



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



2021



LAPORAN KINERJA KEMENTERIAN KESEHATAN

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 2021 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 8 (delapan) sasaran strategis yang pencapaiannya didukung oleh rencana kerja, rencana kerja dan anggaran, serta Indikator Kinerja Utama (IKU) dan target kinerja sebagaimana dituangkan dalam Perjanjian Kinerja.

Laporan Kinerja ini menyajikan capaian kinerja yang dicapai oleh Kementerian Kesehatan selama tahun 2021 dengan membandingkannya terhadap target kinerja yang telah diperjanjikan untuk tahun 2021. Capaian kinerja pada tahun 2021 menjadi bahan evaluasi guna terus meningkatkan kinerja kami ke depan.

Seluruh kebijakan, program dan kegiatan tahun 2021 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.

22 Februari 2022
Menteri Kesehatan,



Budi G. Sadikin



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
INSPEKTORAT JENDERAL

Jalan H.R. Rasuna Said Blok X-5 Kavling 4-9 Kuningan - Jakarta Selatan 12950
Telepon (021) 5201590 (Hunting) - Pes. 3100, 3102, 3104 Fax. (021) 5201589/5223011



SURAT PERNYATAAN

NOMOR: PS.02.03/II.1/765/2022

PERNYATAAN TELAH DIREVIU

ATAS LAPORAN KINERJA INSTANSI PEMERINTAH

KEMENTERIAN KESEHATAN RI

TAHUN ANGGARAN 2021

Kami telah mereviu Laporan Kinerja Instansi Pemerintah Kementerian Kesehatan RI untuk Tahun Anggaran 2021 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, 16 Februari 2022
Inspektur Jenderal



drg. Murti Utami, MPH, QGIA, CGCAE
NIP 196605081992032003

IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2021 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 33 Indikator Kinerja pada 8 Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan yang dijanjikan oleh Menteri Kesehatan pada dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2021 adalah sebagai berikut:

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

1. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK) tercapai 8,7% dari target 14,5% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 140%.
2. Persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (PF) tercapai 90,28% dari target 89% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 101,44%.
3. Persentase bayi kurang dari 6 bulan mendapat ASI eksklusif tercapai 69,7% dari target 45% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 154,9%.
4. Persentase kabupaten/kota yang menerapkan kebijakan gerakan masyarakat hidup sehat tercapai 45,14% dari target 35% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 128,97%
5. Jumlah Kabupaten/kota sehat tercapai 221 dari target 220 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 100,45%.
6. Persentase RS terakreditasi tercapai 88,4% dari target 85% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 104%.
7. Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan lain yang memenuhi persyaratan survey akreditasi tercapai 241 dari target 228 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 107%.
8. Menurunnya insidensi HIV tercapai 0,13 per 1000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV dari target 0,21 per 1000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV atau persentase pencapaian kinerja sebesar 138%.
9. Meningkatkan eliminasi malaria tercapai 347 Kab/Kota dari target 345 Kab/Kota atau persentase pencapaian kinerja sebesar 100,6%.
10. Persentase kabupaten/kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM tercapai 65% dari target 65% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 100%.
11. Persentase puskesmas dengan ketersediaan obat esensial tercapai 92,33% dari target 90% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 102,59%.
12. Persentase puskesmas dengan jenis nakes sesuai standar tercapai 48,86% dari target 47% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 103,96%.

13. Persentase RSUD kabupaten/kota yang memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis lainnya sebesar 90% (minimal 4 spesialis dasar wajib ada) tercapai 75,31% dari target 75% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 100,41%.
14. Persentase puskesmas tanpa dokter tercapai 4,95% dari target 0% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 95,05%.
15. Jumlah SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya tercapai 159.329 dari target 39.627 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 402,07%.
16. Persentase anggaran kesehatan terhadap APBN tercapai 9,4% dari target 5,1% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 184,31%.
17. Persentase provinsi yang mendapatkan penguatan dalam penyelenggaraan SPM Bidang Kesehatan provinsi dan kabupaten/kota tercapai 100% dari target 40% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 250%.
18. Persentase provinsi dengan anggaran kesehatan daerah dalam APBD yang sesuai dengan prioritas nasional di bidang kesehatan tercapai 91,18% dari target 40% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 228%.
19. Nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan dengan tercapai 92,19 dari target 78,69 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 117,16%
20. Nilai kinerja penganggaran Kementerian Kesehatan tercapai 94,74 dari target 88 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 107,66%.
21. Persentase satker KP/KD yang telah memenuhi predikat WBK/WBBM (Kemenkes/Nasional) tercapai 48,61% dari target 50% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 97,22%.
22. Jumlah rekomendasi kebijakan hasil litbangkes yang dimanfaatkan untuk perbaikan kebijakan tercapai 6 dari target 6 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 100%.
23. Jumlah sistem informasi kesehatan yang terintegrasi dalam aplikasi satu data kesehatan tercapai 25 dari target 25 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 100%

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

1. Persentase balita stunting tercapai 24,4% dari target 21,1% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 84,36%.
2. 100% kabupaten/kota menerapkan kebijakan KTR tercapai 319 dari target 374 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 85,3%.
3. Persentase FKTP sesuai standar tercapai 56,4% dari target 60% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 94%.
4. Menurunnya insidensi TB per 100.000 penduduk tercapai 301 per 100.000 penduduk dari target 252 per 100.000 penduduk atau persentase pencapaian kinerja sebesar 80,6%
5. Meningkatnya kabupaten/kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM dan penyakit menular lainnya termasuk NTD tercapai 120 dari target 129 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 93%.

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

1. Jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir tercapai 86 dari target 200 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 43%.
2. Persentase kabupaten/kota melaksanakan pembinaan posyandu aktif tercapai 47,67% dari target 70% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 68%.
3. Persentase kabupaten/kota yang memenuhi rasio TT 1:1.000 tercapai 27,6% dari target 50% atau pencapaian kinerja sebesar 53,70%
4. Kabupaten/Kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap tercapai 47,7% dari target 83,8% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 56,9%.

Indikator yang belum memiliki capaian kinerja yaitu:

1. Seluruh kecamatan memiliki minimal 1 puskesmas target 43 realisasi kinerja 0%

Untuk kinerja keuangan pada 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

DAFTAR ISI

KATA SAMBUTAN

PERNYATAAN TELAH DIREVIU

IKHTISAR EKSEKUTIF

DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iii
DAFTAR GRAFIK	v
DAFTAR GAMBAR	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang.....	1
B. Tugas, Fungsi dan Struktur Organisasi.....	2
C. Isu Strategis	3
D. Sistematika Laporan Kinerja.....	11
BAB II PERENCANAAN KINERJA.....	12
A. Rencana Strategis Kementerian kesehatan Tahun 2020-2024.....	12
B. Perjanjian Kinerja Tahun 2021.....	18
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA.....	22
A. Capaian Kinerja Organisasi.....	22
Sasaran Strategis 1: Meningkatnya kesehatan ibu, anak dan gizi masyarakat.....	22
Sasaran Strategis 2: Meningkatnya ketersediaan dan mutu fasyankes dasar dan rujukan.....	79
Sasaran Strategis 3: Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat.....	118
Sasaran Strategis 4: Meningkatnya Akses, Kemandirian, dan Mutu Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan.....	159

Sasaran Strategis 5: Meningkatnya Pemenuhan SDM kesehatan dan kompetensi sesuai standar.....	166
Sasaran Strategis 6: Terjaminnya pемbiayaan kesehatan.....	178
Sasaran Strategis 7: Meningkatnya sinergisme pusat dan daerah serta meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih.....	180
Sasaran Strategis 8: Meningkatnya efektivitas pengelolaan penelitian dan pengembangan kesehatan dan sistem informasi kesehatan untuk pengambilan keputusan.....	195
B. Realisasi Anggaran	200
C. Pencapaian Kinerja Dukungan penyediaan vaksin bagi keberhasilan pelaksanaan vaksinasi Covid-19	207
BAB IV PENUTUP.....	213

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Perjanjian Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2020.....	19
Tabel 3.1	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 1: Meningkatnya kesehatan ibu, anak dan gizi masyarakat.....	23
Tabel 3.2	Jumlah Kabupaten/kota yang Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir.....	33
Tabel 3.3	Rincian Kabupaten/kota Persentase Kabupaten/kota yang melaksanakan pembinaan Posyandu Aktif.....	50
Tabel 3.4	Rincian Kabupaten/kota Persentase Kabupaten/kota yang Menerapkan Kebijakan Germas.....	61
Tabel 3.5	Target dan Pencapaian Jumlah Kabupaten/Kota Sehat Tahun 2021.....	76
Tabel 3.6	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 2: Meningkatnya ketersediaan dan mutu fasyankes dasar dan rujukan	79
Tabel 3.7	Target Indikator Seluruh kecamatan memiliki minimal 1 puskesmas Tahun 2020-2024.....	80
Tabel 3.8	Target dan Capaian Indikator Seluruh kecamatan memiliki minimal 1 puskesmas Tahun 2021.....	81
Tabel 3.9	Jumlah Kecukupan Tempat Tidur Berdasarkan Provinsi Tahun 2021.....	84
Tabel 3.10	Target dan Capaian Indikator Tahun 2021.....	94
Tabel 3.11	Target dan Capaian Indikator Kinerja Persentase RS Terakreditasi Tahun 2021.....	103
Tabel 3.12	Target IKK Jumlah Fasilitas Pelayanan Kesehatan Yang Memenuhi Persyaratan Survei Akreditasi Tahun 2020 - 2021.....	117
Tabel 3.13	Target dan Capaian Tahun 2020 - 2021.....	117
Tabel 3.14	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 3: Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat.....	119
Tabel 3.15	Perbandingan Penurunan Angka Insidensi 3 negara beban TB tertinggi.....	122
Tabel 3.16	Capaian Penduduk Berdasarkan Endemisitas 2021.....	130
Tabel 3.17	Jumlah Kab/Kota dengan Eliminasi Malaria sampai tahun 2021.....	130
Tabel 3.18	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 4: Meningkatnya akses, kemandirian, dan mutu kefarmasian dan alat Kesehatan.....	160
Tabel 3.19	Cara Perhitungan Indikator Kinerja Utama.....	160
Tabel 3.20	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 5: Meningkatnya pemenuhan SDM kesehatan dan kompetensi sesuai standar.....	166
Tabel 3.21	Jumlah Pendayagunaan Dokter Spesialis Tahun 2021.....	171
Tabel 3.22	Faktor Yang Mempengaruhi Indikator Puskesmas Tanpa Dokter.....	175
Tabel 3.23	Komposit Indikator Jumlah SDM Yang Ditingkatkan Kompetensinya.....	177
Tabel 3.24	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 6: Terjaminnya pembiayaan kesehatan	178
Tabel 3.25	Pembagian Anggaran Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2022.....	179
Tabel 3.26	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 7: Meningkatnya sinergisme pusat dan daerah serta meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih.	181
Tabel 3.27	Tabel Provinsi yang Mendapat Penguanan dalam Penyelenggaraan SPM di	

	Tahun 2021.....	182
Tabel 3.28	Data Anggaran Kesehatan APBD dan PN Per Provinsi Tahun 2021.....	184
Tabel 3.29	Perbandingan Nilai PMPRB Kementerian Kesehatan Tahun 2020 dan Tahun 2021.....	188
Tabel 3.30	Capaian IKU pada Sasaran Strategis 8: Meningkatnya efektivitas pengelolaan penelitian dan pengembangan kesehatan dan sistem informasi kesehatan untuk pengambilan keputusan.....	195
Tabel 3.31	Jumlah rekomendasi kebijakan hasil penelitian dan pengembangan kesehatan yang dimanfaatkan untuk perbaikan kebijakan.....	196
Tabel 3.32	Judul Rekomendasi Kebijakan rekomendasi kebijakan hasil penelitian dan pengembangan kesehatan yang dimanfaatkan untuk perbaikan kebijakan Tahun 2021.....	197
Tabel 3.33	Alokasi dan Realisasi Anggaran Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2021...	201
Tabel 3.34	Jumlah Alokasi dan Realisasi Belanja Tahun 2020.....	202
Tabel 3.35	Alokasi dan Realisasi Anggaran Kementerian Kesehatan Menurut Jenis Kewenangan Tahun Anggaran 2021.....	203
Tabel 3.36	Realisasi Anggaran Dibandingkan Capaian Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2021.....	203
Tabel 3.37	Realisasi Anggaran Dibandingkan Indikator Capaian Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2021.....	204

DAFTAR GRAFIK

Grafik 3.1	Persentase Ibu Hamil KEK Berdasarkan Provinsi Tahun 2021.....	25
Grafik 3.2	Capaian Persentase ibu hamil KEK dibandingkan target tahun 2021.....	25
Grafik 3.3	Cakupan Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tahun 2020 Berdasarkan Provinsi.....	30
Grafik 3.4	Indikator Cakupan Persalinan di Fasilitas Kesehatan Tahun 2020 dan 2021 Dibandingkan Target Tahun 2024.....	31
Grafik 3.5	Capaian Kinerja Cakupan Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tahun 2021.....	31
Grafik 3.6	Capaian Kinerja Jumlah Kabupaten/kota yang Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir Tahun 2021.....	35
Grafik 3.7	Prevalensi Stunting Berdasarkan Hasil Riskesdas dan SSGI Tahun 2007-2021.....	39
Grafik 3.8	Capaian Persentase Balita Stunting Dibandingkan dengan Target Tahun 2021.....	40
Grafik 3.9	Target & capaian indikator persentase balita stunting tahun 2020 – 2024.....	40
Grafik 3.10	Prevalensi Stunting Berdasarkan Provinsi Hasil SSGI Tahun 2021.....	41
Grafik 3.11	Persentase Bayi Usia Kurang dari 6 Bulan yang mendapatkan ASI Eksklusif berdasarkan Provinsi Tahun 2021.....	45
Grafik 3.12	Cakupan Bayi usia di bawah 6 bulan yang mendapat ASI Eksklusif Tahun 2020 - 2021.....	45
Grafik 3.13	Target & Capaian Indikator Persentase Kabupaten/kota yang Melaksanakan Pembinaan Posyandu Aktif Tahun 2020 – 2024	49
Grafik 3.14	Data Sebaran Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Pembinaan Posyandu Aktif Tahun 2020 – 2024 per Provinsi.....	50
Grafik 3.15	Target dan Capaian Persentase Kabupaten/Kota yang Menerapkan Kebijakan Germas tahun 2020 – 2024.....	60
Grafik 3.16	Data Sebaran Capaian Capaian Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Menerapkan Kebijakan Germas Tahun 2020 – 2024.....	61
Grafik 3.17	Kab/Kota yang menerapkan kebijakan KTR Tahun 2020-2024.....	71
Grafik 3.18	Kab/Kota yang menerapkan kebijakan KTR per Provinsi Tahun 2021.....	71
Grafik 3.19	Target dan pencapaian jumlah kabupaten/kota sehat Tahun 2021.....	77
Grafik 3.20	Distribusi Status Kelulusan Akreditasi Puskesmas Tahun 2021.....	95
Grafik 3.21	Capaian Akreditasi Puskesmas.....	96
Grafik 3.22	Distribusi Capaian Akreditasi RS Berdasarkan Provinsi.....	104
Grafik 3.23	Tingkat Akreditasi 2.451 RS Tahun 2021.....	105
Grafik 3.24	Insidensi TBC di Indonesia Tahun 2000-2020.....	121
Grafik 3.25	Target dan Capaian Insidensi TBC di Indonesia Tahun 2020-2024.....	122
Grafik 3.26	Estimasi Jumlah Infeksi Baru HIV Tahun 1990- 2020.....	125
Grafik 3.27	Ketersediaan Sumber Daya, Insiden dan <i>Mortality Rates</i> di Asia Pasifik, Tahun 2010-2020 dan target 2025.....	126

Grafik 3.28	Target dan Capaian Insidensi HIV Tahun 2020-2024.....	126
Grafik 3.29	Capaian Eliminasi Malaria di Indonesia tahun 2016-2021.....	131
Grafik 3.30	Target dan Capaian Eliminasi Malaria di Indonesia tahun 2020-2024.....	132
Grafik 3.31	Target dan Capaian Persentase Kab/Kota yang mencapai 80% IDL anak usia 0-11 bulan Tahun 2020-2024.....	141
Grafik 3.32	Target dan Capaian Persentase Kab/Kota yang mencapai 80% IDL anak usia 0-11 bulan Tahun 2018-2021.....	142
Grafik 3.33	Perbandingan Jumlah Pelayanan Imunisasi Rutin di Puskesmas antara Sebelum Pandemi COVID-19 dengan Quarter ke-2 Tahun 2021.....	143
Grafik 3.34	Persentase Penolakan Orang Tua/Pengasuh Membawa Anaknya untuk Diimunisasi.....	143
Grafik 3.35	Target dan Capaian Kab/Kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM dan penyakit menular.....	148
Grafik 3.36	Target dan Capaian Kab/Kota Yang Mempunyai Kapasitas dalam Pencegahan dan Pengendalian KKM Tahun 2020-2021.....	157
Grafik 3.37	Target dan Capaian Kab/Kota Yang Mempunyai Kapasitas dalam Pencegahan dan Pengendalian KKM Tahun 2020-2024.....	158
Grafik 3.38	Capaian Indikator Kinerja Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat Esensial dibandingkan dengan target Renstra dan RPJMN 2020-2024.....	161
Grafik 3.39	Grafik Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat Esensial di 34 Provinsi Tahun 2020-2021.....	162
Grafik 3.40	Ketersediaan 40 Item Obat Esensial di Puskesmas Tahun 2020.....	163
Grafik 3.41	Ketersediaan 40 Item Obat Esensial di Puskesmas.....	164
Grafik 3.42	Efisiensi Penggunaan Sumber Daya Terhadap Capaian Indikator Kinerja Persentase Puskesmas Dengan Ketersediaan Obat Esensial Tahun 2021	166
Grafik 3.43	Persentase Puskesmas dengan Nakes Sesuai Standar.....	168
Grafik 3.44	Persentase RS Kabupaten/Kota yang memiliki 4 Dokter Spesialis Dasar dan 3 Dokter Spesialis Lainnya.....	170
Grafik 3.45	Tren Capaian Residen tahun 2017-2021.....	171
Grafik 3.46	Grafik Target dan Capaian Indikator Persentase Puskesmas Tanpa Dokter.....	172
Grafik 3.47	Jumlah SDM Kesehatan yang ditingkatkan Kompetensinya.....	176
Grafik 3.48	Dashboard SMART-DJA Kementerian Kesehatan per 15 Januari 2022	191
Grafik 3.49	Alokasi dan Realisasi Kementerian Kesehatan Menurut Jenis Belanja Tahun Anggaran 2020.....	202
Grafik 3.50	Jumlah Vaksinasi Covid-19.....	208
Grafik 3.51	Suplai Vaksin Covid-19 Tahun 2021.....	209
Grafik 3.52	Jumlah Rilis dan Pendistribusian Vaksin Covid 19.....	211

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Bagan Struktur Organisasi Kementerian kesehatan.....	2
Gambar 3.1	Bagan Penyebab Masalah Gizi.....	38
Gambar 3.2	Advokasi KTR.....	73
Gambar 3.3	Layanan UBM di Puskesmas Pasir Sakti Lampung Timur.....	73
Gambar 3.4	Proses Penyusunan Pedoman Dengan Pakar.....	90
Gambar 3.5	Proses Pemaparan Review Pada Pertemuan.....	90
Gambar 3.6	Peserta Lokakarya.....	91
Gambar 3.7	Proses Penyempurnaan Dengan Pakar.....	92
Gambar 3.8	Evaluasi Uji Coba INM Puskesmas.....	92
Gambar 3.9	Pelaksanaan Bimtek di Serang, Banten.....	93
Gambar 3.10	Rapat Penyusunan Standar Akreditasi Rumah Sakit.....	102
Gambar 3.11	Workshop Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko di FKRTL.....	107
Gambar 3.12	Pemantauan dan Evaluasi Rumah Sakit Rujukan Covid-19 Rumah Sakit Umum Daerah Kota Jogjakarta Propinsi DIY.....	108
Gambar 3.13	Bimbingan Teknis Kesiapan Rumah Sakit Dalam Masa Pandemi COVID-19 di RSAU dr. Salamun Kota Bandung Jawa Barat.....	109
Gambar 3.14	Monitoring dan Evaluasi Mutu Pelayanan di RSUP H. Adam Malik Medan Sumatera Utara.....	109
Gambar 3.15	Audit Kesakitan dan Kematian dalam melakukan pemantauan dan evaluasi Kesiapan Rumah Sakit pada masa Pandemi Covid-19 di 16 Rumah Sakit Propinsi Bali.....	110
Gambar 3.16	Penyusunan NSP Kurmod Peningkatan Kemampuan Teknis Kualitas Uji Pemeriksaan Lab dan Kurmod Pelatihan Akreditasi Survei bagi Calon Surveior.....	112
Gambar 3.17	Pembahasan Standar Akreditasi UTD.....	114
Gambar 3.18	Workshop Biosafety dan Bio Security	114
Gambar 3.19	Workshop Penguatan Surveior Akreditasi Laboratorium.....	115
Gambar 3.20	Pertemuan Teknis Akreditasi.....	115
Gambar 3.21	Bimbingan Teknis Akreditasi.....	116
Gambar 3.22	Asesmen Pasca Akreditasi Laboratorium Kesehatan.....	116
Gambar 3.23	Monitoring dan Evaluasi Akreditasi Pelayanan Kesehatan Lainnya.....	117
Gambar 3.24	Peta Endemisitas Malaria di Indonesia Tahun 2021.....	129
Gambar 3.25	Workshop Mikroskopis Malaria Fasyankes.....	134
Gambar 3.26	Pertemuan Monitoring Evaluasi di Papua Barat.....	136
Gambar 3.27	Puncak Hari Malaria Sedunia di Kementerian Kesehatan.....	138
Gambar 3.28	Pelatihan TOT Pengelola Program Imunisasi.....	144
Gambar 3.29	Umpam Balik Hasil Imunisasi Kuartal II Tahun 2021.....	145
Gambar 3.30	Penyampaian dukungan Percepatan Eliminasi TBC pada acara Peluncuran Perpres 67 Tahun 2021.....	150
Gambar 3.31	TB Summit 2021.....	150
Gambar 3.32	Sebaran Puskesmas Per Provinsi Yang Terisi Dokter.....	174
Gambar 3.33	Jenis Vaksin Covid-19 yang digunakan di Indonesia.....	210

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kementerian Kesehatan dibentuk dalam rangka membantu Presiden Republik Indonesia dalam menyelenggarakan pemerintahan Negara di bidang kesehatan. Dalam Peraturan Presiden Nomor 35 tahun 2015 tentang Kementerian Kesehatan dinyatakan bahwa tugas kepada Kementerian Kesehatan adalah menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang kesehatan untuk membantu Presiden dalam menyelenggarakan pemerintahan negara. Dalam pelaksanaan tugas tersebut, sebagai bagian dari pemerintahan Republik Indonesia, Kementerian Kesehatan dituntut untuk menyelenggarakannya sesuai prinsip-prinsip *good governance*. Sesuai Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme, salah satu azas penyelenggaraan *good governance* adalah azas akuntabilitas. Azas ini bermakna bahwa setiap kegiatan dan hasil akhir dari penyelenggara negara harus dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat atau rakyat sebagai pemegang keadauan tertinggi negara sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Salah satu wujud akuntabilitas tersebut adalah melalui penyusunan Laporan Kinerja.

Penyelenggaraan urusan pemerintahan dibidang kesehatan di tengah tantangan pembangunan kesehatan yang semakin kompleks, tantangan tersebut diantaranya semakin meningkatnya kebutuhan masyarakat pada pelayanan kesehatan yang bermutu, beban ganda penyakit (disatu sisi, angka kesakitan penyakit infeksi masih tinggi namun di sisi lain penyakit tidak menular mengalami peningkatan yang cukup bermakna), disparitas status kesehatan antar wilayah cukup besar, terutama di wilayah timur (daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan/DTPK), peningkatan kebutuhan distribusi obat yang bermutu dan terjangkau, jumlah SDM Kesehatan kurang disertai kebutuhan yang tidak merata, adanya potensi masalah kesehatan akibat bencana dan perubahan iklim, serta integrasi pembangunan infrastruktur kesehatan yang melibatkan lintas sektor di lingkungan pemerintah, Pusat-Daerah dan Swasta.

Laporan kinerja ini disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban Kementerian Kesehatan atas pelaksanaan tugas dan fungsi selama Tahun 2021. Di samping merupakan pelaksanaan amanat peraturan perundang-undangan terkait, yakni Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah, Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, serta 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 Pemerintah. Laporan Kinerja ini juga sekaligus menjadi alat atau bahan evaluasi guna peningkatan kinerja Kementerian Kesehatan di masa depan.

B. Tugas, Fungsi, dan Struktur Organisasi

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tugas Kementerian Kesehatan adalah menyelenggarakan urusan di bidang kesehatan dalam pemerintahan untuk membantu Presiden dalam menyelenggarakan pemerintahan negara. Dalam melaksanakan tugas tersebut, Kementerian Kesehatan mempunyai fungsi: 1) perumusan, penetapan, dan pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan, dan kefarmasian dan alat kesehatan; 2) koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan, dan pemberian dukungan administrasi kepada seluruh unsur organisasi di lingkungan Kementerian Kesehatan; 3) pengelolaan barang milik negara yang menjadi tanggung jawab Kementerian Kesehatan; 4) pelaksanaan penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan; 5) pelaksanaan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia di bidang kesehatan serta pengelolaan tenaga kesehatan; 6) pelaksanaan bimbingan teknis dan supervisi atas pelaksanaan urusan Kementerian Kesehatan di daerah; 7) pengawasan atas pelaksanaan tugas di lingkungan Kementerian Kesehatan; dan 8) pelaksanaan dukungan substantif kepada seluruh unsur organisasi di lingkungan Kementerian Kesehatan.

Dalam melaksanakan tugas dan fungsi tersebut, Menteri Kesehatan dibantu oleh 8 unit eselon I, 4 Staf Ahli, dan 5 Pusat. Selain itu, Menteri Kesehatan juga mengelola dukungan administrasi pada Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) yang dijalankan oleh Sekretariat KKI. Bagan struktur organisasi Kementerian Kesehatan dapat dilihat pada gambar berikut:

Gambar 1.1
Bagan Struktur Organisasi Kementerian Kesehatan



Struktur organisasi Kementerian Kesehatan sebagaimana tergambaran di atas didukung oleh sumber daya manusia sebanyak 47.745 orang pegawai yang 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 963 orang; 2) Inspektorat Jenderal sebanyak 286 orang; 3) Ditjen Pelayanan Kesehatan sebanyak 31.018 orang; 4) Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit sebanyak 4.295 orang; 5) Ditjen Kesehatan Masyarakat sebanyak 511 orang; 6) Ditjen Kefarmasian dan Alat Kesehatan sebanyak 245 orang; 7) Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan sebanyak 1.221 orang; dan 8) Badan PPSDM Kesehatan sebanyak 9.206 orang. (Data SIMKA per tanggal 28 Desember 2021)

C. Isu Strategis

Dalam pelaksanaan rencana kerja Kementerian Kesehatan, terdapat beberapa isu strategis atau permasalahan yang perlu mendapat perhatian, yaitu:

Perkembangan Penduduk.

Pertumbuhan penduduk Indonesia ditandai dengan adanya *window opportunity* di mana rasio ketergantungannya positif, yaitu jumlah penduduk usia produktif lebih banyak dari pada penduduk usia non-produktif, yang puncaknya terjadi sekitar tahun 2030. Jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2020 adalah 269.603.400 orang. Dengan laju pertumbuhan sebesar 1,06 % pertahun, maka jumlah penduduk pada tahun 2024 akan naik menjadi sekitar 279.965.200 orang. Proporsi penduduk dengan kelompok umur >65 tahun bertambah dari 6,7% di tahun 2020 menjadi 7,8% di tahun 2024. *Total Fertility Rate* (TFR) diperkirakan tidak mengalami perubahan, tetap 2,1. *Crude Birth Rate* (CBR) turun dari 16,4 menjadi 16,0. Jumlah balita diperkirakan berkurang, dari sebanyak 21.952.000 orang pada tahun 2020 menjadi 21.858.400 pada tahun 2024. Sebaliknya jumlah penduduk berusia > 45 tahun bertambah, dari sebanyak 76.130.400 pada tahun 2020 menjadi 85.506.500 jiwa pada tahun 2024. Jumlah wanita usia subur akan meningkat dari tahun 2020 sebanyak 72.138.600 jiwa menjadi 73.512.600 jiwa-pada tahun 2024.

Disparitas Status Kesehatan.

Meskipun secara nasional kualitas kesehatan masyarakat telah meningkat, tetapi disparitas status kesehatan antar tingkat sosial ekonomi, antar kawasan, dan antar perkotaan-perdesaan masih cukup tinggi. Angka kematian bayi dan angka kematian balita pada golongan termiskin hampir empat kali lebih tinggi dari golongan terkaya. Selain itu, angka kematian bayi dan angka kematian ibu melahirkan lebih tinggi di daerah perdesaan, di kawasan timur Indonesia, serta pada penduduk dengan tingkat pendidikan rendah. Persentase anak balita yang berstatus gizi kurang dan gizi buruk di daerah perdesaan lebih tinggi dibandingkan daerah perkotaan. Beberapa data kesenjangan bidang kesehatan dapat dilihat pada hasil Riskesdas 2018. Proporsi bayi gizi buruk dan gizi kurang, terendah di Provinsi Kepulauan Riau (13%) dan tertinggi di Provinsi NTT (29,5%) atau tiga kali lipat dibandingkan yang terendah. Kesenjangan yang cukup memprihatinkan terlihat pada bentuk partisipasi masyarakat di bidang kesehatan, antara lain dalam hal keteraturan penimbangan balita (penimbangan balita \geq 8 kali

ditimbang dalam 12 bulan terakhir), terendah di Provinsi Sumatera Utara (hanya 22,5%) dan tertinggi di Daerah Istimewa Yogyakarta (77,6%).

Jaminan Kesehatan Nasional

Ketersediaan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan atau *supply side* dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) masih menjadi kendala di beberapa daerah, termasuk pembiayaan. Sejak tahun pertama beroperasi, BPJS Kesehatan mengalami defisit. Secara sederhana, defisit terjadi ketika klaim lebih besar dari pendapatan premi. Hal ini disebabkan karena pembayaran premi jauh lebih kecil dari perkiraan kebutuhan secara aktuaria. Dari analisis data yang ada sampai tahun 2018, terlihat bahwa *claim ratio* paling tinggi terjadi pada PPU (peserta mandiri) sampai mendekati 500%. Sementara PPU untuk Klas I dan Klas II cenderung rendah (tidak sampai 100%). Untuk PBI *claim ratio* terus naik, sampai akhir tahun 2018 sudah di atas 100%. Data ini menunjukkan bahwa untuk peserta mandiri telah terjadi *adverse selection* (peserta yang risiko tinggi dan sudah sakit cenderung ikut JKN-BPJS Kesehatan). Dalam konteks ini, tampak seakan-akan PBI dan PPU memberikan subsidi kepada peserta mandiri.

Dampak dari defisit BPJS telah menyebabkan gangguan *cash flow* rumah sakit, yang kemudian menyebabkan gangguan rantai pasok obat dan bahan medis habis pakai rumah sakit. Efek dominonya mengganggu *cash flow* industri farmasi, yang pada ujungnya bisa mengancam pemutusan hubungan kerja karyawan industri farmasi.

Untuk membenahi penyelenggaraan JKN harus dilakukan analisis secara komprehensif dan holistik terkait beberapa hal:

- 1) Kemungkinan membatasi paket manfaat – sehingga paket manfaat tidak harus tidak terbatas (*un-limited*), untuk diarahkan pada pelayanan kesehatan esensial (pelayanan kesehatan dasar),
- 2) Kemungkinan menerapkan mekanisme *cost-sharing* dan *co-payment*,
- 3) Melakukan audit pelayanan kesehatan di FKRTL lebih ketat untuk kendali mutu dan kendali biaya,
- 4) Memperkuat FKTP untuk mampu melayani penyakit dasar (144 penyakit), dan
- 5) Menaikkan iuran (premi) sesuai dengan nilai aktuaria yang rasional.

Menurut peta jalan JKN, ditargetkan pada tahun 2019 semua penduduk Indonesia telah tercakup JKN. Kepesertaan semesta JKN membawa konsekuensi terhadap tuntutan ketersediaan pelayanan kesehatan, peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan, baik pada fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, sehingga terjadi keadilan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, baik antar wilayah, antar kelas sosial ekonomi, dan antara penduduk desa dan kota.

Pembagian urusan pemerintahan dan Standar Pelayanan Minimal.

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, urusan kesehatan merupakan urusan pemerintahan yang dibagi antara pemerintah pusat, pemerintah daerah (provinsi dan kabupaten/kota). Urusan kesehatan juga menjadi salah satu dari enam urusan konkuren (bersama) yang bersifat wajib dan

terkait dengan pelayanan dasar. Urusan pemerintahan konkuren yang menjadi kewenangan daerah terdiri dari urusan pemerintahan yang bersifat wajib dan urusan pemerintahan yang bersifat pilihan. Urusan pemerintahan wajib terdiri dari urusan pemerintahan yang berkaitan dengan pelayanan dasar dan tidak berkaitan dengan pelayanan dasar. Pemerintahan daerah memprioritaskan pelaksanaan urusan pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar. Pelaksanaan urusan pemerintahan wajib yang berkaitan dengan pelayanan dasar berpedoman pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang ditetapkan pemerintah pusat. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 juga mengamanatkan pada pemerintah daerah untuk benar-benar memprioritaskan belanja daerah untuk mendanai urusan pemerintahan wajib yang terkait pelayanan dasar yang ditetapkan dengan 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. SPM ditetapkan dan diterapkan berdasarkan prinsip kesesuaian kewenangan, ketersediaan, keterjangkauan, kesinambungan, keterukuran, dan ketepatan sasaran.

Sebagian substansi pelayanan dasar pada urusan pemerintahan ditetapkan sebagai SPM yang dapat menjadi bahan pemerintah pusat dalam perumusan kebijakan nasional, pemberian insentif, disincentif dan sanksi administrasi kepala daerah, serta akan berfungsi sebagai instrumen untuk memperkuat pelaksanaan *Performance Based Budgeting*. Pengalokasian Dana Alokasi Khusus (DAK) ke daerah akan berdasar pada kebutuhan daerah untuk pencapaian target-target SPM. Daerah dengan kemampuan sumber daya yang kurang akan menjadi prioritas dalam pengalokasian DAK.

Implementasi SPM juga menjadi sangat strategis dalam kaitannya dengan pelaksanaan JKN. Implementasi SPM akan memperkuat sisi promotif-preventif sehingga diharapkan berdampak pada penurunan jumlah kasus kuratif yang harus ditanggung oleh JKN.

Kementerian Kesehatan, 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 atas 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. Pemerintah daerah wajib memenuhi mutu pelayanan setiap jenis pelayanan dasar pada SPM Bidang Kesehatan, dan capaian kinerja pemerintah daerah dalam pemenuhan mutu pelayanan setiap jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan harus mencapai 100% (seratus persen).

Pembangunan kesehatan dengan pendekatan keluarga

Dalam rangka melakukan penguatan promotif-preventif (paradigma sehat) dan penguatan pelayanan kesehatan, pada periode Renstra 2015-2019 telah diluncurkan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, yang pada dasarnya adalah mengintegrasikan UKP dan UKM secara berkesinambungan, dengan target keluarga.-

Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) bertujuan untuk meningkatkan akses keluarga berserta anggotanya terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif, meliputi pelayanan promotif dan preventif serta pelayanan kuratif dan rehabilitatif dasar; mendukung pencapaian standar pelayanan minimal kabupaten/kota melalui peningkatan akses dan skrining kesehatan; mendukung pelaksanaan jaminan kesehatan nasional dengan meningkatkan kesadaran masyarakat untuk menjadi peserta JKN, dan diharapkan mendukung tercapainya Indikator Sasaran Strategis dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024.

Perlu dilakukan review ulang indikator PIS-PK, dimungkinkan adanya muatan lokal sesuai masalah kesehatan lokal, desentralisasi manajemen pengelolaan data PIS-PK, serta penekanan bahwa PIS-PK adalah alat manajemen puskesmas yang harus dilaksanakan oleh seluruh staf puskesmas dan pimpinan puskesmas untuk perbaikan upaya kesehatan di wilayah kerja puskesmas.

Reformasi Birokrasi.

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 81 Tahun 2010 tentang *Grand Design* Reformasi Birokrasi 2010-2025, kebijakan Reformasi Birokrasi diarahkan untuk meningkatkan profesionalisme aparatur negara dan untuk mewujudkan tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance* melalui pemantapan pelaksanaan reformasi birokrasi.

Tahun 2020-2024 merupakan periode ketiga atau terakhir dari *Grand Design* Reformasi Birokrasi 2010-2025. Pada periode ini, pelaksanaan reformasi birokrasi diharapkan menghasilkan karakter birokrasi yang berkelas dunia (*world class bureaucracy*) yaitu memiliki pelayanan publik yang semakin berkualitas dan tata kelola yang semakin efektif dan efisien. Periodisasi pelaksanaan reformasi birokrasi tidak terlepas dari pengaruh perkembangan paradigma ilmu administrasi dan tata kelola pemerintahan yang berkembang di dunia.

Pencapaian hasil implementasi reformasi birokrasi Kementerian Kesehatan periode sebelumnya (2015-2019) menjadi dasar dalam penguatan birokrasi Kementerian Kesehatan untuk mewujudkan pemerintahan yang bersih dan bebas KKN, meningkatkan kualitas pelayanan publik kepada masyarakat, serta meningkatkan kapasitas dan akuntabilitas kinerja birokrasi.

Pada tahun 2025, diharapkan tercipta pemerintahan yang bersih, akuntabel, dan kapabel sehingga dapat melayani masyarakat secara cepat, tepat, profesional, serta

bersih dari praktik Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme (KKN). Adanya arahan Presiden untuk membangun reformasi birokrasi yang sistematis dan berkelanjutan sehingga tercipta birokrasi pemerintahan yang lebih lincah, sederhana, adaptif, dan inovatif, serta mampu bekerja secara efektif dan efisien. Sehingga hasil pelaksanaan reformasi birokrasi dapat dirasakan manfaatnya langsung oleh masyarakat, dengan terus meningkatkan kualitas pelayanan publik, diantaranya melalui peningkatan performa/kinerjanya menjadi lebih efektif dan produktif, penerapan *reward* dan *punishment* secara konsisten dan berkelanjutan, dll. Pelaksanaan reformasi birokrasi dilakukan terhadap 8 (delapan) area perubahan yang menjadi fokus pembangunan, yaitu manajemen perubahan, deregulasi kebijakan, penataan dan penguatan organisasi, penataan tata laksana, penataan SDM aparatur, penguatan akuntabilitas, penguatan pengawasan, peningkatan kualitas pelayanan publik. Pelaksanaan 8 (delapan) area perubahan ini perlu diadaptasi secara kontekstual di seluruh satuan kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan agar tercipta *value* baru di masing-masing satuan kerja yang mendukung internalisasi perubahan *mind-set* dan *culture-set* nya. Pencapaian akuntabilitas kinerja diusulkan menjadi target yang diprioritaskan, dengan alasan bahwa akuntabilitas kinerja menjadi pengungkit bagi indikator yang lain. Upaya pencapaian indikator tersebut diharapkan menjadi pencapaian indikator lainnya.

Komitmen global.

Beberapa hal terkait komitmen Indonesia sebagai bagian dari *World Health Organization* (WHO) tetap dilanjutkan dan menjadi perhatian serius, misalnya dalam pelaksanaan ketentuan *International Health Regulations* (IHR) 2005 yang menuntut kemampuan deteksi dini, pencegahan dan respon cepat terhadap munculnya penyakit/kejadian yang berpotensi menyebabkan kedaruratan kesehatan masyarakat yang meresahkan dunia (*to-prevent, to-detect, to-respond*). Pelabuhan, bandara, dan Pos Lintas Batas Darat Negara (PLBDN) sebagai pintu masuk negara maupun wilayah harus mampu melaksanakan upaya merespon terhadap adanya kedaruratan kesehatan masyarakat yang meresahkan dunia (PHEIC). Pelaksanaan agenda kesehatan berkelanjutan (*Sustainable Development Goals/SDGs*) sebagai kontinum dari *Millenium Development Goals* (MDGs), liberalisasi perdagangan barang dan jasa dalam konteks WTO – khususnya *General Agreement on Trade in Service, Trade Related Aspects on Intellectual Property Rights* serta *Genetic Resources, Traditional Knowledge and Folklores* (GRTKF) merupakan bentuk-bentuk komitmen global yang masih perlu disikapi dengan serius dan penuh kehati-hatian.

General Programme of Work – GPW13 WHO

Kendati secara umum sudah banyak keberhasilan yang diraih dalam bidang kesehatan, namun berbagai masalah kesehatan masih mendera dunia. Masyarakat dihadapkan pada semakin kompleksnya pengaruh berbagai ancaman terhadap kesehatan, seperti kemiskinan, konflik, dan perubahan iklim. Masyarakat juga masih menghadapi penderitaan akibat penyakit menular, di samping peningkatan penyakit tidak menular. Komplikasi kehamilan dan persalinan, kesehatan jiwa dan penyalahgunaan narkotika dan obat-obatan, serta cedera, seluruhnya membutuhkan aksi nyata. Lebih dari setengah populasi dunia masih tidak dapat mengakses pelayanan kesehatan karena hambatan finansial. Dunia juga menghadapi ancaman kedaruratan kesehatan

berdampak besar (epidemi, pandemi, konflik, bencana alam dan teknologi) dan meningkatnya resistensi antimikroba. Banyak dari ancaman terhadap kesehatan tersebut berakar pada inekualitas sosial, politik, ekonomi, dan gender serta determinan kesehatan lainnya.

WHO merupakan otoritas dunia yang mengarahkan, mengkoordinasikan dan mendukung upaya lintas negara dalam mencapai komitmen tujuan 3 SDGs yang menekankan seluruh pemangku kepentingan untuk menjamin hidup sehat dan mempromosikan *well-being* untuk seluruh usia (*ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*). Sebagai acuan kegiatan tahun 2019-2023, WHO telah menetapkan Program Kerja Umum (GPW) 13 WHO, yang meliputi 2 biennium, yakni biennium 2020-2021 dan biennium 2022-2023. Program kerja ini merupakan kelanjutan dari program kerja sebelumnya, GPW 12, 2014-2019.

Visi GPW 13 ditetapkan berdasarkan SDGs yang berasal dari ayat 1 konstitusi WHO, dunia dengan seluruh penduduk mencapai standar kesehatan tertinggi yang memungkinkan dicapai (*A world in which all people attain the highest possible standard of health and well-being*), dengan misi mempromosikan kesehatan (*promote health*), mempertahankan dunia tetap aman (*keep the world save*), dan melayani masyarakat rentan (*serve the vulnerability*). Nilai-nilai yang diacu WHO meliputi komitmen terhadap hak asasi manusia, universalitas dan ekuitas.

Struktur GPW 13 meliputi tiga prioritas interkoneksi strategis untuk menjamin *healthy lives and well-being* untuk seluruh usia, yakni: mencapai *universal health coverage*, pengelolaan kedaruratan kesehatan dan mempromosikan penduduk yang lebih sehat. WHO memiliki fokus pada promosi kesehatan, khususnya meningkatkan kesehatan masyarakat rentan serta mengurangi inekuitas. Tujuannya adalah *leaving no one behind*, memberikan peluang tidak hanya umur panjang tetapi juga hidup sehat. Ketidakmengertian tentang kesehatan (*poor health literacy*) bersamaan dengan lemahnya kebijakan promosi kesehatan membuat kesulitan bagi masyarakat untuk membuat keputusan pilihan kesehatan untuk diri dan keluarga mereka. Di sisi lain, *healthy life expectancy*, tidak otomatis meningkat seiring peningkatan umur harapan hidup. Meningkatnya umur seringkali diikuti dengan peningkatan morbiditas dan penurunan fungsi.

WHO juga berkomitmen fokus pada pencapaian dan kemanfaatan *Universal Health Coverage* (UHC), termasuk perlindungan risiko keuangan (*financial risk protection*), akses terhadap pelayanan kesehatan esensial yang bermutu dan akses terhadap keselamatan, efektifitas, mutu serta ketersediaan dan kecukupan vaksin dan obat untuk semua. Esensi dari UHC adalah akses universal untuk memperkuat sistem kesehatan berorientasi manusia. Pelayanan berbasis komunitas, promosi kesehatan dan pencegahan penyakit merupakan komponen utama dalam pencapaian UHC. Tantangan utama dalam mencapai UHC adalah hambatan dalam mengakses pelayanan kesehatan, bisa berupa hambatan ekonomi, geografi, epidemiologi atau budaya.

Pelayanan kesehatan primer yang efektif dan efisien membutuhkan pelayanan kesehatan yang terintegrasi, yang didukung oleh pendekatan kesehatan digital dan sistem inovasi, –kapasitas sumber daya manusia, akses terhadap obat, vaksin, dan produk kesehatan. Juga perlu didukung pembiayaan dan tata kelola yang memadai, termasuk penguatan sistem informasi kesehatan dan peningkatan advokasi.

Setiap negara rentan terhadap epidemi dan kedaruratan, sehingga deteksi dini, *risk assessment*, dan *sharing* informasi adalah sesuatu yang esensial untuk menghindari kesakitan, cedera, kematian, dan kerugian ekonomi dalam skala luas. Peningkatan deteksi seluruh bahaya kedaruratan kesehatan dan kapasitas manajemen risiko (deteksi dan pencegahan risiko, kesiapan kedaruratan, respons terhadap implementasi *International Health Regulations* dan Kerangka Kerja Sendai untuk Reduksi Risiko Bencana, serta perubahan iklim) penting untuk segera dilakukan. Perlu juga dibuat Rencana Aksi Nasional untuk mengimplementasikan dan mempertahankan kapasitas kritis untuk melayani masyarakat dengan lebih baik pada tingkat lokal, nasional dan global.

Sistem Kesehatan Nasional yang lebih kuat dan mantap akan memberikan kesiapsiagaan dini atas kemungkinan dan respons kedaruratan. Perlu juga dilakukan penelitian, pengembangan, dan inovasi yang dibutuhkan untuk mendeteksi (*to detect*), mencegah (*prevent*) dan merespons (*respond*) *new and emerging diseases* dan sumber risiko lain. Kegiatan-kegiatan yang dapat dilakukan antara lain menjamin pemberian pelayanan *essential life-saving*, integrasi vaksinasi dengan kampanye pencegahan epidemik lainnya, implementasi strategi pengendalian vektor baru, menjamin akses universal terhadap pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi, serta integrasi kesehatan reproduksi dalam strategi dan program nasional.

Pendekatan WHO untuk kedaruratan kesehatan ditujukan untuk menjamin populasi yang terdampak memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan *life-saving* yang esensial dan intervensi kesehatan masyarakat; seluruh negara memiliki mitigasi risiko terhadap bahaya ancaman infeksi; seluruh negara menilai kesenjangan kritis atas kesiapan kedaruratan, termasuk kapasitas inti dalam *International Health Regulations* dan kapasitas pengelolaan seluruh risiko bahaya kedaruratan kesehatan.

Deklarasi Astana dan Penguatan *Primary Health Care (PHC)*

Negara menjamin pemenuhan hak dasar setiap manusia untuk pencapaian standar kesehatan tertinggi. Menjadi kewajiban dan tanggung jawab setiap tingkat pemerintahan dalam menjaga hak setiap penduduk untuk mencapai standar kesehatan tertinggi yang mampu dicapai. Kondisi ini dapat diperoleh melalui aksi multisektoral, melibatkan pemangku kepentingan dan memberdayakan masyarakat setempat melalui penguatan PHC, memperhatikan determinan ekonomi, sosial, dan lingkungan dari kesehatan dan mengurangi faktor risiko dengan mengarustamakan pendekatan kesehatan di dalam seluruh kebijakan, melibatkan pemangku kepentingan dalam pencapaian sehat untuk semua (*health for all*), *leaving no one behind*, menjamin pelaksanaan *continuum of care* dan pelayanan kesehatan esensial melalui penyediaan

alokasi sumber daya manusia dan sumber daya lain untuk memperkuat PHC, membangun PHC yang berkelanjutan, meningkatkan kapasitas dan infrastruktur PHC.

Primary Health Care diyakini menjadi salah satu solusi dalam mencapai agenda untuk pembangunan berkelanjutan (SDGs) 2030 dan kesehatan untuk semua, serta menjadi pendekatan yang paling inklusif, efektif dan efisien untuk meningkatkan kesehatan fisik dan mental masyarakat, serta kesejahteraan sosial. Konferensi Global mengenai PHC di Astana, Kazakhstan, 2018, telah sepakat menggalang komitmen pemerintah dan masyarakat untuk memprioritaskan, mempromosikan dan melindungi kesehatan dan kesejahteraan masyarakat melalui sistem kesehatan yang kuat; layanan kesehatan yang berkualitas tinggi, aman, komprehensif, terpadu, mudah diakses, tersedia dan terjangkau untuk semua orang, dengan pelayanan yang dilingkupi oleh rasa hormat dan bermartabat oleh profesional kesehatan yang terlatih baik, terampil, termotivasi dan berkomitmen.

Primary Health Care yang efektif akan dapat mengatasi meningkatnya beban penyakit tidak menular, kematian dini karena penggunaan tembakau, penggunaan alkohol, gaya hidup dan perilaku yang tidak sehat, aktivitas fisik rendah dan diet tidak sehat. Pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitasi dan paliatif harus dapat diakses oleh semua. Agar berfungsi optimal, PHC juga harus dapat diakses, aman, berkualitas tinggi, komprehensif, efisien, adil (*equitable*), diterima (*acceptable*) dan terjangkau (*affordable*), berkelanjutan, terpadu, *people-centred*, mampu mendeteksi dan merespon penyakit-penyakit menular dan tidak menular.

Disrupsi, teknologi, dan era digital

Aplikasi teknologi dalam pelayanan kesehatan yang ditandai dengan meluasnya digitalisasi, optimalisasi, dan penggunaan kecerdasan buatan membuat perubahan besar dalam pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan saat ini mengalami kondisi VUCA (*Volatile, Uncertainty, Complexity dan Ambiguity*) karena dihadapkan pada disrupsi dalam pelayanan kesehatan (*disruption in healthcare*). Disrupsi diartikan sebagai perubahan mendasar yang menggantikan seluruh cara kerja yang lama dengan pembaharuan yang mendasar. Teknologi medis yang semakin canggih (*artificial narrow intelligence, robotics, genomics*); revolusi dalam *hardware* dan *software* dalam pelayanan kesehatan, *telemedicine*, virtual dan *augmented reality*; penetrasi akses internet, telepon *mobile* dan *smartphone*; melimpahnya informasi mengenai kesehatan dari berbagai sumber; masyarakat yang semakin sadar dan cerdas; peningkatan biaya penyediaan pelayanan kesehatan modern, menjadi berbagai tantangan yang hadir di era disruptif. Pelayanan kesehatan ke depan dituntut akan semakin terkoneksi (*hyperconnected healthcare*). Inovasi-inovasi berbasis digital di dalam pelayanan kesehatan serta teknologi-teknologi terobosan (*cloud computing, supercomputing, big data, Internet of Things – IoT*) akan semakin mengambil peran penting dalam pelayanan kesehatan.

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 2021.

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

Kementerian Kesehatan telah menetapkan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020, dan dengan ditetapkannya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, berdampak pada terjadinya perubahan nomenklatur di Kementerian Kesehatan.

Visi Nasional pembangunan jangka panjang adalah terciptanya manusia yang sehat, cerdas, produktif, dan berakhhlak mulia serta masyarakat yang makin sejahtera dalam pembangunan yang berkelanjutan didorong oleh perekonomian yang makin maju, mandiri, dan merata di seluruh wilayah didukung oleh penyediaan infrastruktur yang memadai serta makin kokohnya kesatuan dan persatuan bangsa yang dijewali oleh karakter yang tangguh dalam wadah Negara Kesatuan Republik Indonesia yang diselenggarakan dengan demokrasi yang didasarkan pada nilai-nilai Pancasila sebagai pedoman dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara serta menjunjung tegaknya supremasi hukum.

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 guna menciptakan manusia yang sehat, produktif, mandiri, dan berkeadilan.

Pembangunan manusia dilakukan berlandaskan pada Tiga Pilar Pembangunan, yakni layanan dasar dan perlindungan sosial, produktivitas, dan 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. Pilar layanan dasar dan perlindungan sosial mencakup tata kelola kependudukan, perlindungan sosial, kesehatan, pendidikan, pengentasan kemiskinan, peningkatan kualitas anak, perempuan dan pemuda. Pilar peningkatan produktivitas mencakup pendidikan dan pelatihan vokasi, pendidikan tinggi, penguatan IPTEK-Inovasi, dan peningkatan prestasi olah raga. Pilar pembangunan karakter mencakup revolusi mental dan pembinaan ideologi Pancasila, pemajuan dan pelestarian kebudayaan, penguatan moderasi beragama, peningkatan budaya literasi, inovasi dan kreativitas.

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 pondasi dalam peningkatan kualitas SDM, khususnya terkait aspek pembangunan sumber daya manusia sebagai modal manusia (*human capital*).

Indeks modal manusia (*Human Capital Index*) mencakup parameter:

- 1) *Survival*, diukur dari probabilitas keberlangsungan hidup hingga umur 5 tahun (*probability of survival to age 5*),
- 2) Pendidikan, diukur dari ekspektasi jumlah tahun sekolah dan skor tes terharmonisasi (*expected years of schooling and harmonized test scores*), dan
- 3) Kesehatan, diukur dari *survival rate* usia 15 – 60 tahun dan proporsi anak dibawah usia 5 tahun yang tidak mengalami *stunting*.

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

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. Menurunkan angka kematian ibu dan bayi
Angka kematian ibu (*maternal mortality rate*) dan angka kematian bayi (*infant mortality rate*) merupakan indikator sensitif untuk mengukur keberhasilan pencapaian pembangunan kesehatan, dan juga sekaligus mengukur pencapaian indeks modal manusia. Pemerintah telah menetapkan penurunan angka kematian ibu sebagai *major project*, yang harus digarap dengan langkah-langkah strategis, efektif dan efisien.
2. Menurunkan angka *stunting* pada balita
Proporsi balita *stunting* sangat penting sebagai parameter pembangunan modal manusia. Seperti halnya penurunan angka kematian ibu, pemerintah juga telah menetapkan percepatan penurunan *stunting* sebagai *major project* yang harus digarap dengan langkah-langkah strategis, efektif dan efisien.
3. Memperbaiki pengelolaan Jaminan Kesehatan Nasional
Sebagaimana diketahui bersama, program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah mampu memperbaiki akses pelayanan kesehatan baik ke FKTP maupun FKRTL dan juga telah memperbaiki keadilan (ekualitas) pelayanan kesehatan antar kelompok masyarakat. Namun demikian, pembiayaan JKN selama lima tahun terakhir telah

mengalami ketidakseimbangan antara pengeluaran dan pemasukan. Dalam rangka meningkatkan efektivitas dan efisiensi JKN, Kementerian Kesehatan memiliki peran sentral dalam kendali mutu dan kendali biaya (*cost containment*).

4. Meningkatkan kemandirian dan penggunaan produk farmasi dan alat kesehatan dalam negeri.

Sesuai dengan peta jalan kemandirian farmasi dan alat kesehatan, pemerintah telah bertekad untuk meningkatkan industri bahan baku obat dan juga peningkatan produksi alat kesehatan dalam negeri. Agar produksi dalam negeri ini dapat diserap oleh pasar, pemerintah harus melakukan langkah-langkah strategis untuk mendorong penggunaan obat dan alat kesehatan produksi dalam negeri.

Guna mewujudkan Misi Presiden dalam Bidang Kesehatan Tahun 2020-2024, Kementerian Kesehatan menetapkan 5 (lima) Tujuan Strategis, yakni:

1. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup
2. Penguatan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan
3. Peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit dan pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat
4. Peningkatan sumber daya kesehatan
5. Peningkatan tata kelola pemerintahan yang baik, bersih dan inovatif

5 (lima) Tujuan Strategis, yang dijabarkan menjadi 8 (delapan) Sasaran Strategis, dalam menjalankan pembangunan kesehatan 2020-2024. Delapan Sasaran Strategis tersebut adalah:

- 1) Meningkatnya kesehatan ibu, anak dan gizi masyarakat

Meningkatkan kesehatan ibu, anak dan gizi masyarakat dilaksanakan melalui strategi:

- a) Peningkatan pelayanan ibu dan bayi berkesinambungan di fasilitas publik dan swasta melalui sistem rujukan terpadu dan berkesinambungan semenjak ANC;
- b) Peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan *antenatal* dan *postnatal* bagi ibu dan bayi baru lahir, termasuk imunisasi;
- c) Peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan persalinan di fasilitas kesehatan;
- d) peningkatan kompetensi tenaga kesehatan terutama bidan dalam mendeteksi dini faktor risiko kematian;
- e) Penyediaan ambulans desa untuk mencegah tiga terlambat;
- f) Peningkatan penyediaan darah setiap saat dibutuhkan;
- g) Perbaikan pencatatan kematian ibu dan kematian bayi di fasyankes dan masyarakat melalui pengembangan PS2H (Pencatatan Sipil dan Statistik Hayati);
- h) Penguatan dan pengembangan pelaksanaan MTBS;
- i) Perluasan cakupan Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) mencapai UCI (Universal Child Immunization) sampai level desa;
- j) Peningkatan cakupan ASI eksklusif;
- k) Peningkatan gizi remaja putri dan ibu hamil;
- l) Peningkatan efektivitas intervensi spesifik, perluasan dan penajaman intervensi sensitif secara terintegrasi sampai tingkat desa;
- m) Peningkatan cakupan dan mutu intervensi spesifik mulai dari remaja, ibu hamil, bayi, dan anak balita;

- n) Penguatan kampanye nasional dan strategi komunikasi untuk perubahan perilaku sampai pada keluarga;
 - o) Penguatan puskemas dalam penanganan balita gizi buruk dan wasting;
 - p) Penguatan sistem surveilans gizi;
 - q) Pendampingan ibu hamil untuk menjamin asupan gizi yang berkualitas;
 - r) Pendampingan baduta untuk mendapatkan ASI eksklusif, makanan pendamping ASI, dan stimulasi perkembangan yang adekuat;
 - s) Promosi pembudayaan hidup sehat, melalui edukasi literasi kesehatan;
 - t) Revitalisasi posyandu, posbindu, UKS, dan UKBM lainnya untuk edukasi kesehatan, skrining, dan deteksi dini kasus;
 - u) Mendorong pelabelan pangan, kampanye makan ikan, makan buah dan sayur, serta kampanye diet seimbang (isi piringku);
 - v) Meningkatkan metode/cara promosi kesehatan, melalui TV spot, leaflets, booklet, media sosial, dan sebagainya;
 - w) Pengembangan kawasan sehat antara lain kabupaten/kota sehat, pasar sehat, UKS dan lingkungan kerja sehat;
 - x) Melakukan aksi multisektoral untuk mendorong penyediaan ruang terbuka publik, aktivitas fisik (olah raga), stop smoking, penurunan polusi udara, dan peningkatan lingkungan sehat;
 - y) Mendorong regulasi pemerintah pusat dan daerah serta swasta untuk menerapkan pembangunan berwawasan kesehatan /*Health in All Policy* (HiAP).
- 2) Meningkatnya ketersediaan dan mutu fasyankes dasar dan rujukan
Dilaksanakan melalui strategi:
- a) Peningkatan ketersediaan fasyankes dasar dan rujukan (FKTP dan FKRTL) yang difokuskan pada daerah yang akses secara fisik masih terkendala (DTPK), di mana untuk wilayah perkotaan lebih didorong peran swasta;
 - b) Pengembangan dan pelaksanaan rencana induk nasional penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan;
 - c) Penyempurnaan standar pelayanan kesehatan;
 - d) Pemanfaatan inovasi teknologi dalam pelayanan kesehatan termasuk laboratorium kesehatan meliputi perluasan sistem rujukan online termasuk integrasi fasilitas kesehatan swasta dalam sistem rujukan, sistem rujukan khusus untuk daerah dengan karakteristik geografis tertentu (kepulauan dan pegunungan);
 - e) Perluasan cakupan dan pengembangan jenis layanan telemedicine, digitalisasi rekam medis dan rekam medis online; perluasan pelayanan kesehatan bergerak (flying health care) dan gugus pulau;
 - f) Penguatan Health Technology Assessment (HTA), dewan pertimbangan klinis, dan tim kendali mutu dan kendali biaya, pengembangan dan penerapan clinical pathway;
 - g) Penguatan kemampuan RS Khusus;
 - h) Penguatan pelayanan kesehatan primer sebagai sebuah sistem, melalui peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, penguatan sistem koordinasi jejaring dan jaringan puskesmas, penguatan promotif, preventif dan penemuan dini kasus melalui penguatan UKBM, praktik mandiri, klinik pratama, penguatan aksi

- multisektoral melalui pelibatan seluruh stakeholder, dan penguatan konsep wilayah kerja;
- i) Penguatan kepemimpinan dan manajemen di dinas kesehatan kabupaten/kota dan puskesmas dalam rangka penguatan pelayanan kesehatan primer sebagai sebuah sistem;
 - j) Perbaikan pengelolaan limbah medis fasilitas pelayanan kesehatan dan pengendalian Bahan Berbahaya dan Beracun (B3).
- 3) Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat
- Meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat dilakukan melalui strategi:
- a) Perluasan cakupan deteksi dini PM dan PTM, termasuk pencapaian cakupan SPM Bidang Kesehatan;
 - b) Peningkatan inovasi pengendalian vektor, termasuk pengendalian vektor terpadu, dan pengendalian vektor secara biologis;
 - c) Penguatan tata laksana penanganan penyakit dan cedera;
 - d) Penguatan sanitasi total berbasis masyarakat;
 - e) Peningkatan akses air bersih dan perilaku higienis;
 - f) Penguatan legislasi, kebijakan dan pembiayaan untuk kegawatdaruratan kesehatan masyarakat;
 - g) Peningkatan advokasi dan komunikasi;
 - h) Peningkatan program pencegahan resistensi antibiotika, penyakit zoonosis, keamanan pangan, manajemen biorisiko;
 - i) Penguatan sistem laboratorium nasional, termasuk laboratorium kesehatan masyarakat untuk penguatan surveilans;
 - j) Penguatan reporting dan real time surveillance untuk penyakit berpotensi wabah dan penyakit baru muncul (new emerging diseases);
 - k) Membangun sistem kewaspadaan dini;
 - l) Membangun kemampuan fasyankes untuk respon cepat;
 - m) Peningkatan kemampuan daerah termasuk SDM.
- 4) Meningkatnya akses, kemandirian dan mutu kefarmasian dan alat kesehatan
- Meningkatkan akses, kemandirian dan mutu kefarmasian dan alat kesehatan dilakukan melalui strategi:
- a) Memastikan ketersediaan obat esensial dan vaksin di fasilitas pelayanan kesehatan, terutama di puskesmas, dengan melakukan pembinaan pengelolaan obat dan vaksin sesuai standar di instalasi farmasi provinsi, kabupaten/kota dan puskesmas;
 - b) Menerapkan sistem data dan informasi pengelolaan logistik obat secara terintegrasi antara sarana produksi, distribusi, dan pelayanan kesehatan;
 - c) Penguatan regulasi sistem pengawasan pre dan post market alat kesehatan, melalui penilaian produk sebelum beredar, sampling dan pengujian, inspeksi sarana produksi dan distribusi termasuk pengawasan barang impor Border and Post Border, dan penegakan hukum;
 - d) Meningkatkan daya saing dan kemandirian industri farmasi dan alat kesehatan dalam negeri, melalui penciptaan iklim ramah investasi, optimalisasi hubungan kerjasama luar negeri, membangun sinergi Academic-Business-Government-

- Community-Innovator (A-B-G-C-I), hilirisasi, serta fasilitasi pengembangan industri farmasi dan alat kesehatan ke arah biopharmaceutical, vaksin, natural, Active Pharmaceutical Ingredients (API) kimia dan industri alat kesehatan teknologi tinggi;
- e) Mendorong tersedianya vaksin halal melalui penyusunan roadmap vaksin halal;
 - f) Mendorong produksi alat kesehatan dalam negeri dengan mengutamakan pemanfaatan komponen lokal serta penggunaan alat kesehatan dalam negeri melalui promosi, advokasi, dan pengawasan implementasi regulasi;
 - g) Menjalankan program promotif preventif melalui pemberdayaan masyarakat, terutama untuk meningkatkan penggunaan obat rasional dan alat kesehatan tepat guna di masyarakat serta pemanfaatan kearifan lokal melalui Gerakan Bugar dengan Jamu dan pemanfaatan Obat Modern Asli Indonesia (OMAI).
- 5) Meningkatnya pemenuhan SDM kesehatan dan kompetensi sesuai standar
- Meningkatkan pemenuhan SDM kesehatan dan kompetensi sesuai standar dilakukan melalui strategi:
- a) Pemenuhan tenaga kesehatan di puskesmas sesuai standar;
 - b) Pemenuhan tenaga dokter spesialis di rumah sakit sesuai standar;
 - c) Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan terkait program prioritas nasional (penurunan kematian maternal, kematian bayi, stunting, pengendalian penyakit);
 - d) Afirmasi pendidikan tenaga kesehatan strategis untuk wilayah DTPK;
 - e) Pembuatan skema penempatan tenaga kesehatan untuk pemenuhan standar jumlah nakes dengan pendekatan insentif yang memadai dan perbaikan regulasi;
 - f) Meningkatkan kapasitas tenaga kader kesehatan di UKBM (posyandu, posbindu) dan memberikan reward yang memadai sesuai kinerja yang ditetapkan.
- 6) Terjaminnya pembiayaan kesehatan
- Meningkatkan pembiayaan kesehatan dilakukan melalui strategi:
- a) Mendorong peningkatan pembiayaan kesehatan dari komponen APBN, khususnya terkait Upaya Kesehatan Masyarakat;
 - b) Pemenuhan pembiayaan kesehatan untuk peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN;
 - c) Mendorong peningkatan pembiayaan kesehatan dari APBD minimal 10% dari APBD;
 - d) Mendorong peningkatan pembiayaan kesehatan oleh swasta.
- 7) Meningkatnya sinergisme pusat dan daerah serta meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih
- Meningkatkan sinergisme pusat dan daerah serta meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih dilakukan melalui strategi:
- a) Pengembangan kebijakan untuk penguatan kapasitas pemerintah provinsi dan kabupaten/kota;
 - b) Pendampingan perbaikan tata kelola pada daerah yang memiliki masalah kesehatan untuk pencapaian target nasional dan mendorong pemenuhan SPM Bidang Kesehatan;
 - c) Integrasi, interoperabilitas, sinkronisasi dan simplifikasi sistem informasi kesehatan pusat dan daerah termasuk penerapan sistem single entry;
 - d) Penguatan manajemen kesehatan di kabupaten/kota dalam kerangka otonomi pembangunan kesehatan;

- e) Mendorong sinergisme perencanaan pusat, provinsi, dan kabupaten/kota;
 - f) Mendorong penerapan revolusi mental dan reformasi birokrasi;
 - g) Mendorong efektivitas dan efisiensi penggunaan anggaran pemerintah;
 - h) Meningkatkan pendekatan manajemen berbasis kinerja;
 - i) Meningkatkan jumlah unit yang masuk dalam kategori WBK dan WBBM.
- 8) Meningkatnya efektivitas pengelolaan penelitian dan pengembangan kesehatan dan sistem informasi kesehatan untuk pengambilan keputusan.
- Meningkatkan efektivitas pengelolaan penelitian dan pengembangan kesehatan untuk pengambilan keputusan dilakukan melalui strategi:
- a) Melaksanakan penelitian, pengembangan, dan pengkajian untuk mendukung pencapaian pembangunan kesehatan sesuai dengan RPJMN Bidang Kesehatan dan Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024;
 - b) Menguatkan jejaring penelitian kesehatan dan jejaring laboratorium guna memperkuat sistem penelitian kesehatan nasional ;
 - c) Meningkatkan riset untuk penguatan data rutin baik di fasilitas kesehatan dan masyarakat;
 - d) Meningkatkan diseminasi dan advokasi hasil penelitian untuk mendorong pemanfaatan hasil penelitian untuk perbaikan kebijakan dan program kesehatan;
 - e) Mengembangkan dashboard sistem informasi pembangunan kesehatan yang real time;
 - f) Meningkatkan integrasi, interoperabilitas dan pemanfaatan data hasil penelitian dan data rutin;
 - g) Mengembangkan poros kebijakan guna peningkatan pemanfaatan hasil penelitian, pengembangan, dan pengkajian untuk perumusan dan perbaikan kebijakan kesehatan.

Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan akan dicapai melalui 6 (enam) program, yaitu:

Program generik meliputi:

1. Program Dukungan Manajemen
2. Program Pendidikan dan Pelatihan Vokasi
3. Program Riset dan Inovasi Ilmu Pengetahuan dan Teknologi

Program teknis meliputi:

1. Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
2. Program Kesehatan Masyarakat
3. Program Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

B. Perjanjian Kinerja Tahun 2021

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 2021 sesuai dengan indikator pada Renstra Kementerian Kesehatan yang ditetapkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Adapun rincian indikator dan targetnya adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1.
Perjanjian Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2021

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)	14,5%
		2 Persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (PF)	89%
		3 Jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir	200
		4 Persentase balita stunting	21,1%
		5 Persentase bayi kurang dari 6 bulan mendapat ASI eksklusif	45%
		6 Persentase kabupaten/kota melaksanakan pembinaan posyandu aktif	70%
		7 Persentase kabupaten/kota yang menerapkan kebijakan gerakan masyarakat hidup sehat	35%
		8 100% kabupaten/kota menerapkan kebijakan KTR	374
		9 Kabupaten/kota sehat	220
2	Meningkatnya ketersediaan dan mutu fasylakes dasar dan rujukan	1 Seluruh kecamatan memiliki minimal 1 puskesmas	43
		2 Persentase kabupaten/kota yang memenuhi rasio TT 1:1.000	50%
		3 Persentase FKTP sesuai standar	60%

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
		4 Persentase RS terakreditasi	85%
		5 Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan lain yang memenuhi persyaratan survey akreditasi	228
3	Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat	1 Menurunnya insidensi TB per 100.000 penduduk	252
		2 Menurunnya insidensi HIV	0,21
		3 Meningkatkan eliminasi malaria	345
		4 Kabupaten/Kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap	83,8
		5 Meningkatnya kabupaten/kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM dan penyakit menular lainnya termasuk NTD	129
		6 Persentase kabupaten/kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM	65%
4	Meningkatnya akses, kemandirian, dan mutu kefarmasian dan alat kesehatan	1 Persentase puskesmas dengan ketersediaan obat esensial	90%
5	Meningkatnya pemenuhan SDM kesehatan dan kompetensi sesuai standar	1 Persentase puskesmas dengan jenis nakes sesuai standar	47%
		2 Persentase RSUD kabupaten/kota yang memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis lainnya sebesar 90% (minimal 4 spesialis dasar wajib ada)	75%
		3 Jumlah SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya	39.627
		4 Persentase puskesmas tanpa dokter	0%
6	Terjaminnya pembiayaan kesehatan	1 Persentase anggaran kesehatan terhadap APBN	5,1%

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
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	40%
		2 Persentase provinsi dengan anggaran kesehatan daerah dalam APBD yang sesuai dengan prioritas nasional di bidang kesehatan	40%
		3 Nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan	78,69
		4 Nilai kinerja penganggaran Kementerian Kesehatan	88
		5 Persentase satker KP/KD yang telah memenuhi predikat WBK/WBBM (Kemenkes/Nasional)	50%
8	Meningkatnya efektivitas pengelolaan penelitian dan pengembangan kesehatan dan sistem informasi kesehatan untuk pengambilan keputusan	1 Jumlah rekomendasi kebijakan hasil litbangkes yang dimanfaatkan untuk perbaikan kebijakan	6
		2 Jumlah sistem informasi kesehatan yang terintegrasi dalam aplikasi satu data kesehatan	25

Jumlah anggaran pagu awal yang dialokasikan pada Tahun 2021 sebesar Rp. 84.299.613.500.000 (Delapan Puluh Empat Triliun Dua Ratus Sembilan Puluh Sembilan Miliar Enam Ratus Tiga Belas Juta Lima Ratus Ribu Rupiah).

