-	○	○

Keterangan: ● Sudah selesai ● Masih berjalan ○ Belum dimulai

Tabel 3.22
Produk Biologi Dalam Negeri Tahun 2022

No	Nama Zat Aktif	Nama Dagang	Industri	NIE
1	ErythropoietinAlfa	Hemapo	PT Kalbio Global Medika	DKL1811645843A1 DKL1811645843B1
2	Enoxaparin*	Antiten-A	PT Biofarma	DKL2102907843A1
3	Insulin Glargine	Ezelin	PT Kalbio Global Medika	DKL2211647543A2
4	Rituximab	Rituxikal	PT Kalbio Global Medika	DKL2211647749A1

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target:

- Koordinasi ABGCI (*Academy, Business, Government, Community and Innovator*) dalam rangka fasilitasi fiskal dan non fiskal kemandirian bahan baku obat kimia dalam negeri untuk meningkatkan daya saing dan produksi bahan baku obat dalam negeri;
- Pemutakhiran data, analisa kemampuan industri, dan perencanaan kebutuhan bahan baku obat dalam negeri;

- Melakukan advokasi dan pembinaan terhadap industri bahan baku dan peneliti 10 bahan baku obat terbesar by value dalam rangka meningkatkan sinergisme antara industri dan peneliti dalam rangka hilirisasi hasil riset bahan baku obat produksi dalam negeri dan pemenuhan bahan baku obat dalam negeri;
- Menyusun dan mereviu kebijakan penjaminan dan prioritas penggunaan bahan baku produksi dalam negeri untuk menghasilkan kebijakan yang dapat mendukung ketahanan kefarmasian;
- Kolaborasi lintas sektor dalam rangka akselerasi substitusi bahan baku produksi dalam negeri dan meningkatkan pengembangan bahan baku obat produksi dalam negeri;
- Melaksanakan sosialisasi fasilitasi change source kepada seluruh industri farmasi di Indonesia dalam rangka substitusi bahan baku impor dengan bahan baku dalam negeri;
- Melaksanakan forum nasional evaluasi dan perencanaan strategis ketahanan kefarmasian untuk mensinergikan para pemangku kepentingan, baik akademiki, kementerian/lembaga, industri farmasi dan alat kesehatan, organisasi/profesi dan masyarakat sebagai penerima manfaat;
- Melaksanakan Evaluasi Capaian Akselerasi Produksi Bioteknologi guna mensinergikan langkah serta memberikan rekomendasi dalam rangka meningkatkan pengembangan produk biologi; pembahasan dari draft rekomendasi kebijakan terkait produk biologi yang telah disusun; mengetahui potensi kerjasama dan pasar luar negeri melalui diplomasi kesehatan; mengetahui kebijakan terkait fasilitas perpajakan dalam mendukung pengembangan produk biologi dalam negeri serta mengetahui regulasi sertifikasi TKDN pada produk biologi dalam negeri;
- Melaksanakan Sinergisme ABGC (*Academy, Business, Government and Community*) dalam Persiapan Transfer Teknologi Produk Biologi guna melakukan sinergisme dan koordinasi penelitian produk biologi antara industri dan lembaga penelitian/universitas untuk mendukung ketahanan kefarmasian khususnya produk biologi. Diketahui bahwa penelitian yang dilakukan di institusi penelitian/Universitas masih belum sejalan dengan kebutuhan industri. Untuk itu perlu dilakukan hulunisasi dimana menjaring kebutuhan penelitian industri untuk ditindaklanjuti berupa penelitian di institusi;
- Melaksanakan Pemetaan Fasilitas Sentral Pengujian Produk Biologi untuk mengetahui pengujian yang diperlukan dalam riset dan QC release produk biologi, mengetahui kemampuan/kapasitas laboratorium uji yang ada di Indonesia serta menjajaki pembentukan jejaring/fasilitas sentral pengujian produk biologi di Indonesia;
- Melakukan Hilirisasi Pengembangan Produk Monoklonal Antibodi untuk mengetahui progres pengembangan produk monoklonal antibodi yang sedang dilakukan oleh industri serta mengidentifikasi kendala dan rekomendasi tindak lanjut yang akan dilakukan;
- Pemetaan dan pendampingan pengembangan produk biologi kepada industri dan lembaga penelitian guna mengetahui progres pengembangan, kendala serta merumuskan solusi terkait pengembangan produk biologi dalam negeri;
- Pendampingan dan fasilitasi ke industri untuk mempercepat persetujuan izin



edar produk biologi, melalui diskusi mendalam dan koordinasi intensif dengan BPOM;

- Penjajakan untuk pendanaan riset dan pengembangan produk biologi dengan BRIN, LPDP dan lembaga pendanaan lain global;
- Memfasilitasi membuka pasar dalam dan luar negeri dalam hal fasilitasi business matching, pameran serta penarikan investor dan principal untuk transfer teknologi yang dapat dimanfaatkan oleh industri.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah:

- Masih kurangnya produksi bahan baku obat dalam negeri karena skala ekonomi yang kecil dan risiko bisnis yang tinggi sehingga berpotensi tidak sustain pada saat pelaksanaan project dan tahapan operasional;
- Masih kurangnya keinginan industri farmasi untuk melakukan substitusi bahan baku obat impor menjadi bahan baku obat dalam negeri disebabkan antara lain harga import lebih murah, biaya uji bioekivalensi yang cukup tinggi;
- Belum optimalnya pelaksanaan skema insentif dan disinsentif bahan baku obat untuk meningkatkan daya saing dan produksi bahan baku obat dalam negeri •end to end;
- Perbedaan program prioritas pengembangan sediaan farmasi antar kementerian/lembaga;
- Belum dapat dilakukan pengukuran dampak dari kegiatan yang telah dilaksanakan; dan
- Harga bahan baku obat impor lebih murah dibandingkan bahan baku obat produksi dalam negeri;
- Pengembangan bahan baku produk biologi membutuhkan tahapan yang lama serta investasi yang cukup besar terkait penyediaan infrastruktur, pengujian, penelitian dan uji klinik; ketersediaan SDM yang berkualitas dalam pengembangan produk masih belum memadai serta penyerapan produk di pasar masih rendah. Adapun saat ini berdasarkan hasil pemetaan, diketahui bahwa sebagian besar industri produk biologi di Indonesia masih di tahap pengembangan formula, penjajakan kerjasama, persiapan fasilitas, transfer teknologi serta reformulasi.

Faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target adalah:

- Menyusun regulasi untuk mewujudkan kemandirian dan ketahanan kefarmasian;
- Melakukan interkoneksi program dan koordinasi lintas sektor dengan kementerian/lembaga terkait;
- Membentuk tim antar kementerian/lembaga terkait untuk mengkaji skema insentif dan disinsentif bahan baku obat untuk meningkatkan daya saing dan produksi bahan baku obat end to end dalam negeri;
- Memberikan dukungan dan melakukan advokasi kepada industri farmasi melalui program fasilitasi change source bahan baku obat produksi dalam negeri, peningkatan penggunaan dan perlindungan pasar dalam negeri;
- Melakukan pembahasan lebih lanjut terkait penugasan pemerintah kepada BUMN untuk memproduksi bahan baku obat dalam negeri; dan
- Melakukan pengukuran dampak substitusi bahan baku obat terhadap industri

farmasi.

- Pendampingan, fasilitasi ke industri untuk mempercepat persetujuan izin edar produk biologi;
- Penjajakan dengan BRIN, LPDP dan lembaga pendanaan lain untuk pendanaan riset dan pengembangan produk biologi;
- Memfasilitasi membuka pasar dalam dan luar negeri dalam hal fasilitasi business matching, pameran serta penarikan investor dan principal untuk transfer teknologi yang dapat dimanfaatkan oleh industri.

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

- Advokasi industri dalam produksi bahan baku obat dalam negeri dengan memfasilitasi pasar dalam dan luar negeri;
- Advokasi industri farmasi untuk melakukan substitusi bahan baku obat impor menjadi bahan baku obat dalam negeri;
- Menyusun regulasi peningkatan daya saing dan perlindungan produksi bahan baku obat kimia dan produk biologi dalam negeri;
- Berkolaborasi dengan institusi terkait dalam fasilitasi uji klinik;
- Berkoordinasi dengan K/L terkait dalam pengembangan sediaan farmasi;
- Melakukan Monitoring dan Evaluasi dalam pengukuran dampak dari kegiatan yang telah dilaksanakan;
- Menyusun harga bahan baku obat produksi dalam negeri yang kompetitif dengan impor;
- Melakukan kerjasama dengan seluruh stakeholder yang terlibat, baik pemerintah, akademisi/peneliti/pakar, maupun industri/sector bisnis dalam pengembangan bahan baku obat kimia dan produk biologi;
- Membangun ekosistem penelitian pengembangan produk biologi yang komprehensif;
- Peningkatan kualitas SDM dengan membangun keahlian teknis secara langsung atau melalui pelatihan;
- Perlu dilakukan peninjauan prioritas kebutuhan pengembangan produk biologi di industri sesuai dengan prioritas Kementerian Kesehatan.

2.7.2 Jumlah alat kesehatan 10 terbesar by volume dan value yang diproduksi dalam negeri

Definisi Operasional Indikator adalah Jumlah kumulatif alat kesehatan 10 terbesar *by volume dan by value* yang telah mampu diproduksi di dalam negeri.

Cara Perhitungan Indikator adalah Jumlah alat kesehatan 10 terbesar *by volume dan by value* yang telah mampu diproduksi di dalam negeri yang dihitung secara kumulatif setiap tahun.

Tabel 3.23
Analisa pencapaian (Penyajian data, analisa data dan perbandingan)

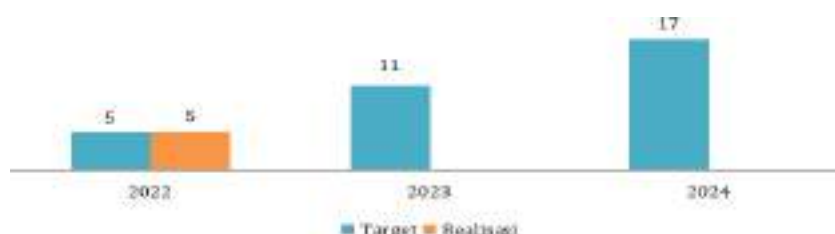
INDIKATOR KINERJA	TARGET		
	2022	2023	2024
Jumlah alat kesehatan 10 terbesar <i>by volume dan value</i> yang diproduksi dalam negeri.	5	11	17

Indikator ini merupakan indikator baru pada Revisi Renstra sesuai dengan Permenkes 13 Tahun 2022 untuk mewujudkan kemandirian pencapaian alat kesehatan di dalam negeri.

Pada tahun 2022, target indikator Jumlah alat kesehatan 10 terbesar *by volume dan value* yang diproduksi dalam negeri adalah 5 dengan realisasi 5 sehingga capaian sebesar 100%. Hasil ini menunjukkan bahwa capaian tahun 2022 sudah mencapai target yang ditetapkan dalam Revisi Renstra Kemenkes Tahun 2020-2024. Realisasi indikator pada tahun ketiga Renstra menunjukkan hal yang positif dan diharapkan dapat mencapai target indikator akhir tahun Renstra 2020-2024 yakni sebesar 17.

Keberhasilan pencapaian target indikator kinerja ini didukung melalui koordinasi dalam rangka penguatan jejaring sentra riset alat kesehatan sebagai upaya membangun riset dan pengembangan yang terintegrasi antara akademisi, swasta dan pemerintah guna mendukung peningkatan akses, kemandirian, dan mutu alat kesehatan. Selain itu guna melakukan percepatan peningkatan penggunaan produk dalam negeri dan produk usaha mikro, usaha kecil dan koperasi dalam rangka menyukseskan gerakan nasional bangga buatan Indonesia, turut diadakan fasilitasi pengembangan alat kesehatan produksi UMKM dengan tema “Bersama Mengembangkan UMKM untuk Ketahanan Alkes Nasional”.

Grafik 3.38
Target dan Realisasi Indikator Jumlah alat kesehatan 10 terbesar *by volume dan value*
Tahun 2022



Berikut adalah daftar alat kesehatan yang di produksi di dalam negeri, antara lain:

Tabel 3.24
Alat Kesehatan Yang Di Produksi Di Dalam Negeri

No	Nama Pabrik	Nama Produk	Jenis Produk	NIE	Tujuan Penggunaan
1	PT SWAYASA PRAKARSA	VENINDO V- 01 ICU Ventilator	<i>Continous ventilator</i>	AKD 20403220252	Ventilator ini merupakan ventilatoryang dikontrol oleh mikroprosesor yang terdiri dari turbin mikro (blower) yang digunakan untuk menghasilkan aliran.
2	MINDRAY MEDICAL INDONESIA	MINDRAY Digital Ultrasonic Diagnostic Imaging System	<i>Ultrasonic pulsed doppler imaging system</i>	AKD 21501220208	Digunakan untuk pemeriksaan ultrasonik pada tubuh manusia.
3	PT GERLINK UTAMA MANDIRI	GERLINK Endoscopy Camera System 01 GL ECS-01 - Endoscope Camera System	<i>Endoscopy</i>	AKD 20801220158	GL ECS-01 Endoscope camera systemmemberikan visualisasi untuk endoskopi, mampu menampilkan gambar secara maksimal, terdapat koneksi HDMI yang terintegrasi dengan sistem untuk sambungan ke layar eksternal
4	PT PCI Elektronik Internasional Batam	VERSANA PREMIER Ultrasound System	<i>Ultrasonic pulsed doppler imaging system</i>	AKD 21501220485	Peralatan radiologi diagnostik, <i>ultrasonic pulsed doppler imaging system</i> , Elektromedik Non Radiasi.
5	PT PCI Elektronik Internasional Batam	B105M Patient Monitor B125M Patient Monitor B155M Patient Monitor B105P Patient Monitor B125P Patient Monitor Patient Monitor	<i>Patient Monitor</i>	AKD 20501220484 AKD 20501220485 AKD 20501220486 AKD 20501220487 AKD 20501220488	Peralatan kardiologi diagnostik, <i>Arrhythmia detector and alarm(including ST-segmentmeasurement and alarm)</i> . Elektromedik non radiasi..

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target

- Koordinasi dalam Rangka Penguatan Jejaring Sentra Riset Alat Kesehatan
- Fasilitasi Pengembangan Alat Kesehatan Produksi UMKM
- Sinergismes ABGC Dalam Rangka Pengembangan Inovasi Alat Kesehatan Dalam Negeri
- Sosialisasi Regulasi dan Kebijakan Terkait Alat Kesehatan, Fasilitasi Pengembangan Alkes Hasil Inovasi

- Fasilitasi Pengembangan Alkes Hasil Inovasi
- Peningkatan Kapasitas SDM Dalam Rangka Persetujuan Pelaksanaan Uji Klinik
- Pembahasan dengan Tim Evaluasi Dokumen Uji Klinik Alat Kesehatan
- Monitoring dan Evaluasi Riset Uji Klinik Alat Kesehatan Dalam Negeri

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah:

- Produk inovasi alat kesehatan masih banyak yang dalam tahap penelitian dan belum sampai pada tahap produksi atau hilirisasi oleh industri
- Belum terdapat data riset alat kesehatan yang terintegrasi di Indonesia
- Prototipe alat kesehatan hasil riset masih terbatas hanya sampai publikasi jurnal dan belum ter hilirisasi
- Belum terpadunya penelitian alat kesehatan dengan kebutuhan di fasilitas pelayanan kesehatan atau kurangnya kolaborasi antara pihak akademisi, bisnis (industri), pemerintah, dan masyarakat.
- Masih kurangnya penguasaan teknologi dalam produksi alat kesehatan oleh industri alat kesehatan dalam negeri
- Belum tersedianya data rencana kebutuhan alat kesehatan nasional yang dapat digunakan sebagai arah pengembangan dan penelitian oleh industri maupun peneliti di perguruan tinggi

Faktor -faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target adalah:

- Pendampingan percepatan hilirisasi hasil penelitian alat kesehatan melalui kegiatan monitoring dan evaluasi hasil riset dan uji klinik alat kesehatan produksi dalam negeri
- Koordinasi lintas sektor untuk memetakan hasil penelitian di bidang alat kesehatan
- Mengadakan pertemuan antara peneliti atau akademisi dengan industri sebagai upaya hilirisasi penelitian alat kesehatan dalam negeri
- Mengadakan pertemuan ABGC (Academy, Business, Government and Community) dalam rangka kolaborasi peningkatan riset/pengembangan alat kesehatan dalam negeri dan pembentukan jejaring riset alat kesehatan di Indonesia
- Melakukan pendampingan dalam proses kerjasama transfer teknologi atau joint venture antara industri alat kesehatan dalam negeri dengan industri alat kesehatan multi nasional
- Melaksanakan koordinasi dalam rangka pemetaan kebutuhan alat kesehatan nasional yang terintegrasi dengan program kesehatan sebagai arah pengembangan penelitian oleh industri maupun perguruan tinggi
- Melakukan peningkatan pemahaman sumber daya manusia terkait uji klinik alat kesehatan dalam rangka mendukung penelitian dan pengembangan alat kesehatan dalam negeri
- Melakukan peningkatan pemahaman pemangku kepentingan terkait regulasi dan kebijakan alat kesehatan
- Melakukan evaluasi terkait penggunaan alat kesehatan dalam negeri di fasilitas pelayanan kesehatan

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

- Berkoordinasi dengan K/L dalam tahap penelitian produk inovasi alat kesehatan;
- Berkoordinasi dengan BRIN dalam menyusun data riset alat kesehatan yang terintegrasi di Indonesia;
- Melakukan kajian dan advokasi Industri dalam memproduksi Prototipe alat kesehatan hasil riset;
- Memperkuat kolaborasi pihak akademisi, bisnis (industri), pemerintah, dan masyarakat dalam penelitian alat kesehatan dalam negeri.
- Memfasilitasi transfer teknologi dalam produksi alat kesehatan oleh industri alat kesehatan dalam negeri;
- Berkoordinasi dengan Ditjen Pelayanan Kesehatan dalam menyusun rencana kebutuhan alat kesehatan nasional.