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi

Tahun 2021 merupakan tahun kedua dalam pelaksanaan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024. Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan antara realisasi kinerja dengan target kinerja dari masing-masing indikator kinerja yang telah ditetapkan dalam perjanjian kinerja. Melalui pengukuran kinerja diperoleh gambaran pencapaian masing-masing indikator sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan kegiatan di masa yang akan datang agar setiap kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasil guna dan berdaya guna. Capaian kinerja Kementerian Kesehatan pada tahun 2021 akan diuraikan menurut Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan. Sebagaimana disebutkan dalam Renstra Kemenkes Tahun 2020-2024 sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Terdapat 8 Sasaran Strategis yang akan dicapai oleh Kementerian Kesehatan dalam kurun waktu lima tahun. Uraian capaian kedelapan Sasaran Strategis tersebut adalah sebagai berikut:

1) Sasaran Strategis 1: Meningkatnya kesehatan ibu, anak dan gizi masyarakat

Tujuan pembangunan kesehatan pada tahun 2020-2024, yaitu meningkatkan status kesehatan masyarakat. Dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang ditandai dengan menurunnya angka kematian ibu, angka kematian bayi, prevalensi kekurangan gizi dan prevalensi stunting, Kementerian Kesehatan telah menetapkan langkah-langkah yang selanjutnya dirumuskan menjadi indikator - indikator yang relevan dalam mengukur capaian kinerjanya sebagai berikut:

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. Jumlah kabupaten/kota sehat

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

Tabel 3.1.
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 1:
Meningkatnya kesehatan ibu, anak dan gizi masyarakat

SS 1: Meningkatnya Kesehatan Ibu, Anak dan Gizi Masyarakat				
Indikator Kinerja		Realisasi Kinerja		
		Target	Realisasi	% Realisasi
1a.	Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK)	14,5%	8,7%	140%
1b.	Persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (PF)	89%	90,28%	101,44%
1c.	Jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir	200	86	43%
1d.	Persentase balita stunting	21,1%	24,4%	84,36%
1e.	Persentase bayi kurang dari 6 bulan mendapat ASI eksklusif	45%	69,7%	154,9%
1f.	Persentase kabupaten/kota melaksanakan pembinaan posyandu aktif	70%	47,67%	68%
1g.	Persentase kabupaten/kota yang menerapkan kebijakan gerakan masyarakat hidup sehat	35%	45,14%	128,97%
1h.	100% kabupaten/kota menerapkan kebijakan KTR	374	319	85,3%
1i.	Jumlah Kabupaten/kota sehat	220	221	100,45

1. Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK)

Asupan gizi yang adekuat pada ibu hamil merupakan faktor penting untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan gizi ibu pada saat hamil. Jika kebutuhan gizi ibu baik dari segi jumlah dan kualitas tidak terpenuhi maka kenaikan berat badan ibu dan janin akan susah bertambah. Kondisi tersebut dapat meningkatkan risiko kesehatan bagi ibu dan bayi yang akan dilahirkan. Ibu hamil dengan status gizi dan kesehatan yang kurang baik berisiko melahirkan bayi prematur, berat badan lahir rendah dan meningkatkan risiko kesakitan dan kematian bagi ibu dan bayinya.

Masalah gizi yang umum terjadi pada ibu hamil adalah masalah kekurangan gizi, baik kurang gizi makro maupun mikro yang termanifestasi dalam status kurang energi kronik (KEK) maupun anemia kurang zat gizi besi. Kekurangan gizi ini umumnya terjadi

dalam jangka waktu yang cukup lama bahkan sebelum masa kehamilan. Indikator yang umum digunakan untuk deteksi dini masalah kurang energi kronik pada ibu hamil adalah ‘risiko’ KEK yang ditandai oleh rendahnya cadangan energi dalam jangka waktu cukup lama dan dapat diukur dengan lingkar lengan atas (LiLA) kurang dari 23,5 cm.

Definisi Operasional yang digunakan untuk mengukur Ibu Hamil KEK adalah ibu hamil dengan risiko Kurang Energi Kronik (KEK) yang ditandai dengan ukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA) kurang dari 23,5 cm.

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

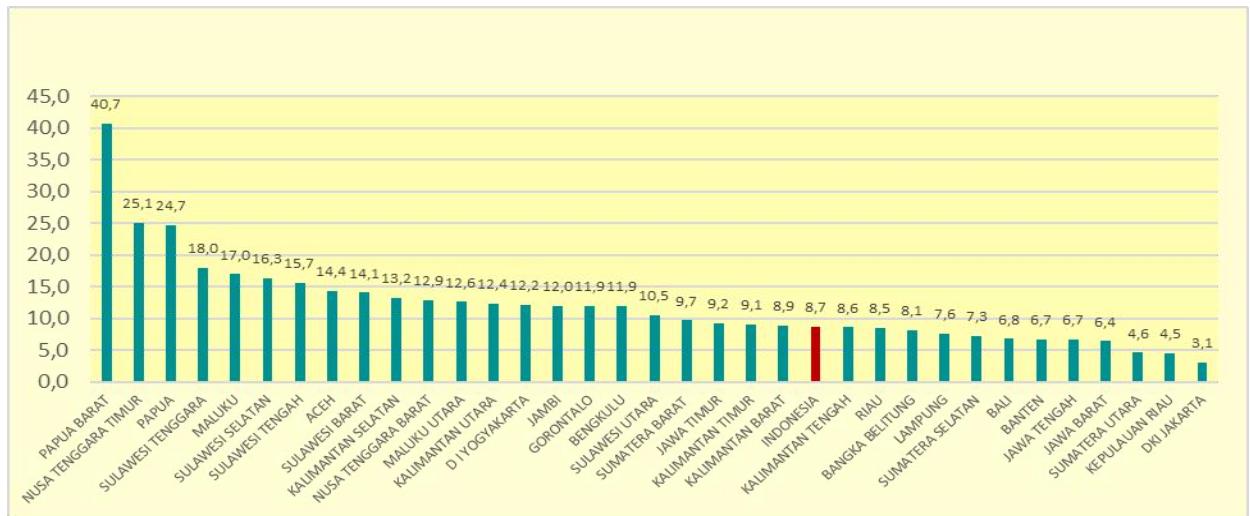
$$\text{Persentase Ibu Hamil Risiko KEK} = \frac{\text{Jumlah ibu hamil risiko KEK}}{\text{Jumlah ibu hamil yang diukur LiLA}} \times 100\%$$

Fokus perbaikan gizi masyarakat adalah peningkatan gizi pada kelompok 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yang mencakup Ibu Hamil, Ibu Menyusui, Bayi dan anak sampai usia 2 tahun. Program gizi yang fokus pada 1000 HPK terbukti *cost effective* dan secara *evidence* menunjukkan hasil yang signifikan terhadap perbaikan gizi masyarakat secara umum. Kelompok ibu hamil adalah kelompok strategis untuk diberikan intervensi perbaikan gizi karena ibu dengan status gizi baik cenderung akan melahirkan bayi dengan status gizi baik. Namun hasil studi menunjukkan umumnya ibu hamil mengalami masalah kekurangan gizi seperti Kurang Energi Kronik (KEK) dan anemia. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan prevalensi risiko KEK pada ibu hamil (15-49 tahun) masih cukup tinggi yaitu sebesar 17,3%, angka tersebut menunjukkan perbaikan dari persentase ibu hamil KEK yang diharapkan dapat turun sebesar 1,5% setiap tahunnya.

Berdasarkan sumber data laporan rutin tahun 2022 yang terkumpul dari 34 provinsi, diketahui terdapat 283.833 ibu hamil dengan Lila < 23,5 cm (risiko KEK) dari 3.249.503 ibu hamil yang diukur Lila, sehingga diketahui bahwa capaian ibu hamil dengan risiko KEK sebesar 8,7% (cut off tanggal 4 Februari 2022) sementara target tahun 2021 adalah 14,5%. Capaian tersebut menggambarkan bahwa target ibu hamil KEK tahun ini telah melampaui target Renstra Kemenkes tahun 2021.

Jika capaian tersebut dibandingkan dengan ambang batas kesehatan masyarakat menurut WHO (WHO, 2010) untuk ibu hamil dengan risiko KEK maka Indonesia masih masuk pada negara yang memiliki masalah kesehatan masyarakat kategori sedang (5-9,9%).

Grafik 3.1
Percentase Ibu Hamil KEK Berdasarkan Provinsi Tahun 2021

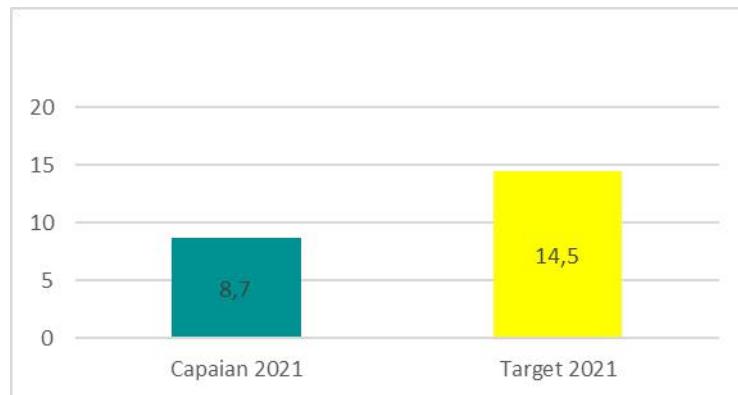


Sumber data: Direktorat Gizi Masyarakat

Gambar di atas menunjukkan bahwa terdapat 7 provinsi yang persentase ibu hamil KEK nya masih di atas target 14,5%, sementara 27 provinsi lainnya sudah mencapai target yang diharapkan. DKI Jakarta adalah provinsi dengan persentase Ibu Hamil KEK yang paling rendah yaitu 3,1% sedangkan provinsi dengan persentase Ibu Hamil KEK tertinggi adalah Papua Barat (40,7%), Nusa Tenggara Timur (25,1%) dan Papua (24,7%).

Jika membandingkan dengan capaian tahun ini sebesar 8,7% dengan target sebesar 14,5% maka capaian tahun 2021 ini mengalami peningkatan yang cukup signifikan dengan realisasi target mencapai 140%, seperti yang tergambar pada Gambar di bawah ini:

Grafik 3.2
Capaian Persentase Ibu Hamil KEK dibandingkan Target Tahun 2021



Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target meliputi:

- a) Pemberian makanan tambahan untuk ibu hamil KEK bertujuan untuk menambah asupan kalori dan protein ibu hamil KEK. Berdasarkan laporan rutin diketahui bahwa cakupan pemberian makanan tambahan (MT) bagi ibu hamil KEK telah melampaui target di tahun 2021, yaitu sebesar 91,4% dari target 80%. (Laporan rutin Dit. Gizi Masyarakat (cut off tanggal 10 Januari 2022). Salah satu upaya yang telah dilakukan untuk meningkatkan daya terima makanan tambahan ibu hamil dengan menambah pilihan rasa krim biskuit menjadi 3 rasa (strawberry, nanas, lemon).
- b) Kegiatan Pendidikan gizi untuk meningkatkan asupan ibu hamil dan balita melalui pemberian pangan lokal di 420 desa, 70 puskesmas, 7 kabupaten, 7 provinsi.
- c) Pendampingan AIPVOGI untuk implementasi intervensi gizi spesifik dilakukan di 5 kabupaten dengan jumlah stunting terbanyak, yaitu Kabupaten Bogor, Bandung, Cirebon, Jember dan Lombok Timur. Masing-masing kabupaten menetapkan 2 puskesmas dan 12 posyandu per-puskesmas sebagai lokus piloting. Kegiatan yang dilakukan pada pendampingan ini diantaranya adalah pendampingan ibu hamil KEK dan anemia. Ibu hamil diberikan konseling, diukur status gizi dan dipantau asupan gizinya termasuk asupan makanan tambahan dan tablet tambah darah.
- d) Penguatan koordinasi pusat dan daerah dalam meningkatkan sinergitas pelaksanaan program gizi. Beberapa kegiatan yang dilaksanakan adalah Pertemuan Persiapan Suplementasi Gizi antara Pusat dan Daerah serta monitoring evaluasi pemberian Makana Tambahan di tingkat Puskesmas.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target yaitu:

- a) Tingkat kepatuhan dalam melaporkan capaian indikator ibu hamil KEK secara rutin setiap bulan masih rendah. Hal ini terjadi karena proses pelaporan yang lambat dari mulai tingkat posyandu sampai tingkat provinsi, selain itu masih ditemukan beberapa provinsi yang belum melakukan pelaporan prevalensi ibu hamil KEK yaitu Provinsi Sulawesi Utara.
- b) Masih tingginya prevalensi KEK pada remaja puteri (usia 15-19 tahun) yaitu sebesar 36,3%. KEK pada kelompok remaja memiliki risiko tinggi untuk mengalami KEK pada masa kehamilan. Seperti diketahui bahwa KEK terjadi karena kurangnya asupan makanan dalam jangka waktu yang lama yang ditandai dengan ukuran lingkar lengan atas kurang dari 23,5 cm.
- c) Tingginya prevalensi ibu hamil KEK pada kelompok usia 15-19 tahun dan 20-24 tahun (33.5% dan 23.3%). Kehamilan di usia remaja dapat meningkatkan risiko kekurangan gizi karena terjadi kompetisi pemenuhan gizi bagi tubuh remaja dan janin.
- d) Perilaku masyarakat yang belum mendukung peningkatan asupan gizi untuk ibu hamil karena rendahnya pengetahuan masyarakat terkait pentingnya asupan gizi yang adekuat untuk ibu hamil serta masih adanya budaya pantangan makanan tertentu bagi ibu hamil, misalnya ibu hamil tidak boleh

mengonsumsi telur karena khawatir bayi yang dilahirkan akan cacingan dan lain sebagainya.

- e) Pandemi COVID-19 sejak awal tahun 2020 hingga saat ini, menyebabkan rendahnya akses masyarakat ke pelayanan kesehatan karena khawatir tertular COVID-19 dan berubahnya metode pelayanan kesehatan yang cenderung memanfaatkan pelayanan jarak jauh/*telemedicine*.

Faktor -faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target yaitu:

- a) Penguatan surveilans gizi dan pencatatan pelaporan (melalui eppgbm) untuk meningkatkan deteksi dini masalah gizi pada ibu hamil sehingga dapat segera ditindaklanjuti sesuai dengan permasalahannya.
- b) Meningkatnya cakupan ibu hamil kurang energi kronik (KEK) yang mendapatkan makanan tambahan tahun 2021, yaitu 91,4%. Makanan tambahan diberikan untuk menambah asupan energi dan protein bagi ibu hamil selama 90 hari.
- c) Peningkatan pengetahuan dan keterampilan ibu hamil melalui kegiatan ‘Pendidikan Gizi Untuk Meningkatkan Asupan Gizi Ibu Hamil dan Balita Melalui Pemanfaatan Pangan Lokal’ bekerjasama dengan Poltekkes Jurusan Gizi dan organisasi sosial kemasyarakatan setempat. Beberapa kegiatan yang dilakukan mulai dari penyuluhan gizi seimbang untuk ibu hamil, demo masak makanan bergizi dengan memanfaatkan pangan lokal, dan makan bersama.
- d) Penguatan kerjasama dengan perguruan tinggi, yaitu AIPVOGI (Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Gizi Indonesia), melalui kegiatan pendampingan implementasi gizi spesifik di 5 kabupaten dengan jumlah balita stunting terbanyak, yaitu Bogor, Bandung, Cirebon, Jember dan Lombok Timur.
- e) Integrasi kegiatan dengan lintas program untuk meningkatkan kualitas dan cakupan pelayanan gizi pada ibu hamil termasuk ibu hamil pekerja:
 - i. Gerakan Pekerja Perempuan Sehat Produktif (GP2SP) adalah upaya pemerintah, masyarakat maupun pengusaha untuk menggalang dan berperan serta, guna meningkatkan kepedulian dalam upaya memperbaiki kesehatan dan status gizi pekerja perempuan, sehingga dapat meningkatkan produktivitas kerja dan meningkatkan kualitas generasi penerus. Kegiatan utama GP2SP diantaranya adalah perusahaan menyediakan ruang ASI, mengadakan kelas ibu hamil, cek kesehatan secara berkala dan memperhatikan gizi pekerja hamil dan menyusui di tempat kerja.
 - ii. Tingginya cakupan ibu hamil yang memperoleh pelayanan antenatal sesuai standar (K4) di tahun 2021, yaitu sebesar 86,63% (cut off tanggal 20 Januari 2022). Salah satu prosedur pelayanan antenatal adalah penilaian status gizi melalui pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA).
 - iii. Semakin banyak cakupan puskesmas (77,91%) yang menyelenggarakan kelas ibu hamil di minimal 50% desa/kelurahan (cut off tanggal 20 Januari 2022). Kelas ibu hamil merupakan sarana untuk menyampaikan informasi terkait gizi ibu hamil, termasuk makanan bergizi untuk ibu hamil dan manfaat suplementasi gizi untuk ibu hamil.

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

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

- a) Penguatan kualitas pelayanan dan integrasi program terutama dengan program kesehatan keluarga, contohnya integrasi konseling dan penyuluhan gizi untuk ibu hamil pada saat pemeriksaan kehamilan ataupun di kelas ibu hamil.
- b) Penyediaan dan peningkatan media edukasi gizi untuk ibu hamil, baik melalui media visual dan elektronik.
- c) Perluasan sasaran edukasi gizi sejak dari hulu (calon ibu), dimulai dari peningkatan edukasi gizi pada remaja putri dan calon pengantin agar memahami pentingnya gizi baik pada usia remaja
- d) Perluasan kegiatan pendidikan gizi untuk meningkatkan asupan gizi ibu hamil dan balita melalui pemanfaatan pangan lokal sebagai alternatif pemberian makanan tambahan pabrikan. Kegiatan ini mencakup penyuluhan gizi, demo masak dan makan bersama yang bertujuan tidak hanya untuk meningkatkan pengetahuan ibu balita dan ibu hamil tapi juga meningkatkan kemampuan mereka untuk dapat memilih dan mengolah pangan lokal menjadi makanan yang bergizi tinggi untuk keluarga.
- e) Penguatan manajemen data rutin mulai dari pengumpulan, analisis, dan pemanfaatan data/informasi.

2. Cakupan Persalinan di Fasilitas Kesehatan

Berdasarkan berbagai kajian kesehatan seperti Riskesdas 2018, masih banyak wanita usia subur yang memiliki masalah kesehatan seperti kegemukan, hipertensi pada perempuan, kawin sebelum 18 tahun, Kurang Energi Kalori (KEK), tidak menggunakan KB. Hal ini menyebabkan wanita usia subur berada pada status kondisi tidak layak hamil. Dengan berbagai masalah status kesehatan tersebut yang menyebabkan terjadinya peningkatan risiko dan komplikasi pada ibu hamil/bersalin/nifas maka pemerintah berupaya untuk mendorong ibu untuk bersalin di fasilitas kesehatan, melalui indikator persalinan di fasilitas kesehatan. Dengan melakukan persalinan di fasilitas kesehatan diharapkan ibu bersalin di fasilitas kesehatan yang memiliki SDM yang kompeten, sarana dan prasarana sesuai standar sehingga ibu dan bayi baru lahir dapat tertangani secara optimal. Oleh karena itu melalui persalinan di fasilitas kesehatan maka AKI dan AKB diharapkan dapat turun.

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

- 1) Ibu bersalin yang mendapatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah Ibu bersalin yang mendapatkan pertolongan persalinan oleh penolong persalinan oleh tim minimal 2 (dua) orang terdiri dari Dokter dan bidan, atau, 2 orang bidan, atau Bidan dan perawat.
- 2) Fasilitas pelayanan kesehatan sesuai standar adalah Puskesmas, jejaring dan jaringannya serta Rumah Sakit sesuai standar persalinan antara lain:
 - a) Standar persalinan normal mengacu pada Asuhan Persalinan Normal (APN)
 - b) Standar persalinan komplikasi mengacu pada Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan.
- 3) Pada Kurun waktu tertentu adalah kurun waktu pelaporan (1 bulan, 3 bulan, 1 tahun).

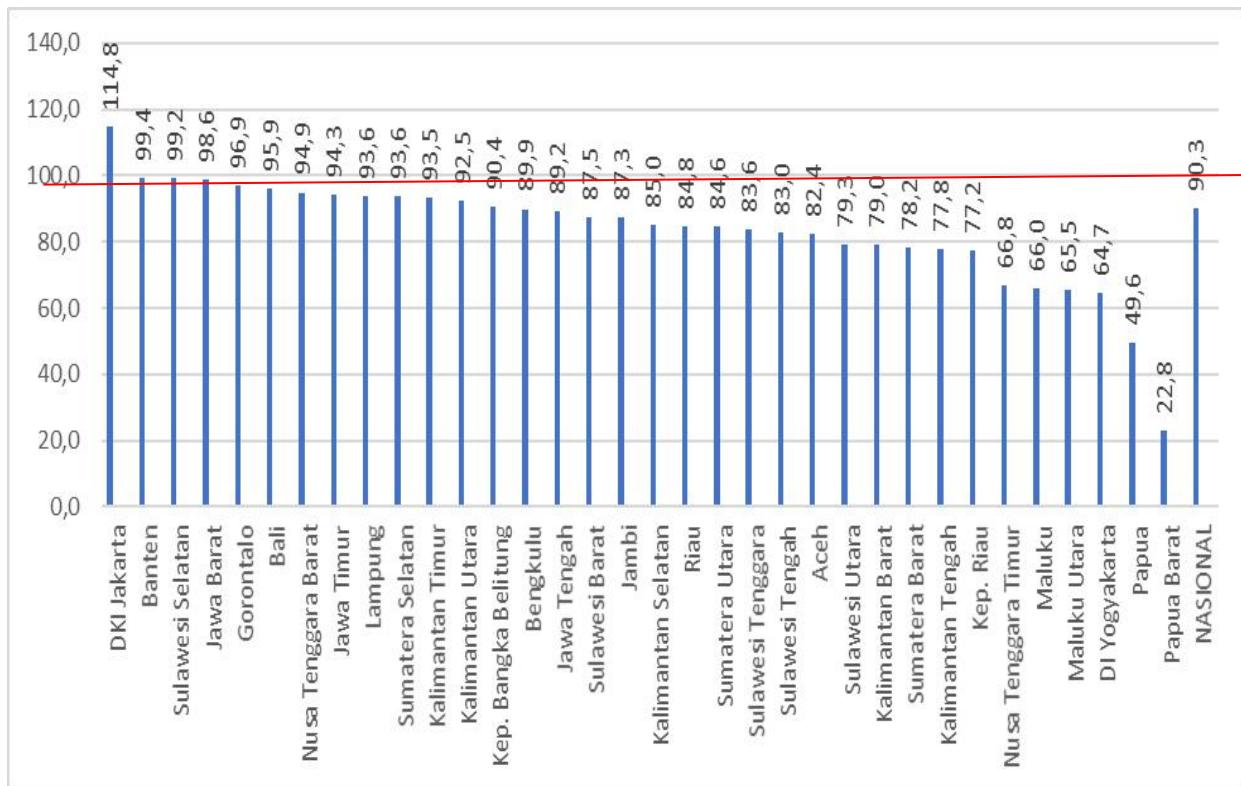
Cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan dihitung berdasarkan Jumlah ibu bersalin yang mendapatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan sesuai standar dibagi jumlah sasaran ibu bersalin yang ada di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu, dikali 100%.

$$\text{Cakupan Persalinan di fasilitas kesehatan} = \frac{\text{Jumlah ibu bersalin yang mendapatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan sesuai standar}}{\text{jumlah sasaran ibu bersalin yang ada di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu}} \times 100\%$$

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

Berdasarkan data rutin, Cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan tahun 2021 sebesar 90,28% dari target 89%. Cakupan Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan pada tahun 2021 menurut provinsi dapat dilihat pada grafik berikut.

Grafik 3.3.
Cakupan Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tahun 2021
Berdasarkan Provinsi

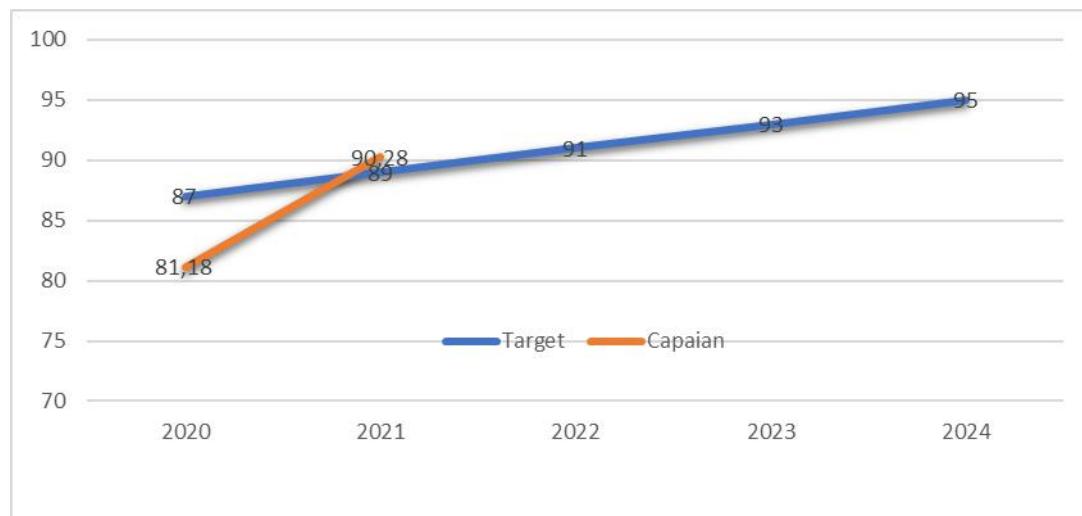


Sumber: Data Komdatkesmas 2021 tanggal 28 Januari 2022

Meskipun secara nasional indikator cakupan pelayanan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan sudah mencapai target, tetapi ada 19 provinsi yang belum mencapai target, 2 provinsi diantaranya memiliki cakupan di bawah 50%, yaitu Papua dan Papua Barat.

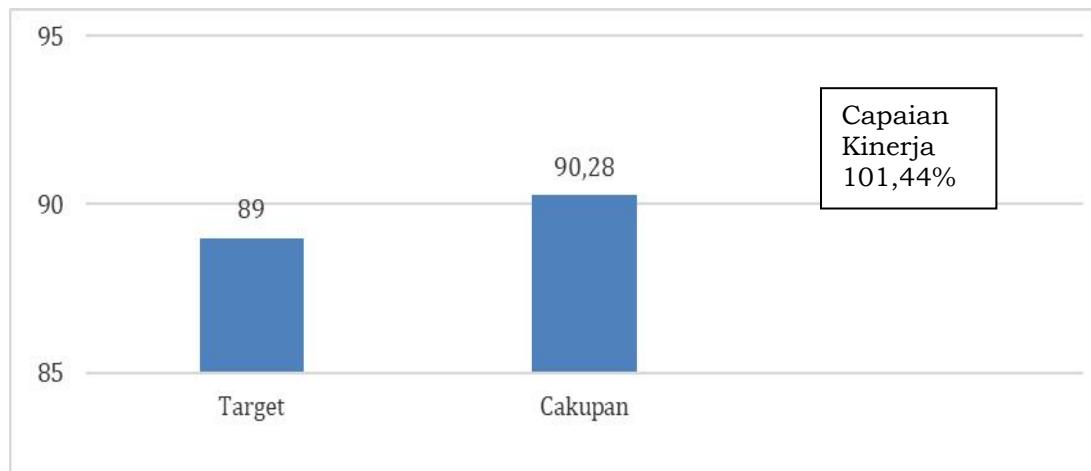
Capaian indikator cakupan pelayanan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan tahun 2021 menunjukkan peningkatan dibandingkan tahun 2020, yaitu dari 81,18% menjadi 90,28% sekaligus mampu mencapai target tahun 2021. Diharapkan trend kenaikan ini akan terus berlangsung sehingga target tahun 2024 dapat dicapai.

Grafik 3.4.
Indikator Cakupan Persalinan di Fasilitas Kesehatan Tahun 2020 dan 2021 Dibandingkan Target Tahun 2024



Dengan target indikator kinerja pada tahun 2021 sebesar 89% dan cakupan indikator 90,28%, maka capaian kinerja indikator pelayanan persalinan di fasilitas kesehatan tahun 2021 adalah 101,44%.

Grafik 3.5.
Capaian Kinerja Cakupan Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tahun 2021



Sumber: Data Komdatkesmas 2021 tanggal 28 Januari 2022

Peningkatan capaian cakupan pelayanan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan di tahun 2021 yang cukup signifikan, merupakan dampak dari upaya-upaya yang dilakukan untuk peningkatan cakupan pelayanan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan di masa adaptasi kebiasaan baru.

Harus diakui bahwa pandemi COVID-19 memiliki dampak besar pada terganggunya sistem pelayanan publik, termasuk sistem pelayanan kesehatan. Pandemi COVID 19 menyebabkan segala sumber daya pelayanan kesehatan dikerahkan untuk fokus menangani dampak ini. Terutama di daerah, semua tenaga kesehatan difokuskan untuk tracing, testing dan vaksinasi, serta optimalisasi tempat tidur perawatan untuk penanganan COVID 19, disamping adanya pembatasan kegiatan masyarakat di beberapa wilayah (PSBB) juga berdampak semakin terhambatnya akses masyarakat, khususnya ibu bersalin pada tenaga kesehatan dan fasilitas kesehatan. Kondisi tersebut di atas juga berdampak pada pelaporan kegiatan, di samping kurangnya komitmen untuk melaporkan secara tepat waktu.

Upaya pelayanan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan di masa pandemi adalah dengan:

- 1) Kegiatan sosialisasi/ orientasi/ peningkatan kapasitas tenaga kesehatan tetap dilaksanakan dalam bentuk *hybrid*. Seperti kelas ibu hamil secara daring, peningkatan kapasitas dokter dan bidan dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi dengan metode *blended learning*.
- 2) Pendampingan RS dalam penurunan AKI dan AKB.
- 3) Tersedianya Rumah Tunggu Kelahiran (RTK) dan transportasi rujukan melalui mekanisme DAK Non Fisik untuk mendekatkan akses ke fasilitas kesehatan
- 4) Penyediaan Buku KIA sejumlah sasaran ibu hamil. Buku KIA menjadi sumber informasi, edukasi ibu hamil dan Keluarga salah satunya terkait edukasi yang mendorong ibu hamil dan Keluarga untuk bersalin di fasilitas kesehatan
- 5) Peningkatan pemanfaatan sistem informasi dan pelaporan komdat kesmas melalui berbagai orientasi/sosialisasi penggunaan aplikasi kepada pengelola program dan penginput data program
- 6) Dilaksanakannya pertemuan evaluasi pelaporan setiap triwulan secara rutin oleh Direktorat Kesehatan Keluarga kepada penanggungjawab pelaporan di daerah

Faktor yang mendukung pencapaian indikator di tingkat nasional antara lain:

- 1) Dukungan lintas program dan lintas sektor, termasuk organisasi profesi dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi, termasuk terkait persalinan di fasilitas kesehatan
- 2) Sudah ada sistem pelaporan pelayanan kesehatan ibu dan bayi yang relatif baik karena bersifat *real time*
- 3) 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
- 4) Adanya dukungan APBN kepada Daerah melalui Dana Dekon, untuk kegiatan terkait untuk mendorong persalinan di fasilitas kesehatan seperti pelaksanaan P4K

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

- 1) Distribusi tenaga kesehatan belum merata, khususnya di daerah yang terpencil, perbatasan dan kepulauan
- 2) Akses geografis yang sulit untuk mencapai fasylakes yang sesuai standar
- 3) Pemanfaatan Jampersal yang belum optimal, termasuk pemanfaatan Rumah Tunggu Kelahiran dan masih adanya hambatan ibu hamil miskin untuk mengakses
- 4) Belum semua Fasyankes mampu persalinan memiliki kelengkapan SDM, ruangan, alat kesehatan untuk siap menerima persalinan 24/7
- 5) Terkait pelaporan: Kurangnya kepatuhan Puskesmas dalam pelaporan kegiatan, serta belum dimanfaatkannya data pelaporan untuk analisis program
- 6) Kurangnya pemahaman pengelola program di Dinas Kesehatan Kab/Kota/Provinsi tentang definisi operasional indikator program dan cara penginputan data laporan di aplikasi komdat kesmas

Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki termasuk adanya pemotongan anggaran untuk penanganan pandemi Covid-19 sehingga upaya efisiensi yang dilakukan yaitu:

- 1) Memodifikasi kegiatan untuk dilakukan secara virtual, seperti kegiatan pertemuan sosialisasi dan konsultasi termasuk kegiatan monitoring;
- 2) Memodifikasi kegiatan orientasi menjadi virtual dan/atau blended learning.
- 3) Memodifikasi pelayanan dengan mengoptimalkan Pemanfaatan teknologi informasi dalam bentuk kelas online, webinar, *WA group*, media belajar lainnya, maupun pemantauan tumbuh kembang anak (*google form*, aplikasi M-KIA), janji temu di fasyankes atau layanan non tatap muka (telekonsultasi, kunjungan virtual, dan lain-lain).
- 4) Optimalisasi pemantauan kesehatan masyarakat secara mandiri, seperti pemanfaatan buku KIA sebagai instrumen pemantauan kesehatan ibu hamil sampai dengan Balita.

3. Jumlah Kabupaten/Kota Yang Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Ibu Dan Bayi Baru Lahir

Jumlah Kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir merupakan indikator baru yang ditetapkan pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2020-2024 dan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024.

Definisi operasional Kabupaten/Kota yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir adalah Kabupaten/Kota:

- a) Seluruh Puskesmas menyelenggarakan kelas ibu hamil minimal di 50% desa/kelurahan.
- b) Cakupan K4 minimal 85% ibu hamil di suatu kabupaten/kota mendapatkan pelayanan antenatal sebanyak 4 kali pada kurun waktu tertentu.
- c) Seluruh Puskesmas dengan tempat tidur mampu memberikan pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal pada kurun waktu tertentu.
- d) Kabupaten/Kota memiliki minimal 1 Rumah Sakit mampu melakukan penanganan kasus rujukan komplikasi dan kegawatdaruratan maternal dan neonatal.
- e) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyelenggarakan AMP minimal 1 kali setiap 3 bulan.

Rumus perhitungan indikator, yaitu:

Jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, yaitu jumlah kab/kota yang memenuhi 5 kriteria pada definisi operasional.

Berdasarkan pelaporan data rutin Komdat Kesmas Tahun 2021, Capaian Jumlah Kabupaten/kota yang Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir adalah 86 dari target 200 Kabupaten/kota, lebih tinggi dibandingkan tahun 2021 sebanyak 28 dari target 150 Kabupaten/kota, sebagai dampak dari upaya-upaya yang dilakukan untuk peningkatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi di masa adaptasi kebiasaan baru.

Sebaran Jumlah Kabupaten/kota yang Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir tahun 2021 menurut dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 3.2
Jumlah Kabupaten/kota yang Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir

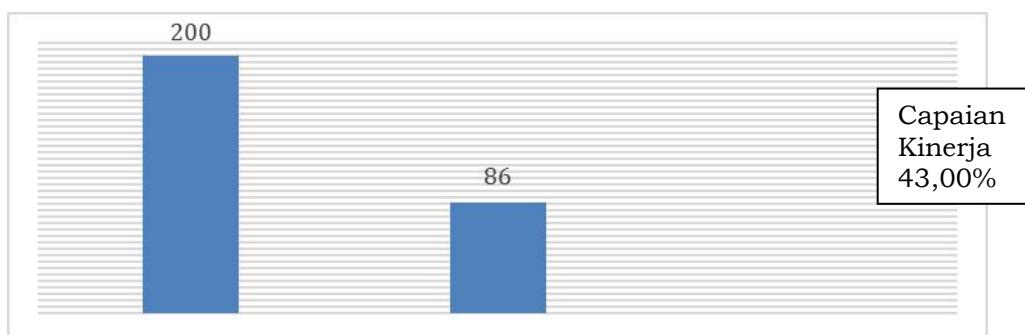
No	Provinsi	Jumlah Kabupaten/kota
1	Jawa Barat	12
2	Jawa Timur	12
3	Jawa Tengah	10
4	Banten	6
5	Sumatera Utara	5
6	Bengkulu	5
7	Aceh	4
8	Jambi	4
9	Bali	4
10	Nusa Tenggara Barat	4
11	Sumatera Selatan	3
12	DKI Jakarta	3
13	Kalimantan Tengah	3

No	Provinsi	Jumlah Kabupaten/kota
14	Kep. Bangka Belitung	2
15	Kalimantan Selatan	2
16	Sumatera Barat	1
17	Kep. Riau	1
18	Kalimantan Barat	1
19	Kalimantan Utara	1
20	Sulawesi Selatan	1
21	Sulawesi Tenggara	1
22	Maluku Utara	1
	Nasional	86

Sumber : Komdat Kesmas Tahun 2021 tanggal 20 Januari 2022

Dengan target indikator kinerja pada tahun 2021 sebesar 200 Kabupaten/Kota dan capaian 86 Kabupaten/kota, maka capaian kinerja indikator Jumlah Kabupaten/kota yang Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir tahun 2021 adalah 43,00%.

Grafik 3.6
Capaian Kinerja Jumlah Kabupaten/kota yang Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir Tahun 2021



Sumber: Komdat Kesmas Tahun 2021 tanggal 20 Januari 2022

Indikator Jumlah Kabupaten/kota yang Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir, merupakan indikator gabungan dari beberapa kriteria. Data laporan rutin menunjukkan bahwa pada tahun 2021 dari 514 kabupaten kota::

- Seluruh Puskesmas menyelenggarakan kelas ibu hamil minimal di 50% desa/kelurahan: 403 Kabupaten/Kota
- Cakupan K4 minimal 85% ibu hamil: 271 Kabupaten/Kota
- Seluruh Puskesmas dengan tempat tidur mampu memberikan pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal: 311 Kabupaten/Kota

- d) Kabupaten/Kota memiliki minimal 1 Rumah Sakit mampu melakukan penanganan kasus rujukan komplikasi dan kegawatdaruratan maternal dan neonatal: 394 Kabupaten/Kota
- e) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyelenggarakan AMP minimal 1 kali setiap 3 bulan: **86 Kabupaten/Kota**

Tidak tercapainya target Jumlah Kabupaten/kota yang Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir pada tahun 2021 adalah karena terhambatnya pelaksanaan Audit Maternal Perinatal (AMP) karena sumber daya tenaga kesehatan terfokus pada kegiatan *tracing, screening, vaksinasi* dan penanganan kasus terkait pandemi COVID-19, termasuk adanya tenaga kesehatan yang harus isolasi mandiri bahkan gugur sehingga tidak dapat bertugas pelayanan.

Faktor yang mendukung pencapaian indikator di tingkat nasional antara lain:

- a) Ketersediaan berbagai regulasi terkait kesehatan ibu dan bayi baru lahir
- b) Penunjukkan 200 kab/kota lokus penurunan AKI AKB pada tahun 2021 menjadikan kabupaten/kota tersebut menjadi prioritas untuk dilibatkan dalam kegiatan di Pusat dan dalam hal pembiayaan dana Dekon.
- c) Dukungan organisasi profesi, perguruan tinggi dan mitra pembangunan dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi, misalnya melalui jurnal atau penelitian terkait dampak pandemi COVID-19 terhadap kepatuhan ibu dalam melakukan ANC, penyelenggaraan webinar-webinar terkait pelayanan KIA selama masa pandemi COVID-19 oleh organisasi profesi, perguruan tinggi maupun mitra pembangunan
- d) Penyusunan berbagai aplikasi dan layanan online termasuk layanan KIA, untuk memudahkan akses dan alur pelayanan selama pandemi COVID-19 di FKTP dan FKRTL
- e) Adanya berbagai aplikasi konsultasi jarak jauh dan modifikasi kegiatan UKBM KIA menjadi bentuk daring, seperti kelas ibu hamil virtual, konsultasi ANC secara virtual. Harapannya agar semua ibu hamil dapat tetap mendapatkan layanan ANC

Terdapat beberapa hal yang dapat menjadi faktor penghambat pencapaian kinerja indikator jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, antara lain:

- a) Pandemi COVID-19 yang menghambat pelaksanaan Audit Maternal Perinatal (AMP) karena sumber daya tenaga kesehatan terfokus pada kegiatan tracing, screening, dan vaksinasi.
- b) Tidak terpenuhi target cakupan K4 $\geq 85\%$ dikarenakan pandemi COVID-19 menyebabkan akses ke fasilitas kesehatan menurun, kekhawatiran terinfeksi COVID-19, serta beberapa pembatasan pelayanan ANC.
- c) Belum semua fasilitas kesehatan bekerjasama dengan BPJS
- d) Terhambatnya pelaksanaan pelatihan kegawatdaruratan maternal dan neonatal baik di tingkat Pusat dan Daerah karena khusus untuk pelatihan ini harus dilaksanakan secara luring/tatap muka karena terdapat sesi skill station yang harus dilaksanakan secara offline.

- e) Kelas ibu hamil metode tatap muka berhenti dilaksanakan karena kebijakan selama masa pandemi COVID-19. Sedangkan tidak semua ibu hamil bisa mengakses kelas ibu hamil secara virtual karena keterbatasan jaringan internet dan fasilitas telepon genggam android/ laptop
- f) Adanya realokasi anggaran baik di Pusat maupun APBD untuk intervensi Pandemi COVID-19.

Solusi yang dilaksanakan untuk pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir dimasa pandemi adalah dengan:

- a) Modifikasi kegiatan AMP menjadi virtual
- b) Menyusun/mengupdate pedoman-pedoman pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir di masa pandemic dan terus mensosialisasikannya.
- c) Pelaksanaan kelas ibu hamil secara online, atau secara tatap muka pada daerah zona hijau dengan tetap memperhatikan protokol Kesehatan.
- d) Memodifikasi pelayanan dengan mengoptimalkan janji temu di fasyankes atau layanan non tatap muka (telekonsultasi, kunjungan virtual, dan lain-lain)
- e) Modifikasi kegiatan orientasi penanganan kegawatdaruratan menjadi virtual dan/atau blended learning.
- f) Optimalisasi pemanfaatan buku KIA sebagai instrument pemantauan kesehatan ibu hamil dan bayi baru lahir.

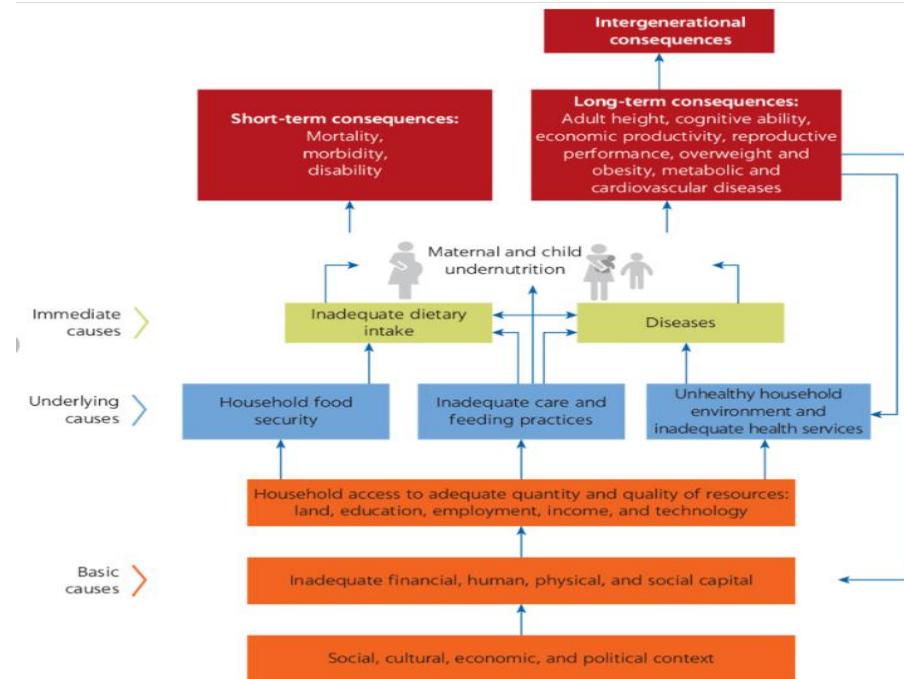
4. Persentase Balita Stunting

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 di bidang kesehatan. Dapat juga dikatakan bahwa anak stunting adalah anak dengan tinggi/panjang badan lebih pendek dibandingkan usianya.

Stunting biasanya terjadi karena kekurangan gizi pada periode 1000 Hari Pertama Kehidupan yang akan berdampak pada hambatan pertumbuhan fisik dan perkembangan kognitif, kerentanan terhadap penyakit, rendahnya produktifitas, gangguan perkembangan metabolismik dan fisiologik, sehingga pada jangka panjang stunting juga menjadi faktor risiko terjadinya penyakit degeneratif pada masa dewasa seperti diabetes melitus dan penyakit kardiovaskular.

Merujuk pada Bagan Penyebab Masalah Gizi UNICEF dan WHO *Framework on Stunting Determinants* diketahui bahwa penyebab masalah gizi termasuk stunting sangat multifaktor, meliputi penyebab langsung dan penyebab tidak langsung.

Gambar 3.1 Bagan Penyebab masalah Gizi

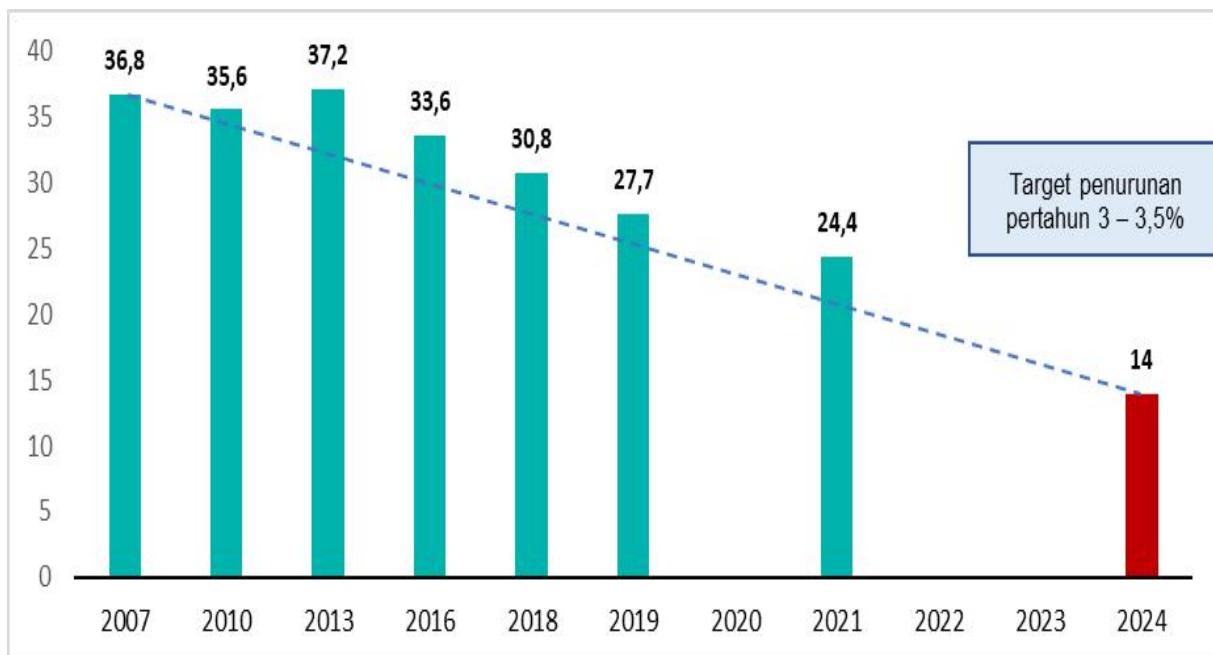


Asupan makanan yang tidak adekuat serta penyakit infeksi merupakan penyebab langsung terjadinya masalah gizi. SSGI 2021 menunjukkan bahwa sekitar 48% bayi usia <6 bulan tidak menapatkan ASI Eksklusif dan hanya sekitar 52,5% anak usia 6 - 23 bulan yang mendapatkan makanan pendamping ASI yang beragam dari segi kelompok bahan makanan (mendapatkan ≥ 4 kelompok bahan makanan). Sementara penyebab tidak langsung masalah gizi meliputi rendahnya ketahanan pangan tingkat rumah tangga, rendahnya akses terhadap akses sanitasi dan air bersih serta rendahnya akses terhadap pelayanan kesehatan. Dari bagan di atas diketahui bahwa akar masalah permasalahan gizi terkait dengan masalah sosial, ekonomi dan budaya.

Balitbangkes bekerjasama dengan BPS secara melakukan pengukuran progres pencapaian target prevalensi stunting. Sebelumnya prevalensi balita stunting dipantau melalui Riset Kesehatan Dasar yang dilaksanakan secara rutin setiap 5 tahun. Mulai tahun 2019 dilaksanakan Survey Status Gizi Indonesia untuk memantau pencapaian target indikator stunting dan target indikator status gizi lainnya.

Hasil hasil survey nasional Riset Kesehatan Dasar dan Survey Status Gizi Balita Indonesia menunjukkan prevalensi stunting mengalami perbaikan dalam beberapa tahun terakhir ini, dari 37,2% tahun 2013 menjadi 30,8% (2018), 27,67% (2019). Lalu dari SSGI tahun 2021 diketahui prevalensi stunting balita Indonesia menjadi 24,4%, seperti yang tergambar pada gambar di bawah ini:

Grafik 3.7
Prevalensi Stunting Berdasarkan Hasil Riskesdas dan SSGI
Tahun 2007 – 2021



Namun, angka-angka tersebut menggambarkan bahwa rata-rata penurunan stunting per tahun sekitar 1,65%, masih di bawah target yang ditetapkan oleh Presiden yaitu sekitar 3 – 3,5% agar target prevalensi balita di tahun 2024 menjadi 14%.

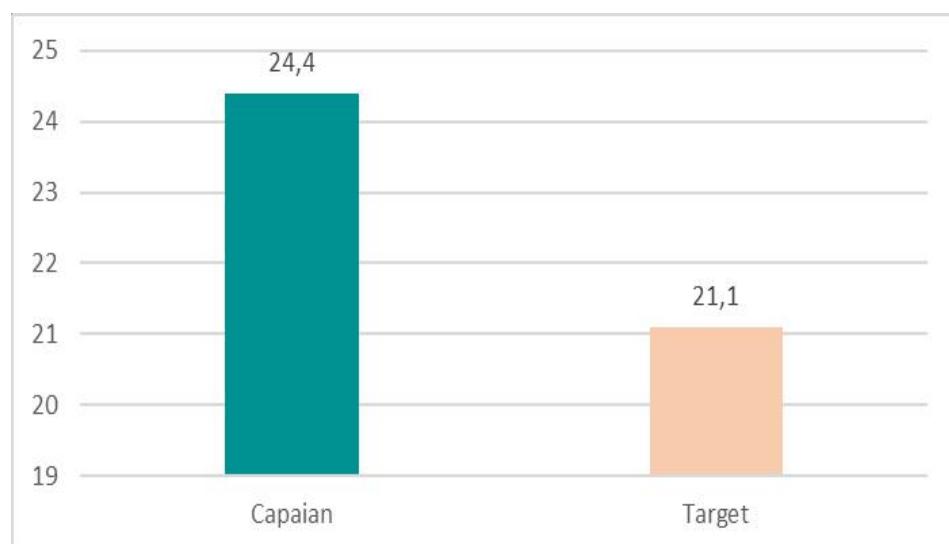
Definisi operasional balita stunting adalah anak umur 0 - 59 bulan dengan kategori status gizi berdasarkan indeks Panjang Badan menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) memiliki Z-score kurang dari -2 SD, sementara untuk perhitungan persentase balita stunting menggunakan formulasi sebagai berikut:

$$\text{Persentase Balita Stunting} = \frac{\text{Jumlah balita pendek}}{\text{Jumlah balita yang diukur panjang/tinggi badan}} \times 100\%$$

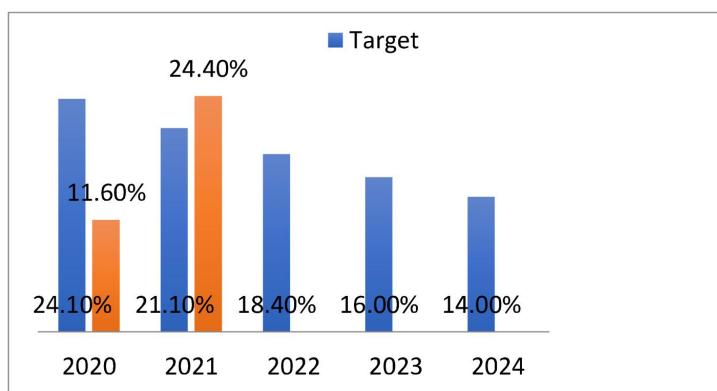
Dari data SSGI 2021 diketahui bahwa dari 95.111 balita sampel yang diukur Panjang/tinggi badannya, terdapat 23.262 balita dengan z score panjang/tinggi badan < -2 SD (stunting/pendek) atau sekitar 24,4% balita mengalami stunting.

Capaian sebesar 24,4% dibandingkan dengan target 2021 sebesar 21,1% menunjukkan bahwa indikator persentase balita stunting tahun 2021 tidak tercapai. Realisasi capaian indikator tersebut dibandingkan dengan target seperti terlihat pada gambar di bawah ini:

Grafik 3.8
Capaian Persentase Balita Stunting Dibandingkan dengan Target Tahun 2021



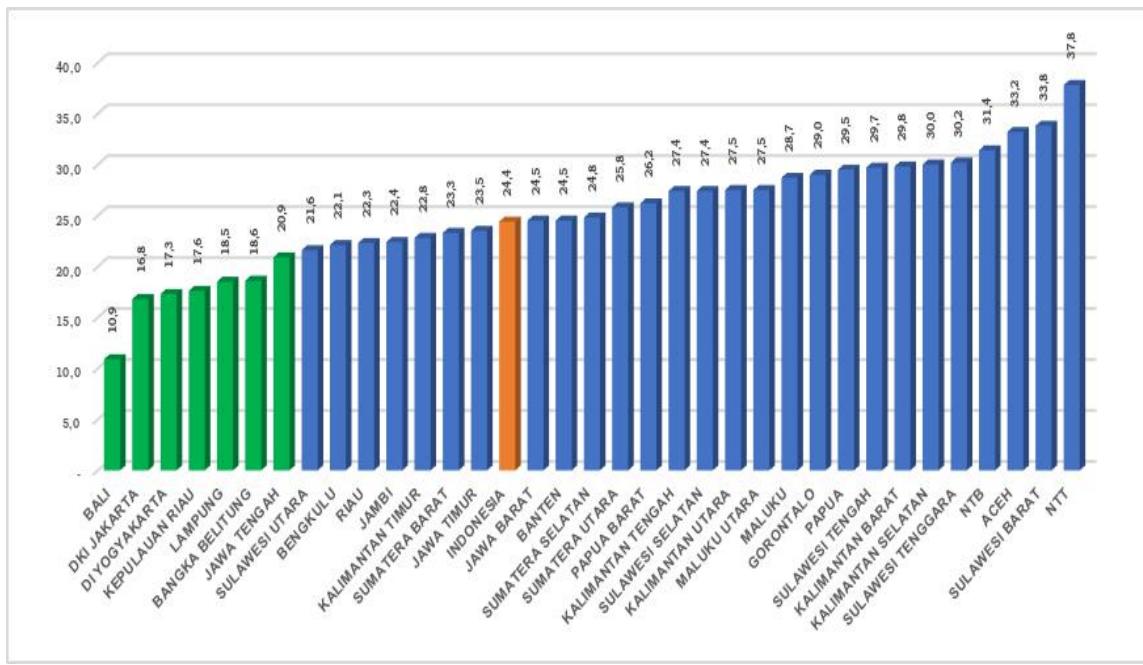
Grafik 3.9
Target & capaian indikator persentase balita stunting tahun 2020 – 2024



Pelaksanaan SGBI tahun 2020 tidak dapat berjalan sesuai dengan rencana dikarenakan situasi pandemi Covid-19. Mengacu pada protokol kesehatan yang menganjurkan pembatasan kontak fisik, maka pengukuran anthropometri pada balita tidak dilakukan sehingga data status gizi balita untuk tahun 2020 dari hasil survei tidak bisa didapatkan. Laporan Rutin SIGIZI terpadu dan e-PPGBM juga memasukkan indikator persentase balita stunting, sehingga data tersebut sementara dapat digunakan untuk memberikan gambaran progress pencapaian target penurunan stunting pada tahun 2020.

Gambaran prevalensi balita stunting setiap provinsi berdasarkan hasil SSGI Tahun 2021 dapat dilihat pada grafik di bawah ini:

Grafik 3.10
Prevalensi Stunting Berdasarkan Provinsi
Hasil SSGI Tahun 2021



Dari grafik di atas terlihat bahwa provinsi dengan persentase balita stunting terendah adalah Bali dengan angka sebesar 10,9%, sementara Nusa Tenggara Timur adalah provinsi dengan prevalensi balita stunting tertinggi dengan angka yaitu 37,8%. Terdapat 7 provinsi yang sudah mencapai target dengan prevalensi di bawah 21,1%, yaitu provinsi Jawa Tengah, Kepulauan Bangka Belitung, Lampung, Kepulauan Riau, DI Yogyakarta, DKI Jakarta dan Bali.

Kegiatan-kegiatan yang dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Menyusun NSPK dan media KIE yang mendukung agar target yang telah ditetapkan dapat tercapai. NSPK dan media KIE antara lain:
 - a. Pedoman Penanggulangan Stunting bagi Dinas Kesehatan, Puskesmas dan Buku Saku bagi Kader Posyandu
 - b. Pedoman Pendampingan Implementasi Intervensi Gizi Spesifik di 5 Kabupaten dengan jumlah stunting terbanyak
 - c. Modul Latihan Jarak Jauh Konseling Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) dan Pencegahan Penanggulangan Gizi Buruk/Kurang pada Balita
 - d. Modul Pelatihan Pemantauan Pertumbuhan Balita
 - e. Media KIE terkait pencegahan dan penanggulangan stunting.

- 2) Pemberian makanan tambahan untuk ibu hamil KEK dan balita balita gizi kurang
- 3) Peningkatan kompetensi tenaga kesehatan untuk meningkatkan kualitas intervensi gizi spesifik melalui Pelatihan Pemberian Makan Bayi dan Anak, Pelatihan Tata Laksana Anak Gizi Buruk
- 4) Penguatan intervensi suplementasi gizi mikro diantaranya dengan pemberian tablet tambah darah untuk ibu hamil dan vitamin A serta taburia untuk balita
- 5) Penguatan koordinasi lintas program dan lintas sektor terkait untuk meningkatkan konvergensi implementasi intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif di seluruh tingkatan pemerintahan sampai ke tingkat masyarakat.
- 6) Penguatan kualitas pelayanan dan integrasi program terutama untuk mengatasi penyebab langsung masalah gizi melalui kegiatan terintegrasi dengan program TBC melalui kegiatan Pendidikan Gizi peningkatan asupan gizi seimbang untuk pencegahan dan penanggulangan TBC.

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

- a) Situasi pandemi yang masih berlangsung sampai sekarang menyebabkan terjadinya gangguan layanan gizi terutama di fasilitas pelayanan kesehatan dan posyandu. Ketersediaan layanan gizi di puskesmas dan posyandu disesuaikan dengan level pemberlakuan pembatasan kegiatan masyarakat (PPKM) di wilayah tersebut.
- b) Deteksi dini masalah gizi belum berjalan dengan baik di posyandu karena masih rendahnya partisipasi masyarakat untuk mengukur dan menimbang balitanya secara rutin di posyandu. Proporsi balita yang melakukan pengukuran Panjang/tinggi badan secara rutin/sesuai standar (≥ 2 kali dalam setahun) di posyandu masih cukup rendah, yaitu sekitar 63,7%, sementara hanya sekitar 36,9% balita yang melakukan penimbangan sesuai standar (≥ 8 kali dalam setahun) di posyandu. Deteksi dini sangat penting dalam pencegahan dan penanggulangan stunting dan masalah gizi lainnya.
- c) Masih terbatasnya kapasitas kader dan tenaga kesehatan dalam melakukan pengukuran panjang/tinggi badan dan berat badan. Hal ini terjadi karena adanya pergantian petugas puskesmas dan kader sehingga peningkatan kapasitas pemantauan pertumbuhan untuk petugas puskesmas dan kader harus dilakukan secara rutin.
- d) Keterbatasan jumlah alat antropometri yang terstandar di Posyandu dan Puskesmas berpengaruh terhadap validitas hasil pengukuran dan penimbangan.

Faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target adalah:

- 1) Pelaksanaan program perbaikan gizi masyarakat sesuai dengan rekomendasi Lancet 2013 yaitu intervensi gizi spesifik yang langsung menyasar kelompok 1000 HPK yang terbukti efektif dapat mencegah terjadinya stunting jika cakupannya mencapai minimal 90%. Intervensi gizi spesifik meliputi: suplementasi zat gizi mikro pada ibu hamil, pemberian makanan tambahan untuk ibu hamil dengan masalah gizi, konseling dan promosi PMBA (Pemberian Makan Bayi dan Anak), suplementasi zat

gizi mikro pada balita, penanganan anak dengan masalah gizi akut (gizi buruk), dan pemantauan pertumbuhan. Selain itu, Lancet 2013 juga merekomendasikan intervensi gizi sensitif yang menyasar populasi umum. Kegiatan intervensi gizi sensitif umumnya dilakukan oleh sektor di luar kesehatan.

- 2) Dukungan kegiatan dari lintas program dan lintas sektor berupa kegiatan intervensi gizi sensitif di lokus stunting (360 Kab/Kota) di tahun 2021. Konvergensi kegiatan di lokasi yang sama memberikan dampak yang signifikan terhadap capaian program gizi di wilayah tersebut.
- 3) Kegiatan intervensi gizi sensitif yang dilakukan oleh sektor non kesehatan ditujukan untuk mengatasi masalah tidak langsung dari masalah gizi, diantaranya adalah peningkatan ketahanan pangan tingkat rumah tangga (pertanian), peningkatan akses sanitasi dan air bersih (PUPR dan Kesehatan), perlindungan sosial (sosial), peningkatan partisipasi belajar (pendidikan).
- 4) Penguatan kerjasama dengan perguruan tinggi, yaitu AIPVOGI (Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Gizi Indonesia), melalui kegiatan pendampingan implementasi gizi spesifik di 5 kabupaten dengan jumlah balita stunting terbanyak, yaitu Bogor, Bandung, Cirebon, Jember dan Lombok Timur.
- 5) Penguatan kualitas pelayanan dan integrasi program terutama untuk mengatasi penyebab langsung masalah gizi melalui kegiatan terintegrasi dengan program TBC.
- 6) Inovasi metode peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam implementasi intervensi gizi spesifik melalui penyusunan modul pelatihan blended learning, yaitu bisa dilakukan secara tatap muka atau pembelajaran jarak jauh, disesuaikan dengan kebutuhan pada situasi pandemi.

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

- a) Perluasan peningkatan pemanfaatan pangan lokal untuk Makanan Tambahan balita gizi kurang melalui pendidikan gizi yang mengkombinasikan kegiatan untuk meningkatkan pengetahuan gizi ibu hamil juga meningkatkan kemampuan ibu hamil agar mengkonsumi makanan bergizi sesuai kebutuhan pada masa hamil.
- b) Penguatan pendampingan implementasi intervensi gizi spesifik di provinsi dengan prevalensi balita stunting terbanyak dan provinsi dengan jumlah balita stunting terbanyak bekerja sama dengan perguruan tinggi dan organisasi sosial kemasyarakatan setempat.
- c) Penyediaan dan peningkatan media edukasi gizi untuk kelompok 1000 Hari Pertama Kehidupan dan Remaja Putri melalui media visual dan elektronik untuk meningkatkan tingkat pengetahuan dan kepatuhan terhadap layanan gizi yang disediakan.
- d) Perluasan kampanye peningkatan kualitas asupan gizi untuk ibu hamil dan anak usia 6 – 23 bulan dengan mempromosikan peningkatan asupan protein hewani, misal konsumsi telur 1 butir/per hari.
- e) Penguatan surveilans gizi termasuk manajemen data rutin mulai dari pengumpulan, analisis, dan pemanfaatan data/ informasi.

5. Persentase Bayi kurang dari 6 bulan mendapat ASI Eksklusif

Memberikan air susu ibu (ASI) secara eksklusif selama 6 bulan pertama kehidupan seorang anak merupakan bagian dari pelaksanaan standar emas pemberian makanan bayi dan anak (PMBA) yang direkomendasikan oleh WHO dan UNICEF. ASI mengandung zat gizi lengkap yang dibutuhkan oleh seorang bayi dan juga mudah dicerna oleh perut bayi yang kecil dan sensitif. Hanya memberikan ASI saja sudah sangat cukup untuk memenuhi kebutuhan zat gizi bayi di bawah usia enam bulan.

Lancet 2013 juga menyatakan bahwa pemberian ASI Eksklusif pada bayi usia kurang dari 6 bulan dapat menurunkan risiko bayi untuk mengalami stunting. Anak yang mendapatkan ASI Eksklusif cenderung memiliki kemampuan kognitif yang lebih baik dan berisiko lebih rendah untuk mengalami overweight/obesitas dan penyakit tidak menular pada saat dewasa. Memberikan ASI Eksklusif juga memberikan manfaat untuk Ibu, karena cenderung berisiko rendah untuk mengalami kanker payudara dan rahim. Salah satu faktor penghambat untuk kesuksesan pemberian ASI Eksklusif adalah promosi produk pengganti ASI (susu formula) yang tidak bertanggung jawab.

Definisi operasional bayi kurang dari 6 bulan mendapat ASI Eksklusif adalah bayi usia 0 bulan 5 bulan 29 hari yang diberi ASI saja tanpa makanan atau cairan lain kecuali obat, vitamin dan mineral berdasarkan recall 24 jam. Perhitungan persentase bayi usia kurang dari 6 bulan mendapat ASI Eksklusif menggunakan formulasi sebagai berikut:

$$\% \text{ Bayi } < 6 \text{ bln mendapatkan ASI Eksklusif} = \frac{\text{Jumlah bayi kurang dari } 6 \text{ bulan masih mendapat ASI ekslusif}}{\text{Jumlah bayi kurang dari } 6 \text{ bulan yang di recall}} \times 100\%$$

Berdasarkan laporan rutin Direktorat Gizi Masyarakat tahun 2021 per tanggal 4 Februari 2022, diketahui bahwa dari 1.845.367 bayi usia < 6 bulan yang di *recall* terdapat 1.287.130 bayi usia < 6 bulan yang mendapat ASI Eksklusif, sehingga dapat disimpulkan bahwa capaian indikator bayi usia < 6 bulan mendapat ASI Eksklusif sebesar 69,7%. Capaian ini sudah memenuhi target tahun 2021, yaitu sebesar 45%.

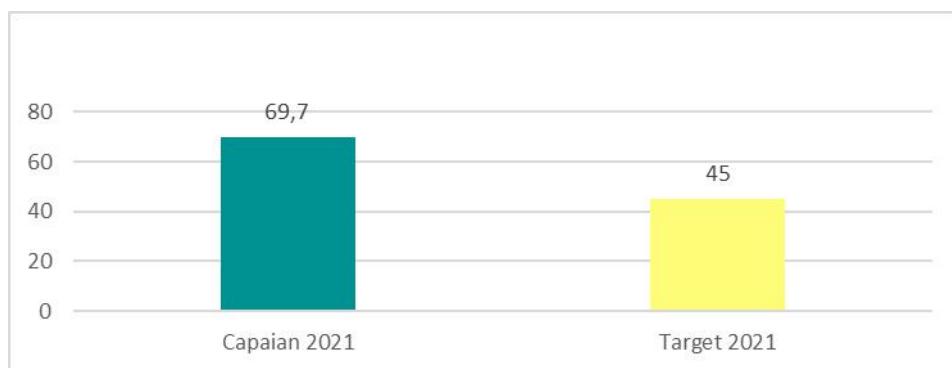
Berdasarkan distribusi provinsi, terdapat 3 provinsi dengan capaian masih di bawah target yaitu Papua (11,9%), Papua Barat (21,4%), dan Sulawesi Barat (27,8%), sementara itu 31 provinsi lainnya telah mencapai target dengan capaian tertinggi adalah provinsi Nusa Tenggara Barat (86,7%) seperti yang terlihat pada Gambar di bawah ini:

Grafik 3.11
Persentase Bayi Usia Kurang dari 6 Bulan yang mendapatkan ASI Eksklusif berdasarkan Provinsi Tahun 2021



Jika membandingkan dengan capaian tahun ini sebesar 69,7% dengan target sebesar 45% maka capaian tahun 2021 ini mengalami peningkatan yang cukup signifikan dengan realisasi target mencapai 154,9%, seperti yang tergambar pada Gambar di bawah ini:

Grafik 3.12
Cakupan Bayi usia di bawah 6 bulan yang mendapat ASI Eksklusif Tahun 2020 - 2021



Capaian tersebut menunjukkan keberhasilan upaya yang dilakukan sepanjang tahun 2021 dalam bentuk kegiatan-kegiatan yang medukung keberhasilan meningkatnya cakupan pemberian ASI pada bayi usia di bawah 6 bulan sebagai berikut:

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target:

- Sosialisasi terkait menyusui setiap tahun dilakukan melalui Pekan Menyusui Dunia kepada seluruh lintas program dan lintas sektor, akademisi, lembaga swadaya masyarakat, penggiat ASI dan masyarakat umum.
- Pelatihan ToT PMBA untuk 60 peserta dari 30 provinsi dan pusat.

- c) Penyusunan modul dan kurikulum pelatihan jarak jauh konseling PMBA, sebagai alternatif pelaksanaan kegiatan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan.
- d) *Update* modul dan kurikulum konseling menyusui kan disesuaikan dengan panduan dari BPPSDM Kesehatan supaya dapat dilaksanakan di seluruh Indonesia.
- e) Penyusunan pedoman gizi seimbang untuk ibu hamil dan ibu menyusui.
- f) Pengembangan website untuk tele-konseling PMBA sebagai alternatif dalam pelaksanaan konseling di masa pandemi.

Terdapat beberapa hal yang dapat menjadi faktor penghambat pencapaian kinerja

- a) Pandemi COVID-19 yang masih berlangsung sampai saat ini berdampak pada pelayanan gizi di puskesmas, posyandu, dan kelas ibu. Pelaksanaan penyuluhan dan konseling mengalami penyesuaian melalui tele konseling, sementara tidak semua ibu balita memiliki *hand phone*.
- b) Masih adanya budaya dan mitos yang tidak mendukung pemberian ASI Eksklusif, misal mitos terkait kolostrum yang dianggap sebagai susu yang sudah basi sehingga tidak boleh diberikan pada bayi atau pemberian makan prelakteal Ketika ASI belum lancar. Hal ini tergambar dari hasil SSGI 2021 yang menyatakan cukup rendahnya proporsi bayi di bawah usia 2 tahun yang mendapatkan MP ASI tepat waktu (usia 6 bulan), yaitu sekitar 44,7%.
- c) Masih adanya promosi produk pengganti ASI secara terselubung melalui media online. Promosi diberikan dalam bentuk potongan harga, *free sample* ataupun konseling gratis dengan pakar kesehatan.

Faktor -faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target adalah:

- a) Regulasi dan kebijakan yang mendukung pemberian ASI Eksklusif cukup komprehensif mulai di tingkat nasional sampai tingkat daerah. Di tingkat nasional mandat pemberian ASI Eksklusif tertuang dalam:
 - I. UU Nomor 36 Tahun 2019 tentang Kesehatan pasal 128 ayat 1,
 - II. Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif,
 - III. PP 69 Tahun 1999 tentang Iklan dan label pangan yang mencantumkan pelarangan iklan di media massa dan elektronik untuk produk pengganti ASI/susu formula untuk bayi di bawah usia 1 tahun.
 - IV. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 15 Tahun 2013 tentang Tata Cara Penyediaan Fasilitas Khusus Menyusui dan/atau Memerah Air Susu Ibu,
 - V. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2013 tentang Susu Formula Bayi dan Produk Bayi lainnya,
 - VI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 41 Tahun 2014 tentang Pedoman Gizi Seimbang.
 - VII. Selain itu di beberapa provinsi juga telah mempunyai kebijakan terkait ASI Eksklusif melalui Peraturan Daerah, Peraturan Bupati, dan lainnya yang sejenis.
- b) Sosialisasi dan kampanye yang dilakukan secara regular setiap tahun melalui Pekan Menyusui Dunia kepada seluruh lintas program dan lintas sektor, akademisi, lembaga swadaya masyarakat, penggiat ASI dan masyarakat umum.
- c) Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam konseling pemberian makan bayi dan anak (PMBA) telah dilakukan sejak tahun 2018. Sampai dengan tahun 2019 telah

dilatih konselor PMBA (*end user*) melalui dana dekonsentrasi sebanyak 1.563 orang yang terdiri dari nutrisionis dan bidan serta fasilitator sebanyak 139 orang. Sedangkan di tingkat pusat telah dilatih fasilitator sebanyak 84 orang yang berasal dari Direktorat Gizi Masyarakat, Direktorat Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi, Widyaaiswara, Poltekkes dan Badan Litbang Kemenkes. Konselor tersebut diharapkan dapat memberikan konseling terkait PMBA yang salah satunya adalah praktik pemberian ASI yang dilakukan pada saat kunjungan pemeriksaan kehamilan, kelas ibu hamil, penyuluhan di tempat kerja maupun saat kunjungan rumah.

- d) Dukungan dari lintas program dan lintas sektor dalam percepatan peningkatan cakupan ASI Eksklusif. Saat ini sudah banyak ditemui tempat-tempat khusus menyusui/memerah ASI di tempat-tempat umum seperti bandara, pelabuhan, rumah sakit, pusat perbelanjaan, perkantoran pemerintah dan swasta serta pabrik.
- e) Pencatatan dan pelaporan terkait ASI Eksklusif sudah cukup baik. Catatan tentang pemberian ASI Eksklusif dapat dilakukan pada KMS yang terdapat pada buku KIA, selain itu petugas kesehatan juga telah mencatat cakupan ASI eksklusif melalui aplikasi ePPGBM.

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

- a) Melakukan pelatihan ToT konseling menyusui untuk tenaga kesehatan menggunakan kurikulum modul yang terbaru.
- b) Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam melakukan edukasi gizi kelompok 1000 HPK dengan menggunakan metode *emo demo*, sebagai pengayaan dalam penyelenggaraan edukasi gizi di posyandu.
- c) Penyelenggaraan konseling menyusi secara regular di lingkungan Kementerian Kesehatan sebagai percontohan penyelenggaraan ruang laktasi di perkantoran
- d) Perluasan implementasi tele-konseling melalui website

6. Persentase kabupaten/kota melaksanakan pembinaan posyandu aktif

Definisi operasional indikator Persentase kabupaten/kota melaksanakan pembinaan Posyandu aktif adalah Kabupaten/Kota yang melaksanakan pembinaan Posyandu Aktif dengan kriteria:

- a) Memiliki Pokjanal Posyandu yang disahkan melalui keputusan Bupati/walikota adalah: memiliki Pokjanal Posyandu yang keanggotaannya terdiri dari lintas sektor terkait tingkat Kabupaten/Kota yang disahkan melalui keputusan Bupati/Walikota
- b) Melakukan pertemuan Pokjanal Posyandu minimal 2 kali setahun adalah : Pokjanal Posyandu mengadakan pertemuan rutin setiap tahun minimal 2 kali untuk membahas perencanaan dan evaluasi pelaporan kegiatan.
- c) Melakukan peningkatan kapasitas bagi petugas Puskesmas dan kader adalah melakukan peningkatan kapasitas (sosialisasi/lokakarya/refreshing/ orientasi/ pelatihan) bagi petugas puskesmas dan kader Posyandu baik sebagai penyelenggara ataupun sebagai peserta minimal 1 kali

d) Memiliki sistem pelaporan kegiatan Posyandu adalah memiliki dan menggunakan sistem pelaporan kegiatan posyandu secara offline atau online.

Cara perhitungan indikator:

$$\% \text{ Kab/kota yang melaksanakan pembinaan Posyandu Aktif} = \frac{\text{Jumlah kabupaten/kota yang melakukan pembinaan Posyandu aktif sesuai kriteria}}{\text{Jumlah kabupaten/Kota Posyandu Aktif}} \times 100\%$$

Pelaksanaan kegiatan Posyandu dalam Adaptasi Kebiasaan Baru mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/12763/2020 Tentang Panduan Operasional Upaya Kesehatan Di Pos Pelayanan Terpadu Dalam Adaptasi Kebiasaan Baru Untuk Penerapan Masyarakat Produktif dan Aman Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) dan Surat Direktur Nomor PR.03.01/5/5428/2020 Tanggal 2 November 2020 Tentang Penjelasan Pelaksanaan Kegiatan dalam Pencapaian Indikator Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat selama pandemi. Adapun poin pentingnya adalah:

- a) Pembinaan dapat dilakukan secara daring (*online*)
- b) Posyandu dapat beroperasi sesuai kebijakan daerah masing-masing
- c) Jika Posyandu buka, semua layanan dapat dilakukan dengan tetap menerapkan protokol Kesehatan
- d) Jika Posyandu tutup layanan tetap jalan dengan cara: janji temu/kunjungan rumah/kegiatan mandiri, janji temu di fasilitas pelayanan kesehatan tetap menerapkan protokol kesehatan.

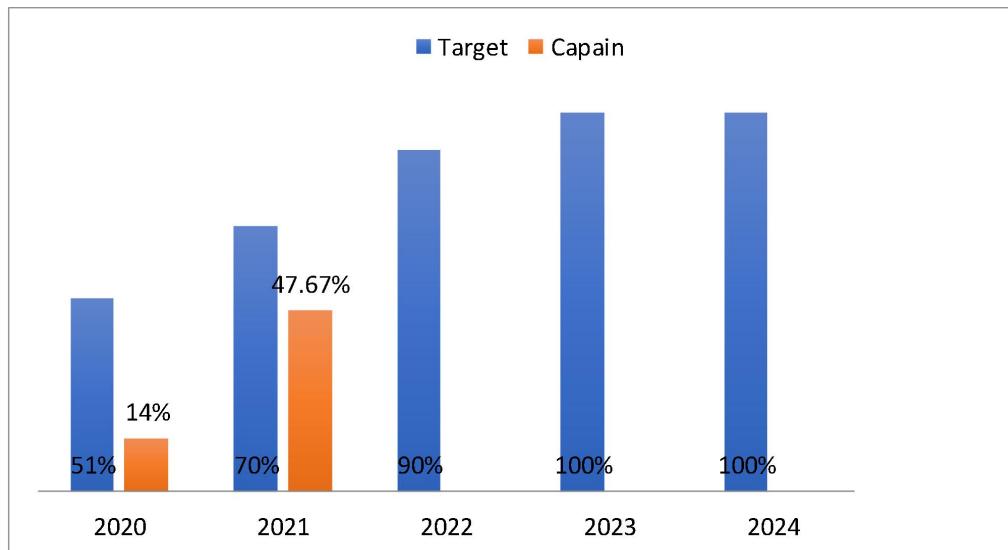
Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan, proses untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemampuan individu, keluarga serta masyarakat untuk berperan aktif dalam upaya kesehatan yang dilaksanakan dengan cara fasilitasi proses pemecahan masalah melalui pendekatan edukatif dan partisipatif serta memperhatikan kebutuhan potensi dan sosial budaya setempat. Kegiatan Salah satu bentuk pemberdayaan masyarakat yang bersifat partisipatif adalah Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) adalah wahana pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat, dikelola oleh, dari, untuk, dan bersama masyarakat, dengan pembinaan sektor kesehatan, lintas sektor dan pemangku kepentingan terkait lainnya.

Posyandu merupakan salah satu bentuk UKBM yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar. Posyandu merupakan wadah tepat untuk pemantauan tumbuh kembang balita serta edukasi gizi masyarakat.

Secara kelembagaan posyandu merupakan Lembaga Kemasyarakatan Desa/Kelurahan (LKD) yang dikelola oleh masyarakat bersama Pemerintah Desa/Kelurahan hingga pendirian dan pengurus posyandu ditetapkan dengan Keputusan Kepala Desa/Lurah. Oleh karena itu, operasional kegiatan posyandu dapat didanai melalui dana desa/kelurahan. Hal tersebut diperkuat dengan Peraturan Kementerian Dalam Negeri No 18 tahun 2018.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024, dalam mencapai sasaran meningkatnya pelaksanaan promosi kesehatan dan pemberdayaan kepada masyarakat ditetapkan Indikator capaian salah satunya yaitu Persentase kabupaten/kota melaksanakan pembinaan posyandu aktif sebesar 100% pada tahun 2024, dengan target capaian pertahun tergambar dalam grafik berikut:

Grafik 3.13
Target & Capaian Indikator Persentase
Kabupaten/kota yang Melaksanakan Pembinaan Posyandu Aktif
Tahun 2020 – 2024

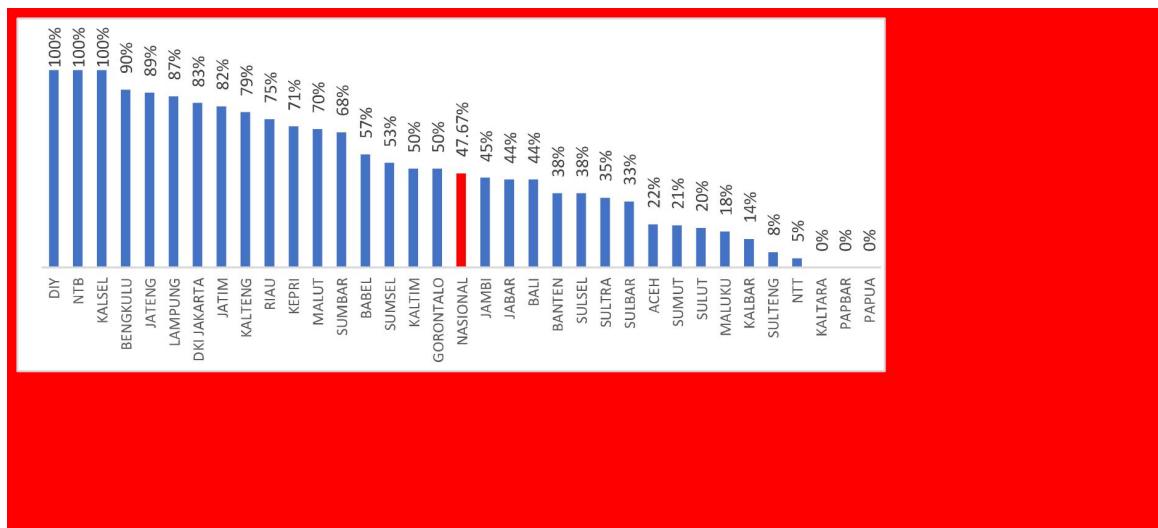


Persentase capaian indikator Kabupaten/kota yang melaksanakan pembinaan Posyandu Aktif Pada tahun Tahun 2020 sebesar 14% (capaian kinerja 32%) Sedangkan pada tahun 2021, capaian yang melaksanakan pembinaan Posyandu Aktif sebesar 47,67% (capaian kinerja 68%). Hal ini menggambarkan diperlukan upaya-upaya strategis pada tahun ke tiga pelaksanaan RPJMN 2020 -2024 agar target indikator ini dapat tercapai. Meski belum tercapai, persentase realisasi capaian indikator Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Pembinaan Posyandu Aktif pada tahun 2021 mengalami peningkatan sebesar 54%.

Berikut terlampir sebaran data capaian indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Pembinaan Posyandu Aktif. Capaian tertinggi adalah DI Yogyakarta (100%),

NTB (100%), dan Kalimantan Selatan (100%). Provinsi dengan capaian 0% masih dalam proses verifikasi atau belum mengirimkan laporan per tanggal 18 Januari 2021 .

Grafik 3.14
Data Sebaran Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Pembinaan Posyandu Aktif
Tahun 2020 – 2024 per Provinsi



Tabel 3.3
Rincian Kabupaten/kota Persentase Kabupaten/kota yang melaksanakan pembinaan Posyandu Aktif

NO	PROVINSI	INDIKATOR RENSTRA			Kab/Kota	
		% KAB/KOTA MELAKSANAKAN PEMBINAAN POSYANDU AKTIF		Target		
		Target	Capaian			
1	ACEH	23	5	22%	1. Kab. Aceh Tamiang 2.Kab. Aceh Tmur 3. Kota Banda Aceh 4. Kota Langsa 5. Kab. Aceh Jaya	
2	SUMUT	33	7	21%	1. Kota Pematang Siantar 2. Kab. Deli Serdang 3. Kab. Asahan 4. Kab. Batubara 5. Kab. Mandailing Natal 6. Kota Gunungsitoli 7. Kab. Dairi	

NO	PROVINSI	INDIKATOR RENSTRA			Kab/Kota	
		% KAB/KOTA MELAKSANAKAN PEMBINAAN POSYANDU AKTIF				
		Target	Capaian	Persentase		
3	SUMBAR	19	13	68%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Pesisir Selatan 2. Kab. Kepulauan Mentawai 3. Kab. Solok 4. Kab. Tanah Datar 5. Kab. Pasaman 6. Kab. Solok Selatan 7. Kab. Pasaman Barat 8. Kota Sawahlunto 9. Kota Solok 10. Kota Pariaman 11. Kota Bukit Tinggi 12. Kota Payakumbuh 13. Kab. Agam 	
4	RIAU	12	9	75%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Siak 2. Kab. Kepulauan Meranti 3. Kab. Kuantan Singingi 4. Kab. Indragiri Hulu 5. Kab. Indragiri Hilir 6. Kab. Rokan Hulu 7. Kab. Bengkalis 8. Kab. Pelalawan 9. Kota Dumai 	
5	JAMBI	11	5	45%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kota Jambi 2. Kab. Bungo 3. Kab. Tebo 4. Kab. Tanjung Jabung Timur 5. Kab. Kerinci 	
6	SUMSEL	17	9	53%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Ogan Komering Ilir 2. Kab. Banyuasin 3. Kab. Ogan Ilir 4. Kab. OKU Selatan 5. Kota Prabumulih 6. Kab. Musi Rawas Utara 7. Kab. Ogan Komring Ulu 8. Kota Lubuk Linggau 9. Kab. Ogan Komring Ulu Timur 	
7	BENGKULU	10	9	90%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Bengkulu Selatan 2. Kab. Kaur 3. Kab. Muko-Muko 4. Kab. Lebong 5. Kota Bengkulu 6. Kab. Rejang Lebong 7. Kab. Bengkulu Tengah 8. Kab. Kepahiang 	

NO	PROVINSI	INDIKATOR RENSTRA			Kab/Kota	
		% KAB/KOTA MELAKSANAKAN PEMBINAAN POSYANDU AKTIF				
		Target	Capaian	Persentase		
					9. Kab. Seluma	
8	LAMPUNG	15	13	87%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Tanggamus 2. Kab. Lampung Selatan 3. Kab. Lampung Tengah 4. Kab. Lampung Timur 5. Kab. Pringsewu 6. Kota Bandar Lampung 7. Kab. Pesisir Barat 8. Kab. Tulang Bawang 9. Kab. Pesawaran 10. Kab. Lampung Utara 11. Kab. Mesuji 12. Kab. Tulang Bawang Barat 12. Kota Metro 	
9	BABEL	7	4	57%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Bangka 2. Kab. Belitung 3. Kab. Bangka Tengah 4. Kab. Bangka Barat 	
10	KEPRI	7	5	71%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kota Tanjung Pinang 2. Kab. Lingga 3. Kab. Bintan 4. Kab. Natuna 5. Kota Bintan 	
11	DKI JAKARTA	6	5	83%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kota Adm. Jakut 2. Kota Adm. Jaksel 3. Kota Adm. Jakbar 4. Kota Adm. Jakpus 5. Kota Adm. Jaktim 	
12	JABAR	27	12	44%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Bekasi 2. Kab. Subang 3. Kab. Cianjur 4. Kota Cimahi 5. Kota Tasikmalaya 6. Kota Sukabumi 7. Kab. Pangandaran 8. Kota Bogor 9. Kota Bandung 10. Kab. Majalengka 11. Kab. Bogor 12. Kab. Kuningan 	

NO	PROVINSI	INDIKATOR RENSTRA			Kab/Kota	
		% KAB/KOTA MELAKSANAKAN PEMBINAAN POSYANDU AKTIF				
		Target	Capaian	Persentase		
13	JATENG	35	31	89%	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kab. Purbalingga 2. Kab. Banjarnegara 3. Kab. Kebumen 4. Kab. Pemalang 5. Kab. Tegal 6. Kab. Wonosobo 7. Kota Salatiga 8. Kab. Magelang 9. Kab. Sukoharjo 10. Kab. Demak 11. Kab. Demak 12. Kab. Pekalongan 13. Kab. Jepara 14. Kab. Blora 15. Kab. Batang 16. Kab. Boyolali 17. Kab. Klaten 18. Kab. Wonogiri 19. Kab. Karanganyar 20. Kab. Grobogan 21. Kab. Pati 22. Kab. Kudus 23. Kota Semarang 24. Kota Pekalongan 25. Kota Tegal 26. Kab. Brebes 27. Kota Magelang 28. Kab. Porworejo 29. Kota Surakarta 30. Kab. Temanggung 31. Kab. Cilacap 	
14	DIY	5	5	100%	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kab. Kulonprogo 2. Kab. Bantul 3. Kab. Gunung Kidul 4. Kab. Sleman 5. Kota Yogyakarta 	

NO	PROVINSI	INDIKATOR RENSTRA			Kab/Kota	
		% KAB/KOTA MELAKSANAKAN PEMBINAAN POSYANDU AKTIF				
		Target	Capaian	Persentase		
15	JATIM	38	31	82%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Bojonegoro 2. Kab. Sampang 3. Kota surabaya 4. Kab. Ponorogo 5. Kab. Situbondo 6. Kab. Jombang 7. Kab. Trenggalek 8. Kab. Tulungagung 9. Kab. Pacitan 10. Kab. Magetan 11. Kab. Ngawi 12. Kab. Malang 13. Kab. Lamongan 14. Kab. Gresik 15. Kab. Pamekasan 16. Kab. Sumenep 17. Kota probolinggo 18. Kota pasuruan 19. Kab. Lumajang 20. Kab. Blitar 21. Kab. Nganjuk 22. Madiun 23. Kab. Probolinggo 24. Kab. Jember 25. Kab. Banyuwangi 26. Kota malang 27. Kab. Bondowoso 28. Kab. Blitar 29. Kab. Kediri 30. Kab. Pasuruan 31. Kab. Mojokerto 	
16	BANTEN	8	3	38%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kota Tangerang selatan 2. Kab. Pandeglang 3. Kota Tanggerang 	
17	BALI	9	4	44%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Gianyar 2. Kab. Klungkung 3. Kab. Buleleng 4. Kab. Karangasem 	

NO	PROVINSI	INDIKATOR RENSTRA			Kab/Kota	
		% KAB/KOTA MELAKSANAKAN PEMBINAAN POSYANDU AKTIF		Target		
		Target	Persentase			
18	NTB	10	10	100%	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kab. Lombok Tengah 2. Kab. Lombok Utara 3. Kab. Lombok Barat 4. Kab. Lombok Timur 5. Kab. Sumbawa 6. Kab. Dompu 7. Kab. Sumbawa Barat 8. Kota Mataram 9. Kota Bima 10. Kab. Bima 	
19	NTT	22	1	5%	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kab. Sumbawa Tengah 	
20	KALBAR	14	2	14%	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kab. Sanggau 2. Kab. Sekadau 	
21	KALTENG	14	11	79%	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kab. Barito Utara 2. Kab. Katingan 3. Kab. Pulang Pisau 4. Kab. Lamandau 5. Kab. Kotawaringin Timur 6. Kab. Kapuas 7. Kab. Barito Selatan 8. Kota Palangkaraya 9. Kab. Sukamara 10 Kab. Kotawaringin Barat 11. Kab. Seruyan 	
22	KALSEL	13	13	100%	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kab. Kotabaru 1. Kab. Hulu sungai Selatan 2. Kab. Tabalong 3. Kab. Tanah Bumbu 4. Kab. Hulu Sungai Utara 5. Kab. Balangan 6. Kab. Tanah Laut 7. Kab. Banjar 8. Kab. Barito Kuala 9. Kab. Tapin 10. Kab. Hulu Sungai Tengah 11. Kota Banjarmasin 12. Kota Banjarbaru 	

NO	PROVINSI	INDIKATOR RENSTRA			Kab/Kota	
		% KAB/KOTA MELAKSANAKAN PEMBINAAN POSYANDU AKTIF		Target		
		Capaian	Percentase			
23	KALTIM	10	5	50%	1. Kab. Kutai Kertanegara 2. Kota Samarinda 3. Kota Bontang 4. Kab. Penajam Paser Utara 5. Kab. Berau	
24	KALTARA	5	0	0%		
25	SULUT	15	3	20%	1. Kab. Bolaang Mongondow 2. Kab. Bolaang Mongondow Utara 3. Kota Kotamobagu	
26	SULTENG	13	1	8%	1. Kab. Banggai kepulauan	
27	SULSEL	24	9	38%	1. Kab. Sinjai 2. Kab. Luwu 3. Kab. Pinrang 4. Kab. Enrekang 5. Kab. Soppeng 6. Kab. Takalar 7. Kab. Bone 8 Kab. Luwu Utara 9. Kota Palopo	
28	SULTRA	17	6	35%	1. Kab. Konawe Utara 2. Kota Bau-bau 3. Kab. Kolaka Utara 4. Kab. Buton Selatan 5. Kab Muna Barat 6. Kota Kendari	
29	GORONTALO	6	3	50%	1. Kab. Gorontalo Utara 2. Kab. Gorontalo 3. Kab Bone Bolango	
30	SULBAR	6	2	33%	1. Kab. Majene 2. Kab. Mamasa	
31	MALUKU	11	2	18%	1. Kab. Maluku Tenggara Barat 2. Kota Ambon	
32	MALUT	10	7	70%	1. Kab. Halmahera Utara 2. Kab. Pulau Taliabu 3. Kota Ternate 4. Kota Tidore Kepulauan 5. Kab Pulau Morotai 6. Kab. Halmahera Tengah 7. Kab Kep. Sula	
33	PAPBAR	13	0	0%		
34	PAPUA	29	0	0%		
NASIONAL		514	245	47.67%		

Capaian Target indikator Persentase Kabupaten/kota yang melaksanakan pembinaan Posyandu Aktif Pada tahun 2021 adalah 47.28%, atau sebesar 68% dari target capaian yang ditentukan. Hal ini menggambarkan bahwa masih ada gap sebesar 32% target indikator yang belum terpenuhi pada tahun 2021. Hal ini terjadi karena adanya pandemi corona virus disease 2019 (Covid-19), kebijakan pemerintah dengan pembatasan sosial, sehingga posyandu tidak beroperasi, dan capaian layanan KIA, Gizi, Imunisasi dan KB di Posyandu, puskesmas atau fasilitas kesehatan lainnya minimal masing-masing 50% tidak tercapai dengan maksimal. Selain itu, sampai data ini diupload dalam dokumen ini masih ada kabupaten/kota yang belum mengirimkan data capaian indikator dan masih dalam proses verifikasi laporan.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target:

- Melakukan penyesuaian definisi operasional indikator tersebut mengalami penyesuaian. Redefinisi indikator Surat Direktur Nomor PR.03.01/5/5428/2019 tanggal 2 November 2020 yaitu
 - a) Posyandu dapat beroperasi sesuai kebijakan daerah masing-masing
 - b) Jika posyandu buka, semua layanan dapat dilakukan dengan tetap melaksanakan protokol Kesehatan
 - c) Jika posyandu tutup layanan tetap jalan dengan cara: Janji temu/kunjungan rumah/kegiatan mandiri, janji temu ke fasylanes tetap melakukan protokol Kesehatan.
- Melakukan Sosialisasi Peraturan Menteri Kesehatan No. HK.01.07-MENKES-12763-2020 tentang Panduan Operasional Upaya Kesehatan Pos Pelayanan Terpadu Aman COVID-19 dan Surat Edaran Kementerian Dalam Negeri Nomor 094/1737/BPD tanggal 27 April 2020 tentang Operasional Posyandu dalam Pencegahan Penyebaran COVID-19.
- Memberikan dukungan anggaran kegiatan posyandu melalui menu BOK Kabupaten/Kota dan Menu BOK Puskesmas
- Melakukan sosialisasi
- Evaluasi Posyandu Aktif di Indonesia. Evaluasi dilakukan dengan survei online dan kualitatif di masyarakat.
- Pelaksanaan Rebranding Pelayanan Posyandu secara online dan offline dengan meluncurkan Logo Baru Posyandu.
- Melakukan monitoring capaian kegiatan posyandu secara berkala triwulanan
- Melakukan migrasi sistem pecatatan dan pelaporan kegiatan posyandu nasional melalui aplikasi microsite promkes.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah:

- Terhambatnya pemenuhan kriteria dalam definisi operasional terutama untuk kriteria 1. Memiliki Pokjanal posyandu yang disahkan melalui keputusan Bupati/walikota; 2. Melakukan pertemuan pokjanal posyandu minimal 2 kali setahun; dan 3. Melakukan peningkatan kapasitas bagi petugas puskesmas dan kader karena situasi pandemi COVID-19 yang mengakibatkan pemberlakuan Pembatasan Sosial Berskala Besar di berbagai wilayah Indonesia menghambat kegiatan untuk mendorong pemenuhan kriteria tersebut.

- Situasi pandemi COVID-19 menyebabkan sumber daya yang ada di fokuskan untuk upaya pencegahan dan penanggulangan COVID-19
- Data terkait cakupan layanan posyandu bersumber data dari lintas program memerlukan penalaahan dan verifikasi ulang terhadap raw data yang tersedia.
- Koordinasi lintas sektor dan lintas sektor melalui pokjanal posyandu di daerah belum sepenuhnya terjalin dengan baik. Posyandu masih dianggap sebagai tanggung jawab sektor Kesehatan semata.
- Proses migrasi sistem pencatatan dan pelaporan dari Komdat Kesmas ke Aplikasi Microsite Promkes baru mulai disosialisasikan pada Bulan Agustus 2021
- Masih ada kabupaten/kota yang belum mengirimkan laporan capaian indikator dan masih ada yang dalam proses verifikasi laporan.

Faktor -faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target adalah:

- Adanya arahan dari Presiden tentang Posyandu harus memberikan layanan kepada masyarakat selama pandemi COVID-19 sebagai komitmen Pemerintah dalam upaya penurunan prevalensi stunting pada ibu hamil dan balita.
- Koordinasi & sinergi lintas melalui wadah Pokjanal Posyandu di pusat maupun daerah dalam rangka upaya penguatan posyandu.
- Terbitnya Peraturan Menteri Kesehatan No. HK.01.07-MENKES-12763-2020 tentang Panduan Operasional Upaya Kesehatan Pos Pelayanan Terpadu Aman COVID-19.
- Dukungan lintas sektor khususnya Kementerian Dalam Negeri terkait operasional posyandu selama pandemi COVID-19 dengan terbitnya Surat Edaran Kementerian Dalam Negeri Nomor 094/1737/BPD tanggal 27 April 2020 tentang Operasional Posyandu dalam Pencegahan Penyebaran COVID-19.

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

- a) Melakukan sosialisasi dan pendampingan pengisian aplikasi microsite promkes secara periodik hingga ke level Kabupaten/Kota
- b) Melakukan verifikasi Laporan secara berjenjang dari kabupaten/kota ke provinsi dan pusat.
- c) Sosialisasi Panduan & model Pelaksanaan Operasional Posyandu Pada Masa Adaptasi Kebiasaan Baru

7. Persentase Kabupaten/Kota yang Menerapkan Kebijakan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat

GERMAS merupakan suatu tindakan sistematis dan terencana yang dilakukan secara bersama-sama oleh seluruh komponen bangsa dengan kesadaran, kemauan dan kemampuan berperilaku sehat untuk meningkatkan kualitas hidup. GERMAS mengedepankan upaya promotif dan preventif, tanpa mengesampingkan upaya kuratif/rehabilitatif dengan melibatkan seluruh komponen bangsa dalam memasyarakatkan paradigma sehat. Tujuan GERMAS adalah terciptanya masyarakat berperilaku sehat yang berdampak pada kesehatan terjaga, produktif, lingkungan bersih, dan biaya berobat berkurang.

Instruksi Presiden (Inpres) Nomor 1 tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) mengamanatkan setiap pihak terkait untuk menetapkan kebijakan dan mengambil langkah-langkah sesuai tugas, fungsi, dan kewenangan masing-masing untuk mewujudkan GERMAS, melalui peningkatan aktivitas fisik, peningkatan perilaku hidup sehat, penyediaan pangan sehat dan percepatan perbaikan gizi, peningkatan pencegahan dan deteksi dini penyakit, peningkatan kualitas lingkungan, dan peningkatan edukasi hidup sehat. Inpres ini juga mengamanatkan Menteri Kesehatan untuk melaksanakan kampanye GERMAS serta meningkatkan advokasi dan pembinaan daerah dalam pelaksanaan kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR), meningkatkan pendidikan mengenai gizi seimbang dan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif, aktivitas fisik, dan meningkatkan pelaksanaan deteksi dini penyakit di puskesmas dan menyusun panduan pelaksanaan deteksi dini penyakit di instansi pemerintah dan swasta.

Germas tidak hanya dijalankan oleh Kementerian Kesehatan saja, tetapi juga lintas kementerian dan lembaga, gubernur, bupati/walikota, akademisi, dunia usaha, organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi dan ditunjang peran serta seluruh lapisan masyarakat mulai dari individu, keluarga, dan masyarakat dalam mempraktikkan pola hidup sehat. Pemerintah, baik di tingkat pusat maupun daerah dalam menyiapkan sarana dan prasarana pendukung, memantau dan mengevaluasi pelaksanaannya.

Pelaksanaan GERMAS harus dimulai dari keluarga, karena keluarga adalah bagian terkecil dari masyarakat yang membentuk kepribadian. GERMAS dapat dilaksanakan dengan cara melakukan aktifitas fisik, mengonsumsi sayur dan buah, tidak merokok, tidak mengkonsumsi alkohol, memeriksa kesehatan secara rutin, membersihkan lingkungan, dan menggunakan jamban. Kegiatan-kegiatan tersebut dapat dimulai dari diri sendiri dan keluarga, serta tidak membutuhkan biaya yang besar.

Ke depan pelaksanaan GERMAS harus lebih diarahkan pada “pembudayaan hidup sehat” kepada individu dan masyarakat untuk meningkatkan literasi kesehatan, yang pada ujungnya akan mampu merubah perilaku masyarakat untuk hidup sehat. Di sini perlu upaya advokasi kepada seluruh pemangku kepentingan (termasuk lintas sektor), pemberdayaan masyarakat, sinergisme pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Advokasi kepada lintas sektor harus mampu menghasilkan pembangunan berwawasan kesehatan (*health in all policies*).

Definisi operasional indikator Persentase kabupaten/kota yang menerapkan kebijakan gerakan masyarakat hidup sehat sesuai dengan Surat Direktur Nomor PR.03.01/5/5428/2020 Tanggal 2 November 2020 Tentang Penjelasan Pelaksanaan Kegiatan dalam Pencapaian Indikator Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat selama pandemi, yaitu:

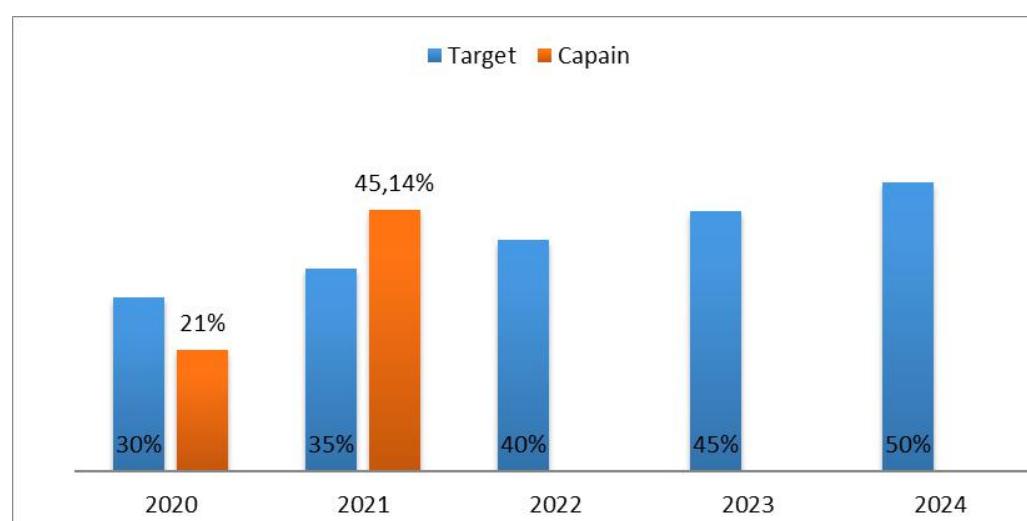
- a) Kebijakan yang dimaksud adalah kebijakan Germas sesuai dengan Inpres no 1 tahun 2017 (melaksanakan 5 kluster germas) dan atau kebijakan berwawasan Kesehatan seperti kebijakan ASI, KTR, Protokol Kesehatan, dll
- b) Kegiatan penggerakan masyarakat dapat dilakukan secara daring (online) maupun konvensional (offline), dengan menyampaikan minimal 2 (dua) pesan Germas yang dilakukan minimal 3 kali setahun dengan melibatkan lintas sektor/swasta/dunia usaha/ormas/UKBM/mitra potensial. Kegiatan dapat berupa : Kampanye, Penyebarluasan informasi melalui Media Luar Ruang, dan atau melalui Webinar. Pelibatan lintas sektor/swasta/dunia usaha/ormas/UKBM/mitra potensial dll, adalah adanya keterlibatan aktif dari lintas sektor /swasta/dunia usaha/ormas/UKBM/mitra potensial dll, sebagai penyelenggara dalam melakukan upaya penggerakan masyarakat.

Cara perhitungan indikator :

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

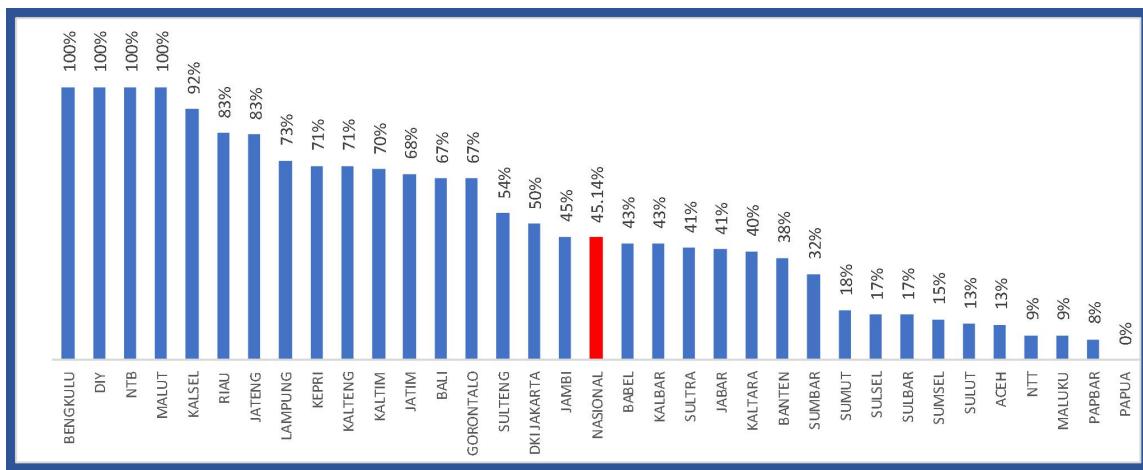
Target indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Menerapkan Kebijakan Germas Pada tahun 2021 adalah 45.14%, dengan capaian sebesar atau sebesar 128.97% dari target capaian yang ditentukan. Berdasarkan capaian terget pada tahun 2020 ini maka Direktorat Promosi Kesehatan optimis untuk tren positif capaian indikator Kabupaten/Kota yang Menerapkan Kebijakan Germas ini akan dapat kembali terpenuhi di tahun 2022.

Grafik 3.15
Target dan Capaian Persentase Kabupaten/Kota yang Menerapkan Kebijakan Germas tahun 2020 – 2024



Persentase capaian indikator Kabupaten/Kota yang Menerapkan Kebijakan Germas Tahun 2020 sebesar 21% (70%). Sedangkan pada tahun 2021, capaian indikator Kabupaten/Kota Yang Menerapkan Kebijakan Germas sebesar 45.14% (128.97%). Hal ini menggambarkan seluruh aspek kegiatan yang dilaksanakan oleh Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat telah sepenuh mendarah pada kegiatan yang memiliki daya ungkit terhadap pencapaian indikator yang telah ditetapkan.

Grafik 3.16
Data Sebaran Capaian Capaian Indikator
Persentase Kabupaten/Kota yang Menerapkan Kebijakan Germas
Tahun 2020 – 2024



Tabel 3.4
Rincian Kabupaten/kota Persentase Kabupaten/kota yang Menerapkan Kebijakan Germas

NO	PROVINSI	INDIKATOR RENSTRA DAN RPJMN			
		%KABUPATEN/KOTA MELAKSANAKAN KEBIJAKAN GERMAS			
		Target	Capaian	Persentase	Kab/Kota
1	ACEH	23	3	13%	1. Kab. Aceh Tamiang 2. kota Sabang 3. Kota Sabang

NO	PROVINSI	INDIKATOR RENSTRA DAN RPJMN			
		%KABUPATEN/KOTA MELAKSANAKAN KEBIJAKAN GERMAS			
		Target	Capaian	Persentase	Kab/Kota
2	SUMUT	33	6	18%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Mandailing Natal 2. Kab. Batu Bara 3. Kab. Padang Lawas 4. Kab. Padang Lawas Utara 5. Kab Labuhan Batu 6. Kab. Samosir
3	SUMBAR	19	6	32%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Kep. Mentawai 2. Kab. Pasaman 3. Kab. Dhamasraya 4. Kota Sawahlunto 5. Kota Payakumbun 6. Kota Pariaman
4	RIAU	12	10	83%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Kuantan Singgingi 2. Kab. Indragiri Hulu 3. Kab. Indragiri Hilir 4. Kab. Pelalawan 5. Kab. Roka Hulu 6. Kab. Bengkalis 7. Kab. Rokan Hilir 8. Kota Dumai 9. Kab. Siak 10. Kab. Kep. Meranti
5	JAMBI	11	5	45%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Batang Hari 2. Kota Jambi 3. Kab. Kerinci 4. Kab Tebo 5. Kab. Tanjung Jabung Barat
6	SUMSEL	17	4	15%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. OKU Timur 2. Kab. Musi Rawas Utara 3. Kota Palembang 4. Kota Prabumulih

NO	PROVINSI	INDIKATOR RENSTRA DAN RPJMN			
		%KABUPATEN/KOTA MELAKSANAKAN KEBIJAKAN GERMAS			
		Target	Capaian	Persentase	Kab/Kota
7	BENGKULU	10	10	100%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Bengkulu Selatan 2. Kab. Bengkulu Utara 3. Kab. Kaur 4. Kab. Muko-Muko 5. Kab. Lebong 6. Kota Bengkulu 7. Kab. Rejang Lebong 8. Kab. Bengkulu Tengah 9. Kab. Kepahiang 10. Kab. Seluma
8	LAMPUNG	15	11	73%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Tanggamus 2. Kab. Lampung Selatan 3. Kab. Way Kanan 4. Kab. Tulangbawang 5. Kab. Pesawaran 6. Kota Metro 7. Kab. Lampung Timur 8. Kab. Pringsewu 9. Kota Bandar Lampung 10. Kab Lampung tengah
9	BABEL	7	3	43%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Bangka 2. Kota Pangkal Pinang 3. Kab. Bangka Tengah
10	KEPRI	7	5	71%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Bintan 2. Kab. Natuna 3. Kota Batam 4. Kota Tanjung Pinang 5. Kab. Lingga
11	DKI JAKARTA	6	3	50%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kota Adm. Jakut 2. Kota Adm. Jaksel 3. Kota Adm. Jaktim

NO	PROVINSI	INDIKATOR RENSTRA DAN RPJMN			
		%KABUPATEN/KOTA MELAKSANAKAN KEBIJAKAN GERMAS			
		Target	Capaian	Persentase	Kab/Kota
12	JABAR	27	11	41%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Bogor 2. Kab. Tasikmalaya 3. Kab. Kerawang 4. Kota Bogor 5. Kota Bandung 6. Kab. Cianjur 7. Kab. Kuningan
13	JATENG	35	29	83%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Banyumas 2. Kab. Purbalingga 3. Kab Wonosobo 4. Kab. Magelang 5. Kab. Boyolali 6. Kab. Klaten 7. Kab. Karanganyar 8. Kab. Grobogan 9. Kab Rembang 10. Kab. Pati 11. Kab. Kudus 12. Kab. Jepara 13. Kab. Temanggung 14. Kab. Kendal 15. Kab. Batang 16. Kab. Pemalang 17. Kab. Tegal 18. Kab. Brebes 19. Kota Magelang 20. Kota Salatiga 21. Kota Semarang 22. Kota Pekalongan 23. Kota Tegal 24. Kab. Cilacap 25. Kab. Sukoharjo 26. Kab. Blora 27. Kota Surakarta 28. Kab. Kebumen 29. Kab. Demak

NO	PROVINSI	INDIKATOR RENSTRA DAN RPJMN			
		%KABUPATEN/KOTA MELAKSANAKAN KEBIJAKAN GERMAS			
		Target	Capaian	Persentase	Kab/Kota
14	DIY	5	5	100%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Kulonprogo 2. Kab. Bantul 3. Kab. Gunung Kidul 4. Kab. Sleman 5. Kota Yogyakarta
15	JATIM	38	26	68%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Pacitan 2. Kab. Trenggalek 3. Kab. Blitar 4. Kab. Kediri 5. Kab. Tulungagung 6. Kab. Jember 7. Kab. Banyuwangi 8. Kab. Bondowoso 9. Kab. Probolinggo 10. Kab. Pasuruan 11. Kab. Mojokerto 12. Kab. Nganjuk 13. Kab. Madiun 14. Kab. Magetan 15. Kab. Ngawi 16. Kab. Tuban 17. Kab. Lamongan 18. Kota Bitar 19. Kota Batu 20. Kab. Ponorogo 21. Kab. Malang 22. Kab. Bojonegoro 23. Kab. Jombang 24. Kab. Sampang 25. Kota Malang 26. Kota Surabaya
16	BANTEN	8	3	38%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Pandeglang 2. Kota Tangerang 3. Kota Serang

NO	PROVINSI	INDIKATOR RENSTRA DAN RPJMN			
		%KABUPATEN/KOTA MELAKSANAKAN KEBIJAKAN GERMAS			
		Target	Capaian	Persentase	Kab/Kota
17	BALI	9	6	67%	1. Kab. Jembrana 2. Kab. Tabanan 3. Kab. Badung 4. Kab. Gianyar 5. Kab. Klungkung 6. Kab. Buleleng
18	NTB	10	10	100%	1. Kab. Lombok Tengah 2. Kab. Lombok Utara 3. Kab. Lombok Barat 4. Kab. Lombok Timur 5. Kab. Sumbawa 6. Kab. Dompu 7. Kab. Sumbawa Barat 8. Kota Mataram 9. Kota Bima 10. Ka. Bima
19	NTT	22	2	9%	1. Kab. Manggarai 2. Kab. Timor Tengah Utara
20	KALBAR	14	6	43%	1. Kab. Bengkayang 2. Kab. Mempawah 3. Kab. Kapuas Hulu 4. Kab. Kayong Utara 5. Kab. Kubu Raya 6. Kota Pontianak
21	KALTENG	14	10	71%	1. Kab. Barito Selatan 2. Kab. Barito Utara 3. Kab. Katingan 4. Kota Waringin Timur 5. Kab. Waringin Barat 6. Kab. Lamandau 7. Kota Palangkaraya

NO	PROVINSI	INDIKATOR RENSTRA DAN RPJMN			
		%KABUPATEN/KOTA MELAKSANAKAN KEBIJAKAN GERMAS			
		Target	Capaian	Persentase	Kab/Kota
22	KALSEL	13	12	92%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Tanah Laut 2. Kab. Hulu Sungai Tengah 3. Kab. Hulu Sungai Utara 4. Kab. Tanah Bumbu 5. Kota Banjarmasin 6. Kab. Barito Kuala 7. Kab. Banjar 8. Kab. Tabalong 9. Kab. Tanah Bumbu 10. Kab. Balangan 11. Kab. Kotabaru 12. Kab. Hulu Sungai Selatan
23	KALTIM	10	7	70%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Kutai barat 2. Kab. Kutai kertanegara 3. Kab. Berau 4. Kab. Mahakam Ulu 5. Kota Samarinda 6. Kota Bontang 7. Kab Penajam Paser Utara
24	KALTARA	5	2	40%	<ol style="list-style-type: none"> 1.. Kota Tarakan 2. Kab. Bulungan
25	SULUT	15	2	13%	<ol style="list-style-type: none"> 1. kota Bitung 2. Kota Kotamobagu
26	SULTENG	13	7	54%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Morowali 2. Kab. Toli-toli 3. Kab. Tojo Una-una 4. Kab. Banggai Laut 5. Kab. Banggai kepulauan 6. Kab. Banggai 7. Kab. Buol
27	SULSEL	24	4	17%	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kab. Enrekang 2. Kab. Soppeng 3. Kab. Luwu 4. Kab. Pinrang

NO	PROVINSI	INDIKATOR RENSTRA DAN RPJMN			
		%KABUPATEN/KOTA MELAKSANAKAN KEBIJAKAN GERMAS			
		Target	Capaian	Persentase	Kab/Kota
28	SULTRA	17	7	41%	1. Kab. Buton 2. Kab. Kolaka 3. Kab. Konawe Selatan 4. Kab. Konawe Utara 5. Kota Kendari 6. Kab. Kolaka Utara 7. Kab. Buton Selatan
29	GORONTALO	6	4	67%	1. Kab. Gorontalo Utara 2. Kab. Gorontalo 3. Kab. Bone Bolango 4. Kota Gorontalo
30	SULBAR	6	1	17%	1. Kab. Mamuju
31	MALUKU	11	1	9%	1. Kota Ambon
32	MALUT	10	10	100%	1. Kab. Halmahera Tengah 2. Kab. Halmahera Utara 3. Kab. Pulau Morotai 4. Kab. Taliabu 5. Kota Ternate 6. Kab. Kep. Sula 7. Kab. Halmahera Selatan 8. Kab. Halmahera Barat 9. Kab. Halmahera Timur 10. Kab. Tidore Kepulauan
33	PAPBAR	13	1	8%	1. Sorong Selatan
34	PAPUA	29	0	0%	
	NASIONAL	514	232	45.14%	

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target:

- Pelaksanaan Advokasi Kebijakan Germas

Kegiatan ini dilakukan di pusat dengan melakukan advokasi ke Kementerian/Lembaga dengan tujuan agar Kementerian Lembaga terkait yang di advokasi dapat menginisiasi adanya regulasi turunan dari Inpres No. 1 Tahun 2017 dalam pelaksanaan Germas di Kementerian/Lembaga tersebut. Regulasi ini sekaligus menjadi salah satu bukti komitmen lintas sektor dalam implementasi Germas. Sosialisasi Germas dengan

Mitra Potensial Kegiatan ini dilakukan di 24 Lokasi di daerah dengan melibatkan mitra potensial. Adanya kegiatan sosialisasi Germas dengan melibatkan mitra komisi IX DPR RI ini merupakan langkah strategis dalam upaya advokasi terhadap pemerintah daerah dalam rangka upaya pembudayaan germas sekaligus kampanye protokol Kesehatan covid-19.

- Koordinasi Pelaksanaan Implementasi Germas Lintas Sektor Kegiatan ini dilaksanakan melalui pertemuan koordinasi forum komunikasi pelaksanaan implementasi Germas lintas sektor di tingkat pusat di daerah. Dengan adanya pertemuan koordinasi ini diharapkan terjalin koordinasi dan adanya informasi terkait pelaksanaan germas di lintas sektor.
- Koordinasi Implementasi Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) Daerah. Kegiatan ini merupakan kegiatan yang dilakukan untuk koordinasi dan sinkronisasi kegiatan GERMAS di tingkat Provinsi. Peserta pertemuan adalah Mitra dunia usaha, lintas program, dinkes Provinsi dan Bapedda.
- Melakukan migrasi sistem pecatatan dan pelaporan kegiatan posyandu nasional melalui aplikasi microsite promkes.

Beberapa faktor penghambat yang mempengaruhi upaya pencapaian kinerja yaitu:

- Situasi pandemi covid-19 dan pemberlakuan Pembatasan Sosial Berskala Besar di berbagai wilayah Indonesia menghambat pelaksanaan penggerakan masyarakat. Melaksanakan yang menjadi salah satu kriteria yang harus dipenuhi dalam indikator Persentase Kabupaten/kota yang menerapkan kebijakan Germas.
- Masih ada kabupaten/kota yang belum mengirimkan laporan capaian indikator dan masih ada yang dalam proses verifikasi laporan.

Beberapa faktor pendukung yang mempengaruhi upaya pencapaian kinerja yaitu:

- Upaya-upaya upaya promotif dan preventif pembudayaan Germas dalam situasi pandemi semakin gencar dilakukan oleh lintas sektor kesehatan.
- Dukungan lintas sektor dan lintas program terhadap pelaksanaan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas).
- Adanya regulasi pendukung pelaksanaan Germas di Daerah

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

- Melakukan sosialisasi dan koordinasi dalam pengisian laporan capaian indikator promkes
- Melakukan pengarahan teknis melalui Surat Direktur Nomor PR.03.01/5/5428/2019 tentang Justifikasi Penjelasan Pelaksanaan Kegiatan Promosi Kesehatan dan PM selama pandemi. Hal ini sebagai salah satu upaya bimbingan teknis kepada pengelola kegiatan promosi Kesehatan di kabupaten/kota dalam pelaksanaan kegiatan yang mendorong pencapaian indikator dalam situasi pandemic covid-19.
- Melakukan verifikasi Laporan secara berjenjang dari kabupaten/kota ke provinsi dan pusat.

- Penguatan sistem aplikasi komunikasi data yang masih dalam proses penyempurnaan dengan membuat form pengisian laporan manual (provinsi dan kab/kota) dengan mempergunakan melalui aplikasi *google drive*

8. 100% Kab/Kota menerapkan kebijakan KTR

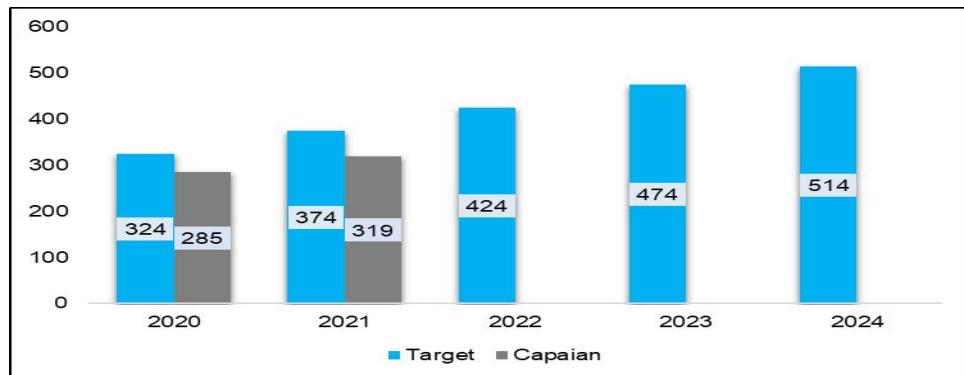
Merokok merupakan salah satu faktor risiko bersama (*Common Risk Factor*) yang dapat menyebabkan Penyakit Tidak Menular (PTM) dan faktor risiko yang dapat dimodifikasi, sehingga dengan menurunkan prevalensi merokok diharapkan dapat menurunkan angka prevalensi PTM. Data Riskesdas menunjukkan prevalensi merokok penduduk umur 10-18 tahun menunjukkan kenaikan yakni 7,2% (Riskestas 2013) menjadi (Riskestas 2018). Prevalensi perokok lebih tinggi pada penduduk miskin, tinggal di perdesaan, dan kelompok usia yang lebih tua. Harus diwaspadai penggunaan rokok elektrik pada remaja, karena uap rokok elektrik mengandung zat-zat toksik yang berbahaya untuk kesehatan. Sebagai upaya menurunkan prevalensi perokok, termasuk perokok pemula (remaja), perlu dilakukan beberapa upaya antara lain mengadopsi Konvensi Kerangka Kerja WHO tentang Pengendalian Tembakau, menerapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR), 3) program stop merokok (*quit smoking*), menaikkan cukai dan harga rokok (pemberlakuan *sin tax*), dan pelarangan iklan, promosi dan sponsor rokok. Penerapan kebijakan KTR merupakan salah satu upaya pengendalian prevalensi perokok yang akan dipantau pada tahun 2020-2024.

Definisi operasional indikator Kab/Kota menerapkan kebijakan KTR adalah Kabupaten/Kota yang memiliki Peraturan Daerah (Perda) KTR dan mencantumkan penerapan KTR di 7 tatanan dalam Perda tersebut yakni di fasilitas pelayanan kesehatan, sekolah, tempat ibadah, tempat kerja, fasilitas umum, angkutan umum, dan tempat bermain anak). Indikator Kab/Kota yang menerapkan KTR dihitung dari akumulasi jumlah Kab/Kota yang memiliki Peraturan daerah KTR dan mencantumkan penerapan KTR di 7 tatanan.

Pada tahun 2015-2029, ruang lingkup indikator Kab/Kota yang menerapkan Perda KTR minimal di 50% sekolah yang diatur dalam peraturan perundangan Kawasan Tanpa Rokok yang telah melakukan penerapan *enforcement* sesuai kriteria yaitu ditemukan tanda dilarang merokok di semua pintu masuk; diseluruh lingkungan sekolah tidak ditemukan orang merokok; tidak ditemukan ruang khusus merokok; tidak tercium bau asap rokok; tidak ditemukan asbak dan korek api; tidak ditemukan puntung rokok; tidak ditemukan penjualan rokok termasuk kantin sekolah, tempat tunggu penjemput; dan tidak ditemukan indikasi kerjasama dengan Industri tembakau dalam bentuk sponsor, promosi, iklan rokok (misalnya: serbet, tatakan gelas, asbak, poster, spanduk, billboard dan lainnya). Tahun 2020-2024, ruang lingkup indikator ini menjadi 7 tatanan, tidak hanya sekolah tetapi juga fasyankes, empat ibadah, tempat kerja, fasilitas umum, angkutan umum, dan tempat bermain anak.

Sampai tahun 2021, sebanyak 319 Kab/Kota telah memiliki Perda KTR dari 374 target Kab/Kota sehingga capaian kinerja sebesar 85,3%. Jumlah Kab/Kota yang memiliki Perda KTR meningkat dari 285 Kab/Kota pada tahun 2020 menjadi 319 Kab/Kota pada tahun 2021 dengan peningkatan capaian sebesar 12%, seperti digambarkan pada grafik berikut ini:

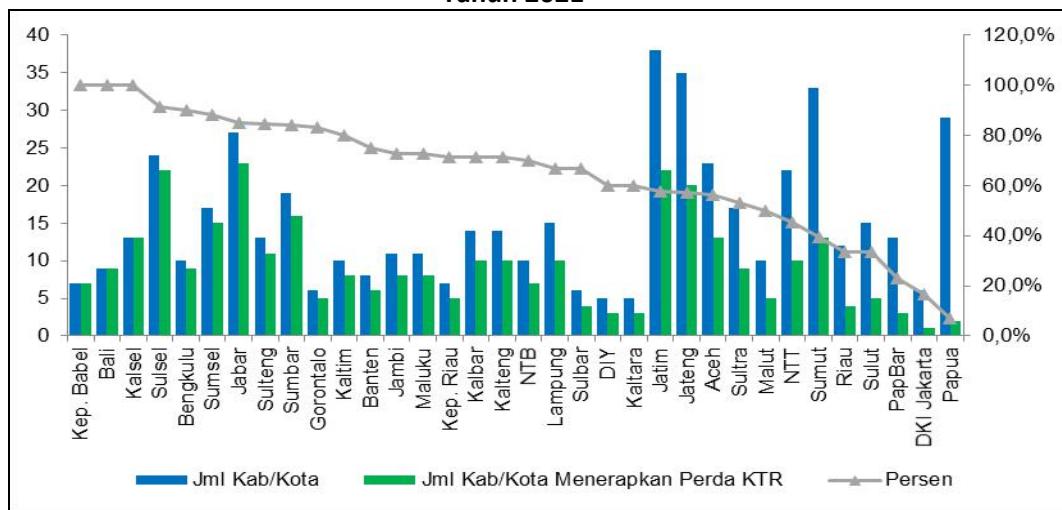
Grafik 3.17
Kab/Kota yang menerapkan kebijakan KTR
Tahun 2020-2024



Sumber data: Substansi PKGI, 2021

Pada grafik diatas terlihat tren capaian selama tahun 2020-2021 tidak tercapai sehingga bila dibandingkan dengan target jangka menengah tahun 2022 dan target akhir 2024 maka target tersebut tidak akan berjalan *on track* dan diperlukan akselerasi dan kerja keras dengan menambahkan target yang tidak tercapai pada tahun 2020-2021 kedalam target tahun 2022. Capaian Kab/Kota yang telah menerapkan kebijakan KTR berbeda pada tiap Provinsi dengan capaian tertinggi 100% dan capaian terendah 0%, seperti digambarkan dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.18
Kab/Kota yang menerapkan kebijakan KTR per Provinsi
Tahun 2021



Sumber data: SIPTM dan jdih.go.id

Pada grafik diatas terdapat 3 provinsi yang semua kab/kotanya telah menerapkan Perda KTR yaitu Provinsi Kepulauan Bangka Belitung, Bali dan Kalimantan Selatan. Selain itu, dari 34 Provinsi, terdapat 22 provinsi yang telah mencapai $\geq 60\%$ memiliki Perda KTR Kab/Kota. Sisanya ada 12 provinsi lagi yang masih perlu didorong untuk percepatan penerbitan Perda KTR Kab/Kota yaitu Provinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, Aceh, Sulawesi Tenggara, Maluku Utara, NTT, Sumatera Utara, Riau, Sulawesi Utara, DKI Jakarta, Papua Barat dan Papua.

Tahun 2021, terdapat penambahan 34 Kab/Kota telah memiliki dan menerapkan Perda KTR, sebanyak 20 Kab/Kota diantaranya telah difasilitasi untuk menyusun Perda dan menerapkannya yaitu Provinsi Sumatera Utara (Kab. Deli Serdang dan Kota Sibolga), Provinsi Sumatera Barat (Kota Pasaman Barat), Provinsi Sumatera Selatan (Kab. OKU Selatan), Provinsi Jawa Barat (Kab. Ciamis, Kota Bandung, Kab. Kuningan, Kab. Pangandaran), Provinsi Jawa Tengah (Kab. Purworejo), Provinsi Jawa Timur (Kab. Madiun, Kab. Mojokerto, Kab. Lamongan, Kota Batu), Provinsi Kalimantan Barat (Kab. Kayong Utara), Provinsi Kalimantan Tengah (Kab. Barito Utara), Provinsi Kalimantan Selatan (Kab. Hulu Sungai Tengah), Provinsi Kalimantan Utara (Kab. Nunukan), Provinsi Gorontalo (Kab. Pohuwato), Provinsi Maluku (Kota Ambon) dan Provinsi Maluku Utara (Kab. Halmahera Timur). Sedangkan sebanyak 14 Kab/Kota lainnya diperoleh datanya melalui aplikasi jdihm.go.id, dan lokasi 14 Kab/Kota tersebut telah difasilitasi sebelum tahun 2021.

Beberapa daerah memiliki praktik baik dengan komitmen bersama aparat pemerintahan kecamatan, desa/kelurahan, RT/RW dalam penerapan kawasan tanpa rokok diantaranya adalah DKI Jakarta yang memiliki wilayah RT/RW tanpa rokok, Kab Cirebon juga memiliki kampung tanpa rokok. Di Kab. Lampung Timur terdapat kampung tanpa rokok dan menerbitkan Peraturan Desa Larangan Merokok.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target antara lain:

1. Dalam rangka Hari Tanpa Tembakau Sedunia (HTTS) 2021 dengan berbagai kegiatan diantaranya media briefing, kegiatan JAMBORE Nasional “Keren Tanpa Rokok”, seminar Kesehatan dan dialog public. Tujuan utama dari rangkaian kegiatan ini adalah promotive dan preventif, terutama bagi anak dan remaja agar tidak menjadi target bujukan rokok.
2. Advokasi kepada pimpinan daerah untuk percepatan terbitnya Peraturan Daerah tentang Kawasan Tanpa Rokok dan penerapannya di 7 tatanan. Ada 6 lokus yang menjadi target percepatan terbitnya Perda KTR tahun 2021 yaitu Kota Magelang, Kab Magelang dan Kab Boyolali (Jawa Tengah), Kab Sampang (Jawa Timur), Kab Pesisir Selatan (Sumatera Barat), Kab Banyuasin (Sumatera Selatan). Kegiatan ini melibatkan lintas kementerian / lembaga yaitu dari Direktorat Jenderal Pembangunan Daerah, Kementerian Dalam Negeri dan Komite Nasional Pengendalian Tembakau (Komnas PT).

Gambar. 3.2
Advokasi KTR



3. Pembinaan teknis penerapan KTR dan monitoring evaluasi penyelenggaraan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM) pada 8 lokus, yaitu: Kab Bantul (DI Yogyakarta), Kota Pematang Siantar (Sumatera Utara), Kab Siak (Riau), Kab Lampung Timur (Lampung), Kota Balikpapan (Kalimantan Timur), Kab Maros (Sulawesi Selatan), Kota Sukabumi (Jawa Barat) dan Kota Pontianak (Kalimantan Barat)
4. Melakukan percepatan dengan meningkatkan jumlah tenaga kesehatan yang mampu melakukan layanan konseling UBM bagi puskesmas menggunakan dana dekonsentrasi.

Gambar 3.3
Layanan UBM di Puskesmas Pasir Sakti Lampung Timur



Beberapa faktor penghambat pencapaian target antara lain:

- 1) Belum semua Kementerian dan Lembaga yang memiliki komitmen untuk mengendalikan konsumsi produk tembakau;
- 2) Kegiatan advokasi dan sosialisasi di daerah dalam pengendalian konsumsi tembakau pada Kab/Kota belum optimal;
- 3) Belum optimalnya koordinasi antara Lintas Program dan Lintas Sektor di tingkat Kab/Kota dalam upaya pengendalian konsumsi rokok;

- 4) Daerah yang memiliki kebijakan KTR di daerah masih terbatas jumlahnya, dan penerapan kebijakan di daerah yang telah memiliki kebijakan KTR belum optimal;
- 5) Penganggaran daerah yang belum optimal dalam memfasilitasi kegiatan-kegiatan terkait pengendalian konsumsi rokok;
- 6) Masih banyak pimpinan daerah yang mengandalkan CSR Perusahaan Rokok untuk menopang keuangan daerah yang menyebabkan adanya benturan kepentingan.

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

1. Bagi daerah yang masih gagal mengajukan rancangan Perda KTR perlu pendampingan dari pusat dengan melibatkan kementerian/lembaga, atau pemerhati pengendalian tembakau untuk mengadvokasi kembali kepada pimpinan daerah dalam percepatan penerbitan Perda KTR dan penerapannya di 7 tatanan.
2. Perlunya meningkatkan pemberdayaan dan pengembangan kegiatan masyarakat untuk berinovasi di daerahnya dalam pengendalian tembakau melalui berbagai macam gerakan yang disepakati bersama dalam upaya melindungi warga dari dampak/bahaya rokok.
3. Meningkatkan edukasi kepada masyarakat dalam kelompok-kelompok kecil secara berkesinambungan sebagai upaya meningkatkan kepedulian masyarakat di wilayahnya dalam memerangi promosi rokok yang gencar dari produsen rokok.
4. Untuk memaksimalkan Penerapan Kebijakan KTR di daerah dengan upaya sebagai berikut:
 - a. Optimalisasi dukungan stakeholder dan mitra kesehatan dalam rangka mencapai Implementasi Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas) termasuk melaksanakan kebijakan KTR.
 - b. Mendorong penegakan hukum (*law enforcement*) secara konsisten sesuai dengan ketentuan peraturan yang berlaku.
 - c. Mengoptimalkan upaya advokasi dan sosialisasi melalui dukungan Audiensi dari Tim Aliansi Bupati/Walikota peduli Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan PTM kepada Bupati dan Walikota di Indonesia.
 - d. Peningkatan kapasitas sumber daya manusia dalam penegakan Kebijakan KTR yang telah ditetapkan.
 - e. Membangun komitmen masyarakat untuk menerapkan KTR di rumah tangga, RT/RW, Kelurahan/desa, dan Kecamatan melalui pemicuan/ FGD partisipatori.

9. 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. Penyelenggaraan Kabupaten/Kota Sehat dilakukan melalui berbagai kegiatan dengan memberdayakan masyarakat yang difasilitasi oleh Pemerintah Kabupaten/Kota.

Untuk mewujudkannya dilaksanakan melalui “FORUM” atau dengan memfungsikan lembaga masyarakat yang ada. Forum tersebut disebut “FORUM KABUPATEN/KOTA SEHAT” atau sebutan lain yang serupa sampai tingkat kecamatan dan desa.

Pendekatan Kota Sehat pertama kali dikembangkan di Eropa oleh WHG pada tahun 1980-an sebagai strategi menyongsong Ottawa Charter, dimana ditekankan kesehatan untuk semua yang dapat dicapai dan langgeng, jika semua aspek, sosial, ekonomi, lingkungan dan budaya diperhatikan. Oleh karena itu konsep kota sehat tidak hanya memfokuskan kepada pelayanan kesehatan yang lebih ditekankan kepada suatu pendekatan kondisi sehat dan problem sakit saja, tetapi kepada aspek menyeluruh yang mempengaruhi kesehatan masyarakat, baik jasmani maupun rohani.

Perkembangan Gerakan Kota Sehat disetiap negara berbeda satu sama lain, tergantung permasalahan yang dihadapi dan tidak dapat diperbandingkan. Kesamaan konsep Kota Sehat di seluruh negara adalah satu sama lain berasal dari keinginan dan kebutuhan masyarakat, dikelola oleh masyarakat, dan pemerintah berperan sebagai fasilitator. Disamping itu lebih mengutamakan pendekatan proses dari pada target, tidak mempunyai batas waktu, dan berkembang secara dinamik, sesuai dengan sasaran yang diinginkan masyarakat yang dicapai secara bertahap.

Pengembangan Kota/Kabupaten Sehat adalah bagian dari dinamika dan semangat warga, pemerintah daerah, serta lembaga legislatif di daerah tersebut. Pemerintah Pusat hanya berperan membina dan memfasilitasi potensial yang ada. Pencapaian Kota/Kabupaten Sehat merupakan suatu proses yang berjalan terus menerus menciptakan dan meningkatkan kualitas lingkungan baik fisik, sosial, budaya, mengembangkan ekonomi masyarakat dengan mengembangkan potensi-potensi masyarakat dengan cara mewadaiakan mereka agar cepat saling mendukung dalam menerapkan fungsi-fungsi kehidupan dalam membangun potensi maksimal suatu Kota/Desa.

Berikut definisi operasional dan cara perhitungan Kabupaten Kota Sehat:

Kabupaten/kota yang melaksanakan 4 tatanan yaitu pemukiman, sarana dan prasarana umum, masyarakat sehat yang mandiri dan ketahanan pangan, kawasan pendidikan dan kawasan pasar, memiliki SK Tim Pembina, Memiliki SK forum, rencana kerja dan mempunyai laporan hasil verifikasi oleh tim pembina tingkat provinsi.

Jumlah kabupaten/kota yang telah memenuhi kriteria penyelenggaraan kabupaten/kota Sehat.

Contoh perhitungan dalam satu tahun (1 Januari s/d 31 Desember pada tahun yang sama) terdapat 100 kabupaten/kota yang telah memenuhi kriteria berdasarkan laporan yang disampaikan melalui aplikasi, maka capaian program kabupaten/kota yang menyelenggarakan kabupaten/kota sehat pada tahun tersebut sebanyak 100 kabupaten/kota.

Dengan target penyelenggaraan KKS tahun 2021 sebanyak 221 kab kota, menunjukkan capaian yg diharapkan meskipun Indonesia masih fokus menghadapi Pandemi COVID-19, hal ini dimungkinkan karena sudah terjadi adaptasi di era kebiasaan baru sehingga aktifitas pemerintahan dan masyarakat mulai berjalan meski dengan batasan-batasan, sehingga capaian target indikator KKS tetap dapat terpenuhi. Penyajian data melalui Laporan dari daerah yang masuk masih dilakukan secara manual.