2.7.3 Jumlah Vaksin 10 Terbesar Yang Di Produksi Di Dalam Negeri

Definisi Operasional Indikator adalah Jumlah kumulatif vaksin 10 terbesar yang dikembangkan dan diproduksi dalam negeri.

Cara Perhitungan Indikator adalah Jumlah vaksin 10 terbesar yang dikembangkan dan diproduksi dalam negeri setiap tahun yang dihitung secara kumulatif.

Tabel 3.25
Analisa pencapaian (Penyajian data, analisa data dan perbandingan)

INDIKATOR KINERJA	TARGET		
	2022	2023	2024
Jumlah vaksin 10 terbesar yang diproduksi di dalam negeri.	8	12	17

Indikator ini merupakan indikator baru pada Revisi Renstra sesuai dengan Permenkes 13 Tahun 2022 untuk mewujudkan kemandirian vaksin di dalam negeri.

Pada tahun 2022, target indikator Jumlah vaksin 10 terbesar yang diproduksi di dalam negeri adalah 8 dengan realisasi 8 sehingga capaian sebesar 100%. Hasil ini menunjukkan bahwa capaian tahun 2022 sudah mencapai target yang ditetapkan dalam Revisi Renstra Kemenkes Tahun 2020-2024.

Hasil ini menunjukkan bahwa capaian tahun 2022 sudah mencapai target yang ditetapkan dalam Revisi Renstra Kemenkes Tahun 2020-2024. Realisasi indikator pada tahun ketiga Renstra menunjukkan hal yang positif dan diharapkan dapat mencapai target indikator akhir tahun Renstra 2020-2024 yakni sebesar 17.

Keberhasilan pencapaian target indikator kinerja ini didukung melalui pemetaan dan monitoring rutin pengembangan dan produksi 14 antigen serta platform vaksin baru dengan Industri dan perguruan tinggi serta pelaksanaan fasilitasi pengembangan dan hilirisasi vaksin program imunisasi rutin (14 antigen produksi dalam negeri) melalui penjajakan kerjasama/business matching.

Grafik 3.39
Target dan Realisasi Indikator Jumlah vaksin 10 terbesar yang diproduksi di dalam negeri Tahun 2022



Hasil tersebut diperoleh dari 7 antigen vaksin program dan 1 platform vaksin produksi dalam negeri, antara lain:

Tabel 3.26
7 antigen vaksin program dan 1 platform vaksin produksi dalam negeri

No.	Nama Antigen dan Platform Vaksin	Nama Produk	No. Registrasi	Produsen	Kemasan
1	BCG	Vaksin BCG Kering	GKL9502900444 A1	PT Bio Farma	Ampul berisi serbuk injeksi & larutan @4MI
2	Difteri	Vaksin BIO Td	DKL1302906843 A1	PT Bio Farma	Ampul @ 0,5 mL(1 DOSIS)
3	Pertussis	Vaksin DTP	GKL8502901743 A1	PT Bio Farma	Vial @ 10 MI
4	Tetanus	Vaksin TT	GKL8502901443 A1	PT Bio Farma	Vial @ 10 MI
5	Hepatitis	Vaksin Hepatitis B Rekombinan	GKL9802905543 A1	PT Bio Farma	Prefilled Syringe (Uniject) @ 1 mL
6	Influenza (HIB)	Pentabio	DKL1302906943 A1	PT Bio Farma	Vial @ 0,5 mL (1 dosis)
7	Polio Oral (OPV)	Bivalent Oral Poliomyelitis vaccine types 1& 3	GKL1502907036 A1	PT Bio Farma	Vial @ 1 mL
8	platform vaksin m-RNA (Vaksin COVID-19)	InaRNAVac	EUA235790134 3A1	PT. Etana Biotechnologies Indonesia	prefilled syringe0,5 mL

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target

- Pemetaan dan monitoring rutin pengembangan dan produksi 14 antigen serta platform vaksin baru di Industri dalam negeri antara lain PT. Bio Farma, PT. Biotis Pharmaceutical Indonesia, PT. Combiphar Dong-A, PT. Daewoong, PT. Etana Biotechnologies Indonesia, PT. Jakarta Biopharmaceutical Industry (JBIO), dan PT. Kalbio Global Medika.
- Pemetaan pengembangan/riset 14 antigen maupun platform vaksin baru di beberapa universitas antara lain Institut Teknologi Bandung (ITB), Universitas Airlangga (UNAIR), Universitas Andalas (UNAND), Universitas Diponegoro (UNDIP), Universitas Hasanuddin (UNHAS), Universitas Indonesia (UI), dan Universitas Udayana (UNUD) serta Pusat Studi Satwa Primata Institut Pertanian Bogor (PSSP IPB) melalui kunjungan langsung sekaligus dalam rangka sosialisasi target transformasi Kementerian Kesehatan agar arah pengembangan/riset bisa sinergis.
- Pemetaan terhadap 5 (lima) pilar pendukung ekosistem pengembangan dan produksi vaksin dalam negeri termasuk pemetaan kendala dengan responden berasal dari industri vaksin, universitas/lembaga penelitian, dan pemerintahan.
- Fasilitasi pengembangan dan hilirisasi vaksin program imunisasi rutin (14 antigen produksi dalam negeri) melalui penjajakan kerjasama/business matching misal dengan industri vaksin atau lembaga penelitian global dan fasilitasi pertemuan dengan lembaga global seperti CEPI atau DCVMN serta Forum Nasional Kemandirian dan Ketahanan Industri Bahan Baku Sediaan Farmasi.
- Terlibat dalam kegiatan Indonesian Presidensi G20 Health Working Group III di Bali untuk membuka peluang kerjasama Indonesia dengan negara lain dalam pengembangan dan produksi 14 antigen serta platform vaksin baru.
- Penyusunan rekomendasi untuk pembentukan Indonesia Vaccine Development Center (VDC) dalam rangka meningkatkan ekosistem pengembangan dan produksi vaksin di dalam negeri.
- Penyusunan petunjuk teknis dan tools pemetaan pengembangan platform vaksin baru dan 14 antigen di industri, universitas, dan lembaga penelitian
- Pembinaan dalam rangka pendampingan produksi vaksin untuk mengatasi kendala dalam pengembangan dan produksi platform vaksin baru.
- Penguatan perencanaan transfer teknologi vaksin pada fasilitas produksi melalui penjajakan kerjasama dengan luar negeri, misalnya Tsinghua University atau World Bank.
- Pelatihan peningkatan kapasitas SDM Industri/Pemerintah/Peneliti khususnya terkait pengembangan vaksin mRNA, baik di dalam negeri secara hybrid maupun secara tatap muka di pabrik PT. Etana Biotechnologies Indonesia dan di luar negeri dengan mengirimkan rekomendasi ke Asian Development Bank untuk mengikuti pelatihan Intensive Eight-Week Vaccine Biomanufacturing Training Course in the Republic of Korea.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah:

- Kebutuhan investasi yang sangat besar terkait penyediaan infrastruktur,



pengujian, penelitian dan uji klinik; lamanya waktu pengembangan/riset hingga dapat produksi komersial; ketersediaan SDM yang berkualitas dalam pengembangan produk masih belum memadai serta perlunya skema keterserapan produk khususnya untuk industri vaksin yang baru;

- Perlunya membangun ekosistem penelitian dan produksi vaksin di Indonesia dengan melibatkan seluruh stakeholder, baik pemerintah, universitas/peneliti/pakar, maupun industri/sector bisnis untuk sinergisme dalam mencapai indikator sasaran dan dalam jangka panjang dapat mewujudkan kemandirian serta ketahanan vaksin di dalam negeri.
- Perlunya mitra kerjasama transfer teknologi dan perlunya jaminan pasar khususnya untuk industri vaksin yang baru.

Faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target adalah:

- Melakukan peninjauan kerjasama dengan industri/lembaga penelitian luar negeri untuk transfer teknologi termasuk peninjauan dengan lembaga funding.
- Melakukan pendampingan dan monitoring secara rutin minimal 1 (satu) kali dalam sebulan baik secara virtual maupun tatap muka untuk menyelesaikan kendala dalam penelitian, pengembangan dan manufaktur vaksin
- Membentuk Indonesia Vaccine Development Center (VDC) dan dibentuk tim penyusun.
- Melakukan pelatihan SDM Industri/Pemerintah/Peneliti untuk meningkatkan kapasitas khususnya dalam pengembangan *platform* vaksin baru.

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

- Sinergisme dalam arah pengembangan vaksin dengan K/L terkait, lembaga penelitian, universitas, dan industri vaksin dalam negeri.
- Bekerjasama dengan mitra terkait atau negara produsen vaksin dalam investasi dan transfer teknologi.
- Membangun skema jaminan pasar khususnya untuk industri vaksin yang baru.
- Operasionalisasi Vaccine Development Center (VDC) secara aktif.
- Peningkatan kualitas SDM dengan membangun keahlian teknis secara langsung atau melalui pelatihan dalam riset dan pengembangan vaksin, misalnya dengan pelaksanaan *capacity building* dengan negara anggota ASEAN atau pelatihan di *manufacturing hub* atau *training center* lainnya.

2.8. Sasaran Strategis 8: Menguatnya surveilans yang adekuat

Tabel 3.27
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 8

INDIKATOR KINERJA	TARGET		
	2022	2023	2024
Presentase kabupaten/kota yang melakukan respon KLB/wabah (PE, pemeriksaan laboratorium, tata laksana kasus)	70	70,62	100,9

2.8.1 Presentase kabupaten/kota yang melakukan respon KLB/wabah (PE, pemeriksaan laboratorium, tata laksana kasus)

Definisi Operasional Indikator Persentase Kab/Kota yang melakukan respon KLB/wabah (PE, Pemeriksaan laboratorium, tata laksana kasus) adalah Kabupaten/kota yang melakukan kegiatan deteksi dan respon penyakit potensial KLB dan factor risikonya sebagai berikut:

1. Deteksi dini dan respon penyakit potensial KLB/wabah/KKM yakni Kabupaten/kota yang melakukan respon sinyal yang muncul pada SKDR minimal 80%
2. Pemetaan risiko penyakit infeksi emerging yakni Kabupaten/kota yang melakukan pemetaan risiko untuk sekurangnya 3 penyakit emerging (re/new emerging) yang sudah di tentukan
3. Pengendalian vector yakni Kabupaten/kota yang memiliki minimal 25% puskesmasnya melakukan surveilans/pengendalian vektor

Cara Perhitungan Indikator yakni Jumlah kabupaten/kota yang melakukan dan mencapai 3 target upaya deteksi dini dan respon penyakit potensial KLB dan faktor risikonya dibagi dengan Jumlah seluruh kabupaten/kota (514) di kali 100

Kabupaten/kota yang masuk dalam perhitungan pencapaian adalah yang memenuhi semua target upaya 1, 2, 3, jika salah satu target/upaya tidak terpenuhi maka kabupaten/kota terkait tidak masuk dalam perhitungan pencapaian.

Pada tahun 2022 capaian untuk Indikator Presentase kabupaten/kota yang melakukan respon KLB/wabah telah melebihi target yang ditentukan sebesar 70% yaitu 70,62% atau sebesar 100.9%. Berdasarkan masing-masing indikator capaian dari ketiga upaya kegiatan adalah sebagai berikut:

1. Kabupaten/kota yang melakukan respon sinyal yang muncul pada SKDR minimal 80% adalah 96%
2. Kabupaten/kota yang melakukan pemetaan risiko untuk sekurangnya 3 penyakit emerging (re/new emerging) yang sudah di tentukan adalah 84,63%

- Kabupaten/kota yang memiliki minimal 25% puskesmasnya melakukan surveilans/pengendalian vektor adalah 79,96%

Secara lengkap digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.40
Target dan Capaian
Presentase kabupaten/kota yang melakukan respon KLB/wabah



Sumber Data: Laporan Direktorat SKK, 2023

Indikator Presentase kabupaten/kota yang melakukan respon KLB/wabah merupakan indikator baru dalam Revisi Renstra tahun 2022, sehingga perbandingan dengan tahun 2020-2021 tidak bisa dibandingkan. Grafik diatas menunjukkan capaian indikator tahun 2022 telah mencapai target sehingga target tahun 2023-2024 diperkirakan akan tercapai. Indikator ini merupakan hasil dari 3 indikator komposit yakni SKDR, pemetaan risiko dan pengendalian vector. Dibawah ini akan disajikan grafik jumlah Kab/Kota yang mencapai target indikator sebagai berikut:

Grafik 3.41
Jumlah Kab/Kota mencapai 3 indikator komposit



Sumber Data: Laporan Direktorat SKK, 2023



Dari grafik diatas terlihat bahwa 363 Kabupaten/kota telah mencapai indikator nasional dengan tercapainya ketiga indikator komposit deteksi dan respon penyakit potensial KLB dan factor risikonya dan masih ada 3 Kab/Kota yang belum tercapai semua indikator komposit diatas.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target antara lain:

- Sosialisasi pemetaan risiko Penyakit Infeksi Emerging (PIE) ke kab/kota, dilaksanakan secara virtual dengan peserta Provinsi/Kabupaten/Kota.
- Pertemuan evaluasi pemetaan risiko PIE yang dilaksanakan satu kali di bogor dengan peserta perwakilan pengelola Infem di dinkes provinsi.
- Pertemuan LPLS terkait PIE yang dilaksanakan secara virtual sebanyak 3 kali dengan melibatkan tim ahli dan LP/LS pusat
- Penguatan advokasi dan bimbingan teknis ke Prov/Kab/Kota, yang dilaksanakan dengan mengunjungi 34 provinsi dan beberapa kab/kota
- Sosialisasi surveilans vektor dan pemanfaatan aplikasi Sistem Pelaporan Vektor (Silantor)
- Bimbingan teknis dan monitoring evaluasi ke Kab dan unit pelapor baik RS, puskesmas, laboratorium Kesehatan daerah.
- Desk Sistim Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR) setiap minggu, yang bertujuan untuk menilai hasil implementasi SKDR di kab/kota dan mengidentifikasi permasalahan di wilayah.
- Pertemuan nasional SKDR yang melibatkan Kabid P2P Dinkes Provinsi, penanggung jawab SKDR tingkat Provinsi, penanggung jawab SKDR 2 Kab/Kota terpilih dari setiap provinsi.
- Pertemuan evaluasi implementasi SKDR dan EBS di Provinsi Banten dan Jawa Barat.
- Workshop 10 provinsi tentang implementasi SKDR di Rumah Sakit.
- Surveilans sentinel tikus.
- Pelaksanaan Peringatan Hari Pengendalian Nyamuk yang dilakukan dengan kegiatan workshop dan penyampaian informasi tentang pengendalian vektor.
- Pengadaan alat dan bahan konfirmasi vektor Binatang Pembawa Penyakit (BP2).
- Asesmen surveilans vektor Binatang Pembawa Penyakit.
- Pembinaan tenaga pengendalian vektor/entomolog melalui pelatihan, orientasi dan bimbingan teknis.
- Pemberdayaan Masyarakat dalam Rangka Advokasi dan Sosialisasi Terpadu (Germas) Pengendalian vektor Binatang Pembawa Penyakit dengan melibatkan DPR.

Faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target antara lain:

- Tersedianya pedoman dan SOP dalam pelaksanaan kewaspadaan dini, pemetaan faktor risiko dan pelaksanaan Surveilans vektor.
- Pelaksanaan sosialisasi kegiatan secara berjenjang, mulai dari tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota dan unit pelapor.
- Evaluasi bulanan pencapaian target indikator SKDR per Provinsi dan Kabupaten/Kota
- Pelatihan pemetaan risiko PIE kepada Kab/Kota yang menjadi target indikator.

- Workshop dalam rangka evaluasi capaian indikator program.
- Feedback capaian indikator dalam bentuk surat tertulis kepada Dinas Kesehatan.