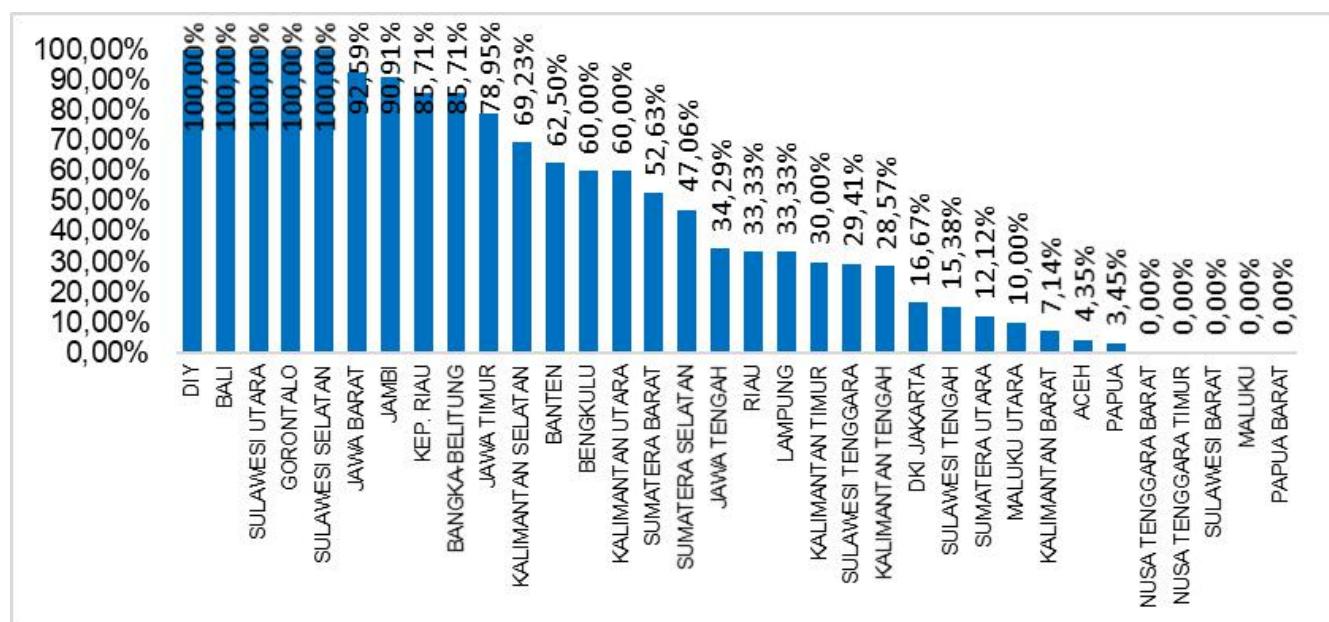
Ada pun target dan capaian jumlah kabupaten/kota sehat sebagaimana terinformasi dalam tabel dan grafik sebagai berikut:

Tabel 3.5
Target dan Pencapaian Jumlah Kabupaten/Kota Sehat Tahun 2021

NO	PROVINSI	JUMLAH KAB/KOTA	TARGET	CAPAIAN	%
1	DIY	5	5	5	100
2	BALI	9	5	9	100
3	SULAWESI UTARA	15	9	15	100
4	GORONTALO	6	3	6	100
5	SULAWESI SELATAN	24	15	24	100
6	JAWA BARAT	27	16	25	92.59
7	JAMBI	11	7	10	90.91
8	KEP. RIAU	7	5	6	85.71
9	BANGKA-BELITUNG	7	5	6	85.71
10	JAWA TIMUR	38	19	30	78.95
11	KALIMANTAN SELATAN	13	7	9	69.23
12	BANTEN	8	5	5	62.50
13	BENGKULU	10	4	6	60.00
14	KALIMANTAN UTARA	5	4	3	60.00
15	SUMATERA BARAT	19	11	10	52.63
16	SUMATERA SELATAN	17	7	8	47.06
17	JAWA TENGAH	35	7	12	34.29
18	RIAU	12	5	4	33.33
19	LAMPUNG	15	8	5	33.33
20	KALIMANTAN TIMUR	10	5	3	30.00
21	SULAWESI TENGGARA	17	7	5	29.41
22	KALIMANTAN TENGAH	14	7	4	28.57
23	DKI JAKARTA	6	5	1	16.67

NO	PROVINSI	JUMLAH KAB/KOTA	TARGET	CAPAIAN	%
24	SULAWESI TENGAH	13	6	2	15.38
25	SUMATERA UTARA	33	6	4	12.12
26	MALUKU UTARA	10	5	1	10.00
27	KALIMANTAN BARAT	14	6	1	7.14
28	ACEH	23	4	1	4.35
29	PAPUA	29	4	1	3.45
30	NUSA TENGGARA BARAT	10	4	0	0.00
31	NUSA TENGGARA TIMUR	22	3	0	0.00
32	SULAWESI BARAT	5	2	0	0.00
33	MALUKU	11	5	0	0.00
34	PAPUA BARAT	13	4	0	0.00
JUMLAH		514	220	221	100.45

Grafik 3.19
Target dan Capaian Jumlah Kabupaten/Kota Sehat Tahun 2021



Dalam rangka mencapai target dilakukan langkah-langkah kegiatan sebagai berikut:

- Menyusun perpres penyelenggaraan kabupaten/kota sehat
- Melakukan koordinasi pelaksanaan kabupaten/kota sehat
- Sosialisasi dan desimenasi pelaksanaan kabupaten/kota sehat

- d) Melakukan konferensi dan event pelaksanaan kabupaten/kota sehat
 - I. Verifikasi Bedah Dokumen
 - II. Verifikasi Lapangan dan Virtual
 - III. Penyelenggaraan Pemberian Penghargaan
- e) Melaksanakan pemantauan kegawat daruratan kesling pada event khusus (PON, Natal dan Tahun Baru)
- f) Pengadaan Buffer Stock Logistik bidang kesehatan lingkungan

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah:

- a) Beberapa Tim Pembina Provinsi (Dinas Kesehatan dan Bappeda) adanya perbedaan persepsi terkait kegiatan penyelenggaraan KKS dan verifikasi KKS. Perbedaan persepsi tersebut yaitu jika Kabupaten/Kota yang tidak mengikuti verifikasi KKS maka Kabupaten/Kota tersebut tidak dianggap sebagai Kabupaten/Kota yang melaksanakan penyelenggaraan KKS, padahal setiap tahunnya Kabupaten/Kota harus melaksanakan penyelenggaraan KKS yang bertujuan untuk mencapai suatu kondisi kabupaten/kota yang bersih, nyaman, aman dan sehat.
- b) Beberapa Kabupaten/Kota belum ada koordinasi dengan baik antara Tim Pembina (OPD) dengan Forum (masyarakat) sehingga kegiatan-kegiatan KKS tidak dapat dilaksanakan.
- c) Beberapa Kabupaten/Kota belum ada koordinasi dengan baik antar OPD dan masih beranggapan penyelenggaraan KKS merupakan kegiatan sektor kesehatan.

Faktor -faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target adalah:

- a) Penguatan kelembagaan kelompok kerja (forum KKS) melalui Pertemuan Kabupaten Kota Sehat tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota melalui dana dekonsentrasi
- b) Penganggaran DAK non fisik oleh daerah dalam rangka mendukung pelaksanaan kegiatan penyelenggaraan kab/kota sehat
- c) Pengembangan jejaring/koordinasi lintas program/lintas sektor dalam bentuk pertemuan antar stakeholder terkait untuk menyamakan persepsi dalam mewujudkan dan mendukung pelaksanaan kegiatan penyelenggaraan kab/kota sehat.
- d) Tahun 2021 merupakan tahun penilaian dan penghargaan Kabupaten/Kota Sehat sehingga terdapat Kab/Kota baru yang terverifikasi oleh Pusat telah melaksanakan tatanan kawasan sehat. Kab/Kota inilah yang turut menambah realisasi indikator.

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

- a) Memaksimalkan pembinaan penyelenggaraan kab/kota sehat dan terfokus pada daerah sasaran yang aktif kepada seluruh pengelola kesehatan lingkungan di daerah dalam percepatan pencapaian target indikator
- b) Memaksimalkan komunikasi aktif baik melalui media elektronik maupun surat menyurat kepada seluruh pimpinan daerah dalam rangka implementasi serta monitoring evaluasi data dan pelaporan tepat waktu

- c) Memaksimalkan advokasi kepada pejabat daerah agar diperoleh dukungan terhadap pelaksanaan kegiatan penyelenggaraan kab/kota sehat khususnya dalam hal pendanaan penyelenggaraan kab/kota sehat. Pendampingan dana dekon dan DAK yang optimal untuk percepatan capaian penyelenggaraan kab/kota sehat secara menyeluruh.
- d) Melanjutkan pelaksanaan berbagai penilaian untuk menyemangati pelaksanaan penyelenggaraan kab/kota sehat seperti penilaian kab/kota sehat, penilaian lingkungan bersih sehat
- e) Mempercepat proses serta penyelesaian penyusuanan/revisi Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria (NSPK) terkait Tatanan Kawasan Sehat sehingga dapat segera diresmikan, disosialisasikan, dan diimpelenasikan di tingkat daerah
- f) Dibuat target Kabupaten/Kota baru yang melaksanakan Tatanan Kawasan Sehat di setiap Provinsi. Kab/Kota baru inilah yang nantinya diharapkan dapat meningkatkan realisasi serta capaian indikator di tahun berikutnya dan tidak hanya bertambah pada saat tahun verifikasi saja.

2). Sasaran Strategis 2: Meningkatnya ketersediaan dan mutu fasyankes dasar dan rujukan

Dalam kaitan dengan Sasaran Strategis ini, Kementerian Kesehatan mengidentifikasi sembilan Indikator Kinerja Utama (IKU) dengan hasil capaiannya sebagaimana tergambar dalam tabel berikut:

Dalam kaitan dengan Sasaran Strategis ini, Kementerian Kesehatan mengidentifikasi sembilan Indikator Kinerja Utama (IKU) dengan hasil capaiannya sebagaimana tergambar dalam tabel berikut:

Tabel 3.6
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 2:
Meningkatnya ketersediaan dan mutu fasyankes dasar dan rujukan

SS 2: Meningkatnya ketersediaan dan mutu fasyankes dasar dan rujukan					
Indikator Kinerja		Realisasi Kinerja			% Realisasi
		Target	Realisasi		
2a.	Seluruh kecamatan memiliki minimal 1 puskesmas	43	-	-	-
2b.	Persentase kabupaten/kota yang memenuhi rasio TT 1:1.000	50%	27,6%	53,70%	
2c.	Persentase FKTP sesuai standar	60%	56,4%	94%	
2d.	Persentase RS terakreditasi	85%	88,4%	104%	
2e.	Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan lain yang memenuhi persyaratan survey akreditasi	228	241	107%	

Uraian tentang kelima IKU tersebut adalah sebagai berikut:

1. Seluruh kecamatan memiliki minimal 1 Puskesmas

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 salah satu prinsip puskesmas adalah prinsip ketersediaan. Berdasarkan prinsip tersebut Puskesmas harus dapat menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya. Selanjutnya untuk mendukung prinsip tersebut dinyatakan juga bahwa Puskesmas harus didirikan pada setiap kecamatan.

Dalam Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2019 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 137 Tahun 2017 Tentang Kode Dan Data Wilayah Administrasi Pemerintahan, terdapat 514 Kab/Kota dan 7230 Kecamatan. Dari sejumlah kecamatan yang ada terdapat beberapa kecamatan yang belum memiliki Puskesmas. Berdasarkan Surat Keputusan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1824/2021 tentang Penetapan Kecamatan Tanpa Puskesmas tercatat 171 Kecamatan yang belum memiliki Puskesmas. Kecamatan tersebut terdapat di 24 Kabupaten/ Kota dan 7 Provinsi.

Definisi operasional dari indikator seluruh kecamatan memiliki minimal 1 puskesmas adalah Jumlah Puskesmas yang dibangun di Kecamatan yang belum memiliki Puskesmas.

Jumlah Puskesmas di kecamatan tanpa puskesmas yang terbangun pada tahun berjalan ditambah Puskesmas di kecamatan tanpa puskesmas yang sudah terbangun pada tahun sebelumnya.

Berdasarkan Renstra Kemenkes tahun 2020-2024 pada tahun 2021 ditargetkan 43 Puskesmas terbangun di kecamatan tanpa puskesmas. Berikut rincian target Indikator berdasarkan renstra 2020-2024:

Tabel 3.7
Target Indikator Seluruh kecamatan memiliki minimal 1 puskesmas
Tahun 2020-2024

Indikator	2020	2021	2022	2023	2024
Seluruh kecamatan memiliki minimal 1 puskesmas	-	43	43	43	42

Berdasarkan tabel tersebut di atas pelaksanaan pembangunan Puskesmas di Kecamatan Tanpa Puskesmas mulai dilaksanakan pada tahun 2021. Pembangunan Puskesmas tersebut dibiayai oleh DAK Pelayanan Dasar dan dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota.

1) Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target

Dalam upaya untuk menjamin pelaksanaan kegiatan pembangunan puskesmas di kecamatan tanpa puskesmas dilakukan melalui berbagai upaya yaitu :

- Pertemuan koordinasi pelaksanaan pembangunan di kecamatan tanpa puskesmas. Pertemuan ini dilaksanakan secara hybrid dan dihadiri oleh berbagai lintas program, lintas sektor, Dinkes Propinsi dan Dinkes Kabupaten/Kota. Pertemuan ini bertujuan untuk memberikan pembekalan dalam pelaksanaan pembangunan.
- Pendampingan/pemantauan pelaksanaan pembangunan yang dilakukan secara online maupun kunjungan ke lapangan. Kegiatan ini bertujuan untuk memantau dan memberikan bimbingan teknis pelaksanaan pembangunan.

Tabel 3.8

**Target dan Capaian Indikator Seluruh kecamatan memiliki minimal 1 puskesmas
Tahun 2021**

Indikator	Target	Capaian	%
Seluruh kecamatan memiliki minimal 1 puskesmas	43	0	0%

Sesuai dengan Renstra Kemenkes tahun 2020-2024 target pembangunan puskesmas baru pada kecamatan tanpa puskesmas pada tahun 2021 sebanyak 43 Puskesmas. Pada tahun 2021 kegiatan pembangunan puskesmas pada kecamatan tanpa puskesmas di tahun 2021 tidak tercapai. Jika dibandingkan dengan tahun anggaran sebelumnya maka tidak ada progres pembangunan puskesmas pada kecamatan tanpa puskesmas karena pada tahun 2020 kegiatan belum masuk kedalam target sehingga tidak ada pembangunan dan pada tahun 2021 juga tidak ada pencapaian dikarenakan tidak ada anggaran yang dialokasikan untuk pembangunan puskesmas di kecamatan tanpa puskesmas, karena pada menu DAK tahun 2021 tidak terdapat menu pembangunan gedung puskesmas untuk kecamatan tanpa puskesmas.

Target sebanyak 43 Puskesmas pada tahun 2021 tidak dapat dicapai, hal ini disebabkan karena belum adanya alokasi anggaran untuk mendukung kegiatan tersebut dalam DAK. Sesuai dengan Surat Keputusan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1824/2021 tentang Penetapan Kecamatan Tanpa Puskesmas tercatat 171 Kecamatan yang belum memiliki Puskesmas. Kecamatan tersebut terdapat di 24 Kabupaten/ Kota dan 7 Provinsi, dimana 85% kecamatan di dalam list tersebut masuk ke dalam daftar kabupaten tertinggal tahun 2020-2024 yang tercantum pada

Stranas PPDT 2020-2024 pada Perpres Nomor 105 Tahun 2021. Sehingga sulit untuk melakukan pembangunan dengan menggunakan Dana Daerah tersebut. maka dari itu penyediaan pembangunan puskesmas pada kecamatan tanpa puskesmas menggunakan Dana Alokasi Khusus.

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 123 Tahun 2020 Tentang Petunjuk Teknis Dana Alokasi Khusus Fisik Tahun Anggaran 2021 Tidak ada menu Pembangunan Puskesmas baru, menu pembangunan gedung puskesmas hanya diperuntukan bagi puskesmas yang sudah memiliki nomor registrasi dengan ketentuan yang disebutkan. Sehingga menu untuk pembangunan gedung baru untuk kecamatan yang belum memiliki puskesmas tidak tersedia pada menu DAK tahun 2021.

Karena tidak terdapat menu pembangunan gedung baru untuk kecamatan tanpa puskesmas pada tahun 2021 dan juga melihat kemampuan daerah dalam menganggarkan pembangunan gedung baru sehingga tidak dapat melakukan pembangunan puskesmas pada tahun 2021. Kemudian agar pada tahun selanjutnya dapat melakukan pembangunan pada kecamatan tanpa puskesmas kami mendorong Pemerintah daerah di 24 Kabupaten/Kota dan 7 Provinsi tersebut untuk mengambil menu pembangunan gedung puskesmas pada alokasi DAK tahun 2022 dengan lokus 171 puskesmas yang masuk kedalam list kecamatan tanpa puskesmas .

Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki dan juga kondisi anggaran yang dilakukan efisiensi untuk penanganan pandemi covid serta tidak adanya pembangunan gedung baru pada kecamatan tanpa puskesmas maka kegiatan yang dilakukan pada tahun 2021 adalah mendorong pengajuan pembangunan dengan dana DAK pada tahun selanjutnya, bentuk kegiatannya adalah:

1. Pertemuan dan koordinasi dengan pemerintah daerah dan provinsi serta pihak-pihak terkait dilakukan secara Hybrid (Daring dan Luring).
2. Memberikan bibingan Teknis kepada daerah yang akan mengajukan menu pembangunan puskesmas dengan mengoptimalkan Pemanfaatan teknologi informasi dalam bentuk pembuatan grup telegram.

2. Persentase kabupaten/kota yang memenuhi rasio TT 1:1.000

Persentase Kabupaten/Kota yang memenuhi rasio TT 1: 1.000 penduduk adalah persentase Kabupaten/Kota yang memenuhi akses pelayanan kesehatan rujukan dengan perbandingan 1 tempat tidur perawatan terhadap 1000 penduduk dalam Kabupaten/Kota. Target ini dibuat sebagai salah satu upaya penguatan pelayanan kesehatan rujukan yang merata untuk seluruh wilayah di Indonesia.

Cara perhitungan yang digunakan adalah sebagai berikut:

Perbandingan 1 tempat tidur perawatan terhadap 1000 penduduk dalam Kabupaten/Kota

Untuk pemenuhan target rasio 1 TT: 1000 penduduk ini dilakukan dengan beberapa rencana aksi seperti dilakukannya sosialisasi Kebijakan Perumahsakitan terkait dengan jumlah tempat tidur yang harus dipenuhi oleh setiap fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan klasifikasinya, dilakukannya sinkronisasi kebijakan pusat dengan kebijakan daerah agar pemerintah daerah dapat menyesuaikan perencanaan penguatan pelayanan kesehatan rujukannya dengan pemenuhan rasio tempat tidur sesuai dengan standar. Upaya yang dilakukan oleh pemerintah daerah tentunya akan didukung oleh pemerintah pusat dalam hal ini adalah Kementerian Kesehatan dengan pemberian Dana Alokasi Khusus (DAK) yang diprioritaskan kepada daerah yang belum terpenuhinya rasio 1 TT : 1000 penduduk.

Upaya pencapaian target pemenuhan rasio 1 TT : 1000 penduduk ini juga dilakukan dengan mensinergikan antara kebijakan pemerintah pusat dan daerah dalam hal mempermudah proses investasi dan perizinan berusaha rumah sakit baik bagi pemerintah maupun pihak swasta, melakukan sinkronisasi terhadap beberapa kebijakan yang mendukung upaya penguatan pelayanan kesehatan rujukan seperti adanya kebijakan implementasi pelayanan rawat inap kelas standar yang terdapat pada Peraturan Pemerintah No. 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan yang menyatakan bahwa jumlah TT Rawat Inap kelas standar paling sedikit 60% (RS Pemerintah) dan 40% (RS Swasta), sehingga perlunya effort yang optimal dari seluruh stakeholder dalam mengimplementasikan kebijakan tersebut.

Kabupaten/Kota berupaya memenuhi target rasio tempat tidur antara lain melalui penambahan rumah sakit selama tahun 2021 sebanyak 145 rumah sakit (4,52%) yaitu dari 2.985 RS di tahun 2020 menjadi 3.120 RS di tahun 2021. Hal ini mempengaruhi bertambahnya jumlah tempat tidur perawatan sebesar 2,16% dari 379.548 tempat tidur di tahun 2020 menjadi 387.735 tempat tidur di tahun 2021. Selain itu, di tahun 2021 terdapat penambahan kabupaten/kota yang akhirnya memiliki rumah sakit, 1 (satu) di Kabupaten Nias Barat di Provinsi Sumatera Utara dan 3 lainnya di Provinsi Papua Barat yaitu Kabupaten Tamrauw, Kabupaten Maybrat, Kabupaten, Kabupaten Manokwari Selatan. Namun demikian masih ada 4 kabupaten/kota yang belum memiliki tempat tidur perawatan dikarenakan belum ada rumah sakit yang terregistrasi di wilayah tersebut, yaitu Kabupaten Bolaang Mongondow Timur di Provinsi Sulawesi Utara, Kabupaten Pegunungan Arfak di Provinsi Papua Barat, dan Kabupaten Yalimo serta Kabupaten Puncak di Provinsi Papua. Adapun detil Kabupaten/Kota yang belum memenuhi rasio tempat tidur terdapat dalam lampiran Rasio 1 TT : 1000 penduduk.

Pencapaian kinerja Kementerian Kesehatan dalam pemenuhan target rasio 1 TT : 1000 penduduk yang sudah dilakukan dapat dilihat pada dari tabel 3.7 sebagai berikut:

Tabel 3.9
Jumlah Kecukupan Tempat Tidur Berdasarkan Provinsi Tahun 2021

NO	PROVINSI	Jumlah Penduduk	Jumlah Tempat Tidur	Jumlah Kabupaten/Kota	KECUKUPAN TT (2020)			KECUKUPAN TT (2021)	
					Cukup	Kurang	Kurang (Belum Memiliki RS)	Cukup	Kurang
1	Aceh	5.029.679	10.611	23	17	6		18	5
2	Bali	4.466.595	8.624	9	9			8	1
3	Banten	13.074.189	8.143	8	4	4		4	4
4	Bengkulu	2.016.437	2.844	10	4	6		4	6
5	DI Yogyakarta	3.970.220	7.343	5	4	1		4	1
6	DKI Jakarta	10.645.542	33.508	6	5	1		5	1
7	Gorontalo	1.044.395	2.206	6	5	1		4	2
8	Jambi	3.561.512	4.746	11	3	8		4	7
9	Jawa Barat	49.489.046	50.849	27	14	13		14	13
10	Jawa Tengah	31.506.409	38.297	35	19	16		18	17
11	Jawa Timur	38.601.958	54.438	38	18	20		20	18
12	Kalimantan Barat	5.162.937	6.846	14	3	11		4	10
13	Kalimantan Selatan	3.570.562	5.817	13	9	4		9	4
14	Kalimantan Tengah	2.502.442	4.002	14	9	5		8	6
15	Kalimantan Timur	3.708.936	6.786	10	9	1		8	2
16	Kalimantan Utara	721.181	1.371	5	5			5	
17	Kep. Bangka Belitung	1.311.791	2.427	7	3	4		5	2

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2021

NO	PROVINSI	Jumlah Penduduk	Jumlah Tempat Tidur	Jumlah Kabupaten/Kota	KECUKUPAN TT (2020)			KECUKUPAN TT (2021)	
					Cukup	Kurang	Kurang (Belum Memiliki RS)	Cukup	Kurang
18	Kepulauan Riau	2.297.489	4.956	7	7			7	
19	Lampung	8.454.985	8.236	15	3	12		3	12
20	Maluku	1.704.009	3.563	11	6	5		8	3
21	Maluku Utara	1.268.866	1.799	10	3	7		5	5
22	Nusa Tenggara Barat	4.102.857	6.046	10	1	9		3	7
23	Nusa Tenggara Timur	4.946.486	4.386	22	9	13		9	13
24	Papua	3.029.085	4.657	29	12	15	2	13	16
25	Papua Barat	738.428	2.228	13	8	1	4	11	2
26	Riau	6.217.386	8.438	12	3	9		4	8
27	Sulawesi Barat	1.235.010	1.490	6	2	4		3	3
28	Sulawesi Selatan	8.171.768	15.698	24	14	10		15	9
29	Sulawesi Tengah	3.008.669	5.213	13	11	2		9	4
30	Sulawesi Tenggara	2.604.258	3.692	17	6	11		5	12
31	Sulawesi Utara	2.530.967	7.459	15	11	3	1	12	3
32	Sumatera Barat	4.724.818	7.558	19	8	11		8	11
33	Sumatera Selatan	8.113.155	9.750	17	5	12		5	12
34	Sumatera Utara	13.224.957	24.358	33	13	19	1	14	19
	TOTAL	256.757.024	368.385	514	262	244	8	276	238

Peningkatan jumlah kabupaten/kota yang memenuhi rasio salah satunya disebabkan penambahan tempat tidur perawatan untuk pasien Covid-19 di rumah sakit, baik rumah sakit milik pemerintah, BUMN/kementerian lain, TNI/POLRI, maupun swasta. Sehubungan dengan naiknya kasus Covid pasca Natal dan Tahun Baru, maka Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan mengeluarkan Surat Edaran nomor HK 02.01/Menkes/11/2021 tentang Peningkatan Kapasitas Perawatan Pasien COVID-19 pada RS Penyelenggara Pelayanan COVID-19. Rumah sakit juga diimbau untuk melaporkan kapasitas tempat tidur baik bagi pasien Covid-19 maupun pasien lainnya di aplikasi Rumah Sakit Online. Dengan demikian ada penambahan kapasitas tempat tidur di RS, baik dengan peralihan fungsi tempat tidur, maupun penambahan tempat tidur di Rumah Sakit. Hal ini mengakibatkan bertambahnya kapasitas tempat tidur di RS sehingga meningkatkan jumlah tempat tidur perawatan RS per Kabupaten/Kota.

Permasalahan yang dihadapi beberapa Kabupaten/Kota yang belum memenuhi target Rasio 1 TT : 1000 penduduk disebabkan oleh beberapa faktor, diantara adalah terjadinya pandemi Covid -19 sehingga beberapa rumah sakit dijadikan sebagai pusat rujukan Covid-19 yang mengakibatkan beberapa tempat tidur diruangan perawatan lainnya harus dialihkan menjadi ruangan perawatan Covid-19 dan ruangan isolasi. Pandemi juga memberikan dampak yang signifikan terkait anggaran, hampir diseluruh pemerintah Kabupaten/Kota melakukan refocusing anggaran sehingga banyak anggaran yang sudah dialokasikan untuk pengadaan sarana dan prasarana rumah sakit termasuk pemenuhan ketersediaan tempat tidur harus dialihkan untuk penanganan Covid-19. Faktor lain adalah rumah sakit tidak mengisi menu pengadaan tempat tidur saat usulan Dana Alokasi Khusus (DAK) dengan alasan bahwa pemenuhan alat kesehatan lebih dianggap krusial daripada penambahan jumlah tempat tidur.

Usulan Pemecahan Masalah bagi Kabupaten/Kota yang belum memenuhi rasio tempat tidur perawatan rumah sakit per 1.000 penduduk, dapat dipenuhi dengan berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan setempat untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan bentuk rumah sakit di kabupaten/kota tersebut, karena pemenuhan rasio tempat tidur juga menjadi kewajiban pemerintah daerah dalam upaya penguatan pelayanan kesehatan rujukan dan peningkatan akses pelayanan kesehatan yang adil dan merata. Pemerintah daerah perlu melakukan mapping terhadap jumlah tempat tidur per Kabupaten/Kota sehingga dapat mengetahui kebutuhan jumlah tempat tidur di daerahnya yang dapat dianggarkan melalui APBD. Selain itu diharapkan agar rumah sakit yang berada di Kabupaten/Kota yang belum memenuhi rasio tempat tidur dapat memprioritaskan pengambilan menu pengadaan tempat tidur pada usulan Dana Alokasi Khusus (DAK) sehingga bila terjadi efisiensi anggaran di Kabupaten/Kota tidak mempengaruhi pencapaian target pemenuhan rasio 1 TT : 1000 penduduk.

3. Persentase FKTP sesuai standar

Arah kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan yaitu meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta dengan penekanan pada penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*) dan peningkatan upaya promotif dan preventif didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi. Maka sasarnya adalah meningkatnya akses pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang berkualitas bagi masyarakat.

Sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 47 tahun 2016 bahwa pelayanan kesehatan dasar diberikan oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). FKTP terdiri dari Puskesmas, Klinik Pratama dan Tempat Praktik Dokter Mandiri. Standar pelayanan puskesmas diatur dalam Permenkes No. 43 tahun 2019 yang menyatakan bahwa puskesmas memberikan pelayanan kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan perseorangan dengan mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Sedangkan dasar hukum penyelenggaraan klinik termasuk didalamnya adalah klinik pratama yaitu Permenkes Nomor 9 tahun 2015 yang menyebutkan tugas klinik pratama adalah memberikan pelayanan medis dasar baik umum maupun khusus. Sampai saat ini belum ada dasar hukum yang mengatur menyenai penyelenggaraan Tempat Praktik Mandiri Dokter gigi (TPMD).

Sehubungan dengan hal tersebut maka FKTP yang menjadi sasaran dalam indikator ini adalah puskesmas dan klinik pratama, karena belum ada dasar hukum yang mengatur pelayanan di TPMD sehingga standar akreditasi belum disusun namun diharapkan TPMD tetap melakukan upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan melalui upaya pengukuran indikator nasional mutu pelayanan kesehatan.

Dalam upaya mewujudkan hal tersebut maka perlu dipastikan pelayanan kesehatan yang diperoleh di FKTP dapat diakses dan bermutu, sehingga dilakukan akreditasi untuk menilai kesesuaian pelayanan di Puskesmas dengan standar, hal ini selaras dengan pengaturan dalam Permenkes No. 46 tahun 2015 tentang akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Praktik Mandiri Dokter dan Praktik Mandiri Dokter Gigi.

FKTP sesuai standar adalah FKTP yang memperoleh status akreditasi oleh penyelenggara akreditasi sesuai ketentuan peraturan perundangan – undangan. FKTP sesuai standar adalah Puskesmas dan Klinik Pratama yang memenuhi standar akreditasi.

Akreditasi Puskesmas adalah pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri setelah memenuhi standar akreditasi.

Permenkes No. 46 tahun 2015

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:

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

Strategi mutu pelayanan kesehatan ke depan adalah ekspansi, dengan 4 (empat) strategi umum dan didukung oleh 3 (tiga) strategi fungsional. Ketujuh strategi ini merupakan konsolidasi dan pengembangan dari berbagai program dan kegiatan mutu pelayanan kesehatan sebelumnya, sehingga diharapkan dapat berkesinambungan baik dari kepentingan fasilitas pelayanan kesehatan maupun program kesehatan.

Rencana Aksi yang Dilakukan Untuk Mencapai Target, yaitu :

a) Strategi :

- (1) Meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang bermutu.
- (2) Meningkatkan kinerja klinis seluruh penyedia pelayanan pemerintah dan swasta, terutama pada program prioritas nasional.
- (3) Mendorong budaya mutu di fasilitas pelayanan Kesehatan pada pelaksanaan program Kesehatan.
- (4) Memberdayakan pasien, keluarga dan masyarakat.
- (5) Menguatkan regulasi tata kelola, struktur organisasi mutu serta memberikan kontribusi dalam penguatan sistem pembiayaan dan komponen sistem Kesehatan lainnya.
- (6) Meningkatkan komitmen pemerintah pusat, daerah, dan pemangku kepentingan.
- (7) Mendorong pengukuran mutu, penelitian dan pemanfaatan informasi strategis.

b) Program :

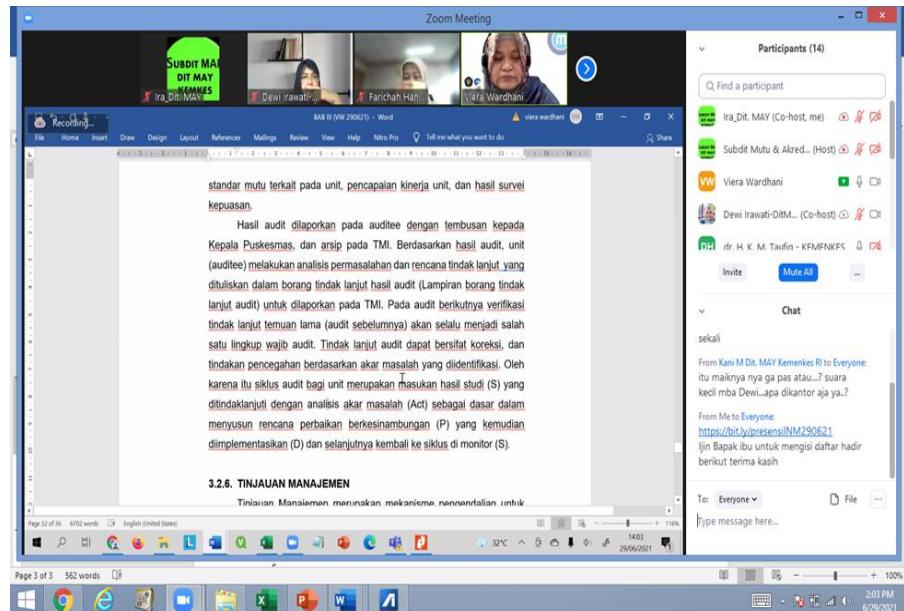
- (1) Pembinaan mutu dan pelayanan kesehatan dasar.
- (2) Penerapan manajemen risiko dan keselamatan pasien dan Penerapan program PPI.
- (3) Monitoring kepatuhan terhadap implementasi indikator nasional mutu dan Penyusunan NSPK sistem pencatatan dan pelaporan termasuk insiden keselamatan pasien.
- (4) Memberdayakan pasien, keluarga, dan masyarakat, serta penyediaan media informasi mutu pelayanan kesehatan ke masyarakat
- (5) Penyusunan NSPK tata kelola mutu dan dukungan pembiayaan peningkatan mutu.

- (6) Penyusunan NSPK PPMI (Peningkatan dan Penilaian Mutu Internal) dan Penyusunan NSPK PPME (Peningkatan dan Penilaian Mutu Eksternal).
 - (7) Penyusunan NSPK dan instrumen pengukuran indikator Nasional mutu dan Pengukuran mutu secara berkelanjutan.
- c) Kegiatan :
- (1) Penyusunan NSPK
 - a. Penyusunan Pedoman PPMI & PPME
 - b. Penyusunan juknis survei
 - c. Penyusunan instrumen monev mutu
 - d. Finalisasi pedoman tata kelola mutu
 - (2) Peningkatan mutu dan keselamatan pasien
 - a. Penyempurnaan aplikasi INM dan IKP
 - b. Lokakarya Penerapan aplikasi INM dan IKP
 - c. Penyusunan Indikator Nasional Klinik Pratama
 - Rapat koordinasi penyusunan indikator
 - Uji coba Indikator
 - d. Sosialisasi mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan dasar
 - e. Lokakarya peningkatan kapasitas survei
 - f. Bimbingan teknis mutu dan akreditasi

Untuk mencapai target maka dilakukan melalui:

- a) Penyusunan NSPK Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Dasar.
Pada setiap kegiatan tersebut mengundang para pakar terkait dengan keilmuan yang dimiliki serta para pemangku kepentingan terpilih yang dilakukan dengan cara online melalui media zoom meeting.
- (1) Penyusunan pedoman PPMI dan PPME
Penyusunan Pedoman Tim Pembina Cluster Binaan yang berisi mekanisme pembinaan mutu yang dilakukan secara terpadu dalam upaya membangun peningkatan mutu berkesinambungan di Puskesmas
- (2) Penyusunan juknis pelaksanaan akreditasi FKTP yang berupa draft penyusunan juknis pelaksanaan akreditasi berisi mekanisme pelaksanaan akreditasi mulai dari pembinaan mutu di tingkat Dinas Kesehatan Kab/ Kota sampai dengan pelaksanaan survei akreditasi.
- (3) Penyusunan Instrumen monev mutu di Puskesmas yang digunakan sebagai alat dalam melakukan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan di Puskesmas, berisi standar-standar yang seharusnya ada dan dilakukan di Puskesmas
- (4) Finalisasi Pedoman Tata Kelola Mutu di Puskesmas Penyusunan Pedoman Tata Kelola Mutu yang upaya peningkatan mutu yang dilakukan oleh puskesmas melalui siklus peningkatan mutu dengan dukungan komitmen, kepemimpinan, pengoraganisasi dan budaya mutu.

Gambar 3.4
Proses Penyusunan Pedoman Dengan Pakar

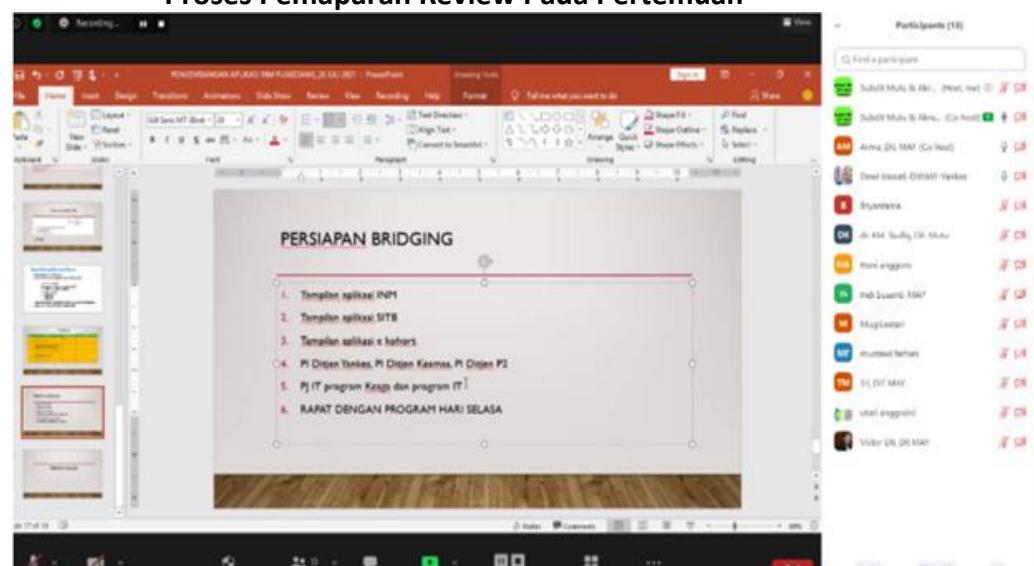


1) Peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

(a) Penyempurnaan aplikasi INM dan IKP di FKTP

Kegiatan ini dilakukan dengan cara daring menggunakan zoom meeting melibatkan pemangku kepentingan terkait terdiri dari penanggung jawab program terkait, Bagian Program dan Informasi Ditjen Yankes, Ditjen Kesmas dan Ditjen P2P

Gambar 3.5
Proses Pemaparan Review Pada Pertemuan



(b) Lokakarya Penerapan aplikasi INM dan IKP di FKTP

Pertemuan dilakukan dengan menggunakan metode daring dan luring dengan dihadiri oleh penanggung jawab mutu Dinas Kesehatan seluruh Indonesia serta pemangku kepentingan terkait.

Gambar 3.6
Peserta Lokakarya



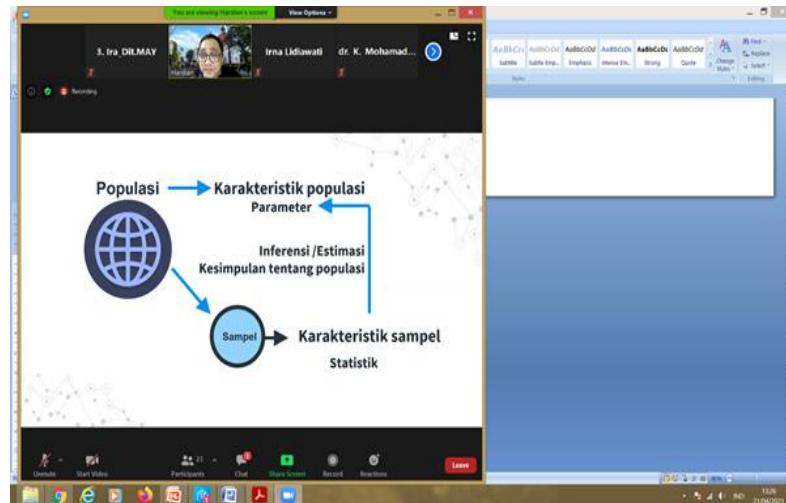
(c) Penyusunan Indikator Nasional Mutu Klinik Pratama

Kegiatan dalam rangka menetapkan indikator nasional mutu di Tempat Praktik Mandiri.

(1) Rapat Koordinasi Penyusunan INM di FKTP

Pertemuan dilakukan secara daring dan luring yang dihadiri oleh pemangku kepentingan terkait yang terdiri dari Dit. PKP, Pusdatin, BPJS dan Organisasi Profesi.

Gambar 3.7
Proses Penyempurnaan Dengan Pakar



(2) Uji Coba Penerapan INM di FKTP

Kegiatan dilakukan dengan cara luring di Dinas Kesehatan Kab/ Kota terpilih dengan dihadiri oleh perwakilan dari TPMD terpilih.

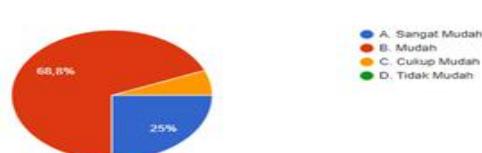
Gambar 3.8
Evaluasi Uji Coba INM Puskesmas

HASIL EVALUASI APLIKASI INDIKATOR NASIONAL MUTU DI KOTA PALANGKARAYA

Menurut Saudara, Apakah menu dalam aplikasi mutu fasyankes mudah di pahami?
16 jawaban



Menurut Saudara, Apakah saat entry data ke dalam aplikasi mutu fasyankes mudah di lakukan?
16 jawaban



(d) Sosialisasi Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Dasar

Kegiatan dilakukan dengan cara daring mensosialisasikan Indikator Nasional Mutu di Puskesmas dan Pelaporan melalui aplikasi mutufasyankes. Kegiatan diikuti oleh Dinas Kesehatan propinsi, Dinas Kesehatan Kab/kota, Puskesmas serta surveior akreditasi FKTP dengan pemaparan materi dari Kementerian

Kesehatan dan pakar mutu dibidangnya. Kegiatan dilakukan dengan pembagian 3 (tiga) regional yaitu barat, timur dan tengah.

(e) Lokakarya Bagi Surveiор

Kegiatan ini dilakukan secara luring dengan tujuan sosialisasi kebijakan dari Kementerian Kesehatan diantaranya standar dan instrument akreditasi yang sudah dilakukan revisi, pedoman tata Kelola mutu, pedoman PPI dengan diikuti oleh surveiор akreditasi FKTP seluruh Indonesia.

(f) Bimbingan Teknis Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Dasar

Kegiatan dilakukan dilakukan secara luring di Puskesmas untuk memperoleh gambaran mutu pelayanan kesehatan di serta strategi mutu pelayanan Kesehatan yang dilakukan pada masa pandemi.

Gambar 3.9
Pelaksanaan Bimtek di Serang, Banten



Berdasarkan RPJMN yang tertuang dalam Perpres No. 81 tahun 2020 tanggal 17 Januari 2020 dengan indikator yaitu persentase FKTP terakreditasi dengan target pada tahun 2021 sebesar 60%. Untuk mencapai target tersebut maka disusun Indikator Kinerja Program (IKP) yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tanggal 10 Agustus 2020 tentang Renstra Kemenkes Tahun 2020-2024 yaitu persentase FKTP sesuai standar, dengan target awal di tahun 2020 sebesar 46%.

Dalam upaya mencapai target indikator Renstra Kemenkes Tahun 2020-2024, maka disusun Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) yang harus dicapai yaitu Jumlah FKTP yang memenuhi persyaratan survei dengan target awal 4.478 dan Persentase fasyankes yang melakukan pengukuran indikator nasional mutu dengan target awal 20%.

Dalam rangka mencapai indikator tersebut dilakukan beberapa upaya pembinaan namun dengan penetapan pandemi Covid 19 oleh WHO pada bulan Januari dan ditetapkan kedaruratan kesehatan masyarakat melalui Peraturan

Presiden Nomor 11 tahun 2020 maka berdampak pada kinerja pelayanan kesehatan. Dengan prioritas pada upaya penanggulangan pandemi sehingga upaya pemenuhan terhadap standar akreditasi belum optimal. Hal ini diperkuat dengan dikeluarkannya Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.02.01/Menkes/455/2020 tanggal 29 Juli 2020 tentang Perizinan dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dan Penetapan Rumah Sakit Pendidikan pada Masa Pandemi COVID-19 menyebutkan:

- a. Kegiatan persiapan dan survei akreditasi mulai dilakukan setelah status Bencana Nasional atau kedaruratan masyarakat Corona Virus Disease 2019 (Covid 19) dinyatakan dicabut oleh pemerintah.
- b. RS, Puskesmas, Klinik dan laboratorium kesehatan yang masa berlaku sertifikat akreditasinya berahir baik sebelum atau sesudah Bencana Nasional atau kedaruratan kesehatan masyarakat Conona Virus Disease 2019 (Covid 19) dinyatakan dicabut oleh Pemerintah, maka sertifikat akreditasi masih tetap berlaku selama 1 (satu) tahun sejak status bencana nasional dinyatakan dicabut oleh Pemerintah.
- c. Pimpinan RS, Puskesmas, klinik dan laboratorium membuat pernyataan komitmen untuk menjaga dan melakukan upaya peningkatan mutu.

Target IKP yaitu persentase FKTP yang memenuhi standar sebesar 60% dengan capaian indikator tahun 2021 sebesar 56,4% yang diperoleh dari 9.153 Puskesmas dan 179 klinik dari total FKTP 16.536. Sedangkan capaian indikator jumlah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang memenuhi persyaratan survei akreditasi adalah 4.635 dari target 4.009. Selain itu untuk mendorong capaian IKP indikator persentase Fasyankes yang melakukan pengukuran indikator nasional mutu diperoleh hasil sebanyak 4.727 Puskesmas.

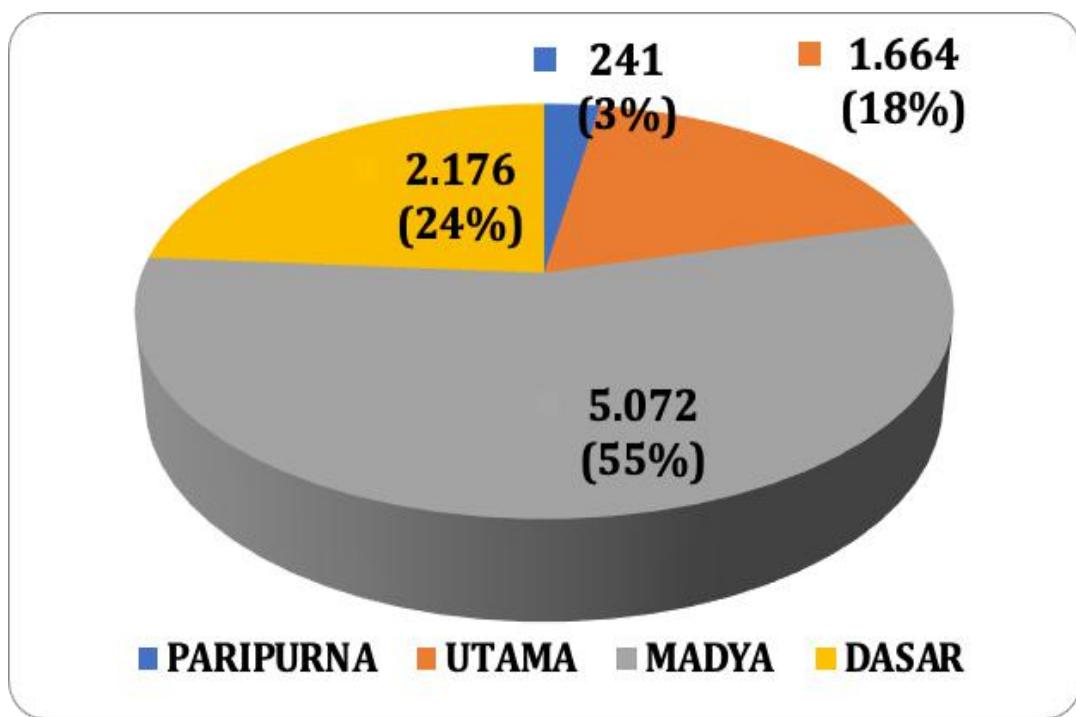
Tabel 3.10
Target dan Capaian Indikator Tahun 2021

JENIS INDIKATOR	INDIKATOR	TARGET	CAPAIAN	KETERANGAN
RPJMN	Persentase FKTP terakreditasi	70%	56,4%	Target indikator tidak tercapai
RENSTRA	Jumlah FKTP yang sesuai standar akreditasi	60%	56,4%	Target Indikator Tidak Tercapai
IKK	Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang memenuhi persyaratan survei akreditasi	4.009	4.635	Target Indikator Tercapai

JENIS INDIKATOR	INDIKATOR	TARGET	CAPAIAN	KETERANGAN
IKK	Percentase fasilitas pelayanan Kesehatan yang melakukan pengukuran mutu	40%	40,92%	40,92% mengakomodir sebanyak 4.727 Puskesmas, 1.290 RS, 223 Labkes, dan 55 UTD

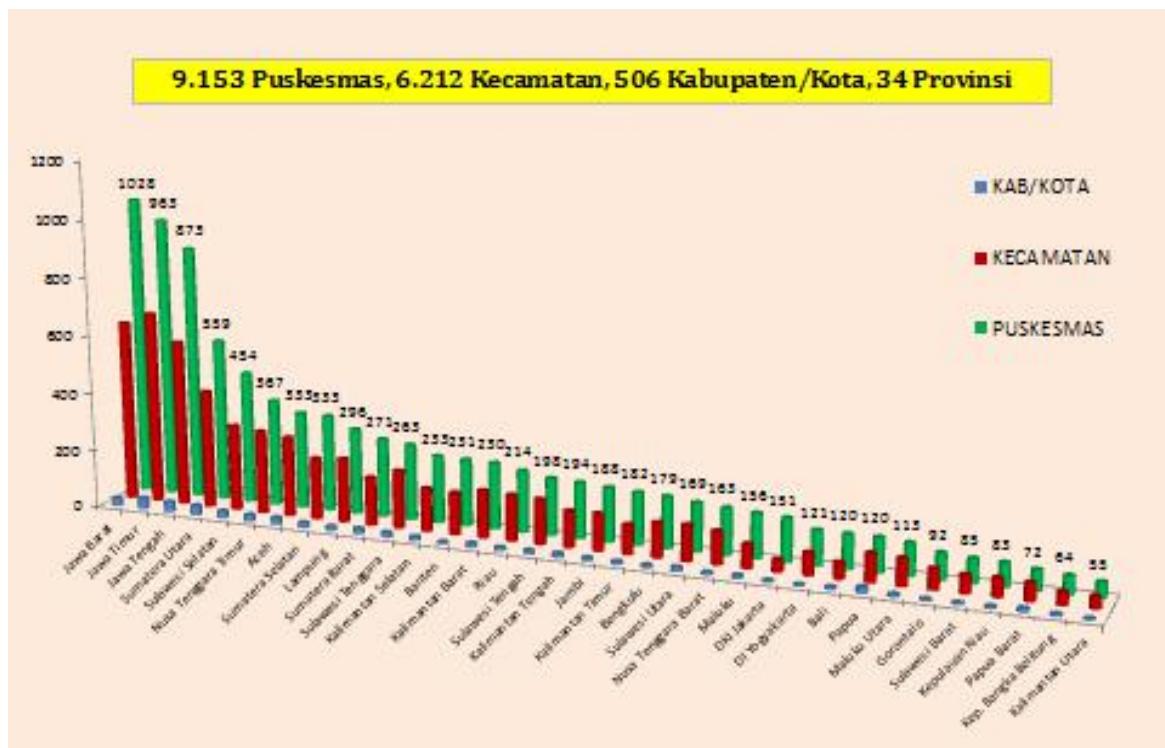
Dari 9.153 Puskesmas yang terakreditasi pada tahun 2021, masih di dominasi oleh status kelulusan madya dan dasar, dengan rincian dasar 2.176 (24%), 5.072 madya (55%), 1.664 utama (18%), dan 241 paripurna (3%).

Grafik 3.20
Distribusi Status Kelulusan Akreditasi Puskesmas Tahun 2021



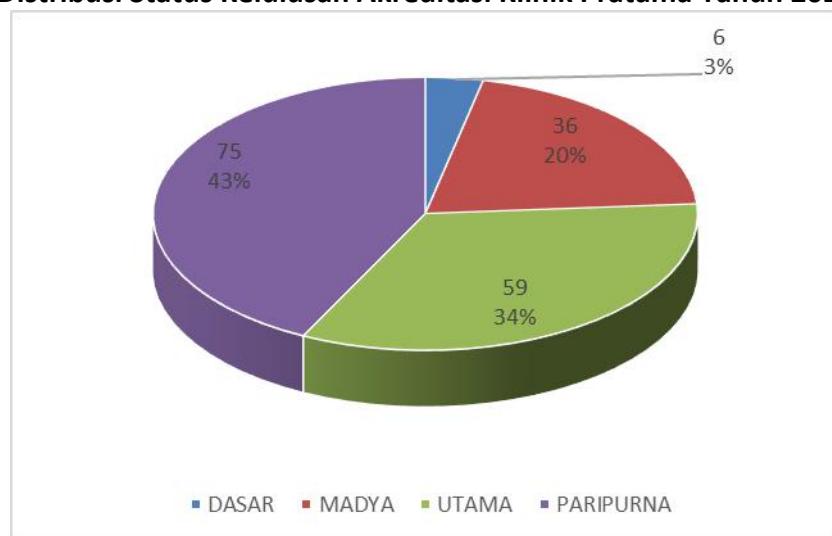
Untuk distribusi capaian Puskesmas yang terakreditasi per provinsi pada tahun 2021 dapat dilihat pada grafik di bawah ini:

Grafik 3.21 Capaian Akreditasi Puskesmas



Dari jumlah klinik pratama yang terakreditasi pada tahun 2021, sebesar 75 klinik (43%) terakreditasi paripurna, 59 klinik (34%) terakreditasi utama, 36 klinik (20%) terakreditasi madya dan 6 klinik (3%) terakreditasi dasar.

Grafik 3.4 Distribusi Status Kelulusan Akreditasi Klinik Pratama Tahun 2021



Berdasarkan capaian kinerja tahun 2021 dapat disimpulkan bahwa target IKP belum tercapai dan target IKK tercapai.

Kinerja Ditjen Pelayanan Kesehatan dalam pencapaian target indikator IKP yang belum tercapai disebabkan masih terjadinya Pandemi Covid 19 dengan masih berlakunya kebijakan melalui Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 455 tahun 2020 tentang Perizinan Dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Dan Penetapan Rumah Sakit Pendidikan Pada Masa Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) yang menyatakan:

1. Penundaan kegiatan persiapan dan survei akreditasi.
2. Masa berlaku sertifikat akreditasi fasyankes berakhir baik sebelum maupun sesudah Bencana Nasional atau Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) dinyatakan dicabut oleh Pemerintah, maka sertifikat akreditasinya masih tetap berlaku selama 1 (satu) tahun terhitung sejak status Bencana Nasional atau Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) dinyatakan dicabut oleh Pemerintah.

Meskipun demikian jika melihat target IKK yang tercapai dalam upaya mempersiapkan FKTP sesuai standar maka didukung dengan :

- a) Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 455 tahun 2020 tentang Perizinan Dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Dan Penetapan Rumah Sakit Pendidikan Pada Masa Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) yang menyatakan “setiap pimpinan fasyankes diminta membuat pernyataan komitmen mengenai upaya menjaga dan meningkatkan mutu.
- b) Penyusunan NSPK pada tahun 2021 yaitu Pedoman Tata Kelola Mutu di Puskesmas, Pedoman Tim Pembina Cluster Binaan, Instrumen Monitoring dan Evaluasi, Juknis Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dan Petunjuk Teknis Indikator Nasional Mutu di Puskesmas. Diharapkan dengan adanya pedoman tersebut akan menjadi acuan bagi Dinas Kesehatan Propinsi, Dinkes Kab//Kota, Puskesmas serta pemangku kepentingan lainnya untuk melakukan upaya peningkatan mutu berkesinambungan.
- c) Penyempurnaan Aplikasi Mutu Fasyankes sebagai sarana pelaporan mutu dan keselamatan pasien, dengan tujuan mempermudah FKTP melaporkan hasil pengukuran indikator nasional mutu, pelaporan insiden keselamatan pasien termasuk menyampaikan komitmen FKTP dalam menjaga mutu layanan.
- d) Lokakarya Penerapan Aplikasi INM dan IKP dengan tujuan Dinas Kesehatan propinsi, Dinas Kesehatan Kab/ Kota dan Puskesmas tersosialisasikan penggunaan aplikasi mutu fasyankes sehingga nantinya dapat melakukan pemantauan dan evaluasi keberhasilan upaya mutu di Puskesmas serta sebagai bahan masukan dalam pembinaan mutu yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan.
- e) Lokakarya PPMI dengan tujuan bahwa Dinas Kesehatan Kab/ Kota serta Dinas Kesehatan propinsi mengetahui upaya pembinaan mutu yang dilakukan secara terpadu dalam rangka pemenuhan Puskesmas dalam memberikan pelayanan sesuai dengan standar. Serta dalam rangka memperoleh dukungan dan komitmen sekaligus penguatan peran dari Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas

Kesehatan Kabupaten/Kota. Mengingat akreditasi Fasyankes termasuk dalam program prioritas nasional yang tercantum sebagai indikator Renstra dan RPJMN sehingga dalam pencapaian targetnya perlu kerjasama dengan *stakeholder* terkait.

- f) Kegiatan Lokakarya Bagi Surveyor dengan tujuan melakukan *refreshing* mengenai kebijakan mutu dan akreditasi sehingga surveyor memiliki peningkatan pemahaman mengenai mutu dan akreditasi yang akan digunakan dalam penilaian akreditasi. Materi yang disampaikan adalah tentang revisi standar dan instrumen akreditasi, pedoman tata kelola mutu, indikator nasional mutu di Puskesmas dan pedoman PPI di Fasyankes.
- g) Penyusunan Indikator Nasional Mutu di Tempat Praktik Mandiri Dokter termasuk uji cobadi lokus terpilih, sebagai upaya pemantauan dan perbaikan mutu yang dilakukan oleh TPMD dan dilaporkan secara berjenjang kepada Dinas Kesehatan Kab/ Kota, Dinas Kesehatan propinsi dan selanjutnya ke Kementerian Kesehatan, diharapkan TPMD akan patuh mengirimkan laporan melalui aplikasi. Hasil dari uji coba tersebut menjadi masukan bagi penyempurnaan aplikasi.
- h) 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 memberikan pelayanan dimasa pandemi covid 19 yang harus memperhatikan protokol kesehatan serta mengetahui masalah dan hambatan puskesmas dalam melakukan pelayanan esensial di masa pandemi Covid 19.
- i) Dukungan DAK NF tahun 2021 terhadap upaya pembinaan mutu dan dukungan akreditasi dalam upaya peningkatan mutu fasilitas pelayanan kesehatan.
- j) Adanya komitmen dan dukungan Dinas Kesehatan Propinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten Kota dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di FKTP .

Permasalahan yang dihadapi dalam upaya mencapai target kinerja tersebut antara lain:

- a) Target IKP belum sepenuhnya tercapai karena penilaian akreditasi pada tahun 2021 masih ditunda sesuai dengan SE Nomor 455 tahun 2020, sehingga belum ada penambahan jumlah FKTP yang terakreditasi.
- b) Belum ditetapkannya kebijakan mutu dan akreditasi yaitu revisi Permkes nomor 46 tahun 2015 yang mengatur mekanisme pelaksanaan akreditasi dan standar akreditasi yang digunakan dalam penilaian akreditasi. Perubahan kebijakan perlu dilakukan sesuai dengan adanya arahan kebijakan pimpinan, serta upaya menguatkan seluruh sumber daya dalam upaya peningkatan mutu sesuai dengan perkembangan kebijakan dan ilmu pengetahuan dan teknologi terkini.
- c) Pembinaan mutu belum berjalan optimal dimana selama ini dilakukan oleh pelayanan Kesehatan termasuk pendampingan, serta keterbatasan pelaksanaan kegiatan luring karena kendala covid 19.

Adanya permasalahan tersebut maka perlu dilakukan upaya pemecahan masalah yaitu:

Kementerian Kesehatan

- 1) Perlu dilakukan peninjauan terhadap SE 455 tahun 2020 yang sudah berlaku selama 2 (dua) tahun agar dapat ditetapkan kebijakan mengenai pelaksanaan akreditasi dengan tetap memperhatikan upaya pencegahan covid 19.
- 2) Dalam upaya mengakomodir perubahan kebijakan dan perkembangan kebutuhan dan teknologi maka perlu mempercepat NSPK terkait:
 - Revisi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter yang mengatur mekanisme dan standar akreditasi.
 - Rancangan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Indikator Nasional Mutu di Fasyankes yang berisi INM Puskesmas serta mekanisme pengukuran sampai dengan pelaporan
- 3) Melakukan kegiatan pembinaan, pemantauan dan evaluasi baik luring maupun daring untuk mengetahui gambaran keberhasilan upaya mutu yang dilakukan salah satunya adalah evaluasi pelaporan indikator nasional mutu dan insiden keselamatan pasien.
 - a) Komitmen dan dukungan dari pemerintah daerah dalam upaya pembinaan mutu termasuk persiapan akreditasi untuk FKTP meskipun masih terjadi pandemi
 - b) Penguatan tim Pembina Cluster Binaan (TPCB) sesuai dengan Pedoman Pembinaan Terpadu Cluster Binaan untuk mengoptimalkan upaya pembinaan mutu dengan menggunakan instrument monitoring dan evaluasi mutu dan akreditasi masa pandemi.
 - c) Melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap pelaporan INM dan IKP yang dilakukan oleh Puskesmas

Dengan keterbatasan sumber daya yang dimiliki termasuk adanya efisiensi anggaran untuk penanganan pandemi Covid 19 sehingga upaya yang dilakukan yaitu:

- a) Metode kegiatan

Melakukan kegiatan dengan cara daring untuk mengantisipasi adanya Pandemi Covid 19 dan pembatasan *sosial distancing*, sehingga meskipun terjadi pandemi kegiatan terlaksana baik pertemuan dan penyusunan NSPK, lokakarya, sosialisasi, uji coba dan bimbingan teknis. Dengan metode ini terdapat efisiensi karena meskipun pandemi kegiatan tetap berlangsung.

- b) Sumber daya manusia

Melakukan kegiatan penyusunan NSPK dengan mengoptimalkan sumber daya yang ada di Kementerian Kesehatan serta melibatkan lintas program dan lintas sektor terkait termasuk didalamnya adalah akademisi secara daring maupun luring.

c) Materi

Melakukan kegiatan bimbingan teknis mutu dan akreditasi pelayanan Kesehatan dengan tujuan mengetahui upaya peningkatan mutu yang dilakukan di Puskesmas sekaligus melakukan upaya sosialisasi mutu dan akreditasi.

d) Keuangan

Berdasarkan alokasi anggaran dari Dit. Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan untuk mendukung pencapaian indikator kinerja memperoleh realisasi sebesar 96.31%, lebih besar 1.73% dibandingkan dengan capaian realisasi anggaran tahun 2020 sebesar 94.58%.

e) Perencanaan

Dalam mendukung pencapaian target indikator juga dilakukan upaya efisiensi dari pelaksana survei akreditasi yang mengoptimalkan penggunaan surveior dari wilayahnya sehingga mengurangi biaya survei serta mengurangi jumlah surveior dari 3 orang menjadi 2 orang.

f) Teknologi dan informasi

Untuk mendukung pencapaian target indikator kinerja maka upaya pelaksanaan kegiatan dengan metode daring terus dilakukan termasuk usulan untuk melakukan survei dengan metode hybrid sehingga diharapkan lebih efisien serta mengakomodir upaya pengendalian pandemi Covid 19. Serta pelaporan pengukuran mutu dan insiden keselamatan pasien melalui aplikasi berbasis web sebagai salah satu upaya mengetahui keberhasilan peningkatan mutu sekaligus pembelajaran bagi fasyankes dan masukan untuk pengambilan kebijakan.

4. Persentase rumah sakit terakreditasi

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit menyebutkan bahwa akreditasi adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan, setelah dilakukan penilaian bahwa fasilitas pelayanan kesehatan memenuhi standar akreditasi.

Persentase RS terakreditasi adalah perbandingan jumlah kumulatif RS yang terakreditasi oleh Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi dibandingkan dengan jumlah seluruh RS yang terregistrasi di Kementerian Kesehatan dikalikan 100%.

Cara perhitungan capaian adalah jumlah kumulatif RS yang terakreditasi oleh Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi RS dibandingkan dengan jumlah seluruh RS yang terregistrasi di Kementerian Kesehatan dikalikan 100%.

Baseline data yang digunakan adalah jumlah RS yang terregistrasi di Kementerian Kesehatan pada tahun 2018 sebanyak 2.813 RS.

Kriteria inklusi adalah RS yang terregistrasi di Kementerian Kesehatan dan masih operasional.

Kriteria eksklusi adalah RS yang terregistrasi di Kementerian Kesehatan pada tahun 2018 yang tidak operasional, tutup atau berubah fungsi.

Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi antara lain Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), *Joint Commission International* (JCI), *The Australian Council on Healthcare Standards* (ACHS) dan lembaga independen penyelenggara akreditasi lain yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Persentase RS terakreditasi :

Jumlah kumulatif RS yang terakreditasi oleh Lembaga Independen

Penyelenggara Akreditasi RS x 100%

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target mutu dan akreditasi pelayanan kesehatan rujukan adalah :

- a) Melakukan transformasi penyelenggaraan akreditasi.
- b) Menyusun Norma, Standar, Prosedur dan Kriteria tentang mutu dan akreditasi FKRTL.
- c) Melakukan sosialisasi kebijakan mutu dan akreditasi FKRTL.
- d) Melaksanakan pemantauan dan evaluasi kegiatan mutu dan akreditasi FKRTL.
- e) Meningkatkan pemantauan dan evaluasi terpadu di Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.
- f) Meningkatkan koordinasi dan kerja sama lintas program dan lintas sektor dengan Kementerian/Lembaga, Dinas Kesehatan, asosiasi FKRTL, lembaga independen penyelenggara akreditasi, dan pemangku kepentingan lain.
- g) Melakukan advokasi kepada Pemerintah Daerah serta pemilik FKRTL untuk mendukung mutu dan akreditasi melalui komitmen dan alokasi APBD, BLUD atau anggaran lain yang sah.
- h) Melakukan penguatan peran Dinas Kesehatan dalam pembinaan dan pengawasan mutu dan akreditasi FKRTL.
- i) Mengembangkan sistem informasi data mutu dan akreditasi FKRTL terintegrasi.
- j) Memfasilitasi upaya peningkatan budaya mutu dan keselamatan pasien.

Upaya yang dilaksanakan untuk mencapai target persentase rumah sakit terakreditasi tahun 2021 meliputi :

- 1) Menetapkan Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit sebagai bagian transformasi penyelenggaraan akreditasi rumah sakit sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/406/2020

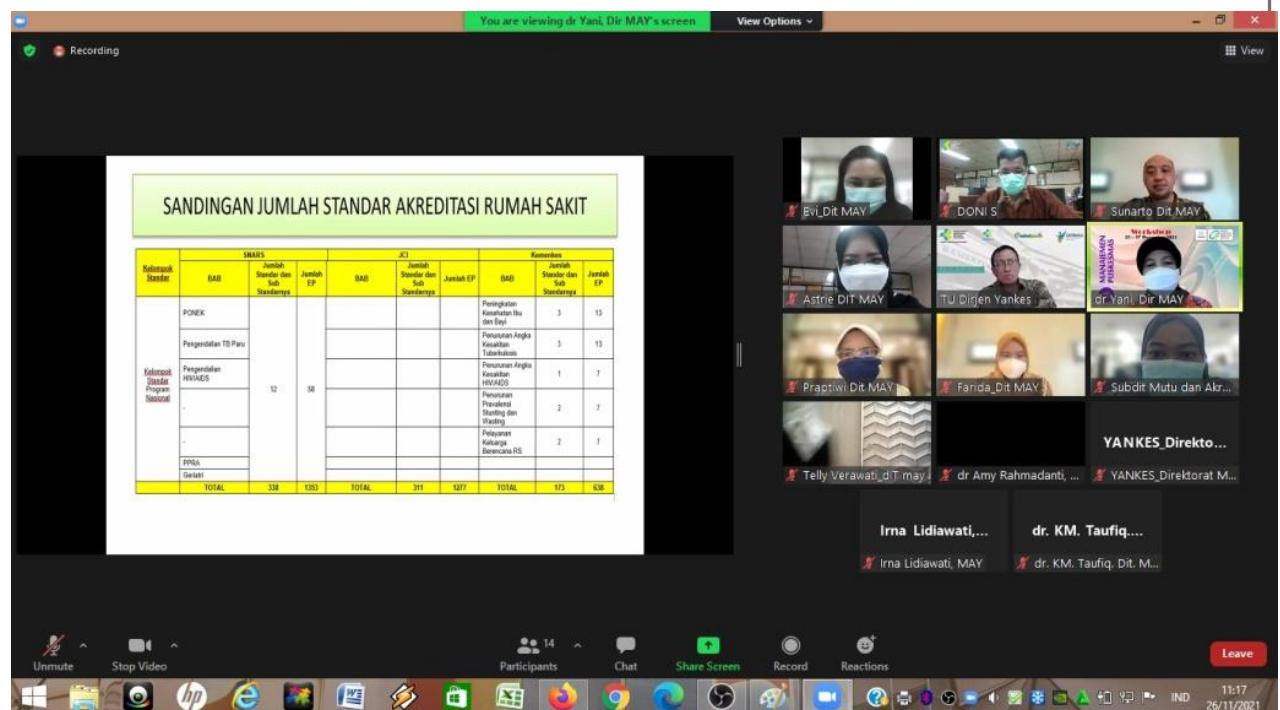
dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/6604/2021. Dengan adanya transformasi dari monolembaga menjadi 6 lembaga, maka diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit secara berkelanjutan dan melindungi keselamatan pasien rumah sakit. Selain itu Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit tidak hanya melakukan penilaian akreditasi tetapi juga pembinaan rumah sakit.

Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit yang telah ditetapkan adalah (1) Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), (2) Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia (LAFKI), (3) Lembaga Akreditasi Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (LAM-KPRS), (4) Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Damar Husada Paripurna (LARS DHP), (5) Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (LARS) dan (6) Lembaga Akreditasi Rumah Sakit Indonesia (LARSI).

2) Menyusun Standar Akreditasi Rumah Sakit.

Untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit maka perlu ditetapkan Standar Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan Standar Akreditasi Rumah Sakit dengan menggunakan prinsip International Society for Quality in Health Care (ISQua), kebijakan nasional pemerintah Indonesia, serta referensi Joint Commission International (JCI) dan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1 Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS).

Gambar 3.10
Rapat Penyusunan Standar Akreditasi Rumah Sakit



- 3) Melakukan revisi Permenkes Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit

Untuk mendukung transformasi penyelenggaraan akreditasi rumah sakit maka dilakukan pengaturan penyelenggaraan akreditasi, persyaratan dan pembinaan Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit.

- 4) Menyusun Kurikulum dan Modul Pelatihan Pendamping Akreditasi Rumah Sakit.

Kegiatan ini bertujuan untuk menyusun Kurikulum dan Modul Pelatihan Pendamping Akreditasi Rumah Sakit sebagai acuan pelaksanaan pelatihan agar pendampingan akreditasi RS dilaksanakan secara lebih terfokus, meningkatkan pemahaman RS tentang standar pelayanan untuk mempersiapkan akreditasi, serta advokasi meningkatkan komitmen pemilik dan pimpinan RS untuk melaksanakan akreditasi.

- 5) Melakukan pemantauan dan evaluasi mutu pelayanan di Rumah Sakit
- Sehubungan dikeluarkannya Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.02.01/MENKES/455/2020 tentang Perizinan dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dan Penetapan Rumah Sakit Pendidikan Pada Maasa Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) dan ditindaklanjuti oleh Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/4405/2020 tentang Pedoman Pemantauan Dan Evaluasi Kesiapan Rumah Sakit Pada Masa Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) maka Kementerian Kesehatan/Dinas Kesehatan Propinsi/Dinas Kesehatan Kab/Kota melakukan Pemantauan dan Evaluasi tentang Kesiapan Rumah Sakit pada Masa Pandemi Covid-19.

Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan bersama dengan Dinas Kesehatan Propinsi/Dinas Kesehatan Kab/Kota melakukan Pemantauan dan Evaluasi terhadap beberapa Rumah Sakit Rujukan Covid-19 terpilih antara lain Rumah Sakit Umum Daerah Kota Jogjakarta Propinsi DIY

Capaian kinerja Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan tahun 2021 sebagaimana tabel berikut ini:

Tabel 3.3

Target dan Capaian Indikator Kinerja Persentase RS Terakreditasi Tahun 2021

No	Indikator Kinerja Kegiatan	Target	Capaian	Persentase
1	Persentase RS terakreditasi	85%	88,4%	104,00%

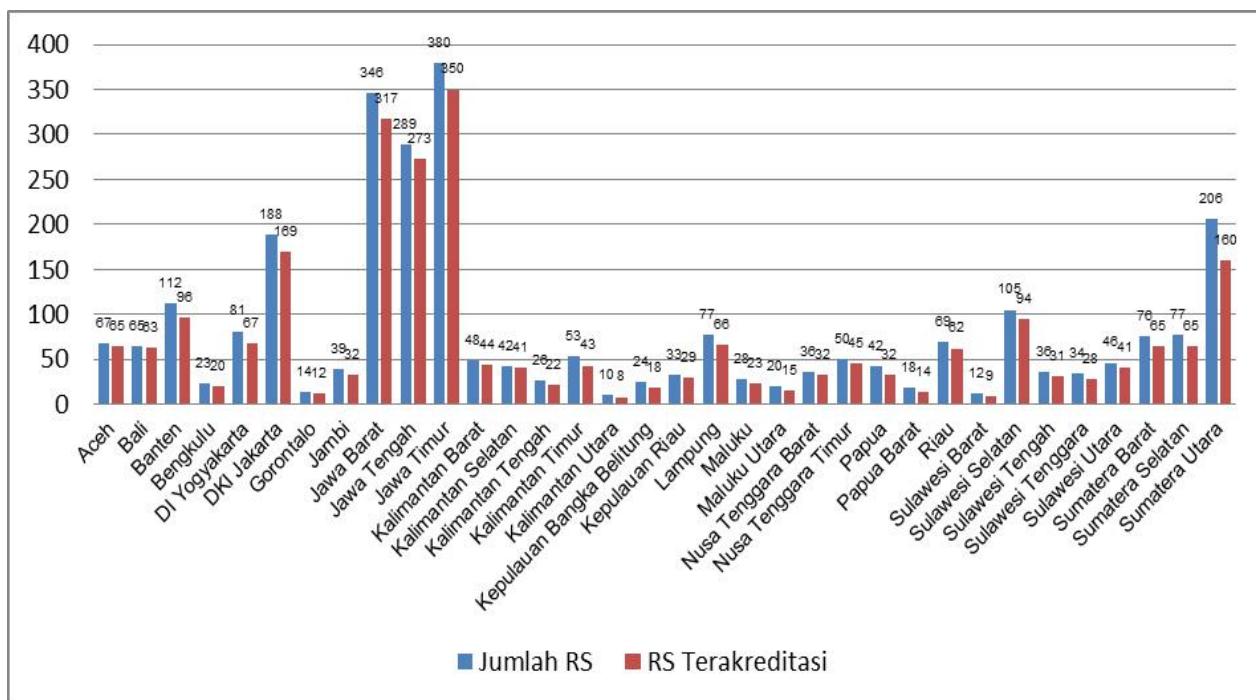
Sumber : Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan 31 Des 2021

Tabel di atas menunjukkan bahwa capaian indikator persentase RS terakreditasi tahun 2021 sebesar 88,4% atau 104% dari target.

Pada tahun 2021 terdapat 2.451 RS terakreditasi dari 2.772 RS dari 2.813 RS terregistrasi 2018 yang masih operasional.

Peningkatan kasus COVID-19 menjadi pertimbangan ditetapkannya Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.02.01/Menkes/455/2020 tanggal 29 Juli 2020 tentang Perizinan dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dan Penetapan Rumah Sakit Pendidikan pada Masa Pandemi COVID-19. Dengan demikian kegiatan persiapan dan survei akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan mulai dilakukan setelah status bencana nasional dicabut oleh Pemerintah. Selain itu, sertifikat akreditasi masih tetap berlaku selama 1 (satu) tahun sejak status bencana nasional dicabut oleh Pemerintah.

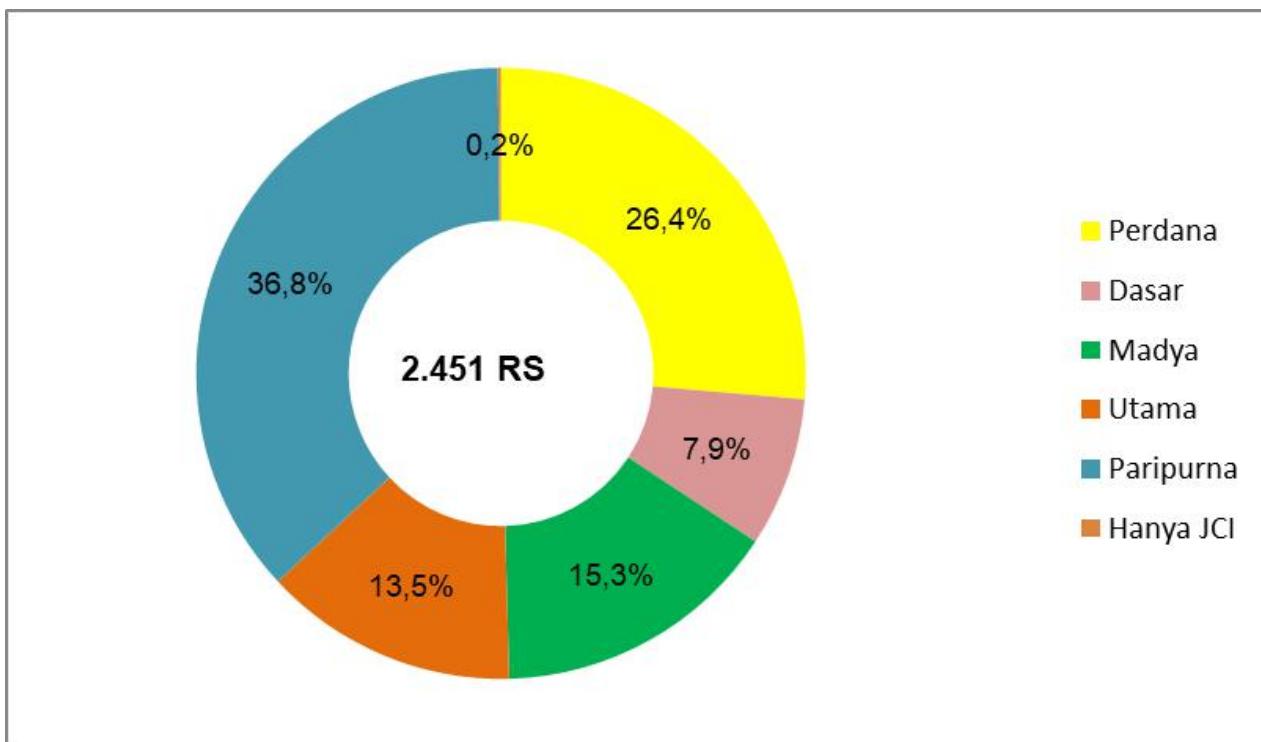
Grafik 3.22
Distribusi RS Terakreditasi Tahun 2021 Berdasarkan Provinsi



Sumber : Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, KARS, JCI 31 Des 2021 (telah diolah)

Tabel 3.4 menunjukkan bahwa Provinsi Jawa Timur memiliki RS terakreditasi paling banyak yaitu 350 RS (14,3%) dan Provinsi Kalimantan Utara memiliki RS terakreditasi paling sedikit yaitu 8 RS (0,3%). Hal ini karena di Provinsi Kalimantan Utara hanya terdapat 10 RS dan merupakan provinsi dengan jumlah RS paling sedikit jika dibandingkan dengan provinsi lain di Indonesia.

Grafik 3.23
Tingkat Akreditasi 2.451 RS Tahun 2021



Sumber : Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, KARS, JCI 31 Des 2021 (telah diolah)

Pada grafik 3.23 sebanyak 901 RS (36,8%) terakreditasi paripurna dan sebanyak 4 RS (0,2%) hanya terakreditasi internasional JCI.

Persentase rumah sakit yang terakreditasi paripurna paling tinggi karena pemahaman standar akreditasi RS semakin meningkat dan RS telah melakukan upaya peningkatan mutu secara berkesinambungan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi tercapainya target indikator persentase rumah sakit terakreditasi antara lain:

- Capaian akreditasi hingga 29 Juli 2020 sebanyak 2.451 dari 2.772 RS yang terregistrasi 2018 dan masih operasional hingga saat ini, atau 88,4%. Hal ini menjadi nilai tambah untuk pencapaian target akreditasi pada tahun 2021, meskipun sejak 29 Juli 2020 ditetapkan kebijakan penundaan akreditasi.
- Kebijakan perpanjangan masa berlaku sertifikat akreditasi RS pada masa pandemi COVID-19 sehingga RS masih dalam status terakreditasi dan meningkatkan capaian target indikator kinerja.

- c) Pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi dalam penyelenggaraan akreditasi RS sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi RS sehingga dapat mengurangi biaya penyelenggaraan akreditasi yang dikeluhkan oleh RS.

Survei akreditasi secara daring telah dilaksanakan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit pada bulan Mei-Juli 2020 sesuai dengan Surat Ketua Eksekutif KARS Nomor 461/SE/KARS/V/2020 tanggal 12 Mei 2020 tentang Penyelenggaraan Kegiatan Komisi Akreditasi RS di Era Pandemi COVID-19. Dengan demikian dapat menghemat biaya akomodasi dan transportasi surveior.

Pada saat ini Kementerian Kesehatan berkoordinasi dengan Lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi sedang mengembangkan sistem informasi akreditasi rumah sakit untuk memudahkan penyelenggaraan akreditasi.

Hambatan yang dihadapi adalah capaian target Indikator Kinerja persentase RS terakreditasi tahun 2021 sebesar 2.451 RS (88,4%) atau 104% dari target yang ditetapkan (80%). Jika dibandingkan dengan target Renstra tahunan maka capaian ini lebih rendah daripada tahun 2020 sebesar 110,5% dari target yang ditetapkan (85%), karena kebijakan penundaan akreditasi.

Kenaikan target Renstra 5% per tahun jika dengan jumlah RS baseline 2018 maka minimal 139 RS terakreditasi baru setiap tahun dan RS yang telah terakreditasi tetap melakukan reakreditasi sebelum masa berlaku sertifikat berakhir.

Penetapan kebijakan pemerintah melalui Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.02.01/Menkes/455/2020 tanggal 29 Juli 2020 tentang Perizinan dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dan Penetapan Rumah Sakit Pendidikan pada Masa Pandemi COVID-19 berpengaruh terhadap akreditasi rumah sakit.

- 1) Penundaan akreditasi RS hingga status bencana nasional dicabut oleh Pemerintah serta masa berlaku sertifikat akreditasi sampai 1 (satu) tahun setelah bencana nasional dicabut, menyebabkan RS menunda melaksanakan survei akreditasi baru maupun survei reakreditasi.
- 2) Tren peningkatan pasien COVID-19 dan bertambahnya jumlah Kabupaten/Kota risiko tinggi COVID-19 hingga akhir tahun 2021 menyebabkan pandemi COVID-19 belum dapat diprediksi kapan akan berakhir, sehingga penundaan akreditasi dalam waktu yang lama dapat berpengaruh terhadap mutu pelayanan RS. Oleh karena itu perlu dilakukan upaya lain untuk menjamin mutu fasilitas pelayanan kesehatan pada masa pandemi COVID-19.

Upaya Pemecahan Masalah yang dilakukan adalah:

- 1) Akreditasi merupakan salah satu indikator bahwa fasilitas pelayanan kesehatan bermutu. Kebijakan penundaan akreditasi perlu dilakukan upaya lain untuk menjamin mutu pelayanan antara lain dengan menetapkan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/4405/2020 tentang Pedoman Pemantauan dan Evaluasi Kesiapan RS pada Masa Pandemi COVID-19. Instrumen pedoman ini meng-adopt WHO *Hospital Readiness Checklist for COVID-19*.

Daftar tilik kesiapan RS pada masa pandemi COVID-19 terdiri 12 komponen utama yaitu :

- a) Kepemimpinan dan manajemen insiden
- b) Koordinasi dan komunikasi
- c) Manajemen pengawasan dan informasi
- d) Komunikasi risiko dan keterlibatan masyarakat
- e) Administrasi, keuangan, dan keberlangsungan bisnis
- f) Sumber daya manusia
- g) Kapasitas lonjakan
- h) Keberlanjutan layanan dukungan esensial
- i) Manajemen pasien
- j) Kesehatan kerja, kesehatan mental dan dukungan psikososial
- k) Identifikasi dan diagnosis yang cepat
- l) Pencegahan dan pengendalian infeksi

Komponen tersebut sangat erat kaitannya dengan penerapan standar akreditasi RS, sehingga dapat digunakan untuk menilai RS dalam tanggap bencana COVID-19.

- 2) Mengembangkan sistem pelaporan Indikator Nasional Mutu dan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit sebagai salah satu upaya peningkatan mutu pelayanan.
- 3) Workshop Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko di FKRTL

Gambar 3.11
Workshop Keselamatan Pasien dan Manajemen Risiko di FKRTL



- 4) Menyiapkan regulasi untuk percepatan akreditasi rumah sakit antara lain:
 - a) Revisi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit
 - b) Standar Akreditasi Rumah Sakit
 - c) Pedoman Tata Laksana Survei Akreditasi Rumah Sakit
 - d) Tarif Survei Akreditasi Rumah Sakit
 - e) Kurikulum dan Modul Pelatihan Calon Surveyor Akreditasi Rumah Sakit
 - f) Pencabutan Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.02.01/Menkes/455/2020 tentang Perizinan dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan, dan Penetapan Rumah Sakit Pendidikan pada Masa Pandemi COVID-19
- 5) Melakukan pemantauan dan evaluasi kesiapan RS pada masa pandemi COVID-19 serta pemantauan dan evaluasi kesiapan RS di era adaptasi kebiasaan baru di RS rujukan COVID-19 dengan melibatkan Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Gambar 3.12

Pemantauan dan evaluasi kesiapan RS pada masa pandemic COVID-19 di RS Khusus Infeksi Pulau Galang Kepulauan Riau.



Gambar 3.13
Bimbingan Teknis Kesiapan Rumah Sakit Dalam Masa Pandemi COVID-19 di RSAU dr. Salamun Kota Bandung Jawa Barat.



Gambar 3.14
Monitoring dan Evaluasi Mutu Pelayanan di RSUP H. Adam Malik Medan Sumatera Utara



Gambar 3.15
Audit Kesakitan dan Kematian dalam melakukan pemantauan dan evaluasi Kesiapan Rumah Sakit pada masa Pandemi Covid-19 di 16 Rumah Sakit Propinsi Bali



Efisiensi sumber daya sehubungan dengan indikator tersebut dapat dijelaskan dengan Adanya keterbatasan sumber daya yang dimiliki termasuk adanya refocusing anggaran untuk penanganan pandemi COVID-19 maka pencapaian target indikator kinerja dilakukan melalui efisiensi sumber daya antara lain:

- a) Melaksanakan kegiatan secara daring sehingga terjadi efisiensi
 - i. Biaya penyelenggaraan kegiatan menjadi lebih efisien karena kegiatan daring tidak memerlukan biaya paket meeting fullday/fullboard dan transportasi.
 - ii. Sumber daya manusia yang terlibat sebagai panitia kegiatan menjadi lebih sedikit sehingga dapat dialihkan untuk pelaksanaan kegiatan yang lain.
 - iii. Waktu menjadi lebih efisien karena kegiatan secara daring dapat berlangsung lebih singkat jika dibandingkan dengan pertemuan offline dalam beberapa hari.
 - iv. Output atau sasaran rumah sakit yang mengikuti sosialisasi regulasi dan kebijakan secara daring lebih banyak jika dibandingkan dengan pertemuan offline, sesuai dengan kuota kapasitas rapat daring atau webinar.

Pada tahun 2020 anggaran untuk mendukung capaian indikator kinerja ini sebesar Rp 3.446.740.000,- dan realisasi sebesar Rp. 2.988.685.991 atau sebesar 86,71%.

Capaian target Indikator Kinerja persentase RS terakreditasi tahun 2020 sebesar 2.451 RS (88,4%) atau 110,5% dari target yang ditetapkan (80%).

Pada tahun 2021 anggaran untuk mendukung capaian indikator kinerja ini sebesar Rp 6.617.868.000,- dan realisasi sebesar Rp. 6.243.710.133 atau sebesar 94,35%.

Capaian target Indikator Kinerja persentase RS terakreditasi tahun 2021 sebesar 2.451 RS (88,4%) atau 104% dari target yang ditetapkan (85%).

Realisasi anggaran pada tahun 2021 lebih besar 7,64% dibandingkan tahun 2020, sedangkan capaian target indikator kinerja pada tahun 2021 lebih rendah 6,5% dibandingkan tahun 2020.

- b) Pemanfaatan teknologi informasi untuk penyampaian komitmen RS untuk menjaga dan melakukan upaya peningkatan mutu, serta pelaporan indikator nasional mutu dan insiden keselamatan pasien, sehingga pelaporan menjadi lebih efisien dan tepat waktu jika dibandingkan dengan pelaporan secara manual.

5. Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan Lain yang memenuhi persyaratan survei akreditasi

Definisi operasional jumlah fasilitas pelayanan kesehatan lain yang memenuhi persyaratan survei akreditasi adalah jumlah Laboratorium Kesehatan dan UTD yang mendapatkan rekomendasi dari Direktorat yang bertanggung jawab pada bidang mutu dan akreditasi (Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan) setelah memenuhi persyaratan survei akreditasi oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Akreditasi Laboratorium kesehatan adalah suatu pengakuan yang diberikan oleh Departemen Kesehatan kepada laboratorium kesehatan, yang telah memenuhi standar yang ditentukan.

(Kepmenkes RI Nomor 298/Menkes/SK/III/2008)

Cara penghitungan indikator ini adalah jumlah kumulatif Laboratorium dan UTD yang mendapatkan rekomendasi dari Direktorat yang bertanggungjawab dalam bidang mutu dan akreditasi (Direktorat Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan) setelah memenuhi persyaratan survei akreditasi dari lembaga independen penyelenggara akreditasi pada tahun berjalan.

Rencana aksi yang dilakukan untuk mencapai target adalah

a) Strategi

- Penguatan kebijakan mutu dan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.
- Meningkatkan akses dan mutu pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

b) Kegiatan

- Penguatan kebijakan mutu dan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

Kegiatan yang dilakukan dalam pencapaian strategi ini adalah :

- a. Akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan lainnya

- b. Kurmod Peningkatan Kemampuan Teknis Kualitas Uji Pemeriksaan Laboratorium
- c. Meningkatkan akses dan mutu pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan lainnya
- d. Kegiatan yang dilakukan dalam pencapaian strategi ini adalah :
- e. Sosialisasi Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Lainnya
- f. Pengukuran Indikator Mutu di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya

Untuk mencapai target dilakukan upaya-upaya sebagai berikut :

a. Penyusunan NSPK Kurmod Peningkatan Kemampuan Teknis Kualitas Uji Pemeriksaan Laboratorium.

Penyusunan kurikulum modul ini tidak hanya untuk peningkatan kemampuan teknis kualitas uji pemeriksaan laboratorium tapi sekaligus merevisi kurmod pelatihan calon surveior. Metode kegiatan ini dilakukan secara *hybrid*. Tahapan penyusunan kurmod terdiri dari : Rapat Persiapan secara *daring*, Pembahasan 2 (dua) kali secara *hybrid*, dan Finalisasi 1(satu) kali secara *hybrid*. Output dari kegiatan ini adalah Draft Kurmod Peningkatan Kemampuan Teknis Kualitas Uji Pemeriksaan Laboratorium dan Kurikulum Modul Pelatihan Akreditasi Laboratorium bagi Calon Surveyor. Alokasi anggaran kegiatan sebesar Rp 282.664.000,-

Gambar 3.16

Penyusunan NSP Kurmod Peningkatan Kemampuan Teknis Kualitas Uji Pemeriksaan Lab dan Kurmod Pelatihan Akreditasi Survei bagi Calon Surveyor



b. Sosialisasi Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan Lainnya

• Lokakarya Akreditasi Laboratorium

Kegiatan ini berupa Peningkatan Kemampuan Teknis Surveyor Akreditasi yaitu pelatihan bagi calon Surveyor Akreditasi Laboratorium Kesehatan. Pelaksanaan kegiatan ini dilakukan secara *hybrid* dengan tahapan kegiatan sebagai berikut : Rapat Persiapan secara *daring* dan pelaksanaan kegiatan secara *luring* yang diikuti oleh 30 orang peserta dari perwakilan Provinsi Jawa Barat, Jawa Timur, Bali, NTB, NTT, Kalimantan Timur,

Kalimantan Utara, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Sulawesi Tengah, Sulawesi Barat, Sulawesi Tenggara, Maluku Utara, Papua, Banten, Aceh, Jambi, Bangka Belitung, Bengkulu, Sumatera Barat, Kepulauan Riau, Riau, Sumatera Utara dan Gorontalo. Output kegiatan ini adalah 30 peserta lulus Peningkatan Kemampuan Teknis Surveyor Akreditasi.

Alokasi anggaran kegiatan sebesar Rp 636.035.000,- dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 590.352.771,- (93%).

Gambar 3.21
Peningkatan Kemampuan Teknis Surveyor Akreditasi Laboratorium



• **Lokakarya Sinkronisasi Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lain**

Kegiatan lokakarya ini terdiri dari : Rapat Persiapan, Workshop *Biosafety* dan *Biosecurity* serta Pembahasan Standar Instrumen Akreditasi UTD. Kegiatan ini dilaksanakan dengan metode *hybrid*. Output kegiatan ini : finalisasi standar akreditasi UTD dan tersosialisasinya *Biosafety* dan *Biosecurity* bagi Surveyor Akreditasi Laboratorium Kesehatan dan Penanggung Jawab Laboratorium Provinsi. Alokasi anggaran kegiatan sebesar Rp 578.130.000,- dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 575.745.283,- (99%).

Gambar 3.17
Pembahasan Standar Akreditasi UTD



Gambar 3.18
Workshop Biosafety dan Bio Security



• **Workshop Penguatan Akreditasi Laboratorium**

Pertemuan ini bertujuan untuk mensosialisasikan revisi standar akreditasi laboratorium dan kebijakan – kebijakan terbaru terkait penyelenggaraan akreditasi laboratorium kesehatan. Kegiatan dilaksanakan secara *luring*. Output kegiatan ini adalah tersosialisasinya revisi standar akreditasi laboratorium. Alokasi anggaran kegiatan sebesar Rp 268.195.000,- dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 264.147.456,- (98%).

Gambar 3.19
Workshop Penguatan Surveyor Akreditasi Laboratorium



• **Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya**

i. Kegiatan ini terdiri dari :

- Dukungan Komite Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lain
Kegiatan ini bertujuan untuk memfasilitasi hal – hal yang diperlukan dalam proses penyelenggaraan akreditasi, diantaranya:
- Administrasi Komite Akreditasi Laboratorium Kesehatan
Kegiatan ini berupa belanja bahan, belanja keperluan kantor dan pengiriman surat.
- Pertemuan Koordinasi Teknis Akreditasi
Kegiatan ini berupa penyusunan Keputusan Ditjen Yankes terkait Petunjuk Teknis Pemantauan dan Evaluasi Kesiapan Laboratorium Pemeriksa Covid-19. Kegiatan dilaksanakan secara *darling*.

Gambar 3.20
Pertemuan Teknis Akreditasi



• **Bimbingan Teknis Akreditasi**

Kegiatan ini bertujuan memberikan bimbingan terkait mutu dan akreditasi pada laboratorium yang akan di akreditasi tahun 2022, terutama terkait

pengukuran INM dan pelaporan IKP yang menjadi salah satu kriteria dalam proses pengusulan akreditasi. Metode kegiatan ini adalah kunjungan lapangan dan diskusi, dengan jumlah lokus sebanyak 15 lokus. Alokasi anggaran kegiatan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan sebesar Rp 572.442.000,- dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 561.440.158,- (98%)

Gambar 3.21
Bimbingan Teknis Akreditasi



• **Assesmen Pasca Akreditasi Laboratorium Kesehatan**

Kegiatan ini bertujuan untuk menilai upaya perbaikan mutu pada laboratorium kesehatan yang sudah terakreditasi. Metode kegiatan ini adalah kunjungan lapangan dan diskusi, dengan jumlah lokus sebanyak 13 lokus. Alokasi anggaran kegiatan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan sebesar Rp 209.710.000,- dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 196.054.621,- (93%)

Gambar 3.22
Asesmen Pasca Akreditasi Laboratorium Kesehatan



• **Monitoring dan Evaluasi Akreditasi Pelayanan Kesehatan Lain**

Kegiatan ini dilakukan untuk uji coba aplikasi INM dan IKP pada Labkes dan UTD. Metode kegiatan ini adalah kunjungan lapangan dan diskusi, dengan jumlah lokus sebanyak 26 lokus. Alokasi anggaran kegiatan akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan sebesar Rp 358.000.000,- dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 357.040.597,- (98%)

Gambar 3.23
Monitoring dan Evaluasi Akreditasi Pelayanan Kesehatan Lainnya



• **Dukungan Peningkatan Mutu dan Akreditasi Fasyankes Lain**

Kegiatan ini berupa Dekosentrasi yang diberikan pada 7 (tujuh) Provinsi diantaranya : Sumatera Utara, Jawa Barat, Jawa Timur, Banten, Bali, Kalimantan Timur dan Sulawesi Selatan. Dengan alokasi anggaran sebesar Rp. 1.180.561.000,-.

Target IKK jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang memenuhi persyaratan survei akreditasi tahun 2020 – 2024 adalah sebagai berikut:

Tabel 3.12

Target IKK Jumlah Fasilitas Pelayanan Kesehatan Yang Memenuhi Persyaratan Survei Akreditasi Tahun 2020 - 2021

Tahun	Labkes	UTD	Total
2020	151	0	151
2021	228	0	228
2022	307	0	307
2023	329	70	399
2024	339	161	500

Tabel 3.13

Target dan Capaian Tahun 2020 - 2021

TARGET		CAPAIAN	
2020	2021	2020	2021
151	228	139	241

Berdasarkan tabel 3.13 di atas untuk tahun 2021 dari target 228 capaian sebanyak 241 sehingga sudah melebihi target yang telah ditetapkan.

Perubahan kebijakan terkait penyelenggaraan akreditasi yaitu dengan adanya Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 455 tahun 2020 tentang Perizinan Dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Dan Penetapan Rumah Sakit Pendidikan Pada Masa Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) yang menyatakan masa berlaku sertifikat akreditasi fasyankes berakhir baik sebelum maupun sesudah Bencana Nasional atau Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) dinyatakan dicabut oleh Pemerintah, maka sertifikat akreditasinya masih tetap berlaku selama 1 (satu) tahun terhitung sejak status Bencana Nasional atau Kedaruratan Kesehatan Masyarakat Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) dinyatakan dicabut oleh Pemerintah.

Permasalahan yang dihadapi dalam Pelaksanaan kegiatan yang terkendala teknis karena pandemi Covid-19, sehingga kegiatan tidak dapat dilaksanakan secara optimal. Regulasi terkait penyelenggaraan akreditasi laboratorium kesehatan belum dilakukan revisi dari tahun 2008. Belum semua provinsi mempunyai Surveyor Akreditasi Laboratorium Kesehatan, saat ini jumlah Surveyor sebanyak 159 orang. Kurangnya dukungan kebijakan dari pemerintah daerah terhadap laboratorium dan UTD.

Upaya Pemecahan Masalah adalah:

- Melakukan revisi kebijakan terkait penyelenggaraan akreditasi laboratorium kesehatan.
- Menyusun NSPK akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan lainnya diantaranya dengan: revisi standar akreditasi laboratorium kesehatan, penyusunan standar akreditasi UTD dan Petunjuk Teknis Surveyor Akreditasi Laboratorium Kesehatan dan UTD.
- Melaksanakan pelatihan calon Surveyor Akreditasi Laboratorium Kesehatan dan UTD sesuai dengan rasio kebutuhan.
- Melakukan sosialisasi dan advokasi dengan pemerintah daerah, Dinas Kesehatan Provinsi dan Kab/Kota.
- Pembinaan mutu dan akreditasi dengan dukungan anggaran Dekonsentrasi dan DAK Non Fisik.

Sehubungan dengan pandemi Covid-19 masih berlangsung terdapat perubahan pada metode pelaksanaan kegiatan. Pelaksanaan kegiatan pertemuan dilakukan secara *hybrid*.

3) Sasaran Strategis 3: Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat

Dalam kaitan dengan Sasaran Strategis ini, Kementerian Kesehatan mengidentifikasi enam Indikator Kinerja Utama (IKU) dengan hasil capaiannya sebagaimana tergambar dalam tabel berikut:

Tabel 3.14
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 3:
Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat

SS 3: Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat				
	Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
		Target	Realisasi	% Realisasi
3a.	Menurunnya insidensi TB per 100.000 penduduk	252 per 100.000 penduduk	301 per 100.000 penduduk	80,6%
3b.	Menurunnya insidensi HIV	0,21 per 1.000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV	0,13 per 1.000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV	138%
3c.	Meningkatkan eliminasi malaria	345 Kab/Kota	347 Kab/Kota	100,6%
3d.	Kabupaten/Kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap	83,8%	47,7%	56,9%
3e.	Meningkatnya kabupaten/kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM dan penyakit menular lainnya termasuk NTD	129 Kab/Kota	120 kab/kota	93%
3f.	Persentase kabupaten/kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM	65%	65%	100%

Uraian tentang ke enam IKU tersebut adalah sebagai berikut:

1. Menurunnya insidensi TB per 100.000 penduduk

Secara global, diperkirakan ada sebanyak 9,9 juta kasus TB pada tahun 2020, namun demikian angka ini telah menurun secara perlahan akhir-akhir ini. Berdasarkan letak geografisnya, kasus TB pada tahun 2020 paling banyak di regional Asia Tenggara (43%), Afrika (25%) dan Pasifik Barat (18%), dan persentase yang sedikit di Timur Tengah (8,3%), Amerika (3,0%) dan Eropa (2,3%). Ada 8 negara dengan jumlah kasus dua per

tiga dari total kasus global, yaitu India (26%), Cina (8,5%), Indonesia (8,4%), Filipina (6%), Pakistan (5,8%), Nigeria (4,6%), Bangladesh (3,6%) dan Afrika Selatan (3,3%). Menurut TB *Global Report* tahun 2021 untuk Indonesia, angka kejadian (insidensi) TB tahun 2020 adalah 301 per 100.000 (sekitar 824.000 pasien TB), dan 2,18% (18.000 kasus) di antaranya dengan TB/HIV. Angka kematian TB adalah 34,2 per 100.000 penduduk (jumlah kematian 93.000) tidak termasuk angka kematian akibat TB/HIV. WHO memperkirakan ada 24.000 kasus *Multi Drug Resistance* (MDR) di Indonesia.

Definisi operasional indikator insidensi TB adalah jumlah estimasi kasus TB (baru maupun relaps) yang terinfeksi dalam satu tahun per 100.000 penduduk. Insidensi TB dipengaruhi oleh angka penemuan kasus (*treatment coverage*), pemberian terapi pencegahan TB (TPT), angka keberhasilan pengobatan (*success rate*) dan semua faktor risiko TB. Selain itu, insiden berasosiasi dengan GDP per kapita, kemiskinan, gizi buruk, diabetes dan beban penyakit lainnya.

Insidensi TB tidak diperoleh dari laporan melainkan dari survei, misalnya survei prevalensi TB dan inventori studi, kemudian dilakukan pemodelan. Perhitungan insidensi TB dilakukan oleh WHO dan diumumkan pada triwulan IV setiap tahunnya sebagaimana tertuang pada *Global Tuberculosis Report* (GTR) tahun berikutnya sehingga target tahun ini adalah capaian insidensi TB tahun sebelumnya. Target 2020 menunjukkan insidensi TB pada tahun 2019.

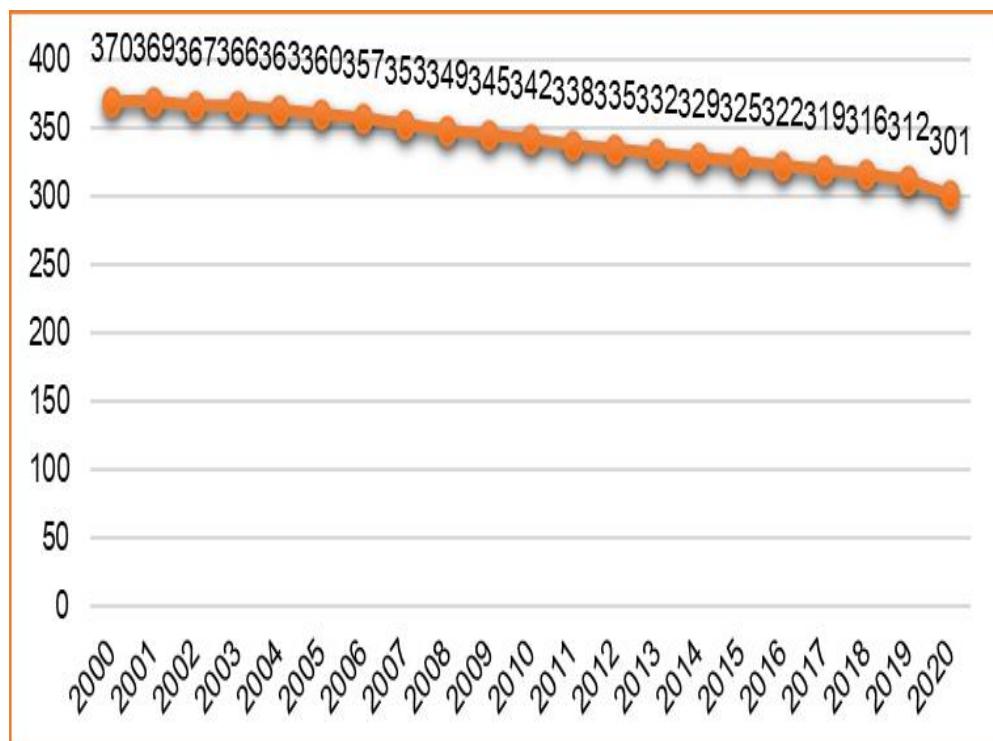
Insidensi TB adalah indikator yang memberikan gambaran beban penyakit TB dan dapat memberikan petunjuk seberapa banyak jumlah kasus TB yang baru muncul pada setiap tahunnya. Angka ini menggambarkan jumlah kasus TB di populasi, tidak hanya kasus TB yang datang ke pelayanan kesehatan dan dilaporkan ke program. Insidensi TB 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 TB. Insidensi TB 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 TB memberikan perkiraan insidensi TB pada negara-negara dengan sistem surveilans yang baik (misalnya hanya ada sedikit kasus yang tidak terlaporkan/*under-reporting*), dan dimana kualitas dan akses terhadap pelayanan kesehatan cukup baik juga, sehingga kesalahan diagnosa kasus TB juga sangat sedikit. Pada sejumlah negara dimana kriteria ini tidak dapat terpenuhi, estimasi insidensi TB terbaik dapat diperoleh dari studi inventori. Studi Inventori adalah suatu survei yang menghitung tingkatan kasus yang tidak terlaporkan/*under-reporting*, jika syarat tertentu terpenuhi, metode *capture-recapture* juga dapat digunakan untuk mengetahui insidensi TB. Estimasi insiden TB 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 TB setiap tahunnya. Estimasi insidensi TB juga melibatkan angka penemuan kasus (*treatment coverage*), pemberian terapi pencegahan TB (TPT), angka keberhasilan pengobatan (*success rate*) dan semua faktor risiko TB ke dalam perhitungan.

Perhitungan estimasi insidensi TB dilakukan oleh WHO setiap tahunnya dan diterbitkan melalui Global TB Report (GTR) pada triwulan IV setiap tahunnya. Insidensi TB tahun 2000-2020 menunjukkan penurunan yang signifikan setiap tahunnya dari 370 per 100.000 penduduk pada tahun 2020 menjadi 301 per 100.000 penduduk pada tahun 2020, seperti digambarkan dalam grafik berikut ini:

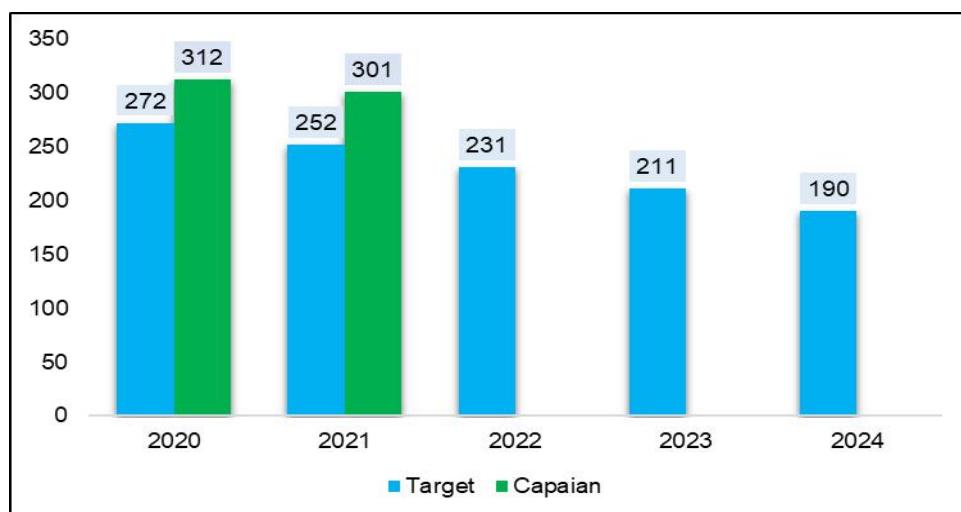
Grafik. 3.24
Insidensi TB Tahun 2000-2020



Sumber data: Laporan Substansi TB, 2021

Data Global Report TB 2021, menunjukkan insidensi TB di Indonesia sebesar 301 per 100.000 penduduk pada tahun 2020, menurun bila dibandingkan dengan insidensi TB tahun 2019 yakni 312 per 100.000 penduduk. Meskipun terjadi penurunan tetapi target insidensi TB tahun 2021 tidak tercapai. Dari target 252 per 100.000 penduduk, tercapai 301 per 100.000 penduduk dengan capaian kinerja sebesar 80,6%. 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 dibawah ini:

Grafik 3.25
Target dan Capaian
Insidensi TB di Indonesia Tahun 2020-2024



Sumber data: Laporan Substansi TB, 2021

Pada grafik diatas terlihat bahwa tren capaian tahun 2020-2021 tidak tercapai karena insidensi TB yang ditargetkan untuk turun tetapi mengalami kenaikan angka insidens, 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 2022-2024 maka capaian tidak akan berjalan on track dan diperkirakan target tidak akan tercapai.

Bila dibandingkan penurunan insidensi TB di Indonesia dengan 2 negara beban kasus TB tertinggi tertinggi yakni India dan China, maka Indonesia belum dapat mengimbangi laju penurunan dua negara tersebut sebagaimana pada tabel berikut ini:

Tabel. 3.15
Perbandingan Penurunan Angka Insidensi 3 negara beban TB tertinggi

No	Negara	Insidensi	2016	2017	2018	2019	2020
1	India	Absolute	2.800.000	2.700.000	2.700.000	2.640.000	2.600.000
		rate	211	204	199	193	186
		% penurunan	2,76	3,32	2,45	3,02	3,63
2	China	Absolute	890.000	884.000	866.000	833.000	842.000
		rate	63	62	61	58	60
		% penurunan	3,08	1,59	1,61	4,92	3,45
3	Indonesia	Absolute	843.000	844.000	845.000	845.000	824.000
		rate	322	319	316	312	301
		% penurunan	0,92	0,93	0,94	1,27	3,53

Sumber data: Global TB Report, 2021

Penurunan angka insidensi per 100.000 penduduk di Indonesia 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 TB sehingga China kembali menempati urutan kedua negara dengan beban TB tertinggi.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target antara lain:

1. Peningkatan notifikasi kasus dengan pelaksanaan *Mopping Up*/ penyisiran kasus ke rumah sakit-rumah sakit baik rumah sakit pemerintah maupun swasta.
2. Perbaikan sistem pencatatan dan pelaporan dengan melakukan link dengan SIMRS dan penyedia layanan mandiri (swasta).
3. Penerapan *Mandatory Notification* yang lebih tegas.
4. Link dengan sistem informasi BPJS untuk peningkatan *Case Finding* dan kualitas pengobatan.
5. *Intensified TB Case Findings* dari Fasilitas Kesehatan dan Komunitas.
6. Menegaskan lagi kewajiban melakukan pemeriksaan konfirmasi bakteriologis untuk semua terduga TB.
7. Regulasi yang lebih ketat mengenai pemberian pengobatan dan pengawasan.
8. Pelaksanaan investigasi kontak berdasarkan panduan yang telah didiseminasi ke seluruh provinsi.
9. Pelaksanaan penemuan kasus TB pada populasi risiko tinggi seperti pada pasien diabetes di puskesmas dan faskes rujukan sesuai panduan yang telah didiseminasi ke seluruh provinsi.
10. Adanya sistem informasi TB yang baru (*TB information system*/ SITB) telah menyambungkan jejaring sistem rujukan internal dan eksternal yang sudah mengintegrasikan puskesmas, rumah sakit dan laboratorium rujukan.
11. Pengiriman umpan balik hasil entri SITT dan hasil penyisiran kasus ke rumah sakit yang ada di provinsi dan kabupaten/ kota.
12. Pelaksanaan dan monitoring Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan Strategi Nasional (Stranas) TB.
13. Pendekatan *Multi-Sectoral Accountability Framework* (MAF) dengan disusunnya Perpres dan sudah dilaunching pada 19 Agustus 2021.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah pandemi COVID-19 yang masih berlangsung mempengaruhi pelaksanaan program TB antara lain:

1. Pengelolaan sumber daya program TB yang belum memadai dan sebagian tenaga kesehatan diperlukan dalam penanggulangan pandemi COVID-19.
2. Penggunaan alat tes cepat molekuler (TCM) untuk mendukung diagnosa TB dan TB resisten obat juga dipergunakan untuk diagnosa COVID-19.
3. Belum semua kasus TB berhasil dijangkau, investigasi kontak belum maksimal yang dikarenakan adanya kekhawatiran dan ketakutan masyarakat untuk mengunjungi fasilitas kesehatan.
4. Pasien tidak datang mengambil obat.
5. Monitoring terganggu karena pasien tidak mengumpulkan dahak.

6. Laboratorium rujukan berhenti melakukan pemeriksaan terduga TB.
7. Pengawasan minum obat terganggu.
8. *Enabler* tidak bisa diberikan secara rutin.
9. Fasyankes berhenti memberikan layanan TB Resisten Obat (TBRO).
10. Monitoring pengobatan terganggu karena terkendala pengiriman spesimen.

Dengan masih terdapatnya beberapa permasalahan maka maka alternatif solusi yang dapat dilakukan adalah sesuai dengan 6 strategi yaitu:

- 1) Penguatan Kepemimpinan Program TBC di Kabupaten/Kota dan peningkatan 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, MTBCS, PAL, dan lain sebagainya
 - Inovasi diagnosis TBC sesuai dengan alat / saran diagnostik yang baru
- 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 di pusat dan 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.
 - Meningkatkan pembiayaan, advokasi dan regulasi.
 - Memperkuat Sistem Informasi Startegis, surveilans proaktif termasuk kewajiban melaporkan (*mandatory notification*).

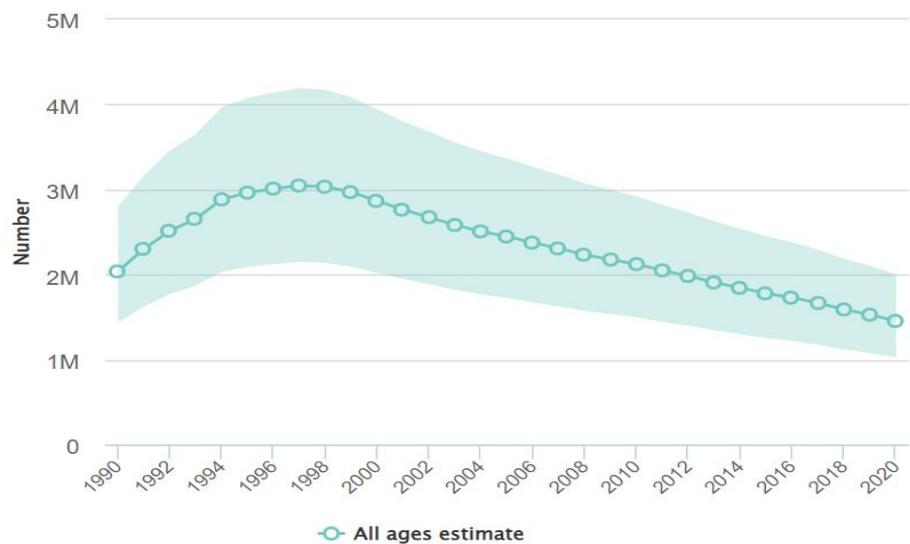
2. Menurunnya insidensi HIV

Definisi operasional indikator insidensi HIV adalah jumlah infeksi baru HIV yang terjadi pada populasi berumur di atas 15 tahun selama periode waktu tertentu dibagi 1000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV. 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.

Cara perhitungan indikator mempergunakan perhitungan mathematic modelling yakni AIDS Epidemic Model (AEM). AEM adalah model proses lengkap yang secara matematis mereplikasi proses utama yang mendorong penularan HIV di Asia. Oleh karena itu memiliki persyaratan input epidemiologis dan perilaku yang lebih luas. AEM menawarkan kemampuan untuk mensimulasi skenario masa depan di mana upaya pencegahan dan perawatan mendorong perubahan perilaku.

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 akan diintervensi, dan mengevaluasi efektifitas program pencegahan dan pengobatan.

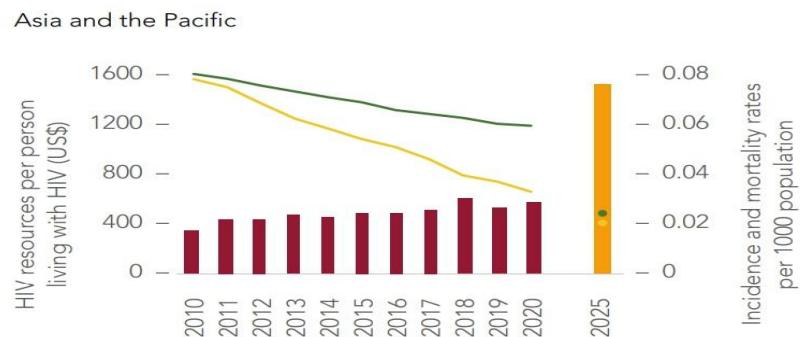
Grafik. 3.26
Estimasi Jumlah Infeksi Baru HIV Tahun 1990- 2020



Sumber: Global AIDS Update, UNAIDS, 2021

Grafik diatas menunjukkan penurunan infeksi baru di dunia menurun sampai 31%, dari 2,1 juta di tahun 2010 menjadi 1,5 juta pada tahun 2020. Insiden HIV akan menurun sejalan dengan peningkatan angka Orang Dengan HIV AIDS (ODHA) dalam pengobatan ARV. Insiden HIV di Asia Pasifik juga mengalami penurunan mendekati angka 0,06 pada tahun 2020. *Global AIDS Strategy* merekomendasikan bahwa ketersediaan sumber dana baik dalam negeri atau Internasional sebaiknya difokuskan pada pencegahan primer dalam pencegahan HIV., seperti digambarkan dalam grafik dibawah ini:

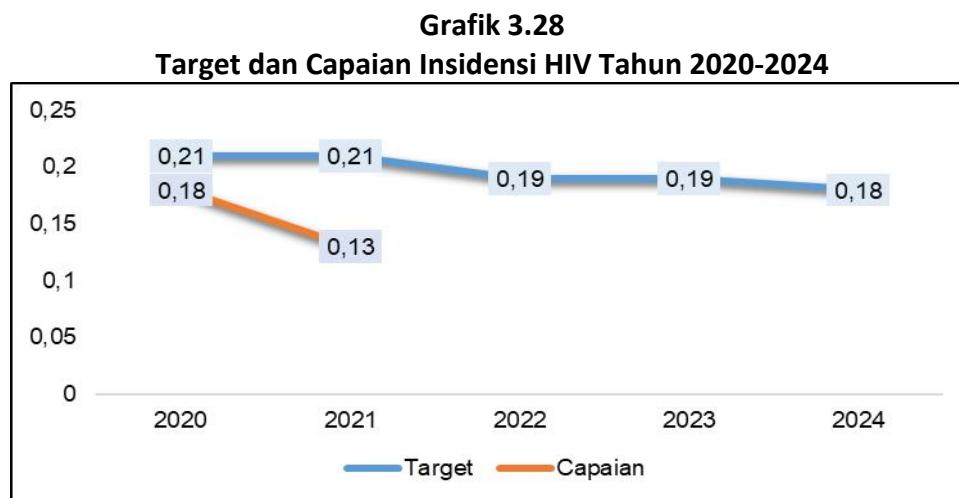
Grafik 3.27
Ketersediaan Sumber Daya, Insiden dan *Mortality Rates* di Asia Pasifik, Tahun 2010-2020 dan target 2025



Sumber: Global AIDS Update, UNAIDS, 2021

Pengendalian HIV dan AIDS di Asia Pasifik cukup berhasil menurunkan infeksi baru HIV sampai dengan 31% sejak 2010 (2,1 juta) ke 1,5 juta di tahun 2020. Di regional Asia Pasifik juga terjadi peningkatan cakupan pengobatan ARV dari 54% pada tahun 2018 menjadi 64% pada tahun 2020. Kematian yang dikaitkan dengan AIDS diperkirakan menurun sampai 130.000 orang pada 2020 atau menurun dari 70.000 orang pada 2018.

Berdasarkan AEM, didapatkan angka insiden HIV tahun 2021 Indonesia adalah 0,13 per 1.000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV. Bila dibandingkan dengan target tahun 2021 yakni 0,21 per 1.000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV, maka insidensi HIV telah melebihi target yang telah ditetapkan dengan capaian kinerja 138%. 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. Bila dibandingkan dengan capaian tahun 2020, maka terjadi peningkatan capaian kinerja dari tahun 2020-2021, secara lengkap terlihat dalam grafik dibawah ini:



Sumber: Laporan Substansi HIV AIDS, 2021

Pada grafik diatas terlihat bahwa secara target artinya kita sudah mencapai target insiden sejak tahun 2020 dan sudah mencapai target tahun 2024 sehingga capaian tahun 2022-2024 akan berjalan on track dan melebihi target yang ditetapkan. Peningkatan capaian insidensi melebihi target yang telah ditetapkan 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 orang, sehingga menyebabkan angka insidensi menjadi rendah.

Situasi epidemi HIV AIDS di Indonesia sampai dengan bulan September tahun 2021 masih terkonsentrasi pada populasi kunci dengan penyebaran kasus HIV AIDS di 502 (97,66%) dari 514 kabupaten/kota di seluruh provinsi di Indonesia. Berdasarkan laporan perkembangan HIV AIDS Kementerian Kesehatan hingga September tahun 2021 diketahui bahwa jumlah kumulatif kasus HIV yang ditemukan sebesar 444.495 kasus, sedangkan jumlah kumulatif kasus AIDS sebanyak 133.603 orang.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target antara lain:

1. Orientasi Pelatihan Tes dan Pengobatan dengan dana APBN Pusat, termasuk juga orientasi tes dan pengobatan HIV AIDS dan PIMS yang juga dilakukan di 34 provinsi dengan anggaran dekonsentrasi.
2. Kegiatan Mentoring Program HIV AIDS dan PIMS di 514 Kab/Kota secara hybrid dan daring.
3. Kegiatan sosialisasi notifikasi pasangan dan anak termasuk kegiatan orientasi terkait notifikasi pasangan dan anak oleh provinsi dengan dana dekonsentrasi.
4. 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.
5. Rekomendasi dan sosialisasi penggunaan rejimen ARV terbaru sampai pencatatan dan pelaporannya dalam SIHA, yang dapat menekan virus HIV tersupresi lebih cepat dari paduan ARV lain.
6. Penguatan pendampingan ODHIV oleh pendukung sebaya (komunitas) maupun oleh kader kesehatan
7. Meningkatkan kerja sama lintas program dan lintas sektor dalam upaya pencegahan dan pengendalian penularan HIV.

Faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target adalah pelaksanaan kegiatan notifikasi pasangan di layanan, penggunaan rejimen obat ARV baru yaitu TLD (*Tenofovir, Lamivudine, Dolutegravir*), penerapan MMD (*multi month dispensing*) yaitu pemberian obat untuk lebih dari satu bulan pada kondisi pandemi Covid-19 sehingga mengurangi intensitas ODHIV ke layanan. ODHIV yang mendapatkan layanan MMD harus sesuai dengan kriteria untuk mencegah peluang ODHIV *lost to follow up*. Selain itu kegiatan penjangkauan populasi kunci dan pendampingan untuk ODHIV juga menjadi faktor pendukung keberhasilan pencapaian penurunan insiden HIV di Indonesia.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah jumlah ODHIV *loss to follow up* (LFU) yang tinggi yaitu 13% di tahun 2021, capaian ODHIV dalam pengobatan (ODHIV on ART) masih belum mencapai target, jumlah ODHA on ART yang periksa viral load masih rendah. Hal-hal tersebut diatas, secara langsung dan tidak langsung mempengaruhi capaian insiden di Indonesia.

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

1. Penelusuran ODHA *loss to follow up* (LFU) oleh kader dan penjangkau di komunitas atau LSM yang ada.
2. Peningkatan kegiatan penjangkauan dan tes pada populasi kunci.
3. Peningkatan layanan informasi, edukasi, dan konseling HIV pada seluruh lapisan masyarakat
4. Penguatan kegiatan PrEP (*Pre Exposure Prophylaxis*) yang sudah disosialisasikan pada beberapa provinsi tahun 2021.

3. Meningkatkan eliminasi malaria

Tujuan program malaria di Indonesia adalah untuk mencapai eliminasi malaria yang ditegaskan melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor. 293/Menkes/SK/IV/2009 tanggal 28 April 2009 tentang Eliminasi Malaria di Indonesia dan Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor. 443.41/465/SJ tanggal 8 Februari 2010 kepada seluruh Gubernur dan Bupati/Walikota tentang Pedoman Pelaksanaan Program Eliminasi Malaria di Indonesia yang harus dicapai secara bertahap mulai dari tahun 2010 sampai seluruh wilayah Indonesia bebas malaria selambat-lambatnya tahun 2030. Hal tersebut juga telah disepakati oleh Presiden Republik Indonesia Joko Widodo bersama kepala negara lainnya di kawasan Asia-Pasifik dalam acara East Asia Summit yang ke-9 di Myanmar. Untuk mencapai tujuan tersebut eliminasi malaria adalah suatu upaya untuk menghentikan penularan malaria setempat dalam satu wilayah geografi tertentu, dan bukan berarti tidak ada kasus malaria impor serta sudah tidak ada vektor di wilayah tersebut, sehingga tetap dibutuhkan kegiatan kewaspadaan untuk mencegah penularan kembali. Kabupaten/kota yang telah memenuhi persyaratan dasar eliminasi malaria harus mengirimkan surat pengajuan penilaian eliminasi kepada Subdit Malaria Ditjen P2P, kemudian tim penilai eliminasi yang terdiri dari Subdit Malaria dan para ahli malaria akan menilai kabupaten/kota tersebut menggunakan *tools* yang telah dibuat dengan kriteria utama:

1. Annual Paracite Incidence (API) kurang dari 1 Per 1000 penduduk.
2. Positivity Rate < 5%.
3. Tidak ada penularan setempat malaria selama tiga tahun berturut-turut.

Selain itu dilakukan penilaian berdasarkan kriteria lainnya yaitu:

1. Pelaksanaan penemuan dan tatalaksana kasus malaria
2. Pencegahan dan penanggulangan faktor risiko
3. Surveilans dan penanggulangan KLB
4. Peningkatan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE)

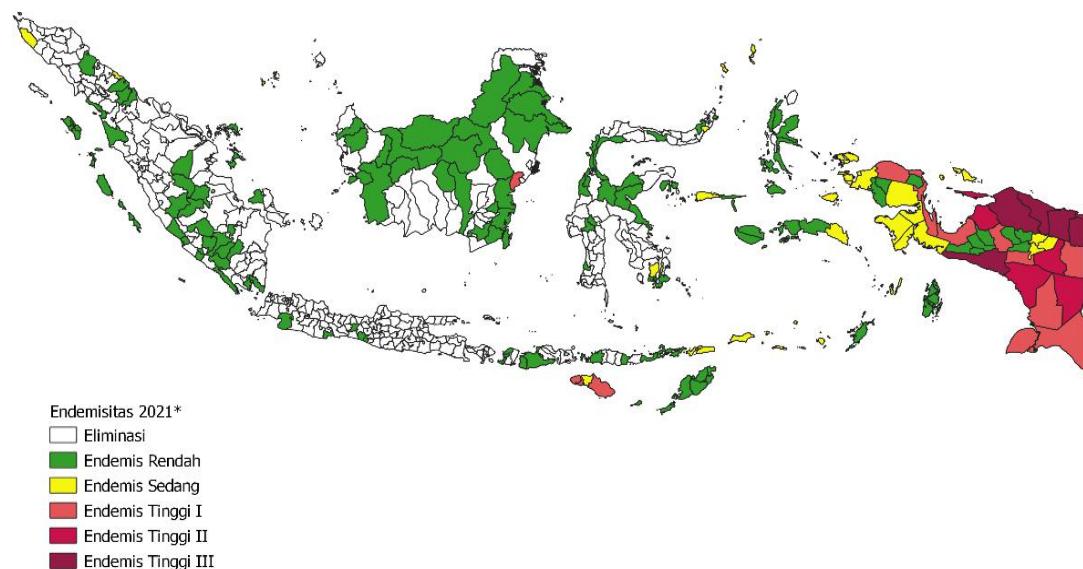
5. Peningkatan sumber daya manusia
6. Komitmen pemerintah daerah

Setelah dilakukan penilaian maka tim penilai akan mengajukan rekomendasi hasil penilaian tersebut di dalam rapat komisi eliminasi malaria, apabila disetujui maka komisi akan mengusulkan kepada Menteri Kesehatan untuk diberikan sertifikat eliminasi malaria pada kabupaten tersebut.

Definisi operasional indikator Eliminasi Malaria adalah suatu daerah yang memenuhi tiga kriteria utama yaitu API kurang dari 1 Per 1000 penduduk, *Positivity Rate* $\leq 5\%$ dan tidak ada penularan setempat malaria selama tiga tahun berturut-turut serta memenuhi beberapa persyaratan lainnya. Kemudian bukan berarti tidak ada kasus malaria impor serta sudah tidak ada vektor malaria di wilayah tersebut sehingga tetap dibutuhkan kewaspadaan untuk mempertahankan status bebas malaria.

Secara kumulatif pada tahun 2021 terdapat 476 kabupaten/kota dengan API $< 1\%$, dimana sekitar 85% penduduk Indonesia berada di wilayah bebas malaria, sedangkan 3 Provinsi masih berada pada daerah dengan endemisitas tinggi seperti digambarkan berikut ini:

Gambar 3.24
Peta Endemisitas Malaria di Indonesia Tahun 2021



Dalam rangka percepatan eliminasi malaria, selama pandemi Covid-19, telah dilakukan pertemuan virtual terhadap hasil self asesmen eliminasi untuk >40 Kabupaten/Kota, yang kemudian ditindaklanjuti dengan kegiatan uji petik guna melakukan validasi terhadap data dukung terhadap kabupaten/kota yang dianggap sudah memenuhi syarat dan diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 3.16
Capaian Penduduk Berdasarkan Endemisitas 2021

No	Endemisitas	Penduduk 2021		Kab/Kota 2021	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Eliminasi (Bebas Malaria)	232.867.904	85,5%	347	68%
2	Endemis Rendah (API < 1)	34.224.762	12,5%	129	25%
3	Endemis Sedang (API 1-5)	2.503.577	1 %	16	3%
4	Endemis Tinggi (API > 5)	2.652.211	1%	22	4%
Total		272.248.454	100%	514	100%

Sumber data : Laporan Substansi Malaria, 2021

Kabupaten/kota yang telah mencapai eliminasi malaria pada tahun 2021 yaitu sebanyak 347 kabupaten/kota dari target yang ditentukan sebesar 345 kab/kota atau pencapaian kinerja sebesar 100,6%. Berikut jumlah Kab/Kota yang telah eliminasi di 34 Provinsi di Indonesia.

Tabel 3.17
Jumlah Kab/Kota dengan Eliminasi Malaria sampai tahun 2021

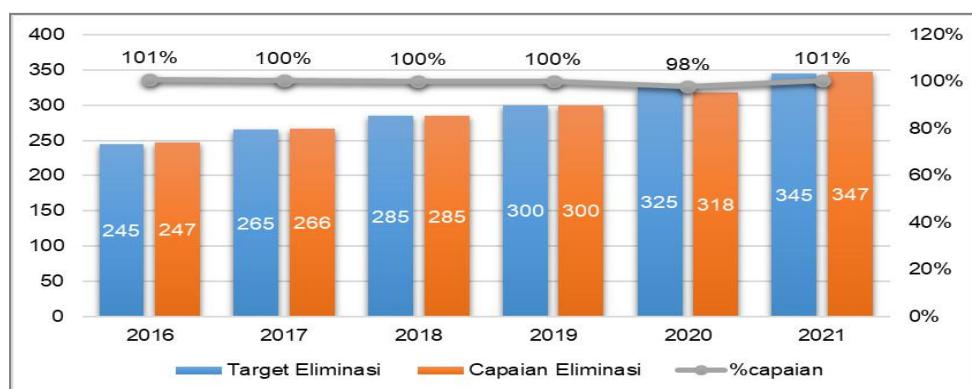
No	Provinsi	Jumlah Kab/Kota	Jumlah Kab/Kota Eliminasi	%
1	DKI Jakarta	6	6	100%
2	Jawa Timur	38	38	100%
3	Banten	8	8	100%
4	Bali	9	9	100%
5	Jawa Barat	27	26	96%
6	Aceh	23	22	96%
7	Sumatera Barat	19	18	95%
8	Jawa Tengah	35	33	94%
9	Riau	12	11	92%
10	Sulawesi Selatan	24	21	88%
11	Kepulauan Bangka Belitung	7	6	86%
12	Gorontalo	6	5	83%
13	Sulawesi Barat	6	5	83%
14	DI Yogyakarta	5	4	80%
15	Kalimantan Tengah	14	11	79%
16	Lampung	15	11	73%
17	Sulawesi Tenggara	17	12	71%
18	Bengkulu	10	7	70%

No	Provinsi	Jumlah Kab/Kota	Jumlah Kab/Kota Eliminasi	%
19	Kalimantan Selatan	13	9	69%
20	Sumatera Selatan	17	11	65%
21	Sumatera Utara	33	21	64%
22	Jambi	11	7	64%
23	Nusa Tenggara Barat	10	6	60%
24	Kalimantan Utara	5	3	60%
25	Kep. Riau	7	4	57%
26	Sulawesi Utara	15	8	53%
27	Sulawesi Tengah	13	6	46%
28	Kalimantan Barat	14	6	43%
29	Kalimantan Timur	10	4	40%
30	Maluku Utara	10	4	40%
31	Nusa Tenggara Timur	22	5	23%
32	Maluku	11	0	0%
33	Papua Barat	13	0	0%
34	Papua	29	0	0%
TOTAL		514	347	67.5%

Sumber data : Laporan Substansi Malaria, 2021

Berdasarkan tabel diatas, sebanyak 67,5% kabupaten/kota di Indonesia telah mencapai eliminasi malaria dengan persentase terbanyak pada Provinsi DKI Jakarta, Bali, Jawa Timur dan Banten dimana seluruh kabupaten/kotanya telah bebas malaria (100%). Pada tahun 2021 terdapat penambahan satu Provinsi yang seluruh kabupaten/Kota nya telah mencapai tahap eliminasi malaria yaitu Provinsi Banten. Eliminasi malaria di Kabupaten Lebak dan Pandeglang pada tahun 2021 menjadikan total seluruh Kabupaten Kota di Provinsi Banten telah mencapai eliminasi malaria (100%).

Grafik 3.29
Capaian Eliminasi Malaria di Indonesia tahun 2016-2021

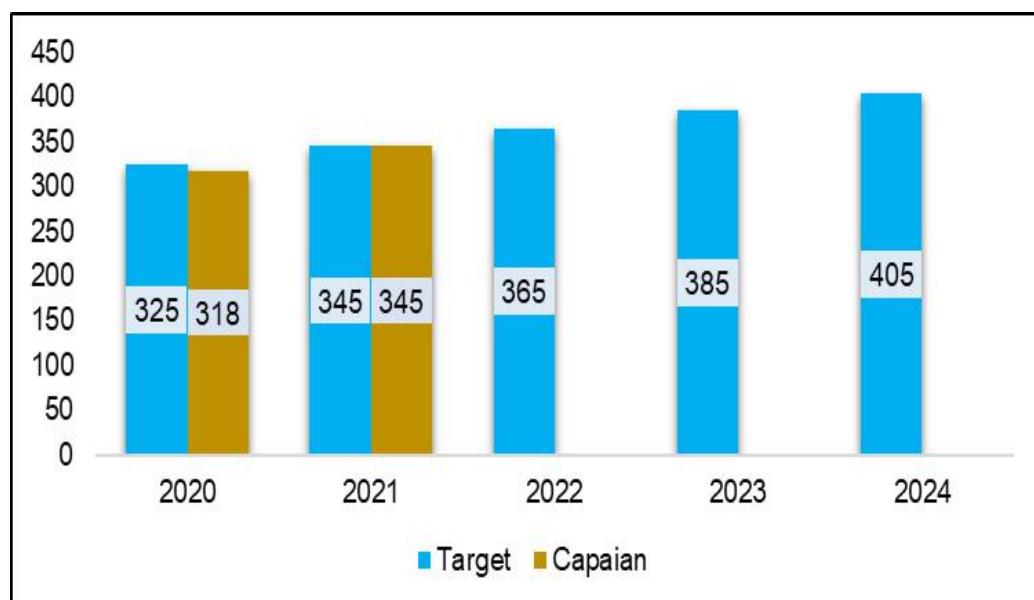


Sumber data : Laporan Substansi Malaria, 2021

Tren capaian eliminasi Malaria digambarkan pada grafik diatas dimana terjadi peningkatan capaian realisasi jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria yakni sebanyak 285 Kab/Kota pada tahun 2018, menjadi 300 Kab/Kota pada tahun 2019, mencapai 318 Kab/Kota pada tahun 2020 dan 347 Kab/Kota pada akhir tahun 2021. Penambahan jumlah Kab/Kota yang mencapai eliminasi malaria pada tahun 2021 berasal dari 16 Kabupaten/Kota yaitu 1 Kab/Kota di Provinsi Jawa Barat, 1 Kab/Kota di Provinsi Aceh, 1 Kab/Kota di Provinsi Sumatera Barat, 1 Kab/Kota di Provinsi Riau, 2 Kab/Kota di Provinsi Banten, 1 Kab/Kota di Provinsi Sulawesi Tenggara, 2 Kab/Kota di Provinsi Kalimantan Selatan, 2 Kab/Kota di Provinsi Sumatera Selatan, 1 Kab/Kota di Provinsi Kepulauan Riau, 3 Kab/Kota di Provinsi Bengkulu, 3 Kab/Kota di Provinsi Gorontalo, 3 Kab/Kota di Provinsi NTB, 1 Kab/Kota di Provinsi Kalimantan Timur, 2 Kab/Kota di Provinsi Kalimantan Barat, 3 Kab/Kota di Provinsi Maluku Utara, 2 Kab/Kota di Provinsi NTT. Terdapat penambahan kabupaten/kota eliminasi malaria sebanyak 29 Kabupaten/Kota dari 27 kabupaten/kota yang ditargetkan pada tahun 2021.

Capaian indikator pada tahun 2020 yakni 98% meningkat menjadi 100,6% pada tahun 2021, sehingga bila dibandingkan dengan target jangka menengah tahun 2022 dan jangka akhir tahun 2024 maka capaian indikator Jumlah Kabupaten/kota yang telah mencapai eliminasi malaria akan berjalan on track pada tahun 2022-2024, seperti dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.30
Target dan Capaian Eliminasi Malaria 2020-2024



Sumber data : Laporan Substansi Malaria, 2021

Dari tahun 2000 sampai 2020, sebanyak 23 negara selama 3 tahun berturut-turut mencapai nol kasus malaria indigenous dan 12 dari negara-negara tersebut telah disertifikasi bebas malaria oleh WHO. Sertifikasi bebas malaria diberikan oleh WHO pada suatu negara dimana penularan malaria dalam negeri telah terputus selama 3

tahun berturut-turut. Pada tahun 2021, negara China dan El Salvador telah disertifikasi bebas malaria. Di wilayah Asia Tenggara negara yang telah dinyatakan bebas malaria adalah Maladewa pada tahun 2015 dan Sri Lanka yang telah disertifikasi bebas malaria pada tahun 2016 sedangkan Bhutan dan Indonesia belum mendapat sertifikat bebas malaria. Sembilan dari sebelas negara WHO di Wilayah Asia Tenggara adalah endemis malaria, terhitung 38% kasus malaria global terdapat di wilayah Afrika termasuk Asia Tenggara. Pada tahun 2020, wilayah Asia Tenggara memiliki 5 juta perkiraan kasus. Semua negara telah memenuhi target Global Technical Strategy (GTS) 2020 yaitu terdapat pengurangan kasus lebih dari 40% pada tahun 2020 dibandingkan dengan kasus tahun 2015, kecuali Bhutan dan Indonesia, dimana kejadian kasus berkurang masing-masing sebesar 39% dan 35%.-

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target 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 2021, antara lain:

- a. Pelatihan Jarak Jauh Mikroskopis Malaria bagi Tenaga Uji Silang Kab/Kota.
- b. Virtual Learning Microscopis Malaria bagi Tenaga Uji Silang Kab/Kota (Batch 1)
- c. Kegiatan Pembuatan Bahan PME Mikroskopis Malaria Tahun 2021 di Kab Jayapura.
- d. Workshop Mikroskopis Malaria Fasyankes.