Walaupun target telah berhasil dicapai tetapi masih banyak kabupaten/kota yang belum mencapai target yang telah ditentukan, berikut adalah factor yang menjadi penghambat dalam pencapaian indikator. Beberapa faktor penghambat pencapaian target antara lain:

- Komitmen dan dukungan pemangku kebijakan di daerah.
- Masih terbatasnya tenaga epidemiologi di unit pelapor/ Kab-Kota/ Prov dan Turn Over petugas terlatih yang tinggi.
- Anggaran daerah program pengendalian vektor sangat minim.
- Beberapa Kabupaten/Kota yang menjadi target belum melakukan pemetaan risiko infeksi emerging karena kurang nya komitmen pimpinan.
- Beberapa kabupaten/Kota yang sudah mengisi tapi hasil pengisiannya menunjukkan hasil error.
- Pengalihugasan pemegang program yang sudah dilatih pemetaan penyakit infem.
- Bahan dan peralatan program pengendalian vektor di daerah sangat minim.
- Jumlah tenaga pengendali vektor (Jabfung Entokes dan Tenaga Terlatih) masih sangat terbatas.

Dengan masih terdapatnya beberapa permasalahan maka alternatif solusi yang dapat dilakukan antara lain:

- Advokasi dan asistensi ke daerah secara rutin.
- Pelatihan tenaga fungsional epidemiologi (frontline dan intermediate)
- Pelatihan TGC untuk Puskesmas dan Kab Kota
- Feedback berupa bulletin SKDR tingkat nasional dan provinsi secara rutin per bulan
- Penguatan advokasi dan Bimbingan Tekhnis ke Dinkes Prov/KabKota
- Penguatan anggaran program pengendalian vektor melalui Dekon dan DAK
- Peningkatan workshop dan pelatihan pengendalian vektor, baik luring maupun daring
- Peningkatan distribusi NSPK serta bahan dan peralatan pengendalian vektor ke daerah
- Sosialisasi dan advokasi Silantor ke berbagai wilayah dengan realisasi indikator rendah
- On the job training/ Pendampingan surveilans dan pengendalian vektor ke daerah

2.9. Sasaran Strategis 9: Menguatnya sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan

Tabel 3.28
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 9: Menguatnya sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan

INDIKATOR KINERJA	TARGET		
	2022	2023	2024
Persentase provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar	34	34	100

2.9.1 Persentase provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar

Definisi operasional dari indikator ini adalah jumlah provinsi yang memiliki Tim Manajemen Krisis Kesehatan, ditunjukkan melalui SK Tim Manajemen Krisis Kesehatan atau SK Klaster Kesehatan yang ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi.

Cara Perhitungan Indikator Jumlah provinsi yang memiliki Tim Manajemen Krisis Kesehatan, ditunjukkan melalui SK Tim Manajemen Krisis Kesehatan atau SK Klaster Kesehatan yang ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi.

$$\sum_{Prov \text{ memiliki Tim Manajemen Krisis Kesehatan}} (SK \text{ DHMT} / SK \text{ Klaster Kesehatan})$$

Data capaian pada indikator sasaran strategis yakni jumlah provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar pada tahun anggaran 2022 adalah sebagai berikut:

Tabel 3.29
Jumlah Provinsi Yang Sudah Memiliki Sistem Penanganan Bencana Dan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Sesuai Standar Pada Tahun Anggaran 2022

No	Indikator Sasaran Strategis	Capaian 2021	Capaian saat ini 2022	Target 2022	Keterangan
1	Jumlah provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar	-	34 (100%)	34	- Merupakan hasil perhitungan dari jumlah provinsi yang sudah membentuk Tim Penanganan Bencana dan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang ditunjukan melalui SK Tim Manajemen Krisis Kesehatan atau SK Klaster Kesehatan. - Indikator sasaran strategis ini adalah indikator yang baru ada pada Tahun Anggaran 2022. Indikator ini menyesuaikan dari adanya revisi pada Perjanjian Kinerja Tahun 2022.

Pada tahun 2022, Kementerian Kesehatan telah melakukan sejumlah kegiatan dalam rangka pencapaian target pada Indikator Sasaran Strategis yakni Jumlah provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar, meliputi:

- Melakukan peningkatan dan penguatan kapasitas pemerintah daerah dalam hal manajemen risiko bencana, pengkajian risiko bencana, dan integrasi pengurangan risiko bencana
- Melaksanakan dan memperkuat kegiatan kolaboratif lintas sektor, antara pemerintah pusat dan daerah serta stakeholder terkait dalam rangka mendukung penyelenggaraan penanggulangan bencana baik di pusat maupun daerah
- Melaksanakan monitoring terhadap penguatan kesiapsiagaan dan penyediaan perangkat/alat kesehatan di kawasan risiko tinggi bencana.

- Melakukan upaya pengurangan keterpaparan (eksposure) dan kerentanan pada kawasan risiko tinggi bencana.
- Melaksanakan edukasi dan membangun budaya kesadaran masyarakat (*public awareness*) dalam pengurangan risiko bencana, melalui sosialisasi, pendidikan, dan pelatihan pengurangan risiko bencana kepada masyarakat.

Pencapaian indikator sasaran strategis jumlah provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar tidak terlepas dari peran seluruh stakeholder terkait dalam merespons seluruh kondisi kedaruratan secara cepat dan tepat guna pada saat terjadinya darurat krisis kesehatan. Namun dalam perjalanannya, tidak sedikit dijumpai beberapa faktor penghambat diantaranya:

- Adanya kebijakan pencadangan anggaran atau *Automatic Adjustment* sehingga mempengaruhi dalam hal pelaksanaan kegiatan.
- Belum tersosialisasinya draft mengenai SK Klaster Kesehatan.
- Kurangnya kesepahaman antara Dinas Kesehatan Provinsi, mengenai sumber pembiayaan pelaksanaan kegiatan. Sebenarnya tidak menggunakan dana daerah, namun menggunakan alokasi dana anggaran pusat.
- Adanya mutasi pimpinan di Dinas Kesehatan, yang menyebabkan keterlambatan penandatanganan SK Klaster Kesehatan.

Dalam pencapaian target jumlah provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar terdapat beberapa hal yang menjadi pendukung antara lain:

- Adanya dukungan dan komitmen dari seluruh unsur yang terlibat dalam pelaksanaan kegiatan, serta dukungan lintas sektor (provinsi, kabupaten/kota dan stakeholder terkait).
- Terselenggaranya kegiatan dalam pengarusutamaan kebijakan p sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar di masing-masing provinsi selalu mengutamakan keterpaduan antar program kegiatan dan pemanfaatan teknologi informasi.
- Dalam setiap pelaksanaan kegiatan selalu disertai dengan monitoring evaluasi yang berkesinambungan dan serta penggunaan Sumber Daya Manusia yang tepat.

Berdasarkan hal-hal tersebut di atas maka untuk meminimalisir beberapa permasalahan yang ada dalam pencapaian indikator sasaran strategis, yakni jumlah provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar adalah dengan memastikan keberlangsungan dari setiap program dengan cara memonitoring dan melakukan telaah kebijakan dalam setiap pelaksanaan program kegiatan.

2.10. Sasaran Strategis 10: Terpenuhinya pembiayaan kesehatan yang berkeadilan pada kegiatan promotif dan preventif

Tabel 3.30
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 10: Terpenuhinya pembiayaan kesehatan yang berkeadilan pada kegiatan promotif dan preventif

INDIKATOR KINERJA	TARGET		
	2022	2023	2024
Persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan	30	47,1	157

2.10.1 Persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan

Definisi Operasional Indikator Persentase cakupan kelompok berisiko peserta JKN sedang dan berat yang mendapatkan layanan skrining kesehatan. Cakupan kelompok berisiko peserta JKN adalah kelompok sasaran berdasarkan usia pada 14 layanan skrining. Sumberdata layanan skrining didapatkan dari BPJS Kesehatan

Adapun 14 layanan skrining sebagai berikut:

1. Hipotiroid kongenital
2. Anemia
3. Tuberkulosis
4. Hepatitis
5. Diabetes Melitus
6. Hipertensi
7. Jantung
8. Stroke
9. Penyakitaru Obstruksi Kronis (PPOK)
10. Talasemia
11. Kanker payudara
12. Kanker leher rahim
13. Kanker paru
14. Kanker usus

Layanan skrining dilakukan sesuai dengan Petunjuk Teknis Skrining. Cara Perhitungan Indikator dilakukan melalui 2 tahap:

1. Menghitung cakupan 14 layanan skrining, dengan cara sebagai berikut: Jumlah cakupan pada setiap kelompok berisiko sedang dan berat yang mendapatkan layanan skrining kesehatan dibagi total populasi berisiko dikali 100.

2. Menghitung Rerata cakupan 14 layanan skrining, dengan cara sebagai berikut: Total cakupan 14 layanan skrining dibagi 14

Skrining pelayanan kesehatan yang dilaksanakan pada tahun 2022 masih mengacu kepada Peraturan Presiden nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan serta Peraturan Menteri Kesehatan nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Skrining pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dilakukan oleh BPJS Kesehatan dengan mengacu pada prosedur pelayanan yang telah diatur dan dilaksanakan secara selektif melalui hasil *self assessment* yang didapatkan dari skrining Riwayat kesehatan. Untuk saat ini, deteksi dini untuk 4 (empat) penyakit yaitu Diabetes Melitus, Kanker Leher Rahim, Hipertensi dan Kanker Payudara, dilakukan dengan Skrining terhadap pelayanan :

1. Diabetes Melitus melalui Pemeriksaan Gula Darah untuk Peserta dengan Skrining Riwayat Kesehatan terindikasi Resiko Sedang/ Tinggi.
2. Kanker Leher Rahim melalui Pemeriksaan IVA atau Papsmear
3. Hipertensi melalui Pemeriksaan Tekanan Darah
4. Kanker Payudara melalui Pemeriksaan Payudara Klinis

Dari keempat penyakit tersebut, Cakupan skrining pelayanan kesehatan hanya bisa diukur penyakit Diabetes Mellitus, sedangkan kelompok beresiko di JKN untuk setiap penyakit tidak dapat diukur karena ketidaktersediaan data kelompok peserta beresiko pada penyakit kanker leher Rahim, hipertensi dan kanker payudara. Data pemeriksaan hipertensi dan pemeriksaan payudara klinis tidak tersedia karena masuk dalam pembayaran kapitasi sehingga FKTP tidak mencatat aktivitas/ pemeriksaan tersebut dalam sistem informasi.

Total peserta JKN yang mempunyai resiko tinggi/ sedang menderita penyakit Diabetes melitus pada tahun 2022 sebanyak 238.035 peserta dan dari jumlah tersebut sebanyak 112.071 peserta yang melakukan pemeriksaan gula darah atau persentasenya : 47,08%.

Skrining pelayanan kesehatan tahun 2022 masih mengacu pada Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan yang masih terbatas pada 4 (empat) penyakit dengan pelaksana adalah BPJS Kesehatan. Untuk dapat mengakomodir tambahan manfaat skrining pelayanan Kesehatan, berdasarkan renstra Kementerian Kesehatan perlu dilakukan revisi atas Peraturan Presiden tersebut.

Beberapa upaya yang dilakukan untuk mendukung pelaksanaan skrining 14 penyakit sebagai berikut:

- Proses perubahan Ketiga Perpres no. 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan untuk menuangkan penambahan manfaat skrining terhadap 14 Penyakit pada program JKN;
- Proses perubahan Permenkes no. 52 tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan JKN untuk menuangkan tarif pelayanan skrining terhadap 14 penyakit;
- Koordinasi sistem pelaporan capaian skrining pelayanan kesehatan secara realtimemelalui interoperabilitas data;

- Perbaikan indikator kinerja FKTP dengan menilai cakupan skrining riwayat Kesehatan pada peserta JKN

Skrining pelayanan kesehatan baru mencakup 4 (empat) penyakit dengan kelompok beresiko di JKN untuk setiap penyakit tidak dapat diukur karena ketidaktersediaan data.

Sehingga dengan adanya revisi ketiga Peraturan Presiden nomor 82 tahun 2018, Permenkes Nomor 52 tahun 2016 tentang standar tarif dan perbaikan indikator pembayaran kapitasi berbasis kinerja, diharapkan selain adanya tambahan cakupan penyakit juga adanya ketersediaan data yang dapat memantau cakupan pelaksanaan skrining terhadap 14 penyakit .

Faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target adalah

- Banyaknya aplikasi yang dapat digunakan untuk proses skrining pelayanan kesehatan, seperti Mobile JKN, Web Skrining (pengisian via situs BPJS Kesehatan, www.bpjs-kesehatan.go.id) dan Chat Assistant JKN (Chika) yang dapat diakses melalui Whatsapp, Facebook Messenger dan Telegram. Dengan adanya metode pelaksanaan skrining riwayat kesehatan tersebut diharapkan masyarakat atau peserta JKN dapat dengan mudah melaksanakan skrining Riwayat kesehatan untuk kemudian ditindaklanjuti dengan pemeriksaan/ skrining pelayanan Kesehatan tertentu oleh FKTP.

Dari beberapa permasalahan yang dihadapi, maka alternatif solusi yang dapat dilakukan adalah

- Melakukan revisi ketiga Peraturan Presiden nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, Permenkes Nomor 52 tahun 2016 tentang standar tarif dan Peraturan BPJS Kesehatan tentang pembayaran kapitasi berbasis kinerja sehingga cakupan penyakit untuk dilakukan skrining pelayanan kesehatan bertambah.

2.11. Sasaran Strategis 11: Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai universal health coverage (UHC)

Tabel 3.31

Capaian IKU pada Sasaran Strategis 11: Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai universal health coverage (UHC)

INDIKATOR KINERJA	TARGET		
	2022	2023	2024
Proporsi <i>Out Of Pocket</i> (OOP) terhadap total belanja kesehatan	27	25.1	155

2.11.1 Proporsi *Out Of Pocket* (OOP) terhadap total belanja kesehatan

Definisi Operasional Indikator adalah Proporsi *Out Of Pocket* (OOP) terhadap total belanja kesehatan yang dihasilkan dari produksi *National Health Account* Tahun-1

Cara Perhitungan Indikator yaitu Jumlah belanja *Out Of Pocket* (OOP) dibagi total belanja kesehatan dikali 100, berdasarkan *National Health Account* (NHA) Tahun-1

Analisa pencapaian (Penyajian data, analisa data dan perbandingan) Penyusunan NHA pada tahun 2022 ini merupakan gambaran belanja kesehatan di Indonesia pada tahun 2021 atau t-1, hal ini perlu dilakukan agar pemanfaatan NHA sesuai dengan waktu perencanaan penganggaran kesehatan di Indonesia. Belanja kesehatan Indonesia terus meningkat dari tahun ke tahun. Pada tahun 2021 mencapai Rp 682,3 triliun atau mengalami peningkatan sebesar 22,1% (peningkatan sebesar Rp 124,1 triliun). Belanja kesehatan rumah tangga (*out- of-pocket/OOP*) dalam kerangka NHA merupakan pengeluaran untuk barang dan jasa kesehatan yang dikeluarkan oleh rumah tangga, tidak termasuk penggantian biaya dari pihak ketiga (*reimburse*), bantuan subsidi (*transfer*) dan belanja jaminan kesehatan (*asuransi*). Indikator kunci dari pembiayaan kesehatan suatu negara adalah besaran OOP. Pembiayaan kesehatan terbesar di Indonesia tahun 2021 masih tetap bersumber dari belanja kesehatan rumah tangga/OOP. Estimasi belanja OOP secara nominal mengalami kenaikan di tahun 2021 yaitu sebesar Rp 164,8 triliun di tahun 2020 menjadi Rp 170,9 triliun di tahun 2021. Namun estimasi proporsi terhadap total belanja kesehatan OOP terlihat menurun yaitu dari 29,3% di tahun 2020 menjadi 25,1% di tahun 2021.

Semakin kecil persentase OOP suatu negara terhadap total belanja kesehatan, artinya semakin jauh masyarakat dari risiko finansial karena kesehatan dan dinilai semakin baik program asuransi sosial (JKN) yang digaungkan oleh Pemerintah.

Melihat persentase OOP di tahun 2022 sebesar 25,1% maka capaian terhadap target renstradi tahun 2022 tercapai.



Untuk mendapatkan proporsi OOP terhadap belanja kesehatan t-1, kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan antara lain:

- Penyusunan agregat data belanja kesehatan OOP t-1 dengan berkoordinasi kepada BPS
- Penyusunan angka penuh NHA 2021 dari berbagai skema (skema Kementerian Kesehatan, KL Lain, Subnasional, Asuransi Kesehatan Sosial, Asuransi Swasta, Korporasi, LNPRT, OOP)
- Membandingkan angka agregat OOP tahun 2021 dengan angka penuh NHA 2021

Kegiatan penyusunan NHA2021 dilaksanakan swakelola dan didukung dengan bantuan technical assistance (TA) dari mitra pembangunan Indonesia. Pada tahun 2021 merupakan awal penyusunan NHA pada t-1 (sebelumnya t-2), adapun tahapan yang dilaksanakan dibagi menjadi 3 (tiga), yaitu penyusunan agregat NHA 2021 (untuk data publik dan non publik), Penyusunan disagregat NHA 2021 (berdasarkan skema Kementerian Kesehatan, KL Lain, Subnasional, Asuransi Kesehatan Sosial, Asuransi Swasta, Korporasi, LNPRT, OOP) dan Diseminasi NHA 2021).