Gambar. 3.25
Workshop Mikroskopis Malaria Fasyankes



- e. *E Learning E Coaching* Diagnostik Malaria Bagi Tenaga ATLM (Ahli Teknologi Laboratorium Medik), sebanyak 3 angkatan.
 - f. Pelatihan Jarak Jauh Mikroskopis Malaria Bagi Tenaga Uji Silang Kabupaten/Kota sebanyak 2 angkatan.
 - g. Evaluasi Juknis Jejaring dan Pemantapan Mutu Laboratorium Pemeriksa Malaria di Kab. Bintuni Prov Papua Barat dan Kab. Bengkulu Selatan Prov. Bengkulu.
 - h. Pemantauan Kualitas RDT (Uji Rutin) di Kab. Sumba Barat, NTT dan Kab. Asmat, Papua.
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 terkini sesuai dengan perkembangan terkini dan hasil riset mutakhir. Adapun penggunaan ACT harus berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium, hal tersebut merupakan salah satu upaya mencegah terjadinya resistensi.

Dalam rangka mendapatkan data efikasi obat anti malaria yang sah, akurat, dan dapat dipercaya, perlu dillaksanakan kegiatan untuk memonitoring efikasi DHP ini yang telah digunakan di Indonesia lebih dari 10 tahun. B/BTKLPP di seluruh Indonesia pada tahun ini telah melaksanakan kegiatan monitoring efikasi DHP di lokasi wilayah kerja masing-masing secara sentinel, dengan tujuan untuk memperoleh data efikasi DHP di seluruh Indonesia. Kegiatan ini harus berkelanjutan untuk tetap dillaksanakan sebagai surveilans rutin untuk

mendapatkan data tentang efikasi DHP di Indonesia selain dari peneliti-peneliti yang direkomendasikan oleh WHO dan Program.

Selain itu juga diperlukan adanya petunjuk teknis *Integrated Drug Efficacy Survey* (Ides) yang dapat menjadi acuan dalam melaksanakan kegiatan. Data efikasi ini berguna selain untuk mengetahui status efikasi obat anti malaria yang digunakan tetapi juga sebagai bahan untuk perbaikan dan pengembangan kebijakan pengobatan sehingga dapat dikembangkan dan diperbaharui pedoman pengobatan malaria nasional. Salah satu pilar untuk mencapai eliminasi malaria adalah menjamin universal akses dalam pencegahan, diagnosis dan pengobatan, sehingga diperlukan keterlibatan semua sektor terkait termasuk swasta. Berikut beberapa kegiatan yang telah dilakukan dalam mendukung kualitas tatalaksana malaria tahun 2021 yaitu:

- a. Pertemuan Penyusunan Juknis IDES Monitoring Efikasi Artemisinin
 - b. Pertemuan Penyusunan Juknis Surveilans Efikasi Obat Terintegrasi (Integrated Drug Efficacy Survey Ides)
 - c. Pertemuan orientasi pelayanan terpadu malaria dengan kesehatan maternal dan neonatal.
 - d. Supervisi pendampingan diagnosis dan tatalaksana malaria di Provinsi Riau, Papua dan Bangka Belitung.
 - e. Bimtek Diagnosis dan Tatalaksana Malaria di Kota Depok, Kab. Tebo dan Kab. Malinau.
 - f. Supervisi dalam rangka Pertemuan pembentukan kelompok kerja tatalaksana kasus malaria di Provinsi NTB, Sumatera Utara dan Nusa Tenggara Timur.
 - g. Supervisi kegiatan evaluasi kemitraan pemerintah & swasta dalam rangka tatalaksana kasus malaria di Provinsi Kalimantan Selatan, Jawa Tengah, Sulawesi Tenggara, Jawa Barat, Jawa Timur dan Bali.
 - h. Supervisi dalam rangka workshop tatalaksana di Provinsi Lampung.
3. Surveilans Malaria, Sistem Informasi dan Monitoring Evaluasi

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

Sistem informasi malaria yang disebut SISMAL V2 mulai disosialisasikan pada Tahun 2018 dan sepenuhnya digunakan pada Tahun 2019. Sebanyak 9.155 fasyankes telah melaporkan data malaria melalui SISMAL V2 pada Tahun 2019. Inputan data SISMAL V2 di fasyankes menggunakan excel sehingga beberapa kendala masih

ditemui seperti sulitnya melakukan validasi data selain itu Pusdatin telah mengembangkan ASDK (Aplikasi Satu Data Kesehatan) dengan menggunakan platform DHIS2. Untuk memudahkan interoperabilitas data dengan data yang lainnya maka migrasi SISMAL V2 ke SISMAL V3 menggunakan DHIS2 perlu dilaksanakan workshop pengembangan Esismal versi 3.

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

- a. Pertemuan Workshop Pengembangan E Sismal Versi 3.
- b. Pertemuan Validasi Data Serta Monitoring Kegiatan Dan Capaian Program Malaria.
- c. Pertemuan Sidang Penilaian Eliminasi Malaria.
- d. Sidang Penilaian Eliminasi Malaria
- e. Supervisi Monitoring dan Evaluasi program malaria di Kab.Tasikmalaya, Provinsi Papua Barat, Maluku Utara, Provinsi Sumatera Utara, Provinsi Sumatera Barat Kota Solok, Provinsi Sumatera Selatan, Provinsi Bengkulu, Provinsi Jambi, Kab. Teluk Wondama dan Provinsi Papua Barat.
- f. Supervisi dalam rangka investigasi dan penanggulangan KLB malaria di Kab. Sumba Barat Daya.
- g. Supervisi dalam rangka investigasi dan penanggulangan KLB malaria di Pulau USU Provinsi NTT dan Supervisi Pendampingan Surveilans dan Faktor Malaria di Papua.
- h. Pendampingan Surveilans dan Faktor Resiko Malaria di Kab. Sukabumi dan di Kab. Sumba Barat Prov. NTT.
- i. Assesment Peningkatan Kasus dan SKD/KLB Malaria di Purworejo.
- j. Pendampingan Surveilans dan Faktor Risiko Malaria di Suku Anak Dalam Jambi dan di Kab. Minahasa Selatan.
- k. Pertemuan Monev Tingkat Nasional Program Malaria Tahun 2021, Monev Regional KTI, Pertemuan monev program malaria regional Jawa Bali di Solo, Pertemuan monev program malaria tahun 2021 regional tengah dan Pertemuan monev meeting regional barat di hotel

Gambar 3.26
Pertemuan Monitoring Evaluasi di Papua Barat



- I. Reviu Manajemen Program Malaria.
 - m. Pemantauan kesiapan Logistik untuk Surveilans Migrasi di Bali
 - n. Peningkatan Kapasitas Bagi Petugas Data Malaria di Lingkungan P2PTVZ secara virtual.
 - o. Peningkatan Kapasitas Analisis Data Bagi Pengelola Data Malaria di Provinsi Virtual
4. Pengendalian Vektor Malaria
- Sampai saat ini nyamuk Anopheles telah dikonfirmasi menjadi vektor malaria di Indonesia sebanyak 25 jenis (species). Jenis intervensi pengendalian vektor malaria dapat dilakukan dengan berbagai cara antara lain memakai kelambu berinsektisida (LLINs = *Long lasting insecticide nets*), melakukan penyemprotan dinding rumah dengan insektisida (IRS = *Indoor Residual Spraying*), melakukan *larviciding*, melakukan penebaran ikan pemakan larva, dan pengelolaan lingkungan. Penggunaan kelambu berinsektisida merupakan cara perlindungan dari gigitan nyamuk anopheles. pembagian kelambu ke masyarakat dilakukan dengan 2 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 kegiatan tersebut, pembagian kelambu juga dilakukan pada daerah yang terkena bencana. Berikut beberapa kegiatan yang telah dilakukan dalam mendukung kegiatan pengendalian vektor malaria:
- a. Pertemuan Persiapan Kelambu Massal dan Kelambu Massal Fokus Periode Tahun 2022.
 - b. Pertemuan Training Durabilitas dan Efikasi Kelambu Malaria di Kabupaten Jayapura.
 - c. Monitoring Evaluasi Physical Durability & Efficacy LLINS di Papua.
 - d. Monev perencanaan dan Logistik malaria di kab. Lampung Selatan Provinsi Lampung.
 - e. Monev perencanaan, keuangan dan logistik malaria di Provinsi Kalimantan Barat.
5. Promosi, Advokasi dan kemitraan dalam upaya pengendalian malaria

Sosialisasi pentingnya upaya pengendalian malaria merupakan hal yang penting dengan sasaran meliputi pengambil kebijakan, pelaksana teknis dan masyarakat luas. Komunikasi, Informasi dan edukasi (KIE) kepada masyarakat luas dilakukan dengan membuat Iklan Layanan Masyarakat (ILM) mengenai Malaria. Beberapa kegiatan selama Tahun 2021 dalam mendukung promosi, advokasi dan kemitraan dalam upaya pengendalian malaria yakni:

- a. Supervisi Advokasi Strategi Komunikasi di Kab. Maluku Tengah
- b. Supervisi Strategi Komunikasi Untuk Surveilans Migrasi Pelaksanaan PON ke Papua.

- c. Survei KAP Penggunaan Kelambu Anti Nyamuk di Kab. Batubara Tanggal dan Kab. Mappi Prov. Papua.
- d. Pertemuan Reorientasi Eliminasi Malaria.
- e. Persiapan Pertemuan APLMA-APMEN.
- f. Supervisi Pemantauan Implementasi Kader Malaria di Papua.
- g. Supervisi Persiapan Pembentukan Kader Malaria di Komunitas Populasi Khusus di Provinsi Babel.
- h. Supervisi Pertemuan Koordinasi LS/LP di Populasi Khusus Prov. Bengkulu.
- i. Pemantauan Implementasi Kader Malaria di Kabupaten Sumba Barat Daya Provinsi Nusa Tenggara Timur.
- j. Monev On Site Pembinaan Pelaksanaan Pengaktifan Kader Malaria di Kab. Sumba Timur Provinsi Nusa Tenggara Timur
- k. Workshop dan Lomba Video Dokumenter
- l. Lomba Fotografi Promkes Malaria
- m. IG Live Promosi Kesehatan dengan Tema “Ternyata Malaria Masih Ada, Mari Mengenal Malaria”
- n. Puncak Hari Malaria Sedunia

Gambar 3.27
Puncak Hari Malaria Sedunia di Kementerian Kesehatan



Beberapa faktor penghambat pencapaian target antara lain:

- 1) Disparitas angka kejadian malaria antara wilayah Kawasan Timur Indonesia khususnya Papua dengan wilayah lainnya.
- 2) Akses dan cakupan layanan baik Rumah Sakit, klinik, DPS pada remote area masih belum memadai.
- 3) Pengendalian resistensi Obat Anti Malaria (OAM) dengan prinsip *one gate policy*, *reserve drug policy* dan *free market control* belum optimal.
- 4) Rujukan layanan dan jejaring tatalaksana belum optimal.
- 5) Manajemen ketersediaan OAM belum optimal.
- 6) Pengawasan penggunaan kelambu masih kurang adekuat, daerah belum melakukan pengawasan penggunaan kelambu.
- 7) Didaerah endemis rendah banyak terdapat daerah fokus malaria yang sulit (tambang liar, *illegal logging*, perkebunan *illegal*, tambak terbengkelai)

- 8) Ketepatan dan kelengkapan pelaporan yang belum optimal.
- 9) Belum semua daerah pembebasan dan pemeliharaan mempunyai pemetaan daerah focus.
- 10) Pembatasan kegiatan fisik dan aturan di beberapa wilayah pada masa pandemi covid 19.
- 11) Turn off petugas malaria di daerah.
- 12) Masih banyak kabupaten/kota stagnan endemis rendah.
- 13) Peningkatan kasus malaria malaria di beberapa kabupaten/kota kurang berjalanya kegiatan surveilans migrasi malaria di daerah endemis rendah dan tahap pemeliharaan.

Indikator Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria pada tahun 2021 telah melebihi target yang ditetapkan yakni sebanyak 347 Kab/Kota dari target 345 Kab/Kota, faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target antara lain:

1. Adanya inovasi pelaksanaan assessment eliminasi malaria di kabupaten/kota secara blended (daring dan luring). Dimulai assessment secara virtual untuk memvalidasi data secara virtual dan rencana tindak lanjut yang dilakukan sebelum dilakukan assessment/uji petik ke lapangan.
2. Percepatan eliminasi malaria di kabupaten/kota stagnan endemis rendah dengan melibatkan lintas sector/lintas program serta advokasi pada pemegang kebijakan.
3. Validasi data yang dilakukan secara berjenjang dari tingkat fasyankes samoai pusat.
4. Pendampingan intensif yang di bantu oleh NGO di kabupaten/kota stagnan endemis rendah.
5. Pelibatan masyarakat untuk dijadikan kader malaria di daerah endemis.

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

- 1) Peningkatan akses layanan malaria yang bermutu.
 - Desentralisasi pelaksanaan program oleh Kab/kota.
 - Integrasi 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* layanan malaria.
- 2) Pencegahan dan pengendalian vektor terpadu.
- 3) Intervensi kombinasi (LLIN, IRS, Larvasida, pengelolaan lingkungan, personal protection, profilaksis) dengan berbasis bukti melalui pendekatan kolaboratif.
- 4) Sosialisasi penggunaan dana yang bisa dimanfaatkan untuk pencegahan dan pengendalian malaria baik Dana Dekonsentrasi, DAK non fisik, APBD, NGO/Swasta, Dana Desa, dan Dana Kapitasi.
- 5) 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.

- 6) Peningkatan akses layanan malaria pada daerah sulit dan populasi khusus seperti penambang illegal, pekerja pembalakan liar, perkebunan illegal dan suku asli yang hidup di hutan.
- 7) Membuat surat edaran menteri untuk Bupati di wilayah-wilayah tersebut, membuat permodelan penanggulangan malaria di daerah *outdoor transmission* dengan adanya *mobile migrant population*.
- 8) Integrasi ke layanan kesehatan dasar (MTBS).
- 9) Diagnosis Malaria terkonfirmasi mikroskop atau uji reaksi cepat dengan RDT
- 10) Penguatan sistem informasi strategis (sismal versi 3) dan penelitian operasional untuk menunjang basis bukti program.
- 11) Surat Edaran terkait protokol layanan malaria dalam masa pandemic COVID-19.
- 12) Peningkatan surveilans migrasi dan PE 1-2-5 terutama di daerah endemis rendah dan eliminasi.

4. Kabupaten/Kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap.

Imunisasi merupakan upaya untuk menimbulkan/ meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit sehingga apabila suatu saat terpajang dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan. Pemberian imunisasi tidak hanya memberikan kekebalan spesifik pada individu yang bersangkutan, tetapi juga dapat membentuk kekebalan kelompok (*herd immunity*). Kekebalan kelompok di suatu daerah (dalam hal ini kabupaten/kota) dapat terbentuk apabila cakupan imunisasi tinggi dan merata. Indikator yang digunakan untuk mengukur hal tersebut adalah cakupan imunisasi dasar lengkap pada bayi, dimana minimal 80% sasaran bayi yang ada di daerah tersebut sudah mendapatkan imunisasi dasar secara lengkap. Indikator persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap anak usia 0-11 bulan merupakan indikator yang memberikan gambaran seberapa besar tingkat kekebalan kelompok di setiap kabupaten/kota. Dengan 80% sasaran bayi yang mendapatkan imunisasi dasar secara lengkap, maka 20% sasaran bayi lainnya di daerah tersebut juga turut terlindungi.

Definisi operasional indikator Kab/Kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap adalah persentase kabupaten/kota dengan 80% jumlah bayi usia 0-11 bulan yang berada di kabupaten/kota tersebut telah mendapat imunisasi dasar lengkap meliputi 1 dosis Hepatitis B pd usia 0-7 hari, 1 dosis BCG, 4 dosis Polio tetes dan 1 dosis IPV, 3 dosis DPT-HB-Hib, serta 1 dosis MR selama kurun waktu 1 tahun.

Cara perhitungan indikator adalah dengan rumus jumlah kabupaten/kota yang mencapai cakupan imunisasi dasar lengkap $\geq 80\%$ dibagi jumlah kabupaten/kota di seluruh Indonesia pada tahun yang sama dikali 100%.

Rumus :

$$\% \text{ K80\% IDL} = \frac{\sum \text{ K80\% IDL}}{\sum \text{ KK}} \times 100\%$$

Keterangan:

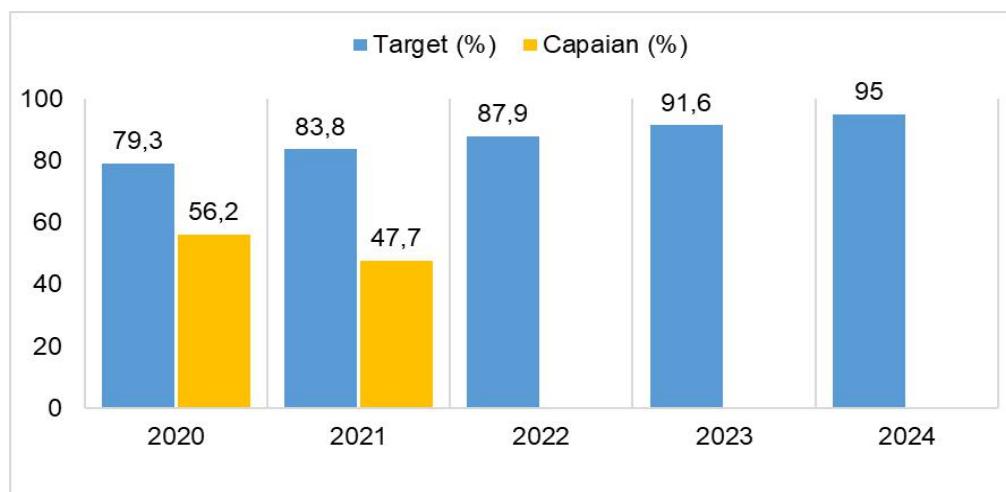
% K80% IDL : Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap anak usia 0-11 bulan

Σ K80% IDL : Jumlah kabupaten/kota yang mencapai cakupan imunisasi dasar lengkap $\geq 80\%$

Σ KK : Jumlah seluruh kabupaten/kota pada tahun yang sama

Berdasarkan data s.d 24 Januari 2022, persentase kabupaten/kota dengan 80% bayi usia 0-11 bulan sudah mendapatkan imunisasi dasar lengkap sebesar 47,7% (245 kabupaten/kota) dari target 83,8% (431 kabupaten/kota), sehingga capaian kinerja tahun 2020 sebesar 56,9%.

Grafik. 3.31
Target dan Capaian
Persentase Kab/Kota yang mencapai 80% IDL anak usia 0-11 bulan
Tahun 2020-2024



Sumber data : Laporan Subdit Imunisasi Tahun 2021

Dari grafik diatas terlihat bahwa capaian indikator tahun 2020 dan 2021 tidak berjalan sesuai dengan yang ditargetkan karena adanya pandemi COVID-19 sehingga bila melihat tren 2 tahun terakhir dan masih adanya pandemi COVID maka harus dilakukan akselerasi percepatan pencapaian sehingga diharapkan target tahun 2022 - 2024 berjalan sesuai target.

Bila dibandingkan capaian tahun 2018-2021 seperti digambarkan pada grafik dibawah ini, capaian indikator persentase Kab/Kota yang mencapai 80% IDL terlihat bahwa terjadi penurunan capaian setiap tahunnya. Capaian pada tahun 2021 lebih rendah dibandingkan tahun 2018-2020. Pada tahun 2018 sebanyak 72,8% (374 kabupaten/kota) telah mencapai target untuk memenuhi minimal 80% sasaran bayi usia

0-11 bulan mendapatkan imunisasi dasar lengkap dari target 90%, sehingga capaian kinerja tahun 2018 sebesar 81%. Pada tahun 2019, sebanyak 73,5% (378 kabupaten/kota) telah mencapai target untuk memenuhi minimal 80% sasaran bayi usia 0-11 bulan mendapatkan imunisasi dasar lengkap dari target 95%, sehingga capaian kinerja tahun 2019 sebesar 77%. Dan pada tahun 2020 terdapat 56,2% (289 kabupaten/kota) telah mencapai target untuk memenuhi minimal 80% sasaran bayi usia 0-11 bulan mendapatkan imunisasi dasar lengkap dari target 79,3% (401 kabupaten/kota), sehingga capaian kinerja tahun 2020 hanya sebesar 70,9%. Secara lengkap dalam grafik berikut ini:

Grafik 3.32
Target dan Capaian
Persentase Kab/Kota yang mencapai 80% IDL anak usia 0-11 bulan
Tahun 2018-2021



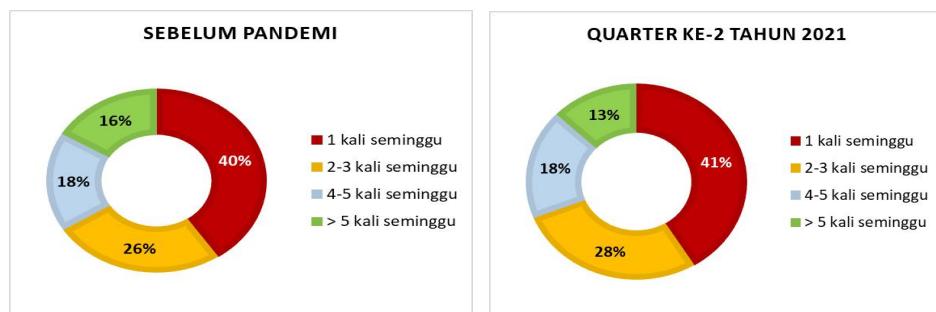
Sumber data : Laporan Substansi Imunisasi Tahun 2021

Indikator persentase kabupaten/kota dengan 80% bayi usia 0-11 bulan sudah mendapatkan imunisasi dasar lengkap tidak mencapai target yang ditentukan. Data capaian yang digunakan untuk indikator tersebut belum final, yaitu data s.d 24 Januari 2022. Provinsi dan Kabupaten/Kota masih melakukan validasi dan verifikasi data cakupan imunisasi secara berjenjang sampai dengan tingkat pelayanan. Data capaian indikator yang disampaikan saat ini dapat *ter-update* kembali dan masih dalam proses penyempurnaan.

Indikator tidak dapat mencapai target yang ditentukan karena adanya pandemi COVID-19. Terjadinya pandemi COVID-19 menyebabkan penurunan jumlah pelayanan imunisasi rutin, baik karena adanya kebijakan dari pemerintah daerah setempat atau karena sebagian besar SDM kesehatan terfokus untuk pelaksanaan kegiatan vaksinasi COVID-19. Berdasarkan hasil *quarterly survey* periode ke-2 tahun 2021 yang dilakukan oleh Unicef bersama dengan Kementerian Kesehatan, diketahui bahwa ada penurunan

jumlah pelayanan imunisasi rutin, baik yang dilakukan di puskesmas maupun di puskesmas pembantu dan posyandu seperti yang digambarkan pada grafik berikut ini:

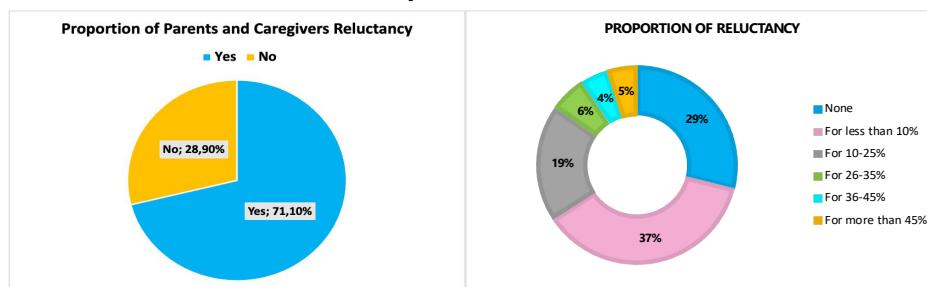
Grafik 3.33
Perbandingan Jumlah Pelayanan Imunisasi Rutin di Puskesmas antara Sebelum Pandemi COVID-19 dengan Quarter ke-2 Tahun 2021



Sumber data : *Quarterly survey*, UNICEF

Adanya pandemi COVID-19 juga menimbulkan kekhawatiran orang tua untuk membawa anaknya ke pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan imunisasi, sehingga kunjungan untuk imunisasi pun menurun. Adanya kekhawatiran orang tua/ pengasuh ini tidak terpengaruh oleh status zonasi COVID-19 daerahnya. *Quarterly survey* yang dilakukan Unicef bersama Kementerian Kesehatan salah satunya melihat mengenai ada tidaknya penolakan orang tua dan pengasuh terhadap pelayanan imunisasi selama masa pandemi COVID-19. Berdasarkan hasil survei yang dilakukan pada kuartal ke-4 dapat dilihat bahwa persentase orang tua/ pengasuh yang keberatan membawa anaknya untuk diimunisasi pada masa pandemi berdasarkan pemahaman responden masih cukup tinggi.

Grafik 3.34
Persentase Penolakan Orang Tua/Pengasuh Membawa Anaknya untuk Diimunisasi



Sumber data : *Quarterly survey*, UNICEF

Dari gambar di atas dapat dilihat bahwa pada kuartal ke-4 tahun 2021 masih ada 71,1% responden yang menyatakan adanya penolakan dari orang tua/ pengasuh untuk membawa anaknya ke pelayanan imunisasi. Besarnya penolakan dari orang tua/ pengasuh beragam, paling besar berkisar antara <10% dan 10-25%. Ada 37% responden yang menyatakan penolakan dari orang tua/ pengasuh <10% dan ada 19% responden yang menyatakan penolakan orang tua/ pengasuh antara 10-25%. Meskipun sebagian

besar penolakan dari orang tua/ pengasuh tidak lebih dari 25% di setiap wilayah, tetapi jumlah ini sangat mempengaruhi capaian cakupan imunisasi. Selain itu, hal lain yang juga sangat berpengaruh terhadap tidak tercapainya indikator adalah terjadinya kekosongan beberapa jenis vaksin imunisasi rutin yaitu vaksin BCG, DPT-HB-Hib dan IPV, dimana vaksin tersebut merupakan bagian dari imunisasi dasar lengkap.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target antara lain:

- 1) Melakukan penyusunan Keputusan Menteri Kesehatan tentang petunjuk teknis pelayanan imunisasi pada masa pandemi COVID-19. Penyusunan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Petunjuk Teknis Pelayanan Imunisasi pada Masa Pandemi COVID-19 merupakan pengembangan dan tindak lanjut dari upaya penyusunan pedoman atau panduan pelaksanaan imunisasi pada masa pandemi COVID-19, dimana sebelumnya dibuat dalam bentuk buku petunjuk teknis saja.
- 2) Melakukan koordinasi secara intensif dengan Direktorat Tata Kelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan, khususnya terkait dengan percepatan penyediaan vaksin. Pada awal sampai pertengahan tahun 2021, terjadi kekosongan vaksin untuk beberapa jenis antigen imunisasi di daerah. Hal ini berpengaruh terhadap capaian cakupan imunisasi karena tidak adanya stok vaksin menyebabkan petugas tidak dapat memberikan layanan imunisasi kepada sasaran.
- 3) Melakukan pelatihan TOT (*training of trainers*) pengelola program imunisasi di wilayah kerjanya. Pelatihan ini bertujuan untuk meningkatkan kapasitas pengelola program imunisasi di Dinas Kesehatan Provinsi terkait dengan penyelenggaraan imunisasi rutin sehingga diharapkan pengelola program imunisasi di tingkat provinsi dapat berperan sebagai pelatih/ *trainers* dan memberikan pelatihan kepada pengelola program imunisasi di tingkat kabupaten/kota dan puskesmas. Pelatihan dilakukan dalam dua gelombang untuk 4 angkatan.

Gambar 3.28
Pelatihan TOT Pengelola Program Imunisasi



- 4) Melakukan kerjasama dengan fasilitas kesehatan swasta. Petunjuk teknis imunisasi dapat dijadikan panduan oleh fasilitas pelayanan kesehatan swasta yang memberikan layanan imunisasi sehingga pelayanan imunisasi yang dilakukan sesuai standar. Selain itu, hasil pelayanan imunisasi di fasilitas pelayanan kesehatan swasta juga terlaporkan ke puskesmas atau dinas kesehatan kabupaten/kota setempat.
- 5) Melakukan workshop jejaring pemerintah dan swasta (*Public Private Mix*)

- 6) Penyelenggaraan program imunisasi tidak dapat hanya dilakukan oleh sektor pemerintah saja, tetapi juga memerlukan keterlibatan sektor swasta, termasuk fasilitas pelayanan kesehatan swasta yang memberikan pelayanan imunisasi. Selama pandemi COVID-19, kekhawatiran orang tua untuk membawa anaknya ke puskesmas untuk imunisasi menjadi salah satu isu penting yang menyebabkan turunnya cakupan pelayanan imunisasi. Perluasan akses pelayanan imunisasi dengan melibatkan fasilitas pelayanan kesehatan swasta menjadi penting untuk dapat meningkatkan cakupan imunisasi. Untuk mendukung hal tersebut, selain melakukan penyusunan petunjuk teknis pelayanan imunisasi di fasilitas pelayanan kesehatan swasta, juga dilakukan Workshop Jejaring Pemerintah dan Swasta (*Public Private Mix*) untuk Program Imunisasi di Indonesia. Workshop ini melibatkan Bappenas, lintas program di Kementerian Kesehatan, perwakilan institusi/organisasi pemerintahan lainnya (BPJS Kesehatan, PT Biofarma, dan lainnya), perwakilan organisasi profesi, perwakilan pihak/ mitra swasta dan perwakilan mitra pembangunan internasional.
- 7) Membuat umpan balik hasil imunisasi rutin kepada Gubernur, Walikota dan Bupati di seluruh Indonesia. Pada umpan balik tersebut disampaikan capaian imunisasi per provinsi dan per kabupaten/kota serta rekomendasi upaya-upaya yang harus dilakukan untuk percepatan peningkatakan cakupan imunisasi, khususnya imunisasi dasar lengkap. Melalui umpan balik ini, diharapkan provinsi dan kabupaten/kota yang masih belum lengkap mengirimkan laporannya dapat segera melengkapi laporan capaian imunisasinya.

Gambar 3.29
Umpan Balik Hasil Imunisasi Kuartal II Tahun 2021

<p>KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA SEKRETARIAT JENDERAL Jalan H.R. Rasuna Said Kav. 129-130 Jakarta 12950 Telepon (021) 5201590 (Runding)</p> <p>GERMAS</p> <p>Nomor : SR.02.00/C.II / 18.643 /2021 Lampiran : Salin Berita Hari : Umpan Balik Hasil Imunisasi Rutin Kuartal II Tahun 2021</p> <p>12. Oktober 2021</p> <p>Yth: 1. Para Gubernur seluruh Indonesia 2. Para Walikota dan Bupati seluruh Indonesia</p> <p>Pada tahun 2021, pelaksanaan program Imunisasi di Indonesia mengalami penurunan capaian cakupan dibandingkan tahun 2020 dan tahun 2019.</p> <p>Berdasarkan data imunisasi terhadap data laporan program kuartal II tahun 2021 (sampai dengan Agustus) per 12 Oktober 2021, capaian indikator RP-JMN dan Rerata rata capaian per antigen sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Indikator RP-JMN tahun 2021 untuk jumlah kabupaten/kota yang mencapai 80% Imunisasi Dasar Lengkap (IDL) atau usia 0-11 bulan. Target pada tahun 2021 adalah 431 kabupaten/kota. Capaian sampai dengan Agustus 2021 adalah 111 kabupaten/kota (35%) dari target 431 kabupaten/kota. Sebagian 289 kabupaten/kota harus mencapai target IDL untuk sisa 4 bulan di tahun 2021. 2. Indikator Rerata untuk persentase anak usia 0-11 bulan yang mendapatkan imunisasi dasar lengkap (IDL) sebesar 81,8%. Sampai dengan Agustus 2021, capaian 47,3% atau 1.941 kabupaten/kota. Sebagian 1.450 kabupaten/kota harus mencapai target IDL untuk sisa 4 bulan di tahun 2021. 3. Cakupan imunisasi Campak Rubella lanjut badut sebesar 32% (dari target sampai Agustus sebesar 54% dan target sampai akhir tahun 2021 sebesar 81%). Berdasarkan angka ini, sampai dengan Agustus, Cakupan Rubella lanjut badut sebesar 29,4%, sehingga masih terdapat 61% anak usia 18-24 bulan yang harus segera mendapatkan imunisasi lanjut badutnya, terutama Campak Rubella doses 2 atau sebagian 2.303 kabupaten/kota. <p>Perumusan capaian ini disebabkan karena ketelahuan terhadap pelaksanaan layanan imunisasi di lapangan terutama petugas imunisasi. (temasuk bidan dea), berugas sebagai tim vaksinasi COVID-19 sejak bulan Januari 2021 untuk mengjerat target vaksinasi sebanyak 208.265.720 pada usia 12 tahun. Selain itu adanya kekosongan pada hasil pelaksanaan imunisasi dasar yang berdampak pada penurunan capaian IDL. Kementerian Kesehatan RI telah berupaya seaksimal mungkin untuk menyediakan vakan untuk kegiatan imunisasi rutin sesuai kebutuhan, agar dapat mencegah terhentinya layanan imunisasi untuk jenis antigen tertentu.</p>	<p>Berdasarkan hal tersebut, Bapak dan Ibu Kepala Daerah di seluruh Indonesia agar melakukan upaya-upaya perbaikan untuk meningkatkan cakupan imunisasi dasar lengkap (IDL) dan imunisasi Campak Rubella lanjut badut dengan melengkapi imunisasi kepada sasaran bayi usia 0-11 bulan dan anak usia 18-24 bulan (badut) untuk mendapatkan imunisasi sesuai jenis dan usianya. Upaya percepatan tersebut melalui :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Defaulter tracking</i> atau pelacakan bagi sasaran bayi dan badut di wilayahnya masing-masing untuk mendapatkan imunisasi dasar lengkap dan imunisasi; 2. Imunisasi kelas, yaitu pertambahan imunisasi bagi sasaran imunisasi usia 0-11 bulan atau 18-24 bulan yang belum mendapatkan imunisasi atau melengkapi imunisasi sesuai jenis imunisasi yang sesuai dan usia pemberiannya; 3. <i>Back Log Fighting</i> (BLF) di wilayahnya masing-masing yang sesuai dengan pedoman dan kebijakan imunisasi dimana pandemi COVID-19. Kegiatan <i>Backlog Fighting</i> atau BLF merupakan kegiatan melengkapi status imunisasi anak yang berulang kurang dari 3 (tiga) tahun yang belum mendapatkan imunisasi dasar maupun lanjut. Kegiatan ini diperlukan untuk dilaksanakan di desa/kelurahan yang selama dua tahun berulang-ulang tidak mencapai UCI. <p>Kegiatan ini perlu segera dilakukan sehingga dapat mengurangi kantong-kantong imunisasi dan mencegah terjadinya Kejadian Luar Biasa (KLB) Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3). Perkuat komitmen dan kerjasama semua lintas sektor dan lintas program di setiap tingkat administrasi, untuk meningkatkan kualitas pelaksanaan program imunisasi di masa pandemi COVID-19.</p> <p>Atas perhatian dan kerja sama Bapak/Ibu, kami ucapan terima kasih.</p> <p style="text-align: center;">  Kepala Kementerian Kesehatan Kepala Biro Umpan Balik Hasil Imunisasi Kumba Wijaya Dasa Nugraha </p> <p>Tersimpulkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menteri Kesehatan RI 2. Menteri Dalam Negeri RI 3. Direktur Jenderal Administrasi Wilayah, Kementerian Dalam Negeri RI 4. Direktur Jenderal Pengembangan Sumber Daya Manusia, Kementerian Dalam Negeri RI 5. Direktur Jenderal Peningkatan Kesehatan Masyarakat, Kementerian Dalam Negeri RI 6. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi seluruh Indonesia 7. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota seluruh Indonesia
--	---

- 8) Melakukan sosialisasi dan edukasi kepada orang tua dan pengasuh melalui berbagai kegiatan webinar, SMS Blast imunisasi dan pembuatan iklan layanan masyarakat. Sosialisasi dan edukasi ini dilakukan untuk memberikan informasi yang benar mengenai pentingnya imunisasi sehingga orang tua/ pengasuh mau membawa anaknya untuk imunisasi. Kegiatan sosialisasi dan edukasi yang dilakukan antara lain melalui rangkaian webinar pada saat peringatan Pekan Imunisasi Dunia (PID),

- kampanye imunisasi melalui *facebook* dan webinar pada peringatan Hari Pneumonia Sedunia.
- 9) Melakukan supervisi dan monitoring pelaksanaan imunisasi ke Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas. Kegiatan supervisi dan monitoring dilakukan untuk memastikan pelaksanaan imunisasi dilakukan sesuai prosedur serta mengidentifikasi permasalahan atau hambatan penyelenggaraan program imunisasi di lapangan.
 - 10) Pemberdayaan organisasi keagamaan dan organisasi masyarakat melalui sinergitas dengan organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi, organisasi keagamaan dan lintas sektor terkait lainnya (MUI, Perdhaki, Muslimat NU, Aisyah, Fathayat NU, PKK, Walubi, IDAI, IBI, PPNI, dan Kementerian/ Lembaga lainnya). Salah satu kegiatan yang dilakukan adalah Pertemuan Penguatan Program Imunisasi melalui Dukungan Fatwa MUI Nomor 4 Tahun 2016. Pada pertemuan ini dihadirkan perwakilan MUI pusat dan MUI dari 34 provinsi. Melalui pertemuan ini harapannya MUI dapat membantu memberikan pemahaman kepada masyarakat terkait dengan pentingnya pelaksanaan imunisasi untuk melindungi anak-anak dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I).
 - 11) Peningkatan koordinasi dengan lintas program dan lintas sektor terkait dalam hal pelayanan dan penggerakan masyarakat.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target antara lain:

- 1. Terjadinya pandemi COVID-19, dimana beberapa pelayanan imunisasi di daerah terhenti dan adanya ketakutan orang tua untuk membawa anaknya ke pelayanan kesehatan untuk imunisasi;
- 2. Kekosongan beberapa jenis vaksin imunisasi yang masuk dalam perhitungan indikator imunisasi dasar lengkap, yaitu vaksin BCG, DPT-HB-Hib dan IPV;
- 3. Kondisi geografis pada beberapa daerah yang sulit dijangkau menyebabkan pelayanan imunisasi tidak bisa optimal;
- 4. Kualitas pelayanan imunisasi belum merata, dimana masih ada kesenjangan kompetensi petugas antara di daerah satu dengan daerah lain;
- 5. Kelengkapan pelaporan imunisasi yang masih belum optimal;
- 6. Masih banyak rumor negatif tentang imunisasi (*black campaign*) yang beredar di masyarakat melalui berbagai media;
- 7. Belum ditegakkannya hukum kepada daerah yang tidak mencapai/menjalankan kinerja sesuai ketetapan berlaku atau kepada individu/komunitas antivaksin.

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

- a) Melakukan penyusunan dan sosialisasi Keputusan Menteri Kesehatan tentang petunjuk teknis pelayanan imunisasi pada masa pandemi COVID-19 secara berjenjang dengan *massive*;
- b) Melakukan koordinasi intensif dengan Direktorat Tata Kelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan dalam upaya percepatan penyediaan vaksin;

- c) Melakukan advokasi dan sosialisasi dengan melibatkan tokoh agama, tokoh masyarakat dan organisasi profesi untuk mengatasi rumor negatif imunisasi;
 - d) Melakukan *sustainable outreach services* (SOS) untuk menjangkau daerah-daerah dengan geografis sulit;
 - e) Melakukan pelatihan TOT (*training of trainers*) pengelola program imunisasi di wilayah kerjanya;
 - f) Mengoptimalkan sistem pencatatan dan pelaporan melalui aplikasi berbasis excel yang sudah berjalan saat ini yaitu aplikasi pemantauan wilayah setempat (PWS) dan berkoordinasi dengan *Digital Transformation Officer* (DTO) Kementerian Kesehatan untuk pengembangan *dashboard* dan sistem pencatatan pelaporan imunisasi berbasis elektronik;
 - g) Melakukan koordinasi secara intensif dengan Kemendagri terkait pelaksanaan imunisasi, termasuk dalam hal pembuatan Surat Edaran Kemendagri untuk penguatan pelaksanaan program imunisasi;
 - h) Pelaksanaan pertemuan koordinasi secara intensif dengan ITAGI dan Komnas PP KIPI, organisasi profesi, organisasi keagamaan, serta mitra pembangunan nasional dan internasional;
 - i) Melakukan supervisi suportif dan monitoring evaluasi pelaksanaan imunisasi secara berkala dan berjenjang disertai dengan pelaksanaan on the job training serta pemberian umpan balik/ tindakan perbaikan secara langsung;
 - j) Penyusunan *Pedoman Public Private Mix* (PPM) atau jejaring layanan imunisasi untuk memperkuat keterlibatan lintas program dan lintas sektor dalam penyelenggaraan imunisasi.
- 5. Meningkatnya Kabupaten/Kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM dan penyakit menular lainnya termasuk NTD**

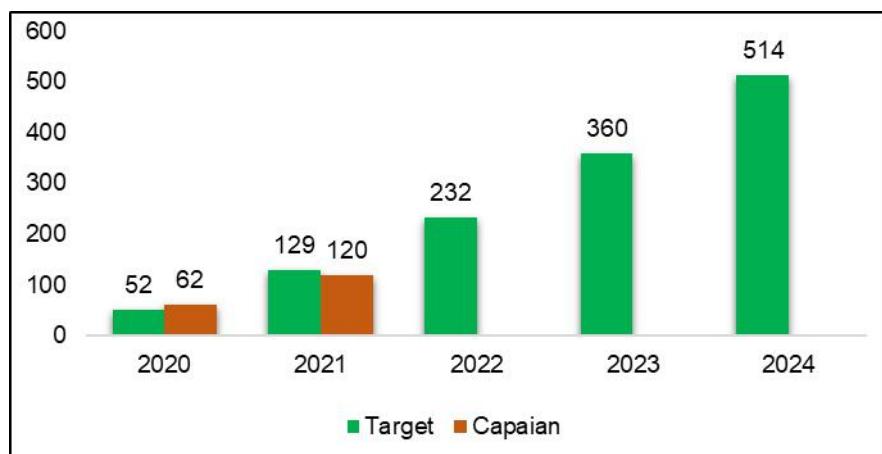
Definisi operasional indikator Kabupaten yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM dan penyakit menular lainnya termasuk NTD adalah Kab/Kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM dengan cakupan $\geq 20\%$, mencapai 90% angka keberhasilan pengobatan TB, melakukan deteksi dini hepatitis B dan mencapai eliminasi kusta pada tahun 2021.

Cara perhitungan adalah jumlah akumulasi Kab/Kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM, mencapai 90% angka keberhasilan pengobatan TB, melakukan deteksi dini hepatitis B dan mencapai eliminasi kusta pada tahun 2021.

Jumlah Kabupaten/Kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM dan penyakit menular lainnya termasuk NTD pada tahun 2021 telah tercapai sebanyak 120 Kab/Kota dengan persentase capaian kinerja sebesar 93%. Bila dibandingkan dengan capaian tahun 2020, maka terjadi penambahan capaian sebanyak 58 Kab/Kota dari 62 Kab/Kota dari tahun 2020 menjadi 120 Kab/Kota pada tahun 2021. Meskipun demikian dari persentase capaian target terjadi penurunan capaian target yakni dari 119,2% pada

tahun 2020 menurun menjadi 93% pada tahun 2021. Secara lengkap terlihat pada grafik dibawah ini:

Grafik 3.35
Target dan Capaian Kab/Kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM dan penyakit menular



Sumber data : Rekapitulasi Data Substansi DMGM, TB, Hepatitis dan PTML

Dari grafik diatas terlihat bahwa capaian indikator tahun 2021 tidak berjalan on track meskipun capaian tahun 2020 melebihi target, oleh karena itu diperlukan akselerasi agar target 2022-2024 dapat tercapai. Diperlukan upaya dan kerja keras untuk memastikan kegiatan deteksi dini faktor risiko PTM dan hepatitis terlaksana, cakupan keberhasilan pengobatan TB optimal sehingga dapat mencapai 90% dan eliminasi kusta terjaga. Capaian deteksi dini PTM dipengaruhi oleh jumlah masyarakat yang datang ke Posbindu sehingga apabila ada pembatasan sosial dimasyarakat akibat pandemi Covid-19 maka jumlah masyarakat yang berkunjung ke Posbindu akan sangat berkurang. Angka keberhasilan pengobatan dipengaruhi oleh kunjungan pasien TB untuk mengambil obat dan keteraturan pasien meminum obat. Adanya pandemi covid-19 yang menyebabkan mobilisasi masyarakat berkurang sehingga pasien tidak datang ke fasilitas pengobatan secara rutin. Eliminasi kusta tingkat kabupaten/kota merupakan suatu hal yang sangat dinamis dan dipengaruhi oleh banyak faktor terkait. Dalam mencapai status eliminasi kusta, pemutusan transmisi kasus di masyarakat melalui penemuan dini sumber penularan yang diikuti dengan pengobatan yang tepat perlu diupayakan sehingga angka penemuan kasus baru dapat ditekan serendah mungkin.

Untuk meningkatkan capaian deteksi dini faktor risiko PTM dilakukan kegiatan-kegiatan antara lain:

- 1) Penguatan surveilans faktor risiko PTM melalui Sistem Informasi berbasis web yang merupakan sistem pelaporan Penyakit Tidak Menular.
- 2) Pemanfaatan dana dekonsentrasi dalam penyelenggaraan Posbindu PTM yang bertujuan untuk melakukan deteksi dini faktor risiko PTM.
- 3) Penyediaan alat Posbindu KIT dan Bahan Habis Pakai (BHP) melalui pemanfaatan Dana Alokasi Khusus (DAK) Fisik.

- 4) Advokasi kepada Pemerintah Daerah dalam penggunaan APBD, Anggaran Dana Desa, dan sumber dana lainnya sesuai dengan peraturan yang berlaku dalam rangka pencegahan dan pengendalian faktor risiko penyakit tidak menular dengan menggiatkan deteksi dini faktor risiko penyakit tidak menular melalui Posbindu PTM dan Gerakan Tekan Angka Obesitas
- 5) Advokasi kepada Pemerintah Daerah untuk pencapaian target indikator SPM.
- 6) Integrasi kegiatan Posbindu PTM melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat, Posyandu Lansia, Kampus Sehat dan lainnya.
- 7) Penguatan NSPK Posbindu dan faktor risiko PTM
- 8) Pembuatan Media Informasi baik cetak maupun elektronik tentang PTM.
- 9) Inovasi dengan pemanfaatan teknologi dan informasi serta deteksi dini secara mandiri.

Untuk meningkatkan capaian angka keberhasilan TB dilakukan kegiatan-kegiatan antara lain:

1. Peningkatan notifikasi kasus dengan pelaksanaan *Mopping Up*/ penyisiran kasus ke rumah sakit-rumah sakit baik rumah sakit pemerintah maupun swasta.
2. Perbaikan sistem pencatatan dan pelaporan dengan melakukan link dengan SIMRS dan penyedia layanan mandiri (swasta).
3. Penerapan *Mandatory Notification* yang lebih tegas.
4. Link dengan sistem informasi BPJS untuk peningkatan *Case Finding* dan kualitas pengobatan.
5. *Intensified TBC Case Findings* dari Fasilitas Kesehatan dan Komunitas.
6. Menegaskan lagi kewajiban melakukan pemeriksaan konfirmasi bakteriologis untuk semua terduga TBC.
7. Regulasi yang lebih ketat mengenai pemberian pengobatan dan pengawasan.
8. Pelaksanaan investigasi kontak berdasarkan panduan yang telah didiseminasi ke seluruh provinsi.
9. Pelaksanaan penemuan kasus TBC pada populasi risiko tinggi seperti pada pasien diabetes di puskesmas dan faskes rujukan sesuai panduan yang telah didiseminasi ke seluruh provinsi.
10. Adanya sistem informasi TBC yang baru (*TBC information system/ SITB*) telah menyambungkan jejaring sistem rujukan internal dan eksternal yang sudah mengintegrasikan puskesmas, rumah sakit dan laboratorium rujukan.
11. Pengiriman umpan balik hasil entri SITT dan hasil penyisiran kasus ke rumah sakit yang ada di provinsi dan kabupaten/ kota.
12. Pelaksanaan dan monitoring Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan Strategi Nasional (Stranas) TBC.
13. Pendekatan *Multi-Sectoral Accountability Framework (MAF)* dengan disusunnya Perpres. Dalam rangka Peluncuran Awal Perpres 67 Tahun 2021, Menteri Koordinator Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan, Menteri Kesehatan, Menteri Dalam Negeri, Menteri Bappenas bersama-sama berkomitmen untuk melakukan percepatan eliminasi TBC sesuai dengan arahan presiden RI yang juga tertuang dalam naskah Perpres No 67 Tahun 2021.

Gambar 3.30
Penyampaian dukungan Percepatan Eliminasi TBC pada acara Peluncuran Perpres 67 Tahun 2021



14. TB *Summit* 2021, untuk memperkuat komitmen semua pihak untuk berperan dalam upaya pencegahan dan pengendalian TBC serta mendorong semua mitra TBC dan kelompok masyarakat untuk senantiasa melakukan upaya baru yang inovatif dalam pencegahan dan pengendalian TBC.

Gambar 3.31
TB Summit 2021



15. UN *Highlevel Meeting*, dengan tujuan untuk meninjau kemajuan pelaksanaan komitmen, memeriksa dan memperdebatkan elemen-elemen baru dan aspek-aspek pengembangan dari upaya penanggulangan TBC, menghasilkan konsensus

tentang prioritas utama termasuk mengarusutamakan perlindungan sosial di dunia pasca-COVID19 untuk mengembalikan upaya akhiri TBC ke jalur semula seperti sebelum pandemi.

Gambar 3.32
UN Highlevel Meeting 2021



Untuk meningkatkan capaian deteksi dini hepatitis B dilakukan kegiatan-kegiatan antara lain:

1. Peningkatan pengetahuan, perhatian dan kepedulian seluruh komponen masyarakat dalam pencegahan dan pengendalian hepatitis dalam rangka Hari Hepatitis Sedunia melalui kegiatan:
 - a. Membuat surat Edaran Direktorat Jenderal untuk mengimbau seluruh Dinas Kesehatan Provinsi maupun Kabupaten melaksanakan kegiatan dalam rangka peringatan Hari Hepatitis Sedunia.
 - b. Penyebarluasan media seperti buku saku Hepatitis, *flyer* serta pemasangan media luar seperti umbul-umbul dan poster.
 - c. Siaran Radio Kesehatan yang difasilitasi oleh Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat Kemenkes RI dengan tema Segera Tangani Hepatitis B dengan melibatkan narasumber dari Ditjen P2P dan PPPOGI
 - d. Webinar Hari Hepatitis Sedunia ke-12 dengan tema Segera Tangani Hepatitis. Pada seminar ini juga diluncurkan Rencana Aksi Nasional program Hepatitis tahun 2020 – 2024.
2. Meningkatkan Pengetahuan Petugas Kesehatan dalam Tatalaksana Hepatitis B dan C secara daring melalui aplikasi zoom dan kanal youtube yakni sosialisasi pencegahan dan tatalaksana Hepatitis B pada Anak dan Sosialisasi pencegahan dan Pengendalian Hepatitis B Pada Ibu Hamil di Fasyankes.
3. Peningkatan dan penguatan kerja sama lintas program seperti KIA, HIV, Laboratorium dan promkes serta lintas sektor dalam upaya pencegahan dan pengendalian Hepatitis.

4. Membuat Surat Edaran terkait pelaksanaan Layanan Hepatitis B dan C di masa pandemi yakni Surat Edaran Dirjen P2P Nomor HK.02.03/III/9204/2020 tentang Pelaksanaan Pendekahan dan Pengendalian Hepatitis B dan Hepatitis C dalam era New Normal.
5. Melakukan advokasi untuk mendorong daerah menyusun regulasi tentang pencegahan dan penanggulangan Hepatitis.
6. Peningkatan pencatatan dan pelaporan data Deteksi Dini Hepatitis baik secara manual maupun elektronik (SIHEPI).
7. Peningkatan kemitraan dengan organisasi profesi seperti Perhimpunan Peneliti Hati Indonesia (PPHI), Ikatan Dokter Indonesia (IDAI), Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi (POGI) Indonesia untuk meningkatkan layanan Hepatitis yang komprehensif dan terstandar.
8. Peningkatan kemitraan dengan komunitas kelompok berisiko untuk mendapatkan akses terhadap kelompok berisiko yang susah dijangkau.

Untuk meningkatkan capaian eliminasi kusta dilakukan kegiatan-kegiatan antara lain:

- 1) Advokasi dan sosialisasi bagi LP/LS serta orientasi dokter dan petugas pengelola program P2 Kusta dan Frambusia tingkat Puskesmas; pelaksanaan intensifikasi penemuan kasus kusta dan frambusia di kabupaten/kota endemis;
- 2) Intensifikasi Penemuan Kasus Kusta dan Frambusia (*Intensified Case Finding/ ICF (Pelaksanaan dan pendampingan)*)
Kegiatan ini berkolaborasi dengan pelaksanaan kegiatan oleh kabupaten/kota endemis kusta pada daerah Papua dan Non Papua menggunakan dana dekonsentrasi dan pendampingan pelaksanaan oleh tim pusat menggunakan dana APBN. Pelaksanaan penemuan kasus difokuskan pada daerah lokus kusta dan atau endemis frambusia dengan tujuan untuk penemuan kasus frambusia. Pada kegiatan ini tidak hanya dilaksanakan penemuan dan pemeriksaan kasus, namun juga dilakukan edukasi terhadap masyarakat tentang penyakit frambusia.
- 3) Orientasi Dokter Rujukan di Kabupaten/ Kota dan Provinsi. Kegiatan ini dilaksanakan bersamaan dengan pelaksanaan kegiatan program P2 Kusta;
- 4) Orientasi Petugas Puskesmas. Kegiatan ini dilaksanakan di Kabupaten Cimahi, Provinsi Jawa Barat bersamaan dengan kegiatan P2 Penyakit Kusta;
- 5) Verifikasi Kasus Frambusia;
- 6) Gerakan Masyarakat Kampanye Eliminasi Kusta dan Frambusia bersama mitra pemerintah yang membawahi bidang kesehatan. Kegiatan ini dilaksanakan pada 5 kabupaten/kota terpilih, yaitu Kota Makassar (Sulawesi Selatan), Kabupaten Bone (Sulawesi Selatan), Kabupaten Bekasi (Jawa Barat) dan Kabupaten Jember (Jawa Timur). Adapun tujuan dari kegiatan ini adalah melakukan advokasi dan sosialisasi program kusta dan frambusia kepada pimpinan setempat serta Lintas Program dan Lintas Sektor untuk mendapatkan dukungan kebijakan dan kemitraan daerah;
- 7) Pertemuan Evaluasi Program dan Validasi Data Kohort Nasional P2 Kusta dan Frambusia yang bertujuan melakukan monitoring dan evaluasi program yang dilaksanakan oleh provinsi di Indonesia serta melakukan validasi dan finalisasi data tahun 2021;

- 8) Melanjutkan pengembangan sistem informasi online kusta dan frambusia bagi kemudahan pencatatan dan pelaporan program di fasyankes;
- 9) Penyusunan Kurikulum Pelatihan Petugas Pemegang Program Kusta dan Frambusia;
- 10) Meningkatkan Kerjasama dengan Perguruan Tinggi dan Organisasi Profesi melalui kegiatan Koordinasi Pokja/Komite Ahli Eradikasi Frambusia.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target antara lain:

1. Pandemi COVID-19 yang masih berlangsung menyebabkan beberapa kegiatan tidak berjalan optimal, tenaga kesehatan difokuskan untuk pengendalian COVID-19 berdampak pada pelaksanaan program dan kegiatan tidak sesuai dengan rencana awal yang ditetapkan, jumlah kunjungan masyarakat untuk melakukan deteksi dini faktor risiko berkurang karena kekhawatiran masyarakat untuk berkunjung ke Posbindu dan Fasyankes.
2. Permasalahan dalam pencegahan dan pengendalian kusta antara lain masih tingginya transmisi kusta di masyarakat, di banyak kabupaten/kota kantong kusta sekalipun, kusta tidak dipandang sebagai prioritas masalah kesehatan masyarakat. Hal ini berakibat sebagian besar wilayah kantong kusta tidak mendapat dukungan lintas program dan sektor dan Masih adanya stigma, baik *self-stigma* pada penderita kusta maupun stigma pada masyarakat dan keluarga penderita akibat kurangnya pengetahuan dan pemahaman terhadap penyakit kusta. Hal tersebut dapat menghambat penemuan kasus dan menghambat penderita untuk mencari pengobatan sedini mungkin.
3. Permasalahan deteksi dini faktor risiko PTM antara lain cakupan deteksi dini faktor risiko PTM harus dilakukan pada setiap populasi berusia ≥ 15 tahun di setiap wilayah minimal 1 kali dalam 1 tahun berjalan, sehingga cakupan deteksi dini Kab/Kota setiap tahun sangat bergantung pada performance/kinerja dari Kab/Kota tersebut pada tahun berjalan. Selain itu masih perlunya advokasi dan sosialisasi yang bersifat masif dan terintegrasi dalam mendukung kegiatan Posbindu PTM ditengah pandemi COVID-19.
4. Permasalahan deteksi dini Hepatitis B antara lain hampir semua level baik di propinsi hingga kabupaten/kota termasuk puskesmas mengalami masalah ketenagaan. Kurangnya jumlah SDM, kualifikasi pendidikan yang belum sesuai, perpindahan yang begitu cepat, beban kerja yang tinggi merupakan masalah yang hampir ditemukan disemua tingkatan. Selain itu adanya refocusing anggaran hepatitis baik di pusat maupun diprovinsi menghambat pelaksanaan kegiatan yang telah direncanakan.

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

1. Pelaksanaan Kegiatan Deteksi Dini PTM
 - a. Untuk menghadapi masalah COVID-19 maka dibuat panduan adaptasi kebiasaan baru yang merupakan panduan untuk seluruh masyarakat termasuk pemegang program. Dengan adanya panduan ini maka diharapkan program deteksi dini faktor risiko PTM melalui kegiatan posbindu dapat tetap dilaksanakan di masyarakat.

- b. Melakukan advokasi dan sosialisasi yang bersifat masif dan terintegrasi dalam mendukung kegiatan Posbindu PTM ditengah pandemi COVID-19.
 - c. Mengintegrasikan kegiatan Posbindu PTM dengan kegiatan Program Indonesia Sehat melalui pendekatan Keluarga Sehat (PIS – PK), Posyandu Lansia, SPM, Germas, Rmah Sehat, Kampus Sehat dan institusi lainnya (OPD, swasta, sekolah, dll)
2. Pelaksanaan Kegiatan TBC
Pada program TB, kegiatan dilaksanakan dengan 6 strategi yakni penguatan kepemimpinan program TB di Kab/Kota, peningkatan akses layanan TOSS TB yang bermutu, pengendalian faktor risiko, peningkatan kemitraan melalui Forum Kordinasi TBC. Peningkatan kemandirian masyarakat dalam penanggulangan TBC dan penguatan sistem kesehatan.
3. Pelaksanaan Kegiatan Deteksi Dini Hepatitis B
 - a. Mengingatkan selalu Surat Edaran Dirjen P2P Nomor HK.02.03/III/9204/2020 tentang Pelaksanaan Pendegahan dan Pengendalian Hepatitis B dan Hepatitis C dalam era New Normal, agar pelaksanaan layanan Hepatitis B dan C tetap berlangsung dengan tetap memperhatikan protokol kesehatan.
 - b. Mengoptimalkan teknologi dalam meningkatkan komunikasi (Koordinasi dan kerjasama) dengan dinas kesehatan provinsi, kabupaten/kota dan puskesmas misalnya melalui aplikasi zoom, youtube dan Whatsapp.
 - c. Deteksi Dini Hepatitis B pada Ibu hamil, bekerjasama dengan Substansi HIV dan maternal Neonatal melalui Program Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (PPIA) HIV, Sifilis dan Hepatitis B (Triple Eliminasi)
 - d. Peningkatan Kapasitas Pengelola program dalam Deteksi dini termasuk dalam pencatatan dan pelaporan.
 - e. Penggerakan dan peningkatan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang Hepatitis Virus melalui peringatan hari Hepatitis Sedunia (HHS).
 - f. Peningkatan kemitraan dengan LSM, akademisi, mitra dalam dan luar negeri, ahli, UN, lintas program dalam penanggulangan Hepatitis.
 - g. Mobilisasi pendanaan, dan bantuan teknis.
4. Pelaksanaan Kegiatan Eliminasi Kusta
 - a. Melakukan koordinasi, monitoring dan evaluasi dapat dilakukan dengan memaksimalkan penggunaan perangkat digital;
 - b. Melakukan kegiatan koordinasi pemantauan kabupaten yang ditarget eliminasi;
 - c. Melakukan validasi data;
 - d. Melakukan bimtek dan pendampingan provinsi dan atau kab/kota yg ditarget eliminasi;
 - e. Meningkatkan cakupan pemberian kemoprofilaksis pada kontak kasus;
 - f. Meningkatkan pemantauan pengobatan pada kasus;
 - g. Meningkatkan kegiatan advokasi dan sosialisasi program terhadap pemangku kepentingan terkait agar dapat meningkatkan komitmen dalam pencapaian eliminasi kusta;

- h. Memperluas cakupan kegiatan pelaksanaan penemuan kasus kusta secara aktif dan berkelanjutan;
 - i. Menganggarkan dan melaksanakan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan secara rutin;
 - j. Meningkatkan kegiatan promosi serta penyebaran media KIE kepada penderita, keluarga penderita, dan masyarakat dalam rangka menurunkan stigma kusta di masyarakat;
 - k. Memperluas sasaran pengobatan pencegahan kusta (kemoprofilaksis), terutama di daerah endemis lokus kusta;
 - l. Mempererat integrasi program dengan penyakit lain, misalnya kusta-frambusia, kusta-filariasis, kusta-ispa, dan lain-lain;
 - m. Memperkuat jejaring kemitraan dengan lintas program, lintas sektor, organisasi profesi agar memperoleh dukungan dalam pelaksanaan program sesuai dengan tupoksi masing-masing;
 - n. Mendorong daerah endemis rendah agar terus melakukan surveilans kasus kusta secara aktif dengan tetap memperhatikan kejadian kasus kusta pada anak dan kasus cacat;
 - o. Melaksanakan pengembangan kegiatan inovasi seperti pengembangan pelatihan *e-learning*, pilot pengembangan kemoprofilaksis plus pemeriksaan serologi dan pengembangan *skin-apps*.
- 6. Persentase Kabupaten/Kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM**

Globalisasi mendorong kemajuan ekonomi, sosial dan budaya, namun pada sisi lain meningkatkan risiko penyebaran penyakit dan faktir risiko kesehatan lainnya, baik pada lintas wilayah regional sampai pada lintas internasional. Kejadian penyakit yang menjadi perhatian internasional (dikenal dengan istilah PHEIC; *Public Health Emergency of International Concern*) semakin meningkat dan berimplikasi bukan hanya pada aspek kesehatan, namun juga aspek sosial, ekonomi, politik dan pertahanan keamanan. Setiap negara diharapkan mempunyai kemampuan dalam sistem kesehatannya untuk mampu melakukan pencegahan, pendekripsi, melakukan tindakan penanggulangan dan melaporkan suatu kejadian yang berpotensi kedaruratan kesehatan masyarakat. Dalam upaya mempertahankan dan meningkatkan upaya cegah tangkal dalam rangka perlindungan Indonesia dan dunia terhadap Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia (KKM-MD) perlu dilakukan koordinasi, integrasi, sinkronisasi lintas sektor untuk mempertahankan dan meningkatkan kemampuan dalam hal deteksi, verifikasi, penilaian, pelaporan dan penanggulangan potensi terjadinya KKM-MD. Oleh karena itu, diperlukan peningkatan kewaspadaan dan kapasitas dalam merespon kedaruratan baik di pintu masuk negara maupun di wilayah. Kegiatan di pintu masuk negara meliputi upaya deteksi, pencegahan dan respon terhadap KKM. Respon terhadap kedaruratan kesehatan masyarakat yang cepat, tepat dan efektif memerlukan upaya yang terpadu antara stakeholder di pintu masuk dan di wilayah.

Wilayah kabupaten/kota sebagai bagian dari negara harus mempunyai kapasitas dalam surveilans, deteksi dini dan respon sebagai jaminan kapasitas suatu negara dalam kesiapsiagaan menghadapi kedaruratan kesehatan masyarakat (KKM). Kesiapsiagaan tersebut dituangkan dalam bentuk dokumen kebijakan yang merupakan kesepakatan bersama seluruh lintas sektor yang ada di suatu wilayah dalam penanggulangan KKM yang berpotensi terjadi di wilayahnya. Dokumen tersebut dinamakan dokumen rencana kontinjensi. Penyusunan rencana kontinjensi melibatkan seluruh lintas sektor yang ada di suatu wilayah dalam memberikan input untuk mendapatkan dokumen yang adekuat dan dapat diandalkan. Penetapan KKM yang potensial terjadi disepakati bersama, begitu pula dengan pembagian peran, tugas dan fungsi. Melalui proses penyusunan inilah didapatkan komitmen bersama untuk menjamin kesiapsiagaan dalam menghadapi KKM. Finalisasi dari dokumen ini adalah dengan ditandatanganinya dokumen rencana kontinjensi oleh Bupati/ Walikota. Selain dokumen rencana kontinjensi tersebut, dalam hal kabupaten/kota melakukan upaya deteksi, pencegahan dan respons terhadap potensi kedaruratan kesehatan masyarakat dapat ditunjukkan melalui dokumen SK Tim Gerak Cepat dan laporan pelaksanaan kegiatan KKM.

Definisi operasional adalah Kabupaten/Kota yang memiliki bandar udara dan/atau pelabuhan dan/atau PLBDN yang melakukan deteksi, pencegahan dan respons terhadap Kedaruratan Kesehatan Masyarakat. Dalam hal ini kabupaten/kota melakukan upaya deteksi, pencegahan dan respons terhadap potensi kedaruratan kesehatan masyarakat yang disebabkan oleh penyakit, bahan kimia, radio nuklir dan keamanan pangan. Upaya tersebut termasuk menyusun dokumen kebijakan bersama lintas program dan lintas sektor terkait yang ada di daerah dalam rangka pencegahan dan pengendalian kedaruratan kesehatan masyarakat, penyusunan SK tim gerak cepat dan penyampaian laporan pelaksanaan kegiatan KKM.

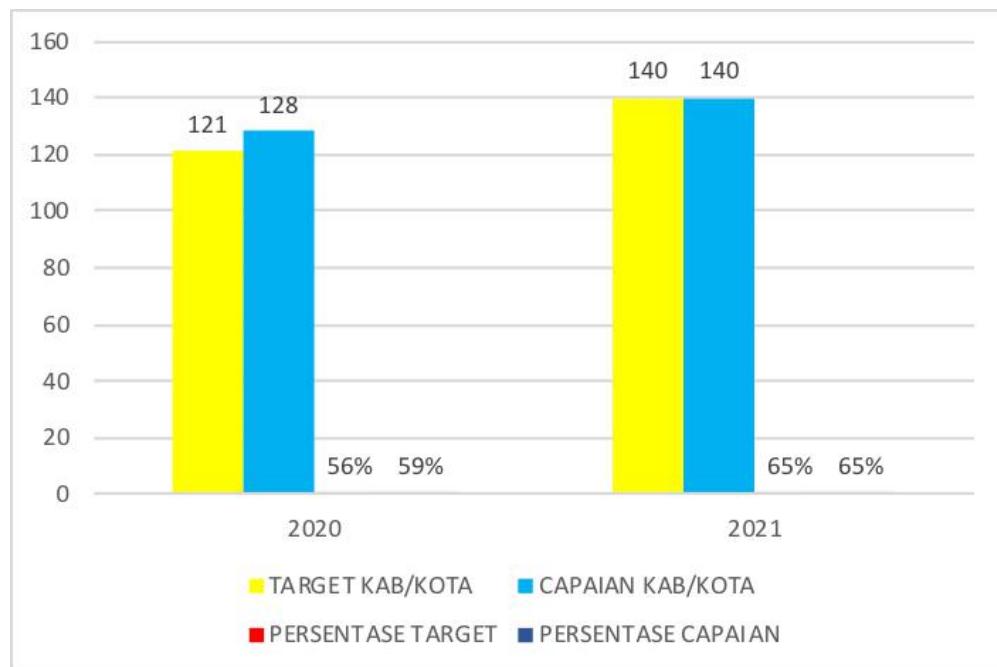
Cara perhitungan menggunakan:

$$\text{Persentase Kab/Kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM} = \frac{\text{Jumlah Kabupaten/Kota yang memiliki bandar udara dan/atau pelabuhan dan/atau PLBDN yang melakukan deteksi, pencegahan dan respons terhadap KKM}}{\text{Jumlah seluruh Kabupaten/Kota yang memiliki bandar udara dan/atau pelabuhan dan/atau PLBDN}} \times 100\%$$

Indikator Persentase Kab/Kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM, selain menjadi indikator dalam IKP, juga merupakan indikator Kinerja Sasaran Strategis (ISS) dalam Renstra Kementerian Kesehatan periode tahun 2020-2024. Capaian indikator ini mengalami penurunan capaian dari tahun 2020 ke tahun 2021. Pada tahun 2020 dari target 56%, telah tercapai 58% sehingga capaian kinerja sebesar 103,6%. Pada tahun 2021, dari target 65% telah tercapai 65% dengan

capaian kinerja 100%. Meskipun capaian tahun 2021 mengalami penurunan tetapi masih tetap mencapai target yang ditetapkan. Capaian kinerja tersebut digambarkan dalam grafik berikut ini:

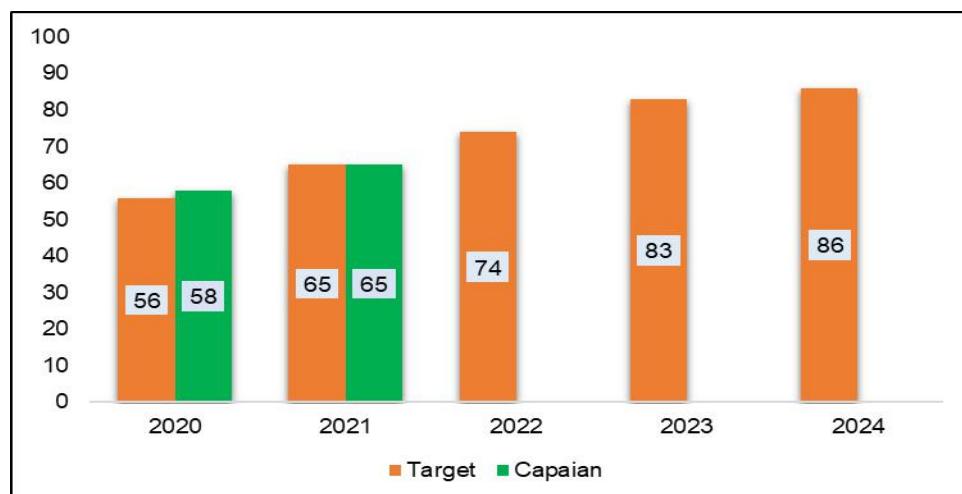
Grafik 3.36
Target dan Capaian Kab/Kota Yang Mempunyai Kapasitas
dalam Pencegahan dan Pengendalian KKM
Tahun 2020-2021



Sumber data : Laporan Substansi Karantina Kesehatan Tahun 2021

Berdasarkan grafik diatas terlihat bahwa dari 121 target Kab/Kota sebanyak 128 Kab/Kota telah mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM pada tahun 2020, sedangkan pada tahun 2021 jumlah ini meningkat menjadi 140 Kab/Kota. Bila melihat tren selama tahun 2020-2021 yang selalu tercapai maka seperti digambarkan dalam grafik dibawah ini, target tahun 2022-2024 akan berjalan *on track* dan target diperkirakan akan tercapai.

Grafik 3.37
Target dan Capaian Kab/Kota Yang Mempunyai Kapasitas
dalam Pencegahan dan Pengendalian KKM
Tahun 2020-2024



Sumber data : Laporan Substansi Karantina Kesehatan Tahun 2021

Kabupaten/Kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM adalah Kab/Kota yang melakukan upaya deteksi, pencegahan dan respons terhadap potensi kedaruratan kesehatan masyarakat yang disebabkan oleh penyakit, bahan kimia, radio nuklir dan keamanan pangan. Sejak tahun 2020 sampai saat ini, COVID-19 ditetapkan sebagai PHEIC oleh WHO, yang kemudian diikuti dengan penetapan sebagai Kedaruratan Kesehatan Masyarakat (KKM) dan Bencana Nasional oleh Presiden RI. Hal tersebut mewajibkan untuk semua daerah harus siap melaksanakan kegiatan penanggulangan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat (KKM) dalam hal ini COVID-19 dengan memanfaatkan anggaran yang ada baik pusat maupun daerah. Tahun 2021, telah difasilitasi penyusunan rencana kontigensi di 22 Kab/Kota melalui virtual meeting, dengan upaya ini Kab/Kota dapat memahami dan menyusun rencana kontigensi kesiapsiagaan khususnya pandemi COVID-19 yang masih berlangsung.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target antara lain:

1. Melakukan sosialisasi dan penyusunan rencana kontigensi melalui virtual terhadap 22 Kab/Kota.
2. Melakukan sosialisasi dan penyusunan rencana operasional Covid-19 melalui virtual terhadap 31 kab/kota.
3. Melaksanakan bimbingan teknik penyusunan rencana kontigensi ke kab/kota yang dana dekonnya masih tersedia.
4. Melakukan bimbingan teknik ke kab/kota yang melakukan review dan *Table Top Exercise* dengan menyusun dokumen rencana operasional covid-19

Beberapa faktor penghambat pencapaian target antara lain:

1. Masih dalam masa pandemi sehingga adanya pembatasan perjalanan dan kegiatan masyarakat pada masa pandemi COVID-19 mempengaruhi pencapaian kinerja indikator kekarantinaan Kesehatan.
2. Revisi penganggaran dana Dekon oleh Dinkes Provinsi terhadap kegiatan untuk pencapaian IKK menjadi kegiatan dalam penanganan pandemi di wilayahnya masing – masing.
3. Belum adanya tim pendamping dalam penyusunan rencana kontigensi baik dari pusat, propinsi dan kab/kota
4. Belum tersosialisasinya rencana kontigensi kedaruratan kesehatan masyarakat ditingkat lintas sektor di kabupaten/kota.

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

1. Mereview kembali Pedoman Penyusunan Dokumen Rencana Kontigensi yang sudah ada disesuaikan dengan UU No 6 tahun 2018 tentang kekarantinaan kesehatan.
2. Mensosialisasikan pedoman penyusunan rencana kontigensi di tingkat propinsi dan kab/kota.
3. Membentuk Tim Pendamping Penyusunan rencana kontigensi.
4. Pemanfaatan teknologi informasi dan optimalisasi kegiatan secara daring (Vicon) sosialisasi, penyusunan renkon, simulasi penanggulangan KKM.
5. Mengoptimalkan peran KKP agar membantu Dinkes Kab/ kota di wilayahnya dalam penanggulangan KKM, mulai dari penyusunan Renkon maupun kegiatan langsung dalam pencegahan dan penanggulangan KKM.

4) Sasaran Strategis 4: Meningkatnya akses, kemandirian, dan mutu kefarmasian dan alat kesehatan

Dalam Sistem Kesehatan Nasional, sediaan farmasi dan alat kesehatan merupakan salah satu subsistem dalam kelompok komponen pengelolaan kesehatan di samping komponen upaya kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat. Dengan demikian sediaan farmasi dan alat kesehatan memiliki peran strategis untuk berjalannya pengelolaan kesehatan nasional.

Tabel 3.18
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 4:
Meningkatnya akses, kemandirian, dan mutu kefarmasian dan alat kesehatan

SS 4: Meningkatnya akses, kemandirian, dan mutu kefarmasian dan alat kesehatan				
Indikator Kinerja		Realisasi Kinerja		
		Target	Realisasi	% Realisasi
4a.	Persentase puskesmas dengan ketersediaan obat esensial	90%	92,33%	102,59%

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024, terdapat Indikator sasaran strategis yang menjadi tanggungjawab Kementerian Kesehatan yaitu persentase Puskesmas dengan ketersediaan obat esensial. Definisi operasional dari indikator tersebut adalah persentase Puskesmas yang memiliki ketersediaan minimal 80% dari 40 item obat indikator pada saat dilakukan pemantauan.

Cara perhitungan indikator kinerja utama Kementerian Kesehatan, dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 3.19
Cara Perhitungan Indikator Kinerja Utama

INDIKATOR KINERJA	CARA PERHITUNGAN
Persentase Puskesmas dengan ketersediaan obat esensial	<p>Menghitung persentase Puskesmas dengan ketersediaan obat esensial menggunakan rumus berikut:</p> $\% \text{ Puskesmas dengan ketersediaan obat esensial} = \frac{\text{Jumlah Puskesmas yang memiliki minimal 80\% obat esensial}}{\text{Jumlah puskesmas yang melapor}} \times 100\%$

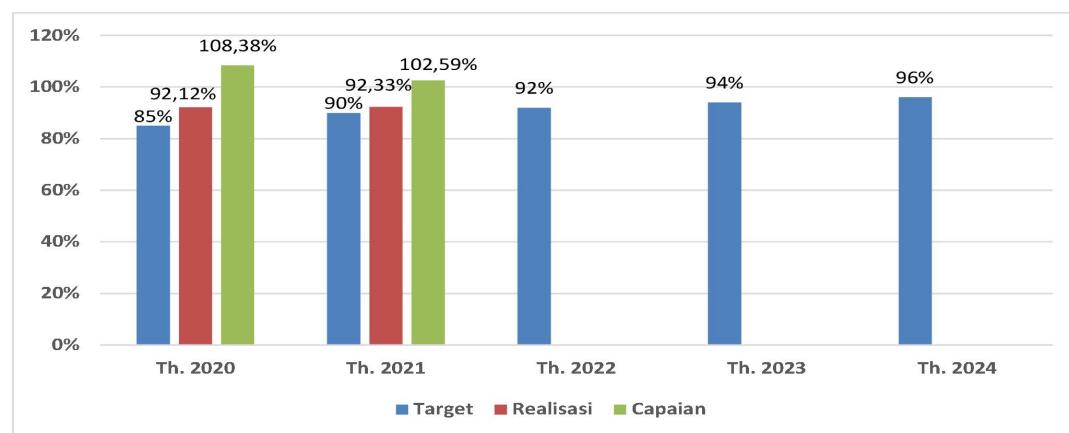
Realisasi indikator kinerja Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat Esensial di tahun 2021 adalah 92,33%, hal ini menunjukkan bahwa capaian tahun 2021 melampaui target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 90% dengan capaian 102,59%.

Hasil tersebut diperoleh dari pengukuran pada periode pelaporan di bulan November (Q-4) dimana jumlah Puskesmas yang melapor sebanyak 9.275 Puskesmas

dari 10.177 Puskesmas di Indonesia (91,14%), dengan jumlah Puskesmas yang memiliki 80% obat esensial sebanyak 8.564 Puskesmas.

Bila dibandingkan dengan tahun 2020, capaian indikator kinerja ini mengalami penurunan sebesar 5,79%. Hal tersebut dikarenakan adanya peningkatan target sebesar 5% walaupun realisasi indikator kinerja mengalami peningkatan sebesar 0,21% ditahun 2021. Gambar 4 menyajikan hasil pengukuran kinerja indikator Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat Esensial di tiap kuartal tahun 2021.

Grafik 3.38
Capaian Indikator Kinerja Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat Esensial dibandingkan dengan target Renstra dan RPJMN 2020-2024



Indikator ini juga merupakan salah satu indikator yang diukur dalam RPJMN Tahun 2020-2024 untuk program prioritas peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan. Jika dibandingkan dengan target di akhir periode Renstra dan RPJMN 2020-2024 yaitu sebesar 96%, realisasi indikator kinerja Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat Esensial di tahun 2021 mengalami peningkatan dari tahun 2020 dan akan dilakukan strategi serta upaya lebih lanjut untuk dapat mencapai target realisasi sesuai dengan RPJMN di tahun 2024 (Gambar 1).

Tercapainya target indikator kinerja Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat Esensial menunjukkan bahwa tugas dan fungsi Direktorat Tata Kelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan dalam menjaga ketersediaan obat esensial di pelayanan kesehatan dasar telah dilaksanakan dengan baik. Terjaminnya ketersediaan obat di pelayanan kesehatan dasar menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat sebagai penerima manfaat dari pelayanan kesehatan.

Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat Esensial di 34 Provinsi tahun 2020 dan 2021 disajikan pada gambar 6. Tahun 2021 nilai tertinggi yaitu 100% dimiliki oleh enam Provinsi yaitu Sulawesi Barat, Gorontalo, Kalimantan Selatan, Bali, DI. Yogyakarta, dan Sumatera Barat. Sementara di tahun 2020 nilai 100% dimiliki oleh lima Provinsi yaitu Kepulauan Bangka Belitung, DI. Yogyakarta, Kalimantan Utara, Sulawesi Utara, dan Sulawesi Barat.

Sedangkan Provinsi dengan nilai persentase yang belum mencapai target 90% di tahun 2021 berjumlah sepuluh Provinsi antara lain Aceh (89.92%), Papua barat (89.26%), Jawa Tengah (88.00%), Maluku Utara (86.11%), Sulawesi Utara (83.42%), Kalimantan Tengah (81.50%), Sumatera Selatan (78.30%), Lampung (76,38%), Banten (72.02%) dan Maluku (63.00%). Jumlah tersebut meningkat bila dibandingkan dengan tahun 2020 dimana Provinsi yang memiliki nilai Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat Esensial yang belum mencapai target 85% sebanyak empat Provinsi yaitu Sumatera Selatan (82,70%), Sulawesi Tenggara (82,41%), Banten (78,93%), dan Lampung (77,35%).

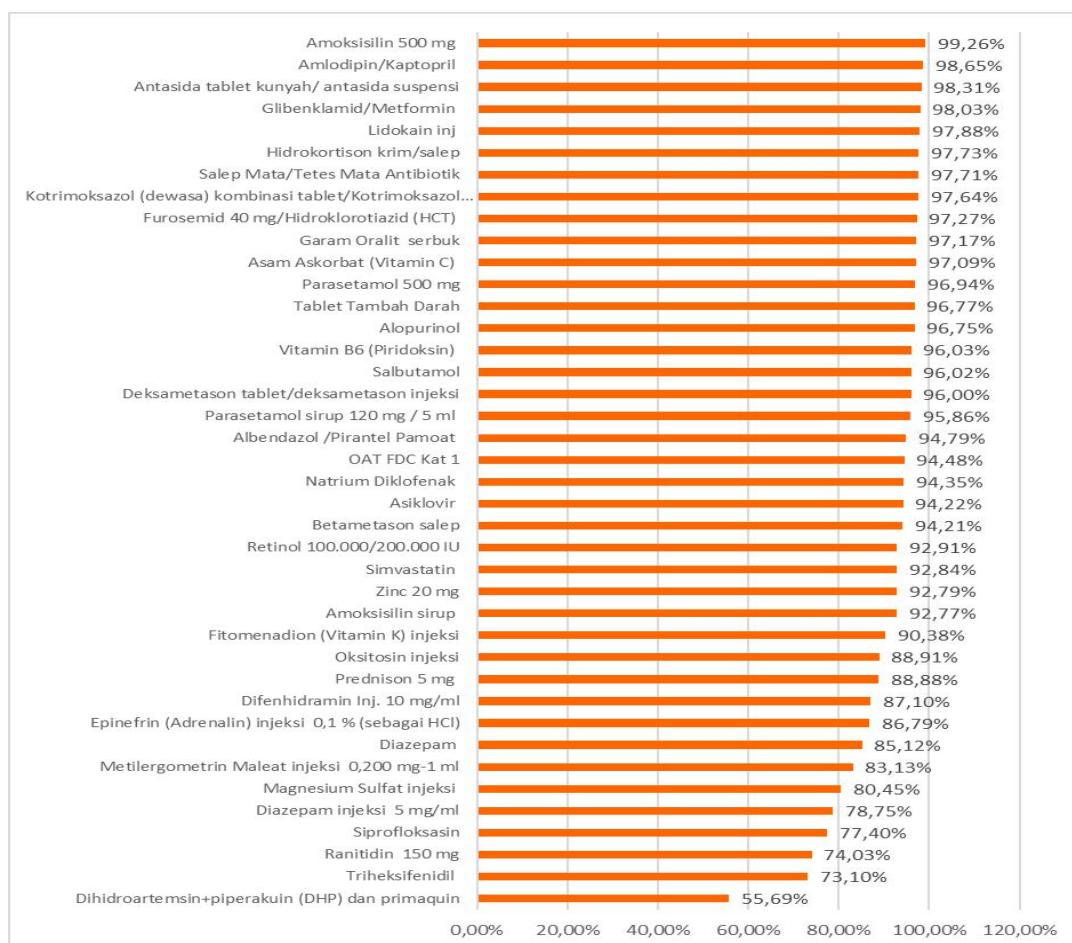
Grafik 3.39
Grafik Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat Esensial di 34 Provinsi
Tahun 2020-2021



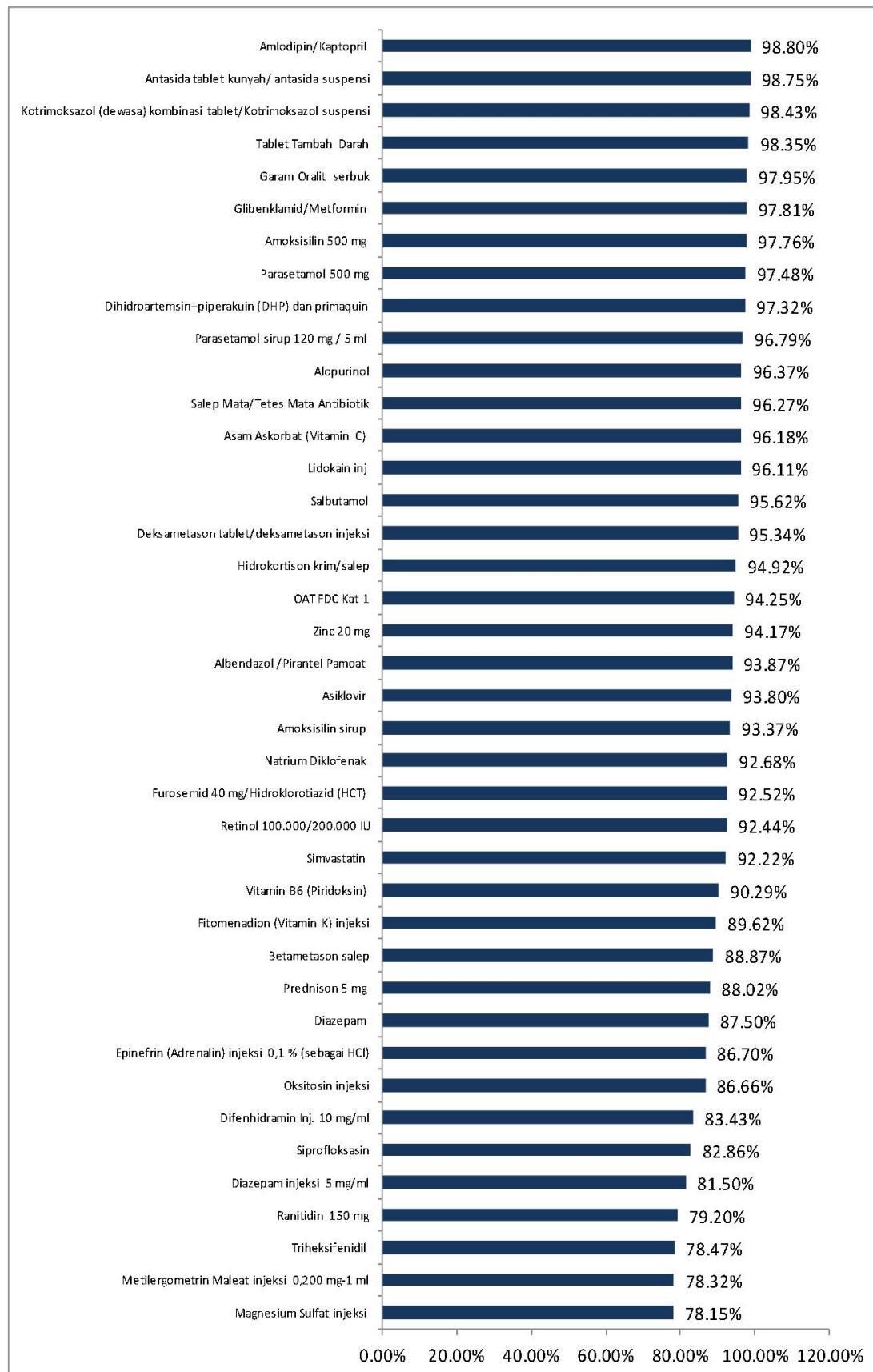
Pemantauan ketersediaan di Puskesmas dilakukan terhadap 40 item obat indikator yang merupakan obat pendukung program kesehatan Ibu dan Anak, program Gizi, program TB Paru, program Malaria serta obat pelayanan kesehatan dasar esensial dan terdapat di dalam Formularium Nasional. Item obat dengan ketersediaan tertinggi di Puskesmas berdasarkan hasil pengukuran di tahun 2021 adalah Amlodipin/Kaptopril tablet (98,80%), sedangkan item obat dengan ketersediaan terendah adalah Magnesium Sulfat injeksi (78,15%). Rendahnya ketersediaan item tersebut disebabkan sebagian Puskesmas tidak mengajukan usulan penyediaan obat ini, karena diperlukan SDM yang memiliki kompetensi khusus untuk penggunaannya.

Sementara item obat dengan ketersediaan tertinggi di Puskesmas berdasarkan hasil pengukuran di tahun 2020 adalah Amoksisilin 500 mg tablet (99,26%), sedangkan item obat dengan ketersediaan terendah adalah Dihidroartemisin+Piperakuin (DHP) dan Primakuin tablet (55,69%). Gambar 3 dan 4 menyajikan grafik ketersediaan 40 item obat esensial di Puskesmas tahun 2020 dan 2021.

Grafik. 3.40
Ketersediaan 40 Item Obat Esensial di Puskesmas Tahun 2020



Grafik 3.41 Ketersediaan 40 Item Obat Esensial di Puskesmas



Keberhasilan pencapaian target indikator kinerja Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat Esensial di tahun 2021 didukung melalui pelaksanaan kegiatan yang dimulai dari perencanaan kebutuhan obat dan vaksin serta koordinasi yang rutin dan intensif dengan *stakeholder* terkait untuk penyediaan obat dan vaksin di pusat, provinsi, dan kabupaten/Kota. Selain itu adanya komitmen Pusat dan Daerah dalam menjaga ketersediaan obat essensial, melalui Pemantauan ketersediaan di Puskesmas dilakukan terhadap 40 item obat indikator secara berkala dan melaporkannya secara tertib dan tepat waktu.

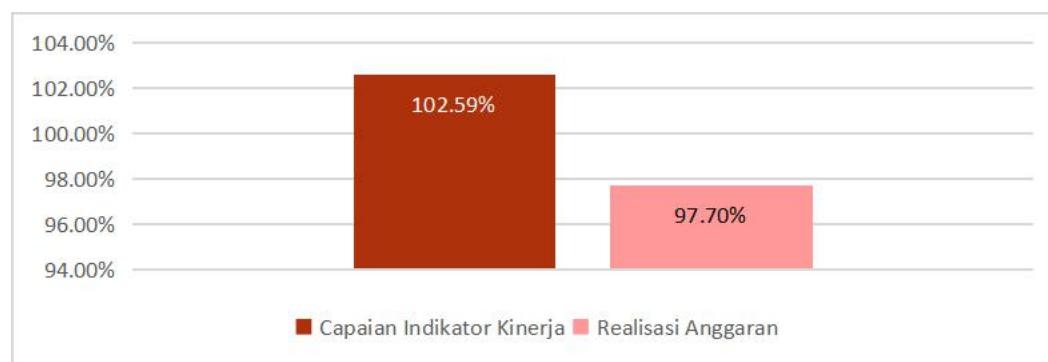
Permasalahan yang dihadapi dalam pencapaian target indikator kinerja Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat Esensial di tahun 2021 adalah:

- 1) Fokus daerah terhadap penanganan serta percepatan vaksinasi COVID-19 menyebabkan pelaporan indikator ketersediaan obat dan vaksin kurang optimal;
- 2) Pada beberapa daerah masih terdapat pendistribusian obat program yang belum merata dari Dinas Kesehatan Provinsi ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang mempengaruhi ketersediaan obat program di Puskesmas;
- 3) Belum adanya akses sistem informasi logistik obat dan BMHP di tingkat Puskesmas, sehingga mengakibatkan ketidakpatuhan pelaporan

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

- 1) Mengoptimalkan koordinasi dengan Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota serta Puskesmas untuk meningkatkan kepatuhan pelaporan;
- 2) Mendorong percepatan tindak lanjut permasalahan proses pemerataan distribusi obat program dari Dinas Kesehatan Provinsi ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota;
- 3) Menyediakan sistem *Digital Inventory National* (DIN) yang bertujuan untuk mendapatkan, memonitor dan mengevaluasi ketersediaan data stok obat dan BMHP di Pusat, Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota serta Puskesmas.

Perbandingan antara capaian indikator kinerja Persentase Puskesmas dengan Ketersediaan Obat Esensial dengan persentase realisasi anggaran kegiatan pendukungnya menyatakan adanya efisiensi anggaran terhadap capaian kinerja, dimana capaian kinerja sebesar 102,59% dapat terwujud dengan 97,70% penyerapan anggaran, sebagaimana ditampilkan pada gambar 5.

Grafik 3.42**Grafik Efisiensi Penggunaan Sumber Daya Terhadap Capaian Indikator Kinerja Persentase Puskesmas Dengan Ketersediaan Obat Esensial Tahun 2021**

5) Sasaran Strategis 5: Meningkatnya pemenuhan SDM kesehatan dan kompetensi sesuai standar

Tenaga kesehatan memiliki peran penting dalam rangka terselenggaranya pelayanan kesehatan masyarakat. Pemerintah terus mengupayakan pemenuhan dan pemerataan tenaga kesehatan guna memenuhi harapan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang bermutu.

Dalam kaitan dengan Sasaran Strategis ini, Kementerian Kesehatan mengidentifikasi empat Indikator Kinerja Utama (IKU) dengan hasil capaiannya sebagaimana tergambar dalam tabel berikut:

Tabel 3.20
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 5:
Meningkatnya pemenuhan SDM kesehatan dan kompetensi sesuai standar

SS 5: Meningkatnya pemenuhan SDM kesehatan dan kompetensi sesuai standar				
Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja			% Realisasi
	Target	Realisasi		
5a. Persentase puskesmas dengan jenis nakes sesuai standar	47%	48,86%		103,96%
5b. Persentase RSUD kabupaten/kota yang memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis lainnya sebesar 90% (minimal 4	75%	75,31%		100,41%

	spesialis dasar wajib ada)			
5c.	Persentase puskesmas tanpa dokter	0%	4,95%	95,05%
5d.	Jumlah SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya	39.627	159.329	402,07%

Uraian tentang ke empat IKU tersebut adalah sebagai berikut:

1. Persentase puskesmas dengan jenis nakes sesuai standar

Definisi operasional indikator **Persentase Puskesmas Dengan Jenis Tenaga Kesehatan Sesuai Standar adalah Jumlah Puskesmas yang teregistrasi yang telah terpenuhi (9 jenis) tenaga kesehatan (dokter, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, gizi, tenaga apoteker dan/atau tenaga teknis kefarmasian, ahli teknologi laboratorium medik (ATLM) sesuai standar (minimal 1; baik berstatus ASN atau non ASN; baik ditempatkan secara tetap atau sementara, baik oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah, sebagaimana terdata dalam Sistem Informasi SDM Kesehatan.**

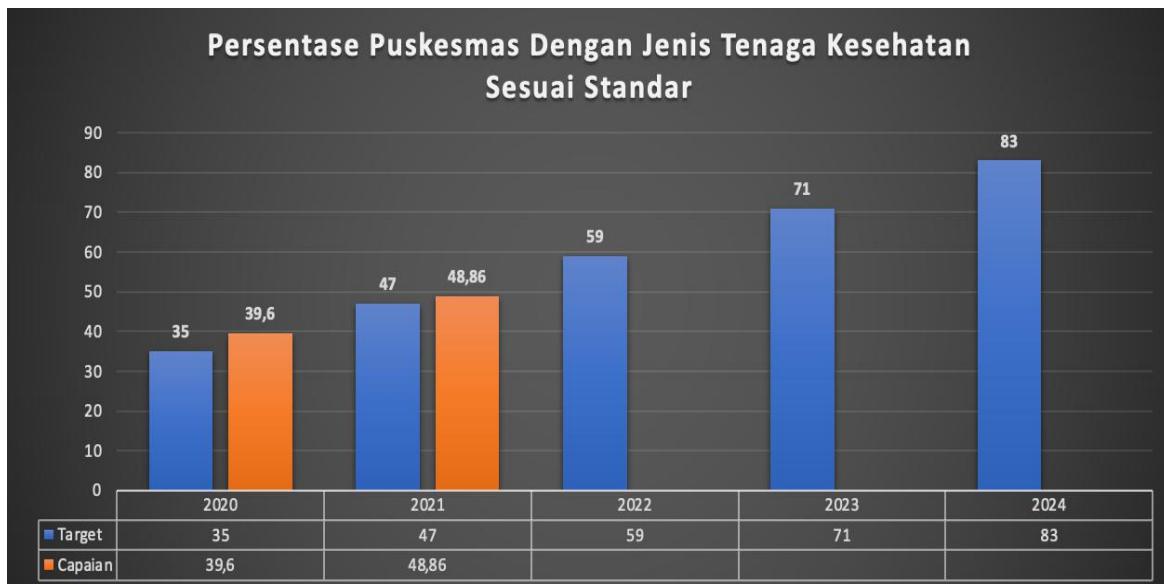
Formulasi perhitungan: jumlah puskesmas teregistrasi dengan jenis tenaga kesehatan sesuai standar, minimal 1 orang, dibagi total jumlah puskesmas teregistrasi, dikali 100%.

Target indikator ini pada tahun 2021 adalah 47% puskesmas terisi jenis tenaga kesehatan sesuai standar. Artinya Puskesmas tersebut harus memiliki sembilan jenis tenaga kesehatan minimal 1 orang untuk masing-masing jenis tenaga kesehatan. Sembilan jenis tenaga kesehatan yang dimaksud ini mengacu kepada dokumen Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas pasal 17, dengan jenis tenaga kesehatan sebagai berikut:

1. Dokter
2. Dokter Gigi
3. Perawat
4. Bidan
5. Tenaga Kesehatan Lingkungan,
6. Tenaga Teknis Kefarmasian,
7. Tenaga Gizi,
8. Tenaga Kesehatan Masyarakat, dan
9. Tenaga Ahli Teknologi Laboratorium Medik

Indikator ini merupakan indikator yang mendukung Program Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dengan ditetapkannya indikator tersebut, diharapkan setiap puskesmas yang memiliki jenis tenaga kesehatan minimal sesuai standar semakin bertambah sehingga dapat mendukung peningkatan pelayanan kesehatan di primer.

Grafik 3.43
Percentase Puskesmas dengan Jenis Tenaga Kesehatan Sesuai Standar



Berdasarkan data dalam Sistem Informasi SDM Kesehatan, dari total 10.260 Puskesmas yang teregistrasi, sebanyak 5.013 puskesmas telah memiliki sembilan jenis tenaga kesehatan minimal 1 orang, atau tercapai 48,86% dari target 47% di tahun 2021.

Grafik diatas menunjukkan bahwa pencapaian kinerja indikator ini masih *on tract* dengan capaian yang selalu melebihi target. Bila capaian tahun 2021 ini dibandingkan dengan target jangka menengah, terlihat bahwa kinerjanya baru 82,81%, ini berarti dibutuhkan kerja keras untuk menambah capaian 10,14% agar target 59% di tahun 2022 bisa tercapai. Pencapaian indikator ini didukung oleh kegiatan penugasan khusus, perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan, registrasi tenaga kesehatan, pendayagunaan tenaga kesehatan lulusan Poltekkes Kementerian Kesehatan RI di fasyankes.

Gambaran keberhasilan capaian ini berjalan lurus dengan peran aktif Pemerintah Daerah dalam melakukan pemutakhiran data dan informasi dan perencanaan kebutuhan SDM Kesehatan, mengingat karakteristik SDM Kesehatan yang bersifat dinamis. Adanya mutasi SDM Kesehatan, peningkatan kompetensi, perubahan jabatan, pensiun, meninggal dan lain-lain merupakan suatu siklus yang pasti terjadi. Ditambah adanya penambahan jumlah puskesmas untuk meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat. Apabila aktivitas ini tidak direkam dengan baik, maka upaya pemenuhan tenaga kesehatan tidak dapat dideskripsikan dengan lengkap.

Meskipun secara persentase, kinerja indikator ini tercapai melebihi dari target, akan tetapi masih diperlukan banyak upaya untuk mempertahankan atau menambah capaian. Bahwa pemenuhan tenaga kesehatan tidak semata diatasi dengan penugasan khusus

yang sifatnya sementara. Pemenuhan tenaga kesehatan juga dapat dipenuhi melalui mekanisme lain, seperti:

1. Rekrutmen tenaga kesehatan ASN,
2. Melakukan redistribusi lokal oleh Pemerintah Daerah,
3. Pengangkatan tenaga tidak tetap, misalnya tenaga BLU atau kontrak kerja, penyediaan tenaga kesehatan melalui dana BOK di Puskesmas, serta
4. Penyediaan tenaga kesehatan melalui mekanisme seleksi Calon Aparatur Sipil Negara (CASN).

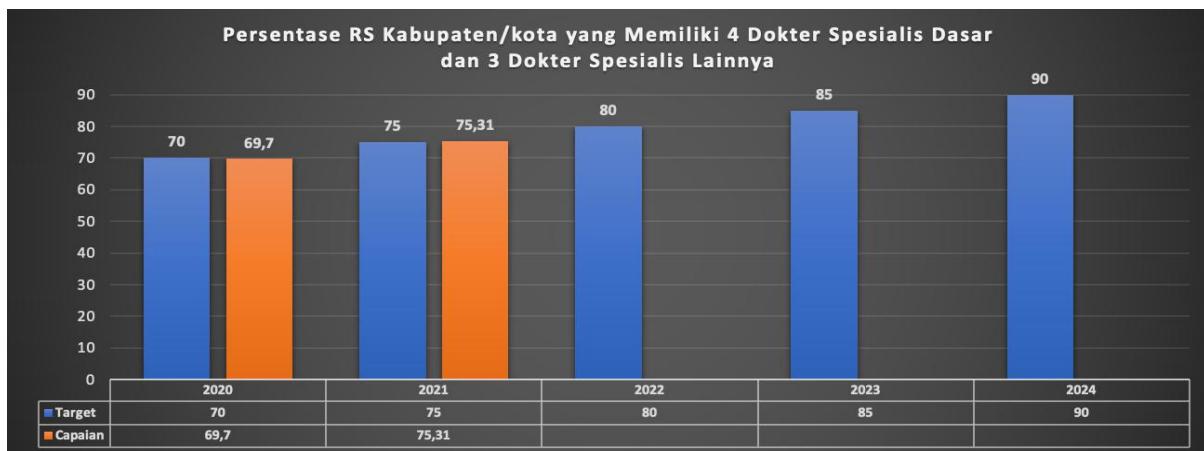
Pemenuhan tenaga Kesehatan juga bisa dilakukan dengan meningkatkan retensi tenaga kesehatan melalui upaya peningkatan kesejahteraan tenaga kesehatan dengan memberikan fasilitasi peningkatan karir, pendapatan finansial yang menarik, pembinaan kompetensi, perlindungan hukum dan perlindungan sosial ketenagakerjaan. Retensi tenaga Kesehatan yang baik sangat penting dalam mendukung pemberian layanan Kesehatan yang akan memperbaiki *outcome* Kesehatan.

2. Persentase RSUD kabupaten/kota yang memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis lainnya sebesar 90% (minimal 4 spesialis dasar wajib ada)

Definisi operasional indikator Persentase RSUD Kabupaten/kota yang memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis lainnya adalah Persentase RSUD Kabupaten/Kota yang teregistrasi, yang telah terpenuhi 4 dokter spesialis dasar (Penyakit Dalam, Obstetri dan Ginekologi, Penyakit Bedah dan Penyakit Anak) dan 3 spesialis lainnya, minimal 1 orang, baik berstatus ASN atau non ASN, baik ditempatkan secara tetap atau semantara, baik oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah sebagaimana terdata dalam Sistem Informasi SDM Kesehatan.

Formulasi perhitungan capaiannya adalah jumlah RSUD Kabupaten/Kota teregistrasi yang telah terpenuhi empat spesialis dasar (Penyakit Dalam, Obstetri dan Ginekologi, Penyakit Bedah dan Penyakit Anak) dan tiga spesialis lainnya; minimal 1 orang dibagi dengan total jumlah RSUD Kabupaten/Kota teregistrasi, dikalikan 100%.

Grafik 3.44
Percentase RS Kabupaten/Kota yang memiliki 4 Dokter Spesialis Dasar
Dan 3 Dokter Spesialis Lainnya

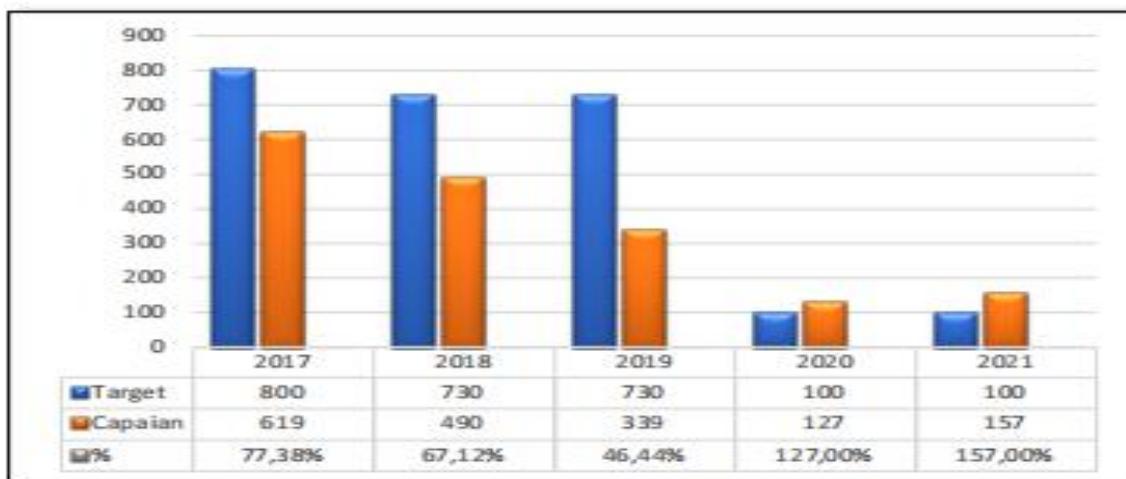


Berdasarkan data dalam Sistem Informasi SDM Kesehatan, dari total 636 RSUD Kabupaten/kota yang terregistrasi, sebanyak 479 rumah sakit telah memiliki empat spesialis dasar (Penyakit Dalam, Obstetri dan Ginekologi, Penyakit Bedah dan Penyakit Anak) dan tiga spesialis lainnya minimal 1 orang, atau tercapai 75,31% dari target 75% di tahun 2021. Grafik diatas menunjukkan bahwa pencapaian kinerja indikator ini masih on tract dengan capaian yang selalu mendekati atau melampaui target per tahun. Apabila capaian tahun 2021 dibandingkan dengan target jangka menengah, kinerja nya 94,14%. Dibutuhkan upaya lebih untuk menambah 5% capaian agar target 80% di tahun 2022 dapat tercapai. Pencapaian indikator ini didukung dari kinerja kegiatan program bantuan pendidikan dokter dan dokter gigi spesialis-subspesialis, penugasan khusus calon dokter spesialis (residen), serta lulusan pendidikan dokter spesialis yang didayagunakan.

Meskipun tercapai, tetapi masih ada tantangan yang membayangi pencapaian indikator ini, antara lain program pendayagunaan dokter spesialis yang tidak lagi bersifat wajib, mengakibatkan menurunnya peminatan dokter spesialis. Untuk itu perlu segera dilakukan revisi Peraturan Presiden nomor 31 Tahun 2019 tentang Pendayagunaan Dokter Spesialis. Selain itu perlu dilakukan pengembangan atau modifikasi program bantuan pendidikan dokter spesialis dan program pendayagunaan dokter spesialis untuk mendorong distribusi layanan medis spesialistik pada seluruh Rumah Sakit Umum Daerah yang menjadi sasaran dalam IKP ini. Termasuk integrasi data dalam rangka menunjang upaya distribusi tenaga kesehatan, termasuk didalamnya tenaga medis layanan spesialistik.

Keberhasilan capaian ini didukung oleh pelaksanaan program diantaranya Penugasan Khusus Bagi Calon Dokter Spesialis (Residen). Capaian penugasan khusus calon dokter spesialis (residen) tahun 2021 melebihi target yaitu 157 % dari target 100 orang. Capaian ini meningkat 30% dari tahun 2020.

Grafik 3.45
Tren Capaian Residen tahun 2017-2021



Sumber data: Pusat Percencanaan dan Pelayagunaan SDMK 2021

Penempatan Penugasan Khusus Bagi Calon Dokter Spesialis (Residen) tersebar di 28 provinsi, 109 kab/kota dan 118 RSU/RSUD. Capaian tahun 2021 meningkat dibandingkan tahun sebelumnya

Kendala pelaksanaan antara lain : Tidak terdapat kendala khusus, dikarenakan Pandemi Covid-19, pada awal tahun menyebabkan terhambatnya kegiatan penugasan khususnya dalam hal transportasi dikarenakan kebijakan pemerintah yang memberlakukan PPKM di beberapa wilayah menyebabkan kendala pemberangkatan bagi para residen.

Terobosan Yang Dilakukan : Koordinasi lebih intens dengan TKPPDS dan FK

Tabel 3.21
Jumlah Pelayagunaan Dokter Spesialis Tahun 2021

Tabel 3.9. Jumlah Pelayagunaan Dokter Spesialis Tahun 2021

Angkatan	SpOG	SpB	SpB	SpPD	SpRad	SpAn	SpPK	Jumlah
PGDS X	22	20	21	21	15	8	7	114
PGDS XI	14	14	16	41	5	7	6	103
PGDS XII	18	17	25	21	15	7	11	114
PGDS XIII	20	9	12	14	0	10	1	66
PGDS XIV	7	2	9	5	0	2	2	27
PGDS XV	17	16	3	17	0	7	7	67
PGDS XVI	25	9	22	14	12	3	6	91
Total	123	87	108	133	47	44	40	582

Sumber data: Pusat Perencanaan dan Pelayagunaan SDMK TA 2021

Pada tahun 2020, capaian indikator jumlah pendayaagunaan dokter spesialis adalah 510 orang. Namun, pada tahun 2021 ini, ada penambahan capaian sebesar 72 orang, sehingga capaian tahun 2021 adalah 582 orang atau 83,14%. Capaian ini meningkat dari tahun sebelumnya, namun masih belum sesuai dengan target yang diharapkan.

Terobosan yang dilakukan:

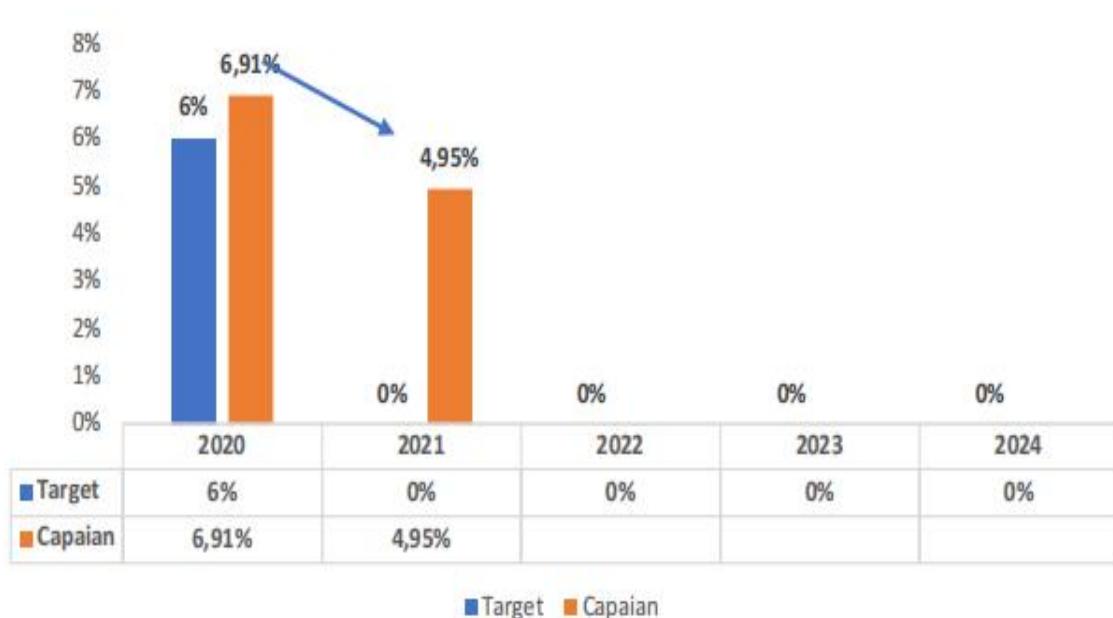
- Melakukan permohonan penurunan target output dari 700 peserta PGDS menjadi 500 peserta PGDS di tahun 2021 MMelakukan tes PCR bagi peserta yang akan berangkat melaksanakan program PGDS
- Melakukan koordinasi dan membuat telaah dalam upaya mengembalikan PGDS menjadi *mandatory*
- Penambahan jenis spesialis baru yaitu Anestesi dan Radiologi sebagai upaya pemenuhan jenis tenaga dokter spesialis di daerah sekaligus upaya peningkatan capaian kinerja.

3. Persentase puskesmas tanpa dokter

Definisi operasional indikator Persentase Puskesmas Tanpa Dokter adalah *Persentase Puskesmas yang teregristrasi yang tidak memiliki tenaga dokter baik ber status ASN (Aparatur Sipil Negara) atau Non ASN, baik yang ditempatkan oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah, baik ditempatkan secara tetap atau sementara, sebagaimana terdata dalam Sistem Informasi SDM Kesehatan (SISDMK)*.

Formulasi perhitungan capaian indikator ini adalah jumlah puskesmas yang teregristrasi tanpa dokter dibagi dengan total puskesmas yang teregristrasi dikalikan dengan 100%.

Gambar 3.46
Grafik Target dan Capaian Indikator Persentase Puskesmas Tanpa Dokter



Sejak tahun 2021, target indikator ini adalah 0% indikator. Target ini cukup berat dan ambisius mengingat setiap tahun tidak tertutup kemungkinan adanya penambahan puskesmas baru yang membutuhkan ketersediaan tenaga dokter. Untuk tahun 2021, realisasi indikator Puskesmas Tanpa Dokter adalah 4,95%. Diasumsikan bahwa target 0% tersebut adalah sama dengan 100% (terisi semua), maka dengan capaian 4,95%, maka persentase capaian kinerjanya adalah 95,05%. Mengingat secara matematis, angka yang dibagi atau dikalikan dengan 0 hasilnya tidak dapat diukur, maka tidak dapat menggunakan formulasi matematika.

Berdasarkan data dalam Sistem Informasi SDM Kesehatan per 31 Desember 2021, masih terdapat 508 Puskesmas yang belum memiliki dokter, dari total 10.260 Puskesmas yang sudah registrasi, atau masih 4,95% Puskesmas tanpa dokter. Angka 508 diperoleh berdasarkan data tenaga Kesehatan dalam Sistem Informasi SDMK dan diolah kembali setelah diperoleh hasil *desk Nusantara Sehat* tahun 2021. Mengingat terdapat puskesmas yang secara geografis memang sulit dicapai atau ditempatkan tenaga dan adanya faktor keamanan yang menjadi salah satu faktor pertimbangan penting.

Capaian ini memang belum mencapai target 0%, tetapi apabila dibandingkan dengan capaian tahun 2020, dimana masih terdapat 6,91% Puskesmas tanpa dokter, berarti **telah terjadi pertambahan Puskesmas yang terisi tenaga dokter atau terdapat penurunan puskesmas yang tidak/belum terisi tenaga dokter sebesar 1,96%**.

Apabila dibandingkan dengan target akhir di tahun 2024, dibutuhkan upaya dan strategi yang tepat untuk menempatkan tenaga dokter di pukesmas. Strategi pemenuhan tenaga dokter di puskesmas saat ini masih didukung dari kegiatan penugasan khusus dan internsip dokter. Terdapat upaya inovasi yang telah diwacanakan akan dilaksanakan di tahun 2021 seperti pendayagunaan dokter pasca internsip, namun urung dilaksanakan akibat terbentur permasalahan regulasi yang belum rampung hingga tahun 2021 berakhir.

Gambaran kondisi ini menunjukkan bahwa pemenuhan tenaga dokter dibutuhkan keterlibatan dan peran serta pihak lain, khususnya Pemerintah Daerah karena sistem pemerintahan yang desentralisasi telah membagi tegas peran masing-masing. Perlu dilakukan pula advokasi kebijakan satu paket antara perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan dengan upaya pemenuhan. Pemerintah Daerah digandeng untuk turut memenuhi tenaga dokter di wilayahnya, dengan skema yang lebih permanen. Perlu dipertimbangkan pula untuk memanfaatkan penyaluran dana Bantuan Operasional Kesehatan untuk merekrut secara selektif tenaga dokter, misalkan dengan kriteria prioritas tertentu.

Gambar 3.32
Sebaran Puskesmas Per Provinsi Yang Terisi Dokter



Dari gambar di atas tampak bahwa ketersediaan dokter terbanyak masih terkonsentrasi di pulau Jawa. Salah satu tantangan yang perlu menjadi perhatian adalah masalah ketersediaan data yang justru menjadi potret kondisi yang ada di lapangan. Pencatatan pertambahan puskesmas baru harus didokumentasikan dengan baik, kemudian mendata ulang puskesmas-puskesmas yang tidak layak operasional atau sudah tidak lagi operasional, puskesmas yang tidak mungkin ditempatkan dengan alasan keamanan dan kondisi geografis harus direkam dan dikeluarkan dari data populasi, sehingga yang tersisa adalah jumlah yang sesungguhnya.

Untuk itu, Pemerintah Daerah harus didorong untuk turut peduli dengan data SDM Kesehatan dan mengadvokasi agar memanfaatkan data-data yang telah dikumpulkan dalam kebijakan pengelolaan SDM Kesehatan di wilayahnya. Indikator ini mendukung pula Program Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024.

Tabel 3.22
Faktor Yang Mempengaruhi Indikator Puskesmas Tanpa Dokter

No	Permasalahan	Akibat
1	<ul style="list-style-type: none"> ● Manajemen atau pengelolaan tenaga kesehatan bukan mutlak kewenangan Pemerintah Pusat. ● Urusan pemerintahan di bidang kesehatan merupakan tugas Kementerian Kesehatan, namun demikian pelaksanaan urusan pemerintahan ini tidak hanya dilakukan oleh Kementerian Kesehatan sendiri, tetapi juga melibatkan lintas sektor/pemangku kepentingan/masyarakat. ● Di dalam Undang – Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah, disebutkan bahwa urusan kesehatan termasuk dalam urusan pemerintahan konkuren yang dibagi antara Pemerintah Pusat dan Daerah. Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota wajib melakukan perencanaan dan pengembangan SDM Kesehatan untuk UKM dan UKP daerah Provinsi dan Kabupaten/Kota. Undang – undang ini juga telah membagi peran dan tugas antara Pemerintah Pusat dan Daerah secara jelas. Artinya, di dalam perencanaan, pengadaan dan pemenuhan tenaga kesehatan, peran Pemerintah Daerah cukup besar. 	Tenaga kesehatan meskipun terkesan “seksi” dan selalu “dikeluhkan” akibat distribusinya yang tidak merata dan kompetensi yang butuh peningkatan, namun pengelolaannya belum terlalu menjadi prioritas Daerah.
2	Ketersediaan data dan informasi tenaga kesehatan yang valid dan ter-update secara berkala masih belum menjadi prioritas Daerah.	Daerah belum mampu Memetakan dengan tepat kebutuhan tenaga kesehatan sehingga belum dimanfaatkan dalam proses perencanaan, pengadaan, Distribusi dan pemenuhan tenaga kesehatan di daerah.

4. Jumlah SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya

Definisi Operasional indikator Jumlah absolut SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya adalah ***Jumlah SDM Kesehatan, baik tenaga kesehatan atau tenaga non kesehatan yang bekerja di bidang kesehatan, yang ditingkatkan kompetensinya melalui pendidikan atau pelatihan yang terakreditasi per tahun.***

Formulasi perhitungan indikator Jumlah SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya adalah mengkalkulasikan total jumlah SDM Kesehatan yang mendapat sertifikat pada pelatihan teknis kesehatan, fungsional kesehatan, manajemen kesehatan dan manajemen non kesehatan terakreditasi ditambah jumlah sdm kesehatan penerima bantuan pendidikan berkelanjutan ditambah jumlah peserta penerima bantuan pendidikan profesi kesehatan, ditambah jumlah tenaga kesehatan yang melaksanakan internship ditambah SDM kesehatan yang tersertifikasi kompetensi.

Grafik 3.47
Jumlah SDM Kesehatan yang ditingkatkan Kompetensinya



Berdasarkan data yang tersedia, capaian indikator ini sangat jauh melampaui target tahun 2021 yakni 159.329 orang dari target 39.627 orang SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya (402,07%). Bila dibandingkan dengan capaian tahun lalu, angka capaian tahun ini memang sangat luar biasa, pun bila dibandingkan dengan target jangka akhir. Hal ini diakibatkan karena pada tahun 2021 dimana Indonesia masih menghadapi kondisi pandemi Covid-19, Pemerintah Pusat memang sangat memprioritaskan percepatan cakupan vaksinasi Covid-19, sehingga secara masif dilaksanakan pelatihan vaksinator yang tahun ini tercapai sebanyak 148.635. 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 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.

Tabel 3.23
Komposit Indikator Jumlah SDM Yang Ditingkatkan Kompetensinya

Komposit Indikator	Capaian
1. Data Puslat SDMK	
Jumlah SDM Kesehatan yang mendapat sertifikat pada pelatihan teknis dan fungsional terakreditasi (orang)	148.635
2. Data Pusrengun SDMK	
Jumlah dokter yang melaksanakan internsip	10.694
Total Capaian	159.329
% capaian	402,07

Beberapa upaya yang telah dilakukan melalui program yang dijalankan oleh Kementerian Kesehatan melalui Badan PPSDM Kesehatan dsebagai berikut:

- a. **Meningkatkan Jumlah SDM Kesehatan yang mendapat sertifikat pada pelatihan teknis kesehatan, fungsional kesehatan, manajemen kesehatan dan manajemen non kesehatan terakreditasi**

Jumlah SDM Kesehatan yang mendapatkan sertifikat pada pelatihan teknis dan fungsional terakreditasi pada tahun 2021 adalah sebanyak 148.635 orang dari target 15.272 orang.

- b. **Meningkatkan Jumlah Dokter yang Melaksanakan Internsip**

Program Internsip Dokter Indonesia (PIDI) merupakan salah satu upaya pemerintah dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di Indonesia di bidang kedokteran sesuai dengan amanat Undang-Undang Praktik Kedokteran No. 29 tahun 2004.

Capaian jumlah dokter yang melaksanakan internsip tahun 2020 yaitu 10.360 orang dari target 12.000 orang atau sebesar 86,33%. Target tahun 2021 sebesar 12.000 orang . Capaian tahun 2021 yaitu 10.694 orang atau sebesar 89,12%. Capaian kinerja meningkat meskipun belum sesuai target.

6) Sasaran Strategis 6: Terjaminnya pembiayaan kesehatan

Tabel 3.24
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 6:
Terjaminnya pembiayaan kesehatan

SS 6: Terjaminnya pembiayaan kesehatan				
Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja			% Realisasi
	Target	Realisasi		
6a. Persentase anggaran kesehatan terhadap APBN	5,1%	9,4 %	184,31	

Definisi operasional IKU Persentase anggaran kesehatan terhadap APBN yaitu Besaran anggaran yang ditujukan untuk mencapai target atau sasaran pembangunan Kesehatan baik yang ada di Kementerian Kesehatan maupun di K/L lain, non K/L dan dana transfer ke daerah, berdasarkan ketentuan pasal 171 ayat 1 UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Besar anggaran kesehatan Pemerintah dialokasikan minimal sebesar 5% (lima persen) dari anggaran pendapatan dan belanja negara di luar gaji.

- Anggaran kesehatan dalam APBN meliputi Anggaran Kesehatan yang ada di pusat dan yang melalui transfer ke Daerah dan Dana Desa (TKDD)
- Anggaran Kesehatan di Pusat antara lain anggaran di Kementerian Kesehatan, BKKBN, Badan POM dan K/L Lainnya
- Anggaran TKDD meliputi DAK Fisik, DAK Non Fisik dan Otsus Papua
- *Anggaran kesehatan melalui pembiayaan*

Cara perhitungan indikator Persentase anggaran kesehatan terhadap APBN yaitu Total besaran anggaran kesehatan dibagi total anggaran pendapatan dan belanja negara (APBN) dikalikan 100

$$\frac{\text{Anggaran kesehatan} * 100 \%}{\text{Anggaran belanja APBN}}$$

Sumber Data : Website Kementerian Keuangan

<https://www.kemenkeu.go.id/media/18902/informasi-apbn-2022.pdf>

Tabel 3.25
Pembagian Anggaran Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2022

	APBN 2020 (Triliun)	APBN 2021 (Triliun)	APBN 2022 (Triliun)
Anggaran Pusat	97,2	111,7	188,5
Anggaran TKDD	34,9	58	66,9
Total Anggaran Kesehatan	132,2	169,7	255,4
Total Belanja APBN	2.540,4	2.750,0	2.714,15
Prosesentase (%)	5,2	6,1	9,4

Kegiatan yang dilakukan Setjen c.q Biro Perencanaan dan Anggaran melakukaan koordinasi dengan unit internal Kemenkes untuk menyusun rencana kerja (renja) dan rka K/L Kementerian Kesehatan (anggaran kantor pusat; anggaran kantor daerah; dan anggaran dekonsentrasi) dan dalam pengusulan kebutuhan anggaran transfer ke daerah (DAK Kesehatan Fisik dan Nonfisik).

Dalam penyelenggaraan kekuasaan pengelolaan keuangan negara oleh Presiden tersebut, sebagian dikuasakan kepada: Menteri Keuangan, sebagai pengelola fiskal dan wakil pemerintah pusat dalam hal kepemilikan kekayaan negara yang dipisahkan. Menteri Keuangan sebagai pembantu Presiden dalam bidang keuangan bertindak selaku *Chief Financial Officer* (CFO), mempunyai tugas:

1. Menyusun kebijakan fiskal dan kerangka ekonomi makro;
2. Menyusun RAPBN dan Rancangan Perubahan APBN
3. Mengesahkan dokumen pelaksanaan anggaran,
4. Melakukan perjanjian internasional dibidang keuangan,
5. Melaksanakan pemungutan pendapatan negara yang telah ditetapkan dalam UU;
6. Melaksanakan fungsi bendahara umum negara
7. Menyusun laporan keuangan yang merupakan pertanggungjawaban pelaksanaan APBN;
8. Melaksanakan tugas-tugas lain dibidang pengelolaan fiskal berdasarkan UU

Penentu besaran belanja dalam APBN termasuk anggaran kesehatan adalah Menteri Keuangan sebagai CFO.

Hambatan terkait pelaksanaan kegiatan disebabkan oleh Kementerian Kesehatan berupaya memenuhi ketentuan pasal 171 UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dengan mengusulkan anggaran yang menjadi kewenangan Kementerian Kesehatan (anggaran kantor pusat; anggaran kantor daerah; dan anggaran dekonsentrasi) dan anggaran TKDD (DAK Kesehatan Fisik dan Nonfisik). Untuk anggaran kesehatan pada K/L lain juga disinkronisasi oleh Kementerian Keuangan (cq. DJA) untuk memenuhi 5% dalam APBN.

Meningkatnya anggaran kesehatan dalam APBN 2022, dipengaruhi oleh kondisi pandemi covid-19, dimana dalam masa pandemi ini sektor kesehatan mendapatkan perhatian khususnya untuk penganggaran penanganan Covid 19. Anggaran Kemenkes (BA.024) sudah termasuk anggaran pengadaan vaksin Covid 19 sebesar Rp10 T (untuk memenuhi kebutuhan vaksinasi, dimana tahun 2022 sasaran vaksinasi sudah bertambah dengan sasaran anak 6 sd 11 tahun. (Sasaran Vaksinasi 2021: tenaga kesehatan, lansia, usia produktif, anak 12 sd 17 Tahun dan akhir desember 2021 sudah bertambah dengan anak 6 sd 11 tahun)

Peningkatan anggaran kesehatan pada APBN 2022 dikarenakan adanya:

- Lanjutan Penanganan Covid-19, a.l. program Vaksinasi, perawatan pasien, testing & tracing, obat, insentif nakes
- Reformasi Sistem Kesehatan, melalui transformasi pada layanan primer, layanan rujukan, ketahanan kesehatan, tenaga kesehatan, dan teknologi informasi kesehatan
- Percepatan penurunan stunting
- Kesinambungan Program JKN

Untuk mengatasi permasalahan tersebut Kementerian Kesehatan sudah melakukan perbaikan dengan melakukan transformasi kesehatan dengan 6 pilar transformasi yaitu layanan primer, layanan rujukan, sistem ketahanan kesehatan, sistem pembiayaan kesehatan, SDM Kesehatan dan Teknologi kesehatan. Penerapan transformasi ini juga perlu melakukan penyesuaian Renstra Kemenkes 2022 – 2024, SOTK Kemenkes. Dampak dari perubahan Renstra dan SOTK ini, perlu dilakukan penyesuaian anggaran kesehatan (anggaran kemenkes dan DAK bidang kesehatan), serta penyesuaian dokumen perencanaan (Renja K/L) dan anggaran (RKA K/L) 2022 yang perlu didahului dengan Trilateral Meeting dan pembahasan dengan Mitra Legislatif.

Penyesuaian anggaran transformasi ini diterapkan dengan prinsip efektif, efisien dan akuntabel.

7). Sasaran Strategis 7: Meningkatnya sinergisme pusat dan daerah serta meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih

Dalam kaitan dengan Sasaran Strategis ini, Kementerian Kesehatan mengidentifikasi lima Indikator Kinerja Utama (IKU) dengan hasil capaiannya sebagaimana tergambar dalam tabel berikut:

Tabel 3.26
Capaian IKU pada Sasaran Strategis 7:
Meningkatnya sinergisme pusat dan daerah serta meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih

SS 7: Meningkatnya sinergisme pusat dan daerah serta meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih				
	Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja		
		Target	Realisasi	% Realisasi
7a.	Persentase provinsi yang mendapatkan penguatan dalam penyelenggaraan SPM Bidang Kesehatan provinsi dan kabupaten/kota	40%	100%	250%
7b.	Persentase provinsi dengan anggaran kesehatan daerah dalam APBD yang sesuai dengan prioritas nasional di bidang kesehatan	40%	91,18%	228%
7c.	Nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan	78,69	92.19	117.16%
7d.	Nilai kinerja penganggaran Kementerian Kesehatan	88	94,74	107,66%
7e.	Persentase satker KP/KD yang telah memenuhi predikat WBK/WBBM (Kemenkes/Nasional)	50%	48,61%	97,22%

Uraian tentang ke lima IKU tersebut adalah sebagai berikut:

1. Persentase provinsi yang mendapatkan penguatan dalam penyelenggaraan SPM Bidang Kesehatan provinsi dan kabupaten/kota

Definisi operasional indikator Persentase provinsi yang mendapatkan penguatan dalam penyelenggaraan SPM Bidang Kesehatan provinsi dan kabupaten/kota adalah:

1. Jumlah Provinsi yang mendapatkan pendampingan, pembinaan dan pengawasan dalam pelaksanaan penerapan SPM Bidang Kesehatan Provinsi. Penguatan terwujud dalam bentuk provinsi mampu melakukan perencanaan kegiatan dalam rangka pelaksanaan penerapan SPM Provinsi (2 jenis layanan) yang terintegrasi dalam dokumen perencanaan dan penganggaran daerah Provinsi (RPJMD, RKPD, Renstra, Renja, RKA Dinas Kesehatan Provinsi (pembiayaan APBD Provinsi);

2. Provinsi melaporkan pelaksanaan penerapan standar pelayanan minimal Provinsi paling lambat 3 (tiga) bulan setelah tahun anggaran berakhir (berupa hasil, kendala dan ketersediaan anggaran);
3. Provinsi melaksanakan pembinaan dan pengawasan pelaksanaan penerapan SPM Bidang Kesehatan Kab/Kota.

Cara perhitungan indikator Persentase provinsi yang mendapatkan penguatan dalam penyelenggaraan SPM Bidang Kesehatan provinsi dan kabupaten/kota

1. Jumlah Provinsi yang mendapatkan penguatan dalam penyelenggaraan SPM Bidang Kesehatan Provinsi dibagi 34 Provinsi dikalikan 100%;
2. Jumlah Provinsi yang telah melaksanakan pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan SPM Bidang Kesehatan Kab/Kota dibagi 34 Provinsi dikalikan 100%.

Berdasarkan Surat Plt. Kepala Biro Perencanaan dan Anggaran nomor PR.01.01/1.3.0029/2022 tanggal 4 Januari 2022 terkait permohonan penyampaian dokumen perencanaan dan penganggaran Dinkes Provinsi TA 2022. Hingga tanggal 10 januari 2022 belum diperoleh berapa jumlah Provinsi yang mendapatkan pendampingan dan pembinaan dalam rangka penyelenggaraan SPM Bidang Kesehatan Provinsi dan melaksanakan pembinaan penyelenggaraan SPM Bidang Kesehatan dikarenakan batas pengumpulan dokumen data dukung oleh Provinsi diberi waktu hingga **21 Januari 2022**.

Tabel 3.27
Tabel Provinsi yang Mendapat Penguatan dalam
Penyelenggaraan SPM di Tahun 2021

NAMA PROVINSI	
1. Aceh	18. Sulawesi Utara
2. Bali	19. Sumatera Utara
3. Bangka Belitung	20. Papua
4. Banten	21. Riau
5. Bengkulu	22. Kepulauan Riau
6. Jawa Tengah	23. Sulawesi Tenggara
7. Kalimantan Tengah	24. Kalimantan Selatan
8. Sulawesi Tengah	25. Sulawesi Selatan
9. Jawa Timur	26. Sumatera Selatan
10. Kalimantan Timur	27. Kalimantan Barat
11. Nusa Tenggara Timur	28. Nusa Tenggara Barat
12. Gorontalo	29. Papua Barat
13. DKI Jakarta	30. Sulawesi Barat
14. Jambi	31. Sumatera Barat
15. Lampung	32. DI Yogyakarat
16. Maluku	33. Kalimantan Utara
17. Sulawesi Utara	34. Maluku Utara

Setelah data dukung terkumpul dari masing-masing Provinsi maka dilakukan Identifikasi data dukung untuk mendapatkan data capaian indikator melalui verifikasi dokumen perencanaan dan penganggaran terhadap kegiatan penerapan indikator SPM Provinsi. Berdasarkan hasil verifikasi tersebut terlihat apakah Provinsi telah mencantumkan kegiatan penerapan SPM Bidang Kesehatan Provinsi pada dokumen perencanaan dan penganggarannya, dalam hal ini dokumen rencana kegiatan dan anggaran (RKA) daerah.

Kegiatan yang dilakukan untuk mendukung pencapaian Indikator kinerja SPM sebagai berikut:

- 1) Pembinaan, pengawasan dan pendampingan penguatan penerapan SPM Provinsi Bidang Kesehatan.
Biro Perencanaan dan Anggaran terlibat secara aktif pada kegiatan bimbingan teknis daerah yang dilakukan oleh unit teknis lainnya, dan menyampaikan materi terkait dukungan anggaran untuk penerapan SPM bidang kesehatan.
- 2) Sekretariat bersama pembinaan dan pengawasan SPM Bidang Kesehatan.
Sekretariat bersama pembinaan dan pengawasan SPM Bidang Kesehatan di lingkungan Kementerian Kesehatan ditetapkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1213/2020 Tanggal 17 September 2020 Tentang Tim Sekretariat Bersama Pembinaan dan Pengawasan Penerapan SPM Bidang Kesehatan.
- 3) Mengikuti dan berperan aktif pada Rapat koordinasi teknis Sekretariat bersama pembinaan dan pengawasan SPM Kementerian Dalam Negeri.
Pada Tahun 2020 terdapat 3 (tiga) rapat koordinasi Tim Sekber SPM di Tingkat Pusat yang dikoordinasikan oleh Bappenas. Rakor tersebut melibatkan seluruh anggota Tim Sekber seperti Kemendagri dan K/L teknis pengampu SPM. Biro Perencanaan dan Anggaran menyampaikan masukan dan rekomendasi secara aktif pada rakor tersebut khususnya terkait monev penerapan SPM.

Permasalahan yang dihadapi dalam pencapaian target indikator yaitu:

- 1) Penentuan data sasaran/target SPM di daerah yang masih menjadi kendala;
- 2) Pemanfaatan aplikasi Siscobidkes (P2JK) untuk membantu menyusun perkiraan kebutuhan anggaran penerapan SPM di daerah belum optimal;
- 3) Inovasi daerah dalam pemanfaatan sumber-sumber anggaran kurang optimal;
- 4) Sudah terdapat koordinasi antar K/L melalui forum sekber baik oleh Kemendagri dan Bappenas; namun belum optimal terkait sistem informasi berbagi data untuk pelaporan atau pencapaian indikator SPM (aplikasi monevwas SPM - Kemendagri).

Pencapaian indikator ini yang mampu mencapai target yang direncanakan dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan didukung oleh hal-hal sebagai berikut:

- 1) Komitmen daerah cukup tinggi untuk terlibat aktif pada penguatan penerapan SPM bidang Kesehatan Adanya kebijakan DAK bidang kesehatan yang diarahkan untuk mendukung penerapan SPM bidang kesehatan di daerah;
- 2) Koordinasi yang sudah terbangun dengan baik dengan Bappenas dan Kemendagri untuk mendukung penguatan daerah;

- 3) Peran aktif kemendagri dan Bappenas dalam menyelenggarakan koordinasi yang melibatkan K/L pengampu SPM.

Melihat masalah yang timbul dalam proses pencapaian indikator kinerja, maka dilakukan hal sebagai berikut:

- 1) Perlu ada bimtek secara lebih intens dalam mensosialisasikan dan melatih daerah untuk mengidentifikasi sasaran dan kebutuhan serta menyusun dokumen perencanaan penganggaran untuk penerapan SPM;
- 2) Perlu dibahas dan disepakati antar KL untuk menentukan satu sistem informasi (aplikasi) yang dapat digunakan sebagai wadah pelaporan capaian indikator SPM dan diakses oleh seluruh KL sebagai bentuk monev terpadu.

Dalam rangka menindaklanjuti pemecahan masalah atas pencapaian indikator ketiga yang telah disusun maka Biro Perencanaan dan Anggaran melakukan langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) Melakukan Sosialisasi dan Bimbingan Teknis kepada Daerah;
- 2) Koordinasi dengan unit teknis Kemenkes dalam membantu daerah untuk menerapkan SPM.

2. Persentase provinsi dengan anggaran kesehatan daerah dalam APBD yang sesuai dengan prioritas nasional di bidang Kesehatan

Definisi operasional indikator Persentase provinsi dengan anggaran kesehatan daerah dalam APBD yang sesuai dengan prioritas nasional di bidang Kesehatan adalah Provinsi mengalokasikan anggaran APBD untuk Dinas Kesehatan Provinsi dalam rangka mendukung Program Prioritas Nasional pada masing-masing Kegiatan Prioritas yang ditetapkan setiap tahunnya dalam APBD Provinsi.

Cara perhitungan indikator Persentase provinsi dengan anggaran kesehatan daerah dalam APBD yang sesuai dengan prioritas nasional di bidang Kesehatan adalah Jumlah Dinas Kesehatan Provinsi yang mengalokasikan $\geq 30\%$ anggaran kesehatan bersumber APBD nya untuk mendukung program prioritas nasional dibagi 34 Provinsi dikali 100%.