Untuk indikator terkait persentase OOP terhadap total belanja kesehatan t-1 yang disusun pada tahun 2022, dapat memenuhi target yang telah ditentukan. Namun demikian, terdapat beberapa tantangan dalam penyusunannya antara lain:

- Data yang digunakan untuk menyusun agregat OOP pada triwulan pertama tahun 2020 belum tersedia, sehingga dilakukan estimasi dengan berdiskusi kepada BPS.
- Struktur data yang digunakan untuk disagregat OOP dalam total belanja kesehatan t-1, seharusnya menggunakan data susenas Maret 2022. Karena data belum dipublikasi oleh BPS, pendekatannya dilakukan dengan data Susenas Maret 2021. Selanjutnya akan dilakukan updating data, apabila data dari BPS sudah dipublikasi.

Data yang dikumpulkan terfragmentasi di berbagai K/L dan belum tersedia detail sesuai dengan klasifikasi SHA 2011 sehingga membutuhkan waktu untuk melakukan pengolahan agar dapat diklasifikasi; Timeline agregat maupun disagregat kurang sesuai dengan terbitnya data audited pada K/L pengampu data sehingga butuh beberapa kali melakukan updating master output NHA; dan terdapat beberapa K/L yang keberakatan untuk menyiapkan dan memberikan data belanja kesehatan yang diajukan sesuai format permintaan dari tim NHA, sehingga perlu menyiapkan Perjanjian Kerja Sama untuk pertukaran data. Hal ini cukup menghambat proses disagregasi data belanja kesehatan.

Untuk indikator terkait persentase OOP terhadap total belanja kesehatan t-1 yang disusun pada tahun 2022, dapat memenuhi target yang telah ditentukan. Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan antara lain:

- Kerja sama yang baik dengan BPS. Pada pertengahan 2022, Nota Kesepahaman antara Kemenkes dengan BPS tentang penyediaan, pemanfaatan serta pengembangan data informasi statistik, telah berakhir dan dilakukan perpanjangan. Namun demikian, BPS tetap membantu proses penyusunan NHA t-1 khususnya yang berkaitan dengan OOP.

- Pada tahun 2022, terdapat peningkatan total belanja kesehatan yang cukup signifikan karena adanya belanja Covid19. Hal ini cukup mempengaruhi besaran persentase yang dihasilkan untuk data belanja kesehatan OOP.

Dari beberapa permasalahan yang dihadapi, maka alternatif solusi yang dapat dilakukan adalah target selesainya penandatanganan nota kesepahaman antara Kemenkes dengan BPS pada tahun 2023, sehingga diharapkan kerja sama dengan BPS terkait OOP di tahun 2023 dapat berjalan dengan lancar. Selanjutnya, akan dilakukan *follow up* kepada Biro Hukum dan Pusat Data dan Teknologi Informasi Kemenkes.

2.12. Sasaran Strategis 12: Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas

Tabel 3.32
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 12: Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas

INDIKATOR KINERJA	TARGET		
	2022	2023	2024
Persentase faskes dengan SDM kesehatan sesuai standar	65	64,91	99,86

2.12.1 Persentase faskes dengan SDM kesehatan sesuai standar

Faskes teregistrasi dan laik operasional dengan 9 jenis tenaga kesehatan untuk puskesmas, dan RS yang memiliki 4 jenis dokter spesialis dasar dan 3 jenis dokter spesialis lainnya sesuai standar untuk RSUD kabupaten/kota baik ASN atau Non ASN yang ditempatkan secara tetap maupun sementara oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah sebagaimana terdata dalam Sistem Informasi SDM Kesehatan

Jumlah puskesmas dengan 9 jenis tenaga kesehatan dan RSUD kabupaten/kota dengan 4 jenis dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis lainnya yang teregistrasi dan laik operasional dibagi total puskesmas dan RSUD kabupaten/kota teregistrasi dan laik operasional dikali 100.

Sejak Rencana Strategis Kementerian Kesehatan dilakukan revisi di tahun 2022, indikator sasaran strategis Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan terjadi perubahan menyesuaikan dengan struktur organisasi baru di lingkungan Kementerian Kesehatan. Indikator sasaran strategis sebelumnya merupakan indikator kinerja program.

$$capaian = \left\{ \frac{\frac{5.842}{10.417} + \frac{490}{664}}{2} \right\} \times 100 = 64.9$$

Capaian untuk ISS indikator ini adalah 64,9%, artinya dari 11.081 faskes baru tercapai 64,9% yang teregistrasi dan laik operasional dengan baik dari puskesmas yang memiliki 9 jenis tenaga Kesehatan sesuai standar maupun RS yang memiliki 4 jenis dokter spesialis dasar dan 3 jenis dokter spesialis lainnya.

Target di tahun 2022 untuk indikator Persentase faskes dengan SDM kesehatan sesuai standar adalah 65%. Target ini tidak tercapai disebabkan setiap tahun berjalan kemungkinan adanya penambahan puskesmas baru yang membutuhkan ketersediaan tenaga dokter dan tenaga Kesehatan lainnya serta adanya penambahan RS di kabupaten/kota yang memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis lainnya. Juga permasalahan *turn over* tenaga Kesehatan sangat tinggi. Hal inilah yang menyebabkan target indikator ini tidak tercapai.

Grafik 3.42
Diagram Batang Target dan Capaian Indikator persentase faskes dengan SDM kesehatan sesuai standar



Sumber data: Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan TA 2022

Berdasarkan capaian ini, masih diperlukan banyak upaya untuk mempertahankan atau menambah capaian. Beberapa cara yang sudah dilakukan dalam memenuhi tenaga kesehatan di tahun ini adalah seperti penambahan program studi spesialis 9 penyakit prioritas implementasi *Academic Health System* (memperbanyak wahana Pendidikan kedokteran di fasilitas pelayanan Kesehatan); penambahan program studi dokter spesialis; penyelenggaraan program studi kedokteran di setiap provinsi; pemberian program beasiswa dan *fellowship*; dan pemberian afirmasi kepada calon dokter, calon dokter gigi serta tenaga Kesehatan lainnya; pemberian Kemudahan regulasi diaspora kesehatan WNI lulusan luar negeri; Pendayagunaan dokter spesialis yang saat ini sedang dalam proses reformulasi untuk menjadikan kewajiban pengabdian

dokter spesialis sesuai penempatan; Pengabdian tenaga kesehatan yang dibiayai pendidikannya sesuai lokus rekomendasi Kemenkes; Rekrutmen CASN (PNS/PPPK) pada institusi Kesehatan; Pelatihan kesehatan dalam rangka peningkatan dan pemantapan kompetensi; serta Transfer ilmu dan teknologi diaspora dengan nakes puskesmas dan RS pemerintah.

Pemenuhan tenaga Kesehatan juga bisa dilakukan dengan meningkatkan retensi tenaga kesehatan melalui upaya peningkatan kesejahteraan tenaga kesehatan dengan memberikan fasilitasi peningkatan karir, pendapatan finansial yang menarik, pembinaan kompetensi, perlindungan hukum dan perlindungan sosial ketenagakerjaan. Retensi tenaga Kesehatan yang baik sangat penting dalam mendukung pemberian layanan Kesehatan yang akan memperbaiki *outcome* Kesehatan.

Pencapaian indikator ini pun didukung oleh beberapa indikator seperti pada tabel di bawah ini:

Tabel 3.33
Capaian Indikator Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja Program
terhadap program pelayanan Kesehatan dan JKN

Program	Sasaran strategis	Target	Capaian	Sasaran program	Indikator Kinerja Program	Target	Capaian
Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDMK yang berkualitas: Persentase faskes dengan SDMK sesuai standar	65	64,91	Meningkatnya pemenuhan SDMK sesuai standar	Persentase penyelenggaraan uji kompetensi jabatan fungsional Kesehatan yang terakreditasi	25	25,19
					Persentase puskesmas dengan 9 jenis tenaga kesehatan sesuai standar	65	56,07
					Persentase puskesmas dengan dokter	100	96,01
					Persentase RSUD kabupaten/kota yang memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis lainnya	80	73,80

Dari tabel di atas terlihat bahwa Kemenkes memiliki “PR” yang cukup berat dalam meningkatkan pemenuhan tenaga kesehatan baik dari segi jumlah maupun kualitas dokter, dokter spesialis dan tenaga kesehatan sesuai standar. Akibatnya, perlu menata ulang kembali (reformulasi) baik kebijakan maupun program-program yang sudah berjalan dalam pemenuhan tenaga kesehatan ini.

2.13. Sasaran Strategis 13: Meningkatnya kompetensi dan sistem pendidikan pelatihan SDM kesehatan

Tabel 3.34
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 13: Meningkatnya kompetensi dan sistem pendidikan pelatihan SDM kesehatan

INDIKATOR KINERJA	TARGET		
	2022	2023	2024
Persentase faskes dengan SDM kesehatan yang ditingkatkan sesuai kompetensinya	40	41,22	103,05

2.13.1 Persentase faskes dengan SDM kesehatan yang ditingkatkan sesuai kompetensinya

Definisi Operasional Persentase faskes yang SDM nya telah ditingkatkan kompetensinya tentang 9 jenis penyakit prioritas

Formulasi perhitungan Jumlah faskes yang SDM nya sudah ditingkatkan kompetensinya tentang 9 jenis penyakit prioritas dibagi total Faskes yang telah ditetapkan sebagai lokus dikali 100.

Indikator ini didukung oleh indicator Persentase puskesmas dengan 9 jenis tenaga kesehatan sesuai standar dan indikator Jumlah SDM yang ditingkatkan kompetensinya sesuai dengan 9 penyakit prioritas.

Sesuai tujuan pemerintah dalam memenuhi kebutuhan tenaga Kesehatan di seluruh fasilitas Kesehatan (faskes) di Indonesia, pemerintah perlu meningkatkan seluruh faskes menjadi faskes dengan SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya. Faskes yang memiliki SDM Kesehatan yang kompeten mampu memberikan layanan Kesehatan kepada seluruh masyarakat

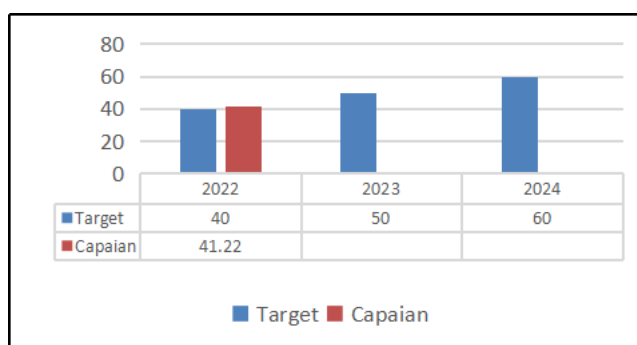
$$capaian = \frac{4.568}{11.081} \times 100 = 41,22$$

Berdasarkan data yang tersedia, capaian indikator ini melampaui target tahun 2022 yakni 41,22% dari target 40%, artinya 41,22% faskes di Indonesia sudah menjadi faskes dengan SDM yang ditingkatkan kompetensinya, yakni sebanyak 4.568 faskes dari total 11.081 faskes.

Pencapaian indikator ini didukung oleh kegiatan pelatihan teknis kesehatan,

fungsional kesehatan, manajemen kesehatan dan manajemen non kesehatan terakreditasi, program bantuan pendidikan dokter dan dokter gigi spesialis-subspesialis serta program internsip.

Grafik 3.43
Diagram Batang Target dan Capaian Indikator Persentase fasilitas kesehatan dengan SDM kesehatan yang ditingkatkan sesuai kompetensinya



Sumber data: Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan TA 2022

Indikator ini didukung oleh indikator Persentase puskesmas dengan 9 jenis tenaga kesehatan sesuai standar dan indikator Jumlah SDM yang ditingkatkan kompetensinya sesuai dengan 9 penyakit prioritas.

Besarnya pencapaian ini terjadi karena berubahnya metoda pelatihan dari semula klasikal, menjadi sebagian besar daring, dan hanya sebagian kecil yang hybrid atau klasikal. Sehingga jumlah pesertanya bertambah secara luar biasa.

Pencapaian indikator ini pun didukung oleh beberapa indikator seperti pada tabel di bawah ini:

Tabel 3.35
Capaian Indikator Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja Program terhadap program Pendidikan dan pelatihan vokasi

Program	Sasaran strategis	Target	Capaian	Sasaran program	Indikator Kinerja Program	Target	Capaian
Program Pendidikan dan Pelatihan Vokasi	Meningkatnya kompetensi, dan sistem pendidikan Pelatihan SDM: Persentase faskes dengan SDM yang ditingkatkan sesuai kompetensinya	40	41,22	Meningkatnya ketersediaan SDM sesuai standar	Jumlah SDM yang ditingkatkan kompetensinya untuk mendukung sistem ketahanan kesehatan	18.600	20.717
					Jumlah SDM yang ditingkatkan kompetensinya sesuai dengan 9 penyakit prioritas	20.000	44.391

Dari tabel di atas terlihat bahwa keberhasilan dalam meningkatkan kompetensi

tenaga kesehatan untuk mendukung sistem ketahanan Kesehatan dan kompetensi untuk 9 penyakit prioritas ini dilakukan melalui penyesuaian kebijakan metode penyelenggaraan pelatihan yang dapat dilaksanakan secara klasikal dengan tetap mematuhi protokol kesehatan, daring maupun *blended*. Beberapa upaya yang dilakukan diantaranya melaksanakan monitoring dan evaluasi pelatihan baik pelatihan yang dilaksanakan dengan dana dekonsentrasi maupun pelatihan yang diselenggarakan oleh unit program, rumah sakit maupun swasta.

2.14. Sasaran Strategis 14: Meningkatnya sistem pembinaan jabatan fungsional dan karier SDM kesehatan

Tabel 3.36
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 14: Meningkatnya sistem pembinaan jabatan fungsional dan karier SDM kesehatan

INDIKATOR KINERJA	TARGET		
	2022	2023	2024
Persentase faskes dengan SDM kesehatan tersertifikasi	25	26	104

2.14.1 Persentase faskes dengan SDM kesehatan tersertifikasi

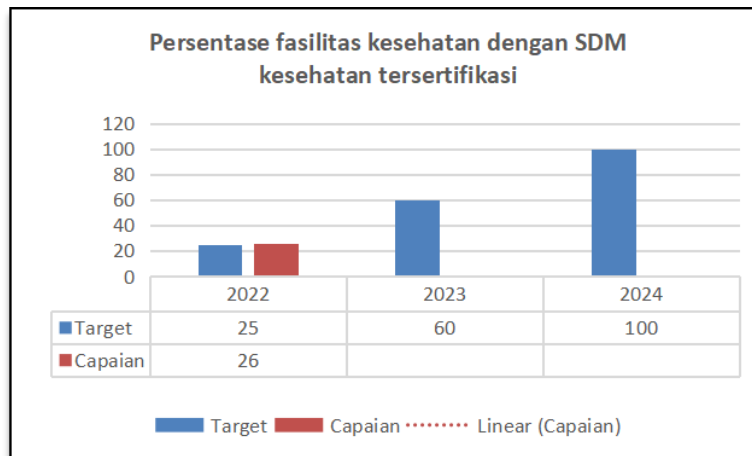
Definisi Operasional Persentase fasilitas kesehatan instansi pemerintah yang memiliki pejabat fungsional kesehatan tersertifikasi

Formulasi perhitungan Jumlah fasilitas kesehatan instansi pemerintah pusat dan daerah yang mempunyai jabatan fungsional kesehatan yang tersertifikasi dibagi jumlah faskes instansi pemerintah pengguna Jabatan Fungsional Kesehatan dikali 100

Capaian kinerja indikator persentase faskes dengan SDM tersertifikasi di tahun 2022 sebesar 26% yang melampaui target 2022 sebesar 25%, artinya terdapat 91 faskes dari total 350 faskes di Indonesia yang berasal dari Kementerian/lembaga, instansi Dinas Kesehatan Provinsi/ Kabupaten/Kota, RS Daerah/RS UPT Vertikal Kementerian Kesehatan yang telah memenuhi persyaratan penyelenggara uji kompetensi jabatan fungsional kesehatan sesuai standar.

$$capaian = \frac{91}{350} \times 100 = 26$$

Grafik 3.44
Target dan Capaian Indikator Persentase fasilitas kesehatan dengan
SDM kesehatan tersertifikasi



Sumber data: Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan TA 2022

Pada grafik di atas terlihat bahwa capaian kinerja indikator persentase faskes dengan SDM tersertifikasi di tahun 2022 sebesar 26% yang melampaui target 2022 sebesar 25%, artinya terdapat 91 faskes dari total 350 faskes di Indonesia yang berasal dari Kementerian/lembaga, instansi Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota, RS Daerah/RS UPT Vertikal Kementerian Kesehatan yang telah memenuhi persyaratan penyelenggara uji kompetensi jabatan fungsional kesehatan sesuai standar.