Tabel 3.28
Data Anggaran Kesehatan APBD dan PN Per Provinsi Tahun 2021

No	Provinsi	APBD	PN	Persen PN/APBD
1	DKI JAKARTA	2.913.691.935.037,00	415.174.356.253,00	14,25%
2	BANTEN	933.284.765.941,00	880.932.971.001,00	94,39%
3	JAWA BARAT	1.077.796.212.784,00	348.915.170.262,00	32,37%
4	JAWA TENGAH	460.704.117.000,00	296.128.097.000,00	64,28%
5	JAWA TIMUR	450.773.621.000,00	333.086.256.007,00	73,89%
6	DI YOGYAKARTA	54.059.792.317,00	10.048.322.400,00	18,59%

No	Provinsi	APBD	PN	Persen PN/APBD
7	BALI	466.616.431.654,00	98.922.976.339,00	21,20%
8	DI ACEH	1.388.498.785.938,00	1.319.970.837.291,00	95,06%
9	SUMATRA UTARA	593.957.446.191,00	412.172.858.868,00	69,39%
10	SUMATRA BARAT	174.662.267.453,00	117.331.599.689,00	67,18%
11	SUMATRA SELATAN	319.573.165.497,00	114.209.413.394,00	35,74%
12	RIAU	887.535.598.973,00	269.578.321.610,00	30,37%
13	KEPULAUAN RIAU	95.989.988.068,00	70.389.492.118,00	73,33%
14	LAMPUNG	559.787.934.950,00	207.849.440.550,00	37,13%
15	BENGKULU	100.592.401.324,00	65.952.366.393,00	65,56%
16	BANGKA BELITUNG	92.495.311.074,00	66.654.981.278,00	72,06%
17	JAMBI	140.636.251.997,00	92.698.261.265,00	65,91%
18	KALIMANTAN UTARA	44.059.610.027,00	28.857.250.709,00	65,50%
19	KALIMANTAN BARAT	116.327.329.191,00	73.396.617.592,00	63,09%
20	KALIMANTAN TIMUR	129.592.600.000,00	78.821.866.035,00	60,82%
21	KALIMANTAN SELATAN	150.230.195.630,00	74.248.071.261,00	49,42%
22	KALIMANTAN TENGAH	64.950.663.175,00	37.026.361.672,00	57,01%
23	NTB	160.500.040.143,00	123.140.792.273,00	76,72%
24	NTT	217.403.687.666,00	171.835.586.045,00	79,04%
25	MALUKU UTARA	226.563.292.307,00	194.819.597.195,00	85,99%
26	MALUKU	76.761.639.869,00	61.704.287.200,00	80,38%
27	SULAWESI UTARA	201.070.624.214,00	68.322.454.971,00	33,98%
28	SULAWESI TENGAH	203.666.909.808,00	63.605.019.833,00	31,23%
29	SULAWESI SELATAN	142.517.014.342,00	71.500.078.038,00	50,17%
30	SULAWESI TENGGARA	58.567.233.600,00	20.513.536.379,00	35,03%
31	SULAWESI BARAT	54.023.875.073,00	39.521.527.859,00	73,16%
32	GORONTALO	105.902.630.318,00	78.996.145.184,00	74,59%
33	PAPUA	193.844.141.008,00	126.383.408.879,00	65,20%
34	PAPUA BARAT	125.780.085.192,00	91.955.959.304,00	73,11%

Dari 34 Provinsi terdapat 31 provinsi (91,18%) yang telah menganggarkan paling tidak 30% anggaran kesehatan bersumber APBD nya untuk mendukung kegiatan Prioritas Nasional. Sedangkan 3 provinsi yang belum menganggarkan 30% anggarannya adalah DKI Jakarta (14,25%), DI Yogyakarta (18,59%), dan Bali (21,20%).

Indikator Persentase Provinsi dengan anggaran kesehatan daerah dalam APBD yang sesuai dengan prioritas nasional di bidang kesehatan memiliki turunan kegiatan sebagai berikut:

- 1) Pembahasan/Desk usulan kegiatan program prioritas yang akan dimintakan dukungan ke daerah dengan unit utama;
- 2) Mengikuti dan berperan aktif dalam Rakortekrenbang Kemendagri setiap awal tahun;

- 3) Evaluasi dan umpan balik keselarasan program ABPD dengan Program Prioritas Nasional;
- 4) Pembinaan/pendampingan penguatan Provinsi dalam penyusunan perencanaan anggaran kesehatan daerah;
- 5) Mengikuti pelaksanaan Evaluasi Rancangan APBD Provinsi di Kementerian Dalam Negeri.

Permasalahan atau kendala yang dihadapi dalam mencapai indikator adalah:

- 1) Keterbatasan waktu desk, sehingga pembahasan difokuskan pada usulan provinsi yang terkait dengan proyek prioritas pilihan dan sebagian usulan kabupaten/kota tidak dapat terbahas;
- 2) Besarnya jumlah SDM dan ketidaksesuaian pemetaan jabatan sehingga anggaran terfokuskan pada pembayaran gaji dan tunjangan.

Melihat masalah yang timbul dalam proses pencapaian indikator kinerja, maka dilakukan hal sebagai berikut:

- 1) Pembahasan difokuskan pada usulan provinsi yang terkait dengan Proyek Prioritas Pilihan;
- 2) Pembahasan difokuskan pada usulan Dekonsentrasi yang mendukung prioritas Nasional yang dilaksanakan oleh pemerintah Pusat;
- 3) Menyepakati penetapan target indikator sesuai kesanggupan pencapaian daerah;
- 4) Usulan DAK tidak dibahas, disarankan untuk di proses dalam mekanisme usulan DAK;
- 5) Penyelarasan program/kegiatan dilakukan pada saat penelitian RKAKL, dengan menyandingkan usulan daerah dengan menu program/kegiatan dekonsentrasi pusat;
- 6) Daerah perlu menganalisis kembali kebutuhan SDM dan kesesuaian pemetaan jabatan;
- 7) Peningkatan kapasitas perencana daerah;
- 8) Perlunya melakukan monitoring dan evaluasi rancangan RKPD dan APBD untuk mengetahui sejauh mana program prioritas RKP masuk dalam dokumen RKPD dan APBD sesuai dengan karakteristik dan ke khasan permasalahan kesehatan daerah dan secara aktif terlibat dalam forum Kemendagri yang mengevaluasi rancangan RKPD dan APBD, untuk memastikan program prioritas masuk dalam dokumen rencana RKPD dan APBD.

3. Nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan

Nilai Reformasi Birokrasi di Kementerian Kesehatan adalah hasil penilaian dari Kementerian PAN dan RB terkait pelaksanaan 8 area perubahan pada Reformasi Birokrasi di Kementerian Kesehatan.

Cara perhitungan indikator Nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan Menggunakan hasil penilaian dari Kementerian PAN dan RB

Pelaksanaan reformasi birokrasi Kementerian Kesehatan mengacu pada Peraturan Presiden Nomor 81 Tahun 2010 tentang Grand Design Reformasi Birokrasi Tahun 2010-2025

dan evaluasi dilakukan dengan mengacu pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 8 Tahun 2019 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Pendayagunaan dan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 14 Tahun 2014 tentang Pedoman Evaluasi Reformasi Birokrasi Instansi Pemerintah.

Tujuan evaluasi adalah untuk mengukur kemajuan pelaksanaan reformasi birokrasi dalam rangka mencapai sasaran yaitu mewujudkan birokrasi yang bersih dan akuntabel, birokrasi yang efektif dan efisien, serta birokrasi yang mampu memberikan pelayanan publik yang semakin membaik.

Pada Tahun 2021 target Sasaran Strategis nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan ditetapkan sebesar 78,69. Penilaian dilakukan di bulan September 2021 terhadap 8 area perubahan pada pelaksanaan Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan, namun hasil penilaian Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan belum diterima dari Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi sampai dengan akhir bulan Desember 2021. Berdasarkan pengalaman sebelumnya, nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan diterima pada tahun berikutnya (N+1). Oleh karena itu, nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan dari Kementerian PAN dan RB belum dapat dicantumkan dalam dokumen laporan kinerja, akan tetapi sementara dapat menggunakan nilai PMPRB Kemenkes yang dilakukan oleh Tim Monitoring Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan.

Hal tersebut dapat dijadikan evaluasi dan pertimbangan dalam menetapkan definisi operasional dan cara perhitungan pada periode Renstra selanjutnya untuk menggunakan hasil penilaian PMPRB Kementerian Kesehatan yang dilakukan oleh Tim Monitoring Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan sehingga kinerja dapat diukur secara tepat waktu dan dapat dilakukan evaluasi terhadap keberhasilan maupun kegagalan pencapaian kinerjanya.

Jika menggunakan hasil penilaian PMPRB, maka nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan sudah dapat disajikan yaitu sebesar 91,83 dari target yang ditetapkan sebesar 78,69 dengan prosentase pencapaian sebesar 116,70%. Keberhasilan capaian indikator Nilai RB Kementerian Kesehatan pada Tahun 2021, diharapkan dapat berlanjut sampai dengan akhir tahun Renstra 2020-2024. Sebagai perbandingan antar Tahun, berikut data penilaian PMPRB Kemenkes Tahun 2020 dan Tahun 2021:

Tabel 3.29
Perbandingan Nilai PMPRB Kementerian Kesehatan Tahun 2020 dan Tahun 2021:

Penilaian		Bobot	2020	2021	Ket
A.	PENGUNGKIT				
I.	PEMENUHAN	20,00	19,00	19,44	0,44
II.	HASIL ANTARA AREA PERUBAHAN	10,00	8,24	8,22	-0,02
III.	REFORM	30,00	25,74	26,67	0,93
TOTAL PENGUNGKIT		60,00	52,98	54,32	1,34
B.	HASIL (4)				
1	AKUNTABILITAS KINERJA DAN KEUANGA	10,00	8,42	8,42	0,00
2	KUALITAS PELAYANAN PUBLIK	10,00	10,00	10,00	0,00
3	PEMERINTAH YANG BERSIH DAN BEBAS	10,00	10,00	10,00	0,00
4	KINERJA ORGANISASI	10,00	9,09	9,09	0,00
TOTAL HASIL		40,00	37,51	37,51	0,00
NILAI EVALUASI REFORMASI BIROKRASI		100,00	90,49	91,83	1,34

Dari perbandingan penilaian PMPRB Kementerian Kesehatan Tahun 2020 dan Tahun 2021 dapat dilihat bahwa penilaian di setiap komponen tetap atau mengalami kenaikan. Namun pada komponen hasil antara area perubahan mengalami penurunan sebesar 0,02. Terkait hal tersebut, berdasarkan rekomendasi dari Tim Monitoring Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan masih perlu didorong peningkatannya pada Pokja Peningkatan Manajemen SDM dan Pokja Penguatan Pengawasan yaitu untuk nilai antara pada merit system, ASN Profesional, Matiuritas SPIP, dan kapabilitas APIP.

Secara keseluruhan terdapat peningkatan nilai PMPRB Kementerian Kesehatan dari Tahun 2020 ke Tahun 2021 sebesar 1,34. Peningkatan ini tidak signifikan dan masih dapat dimaksimalkan pada tahun yang akan datang terutama pada komponen-komponen yang hasil peniliannya masih belum maksimal sesuai rekomendasi tim monitoring RB Kemenkes diatas.

Kegiatan yang dilakukan dalam pencapaian nilai reformasi birokrasi dilakukan baik secara parsial di masing-masing pokja pada 8 area perubahan, maupun secara simultan pada tingkat Kementerian. Salah satu kegiatan yang dilakukan adalah monitoring dan evaluasi Penilaian Mandiri Pelaksanaan Reformasi Birokrasi (PMPRB) Kemenkes yang dilakukan terhadap pelaksanaan reformasi birokrasi di Unit Utama oleh Tim Monitoring RB kemenkes. Biro Hukum dan Organisasi sebagai Sekretariat Tim RB Kemenkes memiliki kegiatan fasilitasi implementasi reformasi birokrasi Kementerian Kesehatan, namun jumlah anggaran awal pada Tahun 2021 hanya sebesar 100 juta rupiah dan kemudian diefisiensi menjadi 55,6 juta rupiah. Kegiatan lebih banyak dilakukan secara parsial pada masing-masing pokja dengan program-program dan kegiatan-kegiatan yang pada akhirnya akan memperkuat dan meningkatkan nilai RB Kemenkes baik di masing-masing unit utama maupun secara menyeluruh di Kementerian Kesehatan.

Nilai reformasi birokrasi Kementerian Kesehatan belum disampaikan oleh Kementerian PAN dan RB sampai dengan akhir tahun penilaian. Pengukuran kinerja belum

dapat dilakukan pada saat pelaporan kinerja, sehingga menggunakan data sementara nilai reformasi birokrasi tahun sebelumnya. Hal ini menyebabkan penyajian data yang tidak relevan dan tidak real time pada saat pelaporan. Selain itu, pada 8 area perubahan terdapat pokja yang bertanggung jawab pada masing-masing area perubahan, sehingga Sekretariat Tim RB Kemenkes yaitu Biro Hukum dan Organisasi perlu bekerja lebih keras untuk memastikan setiap anggota pokja pada masing-masing area perubahan melaksanakan tugas dengan baik dan mendapatkan nilai maksimal. Faktor penghambat lainnya adalah dukungan anggaran yang sangat kecil untuk kegiatan reformasi birokrasi di lingkungan Kementerian Kesehatan.

Faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target adalah Nilai reformasi birokrasi Kementerian Kesehatan secara tidak langsung mempengaruhi penilaian dalam menentukan besaran tunjangan kinerja Kementerian Kesehatan, sehingga setiap pegawai di Lingkungan Kementerian Kesehatan memiliki kewajiban dan tanggung jawab serta kepedulian terhadap pelaksanaan program reformasi birokrasi dalam rangka mencapai sasaran yaitu mewujudkan birokrasi yang bersih dan akuntabel, birokrasi yang efektif dan efisien, serta birokrasi yang mampu memberikan pelayanan publik yang semakin baik.

Dengan masih terdapatnya beberapa permasalahan maka alternatif solusi yang dapat dilakukan adalah Berdasarkan pengalaman sebelumnya, nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan diterima pada tahun berikutnya (N+1), sehingga pada saat pelaporan kinerja sementara dapat menggunakan hasil penilaian PMPRB Kementerian Kesehatan yang dilakukan oleh Tim Monitoring RB Kemenkes dan diupdate ketika hasil penilaian dari Kementerian PAN dan RB sudah diterima.

Menambah anggaran dalam mendukung kegiatan reformasi birokrasi baik di tingkat Unit Utama, Satuan Kerja penanggung jawab masing-masing Pokja, dan Sekretariat Tim RB Kemenkes yang terstruktur dan kegiatan yang jelas dengan tujuan dapat meningkatkan pelaksanaan reformasi birokrasi di lingkungan Kementerian Kesehatan

Efisiensi sumber daya dapat dilihat dari dua faktor yaitu efisiensi atas penggunaan anggaran dan efisiensi atas penggunaan Sumber Daya Manusia (SDM). Efisiensi atas penggunaan anggaran dapat dilihat dari pencapaian nilai reformasi birokrasi yang melebihi target meskipun didukung dengan anggaran yang sangat terbatas. Pada Tahun 2021 anggaran fasilitasi implementasi reformasi birokrasi Kementerian Kesehatan di Biro Hukum dan Organisasi hanya sebesar 55,6 juta rupiah. Anggota pokja tidak diberikan honor, meskipun kegiatan reformasi birokrasi di luar tugas dan fungsi Satuan Kerja dan kegiatan hanya dilakukan di dalam kantor sehingga tidak memerlukan anggaran yang besar. Hal ini menunjukkan efisiensi atas penggunaan anggaran. Selain itu, efisiensi atas penggunaan Sumber Daya Manusia (SDM) dapat dilihat dengan adanya Surat Keputusan Tim Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan yang anggotanya terdiri dari perwakilan masing-masing Satuan Kerja, sehingga tidak memerlukan satuan tugas khusus dalam pelaksanaan RB Kemenkes.

4. Nilai kinerja penganggaran Kementerian Kesehatan

Definisi operasional indikator adalah besarnya nilai kinerja penganggaran yang diperoleh melalui perhitungan kinerja menggunakan aplikasi SMART Kementerian Keuangan yang diformulasikan dari:

1. Aspek Implementasi yang memperhitungkan realisasi Anggaran, konsistensi antara RPD dan RPK, Efisiensi dan capaian keluaran yang ditargetkan di dalam RKA KL secara tahunan;
2. Aspek Manfaat yang memperhitungkan pencapaian Indikator Kinerja Kegiatan (IKK), Indikator Sasaran Program/Indikator Kinerja Program (IKP) dan Indikator Sasaran Strategis (ISS) yang ditarget di dalam RENJA K/L dan RENSTRA K/L secara tahunan;
3. Aspek Konteks yang memperhitungkan relevansi, kejelasan, keterukuran informasi kinerja dengan dinamika masalah yang coba dipecahkan melalui intervensi program'

Cara perhitungan indikator menggunakan Nilai agregat dari nilai aspek implementasi (terdiri nilai realisasi, konsistensi, efisiensi, pencapaian keluaran dan kesesuaian RPK-RPD), aspek manfaat dan aspek konteks menggunakan aplikasi SMART Kemenkeu.

Nilai Kinerja Anggaran (NKA) Kementerian diperoleh secara *cascading* dari level Satker. Untuk NKA Kementerian diperoleh dari penjumlahan dari 50% Aspek Manfaat atau Capaian Sasaran Strategis dan 50% rata-rata Nilai Kinerja (NK) Eselon I. Rata-rata NK Eselon I diperoleh dari penjumlahan 50% NK Manfaat dan Implementasi Eselon I dan 50% rata-rata NK Satker. Nilai Manfaat dan Implementasi Eselon I diperoleh dari penjumlahan dari 66,7% Aspek Manfaat (Capaian Sasaran Program) dan 33,3% Aspek Implementasi Eselon I. Sedangkan rata-rata NK Satker diperoleh dari penjumlahan dari 43,5% dari Capaian rincian output (RO), 28,6% Efisiensi, 18,2% Konsistensi Penyerapan terhadap Perencanaan, dan 9,7% Penyerapan Anggaran.

Pada tahun 2021 target indikator pertama Biro Perencanaan dan Anggaran adalah sebesar 88 dalam perhitungan kinerja penganggaran Kementerian Kesehatan di dalam aplikasi SMART-DJA Kementerian Keuangan. Hingga penutupan aplikasi SMART-DJA tanggal 15 Januari 2022 oleh Kementerian Keuangan capaian nilai kinerja penganggaran Kementerian Kesehatan sebesar 94,74.

Grafik 3.48
Dashboard SMART-DJA Kementerian Kesehatan per 15 Januari 2022



Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target:

- 1) Melakukan peningatan nilai kinerja setiap unit dan satuan kerja pusat dan daerah melalui optimalisasi pelaksanaan anggaran mulai memasuki triwulan III tahun berjalan sampai dengan akhir tahun anggaran;
- 2) Memantau secara berkala nilai kinerja anggaran Kementerian, Unit Utama dan Satuan Kerja Pusat dan daerah dan memberikan umpan balik kepada seluruh unit agar dapat ditindaklanjuti;
- 3) Melakukan verifikasi dan penghitungan ulang terhadap capaian sasaran strategis, dan output program yang telah diisi oleh unit kerja setiap triwulan;
- 4) Mengidentifikasi permasalahan/kendala yang dihadapi oleh satuan kerja terkait dengan informasi kinerja yang tidak tepat pada SMART DJA untuk dilakukan pembetulan mulai dari Renja Krisna, Satu DJA dan SMART DJA;
- 5) Melakukan konsultasi dan koordinasi dengan lintas sektor terkait (Kementerian Keuangan dan Bappenas) untuk melakukan penginputan capaian melalui optimalisasi kinerja anggaran pada SMART DJA.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah:

- 1) Pelaksanaan program dan kegiatan terkendala oleh karena terdapat beberapa kali dilakukan efisiensi/refocussing anggaran sebanyak 7 kali sehingga menghambat aktivitas satuan kerja;
- 2) Adanya perubahan SOTK Kementerian Kesehatan yang sampai saat ini masih berproses dan belum selesai sehingga menghambat pada perencanaan pelaksanaan anggaran untuk program dan kegiatan;
- 3) Masih berprosesnya Revisi Renstra 2020-2024 dan revisi renja 2022, hal ini juga berdampak pada terhambatnya rurmusan informasi kinerja pada SMART;

- 4) Terdapat beberapa capaian indikator yang merupakan capaian proyeksi tahun 2021 oleh karena sistem aplikasi SMART yang akan ditutup pada tanggal 15 Januari 2022, sedangkan pengumpulan berjenjang dari tingkat kab/kota masih berproses;
- 5) Terdapat indikator sasaran strategis yang tidak dilaksanakan di tahun 2021 yaitu indikator seluruh Kecamatan memiliki minimal 1 Puskesmas. Hal ini disebabkan pada belum disetujui DAK tahun 2021 untuk pembangunan Puskesmas di lokasi kecamatan yang tidak memiliki puskesmas. Menu DAK terkait program tersebut baru akan muncul dan disetujui pada tahun 2022 (Surat Plt. Direktur Fasyankes nomor PR.01.01/V.4/5389/2021 tanggal 29 Desember 2021 dan Justifikasi atas Capaian Indikator KPA Dit. Fasyankes kepada Dirjen Yankes nomor: PR.01.01/V.4/5390/2021 tanggal 29 Desember 2021;
- 6) Masih terdapat pelaksanaan program yang terkendala oleh pandemi Covid-19;
- 7) Unit Teknis pengampu yang masih kurang mengidentifikasi permasalahan/kendala di lapangan pada tahun berjalan sehingga capaian sampai dengan akhir tahun masih ada yang kurang optimal oleh karena belum secara maksimal melakukan pendampingan penginputan oleh satuan kerja;
- 8) Terdapat indikator yang merupakan indikator komposit dan melibatkan lintas sektor sehingga sulit untuk dilakukan penghitungan capaianya apabila lintas sektor tidak melaksanakannya sesuai yang diharapkan;
- 9) Ada beberapa daerah yang masih terkendala oleh jaringan internet sehingga dilakukan penginputan melalui manual;
- 10) Dalam pencapaian target terkendala oleh belum selesainya penyusunan peraturan/kebijakan dari lintas program, sehingga ada kegiatan yang belum diselesaikan menunggu dari peraturan tersebut sebagai payung hukumnya;
- 11) Ada beberapa satker, kurang komunikasi operator SMART dan pelaksana program dan operator sehingga pelaporan agak terlambat.

Faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target adalah:

- 1) Adanya komitmen yang kuat dari satuan kerja untuk mencapai target Nilai Kinerja yang telah ditetapkan;
- 2) Jumlah SDM yang cukup dan berkompeten di bidangnya untuk pelaksanaan program dan pelaporan kegiatan;
- 3) Kegiatan dilaksanakan diupayakan sesuai waktu yang telah dijadwalkan sebelumnya;
- 4) Satker telah menyiapkan strategi dan inovasi pelaksanaan kegiatan yang lebih baik dari tahun sebelumnya walaupun masih pandemi Covid-19 dengan model kegiatan daring atau gabungan dengan luring;
- 5) Dilakukan monitoring dan evaluasi internal secara berkala sehingga dapat dilakukan deteksi dini permasalahan/kendala dan diberikan solusi perbaikan;
- 6) Dilakukan koordinasi yang baik kepada lintas sektor dan lintas program terkait;
- 7) Adanya komitmen pimpinan dan K/L koordinator untuk dilakukan pemantauan dan pendampingan secara intensif untuk optimalisasi kinerja dan perbaikan informasi kinerja pada aplikasi SMART;
- 8) Memberikan penghargaan/rewards bagi satuan kerja yang Nilai Kinerja Tinggi dan Tingkat Kepatuhan yang baik melalui piagam penghargaan dari Menteri Kesehatan yang dapat digunakan untuk menambah Nilai SAKIP satuan kerja;

- 9) Biro Perencanaan dan Anggaran dan Unit Eselon I terkait melakukan bimbingan teknis terhadap beberapa satuan kerja di daerah yang memiliki Nilai Kinerja masih rendah.

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

- 1) Melakukan percepatan penyelesaian revisi Renstra 2020-2024 Kementerian Kesehatan dengan pertemuan-pertemuan pembahasan secara lebih intensif;
- 2) Adanya perubahan SOTK Kementerian Kesehatan yang masih berproses sampai saat ini nanti akan berdampak pada Informasi Kinerja yang ada di aplikasi monev SMART DJA tahun 2022, untuk itu perlu dilakukan koordinasi dengan DJA;
- 3) Unit Teknis harus dapat memanfaatkan pertemuan monev yang telah difasilitasi baik dari tiap unit Eselon I maupun level Kementerian untuk mengidentifikasi permasalahan yang terjadi di lapangan sehingga dapat diberikan rekomendasi yang tepat untuk pencapaian target di akhir tahun;
- 4) Indikator komposit yang melibatkan lintas sektor di masa yang akan datang perlu dilakukan koordinasi secara intensif lintas sektor pada tahun berjalan sehingga dapat terus dikawal proses pencapaian pelaksanaan target;
- 5) Payung hukum/dokumen kebijakan/peraturan yang belum selesai di tahun 2021 perlu dikawal dan dilakukan koordinasi dengan lintas program yang terkait agar dapat diselesaikan di awal tahun 2022, sehingga kegiatan dapat segera dilaksanakan di tahun 2022;
- 6) Meningkatkan lebih banyak jumlah lokasi pendampingan/bimbingan teknis kepada satuan kerja pusat, daerah dan UPT untuk yang memiliki Nilai Kinerja rendah.

5. Persentase satker KP/KD yang telah memenuhi predikat WBK/WBBM (Kemenkes /Nasional)

Definisi operasional dari Persentase satker KP/KD yang telah memenuhi predikat WBK/WBBM (Kemenkes/Nasional) adalah Satker KP/KD yang memenuhi predikat WBK adalah Satker KP/KD yang mendapatkan predikat Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM) dari Kementerian Kesehatan RI dan Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI.

Cara perhitungannya Jumlah akumulasi Satker KP/KD yang mendapatkan predikat Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dari Kementerian Kesehatan RI dibagi dengan jumlah seluruh Satker KP/KD ditambah dengan jumlah akumulasi Satker KP/KD yang mendapatkan predikat Wilayah Bebas Korupsi (WBK)/Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM) dari Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI dibagi dengan jumlah seluruh Satker KP/KD dikali 100%.

Analisa pencapaian (Penyajian data, analisa data dan perbandingan)

Jumlah akumulasi satker KP/KD di lingkungan Kemenkes yang mendapat predikat WBK/WBBM baik dari Kemenkes maupun dari Kemenpan RB. Sampai dengan bulan

Desember 2021 berjumlah 85 satker (WBK Kemenkes) dan 20 satker (WBK/WBBM Kemenpan RB) dari jumlah seluruh satker kemenkes 216 satker sehingga mencapai 48,61% dari target 50% atau 97,22%.

85 satker WBK Kemenkes + 20 satker WBK Nasional $\times 100\% = 48,61\%$

216 total satker 216 total satker

Pencapaian target satker menuju WBK/WBBM sebesar 48,61% bukan menyatakan total jumlah satker yang dinilai melainkan jumlah predikat WBK/WBBM yang diperoleh oleh satker Kemenkes dimana terdapat satker yang mendapatkan penilaian lebih dari satu kali yaitu dari Kemenkes dan Kemenpan RB.

Kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target yaitu dengan melakukan pendampingan kepada satuan kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan guna menuju WBK/WBBM baik secara elektronik/*online* dan maupun secara *onsite*. selain itu dilakukan juga pelaksanaan penilaian satuan kerja menuju WBK/WBBM Nasional.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah

Adanya kebijakan pembatasan sosial berskala besar diberlakukan akibat pandemi Covid-19 yang diterbitkan oleh Pemerintah Pusat dan Daerah, sehingga Inspektorat Jenderal melakukan pembatasan kegiatan ke luar kota dan memperhatikan kondisi kesehatan sehingga tidak seluruh satuan kerja dapat dilakukan pendampingan secara langsung, sehingga tidak ada satuan kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan yang memperoleh predikat WBK/WBBM Nasional dari Kemenpan RB. Alasan lain yang menghambat pencapaian target antara lain:

- a. Pendampingan kepada satuan kerja tidak maksimal;
- b. Sebagian besar satuan kerja yang dilakukan penilaian masih fokus pada kegiatan penanganan COVID-19 dan vaksinasi bagi masyarakat;
- c. Pencapaian WBK/WBBM pada satuan kerja belum menjadi tupoksi utama fungsional tertentu di satuan kerja;
- d. Adanya perbedaan persepsi penilaian antara TPN Kemenpan RB dengan TPI Kemenkes, sehingga terjadi perbedaan penilaian antara satuan kerja yang sudah dinilai WBK Kemenkes namun tidak mendapatkan predikat WBK/WBBM oleh Kemenpan RB;
- e. Tidak ada *feedback* secara detail dari Kemenpan RB atas kekurangan yang menyebabkan satuan kerja tidak mendapatkan predikat WBK/WBBM, sehingga satuan kerja tidak dapat mengetahui kelemahan dalam sistem anti korupsi yang perlu diperbaiki.

Faktor-faktor yang mendukung keberhasilan pencapaian target adalah

Meskipun pada tahun 2021 tidak ada satuan kerja yang memperoleh predikat WBK/WBBM Nasional, tetapi jumlah satuan kerja yang memperoleh predikat WBK Kemenkes mengalami peningkatan dengan capaian 18 satuan kerja. Hal ini merupakan kenaikan capaian jika dibandingkan dengan tahun 2020 yang hanya 9 satuan kerja. Keberhasilan pencapaian tersebut dikarenakan telah dilaksanakannya kegiatan

pendampingan WBK/WBBM dengan Mendorong satuan kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan untuk mendapat predikat Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) dan Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM).

Kegiatan-kegiatan yang dilakukan dalam mendukung pencapaian Predikat WBK/WBBM antara lain pendampingan, *pre-assessment* dan penilaian.

Dengan masih terdapatnya beberapa permasalahan maka alternatif solusi yang dapat dilakukan adalah unit utama pembina bersama dengan Inspektorat Pembinanya agar melakukan pembinaan secara intensif terhadap satuan kerja yang belum memperoleh predikat WBK/WBBM maupun yang telah menerima predikat WBK agar dapat mempertahankan predikat tersebut.

8). Sasaran Strategis 8: Meningkatnya efektivitas pengelolaan penelitian dan pengembangan kesehatan dan sistem informasi kesehatan untuk pengambilan keputusan

Dalam kaitan dengan Sasaran Strategis ini, Kementerian Kesehatan mengidentifikasi dua Indikator Kinerja Utama (IKU) dengan hasil capaiannya sebagaimana tergambar dalam tabel berikut:

Tabel 3.30

Capaian IKU pada Sasaran Strategis 8: Meningkatnya efektivitas pengelolaan penelitian dan pengembangan kesehatan dan sistem informasi kesehatan untuk pengambilan keputusan

SS 8: Meningkatnya efektivitas pengelolaan penelitian dan pengembangan kesehatan dan sistem informasi kesehatan untuk pengambilan keputusan				
Indikator Kinerja	Realisasi Kinerja			% Realisasi
	Target	Realisasi		
8a.	Jumlah rekomendasi kebijakan hasil litbangkes yang dimanfaatkan untuk perbaikan kebijakan	6	6	100%
8b.	Jumlah sistem informasi kesehatan yang terintegrasi dalam aplikasi satu data kesehatan	25	25	100%

1. Jumlah rekomendasi kebijakan hasil litbangkes yang dimanfaatkan untuk perbaikan kebijakan

Definisi operasional indikator Jumlah rekomendasi kebijakan yang dihasilkan dari hasil sintesa satu atau beberapa penelitian dan pengembangan di bidang Kesehatan yang telah diadvokasikan dan dimanfaatkan oleh pengelola program dan atau pemangku kepentingan.

Cara perhitungan indikator yaitu Jumlah Rekomendasi kebijakan yang dihasilkan dari hasil sintesa satu atau beberapa penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan yang telah diadvokasikan dan dimanfaatkan oleh pengelola program dan atau pemangku kepentingan, dibuktikan dengan dokumen kebijakan pemangku kepentingan.

Peran penelitian dan pengembangan di manajemen pembangunan kesehatan nasional adalah mengukur besaran masalah, mengidentifikasi penyebab masalah, mengembangkan solusi, implementasi solusi dan mengevaluasinya. Hasil dari penelitian dan pengembangan kesehatan (litbangkes) merupakan landasan kebijakan yang berbasis bukti. Hasil litbangkes tidak serta merta di adopsi menjadi kebijakan, ada proses transformasi hasil menjadi usulan/rekomendasi kebijakan yang setidaknya dituangkang dalam bentuk ringkasan kebijakan (*policy brief*). Ringkasan kebijakan dibutuhkan dalam proses pembuatan kebijakan publik untuk mengomunikasikan hasil-hasil penelitian ke para pemangku kepentingan. Kemudian rekomendasi kebijakan ini diadvokasikan kepada pemangku kepentingan agar diadopsi menjadi kebijakan publik.

Target realisasi kinerja yang terealisasikan adalah 100 % artinya, sedikitnya ada 6 pemanfaatan kebijakan yang berbasis hasil litbangkes. Terdapat 3 topik hasil litbangkes terkait pandemi COVID-19 dan dimanfaatkan Nasional dalam bentuk Keputusan Menteri Kesehatan, Surat Edaran Plt Direktur Jenderal Pengendalian dan Pemberantasan Penyakit dan pendukung proses pengadaan *rapid diagnostic test* yang berlaku nasional. Pemanfaatan di tingkat peraturan daerah yang bersifat lokal spesifik di bidang pengendalian dan pemberantasan penyakit menular pun dihasilkan dari 2 topik hasil litbangkes. Di bidang gizi, termanfaatkan 1 topik di tingkat daerah.

Tabel 3.31
Jumlah rekomendasi kebijakan hasil penelitian dan pengembangan kesehatan yang dimanfaatkan untuk perbaikan kebijakan

Sasaran	Indikator	Target	Capaian	%
Meningkatnya kualitas penelitian, pengembangan dan pemanfaatan di bidang kesehatan	Jumlah rekomendasi kebijakan hasil penelitian dan pengembangan kesehatan yang dimanfaatkan untuk perbaikan kebijakan	6	6	100

Tahapan untuk mendapatkan Rekomendasi kebijakan dari hasil-hasil penelitian, dilakukan dengan melakukan:

- a. pendampingan penyusunan rekomendasi kebijakan;
- b. pelaksanaan advokasi rekomendasi kebijakan hasil litbangkes;
- c. mengidentifikasi produk-produk kebijakan, yakni berupa regulasi, panduan, dan pedoman yg dihasilkan dari hasil litbangkes;
- d. melakukan rapat koordinasi dan evaluasi secara daring, luring maupun hybrid dengan seluruh satker untuk mengidentifikasi berbagai topik rekomendasi kebijakan yang sudah diadvokasikan dan dimanfaatkan bagi kebijakan nasional maupun daerah;
- e. melakukan inventarisasi dokumen kelengkapan bukti pemanfaatan.

Rincian Rekomendasi Kebijakan hasil penelitian Badan Litbangkes yang dimanfaatkan, dijelaskan pada tabel berikut ini.

Tabel 3.32

Judul Rekomendasi Kebijakan rekomendasi kebijakan hasil penelitian dan pengembangan kesehatan yang dimanfaatkan untuk perbaikan kebijakan Tahun 2021

No	Topik	Satker	Bentuk Pemanfaatan
1	Surveilans Genom Covid-19 untuk Sistem Ketahanan Kesehatan	Pusat Litbang Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan	Kepmenkes No. HK.01.07/MENKES/4842/2021 tentang Jejaring Laboratorium Surveilans Genom Virus SARS-Cov-2
2	Pertimbangan Revisi Surat Edaran Dirjen P2P Nomor Hk.02.02/II/2009/2021 Tentang Percepatan Pemeriksaan dan Pelacakan Pada Masa Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM)	Pusat Litbang Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan	SE Nomor : HK.02.02/II/2406/2021 tentang Peningkatan Pemeriksaan Covid-19 dikeluarkan oleh Plt. Dirjen P2P pada tanggal 14 September 2021
3	Pemilihan test cepat (RDT) yang tepat untuk diagnosa leptospirosis di Indonesia	Balai Besar Litbang Vektor dan Reservoir Penyakit	Pemanfaatan dalam bentuk pengadaan barang RDT sesuai rekomendasi dalam RK
4	Teachback Ibu Pengasuh untuk Cegah Stunting: Perluasan Literasi Nutrisi Ibu Melalui Penyuluhan Interpersonal	Loka Litbang Pangandaran	Surat keterangan pemanfaatan RK

No	Topik	Satker	Bentuk Pemanfaatan
5	Peraturan Daerah Sebagai Kebijakan Integrasi Penanggulangan Penyakit Menular di Kota Tasikmalaya	Loka Litbang Pangandaran	draft Perda Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
6	Peningkatan Pelayanan Tuberkulosis melalui Edukasi dan Kerjasama Lintas Sektor di Kabupaten Sumba Barat Daya	Loka Litbang Waikabubak	Surat pernyataan dari pemda

Ada beberapa hal yang menunjang keberhasilan dalam pelaksanaan pencapaian indikator diatas, yaitu penerapan Kebijakan CORA (*client oriented research activity*) dalam mengelola kegiatan litbangkes. Diawali dari perencanaan litbangkes, penyampaian hasil serta penyusunan rekomendasi melibatkan stake holder terkait lintas Kementerian/Lembaga baik dalam skala nasional maupun daerah. Upaya ini merupakan faktor pendukung keberhasilan pencapaian target. Hingga saat ini belum ditemukan hambatan dalam pencapaian target yang signifikan. Hal ini dibuktikan dengan capaian target pada level 100%.

2. Jumlah sistem informasi kesehatan yang terintegrasi dalam aplikasi satu data Kesehatan, sebagai berikut

Merujuk Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024, definisi operasional indikator ini yaitu suatu sistem informasi dinyatakan telah terintegrasi dalam Aplikasi Satu Data Kesehatan (ASDK) bila data yang bersumber dari aplikasi sistem informasi tersebut telah disepakati dan terdapat pada ASDK. Target pada tahun 2020 yaitu 10 aplikasi.

ASDK adalah sebuah aplikasi *datawarehouse* untuk mengumpulkan, memvalidasi, menganalisis dan menampilkan data agregat maupun data transaksi dalam bentuk tabel, diagram, maupun peta (GIS). Aplikasi ini juga memungkinkan untuk berbagi pakai data kesehatan pada sistem informasi pelayanan kesehatan (transaksi data individu) dan sistem informasi pelaporan (transaksi data agregat). Sistem yang terintegrasi dengan ASDK terdiri atas berbagai macam jenis sistem, antara lain sistem berbasis manual/semi, sistem berbasis web, maupun sistem berbasis *mobile*. ASDK dikembangkan oleh Pusat Data dan Informasi sebagai satu wadah dan pintu masuk dan keluarnya data dan informasi kesehatan dalam mewujudkan Satu Data Kesehatan.

Pengintegrasian sistem informasi diharapkan mengurangi kejadian *multiple data entry*, memungkinkan berbagipakai data antar sistem informasi, mewujudkan integrasi data agar data yang dihasilkan dapat diolah menjadi informasi yang dapat mendukung perencanaan program pembangunan kesehatan nasional.

Tahapan dalam mengintegrasikan sistem informasi yaitu menetapkan data, variabel serta indikator yang dilengkapi atribut data; membuat *Application Programming Interface (API)*, memastikan data yang masuk dalam sistem informasi unit sama dengan data di *database* ASDK serta memastikan data terkumpul dan tersaji/tersedia sesuai periode data.

Cara perhitungan menggunakan *Jumlah sistem informasi kesehatan yang terintegrasi dalam Aplikasi Satu Data Kesehatan (ASDK)*

Target indikator ini di tahun 2021 yaitu sejumlah 25 aplikasi yang terintegrasi dalam ASDK. Pada tahun 2021 terdapat 25 aplikasi yang diidentifikasi terdapat pada ASDK melalui proses integrasi dan data yang disajikan cukup baik sesuai periode data. Aplikasi tersebut yaitu :

1. Aplikasi SPM (standar pelayanan minimal)
2. Aplikasi Komdat (komunikasi data)
3. SIHA (sistem informasi HIV AIDS)
4. PWS Imunisasi (sistem pemantauan wilayah setempat imunisasi)
5. Sistem Informasi Gizi
6. Sistem Informasi Sumber Daya Manusia Kesehatan
7. Sistem Informasi Direktorat Tata Kelola Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan
8. Sistem Informasi Direktorat Pengawasan Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga
9. Sistem Informasi Direktorat Penilaian Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga
10. Sistem Informasi Direktorat Produksi dan Distribusi Kefarmasian
11. Aplikasi NAR PCR
12. Aplikasi Keluarga Sehat
13. Aplikasi SILACAK
14. Aplikasi Penanggulangan COVID-19 Provinsi Bali
15. Aplikasi Penanggulangan COVID-19 Provinsi Jawa Tengah
16. Aplikasi Penanggulangan COVID-19 Provinsi Jawa Barat (pikobar)
17. Aplikasi Laporan Eksekutif Provinsi DKI (EIS)
18. Aplikasi SI SDMK
19. Aplikasi RS online
20. Aplikasi Vaksinasi COVID-19
21. Aplikasi NAR Antigen
22. Aplikasi SITB Pencatatan Swab TCM
23. Aplikasi Isoman
24. Aplikasi Sekolah Aman
25. Aplikasi SISMAL

Dalam mengintegrasikan suatu aplikasi/sistem informasi bergantung pada koordinasi dan komunikasi antara unit/satker/fasilitas pelayanan kesehatan dengan Pusat Data dan Informasi; kelengkapan atribut data; ketersediaan standar pertukaran data atau *Application Programming Interface (API)*; dan kepatuhan sumber data dalam melaporkan datanya.

Beberapa faktor penghambat pencapaian target adalah Target indikator ini tercapai, namun demikian masih ditemui kendala/hambatan yang dihadapi, yaitu:

1. Kondisi pandemi Covid-19 menyebabkan beberapa kegiatan pengintegrasian mundur dari waktu yang sudah ditetapkan.
2. Umumnya pengembangan aplikasi atau sistem informasi di unit/satker menggunakan jasa pihak ketiga dan tidak dilengkapi dengan API sehingga memerlukan waktu dalam penyusunan API
3. Aplikasi yang sudah ditargetkan diawal belum bisa diintegrasikan sehingga aplikasi yang diintegrasikan yang terkait dengan pandemi COVID-19.
4. Perubahan indikator di unit program kesehatan (perubahan kebijakan prioritas kebutuhan data proram), sehingga keterisian data berkurang.

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

1. Meningkatkan koordinasi dan komunikasi dengan unit/satker yang mengembangkan aplikasi/sistem informasi
2. Untuk mencegah ketidakterisian data, duplikasi data yang dikumpulkan oleh program yang berbeda dan mengurangi beban faskes dalam mengisi data maka mulai tahun 2022 sesuai arahan Menteri Kesehatan bahwa pengembangan sistem informasi/aplikasi hanya dilakukan Pusdatin-DTO (tidak ada lagi pengembangan di unit program).
3. Upgrade database ASDK DHIS2 versi 2.33.8 menjadi versi 2.37.1, menstandarisasi tampilan data (dashboard) dan meningkatkan infrastruktur sistem.

B. Realisasi Anggaran

1. Realisasi DIPA Kementerian Kesehatan

Gambaran alokasi dan realisasi anggaran kementerian Kesehatan Tahun 2015 sampai dengan tahun 2021 digambarkan sebagai berikut:

Tabel 3.33
Alokasi dan Realisasi Anggaran Kementerian Kesehatan
Tahun 2015-2021

TAHUN ANGGARAN	ALOKASI	REALISASI	%
2015	54.337.519.430.000	48.851.488.906.116	89,90
2016	65.662.592.996.000	57.010.830.185.609	86,82
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

Realisasi TA 2015 dan 2016 bersumber dari laporan keuangan tanggal 3 Januari 2021. Realisasi tahun 2017 dengan menggunakan *online monitoring* SPAN, realisasi DIPA Kementerian Kesehatan TA 2017 untuk semua jenis belanja mencapai 92,90% atau sebesar Rp 54.912.281.505.907. dari total pagu sebesar Rp 59.108.950.148.000.

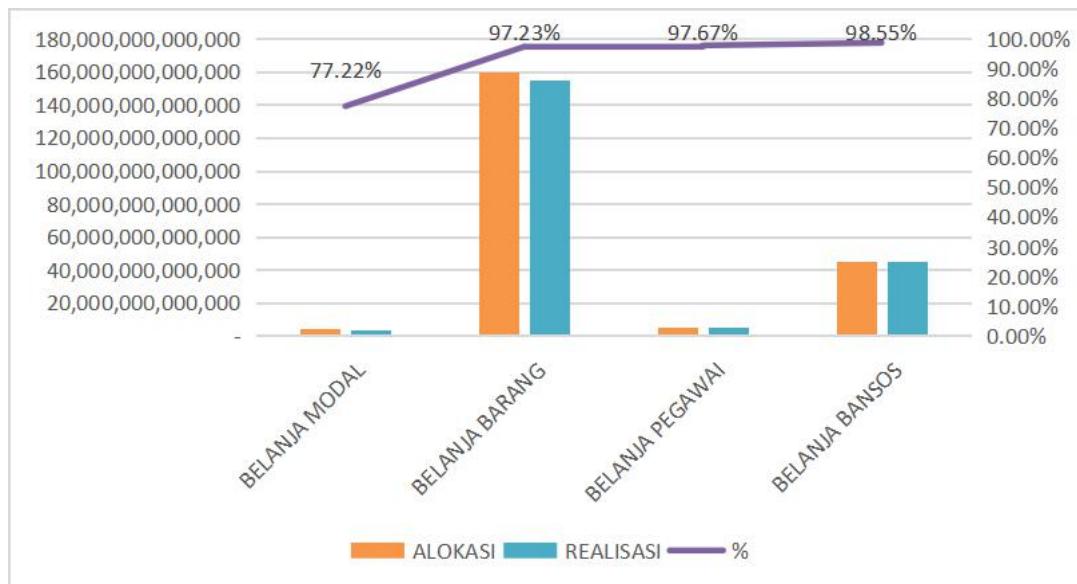
Realisasi tahun 2018 dengan menggunakan *online monitoring* SPAN, realisasi DIPA Kementerian Kesehatan TA 2018 untuk semua jenis belanja mencapai 92,37% atau sebesar Rp 57.098.062.569.015. dari total pagu sebesar Rp 61.817.085.108.000. Total anggaran tersebut bersumber dari Rupiah Murni, Pinjaman Luar 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.

Grafik 3.49
Alokasi dan Realisasi Kementerian Kesehatan Menurut Jenis Belanja
Tahun Anggaran 2021



Tabel 3.34
Jumlah Alokasi dan Realisasi Belanja
Tahun 2021

JENIS BELANJA	ALOKASI	REALISASI	%
BELANJA MODAL	4.298.132.703.000	3.319.178.548.495	77,22
BELANJA BARANG	159.609.178.802.000	155.182.607.998.515	97,23
BELANJA PEGAWAI	5.123.177.858.000	5.003.827.857.845	97,67
BELANJA BANSOS	45.413.329.504.000	44.752.988.445.200	98,55
TOTAL	214.443.818.867.000	208.258.602.850.055	97,12

Alokasi dan realisasi anggaran Kementerian Kesehatan berdasarkan jenis belanja pada tahun 2021 untuk belanja modal terealisasi Rp 3.319.178.548.495 atau 77,22% dari total alokasi Rp 4.298.132.703.000. Adapun untuk belanja barang direalisasikan Rp 155.182.607.998.515. atau 97,23% dari total anggaran Rp 159.609.178.802.000. Belanja Barang menjadi proporsi terbesar dari alokasi dibandingkan belanja pegawai, belanja bansos dan belanja modal karena terdapat belanja untuk insentif nakes, klaim rumah sakit dalam rangka penanganan Covid-19 dan Pemulihian Ekonomi Nasional.

Tabel 3.35
Alokasi dan Realisasi Anggaran Kementerian Kesehatan
Menurut Jenis Kewenangan
Tahun Anggaran 2021

JENIS KEWENANGAN	ALOKASI	REALISASI	%
KANTOR PUSAT	190.141.858.156.000	186.984.471.168.776	98,34
KANTOR DAERAH	23.801.497.852.000	20.828.586.208.346	87,51
DEKONSENTRASI	500.462.859.000	445.545.472.933	89,03
TOTAL	214.443.818.867.000	208.258.602.850.055	97,12

Alokasi dan realisasi anggaran Kementerian Kesehatan berdasarkan jenis kewenangan pada tahun 2021, untuk belanja kantor pusat terealisasi Rp 186.984.417.168.776. atau 98,34% dari total alokasi Rp 190.141.858.156.000. Adapun untuk belanja kantor daerah direalisasikan Rp 20.828.586.208.346. atau 87,51% dari total anggaran Rp 23.801.497.852.000. sedangkan belanja dekonsentrasi terealisasi sebesar Rp 445.545.472.933 atau sebesar 89,03% dari total anggaran Rp 500.462.859.000.

Tabel 3.36
Realisasi Anggaran Dibandingkan Capaian Sasaran Strategis
Kementerian Kesehatan Tahun 2021

No	Sasaran Strategis	% Realisasi Kinerja	% Realisasi Anggaran	Efisiensi
(1)	(2)	(3)	(4)	(3-4=5)
1	Meningkatnya kesehatan ibu, anak dan gizi masyarakat	100,71%	90,02%	10,69%
2	Meningkatnya ketersediaan dan mutu fasyankes dasar dan rujukan	89,68	72,06%	17,62%
3	Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat	94,85	81,98%	12,87%
4	Meningkatnya akses, kemandirian, dan mutu kefarmasian dan alat kesehatan	102,59%	97,71%	4,88%
5	Meningkatnya pemenuhan SDM kesehatan dan kompetensi sesuai standar	175,37%	88,66%	86,71%
6	Terjaminnya pembiayaan kesehatan	184,31%	89,85%	94,46%

No	Sasaran Strategis	% Realisasi Kinerja	% Realisasi Anggaran	Efisiensi
(1)	(2)	(3)	(4)	(3-4=5)
7	Meningkatnya sinergisme pusat dan daerah serta meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih	160,01%	83,91%	76,10%
8	Meningkatnya efektivitas pengelolaan penelitian dan pengembangan kesehatan dan sistem informasi kesehatan untuk pengambilan keputusan	100%	86,25%	13,75%
	Realisasi	125,94%	86,31%	39,64%

Berdasarkan tabel Realisasi Anggaran Dibandingkan Capaian Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2021 diperoleh sebagai berikut:

Realisasi Anggaran Pencapaian Sasaran Strategis : 86,31%
 Persentase Realisasi Kinerja Pencapaian sasaran strategis : 125,94%
 Persentase efisiensi Kinerja : 39,64%

Dibandingkan dengan rata-rata capaian kinerja sebesar 125,94% maka realisasi anggaran sebesar 86,31% menunjukkan adanya efisiensi anggaran sebesar 39,64%

Efisiensi terbesar pada pencapaian Sasaran Strategis Terjaminnya pembiayaan kesehatan sebesar 94,46%, kemudian diikuti pencapaian Sasaran Strategis Meningkatnya pemenuhan SDM kesehatan dan kompetensi sesuai standar sebesar 86,71%. Efisiensi terkecil pada pencapaian Sasaran Strategis Meningkatnya kesehatan ibu, anak dan gizi masyarakat sebesar 10,59% dan pencapaian Sasaran Strategis Meningkatnya akses, kemandirian, dan mutu kefarmasian dan alat kesehatan sebesar 4,88%.

Tabel 3.37
Realisasi Anggaran Dibandingkan Indikator Capaian Sasaran Strategis
Kementerian Kesehatan Tahun 2021

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		% Realisasi Kinerja	% Realisasi Anggaran	Efisiensi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	
1	Meningkatnya kesehatan ibu, anak dan gizi masyarakat	1	Persentase ibu hamil Kurang Energi Kronik (KEK)	140%	97,08%	10,69%
		2	Persentase persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan	101,44%	98,6%	

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	% Realisasi Kinerja	% Realisasi Anggaran	Efisiensi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
		(PF)			
		3 Jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir	43%	97,76%	
		4 Persentase balita stunting	84,36%	82,94%	
		5 Persentase bayi kurang dari 6 bulan mendapat ASI eksklusif	154,9%	74%	
		6 Persentase kabupaten/kota melaksanakan pembinaan posyandu aktif	68%	94%	
		7 Persentase kabupaten/kota yang menerapkan kebijakan gerakan masyarakat hidup sehat	128,97%	94%	
		8 100% kabupaten/kota menerapkan kebijakan KTR	85,3%	74,4%	
		9 Kabupaten/kota sehat	100,45	97,37%	
2	Meningkatnya ketersediaan dan mutu fasyankes dasar dan rujukan	1 Seluruh kecamatan memiliki minimal 1 puskesmas	-	0	17,62%
		2 Persentase kabupaten/kota yang memenuhi rasio TT 1:1.000	53,70%	0	
		3 Persentase FKTP sesuai standar	94%	96.06	
		4 Persentase RS terakreditasi	104%	94.35	
		5 Jumlah fasilitas pelayanan kesehatan lain yang memenuhi persyaratan survey akreditasi	107%	97.83	
3	Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat	1 Menurunnya insidensi TB per 100.000 penduduk	80,6%	88,2%	12,87%
		2 Menurunnya insidensi HIV	138%	83.3%	
		3 Meningkatkan eliminasi malaria	100,6%	82,9%	
		4 Kabupaten/Kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap	56,9%	58,1%	
		5 Meningkatnya kabupaten/kota yang	93%	86,7%	

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	% Realisasi Kinerja	% Realisasi Anggaran	Efisiensi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
		melakukan pencegahan dan pengendalian PTM dan penyakit menular lainnya termasuk NTD			
		6 Persentase kabupaten/kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM	100%	92,7%	
4	Meningkatnya akses, kemandirian, dan mutu kefarmasian dan alat kesehatan	1 Persentase puskesmas dengan ketersediaan obat esensial	102,59%	97,71%	4,88%
5	Meningkatnya pemenuhan SDM kesehatan dan kompetensi sesuai standar	1 Persentase puskesmas dengan jenis nakes sesuai standar	103,96%	89,98%	86,71%
		2 Persentase RSUD kabupaten/kota yang memiliki 4 dokter spesialis dasar dan 3 dokter spesialis lainnya sebesar 90% (minimal 4 spesialis dasar wajib ada)	100,41%		
		3 Persentase puskesmas tanpa dokter	95,05%		
		4 Jumlah SDM Kesehatan yang ditingkatkan kompetensinya	402,07%	87,34%	
6	Terjaminnya pembiayaan kesehatan	1 Persentase anggaran kesehatan terhadap APBN	184,31	89,85	94,46%
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	250%	47,55%	76,10%
		2 Persentase provinsi dengan anggaran kesehatan daerah dalam APBD yang sesuai dengan prioritas nasional di bidang kesehatan	228%	96,10%	

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		% Realisasi Kinerja	% Realisasi Anggaran	Efisiensi
(1)	(2)	(3)		(4)	(5)	(6)
		3	Nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan	117,16%	91,81%	
		4	Nilai kinerja penganggaran Kementerian Kesehatan	107,66%	91,67%	
		5	Persentase satker KP/KD yang telah memenuhi predikat WBK/WBBM (Kemenkes/Nasional)	97,22%	92,44%	
8	Meningkatnya efektivitas pengelolaan penelitian dan pengembangan kesehatan dan sistem informasi kesehatan untuk pengambilan keputusan	1	Jumlah rekomendasi kebijakan hasil litbangkes yang dimanfaatkan untuk perbaikan kebijakan	100%	88%	13,75%
		2	Jumlah sistem informasi kesehatan yang terintegrasi dalam aplikasi satu data kesehatan	100%	84,5%	

Dari tabel 3.29 diperoleh informasi persentase realisasi kinerja masing-masing Indikator Sasaran Strategis beserta persentase realisasi anggaran untuk masing-masing Indikator Sasaran Strategis.

C. Pencapaian Kinerja Dukungan penyediaan vaksin bagi keberhasilan pelaksanaan vaksinasi Covid-19

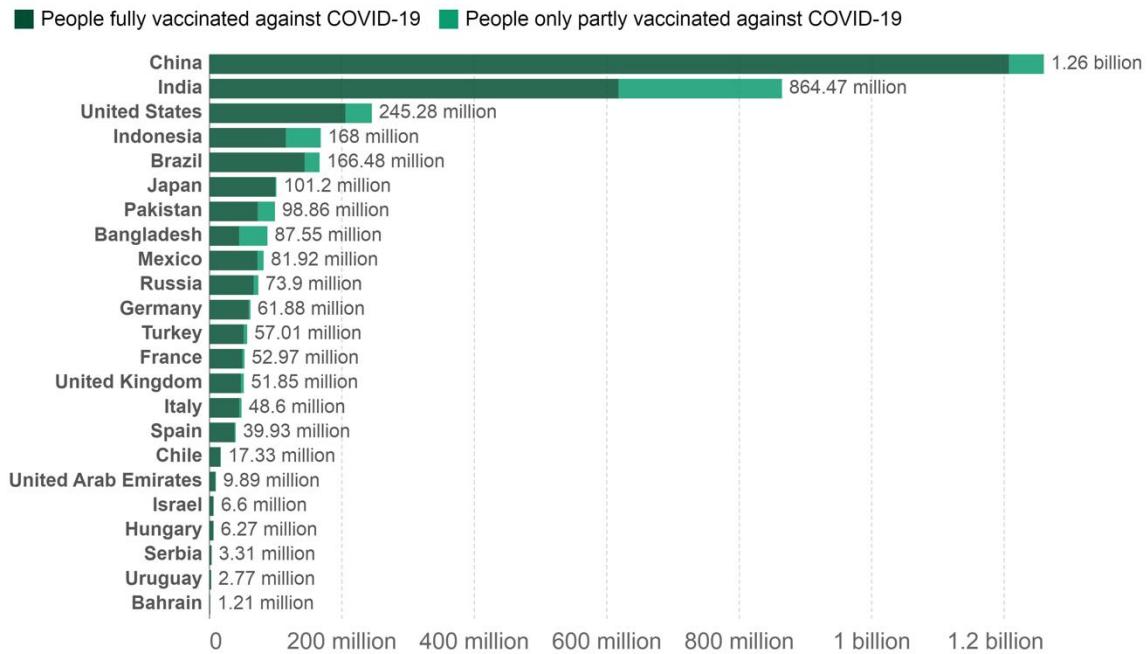
Berbagai strategi telah dilaksanakan oleh pemerintah Indonesia untuk mengatasi dampak pandemi baik melalui strategi pemulihan ekonomi maupun peningkatan kapasitas sistem kesehatan. Salah satunya adalah melalui penyediaan vaksin dan pelaksanaan vaksinasi COVID-19. Penyediaan vaksin ini merupakan bentuk 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, saat ini Indonesia tercatat sebagai negara terbesar ke-empat sedunia berdasarkan jumlah orang yang telah divaksinasi dan berdasarkan total suntikan di dunia.

Grafik 3.50
Jumlah Vaksinasi Covid-19

Number of people vaccinated against COVID-19, Jan 5, 2022

Our World
in Data



Source: Official data collated by Our World in Data

Note: Alternative definitions of a full vaccination, e.g. having been infected with SARS-CoV-2 and having 1 dose of a 2-dose protocol, are ignored to maximize comparability between countries.

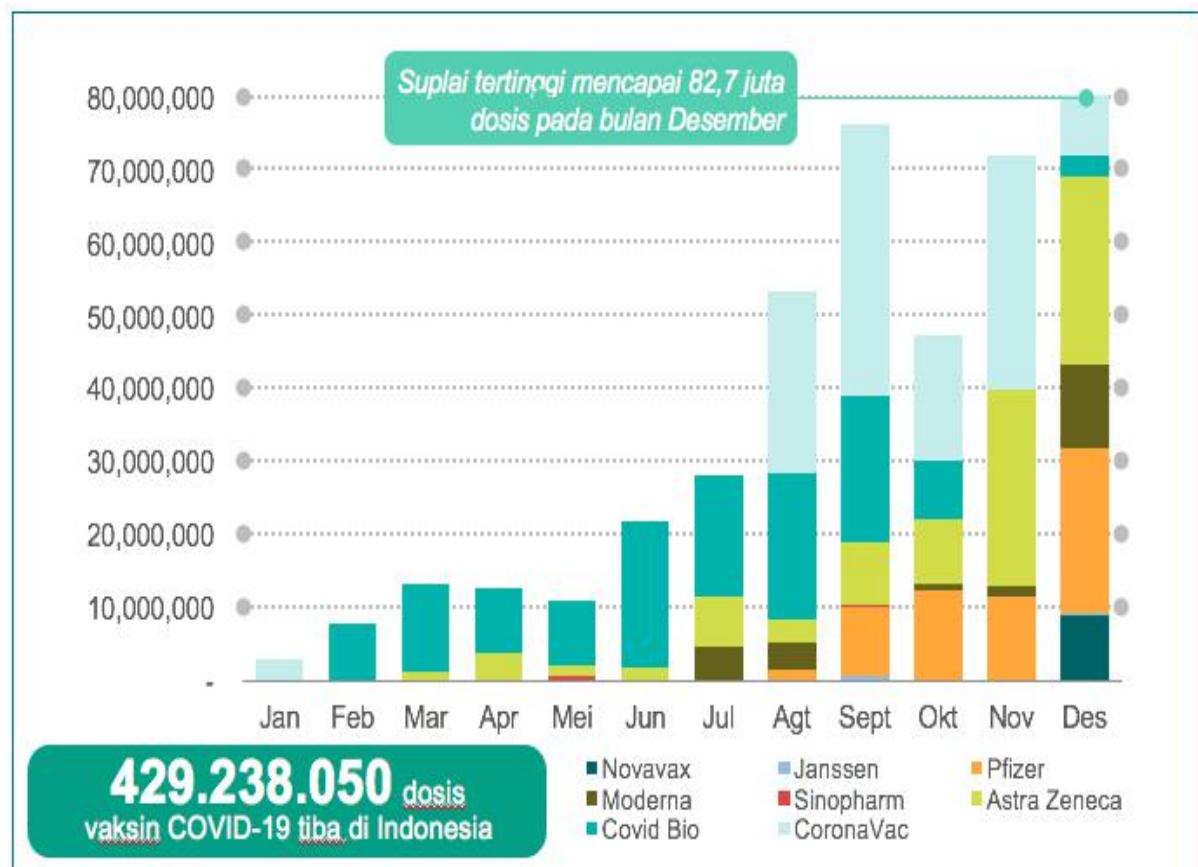
CC BY

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 3.51
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.

Gambar 3.33
Jenis Vaksin Covid-19 yang digunakan di Indonesia

	Vaksin CoronaVac tiba pertama kali di Indonesia pada tanggal 6 Desember 2020 sejumlah 1,2 juta dosis		Vaksin Moderna tiba pertama kali di Indonesia pada tanggal 10 Juli 2021 sejumlah 3,0 juta dosis
	Vaksin Covid-19 Bio Farma rilis pertama kali di Indonesia pada tanggal 19 Februari 2021 sejumlah 7,8 juta dosis		Vaksin Pfizer tiba pertama kali di Indonesia pada tanggal 19 Agustus 2021 sejumlah 1,5 juta dosis
	Vaksin Astra Zeneca tiba pertama kali di Indonesia pada tanggal 12 Maret 2021 sejumlah 1,1 juta dosis		Vaksin Janssen tiba pertama kali di Indonesia pada tanggal 11 September 2021 sejumlah 500 ribu dosis
	Vaksin Sinopharm tiba pertama kali di Indonesia pada tanggal 1 Mei 2021 sejumlah 500 ribu dosis		Vaksin Novavax tiba pertama kali di Indonesia pada tanggal 27 November 2021 sejumlah 134,5 ribu dosis

Lonjakan kasus yang terjadi hampir di seluruh negara di dunia 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.

Vaksin yang tiba di Indonesia perlu melewati beberapa tahapan hingga dapat didistribusikan ke daerah. Vaksin tersebut disimpan terlebih dahulu dalam ruang penyimpanan di PT. Bio Farma (Persero) dan dicatatkan secara sistem baik jumlah dan jenisnya dalam SMDV (Sistem Manajemen Distribusi Vaksin). Sebelum dirilis dan siap didistribusikan, vaksin tersebut akan melalui proses inspeksi dan sampling oleh BPOM untuk menjamin keamanan, khasiat dan mutu. Kemudian Kementerian Kesehatan menentukan alokasi jumlah vaksin untuk setiap provinsi dan kabupaten kota berdasarkan kebutuhan dan kecepatan laju vaksinasi. serta mengeluarkan surat perintah distribusi kepada PT. Bio Farma (Persero) untuk melakukan pendistribusian.

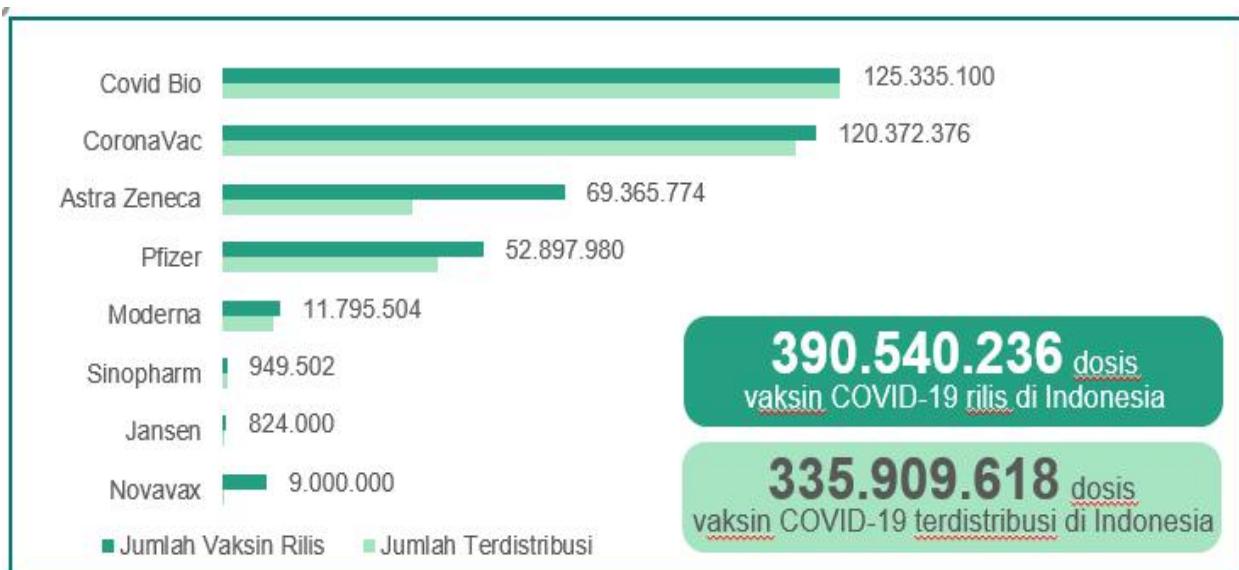
Guna mencapai kapasitas distribusi yang optimal ke seluruh wilayah Indonesia, Kemenkes melibatkan distributor vaksin BUMN dan swasta. Rencana

distribusi yang sudah disusun akan 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*.

Dinas Kesehatan Provinsi, dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, akan terlibat aktif dalam sistem ini, bersama dengan distributor vaksin yang ditunjuk Kemenkes (PT. Bio Farma). Keterlibatan dimaksud merupakan bentuk sinergi kita semua dalam rangka menukseskan pelaksanaan vaksinasi. Selain vaksin, Kementerian Kesehatan juga akan mendistribusikan logistik pendukung vaksinasi (ADS, *alcohol swab*, dan *safety box*) sesuai pengiriman dosis vaksin ke Provinsi.

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 3.52
Jumlah Rilis dan Pendistribusian Vaksin Covid 19



Pada awal tahun anggaran 2021, kebutuhan anggaran untuk mencapai kebutuhan dosis vaksin COVID-19 di Indonesia mencapai 50,2 triliun rupiah. Direncanakan dengan besaran anggaran tersebut Indonesia dapat memperoleh sejumlah 423,8 juta dosis vaksin COVID-19 sebagai upaya dalam penanganan pandemi COVID-19. Selama pelaksanaan kegiatan penyediaan vaksin di tahun 2021, upaya dalam penyediaan jumlah dosis vaksin ditempuh dengan beberapa mekanisme lainnya seperti peningkatan optimalisasi hubungan multilateral (hibah

COVAX), optimalisasi hubungan antar negara (hibah bilateral), serta melaksanakan program vaksin gotong rotong. Sehingga pada akhir tahun, Pemerintah dapat menyediakan 422,9 juta dosis vaksin dengan menghemat anggaran hingga 16,1 triliun ruliah dari alokasi kebutuhan anggaran awal tahun 2021.

BAB IV **PENUTUP**

Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2021 merupakan laporan tahun kedua yang disusun pada periode Renstra Tahun 2020-2024. 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 2021 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 2021, Kementerian Kesehatan telah mencatatkan sejumlah keberhasilan dalam pencapaian sasaran kinerja, namun masih terdapat hasil 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 33 Indikator Kinerja pada 8 Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan yang dijanjikan pada dokumen Perjanjian Kinerja Tahun 2021, terdapat 23 (dua puluh tiga) Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang pencapaiannya mencapai target $\geq 95\%$ (kategori sudah tercapai *on track/on trend*), terdapat 5 (lima) Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang mencapai target $< 95\%$ dan $\geq 75\%$ (kategori perlu kerja keras), terdapat 4 (empat) Indikator Kinerja Sasaran Strategis yang mencapai mencapai target $< 75\%$ (kategori sulit tercapai) yaitu: 1) Jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir tercapai 86 dari target 200 atau persentase pencapaian kinerja sebesar 43%; 2) Persentase kabupaten/kota melaksanakan pembinaan posyandu aktif tercapai 47,28% dari target 70% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 68%; 3) Persentase kabupaten/kota yang memenuhi rasio TT 1:1.000 tercapai 27,6% dari target 50% atau pencapaian kinerja sebesar 53,70%; 4) Kabupaten/Kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap tercapai 47,7% dari target 83,8% atau persentase pencapaian kinerja sebesar 56,9%. Terdapat pula 1 (satu) Indikator yang belum memiliki capaian kinerja yaitu Indikator Seluruh kecamatan memiliki minimal 1 puskesmas.

Beberapa kendala dalam pencapaian target diantaranya disebabkan oleh a) Terjadinya Pandemi COVID-19 yang menghambat pelaksanaan kegiatan karena sumber daya tenaga kesehatan terfokus pada kegiatan tracing, screening, dan vaksinasi. b) Adanya realokasi anggaran baik di Pusat maupun APBD untuk intervensi Pandemi COVID-19. c) Koordinasi lintas sektor di daerah belum sepenuhnya terjalin dengan baik dimana pelaksanaan kegiatan dianggap sebagai tanggung jawab sektor Kesehatan semata. d) belum meratanya jumlah tenaga kesehatan di daerah-daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan, e) Kondisi geografis masyarakat yang tinggal di daerah-daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan menyebabkan kesulitan untuk mengakses fasilitas pelayanan kesehatan dan f) untuk pelaksanaan program imunisasi masih banyak rumor negatif tentang imunisasi (*black campaign*) yang beredar di masyarakat melalui berbagai media.

Langkah-langkah yang perlu dilakukan Kementerian Kesehatan dalam menghadapi tantangan ke depan adalah a) Modifikasi kegiatan menjadi menjadi virtual dan/atau blended learning. b) Mempererat koordinasi dan kerjasama dengan seluruh jajaran pemerintahan maupun masyarakat dalam mengatasi Pandemi, c) Melakukan sosialisasi dan pendampingan secara periodik hingga ke level Kabupaten/Kota d) Optimalisasi dukungan stakeholder dan mitra kesehatan dalam rangka mencapai Implementasi Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas), e) Meningkatkan jangkauan pelayanan pada kelompok masyarakat berisiko tinggi, dengan berfokus pada daerah yang memiliki risiko tertinggi dan beban tertinggi, f) pengembangan *dashboard* dan sistem pencatatan pelaporan kegiatan berbasis elektronik g) Meningkatkan Kerjasama dengan Perguruan Tinggi dan Organisasi Profesi dan f) untuk meningkatkan pemenuhan tenaga kesehatan melalui pengembangan atau modifikasi program bantuan pendidikan dokter spesialis dan program pendayagunaan dokter spesialis untuk mendorong distribusi layanan medis spesialistik pada seluruh Rumah Sakit Umum Daerah.

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.