Selanjutnya bila dibandingkan dengan target jangka menengah pada akhir Renstra tahun 2024, capaian indikator kinerja persentase indikator persentase faskes dengan SDM tersertifikasi tahun 2022 sebesar 26%, masih jauh dari target 100% di tahun 2024, untuk itu diperlukan upaya lebih maksimal lagi selama dua tahun mendatang, antara lain; melakukan sosialisasi kebijakan uji kompetensi Jabatan Fungsional Kesehatan secara berkesinambungan baik daring maupun luring dan memperluas bimbingan teknis melalui daring terkait persyaratan sebagai penyelenggara uji kompetensi Jabatan Fungsional Kesehatan sesuai standar dan percepatan verifikasi terhadap proposal pelaksanaan uji kompetensi yang diajukan oleh instansi pengguna Jabatan Fungsional Kesehatan.

2.15. Sasaran Strategis 15: Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti

Tabel 3.37
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 15: Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti

No	INDIKATOR KINERJA	TARGET		
		2022	2023	2024
1	Jumlah fasilitas kesehatan yang mengimplementasikan sistem data dan aplikasi kesehatan Indonesia	8.000	9.422	117,78%
2	Jumlah sistem bioteknologi kesehatan standar dan terintegrasi yang diimplementasikan	5	6	120%

2.15.1 Jumlah fasilitas kesehatan yang mengimplementasikan sistem data dan aplikasi kesehatan Indonesia

Definisi Operasional Indikator adalah:

- Fasilitas pelayanan kesehatan yang menjadi target merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang belum terintegrasi atau tidak mempunyai sistem informasi faskes.
- Sistem fasilitas pelayanan kesehatan terintegrasi dengan sistem di pusat (Kementerian Kesehatan).
- Sistem tersebut menyediakan variabel sesuai indikator pembangunan kesehatan.

Cara Perhitungan Indikator adalah Persentase fasilitas kesehatan yang menggunakan sistem informasi terintegrasi, melakukan pertukaran data dengan sistem kementerian kesehatan, menyediakan variabel sesuai indikator pembangunan kesehatan.

Fasilitas kesehatan yang menggunakan sistem informasi terintegrasi sampai akhir Desember 2022 sebanyak 9.422 dari target 12.000 yang ditetapkan. Fasilitas kesehatan yang paling banyak melakukan integrasi adalah Puskesmas 4.061, Apotik 1.947, Rumah Sakit 1.849, Klinik 1.302 dan Laboratorium 263.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target :

- Peluncuran Platform SATUSEHAT
- Standardisasi untuk integrasi data kesehatan individu melalui Platform

SATUSEHAT (Standardisasi Referensi Data Pasien, Data Fasyankes, Data Tenaga Kesehatan, Data Layanan, Data Pembiayaan, Data Alat Kesehatan dan Obat)

- Percepatan Integrasi dengan ujicoba dan pendampingan di Fasyankes
- Regulasi terkait dengan pengembangan dan integrasi SATUSEHAT yaitu Peraturan Menteri Kesehatan nomor 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah

- Belum adanya standardisasi produk-produk pelayanan kesehatan
- Belum semua fasilitas kesehatan memiliki sistem informasi yang terstandar
- Waktu proses integrasi hanya 6 bulan, dikarenakan peluncuran platform SATUSEHAT dilakukan pertengahan tahun

Faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target

- Komitmen pimpinan terkait penerapan teknologi
- Antusias yang tinggi dari para pengembang sistem informasi kesehatan untuk integrasi ke dalam platform SATUSEHAT

Dengan masih terdapatnya beberapa permasalahan maka alternatif solusi yang dapat dilakukan adalah melakukan percepatan implementasi integrasi menggunakan platform SATUSEHAT, memastikan fasilitas kesehatan memiliki dan menggunakan sistem informasi yang terstandar

2.15.2 Jumlah sistem bioteknologi kesehatan terstandar dan terintegrasi yang diimplementasikan

Definisi Operasional Indikator adalah

- Produk bioteknologi kesehatan yang digunakan di fasilitas pelayanan Kesehatan.
- Produk bioteknologi kesehatan berbasis dataset genomik.
- Produk bioteknologi kesehatan yang dimanfaatkan dan dikelola oleh SDM bioteknologi kesehatan yang kompeten dan memadai.

Cara Perhitungan Indikator adalah Jumlah sistem bioteknologi kesehatan terstandar dan terintegrasi yang diimplementasikan.

Pengembangan Bioteknologi di bidang kesehatan dilakukan dalam rangka mewujudkan precision medicine yang diwujudkan melalui pengembangan BGSI (*Biomedical Genome-based Science Initiative*). Pada tahun 2022, sistem BGSI ini untuk mendukung fokus penyakit tertentu BGSI di 6 Hubs, yaitu 1) Hubs Cancer yang dinaungi oleh RS Kanker Dharmas; 2) Hub Infectious Disease (untuk penyakit tuberculosis) dinaungi oleh RS Penyakit Infeksi Prof. Dr. Sulianti Saroso dan RSUP Persahabatan; 3) Hub Brain & Nervous System (untuk penyakit Stroke) dinaungi oleh RS Pusat Otak Nasional; 4) Hub Metabolic Disease (untuk penyakit diabetes) dinaungi oleh RSUPN dr. Cipto Mangunkusumo; 5) Hub Aging and Nutrition (untuk penyakit Psoriasis) dinaungi oleh RS Prof. Dr. I.G.N.G. Ngoerah dan; 6) Hub Genetic Disorders untuk penyakit Duchenne Muscular Dystrophy (DMD) dan pulmonary arterial hypertension (PAH)

dinaungi oleh RSUP Dr. Sardjito.

Progres pencapaian indikator pada tahun 2022 adalah sebagai berikut:

- Selesainya pengembangan platform SimbioX sebagai sistem manajemen biobank untuk 6 Hubs dan Biobank sentral
- Pengembangan in house platform Bioinformatics (PoC) dengan 2 jenis analisis tersier telah terintegrasi dengan 2 Hubs
- Finalisasi variabel 6 registry penyakit dan Internal Testing Sistem Registry (RegINA)
- Pembuatan user akses pada platform BGSi ke 6 Hubs
- Pelatihan penggunaan sistem Biobank dan Bioinformatics
- Penyelesaian pembuatan website BGSi sebagai sumber informasi dan akses platform
- Perumusan tatalaksana sistem informasi BGSi dengan tim BGSi bersama semua Hubs
- Koordinasi dengan BSSN terkait rencana penempatan server data BGSi

Keluaran dari kegiatan untuk mendukung indikator ini pada tahun 2022 adalah:

- Penyelesaian platform RegINA (MVP) dan peningkatan fungsionalitas serta performa platform RegINA
- SOP penggunaan SimbioX, RegINA, dan platform Bioinformatics
- Integrasi *platform Bioinformatics* dari Hubs ke BGSi sentral

Indikator yang menggambarkan keberhasilan adalah jumlah sistem bioteknologi kesehatan terstandar dan terintegrasi yang telah diimplementasikan pada sejumlah 6 Hubs yang telah dapat memanfaatkan sistem Bioteknologi (*Biobank*, *Bioregistrasi*, dan/atau *Bioinformatics*). Sehingga, sejumlah 6 sistem bioteknologi kesehatan terstandar dan terintegrasi, melebihi target 2022 sejumlah 5 sistem.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target adalah:

- Pengembangan sistem informasi *Biobank* yang terstandar dan terintegrasi
- Pengembangan sistem informasi Bioregistry yang terstandar dan terintegrasi
- Pengembangan platform analisis Bioinformatics untuk WGS
- Pengembangan platform analisis bioinformatics untuk 6 hub (*targeted diseases*)
- Pengembangan dan deployment website/ portal utama BGSi
- Menyiapkan topologi jaringan konektivitas antara setiap Rumah Sakit (Hub) dengan BGSi sentral dan BSSN Data Center, maupun BGSi sentral dengan BSSN yang aman, cepat, dan stabil untuk kebutuhan operasional BGSi.

Faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target

- Pengembangan sistem informasi Biobank yang terstandar dan terintegrasi
- Pengembangan sistem informasi Bioregistry yang terstandar dan terintegrasi
- Pengembangan platform analisis Bioinformatics untuk WGS
- Pengembangan platform analisis *bioinformatics* untuk 6 hub (*targeted diseases*)
- Pengembangan dan deployment website/ portal utama BGSi
- Menyiapkan topologi jaringan konektivitas antara setiap Rumah Sakit (Hub) dengan BGSi sentral dan BSSN Data Center, maupun BGSi sentral dengan BSSN

yang aman, cepat, dan stabil untuk kebutuhan operasional BGSI.

2.16. Sasaran Strategis 16: Meningkatnya kebijakan kesehatan berbasis bukti

Tabel 3.38
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 16: Meningkatnya kebijakan kesehatan berbasis bukti

INDIKATOR KINERJA	TARGET		
	2022	2023	2024
Presentasi kebijakan yang berkualitas dan dapat diimplementasikan	60	67.36	112.36

2.16.1 Presentasi kebijakan yang berkualitas dan dapat diimplementasikan

Definisi Operasional Indikator: persentase jumlah kebijakan yang dikategorikan baik berdasarkan penilaian indeks kualitas kebijakan (IKK)

Cara Perhitungan Indikator: jumlah kebijakan yang dikategorikan baik berdasarkan penilaian indeks kualitas kebijakan (IKK) dibagi dengan jumlah kebijakan yang menjadi sampel dikali 100%

Analisa pencapaian (Penyajian data, analisa data dan perbandingan): Penilaian Indeks Kualitas Kebijakan dilakukan berdasarkan Surat Edaran Kepala LAN Nomor 22/K.1.HKM.02.2/2021 tentang Pedoman Pengukuran Kualitas Kebijakan. Populasi pengukuran IKK Tahun 2022 adalah Permenkes yang diterbitkan pada tahun 2019-2020 yang memenuhi syarat, yakni tidak bersifat internal dan belum dicabut atau digantikan dengan Permenkes lain. Total populasi yang sesuai dengan kriteria LAN berjumlah 29 Permenkes. Berdasarkan rumus sampel $\sqrt{N} + 1$, diperoleh jumlah sampel sebanyak 6 kebijakan/produk hukum. Untuk pengisian instrumen, dibentuk tim untuk setiap Permenkes yang terdiri dari Biro Hukum, tim teknis unit pemrakarsa Permenkes, Pusjak BKBK terkait dan Sekretariat BKBK. Enumerator dari setiap unit pemrakarsa mengunggah data dukung penilaian IKK di website LAN. Hasil penilaian akhir dari LAN memperoleh nilai 67,36 yang berarti IKK Kemenkes dalam kategori baik.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target:

- Penetapan populasi dan sampel
- Penetapan tim
- Pengumpulan data dan dokumen pendukung dari sampel terpilih
- Pengisian instrument berdasarkan data dan dokumen pendukung
- Pengiriman instrument ke LAN
- Penilaian oleh LAN

- Penetapan nilai oleh LAN

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah dikarenakan adanya perubahan institusi dari Badan Litbangkes menjadi BKPK sehingga butuh waktu untuk penyesuaian dan juga pembelajaran mengenai penilaian indeks kualitas kebijakan. Selain itu, adanya perubahan organisasi Kementerian Kesehatan sehingga unit pemrakarsa peraturan sudah berubah, butuh waktu untuk menggali data dan dokumen pendukung

Faktor -faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target adalah support dari LAN, unit teknis pemrakarsa dan juga tim Biro Hukum Kemenkes sehingga penilaian dapat dilakukan tepat waktu

Dengan masih terdapatnya beberapa permasalahan maka alternatif solusi yang dapat dilakukan adalah penyiapan populasi dan sampel dilakukan lebih di awal tahun sehingga cukup waktu untuk menggali dan menyediakan data dan dokumen pendukung.

2.17. Sasaran Strategis 17: Meningkatnya tatakelola pemerintahan yang baik

Tabel 3.39
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 17: Meningkatnya tatakelola pemerintahan yang baik

INDIKATOR KINERJA	TARGET		
	2022	2023	2024
Indeks capaian tata kelola Kemenkes yang baik	80	110,6	138,25

2.17.1 Indeks capaian tata kelola Kemenkes yang baik

Tata Kelola Kementerian Kesehatan yang baik dibuktikan dengan nilai atau capaian atas pengelolaan sumber daya Kementerian Kesehatan, dengan menggunakan indikator:

1. Nilai Reformasi Birokrasi
2. Nilai Kinerja Anggaran
3. Indeks Integritas Organisasi
4. Laporan Keuangan
5. SAKIP
6. Persentase capaian award kehumasan Kemenkes)
7. Indeks capaian adalah nilai konversi dari rata-rata dari capaian (realisasi dibandingkan target kali 100)

Cara Perhitungan Indikator adalah Nilai atau capaian masing indikator = realisasi dibandingkan target kali 100 . masing-masing indikator yang diperoleh dibagi total jumlah indikator

Data capaian indeks tata kelola yang baik tahun anggaran 2022 adalah sebagai berikut:

Tabel 3.40
Data Capaian Indeks Tata Kelola yang Baik Tahun Anggaran 2022

No	Komponen Indek Tata Kelola	Capaian 2021	Capaian saat ini 2022	Target 2022	% capaian	Keterangan
1	Nilai Reformasi Birokrasi Kemkes	79,27	87,5	94	93,08	Nilai RB berdasarkan nilai PMPRB(tidak mencapai target 94 karenametode penilaian berubah tergantung hasil panel nasional).
2	Nilai Kinerja Anggaran	94,15	95,56	90	106,17	Diambil dari SMART DJA tanggal15 Januari 2023.
3	Indek Integritas Organisasi	76,8	75,15	81 (unites1)	92,77	Merupakan hasil survei yang dilaksanakan oleh KPK
4	Laporan Keuangan	4	4	4	100	Data opini atas LK N-1, karena menyesuaikan periode audit.
5	SAKIP	77,27	77,27	80	96,58	DO, target dan cara ukur akan dilengkapi. Data berdasarkan hasil LHE N-1.
6	% capaian award kehumasan kemkes	150%	175%	100%	175	.
7	Indeks capaian Tatakelola Kemenkes	Tidak ada baseline	Capaian yang sedang diukur	80	110,6 atau 138,25%	<u>Σ(nilai atau capaian indikator)</u> Σindikator Agregat rerata dari capaian 6 komponen indeks diatas (RB, NKA, Integritas Organisasi, LK,SAKIP, Award kehumasan)

Berdasarkan hasil/nilai capaian 6 indikator tersebut maka nilai capaian indeks tata Kelola Kemenkes yang baik adalah: $(93,08+106,14+92,77+100+96,58+175)/6 = 110,6$ atau $(110,6/80) \times 100\% = 138,25\%$.



Capaian atas indikator tata kelola Kemenkes yang baik pada tahun 2022 tidak bisa dibandingkan dengan capaian tahun sebelumnya oleh karena indikator ini merupakan indikator sasaran strategis yang baru muncul pada permenkes nomor 13 tahun 2022. Apabila kita bandingkan dengan target yang telah ditetapkan pada permenkes nomor 13 tahun 2022 yakni pada tahun 2023 sebesar 85 dan pada tahun 2024 sebesar 90 kita optimis akan berhasil mencapai target yang telah ditetapkan. Untuk mencapai nilai indeks yang telah ditetapkan perlu komitmen dan kerja cerdas dari semua lini yang ada di kementerian Kesehatan mengingat capaian atas indikator tata Kelola Kemenkes yang baik ditentukan oleh keberhasilan dalam pencapaian 6 capaian indikator yang mempengaruhinya yaitu: nilai reformasi birokrasi Kemenkes, nilai kinerja anggaran Kemenkes, nilai indeks integritas organisasi Kemenkes, nilai laporan keuangan, nilai SAKIP Kemenkes dan nilai capaian award kehumasan Kemenkes.

Beberapa kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target Indeks tata kelola Kementerian kesehatan yang baik meliputi:

- 1) Mendorong seluruh komponen Tim Pelaksana Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan untuk melaksanakan rencana aksi sesuai dengan *roadmap* yang telah disusun. Selanjutnya melakukan konsolidasi dengan Tim Monev untuk memastikan bahwa seluruh pelaksanaan rencana aksi berjalan sesuai perencanaan sebagai dasar pelaksanaan Penilaian Mandiri Pelaksanaan Reformasi Birokrasi (PMPRB) yang disampaikan kepada Kementerian PAN dan RB setiap bulan Maret
- 2) Melakukan input capaian indikator kinerja sasaran strategis, indikator kinerja program, indikator kinerja kegiatan baik kantor pusat, kantor daerah dan satker pengelola dana dekonsentrasi pada aplikasi SMART DJA, e-monev Bappenas dan E-performace setiap bulan sebelum tanggal 10 pada bulan berikutnya;
- 3) Memantau perkembangan survei dan nilai hasil survei terkait integritas organisasi di lingkungan Kementerian Kesehatan yang dilaksanakan oleh KPK;
- 4) Mengelola dan menyampaikan laporan keuangan Kementerian Kesehatan kepada Badan Pemeriksa Keuangan tepat waktu dan tepat sasaran sehingga dapat diakui validitas dan keandalannya;
- 5) Merencanakan, melaksanakan dan menyampaikan data dan hasil evaluasi atas pelaksanaan program, kegiatan dan anggaran secara akuntabel dan bertanggungjawab;
- 6) Melaksanakan dan menginventarisir kegiatan kehumasan sesuai kebutuhan masyarakat dibidang kesehatan lebih up to date agar mampu meningkatkan pelayanan public terhadap kesehatan agar lebih bermutu dan lebih dekat dengan masyarakat.

Guna mencapai target indeks pemerintahan yang baik di lingkungan Kementerian kesehatan ada beberapa hal yang menjadi faktor penghambat antara lain:

- 1) Indeks Reformasi Birokrasi (RB) merupakan akumulasi dari penilaian mandiri oleh instansi pemerintah dan evaluasi lapangan oleh Kementerian PAN dan RB untuk kemudian dinilai secara panel oleh Tim Penilai Nasional Reformasi Birokrasi. Indeks RB disampaikan pada tahun berikutnya kepada instansi pemerintah. Setiap tahun terjadi perubahan kebijakan terkait penilaian Indeks RB instansi pemerintah yang berpengaruh terhadap Indeks RB Kementerian Kesehatan;

- 2) Nilai Kinerja Anggaran akan naik atau turun setiap saat tergantung pada faktor pendukung lainnya yang diinput dalam aplikasi SMART DJA;
- 3) Nilai Integritas Organisasi diperoleh dari hasil survei yang dilakukan oleh KPK, hal ini menghambat dalam mendapatkan nilai tersebut dan apabila survey tidak dilaksanakan maka nilai integritas organisasi menjadi 0(nol);
- 4) Nilai SAKIP diperoleh dari nilai tahun (N-1) yang keluar pada semester 1 tahun N;
- 5) Nilai laporan keuangan diperoleh dari hasil penilaian pada tahun (N-1) yang biasanya diumumkan pada semester 1 tahun N;
- 6) Tidak semua kinerja kehumasan bias diikuti dalam award kehumasan.

Dalam pencapaian target indeks tata kelola pemerintahan yang baik di kementerian kesehatan terdapat beberapa hal yang menjadi pendukung antara lain:

- 1) Sumber daya manusia baik kesehatan maupun non kesehatan yang ikut andil dalam pelaksanaan semua program dan kegiatan serta anggaran di kementerian kesehatan;
- 2) Tersedianya sumber daya lain baik sarana maupun prasarana baik perangkat keras maupun perangkat lunak yang memperlancar pelaksanaan program, kegiatan dan anggaran di lingkungan kementerian kesehatan;
- 3) Berbagai kebijakan yang menjadi panduan dalam pelaksanaan program, kegiatan dan anggaran di lingkungan kementerian kesehatan.

Berdasarkan hal-hal tersebut di atas maka dalam pencapaian indeks tata kelola pemerintahan yang baik di lingkungan kementerian kesehatan untuk meminimalisir beberapa permasalahan yang ada maka alternatif solusi yang dapat dilakukan adalah menetapkan kebijakan pelaksanaan program, kegiatan dan anggaran yang *up to date* agar mampu mengakomodir setiap perubahan yang timbul.

B. Realisasi Anggaran

1. Realisasi DIPA Kementerian Kesehatan

Gambaran alokasi dan realisasi anggaran kementerian Kesehatan Tahun 2017 sampai dengan tahun 2022 digambarkan sebagai berikut:

Tabel 3.41
Alokasi dan Realisasi Anggaran Kementerian
Kesehatan Tahun 2017-2022

TAHUN ANGGARAN	ALOKASI	REALISASI	%
2017	59.108.950.148.000	54.912.281.505.907	92,90
2018	61.817.085.108.000	57.098.062.569.015	92,37
2019	71.121.938.460.000	67.288.277.271.120	94,61
2020	107.033.086.479.000	99.990.096.907.318	93,42
2021	214.443.818.867.000	208.258.602.850.055	97,12
2022	130.679.812.498.000	121.058.888.694.714	92,64

Realisasi DIPA Kementerian Kesehatan TA 2017 untuk semua jenis belanja dengan menggunakan *online monitoring* SPAN mencapai 92,90% atau sebesar Rp 54.912.281.505.907. dari total pagu sebesar Rp 59.108.950.148.000.

Realisasi tahun 2018 dengan menggunakan *online monitoring* SPAN, realisasi DIPA Kementerian Kesehatan TA 2018 untuk semua jenis belanja mencapai 92,37% atau sebesar Rp 57.098.062.569.015. dari total pagu sebesar Rp 61.817.085.108.000. Total anggaran tersebut bersumber dari Rupiah Murni, Pinjaman Luar Negeri, Penerimaan Negara Bukan Pajak, Badan Layanan Umum, Hibah Luar Negeri dan Hibah Langsung Luar Negeri.

Realisasi tahun 2019 dengan menggunakan *online monitoring* SPAN, realisasi DIPA Kementerian Kesehatan TA 2019 untuk semua jenis belanja mencapai 94,61% atau sebesar Rp 67.288.277.271.120. dari total pagu sebesar Rp 71.121.938.460.000. Total anggaran tersebut bersumber dari Rupiah Murni, Pinjaman Luar Negeri, Penerimaan

Negara Bukan Pajak, Badan Layanan Umum, Hibah Luar Negeri dan Hibah Langsung Luar Negeri.

Realisasi tahun 2020 untuk semua jenis belanja mencapai 93,42% atau sebesar Rp 99.990.096.907.318. dari total pagu sebesar Rp 107.033.086.479.000. Total anggaran tersebut bersumber dari Rupiah Murni, Pinjaman Luar Negeri, Penerimaan Negara Bukan Pajak, Badan Layanan Umum, Hibah Luar Negeri dan Hibah Langsung Luar Negeri.

Realisasi tahun 2021 untuk semua jenis belanja mencapai 97,12% atau sebesar Rp 208.258.602.850.055. dari total pagu sebesar Rp 214.443.818.867.000. Total anggaran tersebut bersumber dari Rupiah Murni, Pinjaman Luar Negeri, Penerimaan Negara Bukan Pajak, Badan Layanan Umum, Hibah Luar Negeri dan Hibah Langsung Luar Negeri.

Sedangkan Realisasi tahun 2022 untuk semua jenis belanja mencapai 92,64%. Dimana alokasi sebesar Rp 130.679.812.498.00, terealisasi Rp 121.058.888.694.714 (sumber OMSPAN, 3 Februari 2023)

Tabel 3.42
Jumlah Alokasi dan Realisasi
Belanja Tahun 2022

JENIS BELANJA	ALOKASI	REALISASI	%
BELANJA MODAL	8.718.010.717.000	7.142.774.879.602	81,93
BELANJA BARANG	72.399.401.760.000	65.163.949.361.403	90,01
BELANJA PEGAWAI	5.471.558.627.000	5.102.270.811.889	93,25
BELANJA BANSOS	44.090.841.394.000	43.649.893.641.820	99,00
TOTAL	130.679.812.498.000	121.058.888.694.714	92,64

Alokasi dan realisasi anggaran Kementerian Kesehatan berdasarkan jenis belanja pada tahun 2022 untuk belanja modal terealisasi Rp 7.142.774.879.602 atau 81,93% dari total alokasi Rp 8.718.010.717.000. Adapun untuk belanja barang direalisasikan Rp 65.163.949.361.403 atau 90,01% dari total anggaran Rp 72.399.401.760.000. Belanja Barang menjadi proporsi terbesar dari alokasi dibandingkan belanja pegawai, belanja bansos dan belanja modal..

Tabel 3.43
Alokasi dan Realisasi Anggaran Kementerian Kesehatan
Menurut Jenis Kewenangan
Tahun Anggaran 2022

JENIS KEWENANGAN	ALOKASI	REALISASI	%
KANTOR PUSAT	101.287.148.928.000	95.179.383.639.049	93,97
KANTOR DAERAH	28.869.229.845.000	25.481.150.931.782	88,26
DEKONSENTRASI	523.433.725.000	398.354.123.883	76,10
TOTAL	130.679.812.498.000	121.058.888.694.714	92,64

Alokasi dan realisasi anggaran Kementerian Kesehatan berdasarkan jenis kewenangan pada tahun 2022, untuk belanja kantor pusat terealisasi Rp 95.179.383.639.049 atau 93,97% dari total alokasi Rp 101.287.148.928.000. Adapun untuk belanja kantor daerah direalisasikan Rp 25.481.150.931.782 atau 88,26% dari total anggaran Rp 28.869.229.845.000. sedangkan belanja dekonsentrasi terealisasi sebesar Rp 398.354.123.883 atau sebesar 76,10% dari totalanggaran Rp 523.433.725.000.

Tabel 3.44
Realisasi Anggaran Dibandingkan Indikator Capaian
Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2022

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		% Realisasi Kinerja	Alokasi Anggaran	Realisasi Anggaran	% Kinerja Anggaran	Efisiensi
(1)	(2)	(3)		(4)	(5)	(6)	(7 = (6/5X100%))	(8 = (4-7))
1	Menguatnya promotif preventif di FKTP melalui UKBM dan Pendekatan Keluarga	1	Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM	70,04	561.772.838.000,00	412.025.882.681,00	73	-3
		2	AKI (per 100.000 kelahiran hidup)	108,5	568.131.569.000,00	196.208.309.966,00	35	74
		3	AKB (per 1.000 kelahiran hidup)	110,4	210.577.389.000,00	188.777.557.896,00	90	20,8
		4	Prevalensi <i>stunting</i> (pendek dan sangatpendek) (%)	82,60	791.083.872.000,00	665.036.464.035,00	84	-1,5

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		% Realisasi Kinerja	Alokasi Anggaran	Realisasi Anggaran	% Kinerja Anggaran	Efisiensi
		5	Wasting (kurus sangat kurus) pada balita (%)	97,33	623.077.934.000,00	525.441.865.380,00	84	13
		6	Insidensi HIV (per 100.000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV)	153	384.144.266.000,00	370.517.269.176,00	96,5	56,5
		7	Insidensi Tuberculosis (per 100.000 penduduk)	46,75	965.444.308.000,00	874.871.612.161,00	90,6	-43,9
		8	Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria	102	77.887.910.000,00	71.090.390.460,00	91,3	10,7
		9	Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta	88	15.004.500.000,00	12.020.801.200,00	80,1	7,9
		10	Indeks pengendalian penyakit menular	120	206.546.776.000,00	181.051.025.188,00	87,7	32,3
		11	Prevalensi obesitas pada penduduk usia >18 tahun	181	32.778.160.000,00	22.227.704.599,00	67,8	113
		12	Persentase merokok penduduk usia 10-18 tahun	98	8.265.914.000,00	6.217.443.025,00	75,2	23
		13	Jumlah kabupaten/kota sehat	100,71	71.458.164.000,00	63.788.916.991,00	89,3	11
2	Terpenuhinya sarana, prasarana, obat, BMHP, dan alat kesehatan yang primer	1	Persentase kabupaten/kota, dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar	114,06	1.634.396.000,00	732.070.200,00	45	69,06
		2	Persentase kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar	101,52	8.832.261.977.000,00	6.657.007.793.636,00	75,37	26,15
3	Menguatnya tatakelola manajemen pelayanan dan kolaborasi publik-swasta	1	Persentase FKTP terakreditasi	70,54	1.121.405.000,00	1.067.089.036,00	95,2	25
		2	Persentase klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas	100	1.719.742.000,00	1.562.925.120,00	90,88	9,12
4	Terpenuhinya sarana prasarana, alat kesehatan, obat, dan bahan medis habis pakai (BMHP) pelayanan kesehatan rujukan	1	Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar	107	2.022.984.850.000,00	1.942.926.458.577,00	96	11
5	Menguatnya tatakelola manajemen dan pelayanan spesialis	1	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit	100	1.445.074.000,00	732.199.344,00	50,67	49,33
6	Menguatnya dan terdistribusinya mutu RS, layanan unggulan dan pengembangan layanan lain	1	Persentase kepuasan pasien di fasyankes rujukan	155,8	3.529.646.000,00	3.342.411.544,00	94,7	61,1
		2	Jumlah Rumah Sakit yang memiliki layanan unggulan internasional	100	6.063.369.000,00	6.063.369.000,00	100	0
7	Menguatnya produksi alat kesehatan, bahan baku obat, obat tradisional dan vaksin dalam negeri	1	Jumlah bahan baku obat dan obat 10 terbesar yang diproduksi dalam negeri kabupaten/kota	100	38.017.425.000,00	35.761.928.907,00	94,07	5,93
		2	Jumlah alat kesehatan 10 terbesar by	100	75.574.987.000,00	68.750.200.731,00	90,97	9,03

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		% Realisasi Kinerja	Alokasi Anggaran	Realisasi Anggaran	% Kinerja Anggaran	Efisiensi
			<i>volume dan value</i> yang diproduksi dalam negeri					
		3	Jumlah vaksin 10 terbesar yang diproduksi di dalam negeri	100	9.279.365.000,00	8.125.957.697,00	87,57	12,43
8	Menguatnya surveilans yang adekuat	1	Presentase kabupaten/kota yang melakukan respon KLB/wabah (PE, pemeriksaan laboratorium, tata laksana kasus)	100,90	307.255.944.000,00	170.947.105.425,00	55,6	45
9	Menguatnya sistem penanganan bencana dan kedaruratan	1	Persentase provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan Kedaruratan	100	123.883.432.000	50.813.783.895,00	59,0	61
10	Terpenuhinya pembiayaan kesehatan yang berkeadilan pada kegiatan promotif dan preventif	1	Persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan	157	154.522.000,00	153.805.240,00	99,5	57,5
11	Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai universal health coverage (UHC)	1	Proporsi <i>Out Of Pocket</i> (OOP) terhadap total belanja kesehatan	155	1.214.170.000,00	816.900.800,00	67,28	87,72
12	Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas	1	Persentase faskes dengan SDM kesehatan sesuai standar	99,86	163.940.527.000,00	109.098.165.038,00	66,55	33,31
13	Meningkatnya kompetensi dan sistem pendidikan pelatihan SDM kesehatan	1	Persentase faskes dengan SDM kesehatan yang ditingkatkan sesuai kompetensinya	103,05	2.788.863.625.000,00	2.563.497.366.584,00	91,92	11,13
14	Meningkatnya sistem pembinaan jabatan fungsional dan karier SDM kesehatan	1	Persentase faskes dengan SDM kesehatan tersertifikasi	104,00	310.622.132.000,00	245.355.909.637,00	78,99	25,01
15	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti	1	Jumlah fasilitas kesehatan yang mengimplementasikan sistem data dan aplikasi kesehatan Indonesia	117,78	323.972.421.000,00	261.142.287.362,00	80,6	37,17
		2	Jumlah sistem bioteknologi kesehatan terstandar dan terintegrasi yang diimplementasikan	120	255.887.078.000,00	217.917.011.596,00	85,2	34,8
16	Meningkatnya kebijakan kesehatan berbasis bukti	1	Presentasi kebijakan yang berkualitas dan dapat diimplementasikan	112,36	1.000.000.000,00	825.096.100,00	82,51	29,85
17	Meningkatnya tatakelola pemerintahan yang baik	1	Indeks capaian tatakelola Kemenkes yang baik	138,25	113.972.738.000	98.988.801.320,00	86,9	52,65
Jumlah				109,01	19.900.572.425.000,00	16.034.903.879.547,00	80,54	28,47



Dari tabel di atas diperoleh informasi persentase realisasi kinerja masing-masing Indikator Sasaran Strategis beserta persentase realisasi anggaran untuk masing-masing Indikator Sasaran Strategis.

Dari tabel di atas diperoleh efisiensi sumber daya sepanjang tahun 2022 sebagai berikut:

Realisasi Anggaran Pencapaian Indikator Sasaran Strategis	: 80,54%
Persentase Realisasi Kinerja Pencapaian Indikator sasaran strategis	: 109,01%
Persentase efisiensi Kinerja	: 28,47%

Dibandingkan dengan rata-rata capaian kinerja sebesar 109,01% maka realisasi anggaran sebesar 80,54% menunjukkan adanya efisiensi anggaran sebesar 28,47%

Efisiensi terbesar pada pencapaian indikator Sasaran Strategis Prevalensi obesitas pada penduduk usia > 18 tahun sebesar 113%, dan In-efisiensi terbesar pada pencapaian Indikator Sasaran Strategis Insidensi Tuberkulosis (per 100.000 penduduk) sebesar -43.9%.

C. Capaian Kinerja Inisiatif Pencegahan Korupsi

Selama tahun 2022 terdapat beberapa Kegiatan Inisiatif Pencegahan Korupsi yang dilaksanakan oleh Inspektorat Jenderal antara lain:

- a. Menetapkan Indikator Kinerja Program “Nilai Integritas Organisasi” yang diukur berdasarkan hasil survei penilaian integritas (SPI) oleh Tim pelaksana SPI secara swakelola dan/atau oleh Komisi Pemberantasan Korupsi.
- b. Membentuk Tim Kerja Penguatan Budaya Antikorupsi Kemenkes melalui SK Inspektur Jenderal Nomor: HK.02.02/I/446/2022 tanggal 22 April 2022.
- c. Tim Kerja Penguatan Budaya Antikorupsi Kemenkes melaksanakan program kerja melalui 2 strategi:
 - 1) Strategi Pendidikan:
 - a) Pelaksanaan *e-learning* KPK: Pengetahuan Antikorupsi Dasar dan Integritas (PADI) bulan Agustus 2022 dengan sasaran: *Agent of Change* di luar Kantor Pusat Kemenkes, jumlah peserta: 502 pegawai dan jumlah lulus *e-learning*: 445 pegawai;
 - b) Pelaksanaan *e-learning* KPK: Peningkatan Pemahaman Gratifikasi bulan November 2022 dengan sasaran: Pengelola Unit Pengendalian Gratifikasi di lingkungan Kemenkes, jumlah peserta: 584 pegawai dan jumlah lulus *e-learning*: 584 pegawai;
 - c) Pelaksanaan Pelatihan Refleksi dan Aktualisasi Integritas (Prestasi) bekerjasama dengan KPK dalam 2 *Batch* yang dilaksanakan di Balai Besar Pelatihan Kesehatan Ciloto Provinsi Jawa Barat. Prestasi *Batch* I dilakukan pada bulan Juni 2022 dengan sasaran: Kepala Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas I dan II dan Prestasi *Batch* II dilakukan pada bulan November 2022 dengan sasaran: Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes di seluruh Indonesia. Alumni Prestasi yang disebut Duta Prestasi pasca pelatihan telah menyusun rencana aksi aktualisasi integritas berisi rincian kegiatan yang akan dilaksanakan berdasarkan hasil identifikasi risiko korupsi di Unit Kerja masing – masing; Pelaksanaan bimbingan teknis persiapan Sertifikasi Penyuluh Antikorupsi (PAK) bekerjasama dengan Forum Penyuluh Antikorupsi Profesional Kesehatan (PAK Prokes), sasaran: Auditor Inspektorat Jenderal dan perwakilan dari Unit Kerja binaan setiap Inspektorat yang dilaksanakan bulan Juli 2022 dan Oktober 2022, dengan hasil: 5 pegawai Itjen dan 2 Alumni Prestasi direkomendasikan kompeten menjadi Penyuluh Antikorupsi tersertifikasi LSP KPK;
 - d) Koordinasi sertifikasi Ahli Pembangun Integritas Eksekutif KPK tahun 2022 dengan peserta 6 Pimpinan Tinggi Madya Kemenkes, hasilnya 5 Pimpinan Tinggi Madya (Sekjen, Irjen, Dirjen P2P, Dirjen Faralkes dan Dirjen Nakes) direkomendasikan kompeten sebagai Ahli Pembangun Integritas Eksekutif KPK;
 - e) Sosialisasi Program Pencegahan Korupsi di lingkungan Kemenkes bekerjasama dengan PAK Prokes pada bulan April 2022, sasaran: seluruh CPNS Kantor pusat;
 - f) Webinar Pengendalian Gratifikasi di lingkungan Kemenkes: “Gratifikasi Ditolak, Kemenkes Berakhlak” bulan April 2022;
 - g) Sosialisasi Survei Penilaian Integritas (e-SPI) bulan Juli 2022;

- 
- h) Kegiatan dalam rangka Hari Antikorupsi Sedunia (Hakordia) Tahun 2022 meliputi Webinar Series: e-SPI, LHKPN-LHKASN, peran keluarga dalam pendidikan antikorupsi, Webinar Nasional: Membangun ASN yang Profesional, Modern, Kreatif dan Berintegritas serta perlombaan bertema antikorupsi yang diikuti oleh pegawai Kantor Pusat Kemenkes.
- 2) Strategi Pencegahan:
- a) Melaksanakan Survei Penilaian Integritas Kemenkes 2022 bekerjasama dengan PT. Katadata Insight Center (memetakan risiko korupsi di setiap Unit Utama Kemenkes);
 - b) Melakukan monitoring dan evaluasi kepatuhan pelaporan LHKPN dan LHKASN;
 - c) Menyusun konsep pembangunan sistem informasi profiling integritas pegawai dan organisasi;
 - d) Optimalisasi WBS Terintegrasi dengan KPK.
- d. Melaksanakan pengawasan dalam rangka mendukung percepatan penanganan Covid-19 yang dilakukan oleh Auditor di Inspektorat yaitu klaim penggantian biaya pasien Covid-19, pengawasan insentif tenaga kesehatan, pendampingan pengadaan vaksin Covid-19, *monitoring* stok vaksin Covid-19 di daerah dan pendampingan proses pemusnahan vaksin.
- e. Melakukan pengawalan terhadap penyusunan laporan keuangan sehingga, Laporan Hasil Pemeriksaan atas Laporan Keuangan Kementerian Kesehatan memperoleh opini Wilayah Tanpa Pengecualian (WTP) ke-10 pada tahun anggaran 2021.
- f. Pengelolaan Laporan Harta Kekayaan Penyelenggara Negara (LHKPN) Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.03.01/MENKES/066/I/2010 sebagaimana telah diperbaharui dengan Permenkes No. 35 Tahun 2017 tentang Pelaporan Harta Kekayaan Penyelenggara Negara di Lingkungan Kementerian Kesehatan. Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan mendorong pelaporan LHKPN tersebut kepada seluruh satuan kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan. Pelaporan yang disampaikan ke KPK sampai dengan 31 Maret 2022 sebanyak 1.651 orang wajib lapor (100%), namun ada umpan balik dari pengelola LHKPN KPK terdapat Wajib lapor yang masih perlu melengkapi data dukung dan informasi dari wajib lapor. Berdasarkan hasil monitoring Inspektorat Jenderal sampai dengan tanggal 30 November 2022 dari jumlah wajib lapor telah dinyatakan lengkap pelaporan LHKPN Kementerian Kesehatan sebanyak sebanyak 1.651 orang (100%).
- g. Pelaporan Pengendalian Gratifikasi di lingkungan Kementerian Kesehatan melalui Unit Pengendalian Gratifikasi Kementerian Kesehatan. Pada tahun 2022 terdapat 65 laporan gratifikasi yang diterima oleh UPG Kementerian Kesehatan yang dikelola oleh Inspektorat Jenderal. Dari 65 barang gratifikasi yang telah dilaporkan tersebut telah mendapatkan status dari Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) yaitu: 15 menjadi Milik Negara, 4 diserahkan ke pihak yang membutuhkan, 15 dikelola untuk kepentingan Instansi, 23 yang bukan milik negara, 5 masih dalam proses, 1 tidak ditindaklanjuti dan 2 laporan penolakan dengan kategori *negative list*.

Kinerja pengawasan Transformasi Kesehatan

Masing-masing unit eselon I memiliki tugas dan fungsi yang berbeda-beda dan spesifik, namun dalam pelaksanaan tugasnya harus saling berkolaborasi dalam mewujudkan transformasi kesehatan.

a. *Policybrief*

Inspektorat Jenderal memiliki andil dalam pencapaiannya dengan melakukan pengawasan Program Prioritas Nasional/Program Strategis di lingkup Kementerian Kesehatan yang dibagi ke lingkup satker binaan Inspektorat I, II, III dan IV, dan juga pendampingan satker menuju WBK/WBBM tingkat Nasional, dengan penjelasan sebagai berikut

- 1) Inspektorat I: Klaim Covid-19 “masih bermasalah”. Permasalahan yang timbul terkait klaim Covid-19 dikarenakan dalam pendistribusian APD dan obat bersumber dari APBN belum diperhitungkan sebagai pengurangan klaim yang terjadi pada 87,77% RS yang menjadi lokus audit; b) Kemandirian RS BLU “Apa Mungkin?”. Masalah kemandirian Rumah Sakit (RS) BLU yang terjadi adalah ketergantungan belanja terhadap Rupiah Murni. Berdasarkan hasil audit kinerja keuangan RS BLU terhadap 6 RS BLU, terdapat 3 RS yang tingkat kemandiriannya pada triwulan III tahun 2022 kurang dari 100%.
- 2) Inspektorat II: Implementasi Peningkatan Penggunaan Produk dalam Negeri (P3DN). Hasil pengawasan Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan terhadap implementasi P3DN pada 30 lokus, ditemukan bahwa penerapan P3DN belum sepenuhnya berjalan sesuai dengan regulasi yang ditetapkan pemerintah. Hal tersebut disebabkan antara lain: Belum adanya peraturan dari Kementerian Kesehatan terkait P3DN dan belum adanya sosialisasi secara masif terkait kewajiban implementasi P3DN.
- 3) Inspektorat III: Pengawasan Kebutuhan PCR dan Ekstraksi. Sehubungan dengan kemungkinan peningkatan kasus COVID-19 di akhir tahun. Direktorat Surveilans dan Karantina Kesehatan melakukan pengadaan reagen PCR dan ekstraksi untuk memenuhi kebutuhan Buffer Stock untuk memenuhi kebutuhan reagen di daerah untuk mengantisipasi risiko tersebut. Maka perlu dilakukan pengawasan untuk memastikan usulan reagen PCR dan Ekstraksi di daerah sudah sesuai dengan usulan dari direktorat SKK memenuhi prinsip 3E (Efektif, Efisien dan Ekonomis).
- 4) Inspektorat IV: Pendampingan verifikasi tunggakan insentif tenaga kesehatan. Sasaran pendampingan memastikan bahwa kecukupan dan kelengkapan dokumen formal usulan pemberian insentif tenaga kesehatan.
- 5) Inspektorat Investigasi: Satuan Kerja yang memperoleh predikat WBK/WBBM Nasional. Strategi yang dilakukan terdiri dari pendidikan, pencegahan dan pengawasan. Strategi pendidikan berupa usaha membangun kesadaran, mengubah *mindset* pegawai di lingkungan Kementerian Kesehatan dan *stakeholder* untuk menolak secara tegas terhadap setiap bentuk korupsi. Strategi pencegahan berupa usaha yang diarahkan untuk meminimalkan penyebab dan peluang untuk melakukan korupsi serta meningkatkan kemampuan deteksi dini. Strategi pengawasan berupa usaha yang diarahkan agar setiap penyimpangan/*fraud* yang telah diidentifikasi dapat diproses secara cepat, tepat, dengan biaya murah, sehingga kepada para pelakunya dapat segera diberikan sanksi sesuai peraturan

perundangan yang berlaku dan menimbulkan efek jera.

b. SPIP Terintegrasi

Penilaian maturitas penyelenggaraan SPIP Kementerian Kesehatan dilakukan dengan pendekatan kuantitatif pada 3 (tiga) komponen maturitas penyelenggaraan SPIP yaitu penetapan tujuan, struktur dan proses serta pencapaian tujuan SPIP. Setiap komponen terbagi menjadi beberapa unsur dan subunsur yang menunjukkan karakter level maturitas mulai dari rintisan (nilai 1), berkembang (nilai 2), terdefinisi (nilai 3), terkelola dan terukur (nilai 4), dan optimum (nilai 5). Penentuan nilai ditetapkan berdasar modus dari nilai masing-masing karakter fokus maturitas. Pengumpulan data dilakukan menggunakan teknik wawancara dan analisis dokumen. Responden yang menjadi rujukan pengumpulan dan dipilih dari pejabat/pelaksana pada Kementerian Kesehatan. Pengumpulan data dilakukan dengan bantuan aplikasi penilaian maturitas penyelenggaraan SPIP. Dari hasil penilaian maturitas penyelenggaraan SPIP Kementerian Kesehatan, disimpulkan bahwa secara umum penyelenggaraan SPIP Kementerian Kesehatan telah memenuhi kriteria pada tingkat “**terdefinisi**” dengan skor sebesar 3,661.

c. *Profiling*

Berdasarkan Hasil Survei Penilaian Integritas secara elektronik (e-SPI) KPK Tahun 2021 menginformasikan adanya beberapa jenis risiko korupsi di Kementerian Kesehatan. Menindaklanjuti hal tersebut, pada tahun 2022 ini Inspektorat Jenderal telah melakukan berbagai upaya memperkuat dan mempercepat implementasi budaya antikorupsi melalui strategi pendidikan dan strategi pencegahan di lingkungan Kementerian Kesehatan. Salah satu kegiatan dalam penguatan strategi pencegahan adalah penelusuran rekam jejak pegawai Kementerian Kesehatan.

Metode pelaksanaan untuk Sistem Informasi Manajemen Profiling Integritas Sumber Daya Manusia dan Organisasi akan menggunakan **Cross-Industry Standard Process for Data Mining (CRISPM-DM) Methodology**. Pengembangan CRISPM-DM adalah salah satu model proses pengembangan yang dapat digunakan untuk menyelesaikan integrasi dan analisis data internal di lingkungan Kementerian Kesehatan.

d. Pembentukan Tim *Taskforce*

Dalam rangka memperkuat pelaksanaan pengawasan Transformasi Sistem Kesehatan di lingkungan Kementerian Kesehatan, maka dibentuklah tim *Taskforce* berdasarkan SK Inspektur Jenderal Nomor: HK.02.02/I/1600/2022 tanggal 23 November 2022.

D. Penghargaan Kementerian Kesehatan Tahun 2022

1. Penghargaan BKN Award 2022 untuk Kementerian Tipe Besar dalam Penilaian Kompetensi



2. Penghargaan Kepatuhan Standar Pelayanan Publik Tahun 2022



Predikat kepatuhan standar pelayanan publik 2022 yang diselenggarakan Ombudsman pada 22 Desember 2022 dan Kemenkes mendapatkan nilai yang “sangat memuaskan” dengan nilai 89.89 Zona Hijau.

3. Penghargaan Informatif terkait e-monev Layanan PPID



Penghujung Tahun 2022, Kementerian Kesehatan meraih penghargaan dari Komisi Informasi Pusat terkait e-monev Layanan PPID di seluruh Kementerian/Lembaga di Indonesia dan mendapatkan predikat “informatif” pada tanggal 14 desember 2022.

4. Penghargaan Pengelolaan Komunikasi Terbaik dan Pengelolaan Media Sosial Terbaik



Kementerian Kesehatan mendapatkan 2 Piala dengan kategori Pengelolaan Komunikasi Terbaik dan pengelolaan Media Sosial Terbaik pada 9 November 2022.

5. Penghargaan Top 45 Inovasi Pelayanan Publik



Aplikasi PeduliLindungi mendapatkan piagam penghargaan dengan Top 45 Inovasi Pelayanan Publik Tahun 2022 yang diselenggarakan oleh panrb pada 6 Desember 2022.

6. Penghargaan Top 99 Inovasi Pelayanan Publik



Halo Kemenkes meraih Top 99 Inovasi Pelayanan Publik Tahun 2021 yang diselenggarakan oleh KemenPANRB pada 6 Desember 2022.

7. Penghargaan Sistem Merit Pengisian Jabatan Pimpinan Tinggi



Kementerian Kesehatan mendapatkan Piagam penghargaan dari Komisi Apratur Sipil Negara pada 23 September 2022.

BAB IV

PENUTUP

Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2022 merupakan laporan tahun ketiga yang disusun pada periode Renstra Tahun 2020-2024 dan merupakan awal pelaksanaan transformasi kesehatan. Laporan Kinerja disusun sebagai wujud pertanggungjawaban atas kinerja berdasarkan Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja yang ditetapkan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2022 disusun sesuai amanat Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

Sepanjang tahun 2022, Kementerian Kesehatan telah mencatatkan sejumlah keberhasilan dalam pencapaian sasaran strategis dan Indikator Sasaran Strategis yang merupakan Indikator Kinerja Utama (IKU) Kementerian Kesehatan, namun masih terdapat realisasi Indikator Sasaran Strategis sesuai dengan target yang telah ditetapkan pencapaian sasaran yang belum menggembirakan. Semua capaian tersebut akan menjadi bahan instropeksi dan evaluasi Kementerian Kesehatan untuk terus memperbaiki diri dan meningkatkan kinerjanya di tahun berikutnya.

Dari 35 Indikator Kinerja pada 17 Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan yang dijanjikan pada dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2022, terdapat 30 Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang pencapaiannya mencapai target $\geq 95\%$ (kategori sudah tercapai on track/on trend), terdapat 2 Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang mencapai target $< 95\%$ dan $\geq 75\%$ (kategori perlu kerja keras), terdapat 3 Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang mencapai target $< 75\%$ (kategori sulit tercapai) yaitu: 1) Persentase Kabupaten/Kota yang melaksanakan SPM, 2) Insidensi Tuberculosis (per 100.000 penduduk), 3) Persentase FKTP terakreditasi.

Beberapa kendala dalam pencapaian target diantaranya disebabkan oleh a) Pelaksanaan kegiatan/program masih belum optimal dikarenakan masih adanya pandemi covid 19 yang membatasi pelayanan publik bidang kesehatan; b) Distribusi tenaga kesehatan dan sarana prasarana yang belum merata, khususnya daerah yang terpencil, perbatasan dan kepulauan, c) Koordinasi lintas sektor di daerah belum sepenuhnya terjalin dengan baik dimana pelaksanaan kegiatan dianggap sebagai tanggung jawab sektor Kesehatan semata. d) untuk pelaksanaan program imunisasi masih banyak rumor negatif tentang imunisasi (*black campaign*) yang beredar di masyarakat melalui berbagai media, e) masih kurangnya produksi bahan baku obat dalam negeri karena skala ekonomi yang kecil dan risiko bisnis yang tinggi sehingga berpotensi tidak berlanjut pada saat pelaksanaan *project* dan tahapan operasional;

Langkah-langkah yang perlu dilakukan Kementerian Kesehatan dalam menghadapi tantangan ke depan adalah a) Memperkuat koordinasi dan kolaborasi dengan Kementerian dan Lembaga lainnya termasuk dengan Pemerintah Daerah, b) Peningkatan kapasitas



tenaga kesehatan, c) peningkatan intervensi yang bersifat life saving didukung data yang kuat (*evidence based policy*), d) Penguatan advokasi, komunikasi sosial dan perubahan perilaku hidup sehat, e) Terkait pengembangan bahan baku obat, vaksin dan alat kesehatan dalam negeri perlu dilakukan penyusunan regulasi untuk memperkuat ketahanan dan mempercepat kemandirian kefarmasian dan alat kesehatan, f) Penjajakan dengan BRIN, Universitas dan Lembaga Riset untuk pendanaan riset dan pengembangan produk biologi serta *prototipe* alat kesehatan, f) Percepatan hilirisasi hasil penelitian alat kesehatan melalui kegiatan monitoring dan evaluasi hasil riset dan uji klinik alat kesehatan produksi dalam negeri, g) memfasilitasi transfer teknologi dalam produksi alat kesehatan oleh industri alat kesehatan dalam negeri, g) Pemenuhan tenaga kesehatan disertai peningkatan kesejahteraan tenaga kesehatan dengan memberikan fasilitas peningkatan karir, pendapatan finansial yang menarik, pembinaan kompetensi, perlindungan hukum dan perlindungan sosial ketenagakerjaan.

Laporan Kinerja ini diharapkan dapat memberikan informasi yang transparan dan akuntabel bagi semua pemangku kepentingan atau stakeholders Kementerian Kesehatan. Diharapkan pula Laporan Kinerja ini akan dapat menjadi bahan evaluasi dalam rangka meningkatkan pengelolaan kinerja di Kementerian Kesehatan. Kementerian Kesehatan berharap dapat terus memberikan andil yang semakin besar dalam mewujudkan cita-cita berbangsa dan bernegara di bidang kesehatan.



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2022

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Budi G. Sadikin

Jabatan : Menteri Kesehatan Republik Indonesia

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.

Jakarta, 13 Desember 2021

Menteri Kesehatan,



Budi G. Sadikin

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2022
KEMENTERIAN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

No.	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Meningkatnya kesehatan ibu, anak dan gizi masyarakat	1. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) 2. Persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (PF) 3. Jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir 4. Persentase balita stunting 5. Persentase bayi kurang dari 6 bulan mendapat ASI eksklusif 6. Persentase kabupaten/kota melaksanakan pembinaan posyandu aktif 7. Persentase kabupaten/kota yang menerapkan kebijakan gerakan masyarakat hidup sehat 8. 100% kabupaten/kota menerapkan kebijakan KTR 9. Kabupaten/kota sehat	13% 91% 320 18,4% 50% 90% 40% 424 280
2.	Meningkatnya ketersediaan dan mutu fasyankes dasar dan rujukan	1. Seluruh kecamatan memiliki minimal 1 puskesmas 2. Persentase kabupaten/kota yang memenuhi rasio TT 1:1.000 3. Persentase FKTP sesuai standar 4. Persentase RS terakreditasi 5. Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan lain yang memenuhi persyaratan survey akreditasi	43 65% 75% 90% 307
3.	Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat	1. Menurunnya insidensi TB per 100.000 penduduk 2. Menurunnya insidensi HIV 3. Meningkatkan eliminasi malaria 4. Kabupaten/Kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap 5. Meningkatnya kabupaten/kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM dan penyakit	231 0,19 365 87,9 232

No.	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
		menular lainnya termasuk NTD 6. Persentase kabupaten/kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM	74%
4.	Meningkatnya akses, kemandirian, dan mutu kefarmasian dan alat kesehatan	1. Persentase puskesmas dengan ketersediaan obat esensial	92%
5.	Meningkatnya pemenuhan SDM kesehatan dan kompetensi sesuai standar	1. Persentase puskesmas dengan jenis nakes sesuai standar 2. Persentase RSUD kabupaten/kota yang memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis lainnya sebesar 90% (minimal 4 spesialis dasar wajib ada) 3. Jumlah SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya 4. Persentase puskesmas tanpa dokter	59% 80% 40.275 0%
6.	Terjaminnya pembiayaan kesehatan	1. Persentase anggaran kesehatan terhadap APBN	5,2%
7.	Meningkatnya sinergisme pusat dan daerah serta meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih	1. Persentase provinsi yang mendapatkan penguatan dalam penyelenggaraan SPM Bidang Kesehatan provinsi dan kabupaten/kota 2. Persentase provinsi dengan anggaran kesehatan daerah dalam APBD yang sesuai dengan prioritas nasional di bidang kesehatan 3. Nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan 4. Nilai kinerja penganggaran Kementerian Kesehatan 5. Persentase satker KP/KD yang telah memenuhi predikat WBK/WBBM (Kemenkes/Nasional)	60% 60% 79,32 90 60%
8.	Meningkatnya efektivitas pengelolaan penelitian dan pengembangan kesehatan dan sistem	1. Jumlah rekomendasi kebijakan hasil litbangkes yang dimanfaatkan untuk perbaikan kebijakan	6

No.	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
	informasi kesehatan untuk pengambilan keputusan	2. Jumlah sistem informasi kesehatan yang terintegrasi dalam aplikasi satu data kesehatan	45

Program		Anggaran	
1.	Program Dukungan Manajemen	Rp	10.424.271.993.000,-
2.	Program Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	Rp	78.368.980.888.000,-
3.	Program Kesehatan Masyarakat	Rp	1.771.626.192.000,-
4.	Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	Rp	2.672.191.885.000,-
5.	Program Riset dan Inovasi Ilmu Pengetahuan dan Teknologi	Rp	664.484.698.000,-
6.	Program Pendidikan dan Pelatihan Vokasi	Rp	2.954.010.904.000,-

Jakarta, 13 Desember 2021

Kementerian Kesehatan
Republik Indonesia



Budi G. Sadikin



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2022

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Budi G. Sadikin

Jabatan : Menteri Kesehatan Republik Indonesia

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.

Jakarta, ~~29~~ Juni 2022

Menteri Kesehatan,



Budi G. Sadikin

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2022
KEMENTERIAN KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

No.	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Menguatnya promotif preventif di FKTP melalui UKBM dan pendekatan keluarga	1. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan SPM 2. AKI (per 100.000 kelahiran hidup) 3. AKB (per 1.000 kelahiran hidup) 4. Prevalensi <i>stunting</i> (pendek dan sangat pendek) (%) 5. Wasting (kurus dan sangat kurus) pada balita (%) 6. Insidensi HIV (per 100.000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV) 7. Insidensi tuberkulosis (per 100.000 penduduk) 8. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria 9. Kabupaten/kota yang mencapai eliminasi kusta 10. Indeks pengendalian penyakit menular 11. Prevalensi obesitas pada penduduk usia > 18 tahun 12. Persentase merokok penduduk usia 10-18 tahun 13. Jumlah kabupaten/kota sehat	100% 205 18,6 18,4 7,5 0,19 231 365 458 0,4873 21,8 8,9 280

No.	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Terpenuhinya sarana, prasarana, obat, BMHP, dan alat kesehatan yankes primer	1. Persentase kabupaten/kota, dengan SPA puskesmas yang memenuhi standar 2. Persentase kabupaten/kota dengan puskesmas yang memiliki ketersediaan obat sesuai standar	64 88
3.	Menguatnya tatakelola manajemen pelayanan dan kolaborasi publik-swasta	1. Persentase FKTP terakreditasi 2. Persentase klinik pratama dan praktek mandiri dokter yang melakukan pelayanan program prioritas	80 20
4.	Terpenuhinya sarana prasarana, alat kesehatan, obat, dan bahan medis habis pakai (BMHP) pelayanan kesehatan rujukan	1. Persentase fasyankes rujukan milik pemerintah yang memenuhi Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar	90
5.	Menguatnya tatakelola manajemen dan pelayanan spesialisik	1. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit	<2.5
6.	Menguatnya dan terdistribusinya mutu RS, layanan unggulan dan pengembangan layanan lain	1. Persentase kepuasan pasien di fasyankes rujukan 2. Jumlah Rumah Sakit yang memiliki layanan unggulan internasional	60 (kum) 12
7.	Menguatnya produksi alat kesehatan, bahan baku obat, obat, obat tradisional dan vaksin dalam negeri	1. Jumlah bahan baku obat dan obat 10 terbesar yang diproduksi dalam negeri 2. Jumlah alat kesehatan 10 terbesar by volume dan value yang diproduksi dalam negeri 3. Jumlah vaksin 10 terbesar yang diproduksi di dalam negeri	10 5 8
8.	Menguatnya surveilans yang adekuat	1. Presentase kabupaten/kota yang melakukan respon KLB/wabah (PE, pemeriksaan laboratorium, tata laksana kasus)	70%

No.	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Menguatnya sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan	1. Persentase provinsi yang sudah memiliki sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan masyarakat sesuai standar	34
10.	Terpenuhinya pembiayaan kesehatan yang berkeadilan pada kegiatan promotif dan preventif	1. Persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan	30
11.	Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai <i>universal health coverage</i> (UHC)	1. Proporsi <i>Out Of Pocket</i> (OOP) terhadap total belanja kesehatan	27
12.	Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas	1. Persentase faskes dengan SDM kesehatan sesuai standar	65
13.	Meningkatnya kompetensi dan sistem pendidikan pelatihan SDM kesehatan	1. Persentase faskes dengan SDM kesehatan yang ditingkatkan sesuai kompetensinya	40
14.	Meningkatnya sistem pembinaan jabatan fungsional dan karier SDM kesehatan	1. Persentase faskes dengan SDM kesehatan tersertifikasi	25
15.	Persentase faskes dengan SDM kesehatan tersertifikasikesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti	1. Jumlah fasilitas kesehatan yang mengimplementasikan sistem data dan aplikasi kesehatan Indonesia 2. Jumlah sistem bioteknologi kesehatan terstandar dan terintegrasi yang diimplementasikan	8000 5

No.	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Meningkatnya kebijakan kesehatan berbasis bukti	1. Presentasi kebijakan yang berkualitas dan dapat diimplementasikan	60
17.	Meningkatnya tatakelola pemerintahan yang baik	1. Indeks capaian tata kelola Kemenkes yang baik	80

Program

Anggaran

1. Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	Rp 78.368.980.888.000
2. Program Kesehatan Masyarakat	Rp 1.771.626.192.000
3. Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	Rp 2.672.191.885.000
4. Program Riset dan Inovasi Ilmu Pengetahuan dan Teknologi	Rp 664.484.698.000
5. Program Pendidikan dan Pelatihan Vokasi	Rp 2.954.010.904.000
6. Program Dukungan Manajemen	Rp 10.424.271.993.000

Jakarta, 29 Juni 2022

Kementerian Kesehatan
Republik Indonesia



Budi G. Sadikin



KEPUTUSAN SEKRETARIS JENDERAL KEMENTERIAN KESEHATAN
NOMOR HK.02.02/A/6724/2023
TENTANG
TIM PENYUSUN LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH
(LAKIP) KEMENTERIAN KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

SEKRETARIS JENDERAL KEMENTERIAN KESEHATAN,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Kementerian Kesehatan yang menjadi tolok ukur pencapaian program dan hasil kinerja Kementerian Kesehatan yang disampaikan kepada Presiden melalui Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi tepat pada waktunya diperlukan Tim Penyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Kementerian Kesehatan;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Keputusan Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan tentang Tim Penyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Kementerian Kesehatan;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4286);

2. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 6, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5494);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
6. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 80);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2416/Menkes/Per/XII Tahun 2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan;
8. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1842);
9. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 88 Tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 1569);

10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 914) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 461);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN SEKRETARIS JENDERAL KEMENTERIAN KESEHATAN TENTANG TIM PENYUSUN LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH (LAKIP) KEMENTERIAN KESEHATAN.

KESATU : Menetapkan Tim Penyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Kementerian Kesehatan yang selanjutnya disebut dengan Tim Penyusun LAKIP Kementerian Kesehatan dengan susunan keanggotaan sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Sekretaris Jenderal ini.

KEDUA : Tim Penyusun LAKIP Kementerian Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU terdiri atas:

- a. Penasihat;
- b. Pengarah;
- c. Penanggung Jawab;
- d. Ketua;
- e. Sekretaris; dan
- f. Anggota.

KETIGA : Tim Penyusun LAKIP Kementerian Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU bertugas:

- a. mengoordinasikan pengukuran dan pengelolaan data kinerja lingkup Kementerian Kesehatan;
- b. mengumpulkan Bahan Pencapaian Indikator Kinerja Kementerian Kesehatan untuk melengkapi bahan Laporan Kinerja (LKj) Kementerian Kesehatan;
- c. menyusun narasi laporan untuk melengkapi bahan Laporan Kinerja (LKj) Kementerian Kesehatan;
- d. melakukan konfirmasi lebih lanjut terkait bahan-bahan Laporan Kinerja (LKj) Kementerian Kesehatan RI dengan pihak-pihak lain yang berkepentingan;
- e. melakukan koordinasi dengan Tim Aparat Pengawasan Intern Pemerintah (APIP) Kementerian Kesehatan terkait dengan review Laporan Kinerja (LKj) Kementerian Kesehatan;
- f. melaporkan hasil Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Kementerian Kesehatan kepada Menteri Kesehatan melalui Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan; dan
- g. melakukan pemantauan tindak lanjut atas Catatan Hasil Reviu Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan.

KEEMPAT : Segala biaya yang timbul sebagai akibat pelaksanaan tugas Tim Penyusun LAKIP Kementerian Kesehatan dibebankan pada Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) Kementerian Kesehatan dan sumber lain yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

KELIMA : Keputusan Sekretaris Jenderal ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 7 Februari 2023

SEKRETARIS JENDERAL
KEMENTERIAN KESEHATAN,

ttd.

Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Biro Hukum
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,

Indah Febrianti, S.H., M.H.
NIP 197802122003122003

KUNTA WIBAWA DASA NUGRAHA

LAMPIRAN
KEPUTUSAN SEKRETARIS JENDERAL
KEMENTERIAN KESEHATAN
NOMOR HK.02.02/A/6724/2023
TENTANG TIM PENYUSUN LAPORAN
AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI
PEMERINTAH (LAKIP) KEMENTERIAN
KESEHATAN

SUSUNAN KEANGGOTAAN
TIM PENYUSUN LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH
(LAKIP) KEMENTERIAN KESEHATAN

- I. Penasihat : Menteri Kesehatan
- II. Pengarah : Sekretaris Jenderal
- III. Penanggung Jawab : Inspektur Jenderal
- IV. Ketua : Kepala Biro Perencanaan dan Anggaran
- V. Sekretaris : Ketua Tim Kerja Monitoring dan Evaluasi I
- VI. Anggota :
 - 1. Inspektur I.
 - 2. Inspektur II.
 - 3. Inspektur III.
 - 4. Inspektur IV.
 - 5. Sekretaris Inspektorat Jenderal.
 - 6. Sekretaris Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat.
 - 7. Sekretaris Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.
 - 8. Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.
 - 9. Sekretaris Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan.
 - 10. Sekretaris Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan.
 - 11. Sekretaris Badan Kebijakan dan Pembangunan Kesehatan.
 - 12. Kepala Pusat Sistem dan Strategi Kesehatan.
 - 13. Ketua Tim Kerja Program dan Informasi, Inspektorat Jenderal.
 - 14. Ketua Tim Kerja Informasi dan Humas, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat.

15. Ketua Tim Kerja Program dan Informasi, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.
16. Ketua Tim Kerja Perencanaan, Program, Evaluasi dan Pelaporan, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.
17. Ketua Tim Kerja Informasi dan Humas, Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan.
18. Ketua Tim Kerja Perencanaan dan Anggaran, Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan.
19. Ketua Tim Kerja Program dan Anggaran, Badan Kebijakan dan Pembangunan Kesehatan.
20. Ketua Tim Kerja Perencanaan I, Biro Perencanaan dan Anggaran.
21. Ketua Tim Kerja Anggaran I, Biro Perencanaan dan Anggaran.
22. Ketua Tim Kerja Monitoring dan Evaluasi II, Biro Perencanaan dan Anggaran.
23. Aparat Pengawasan Intern Pemerintah Inspektorat I.
24. Aparat Pengawasan Intern Pemerintah Inspektorat II.
25. Aparat Pengawasan Intern Pemerintah Inspektorat III.
26. Aparat Pengawasan Intern Pemerintah Inspektorat IV.
27. Mutiyarsih (Perencana Ahli Madya, Biro Perencanaan dan Anggaran).
28. Andrayanto (Perencana Ahli Madya, Biro Perencanaan dan Anggaran).
29. Roni Razali (Perencana Ahli Madya, Biro Perencanaan dan Anggaran).
30. Renatta Mega Putri (Perencana Ahli Muda, Biro Perencanaan dan Anggaran).
31. Ovita Vitrisia (Perencana Penyusun Program Anggaran dan Laporan, Biro Perencanaan dan Anggaran).

SEKRETARIS JENDERAL
KEMENTERIAN KESEHATAN,

ttd.

KUNTA WIBAWA DASA NUGRAHA

Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Biro Hukum
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,

Indah Febrianti, S.H., M.H.
NIP 197802122003122003